

UNIVERSITÉ DE NANTES

UFR DE SOCIOLOGIE

ÉCOLE DOCTORALE DROIT, ÉCONOMIE, GESTION,
ENVIRONNEMENT, SOCIÉTÉ ET TERRITOIRE (DEGEST)

*L'urgence à plusieurs « vitesses » :
Fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux
soins d'urgence en France.
Genèse et réalité d'un sous champ sanitaire*

THESE DE DOCTORAT

Discipline : Sociologie

*Présentée
et soutenue publiquement par*

Sylvie MOREL

Le 11 décembre 2014, devant le jury ci-dessous

Rapporteur : Danièle CARRICABURU, Professeur à l'Université de Rouen

Rapporteur : Anne VEGA, Chercheur à l'Université Paris Ouest Nanterre

Examineur : Emmanuel HENRY, Professeur à l'Université Paris Dauphine

Examineur : Anne-Chantal HARDY, Directrice de recherche au CNRS (DCS)

Directeur de thèse : Jean-Noël RETIÈRE, Professeur à l'Université de Nantes

Résumé en français

L'urgence à plusieurs « vitesses »: fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France. Genèse et réalité d'un sous champ sanitaire.

« Garantir pour chaque Français un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes », tel est l'engagement n°9 du président François Hollande élu en 2012. En portant l'attention sur la dimension temporelle, cette formule fait l'économie de la nature et du traitement de l'urgence. Les réponses médicales et hospitalières proposées en réponse à ce programme apparaissent tout autant réductrices au regard des données de l'enquête sociologique présentée ici. A rebours des discours politiques d'excellence sur le, soi-disant, « meilleur système d'urgence au monde », cette recherche montre que le concept de médicalisation, cher au « modèle » français, non seulement échoue dans sa mise en œuvre mais empêche toute approche alternative (paramédicale) du problème. Enfin, l'analyse sociologique révèle que même si en matière d'urgence, les pratiques de sélection sont a priori impensables, les intérêts médicaux et ceux des établissements de soins conduisent à l'existence d'inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. Au terme de dix années de recherche, un panorama sociologique des urgences pose la question : l'urgence française ne serait-elle finalement pas malade de ses médecins?

Mots-clés : urgence, inégalité, médecin, accès aux soins, sociologie.

Abstract

Differential treatment in emergency care services : territorial divides and social inequality in access to emergency care in France. Creation and realities of a subfield of health policy.

Before his election in 2012, President François Holland promised to “guarantee that each French person could access emergency care in less than 30 minutes”. By focusing on temporality, this formula overlooks the nature and treatment of the emergency. Proposals from hospitals and the medical world in response to this programme appear especially simplistic in light of the results of the sociological investigation presented here. Eschewing political discourses underlining the excellence of the supposed “best emergency system in the world”, this research shows that the concept of medicalization dear to the French model not only fails when put into practice, but prevents any alternative (paramedical) approaches to the problem. Lastly, this sociological analysis reveals that even if selection practices are theoretically unthinkable when it comes to emergencies, medical interests and the interests of healthcare establishments lead to social inequalities in access to emergency care. After 10 years of research, a sociological panorama of responses to emergencies asks if the French emergency system is not ailing because of its doctors.

Keywords : emergency, inequality, doctors, access to care, sociology.

Discipline: Sociologie

Laboratoire CENS EA 3260 - UFR de Sociologie
Chemin de la Censive du Tertre BP 81227
44312 NANTES cedex 3

« Chaque pays, en fonction de son système de soins « choisit » ses morts »

A. LAZARUS

SOMMAIRE

Sommaire	4
Remerciements	7
Sigles	9
Avant-propos	11
Introduction	13
PARTIE I : SOCIOLOGIE D’UNE QUESTION TERRITORIALE DE SANTE PUBLIQUE :	
« L’ACCES AUX SOINS D’URGENCE »	53
Chapitre I. LA CONSTRUCTION MEDICALE DU PROBLEME D’INEGALITE	
GEOGRAPHIQUE DANS L’ACCES AUX SOINS D’URGENCE. GENESE ET USAGES	
D’UN PROBLEME PUBLIC	59
1.1. Genèse et segmentation de l'anesthésie-réanimation française.....	64
1.2. La lutte pour le monopole de l'offre de soins d'urgence « médicale » : « Santé publique » versus « Secours routier »	87
2.1. La « restructuration » des services d'urgences hospitaliers	100
2.2. La « force instituante » du scandale des urgences : de l’alerte à la réforme de « restructuration » des urgences.....	109
2.3. Les médecins généralistes et l'urgence « pré-hospitalière »	114
3.1. La rencontre entre géographie et santé	124
3.2. Le versant « libéral » de l’approche médicale du problème d'accès aux soins d'urgence : La « permanence des soins »	132
Conclusion.....	145
Chapitre II. LES SAPEURS-POMPIERS ET LE TERRITOIRE. LA PROXIMITE	
GEOGRAPHIQUE COMME GARANTIE DE L’EGALITE D’ACCES AUX « SECOURS A	
PERSONNE » ?	147
1.1. Une logique d’implantation communale: entre humeurs politiques locales et initiatives individuelles	152
1.2. La problématisation politique de l’organisation des « secours aux civils »	156
2.1. Des « soldats du feu » aux « techniciens secouristes ».....	165
2.2. L’élaboration concurrente de deux politiques publiques d’urgence sanitaire	173
2.3. La problématisation politique de la question de l’inégalité territoriale : Une restructuration menée au nom de l’égalité des citoyens devant les secours.....	181
3.1. L’émergence publique du problème du « volontariat » au tournant des années 1990.....	190
3.2. L'enjeu du discours de la crise: l'hégémonie dans le domaine du secours en France	202
Conclusion.....	215

Chapitre III. DU DEVANT DE LA SCENE AUX « COULISSES ». LA FACE CACHEE DU SYSTEME D'URGENCE SANITAIRE FRANÇAIS.....	221
1.1. Des transporteurs-soigneurs.....	226
1.2. Une identité professionnelle instable.....	234
1.3. De l'évitement du « sale boulot » à la recherche d'une légitimité sociale.....	250
2.1. Les limites du principe de médicalisation des soins d'urgence.....	257
2.2. L'épreuve de la comparaison internationale : Le « meilleur système d'urgence au monde ! ». Du mythe à la réalité.....	267
Conclusion.....	289
PARTIE II : SOCIOLOGIE D'UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE : UN ACCES AUX SOINS D'URGENCE A PLUSIEURS « VITESSES » SOCIALES EN FRANCE	293
Chapitre IV. ENQUETER LES PATIENTS DES « URGENCES ». CHRONIQUE D'UNE DOUBLE ENQUETE STATISTIQUE.....	305
1.1 Etat des lieux critique des sources institutionnelles.....	306
1.1. Des données institutionnelles locales	315
2.1. L'élaboration du protocole d'enquête	317
3.1. L'ouverture d'un second terrain.....	324
4.1. Une passation facilitée par l'acquisition d'une double compétence pratique : sociologue et ambulancière.....	330
Conclusion.....	341
Chapitre V. ETHNOGRAPHIES COMPAREES DES SERVICES D'URGENCE PUBLIC ET PRIVE.....	343
1.1. Une médecine accessible à tous.....	344
1.2. Le principe d'accès aux soins pour tous à l'épreuve des pratiques : Le tri des patients à l'entrée des urgences.....	350
2.1. Une médecine « commerciale » ?.....	361
2.2. Les pratiques d'accueil : Quels sont les critères de recrutement des patients ?	378
Conclusion	391
Chapitre VI. « DE L'OMNIBUS AU JET PRIVE... ». DES SOINS D'URGENCES A PLUSIEURS VITESSES SOCIALES.....	393
1.1. Les pratiques de recours aux soins d'urgences.....	395
1.2. Patients du privé, patients du public : Des réseaux d'adressage distincts?	402
2.1. Les patients des urgences de la clinique sont-ils plus autonomes d'un point de vue sanitaire?..	411
2.2. Recrutement social selon la destination.....	421
2.3. Les profils pathologiques des patients des deux services	428
3.1. Pathologie et conditions sociales	433

3.2. Quelle jeunesse aux urgences?	445
Conclusion.....	454
CONCLUSION GENERALE	463
BIBLIOGRAPHIE	473
TABLE DES MATIERES.....	493
ANNEXES	499

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je me réjouis d'avoir enfin l'occasion, à travers ces quelques lignes, de témoigner ma reconnaissance à tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à cette thèse.

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à mon directeur de recherche, Jean-Noël Retière, pour son accompagnement tout au long de ces années de recherche. Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez témoignée en acceptant d'encadrer ce travail doctoral ainsi que pour vos conseils, votre patience, votre disponibilité et vos relectures attentives. Merci également d'avoir su trouver les mots lors des périodes de doute dans ce cheminement parfois difficile qu'est la thèse.

Je remercie ensuite Anne-Chantal Hardy et Danièle Carricaburu d'avoir accepté d'être les rapporteurs de cette thèse. Mes plus sincères remerciements s'adressent également à Anne Vega et Emmanuel Henry pour avoir accepté d'être membre de ce jury.

Je tiens également à témoigner toute ma reconnaissance aux membres CENS avec qui j'ai pu bénéficier d'échanges intellectuels stimulants à l'occasion de conversations informelles et des multiples séminaires qui sont venus irriguer ma réflexion. Je remercie tout particulièrement Estelle d'Halluin et Tristan Poullaouec pour leurs relectures ainsi que les doctorants pour leur écoute bienveillante, leurs conseils, suggestions, encouragements et les bons moments que nous avons partagés ensemble. Merci à Clémence, Gabrielle, Virginie, Caroline, Hélène, Jean-Philippe, Nicolas, Florence, Juliette, Aurélie, Camille, Florian etc., ainsi qu'à Joanne pour sa traduction. Je remercie également Johanne Palomba pour sa disponibilité, son sourire et son efficacité. Mon travail a également bénéficié des interactions avec des chercheurs et doctorants de la Maison des sciences de l'homme Ange Guépin. Merci à tous, pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et plus particulièrement à Laura, pour sa relecture enrichissante et son écoute attentive.

J'aimerais aussi exprimer ma gratitude à tous ces interlocuteurs restés anonymes dans ce travail. Qu'ils soient ambulanciers, médecins, infirmiers ou sapeurs-pompiers, ils ont largement facilité l'enquête de terrain en acceptant volontiers de m'apprendre le métier, de répondre à mes diverses sollicitations et de consacrer un peu de leur temps pour un entretien. Merci également aux chefs de service qui m'ont ouvert leur porte ainsi qu'au personnel, pour son accueil chaleureux et bienveillant. Sans eux, cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour.

Un grand merci également à tous mes amis pour avoir cru en moi tout au long de ce parcours de thèse et qui, en plus de leur amitié, ont activement participé à ce travail par leur soutien affectif, nos nombreux échanges ou leur relecture attentive.

Une mention spéciale à Benoît et son équipe d'informaticiens pour leur soutien logistique. Un grand merci à toi Benoît pour tes conseils, ta relecture rigoureuse et tes encouragements qui ont largement participé à finaliser ce travail.

Enfin, je remercie celle qui a partagé ma vie ces deux dernières années, Marie-Caroline : merci pour ton soutien sans faille, ta relecture consciencieuse et tes remarques pertinentes qui m'ont permis de préciser et d'affiner mes propos. Merci pour ta présence attentive dans les moments de joie comme de doute et pour avoir toujours su trouver les mots pour m'encourager, me rassurer, me redonner confiance. Sans toi, la route aurait été beaucoup moins belle.

SIGLES

ADPC : Association départementale de protection civile
AEG : altération de l'état général
AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
AMU: Aide médicale urgente
ARH : Agence régionale d'hospitalisation
ASSU: Assistance de secours et de secours d'urgence
AVC: Accident vasculaire cérébral
AVP: Accident de la voie publique
BNS : Brevet national de secourisme
CAPS: Centre d'accueil et de permanence des soins
CB : Croix-Blanche
CCA: Certificat de capacité d'ambulancier
CCMU: Classification clinique des malades des urgences
CESU: Centre d'enseignement et de soins d'urgence
CFAPSE: Certification de formation aux premiers secours en équipe
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNRU : Commission nationale de restructuration des urgences
CODIS: Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours
CRF : Croix-Rouge Française
CSA : Centrale de Secours ambulancier
DEA: Diplôme d'Etat d'ambulancier
DSA : Défibrillateur semi-automatique (ou **DAE** défibrillateur automatique externe)
FNSPF: Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France
IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire
MCE : Massage cardiaque externe
MCS: Médecin correspondant Samu
MDM: Médecins du Monde
MMG: Maison médicale de garde
OAP: Oedème aigu pulmonaire
ORS : Observatoire régional de la santé
PASS: Permanence d'accès aux soins de santé
PDS: Permanence des soins
PH : Praticien hospitalier
SAMU: Service d'aide médicale urgente
SAP: Secours à personne

SMUR: Service mobile d'urgence et de réanimation

SNSM : Société nationale de sauvetage en mer

SPP: Sapeur-pompier professionnel

SSSM : Service de santé et de secours médical

SPV: Sapeur-pompier volontaire

TS : Tentative de suicide

UPATOU : Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

VSAB: Véhicule de secours aux asphyxiés et aux blessés

VL: Véhicule léger

VLI: Véhicule de liaison infirmier

VSL: Véhicule sanitaire léger

VLM : Véhicule de liaison médicalisé

AVANT-PROPOS

« La sociologie produisant des résultats qui s'opposent souvent au sens commun et contribuant à dévoiler des choses cachées, elle peut susciter la méfiance voire l'hostilité dans la mesure où les intérêts de la science et ceux des enquêtés ont peu de chance de converger intégralement »¹.

« C'est là une des difficultés majeures du discours sociologique. La plupart des discours ordinaires sur le monde social ont pour fin de dire non ce que sont les réalités concernées (l'Etat, la religion, etc.), mais ce qu'elles valent, de porter des jugements de valeur. Le discours scientifique de simple énonciation est ainsi voué à être perçu comme une ratification ou une dénonciation »².

Prenant acte de cette difficulté inhérente à la publication d'un compte-rendu de recherche en sociologie, l'auteur de ces lignes tient à formuler, dès à présent, un avertissement à l'endroit des lecteurs non sociologues qu'ils soient, professionnels ou amateurs de l'urgence sanitaire ou bien simplement étrangers à ce monde.

Pour ces lecteurs, on précise que ce travail de thèse ne constitue en aucun cas un réquisitoire à l'encontre des acteurs œuvrant quotidiennement pour apporter un secours sanitaire à la population. Loin de nous, l'idée de remettre en cause la sincérité et la bonne volonté des enquêtés qui font ce qu'ils peuvent dans un système dont ils sont d'ailleurs parfois les victimes. Les anecdotes ne manquent pas en effet, témoignant du malaise ressenti par nombre d'entre eux face aux contraintes, lacunes et incohérences de l'organisation du secours sanitaire en France avec lesquelles ils doivent composer au quotidien.

¹ Arborio A-M, Fournier P., *op. cit.* p. 110.

² Bourdieu P., Wacquant L., *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Editions du Seuil, 1992, p. 60.

INTRODUCTION

1. DU SUJET DE SOCIÉTÉ MÉDIATIQUE À L'OBJET D'ÉTUDE SOCIOLOGIQUE

« Mais marquer une rupture avec l'usage que l'on fait des mots dans la vie courante ou dans le débat social, ne signifie pas qu'il faut les oublier et faire comme s'ils n'existaient pas. Le concept vulgaire n'est pas inutile au savant, il sert d'indicateur. Par conséquent, vouloir rejeter systématiquement la référence à ces mots en raison de leur caractère vague ou des idées (des idéologies) implicites ou explicites qu'ils véhiculent n'a pas de sens, en particulier lorsqu'on a expliqué pourquoi il en est ainsi et que l'on s'est efforcé d'élaborer des concepts plus précis. Le rôle des chercheurs est d'éclairer ces mots en les dépassant. Pour cela, il faut commencer par les déconstruire, puis procéder à la reconstruction d'un objet qui tout en étant proche s'en distingue pourtant. »

Lahire B., *L'esprit sociologique*, Paris, La Découverte, 2005

Été 1996, les téléspectateurs français découvrent sur le petit écran une série entièrement consacrée au quotidien d'un service d'urgence. Ce feuilleton américain populaire intitulé « Emergency room » et rebaptisé en France sous le titre de « Urgences », remporte très vite l'adhésion d'un large public séduit par l'arrivée d'une série médicale d'un nouveau genre dont l'originalité réside tant dans l'usage de nouvelles techniques filmiques que dans le mode d'écriture du scénario et le choix du sujet. En pénétrant pour la première fois les arcanes d'un service d'urgence, les concepteurs de cette série révèlent au public le travail quotidien des « urgentistes », une nouvelle figure de médecins, présentant des caractéristiques (jeunes, humains, engagés) éloignées de l'image traditionnelle du chef de service autoritaire et austère³. Devant un tel engouement populaire, les chaînes de télévision françaises ne tardent pas à investir le secteur des « urgences médicales », encouragées dans ce sens par des professionnels intéressés à promouvoir leur image⁴. Dans les années 2000, le symptôme de cet intérêt collectif pour les « urgences » se manifeste alors par l'incursion massive dans l'espace médiatique de séries télévisées⁵ et de magazines documentaires français⁶ consacrés tour à tour aux services

³ Pour une analyse détaillée de la série « Urgences » cf. Peneff J., « La face cachée d'Urgences. Le feuilleton de la télévision », *Genèses*, 30, 1998, p. 122-145 ; Chalvon-Demersay Sabine, « La confusion des conditions. Une enquête sur la série télévisée Urgences », *Réseaux*, 1999, vol. 17, n°95, p. 235-283.

⁴ Selon Jean Peneff, la série « Urgences » fut également un instrument de promotion des urgentistes jusque-là relégués au bas de la hiérarchie médicale : « Une sorte de coalition professionnelle s'est constituée pour défendre le travail d'un service de ce type. Jamais peut-être un groupe médical ne s'était autant organisé pour la promotion de son activité », *op. cit.*, p. 125.

⁵ « SOS 18 » (Série télévisée française créée par Didier Cohen et Alain Krief et diffusée du 22 juin 2002 au 27 novembre 2010 sur France 3.) ; « Equipes médicales d'urgence » (Série télévisée française diffusée à partir d'octobre 2006 à 2010 sur France 2.) ; le 4 janvier 2006, le film intitulé « Dans un camion rouge » sort au cinéma.

d'urgences, au SAMU/SMUR et aux sapeurs-pompiers. La confrontation du traitement médiatique des urgences à la réalité du terrain révèle que derrière ce flux d'images télévisuelles et de discours journalistiques, ce sont des stéréotypes du monde de l'urgence et de ses acteurs que l'on véhicule au sein de la population.

La rhétorique utilisée pour désigner ces professionnels ressortit bien souvent au registre épique par le recours systématique aux figures idéalisées du « héros », de l'« ange-gardien », du « soldat du feu⁷ » ou du « sauveurs », etc... Ces clichés langagiers caractérisés par un discours davantage « révérenciel⁸ » que « polémique » ou « politique », témoignent d'une tendance journalistique à privilégier la mise en scène de ces professionnels sur un mode spectaculaire. Cette impression de théâtralisation se trouve par ailleurs renforcée par l'importance accordée dans ces reportages aux sapeurs-pompiers professionnels militaires (BSPP et BPPM) et, dans une moindre mesure, non militaires au regard de leur poids démographique au sein de la FNSPF (5% et 16%). Dès lors, c'est une image réductrice de la réalité qui est diffusée par des reporters cédant à la pression du sensationnel en maintenant dans l'ombre la figure plus commune et moins médiatique du volontaire⁹. Dans ce paysage médiatique, une série française intitulée « SOS 18¹⁰ » s'est néanmoins singularisée en optant pour la mise en scène du quotidien d'une équipe de sapeurs-pompiers volontaires et professionnels afin, nous dit-on, « *de rendre un hommage bien mérité à tous ces hommes qui risquent leur vie pour sauver celle des autres* ». Pour compléter cette liste non-exhaustive des documentaires et fictions consacrées à l'urgence, on citera l'arrivée plus tardive, sur le petit écran, de la série « Equipe médicale d'urgence ». Diffusée sur France 3 depuis le 1^{er} octobre 2006, cette série « médicale » est la première du genre en France à se consacrer au quotidien des équipes du SAMU de Paris, de leur travail en salle de

⁶ Suite à la parution du film cité précédemment, une série de reportages fut consacrée aux sapeurs pompiers dans la semaine du 30/01/2006 au 3/02/2006. Le quotidien Ouest-France a, par ailleurs, publié plusieurs articles sur sa réception dans les casernes rurales du département enquêté. Le magazine documentaire « Enquête d'action » consacre régulièrement ses numéros aux sapeurs-pompiers et, plus précisément, à une minorité d'entre eux à savoir la BSPP et les marins pompiers de Marseille. Dans la même lignée, on retrouve également le magazine « 7 minutes pour une vie » diffusé quotidiennement, sur France 5, dans le cadre de l'émission « Le magazine de la santé » co-animée par deux médecins.

⁷ Cette appellation préserve une image traditionnelle et mythique des Sapeurs-pompiers qui est éloignée de la réalité. Les missions de feu sont, en effet, aujourd'hui minoritaires tandis que le secours sanitaire à personne, annexé dans les années 1970, constitue l'essentiel de leur activité. Rohart L., « La représentation politique et professionnelle des sapeurs-pompiers de la troisième république à nos jours », Thèse de Sciences politiques, Université Lille 2, sous la direction de Sawicky F., 2005.

⁸ Neveu E., *Sociologie du journalisme*, Paris, La Découverte, 2009, p. 70.

⁹ La FNSPF compte 250 000 sapeurs-pompiers dont 79% de volontaires (197 300), 16% de professionnels (40 300), le reste étant des militaires (5%) : Bataillon des Sapeurs-pompiers de Paris (8 000), Bataillon des marins-pompiers de Marseille (2450), Source 2011 : pompiers.fr.

¹⁰ Série française diffusée sur France 3, « SOS 18 » fut diffusée du 22 juin 2002 au 27 novembre 2010 (6 saisons, 39 épisodes). Elle fut tournée dans les casernes de Bordeaux (premiers épisodes) et d'Angoulême. A chaque épisode, elle a réuni 5 à 6 millions de téléspectateurs. Source : citeartiste.com.

régulation du « 15 », à leurs interventions en ambulance « au chevet du patient ». A l’instar des séries américaines cultes (« Urgences », « Grey’s anatomy », etc...), cette fiction est empreinte d’un certain réalisme au niveau des techniques et du vocabulaire médical, tout en conservant les caractéristiques d’une fiction. Les réalisateurs de cette série insistent toutefois là encore sur les interventions relevant de l’urgence vitale, autrement dit, sur la dimension spectaculaire de l’activité d’urgence nécessitant une présence médicale, alors même que celle-ci représente à peine 10% de l’activité de l’urgence en France. Enfin, ce sont aussi les figures de l’alcoolique, du dépressif, du suicidaire, du toxicomane ou encore du clochard qui sont mises sur le devant de la scène par des reporters avides d’images pittoresques. Or l’importance médiatique accordée à ce type d’urgences qualifiées de « sociales » est, là aussi, démesurée au regard de son poids statistique. En insistant ainsi de façon abusive sur certains aspects de la réalité, les médias contribuent à façonner une image « artificielle » d’un monde de l’urgence qui est loin de se résumer à ce double cliché : urgence vitale *versus* urgence sociale.

« L’accent mis sur les situations dramatiques ou bien pittoresques conduit à oublier la dimension nettement plus triviale de l’urgence ordinaire (« l’urgence c’est l’immeuble qui s’effondre, c’est plutôt la plaie du cuir chevelu ») [entretien avec un praticien hospitalier]. Le nombre de cas où le pronostic vital est en jeu est très supérieur à celui d’une situation normale même dans une ville aussi manifestement sauvage que Chicago et la répartition des pathologies est plutôt fantaisiste (« l’urgence, de plus en plus, ce n’est pas ce que nous considérons comme urgent, mais ce que les patients considèrent comme urgent »)¹¹. »

La mise à l’épreuve empirique de ces images et discours relatifs à l’urgence permet de prendre la mesure du décalage existant entre cet imaginaire social et la réalité du quotidien de l’urgence. Grâce à une immersion dans le monde de l’urgence, une autre approche à la fois plus éclairée et nuancée, ni angélique ni réductrice, est possible. Elle révèle, dans un premier temps, qu’une demande de soin est considérée par les professionnels comme une urgence, à la condition d’être ressentie comme telle par le témoin, la victime et/ou le patient. Autrement dit, la perception même d’une situation estimée urgente suffit à enclencher une prise en charge par les professionnels qui sont bien incapables, à distance, d’en apprécier le niveau réel de gravité. Cette définition élargie et pragmatique de l’ « urgence médicale » telle qu’on a pu l’identifier sur le terrain, mêle à la fois l’objectivité des critères médicaux à la subjectivité de la perception individuelle. Peu ou prou, elle rejoint la typologie dressée par les professionnels qui distinguent trois catégories d’ « urgence médicale¹² » : le noyau dur, tout d’abord, est représenté par les

¹¹ Chalvon-Demarsay, *op. cit.*, p. 256.

¹² Elle se rapproche également de la définition proposée par le Pr Delbarre pour qui l’urgence en matière de santé est « un phénomène qui survient souvent de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison,

urgences vitales autour duquel gravitent ensuite, les « urgences vraies » et les « urgences ressenties » (ou « relatives »). La première catégorie nécessite l'intervention des secours dans les plus brefs délais qui, selon les normes françaises, doit être inférieure à 15min car elle engage le pronostic vital de la personne qui risque la mort si aucun geste « médical » n'est effectué rapidement. Il s'agit par exemple de ces cas où la personne souffre d'une tension très basse, d'une détresse respiratoire et/ou cardiaque, d'une perte de conscience, etc.. C'est en référence à cette catégorie que les autres situations sont appréciées et définies ; les secondes (« urgences vraies ») qui excèdent le nombre d'urgence vitale, tolèrent une prise en charge de moindre promptitude, à l'échelle de l'heure. Ce sont par exemple les cas fréquents de fractures du col du fémur chez les personnes âgées ; enfin, les urgences ressenties qui augmentent de façon importante depuis les années 1980, sont dites « subjectives », elles correspondent à ces situations (les plus fréquentes) où le diagnostic du sens commun, pensé dans les catégories de l'urgence, s'écarte du diagnostic médical.

La focalisation des journalistes et scénaristes sur le travail des urgentistes hospitaliers ajouté à l'emploi récurrent, dans les discours et commentaires, des expressions « urgence médicale » et/ou « urgences hospitalières », contribue *in fine* à escamoter un pan entier de la réalité¹³ : le « groupe professionnel¹⁴ » des ambulanciers (privés et hospitaliers) est ainsi laissé dans l'ombre alors même qu'il réalise, chaque jour, des milliers d'interventions d'urgence ; de même, l'attention quasi exclusive portée sur les services d'urgences publics hospitaliers apparaît démesurée au regard de la variété du paysage sanitaire français qui est composé, en 2004, de 622

l'intéressé et/ou son entourage ». Cette définition semble faire consensus puisqu'elle est reprise dans des écrits professionnels divers.

¹³ « Pour Hughes, le contrôle du langage concerne toutes les étapes du processus de recherche, y compris la communication des résultats qui recourt en partie aux ressources du langage ordinaire. L'étape essentielle, sur laquelle s'attardent quelques uns de ses essais, est l'examen critique du vocabulaire ordinaire et l'explicitation de quelques notions centrales », Hughes E., Chapoulie M., *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, EHESS, 1996, p. 51.

¹⁴ « Le recours à cette expression au lieu de celle de « professions » a eu deux conséquences majeures, l'une empirique, l'autre théorique. La première, nous y avons déjà insisté, concerne l'extension du domaine d'étude, par l'ouverture à de nombreux métiers et activités, du haut jusqu'en bas de la hiérarchie sociale, du haut jusqu'en bas des degrés d'organisation ou de protection de l'activité et du marché du travail. La seconde conduit à envisager les groupes professionnels non comme des ensembles protégés, fermés ou codifiés, mais comme des processus évolutifs, vulnérables, ouverts, instables. La consolidation de ce champ de recherches s'appuie alors de manière privilégiée sur l'exploration des dynamiques professionnelles, c'est à dire des processus d'émergence, de différenciation et d'autonomie d'activités professionnelles, et plus largement, des mouvements diversifiés, ambigus et contradictoires de transformation des activités professionnelles (émergence, identification, délimitation, catégorisation, légitimation, invalidation, érosion, segmentation, destruction et disparition...) », Demazière D., Gadea C., dir., *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009, p. 20.

unités d'urgences dont 153 situées dans des établissements privés¹⁵. Malgré tout, ces services d'urgence privés, à but lucratif ou non, demeurent à l'instar des ambulanciers privés, les grands absents des reportages et séries consacrés aux urgences¹⁶. Les contraintes journalistiques d'accès à l'information (notamment la disponibilité des sources et l'urgence d'obtenir des autorisations) obligent en dernier lieu les journalistes à privilégier la parole des médecins urgentistes hospitaliers. Ces spécialistes de l'urgence, en concentrant l'attention des médias, monopolisent le discours sur l'urgence et en façonnent les représentations, en conformité avec leurs intérêts professionnels. Dès lors, s'impose une approche médicale de l'urgence incarnée par les seuls SMUR. Dans les commentaires empreints du « conformisme inconscient¹⁷ » de la plupart des journalistes, l'usage répété des expressions « aide médicale urgente » ou « urgence médicale¹⁸ », finit d'ancrer dans les représentations sociales cette norme de médicalisation¹⁹. L'enseignement tiré d'une comparaison internationale, même brève, révèle pourtant que cette approche médicale de l'urgence est loin de faire consensus. L'ensemble de nos voisins européens occidentaux ainsi que les pays outre-Atlantique tels que les Etats-Unis et le Canada, défendent une conception différente de l'urgence résumée dans le terme de « para-médicalisation ». Ces autres modèles demeurent toutefois largement ignorés par des médias qui se distancient peu de la *doxa* produite par les institutions dominant le monde hexagonal de l'urgence (SAMU de France, AMUPH²⁰, etc.). Et s'ils convoquent parfois ces modèles étrangers, c'est pour mieux souligner la singularité française présentée comme étant une force et un gage évident de supériorité de la France sur les autres pays en matière de prise en charge des urgences²¹. C'est pour tenir compte

¹⁵ Carrasco V., « L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passages », Drees, *Etudes et résultats*, n°524, septembre 2006. A partir des années 1980, les cliniques privées ont, pour diverses raisons, massivement investi ce secteur modifiant ainsi le paysage des urgences en France.

¹⁶ Les conditions du travail journalistique soumis à de multiples contraintes (commandes de la part des rédactions, disponibilité des sources, nécessité d'obtenir des autorisations rapides, etc) conduisent bien souvent à pointer les caméras sur ces seuls services d'urgence publics hospitaliers dont l'accès est plus aisé. Neveu E., *op. cit.*, p. 47.

¹⁷ *Ibid.*, p. 23

¹⁸ Les expressions « aide médicale urgente », « urgence médicale », « secours médicaux », etc., sont sans arrêt convoquées pour commenter les images.

¹⁹ Concernant l'usage systématique de l'adjectif « médical », Nicolas Belorgey formule une remarque similaire dans l'un de ses ouvrages : « *Les médecins occupent le sommet de cette pyramide (des soignants). Leur position dominante est bien rendue par le double sens de l'adjectif « médical ». Au sens strict, il s'applique à une chose qui concerne les médecins, par exemple quand un cadre parle d'un geste « médical », cela signifie qu'il est juridiquement du ressort d'un médecin, autrement dit qu'un agent paramédical n'est pas assez qualifié. Au sens large, ce terme désigne le processus de soin en général, quel que soit le statut de ses intervenants, comme dans l'expression « c'est un problème médical » qu'on oppose à problème « social ». Cette invisibilité relative des acteurs qu'on nomme justement paramédicaux est le signe de leur moindre prestige et de leur position subordonnée* », Belorgey N., *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, La Découverte, série « Enquêtes de terrain », Paris, 2010, p. 223.

²⁰ « Association des médecins urgentistes hospitaliers de France ».

²¹ Or, le décès de « Lady Di », le 31 août 1997 est attribué, par les urgentistes eux-mêmes, à la tentative infructueuse de réanimation « sur place » alors qu'un transport rapide dans un hôpital « aurait pu la sauver ». Danet F., « La dramaturgie de l'urgentiste », *Esprit*, février 2007, 2, p. 150.

de ces enjeux sémantiques contenus dans la rhétorique professionnelle que nous avons pris le parti ici de construire la notion d' « urgence sanitaire²² ». Ce choix se justifie si l'on considère, à l'aune des observations ethnographiques, que les médecins ne sont pas seuls à intervenir, pour et sur la santé de la population. Cette catégorie d'analyse présente un double avantage : d'une part, elle est neutre et d'autre part, elle invite le chercheur à élargir le regard pour le porter sur l'ensemble des acteurs de l'urgence, qu'ils soient hospitaliers ou non.

Enfin, pour que la définition de notre objet d'étude soit complète, il convient de distinguer l'urgence « collective » de l'urgence « individuelle ». La première désigne des situations de catastrophes naturelles, technologiques ou de guerre impliquant des populations importantes de blessés ou de malades. Elle reste exceptionnelle, ponctuelle et réclame des moyens d'intervention et des acteurs spécifiques qui ne rentrent pas dans le cadre de cette recherche (secouristes spécialisés, plan ORSEC, plan rouge, etc..). Quant à l'urgence individuelle qui nous intéresse ici, elle correspond à la détresse isolée d'un malade ou de quelques personnes blessées. Elle est prise en charge, au quotidien, par des acteurs médecins ou non, professionnels ou volontaires. Ainsi défini, le champ de l'urgence sanitaire comprend l'ensemble des acteurs qui assurent au quotidien la réponse aux demandes de soins d'urgence de la population.

Conformément à cette définition empiriquement fondée, nous incluons dans cette recherche sur l'urgence sanitaire : les médecins urgentistes hospitaliers et privés travaillant dans les services d'urgence publics et privés ou pour le compte d'associations de type SOS médecins ; les médecins généralistes ; les sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et enfin, les ambulanciers privés. En marge de cette étude, nous évoquerons également d'autres acteurs qui, depuis quelques années, prennent de plus en plus en charge, au quotidien, des situations de détresse sanitaire. Il s'agit de Médecins du monde, du Samu social et des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui se sont spécialisés dans le traitement des urgences sociales au cours des années 1990²³.

²² De la même façon, certains auteurs ont voulu rompre dans les années 1970 avec l'appellation « sociologie de la médecine » pour lui substituer celle de « sociologie de la santé », cf. Carricaburu D., Ménoiret M., *Sociologie de la santé : institution, profession et maladies*, Armand colin, 2004 ; Herzlich C., Pierret J., « Au croisement de plusieurs : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, 51-1, 2010, p. 121-148.

²³ Compte tenu de leur spécificité, les secours en montagne et en mer sont exclus de ce travail.

2. L'ÉTAT DES SAVOIRS SUR L' « URGENCE SANITAIRE »

Le panorama de la littérature sociologique française²⁴ sur l'urgence sanitaire situe l'apparition des premières études consacrées au sujet, dans les années 1990. Pourtant, un article rédigé par un médecin hospitalier de l'APHP, pour la revue *Autrement* en 1989²⁵, évoque l'existence de travaux sociologiques antérieurs à cette date :

« Des études ont été faites à l'AP par des sociologues et il apparaît en effet que le service des urgences est le reflet des malaises contemporains, ce service étant souvent le seul recours de ces gens mal insérés. On trouve, par exemple, beaucoup de SDF (sans domicile fixe), de toxicomanes, des malades du sida parfois ; en quelque sorte, les paumés de la vie des grandes villes²⁶. »

En dépit de nos recherches, aucune trace de ces travaux par ailleurs non référencés dans cet article, n'a pu être retrouvée. Malgré tout, la lecture de ce témoignage livre quelques renseignements utiles à leur sujet. Réalisées dans les années 1980, ces études paraissent d'une part répondre à une commande de l'APHP dans un contexte de problématisation publique de la question de l'accueil et de l'encombrement des services d'urgences [cf. encadré 1] ; d'autre part, elles démontrent que les dysfonctionnements observés dans ces services sont en partie liés à l'augmentation des urgences dites « sociales ». Pour pallier la hausse de cette demande, une des solutions à privilégier est, selon ce médecin occupant le poste de chef de bureau des urgences et des gardes à la direction des affaires médicales de l'APHP, de médicaliser les services d'urgence :

« L'une des principales difficultés a été l'absence de médecins dans ces services généraux. On avait tendance à affecter des médecins plutôt dans les services spécialisés ; Nous avons maintenant totalement viré de bord et nous renforçons les postes et la qualité des médecins. Nous faisons appel à de véritables praticiens de l'urgence et non plus à de simples internes qui, comme les statuts le disent, sont des médecins en formation²⁷. »

L'impossibilité d'accès aux études sociologiques réalisées par l'AP dans les années 1980 nous encourage à suivre les conseils de Jean Péneff qui, dans son premier ouvrage consacré aux urgences, invite le lecteur à prendre de la distance vis-à-vis de ces témoignages « médicaux » :

« La presse quotidienne ou les périodiques divulguent presque uniquement le point de vue de la hiérarchie des médecins, de l'encadrement, de la haute administration qui expriment leurs conceptions et leurs intérêts propres. Ainsi, la revue *Autrement* dans « L'Hôpital à vif », présente 37 articles sur 38 signés par des journalistes, des docteurs, des chercheurs en sciences humaines,

²⁴ Ce choix se justifie au regard de la particularité du contexte et de l'organisation française en matière d'urgence sanitaire. Les apports des travaux sociologiques étrangers au même titre que les recherches menées essentiellement dans les disciplines de droit et d'économie sur ce sujet seront mobilisés au cours de notre analyse.

²⁵ « L'hôpital à vif. L'état des lieux », *Autrement*, n°109, septembre 1989.

²⁶ Cazejust D., « L'urgence, ou la gestion de l'impossible », *ibid.*, p. 24.

²⁷ *Ibid.*, p. 24.

des cadres, des chefs de service. Aucun personnel de grade inférieur, aucune infirmière en exercice ne s'y exprime directement à l'exception d'une aide-soignante (3 pages sur 230)²⁸. »

On peut penser que le corps médical qui trouve à s'exprimer dans cette revue aurait tendance à reprendre, dans ces analyses sociologiques, les résultats qui vont dans le sens de ses intérêts. Le poids politique et médiatique de ce groupe professionnel dans la définition des problèmes et de leur solution apparaît, en effet, déterminant si on se replace dans le contexte des années 1980 [Cf. encadré 1].

Encadré 1 : Les services d'urgences hospitaliers en France dans les années 1980 : Points de repère

En 1984, le gouvernement saisit le Conseil Economique et Social pour établir un rapport sur la phase préhospitalière des urgences, dans un contexte de conflit entre sapeurs-pompiers, SAMU, SMUR et ambulanciers privées. De ce rapport intitulé « L'urgence médicale » signé du Pr Steg²⁹, découlera la loi du 6 janvier 1986 relative à l'« aide médicale urgente et aux transports sanitaires³⁰ ». Ce texte affirme le principe d'une régulation médicale des urgences et légalise l'existence des SAMU désormais considérés comme des services hospitaliers. En 1989, suite à un nouveau rapport réalisé par le Professeur Steg sur la phase hospitalière des urgences, le Conseil Economique et Social, dans un avis sur « L'urgence à l'hôpital³¹ », pointe un certain nombre d'insuffisances et de dysfonctionnements (longueur de l'attente, insuffisance de médicalisation, mauvaise qualité de l'accueil). Il suggère de restructurer l'organisation des services d'urgence hospitaliers sur l'ensemble du territoire national. Ce rapport donnera lieu à la parution de deux circulaires relatives à l'amélioration de l'accueil des urgences³².

A propos du second rapport, Jean Péneff met en évidence le monopole de la parole médicale dans le débat public sur les urgences :

« Il consacre une centaine de pages, soit la quasi-totalité, aux problèmes de gestion, d'organisation, de formation ou de salaires des médecins et quatre pages seulement aux conditions de travail et à la situation du personnel paramédical ou auxiliaire qui représente 85% des travailleurs de ces services. La presse quotidienne ou les périodiques divulguent presque uniquement le point de vue

²⁸ Péneff J., *L'hôpital en urgence*, Editions Métailié, Paris, 1992, p. 15-16.

²⁹ Steg A., (Chef du service d'urologie à l'hôpital Cochin), « L'urgence médicale », Rapport du Conseil Economique et Social, Paris, 1984.

³⁰ « L'évolution des services d'urgence », in *HCSP*, La santé en France 1994-1998, La Documentation française, novembre 1998, p. 255.

³¹ Steg A., « L'urgence à l'hôpital », Rapport du Conseil Economique et social, Paris, 1989.

³² Circulaire du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences ; circulaire du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale. Guide d'organisation.

de la hiérarchie des médecins, de l'encadrement, de la haute administration qui expriment leurs conceptions et leurs intérêts propres³³. »

Partant de ce constat, il entreprend à la fin des années 1980, une enquête par observation participante au sein d'un service d'urgence public hospitalier. Son projet est alors de dépasser le seul point de vue médical en portant, prioritairement, son attention au travail quotidien du personnel des urgences généralement maintenu dans l'ombre : agents de service, aides-soignants, infirmiers. L'auteur prend également le parti de conduire cette recherche en toute indépendance et non en réponse à la demande de l'APHP ou d'un quelconque ministère. Au fil des pages, le lecteur découvre toute la complexité d'un service, *a contrario* des discours habituels qui tournent autour de deux pôles (les urgences vitales et/ou le sans domicile fixe) et fondent l'essentiel des représentations sur les urgences. Empruntant à la sociologie du travail et aux concepts forgés par les interactionnistes, Jean Péneff décrit minutieusement les contraintes du travail des soignants, leurs rapports avec les patients et l'hétérogénéité de leurs profils. Il évoque également les « convoyeurs » travaillant en amont des urgences à savoir les pompiers, la police et fait inédit, les ambulanciers privés. Sans pouvoir en fournir les preuves suffisantes, il pressent les tensions issues de la concurrence pour le transport de patients ainsi que l'importance d'étudier ce qui se passe en amont pour comprendre la manière dont se structure la « clientèle » de ces services. Cette enquête de terrain, guidée par un ensemble d'interrogations générales et non par une problématique clairement définie ou imposée par un commanditaire, soulève de nombreuses hypothèses et pistes de réflexion qui, pour la plupart, restent à l'état d'intuition³⁴. L'une d'entre elles nous intéresse plus particulièrement dans ce travail, celle d'une « clientèle » différenciée socialement selon le statut privé ou public du service d'urgence et du convoyeur :

« A côté de Port-Ouest, existe une grande station balnéaire riche. On y trouve une clinique réputée. Une petite porte latérale indique « Urgences ». Le personnel est plutôt méfiant quand on sonne à la porte pour amener un blessé (ce qui arrive lorsque le smur ayant donné les soins de première nécessité conduit, sur sa demande, le patient dans la clinique privée, ce qui ne peut être refusé). L'accueil est plutôt froid, immédiatement sélectif quant aux ressources du candidat à l'admission : « Vous avez une carte de sécurité sociale ? Vous avez une mutuelle ?³⁵ ». Notons que les personnes de classes moyennes, en dehors des accidents graves, sont conduites à l'hôpital le plus souvent par des ambulances ou des voitures privées et que le comportement des pompiers est adapté à la clientèle.³⁶ »

³³ Péneff J., *op. cit.* p. 15.

³⁴ Cette enquête ethnographique de longue durée consacrée aux services d'urgence est la première du genre en France. Jean Péneff initie, à dessein, un nouveau domaine de recherche et invite, dans son ouvrage, les chercheurs et futurs chercheurs à reprendre et approfondir les pistes de réflexions dégagées.

³⁵ Péneff J., *op. cit.*, p. 30.

³⁶ *Ibid.*, p. 47.

Même si l'essentiel de son étude porte sur les services d'urgences publics hospitaliers, Jean Péneff n'ignore pas les services d'urgence des cliniques dont il est rarement fait mention dans les écrits professionnels et les médias. A notre sens, l'indépendance qui caractérise sa posture d'enquête explique en partie ce décentrement à l'égard de la vision médico-hospitalière et, *in fine*, la singularité de son étude au regard du reste de la littérature sociologique portant sur les urgences. Suite à la parution de son ouvrage, on constate, les années suivantes, une envolée du nombre de publications sur ce thème dont la plupart sont, en effet, issues de recherches entreprises en réponse à une demande sociale. Cette abondance des travaux réalisés au cours des années 1990, fait écho à une problématisation publique du phénomène d'engorgement des services d'urgence, due à une augmentation sensible et continue de leur volume d'activité [cf encadré 2].

Encadré 2 : Les services d'urgences hospitaliers en France dans les années 1990 ; Points de repère

En 1991, suite à un mouvement de grève des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs et suivant les recommandations inscrites dans les rapports Steg, le gouvernement crée la Commission Nationale de Restructuration des Urgences (CNRU). L'objectif est de définir, dans les deux ans, les voies et les moyens pour améliorer la prise en charge des patients accueillis dans ces services, en les concentrant sur un plus petit nombre de sites mieux équipés et mieux desservis autrement dit, restructurer et médicaliser ces services. C'est dans ce contexte que le magazine « 50 millions de consommateurs »³⁷ édite en décembre 1992, un numéro spécial au titre éloquent, « Urgences médicales. Sauvez votre peau. 200 services dangereux sur 500. La liste des urgences à éviter ». Ce magazine se fait l'écho de l'argumentaire défendu par le Professeur Steg sur le problème des services d'urgences : nécessité de médicaliser, de fermer les services d'urgence de proximité considérés comme « dangereux » et, créer une spécialité urgentiste. Les travaux de cette commission aboutissent, en 1993, à un rapport intitulé « La médicalisation des urgences »³⁸. Le gouvernement s'en inspira largement pour élaborer les décrets relatifs à l'organisation des « services d'urgence médicaux » qui constituent dès lors, « un sujet très sensible dans l'organisation des systèmes de soins »³⁹.

C'est dans ce contexte que les institutions médico-hospitalières vont réclamer le concours des sociologues pour mettre à jour les facteurs à l'origine de l'augmentation sensible des recours aux

³⁷ « Urgences médicales. Sauvez votre peau. 200 services dangereux sur 500. La liste des urgences à éviter », n°256, décembre 1992.

³⁸ Steg A., « Rapport sur la médicalisation des urgences », Commission nationale de restructuration des urgences, septembre 1993, 77 p.

³⁹ « L'évolution des services d'urgence », *op. cit.*

urgences hospitalières et du problème de saturation qu'il engendre. Quels sont les apports de ces travaux⁴⁰ ?

Dans la lignée des recherches menées au cours des années 1970 par Claudine Herzlich⁴¹ et Antoinette Chauvenet⁴², les sociologues repèrent l'existence de filières d'accès aux soins différenciées socialement au sein même des établissements hospitaliers. Fondées sur une approche ethnographique, ces recherches mettent en exergue la situation de « porte-à-faux⁴³ » dans laquelle se trouvent les services d'urgence publics hospitaliers confrontés à une double contrainte : d'un côté, ils doivent répondre à l'obligation d'accueillir le « tout-venant » des patients dont une part croissante est constituée d'urgences qualifiées de « sociales » dans un contexte de précarisation de nombreux segments de la société ; et d'un autre côté, ils doivent composer avec le travail de sélection des patients opéré, en aval, par les services de spécialité qui, depuis le début des années 1980, segmentent et rationalisent leur activité pour répondre aux objectifs de productivité imposés par une politique de maîtrise des dépenses de santé. Dans ce contexte, les patients sont admis dans les services de spécialité sur l'appréciation de différents critères : la charge de soins, la durée du séjour, les potentialités d'inédit (intérêt intellectuel pour la pathologie), l'âge et la couverture sociale⁴⁴. Or, au regard de ces critères, une partie non négligeable du flux de patients drainé par les services d'urgences intéresse peu les spécialistes. Les malades chroniques vieillissant, les malades alcooliques, toxicomanes, les sans domicile fixe, les détrences psychologiques, les personnes âgées⁴⁵ cumulent, en effet, les facteurs démobilisateurs : ils sont chronophages pour le personnel soignant qu'ils soient physiquement ou socialement dépendants ; leur séjour hospitalier se prolonge fréquemment ; ils sont généralement polypathologiques et enfin, leur problème sanitaire ne revêt aucun intérêt intellectuel. Aussi, l'hôpital est-il certes exposé au « social » à travers les services d'urgence, mais il s'en protège en sélectionnant les patients à l'entrée des services spécialisés. A la suite de ces travaux, Marc

⁴⁰ Vassy C., Renard F., « Quels malades pour l'hôpital public ? Deux stratégies de segmentation », *Annales des Mines*, « Gérer et comprendre », juin 1992, p. 29-39 ; Camus A., Dodier N., « L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'hôpital. Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales », Rapport pour le plan urbain et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Paris, CERMES, GSPM, 1994, 141 p. ; Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., « La question sociale à l'hôpital. Urgences et précarité en Seine Saint-Denis », CRESP, Juin 2001.

⁴¹ Herzlich C., « Type de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue Française de Sociologie*, XIV, 1973, p. 41-59.

⁴² Chauvenet A., *Médecines au choix, médecine de classe*, Paris, PUF, 1978.

⁴³ Bessin M., « Le social aux urgences hospitalières, les enjeux d'une restructuration », *Les cahiers de la sécurité intérieure*, n°22, « Les métiers de l'urgence », 4^{ème} trimestre, 1995, p. 57-65.

⁴⁴ Dodier, Camus, « L'admission des malades, histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales HSS*, 1997.

⁴⁵ Ce que l'on qualifie de « social », ce sont aussi les problèmes posés par la vieillesse. Ceux qu'on appelle « les vieux » sont désormais refoulés des services de spécialité et atterrissent dans des « Services porte » ou des « Unités de médecine générale » récemment créés pour ce type de patient.

Bessin⁴⁶ pointe l'inadaptation des réponses apportées par les urgentistes à ces urgences « sociales » qui, conscients de ne pas y répondre efficacement, en viennent à dire *in fine* que cela ne relève pas de leur compétence. Un tel discours traduit, selon lui, la volonté des médecins urgentistes en quête de reconnaissance⁴⁷, de privilégier la technique au relationnel pour échapper au phénomène d'homologie sociale « *qui voient ceux qui traitent les populations les plus déconsidérées socialement se trouver eux-mêmes déconsidérés professionnellement au sein de leur corps d'appartenance* »⁴⁸. C'est dans ce contexte dit-il, que sont progressivement apparues au cours des années 1990, des structures spécialisées dans la prise en charge de ce type d'urgence. Une recherche collective dirigée par Didier Fassin, entre 1998 et 2000, consacre d'ailleurs l'un de ses volets à l'étude de cette filière spécialisée dans la prise en charge sanitaire des patients précaires (« les exclus »). Celle-ci se manifeste concrètement par la création de « Consultations précarité⁴⁹ », de « Permanence d'accès aux soins de santé » (Pass) ainsi que par l'ouverture de centres de consultations gratuites à l'initiative d'associations caritatives telles que Médecin du Monde⁵⁰. Les auteurs de ce rapport invitent par ailleurs le lecteur à se distancier des lectures médicales et politiques du problème des urgences qui imputent, sur le mode de l'évidence, l'augmentation du nombre de passage et ses problèmes afférents, à la montée des « fausses urgences » qui seraient, plus souvent, le fait des patients en situation précaire :

« Pour autant, cette lecture qui s'est imposée presque naturellement, comme allant de soi, il nous faudra la mettre en cause. L'idée que les pauvres consultent plutôt à l'hôpital public que dans le secteur privé, qu'ils relèvent plus facilement de soins non programmés que de consultations sur rendez-vous, qu'au fond ils sont largement à l'origine de l'accroissement de l'activité des services d'urgences, idée profondément ancrée dans le sens commun aussi bien que dans les commentaires experts, on ne peut la prendre pour argent comptant. C'est donc bien cette problématique de liaison entre urgence et précarité que l'on doit examiner à la lumière de la présente étude⁵¹. »

Ces résultats encouragent à rompre avec la figure du patient démuné, « consumériste », suspect de « profiter » de l'apparente gratuité des soins dispensés à l'hôpital, telle qu'elle est mobilisée dans les interprétations médicales du problème de l'engorgement des urgences. D'après cette étude, l'encombrement de ces services est au contraire, à rechercher non seulement en aval mais également, en amont de l'hôpital, du côté de la médecine de ville. Ce constat est partagé par Jean

⁴⁶ Bessin M., *op. cit.*

⁴⁷ Rossin E., « La chaîne de l'urgence médico-hospitalière parisienne », Mémoire de D.E.A, sous la direction d'E. Friedberg, Paris, IEP, 1999.

⁴⁸ Bessin M., *op. cit.*

⁴⁹ A Paris, le premier a été implanté en 1992 à l'hôpital Saint-Antoine. La Seine-Saint-Denis a vu son premier dispositif créé en 1994 à l'hôpital Jean Verdier.

⁵⁰ Vassy C., « Vraies et fausses urgences : comment trier les usagers ? », in Cresson G., Schweyer F-X., *Les usagers du système de soins*, Rennes, ENSP, 2000, p. 193-212 ; Vassy C., « L'organisation des services d'urgence, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, n°32, 2004.

⁵¹ Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., *op. cit.* p. 19.

Pénéff dans son second ouvrage consacré, cette fois-ci, aux patients des urgences⁵². D'après son enquête, ces services constituent un véritable « *réceptacle des problèmes sociaux qui n'ont pas trouvé de solution dans les autres institutions d'assistance* » (vieillesse, psychiatrie, alcoolisme, drogue, etc..) ; un lieu vers lequel les institutions (police, justice...) et la médecine libérale (spécialistes, médecins généralistes) dirigent les malades qu'elles ne peuvent ou ne souhaitent prendre en charge (dépassements d'honoraires, refus de soins, etc..). Il constate également une sur-représentation des patients issus des classes populaires ainsi que du bas de la classe moyenne parmi les patients de ces services⁵³. Enfin, en s'intéressant aux profils absents des services d'urgences hospitaliers, il déplace encore une fois son regard pour le porter sur d'autres lieux de prise en charge des patients en urgence. Il relève ainsi que les services d'urgences des cliniques privées drainent une clientèle solvable de professions libérales et de classes supérieures, orientées par un réseau de confrères libéraux⁵⁴. Quant à la frange la plus précarisée de la population, sans couverture sanitaire, elle est d'après lui orientée (ou s'oriente) vers la « médecine caritative », qui semble lui offrir un accueil plus adapté. De ces multiples observations se dégage une thèse générale qu'il soumet au lecteur en fin d'ouvrage :

« Aussi, c'est avec amusement qu'il faut recevoir la menace d'une médecine à deux vitesses [...]. Si tant est que nous voulions conserver cette image, il y aurait quatre, cinq, six vitesses, c'est-à-dire des niveaux d'accès et de définition selon les groupes sociaux, en fonction de leur représentation de ce qu'est la santé et la maladie et en fonction de leurs revenus [...] Avec les urgences, on a dévoilé un de ces réseaux, une forme particulière de consommation médicale qui intéresse plutôt les classes populaires et le bas des classes moyennes⁵⁵. »

C'est alors sur le rôle de l'offre dans la structuration de la clientèle qu'il insiste pour expliquer l'existence de filières de soins d'urgence différenciées socialement :

« Mon étude sur les malades des urgences [2000] essaie d'ouvrir plusieurs sites pour échapper à la monographie et pour évaluer les probabilités qu'une personne a de se retrouver aux urgences selon sa catégorie sociale et la géographie hospitalière. Etre un client de la médecine caritative ou un usager des cliniques privées ou des cabinets de quartiers aisés dépend de la situation sociale et du type d'orientation. Cela conduit à se demander comment se réalise, par auto-élimination à la fois des trop pauvres et des trop riches, une forme courante de sélection hospitalière⁵⁶. »

⁵² Pénéff J., *Les malades des urgences*, Métailié, 2000. Là encore, sa recherche ne vise pas à répondre à la problématique des urgences telle que formulée précédemment mais à contribuer aux réflexions sur la santé, sur les rapports de la médecine et de l'état, de la sécurité sociale et de ses usagers.

⁵³ Cette observation est corroborée par Marie-France Couillot dans son étude descriptive des « usagers » des urgences. Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., *op. cit.* p. 49-100.

⁵⁴ Pour étayer ses observations, il s'appuie également sur une enquête réalisée par l'un de ses étudiants : Michel Esteves, « Les urgences dans une clinique privée des Bouches du Rhône », Mémoire de maîtrise de sociologie, sous la direction de Pénéff J., Université de Provence, 1998.

⁵⁵ Pénéff J., *op. cit.*, 2000, p. 174-175.

⁵⁶ Pénéff J., *op. cit.*, 2009, p. 141. Cette analyse est partagée par Carine Vassy dans son étude comparative des pratiques d'accueil (tri et réorientations) d'un service d'urgence public hospitalier et d'une clinique privée, cf. Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., *op. cit.* p. 101-192.

A partir du milieu des années 2000, les publications portant sur les services d'urgences hospitaliers et la précarité se raréfient au profit d'écrits centrés sur la figure du médecin « urgentiste ». Un rappel du contexte permet de saisir le sens de ce virage amorcé par François Danet⁵⁷, dans le cadre de sa thèse de sociologie consacrée au développement et à l'institutionnalisation des urgences et du métier d'urgentiste⁵⁸ :

Encadré 3 : Les services d'urgences hospitaliers en France dans les années 2000 : Points de repère

Suite à la canicule de 2003 qui a porté les services d'urgence sur le devant de la scène publique, Patrick Pelloux, le Président de l'association des médecins urgentistes hospitaliers de France (Amuhf) multiplie les apparitions dans les médias télévisés, dans la presse⁵⁹ et rédige un ouvrage décrivant le difficile travail des médecins urgentistes et le manque de création de postes médicaux pour faire face à l'engorgement des services d'urgence. Il profite de cet événement pour revendiquer la reconnaissance de la médecine d'urgence au rang de spécialité⁶⁰. Après avoir obtenu de nombreux moyens tant en personnel qu'en matériel, ils obtiennent en 2004 la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (Desc) de médecine d'urgence, « surspécialité » de la toute récente spécialité de médecine générale. Mais en 2007, ce processus de spécialisation de la médecine d'urgence est en panne « du fait des difficultés qu'ont les urgentistes à délimiter leurs pratiques⁶¹ ».

Cette approche sociologique des « urgentistes », néologisme apparu au milieu des années 1990, apporte un éclairage à la fois nouveau et complémentaire de la question de l'engorgement des services d'urgence. Il s'intéresse à la face d'ombre encore inexplorée des médecins urgentistes jusqu'alors davantage décrits et analysés comme des « martyrs » de l'hôpital, des héros désintéressés et dévoués. Dépassant les analyses précédentes, cet auteur démontre que ces médecins soi-disant victimes du succès des urgences, sont en réalité intéressés à entretenir un important afflux de patients, seul moyen de peser dans la négociation pour leur place au « paradis des spécialistes ». Aussi, derrière un discours critique de façade, l'engorgement des services d'urgence se révèle être un alibi pour réclamer toujours plus de moyens dans le cadre d'une stratégie de spécialisation. Dans ce contexte, l'affaire de la canicule de 2003, plutôt que de

⁵⁷ Psychiatre, médecin légiste, responsable de l'unité de psychiatrie d'urgence du service de médecine légale psychiatrique des urgences, hôpital Edouard Herriot, Lyon. Chargé d'étudier les modalités d'une restructuration d'un service d'urgences Lyonnais, il tente avec d'autres médecins, « d'élaborer des modèles innovants pour les urgences », en parallèle de sa thèse de sociologie. Cf. Danet F., Bremond M., Robert D., « Le travail du médecin aux urgences : reniement, adaptation ou transformation ? », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006, p. 103-116.

⁵⁹ Danet F., « La quête de la professionnalisation de la médecine d'urgence », Lhuilier D., dir., Université Paris-VII, 2006. Elle a donné lieu à la parution d'un ouvrage : Danet F., *La médecine d'urgence, vers de nouvelles formes de travail médicale*, Erès, Collection clinique du travail, 2008.

⁶⁰ Chaque semaine, depuis la fin de l'année 2004, il écrit un court article dans Charlie Hebdo. L'ensemble de ces contributions journalistiques ont donné lieu, par la suite, à la production d'un nouvel ouvrage : Pelloux P., *Histoire d'urgences*, Le cherche midi, 2007.

⁶⁰ Pelloux P., *Urgentistes*, Fayard, 2004.

⁶¹ Danet F., « La dramaturgie de l'urgentiste », *Esprit*, 2, février 2007, p. 143-157.

profiter à une démarche réflexive sur la question des limites de la segmentation hospitalière, a entraîné une expansion des services d'urgence et une pérennisation du problème de leur engorgement. Cette stratégie de spécialisation trouve également ses conditions de possibilité dans l'intérêt qu'ont les services de spécialité d'aval et autres institutions publiques et/ou privées (Education Nationale, Police, Justice, Cliniques, Maisons de retraite, etc..) à déverser les situations indésirables, voire insolubles, sur les urgences.

Cet état des lieux de la littérature sociologique consacrée à l'urgence sanitaire appelle plusieurs commentaires. On remarque tout d'abord une étroite corrélation entre la problématique de l'accès aux soins en France dans un contexte de précarisation d'une partie croissante de la population, et la production de travaux centrée principalement sur les services d'urgence hospitaliers qui, dans ce contexte, doivent faire face au problème de leur « engorgement⁶² ». Dans ce panorama littéraire, un travail d'enquête mené au cours des années 1980 par Nathalie Bajos et resté depuis lors largement méconnu, fait figure d'exception⁶³. Il a le mérite de sortir des murs de l'hôpital pour centrer son analyse sur l'activité des ambulances de réanimation du SAMU et de la BSPP. Dans cette étude, l'auteure met en évidence l'effet de l'offre institutionnelle (sa logique, ses modalités de fonctionnement, les concurrences entre organismes) sur la construction et la structuration de la demande sociale d' « aide médicale urgente » à Paris *intra muros*. S'appuyant sur une enquête par questionnaires, elle démontre l'existence d'une affinité sociale entre les organismes d' « aide médicale urgente » (SAMU de Paris et BSPP) et leur public. Malgré tout, une des limites de ce travail évoquée par l'auteure elle-même, est de ne pas avoir étudié les autres acteurs présents dans le champ de l'urgence sanitaire. On peut regretter par ailleurs (et cette remarque s'adresse également à la quasi-totalité des travaux mentionnés) l'ancrage parisien et plus largement urbain de ces études qui ignorent de fait la

⁶² « Si l'hôpital est le principal recours, c'est essentiellement par l'intermédiaire de son service des urgences qu'il s'acquitte de sa mission. Outre les difficultés liées à leur situation financière et administrative, plusieurs facteurs concourent à ce que les populations défavorisées privilégient ce mode de recours : l'absence fréquente de médecin traitant, l'appréhension des relations avec un monde médical ressenti comme distant, l'attente du dernier moment pour se faire soigner, le manque d'information sur les autres types de structures sanitaires. Le recours aux urgences est particulièrement utilisé pour les enfants, y compris par les médecins traitants, et explique, en partie, la forte croissance de l'activité des services pédiatriques. », HCSP, « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », Rapport, 1998, p. 148-152.

⁶³ Bajos N., « Les logiques sociales et institutionnelles de l'aide médicale urgente extra-hospitalière à Paris : analyse de la brigade des Sapeurs-pompiers de Paris et du SAMU de Paris », Thèse de Santé Publique, Université Paris sud UFR Kremlin-Bicêtre, sous la direction du Dr. Annie Thébaud, 1990. Ce travail s'inscrit dans une démarche d'évaluation dont l'objectif est de contribuer à rendre possible une meilleure adéquation des moyens à des objectifs prédéfinis en termes de santé publique comme de maîtrise des coûts dans le domaine de l' « aide médicale urgente ».

province⁶⁴ et surtout le monde rural pourtant lui aussi soumis à des demandes de soins d'urgence accrues.

Dans cette tendance générale, le rôle structurant du financement de la recherche n'est à notre sens pas à négliger pour expliquer l'enclavement des travaux dans l'univers médico-hospitalier. L'analyse des sources révèle en effet que nombre des articles précités constitue des valorisations de deux rapports de recherches effectués à la demande et/ou suite à des appels d'offre d'institutions publiques. Les encadrés de mise en contexte qui jalonnent cet état des lieux témoignent, à ce propos, de l'étroite corrélation entre d'un côté le contexte socio-politique de la question des urgences et de l'autre, l'essor des travaux sur ce sujet. Ces conditions de production, inhérentes à la recherche en sociologie, n'ont semble-t-il pas permis à leurs auteurs de se départir entièrement des catégories médicales de sélection et de traitement des problèmes. A cet égard et même s'il réalise l'essentiel de ses enquêtes au sein de services d'urgence hospitaliers, Jean Péneff se distingue de ses homologues en élargissant son analyse aux services d'urgences privés⁶⁵ ainsi qu'aux structures caritatives spécialisées dans l'accueil d'urgence des patients précaires. Ce décentrement le conduit à sortir des cadres d'analyses ordinairement mobilisés pour soumettre l'hypothèse originale d'une médecine, non pas à deux, mais à plusieurs vitesses sociales. Il pressent également, à l'instar de Dodier et Camus⁶⁶, l'existence de mécanismes de sélection en amont des services d'urgence, des voies implicites que la méthode ethnographique seule ne permet pas de saisir. C'est précisément là que réside l'intérêt de la présente recherche qui invite le lecteur à se plonger dans un univers jusqu'alors peu exploré par les sociologues, celui des interventions de secours sanitaire d'urgence se déroulant hors du monde hospitalier et qui voient des professionnels à la fois médicaux et non médicaux coopérer, collaborer ou bien, parfois, se concurrencer et se disputer pour « sauver des vies ». Les travaux portant sur la figure des Sapeurs-pompiers ou des « urgentistes » travaillant en amont des services d'urgence ne sont, certes, pas absents de la littérature sociologique. Cependant, même s'ils n'ignorent pas les autres acteurs du champ de l'urgence sanitaire qui gravitent autour, les auteurs de ces études portent l'essentiel de leur attention sur l'un ou l'autre des groupes

⁶⁴ Il convient de préciser, ici, que l'organisation des urgences à Paris est singulière au regard de reste de la France.

⁶⁵ Carine Vassy a comparé les pratiques d'accueil d'un service d'urgence public hospitalier et d'une clinique privée. Son travail met en évidence l'existence d'une sélection davantage au niveau de la consultation médicale que de l'accueil des urgences. Les médecins urgentistes travaillant dans ce type de service hospitalisent les patients correspondant aux critères de rentabilité de la clinique. Marie-France Couillot, dans le même rapport, analyse la trajectoire, les caractéristiques socio-démographiques des patients et les raisons de leur recours aux services d'urgences des cinq établissements publics hospitaliers inclus dans l'étude. En revanche, aucune enquête statistique de ce type n'a été réalisée dans la clinique privée étudiée par C. Vassy.

⁶⁶ Camus A., Dodier N. (1994), *op. cit.* p. 75.

professionnels. Nous proposons ici de mener une analyse qui tienne ensemble tous ces acteurs de l'urgence en respectant dans l'écrit, la place que chacun occupe dans la réalité.

3. PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

L'expression « accès aux soins » sert à désigner à la fois l'accessibilité en termes d'offre de soins et de droits sociaux, ainsi que le recours ou non à cette offre et à ces droits. On parle d'inégalités sociales dans l'accès aux soins « *lorsque les besoins de soins ne sont pas suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques* » (Lombrail et al., 2004). Dans ce travail, c'est la problématique d'ensemble de l'accès aux soins, dans sa dimension tant géographique que sociale, que l'on propose d'appliquer à notre objet d'étude.

Dans l'imaginaire collectif, l'urgence dite « médicale » n'attend pas et « sauver des vies » ne se discute pas⁶⁷. Dans ce cadre de pensée, aucune « discrimination » de quelque sorte dans l'accès aux soins d'urgence n'apparaît envisageable, ni même pensable. Cette représentation spontanée de l'urgence qui fait l'objet d'un large consensus social, rend *a priori* difficile l'émergence d'un questionnement en termes d'accès aux soins comme le souligne également Michel Estèves en introduction de son travail :

« Comment le service d'urgences d'une clinique recrute-t-il des clients ? Voilà une question qui peut sembler incongrue au premier abord. Les termes de ce questionnement sont dissonants, contradictoires, pour le sens commun : comment des « urgences médicales », que l'homme de la rue se représente comme impondérables, peuvent-elles donner lieu à un « recrutement » ? Cela sous-entend des formes de planification, des stratégies pour attirer des « clients », qui portent habituellement l'étiquette de « malades »⁶⁸ »

L'intense travail ethnographique mené durant plusieurs années a permis de lever cet obstacle cognitif et de révéler toute la pertinence d'un tel questionnement. En portant le regard sociologique là où l'œil médiatique n'est généralement pas invité, l'enquête *in situ* a révélé dans un premier temps l'existence d'une fracture territoriale dans l'accès aux soins d'urgence. Concrètement, celle-ci prend la forme d'une inégalité entre d'une part, un milieu urbain sur-doté où se côtoient médecins urgentistes privés (SOS Médecins, services d'urgence privés),

⁷⁰ En introduction de son travail de doctorat, Estelle Carde dit en substance la même chose à propos des soins en urgence dispensés aux étrangers. Parmi les raisons de la faiblesse de la littérature à propos des inégalités d'accès aux soins fondées sur l'origine, elle évoque la légitimité sociale accordée aux soins urgents : « *Le soin reste relativement peu abordé par ces enquêtes (sur les discriminations), comme si la forte légitimité sociale du corps souffrant et le droit constitutionnel de chacun à accéder aux soins urgents le protégeaient des discriminations (quel qu'en soit le critère d'ailleurs).* » Carde E., « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane française », Thèse de Santé publique option sociologie, sous la direction de Didier Fassin, Université Paris XI, 2006, p. 67.

⁶⁸ Estèves M., *op. cit.*, p. 4.

urgentistes hospitaliers (services d'urgence publics), sapeurs-pompiers professionnels et volontaires ainsi qu'un nombre important d'ambulanciers privés ; et d'autre part, un milieu rural cumulant les obstacles à l'accès aux soins d'urgence : éloignement des services d'urgence et des SMUR, indisponibilité des sapeurs-pompiers volontaires en journée, problème de permanence des soins, carence d'ambulances privées, etc.. L'hypothèse centrale soutenue dans ce travail est que la politique de médicalisation des urgences sanitaires, singulière à la France, aurait engendré une concentration urbaine et professionnelle des compétences dites de « médecine » d'urgence au détriment du monde rural et des autres groupes professionnels (ambulanciers privés, sapeurs-pompiers).

Parallèlement, l'enquête par immersion prolongée dans le monde des ambulanciers privés, a permis d'entrevoir une autre face cachée de la réalité des urgences, celle de pratiques de discriminations sociales dans l'accès aux soins d'urgence. Plus précisément, on postule ici l'existence de quatre filières d'accès aux soins d'urgence socialement différenciées : la première est la filière réservée aux patients d'un niveau social supérieur généralement orientés vers les urgences privées qui ont un mode de recrutement sélectif (elles acceptent les patients recommandés par un réseau de confrères) ; La seconde est celle des urgences publiques qui acceptent officiellement tous les patients. Cependant, cette logique d'accueil du « tout-venant » est de plus en plus inadaptée aux exigences économiques qui conduisent les services d'urgence hospitaliers à développer depuis quelques années, des pratiques de sélection de leurs patients. Ainsi, les patients de ces services sont en grande majorité issus de classe populaire tandis que les populations précaires sans couverture sanitaire, pour lesquelles l'urgence sanitaire est souvent mêlée à l'urgence sociale, y sont sous-représentées. Ils ont en effet été progressivement éloignés vers des lieux spécifiques de prise en charge de leur demande de soins d'urgence qui constituent la troisième filière, celle de la médecine caritative représentée par Médecins du monde, le SAMU social et les Permanences d'accès aux soins de santé. Enfin, la quasi absence de patients situés tout en haut de la hiérarchie sociale autorise à penser l'existence d'une quatrième filière, celle qui permet d'accéder directement au service de spécialité sans passer par la case « urgence ».

Cette étude invite donc les chercheurs et plus largement chacun d'entre nous, à sortir des cadres d'analyse binaires « médecine de riche, médecine de pauvre », véhiculés par les médias et encore très prégnants dans le discours social, pour conclure comme d'autres auteurs l'ont récemment

fait, de façon plus générale, à l'existence en France de filières d'accès aux soins gradués socialement.

Loin d'aller de soi, une telle approche de l'urgence s'est imposée après plusieurs mois d'enquête, le temps nécessaire d'une part pour réussir à dépasser les obstacles cognitifs liés aux représentations spontanées de l'urgence que partagent nécessairement, tout un chacun et même le sociologue ; d'autre part, pour se pencher sur le rapport ancien et intime que l'auteure de ce travail entretient avec cet objet d'étude. Cette familiarité, il convient de la sociologiser afin de saisir son influence aux différentes phases de la production des résultats de la recherche. A cette fin, j'ai pris le parti de construire un récit d'enquête articulant les dimensions biographique et méthodologique de la recherche, les deux étant comme nous le verrons, étroitement liées :

« C'est là une autre fonction du journal de terrain évoquée plus haut que d'aider le chercheur à gérer ses impressions subjectives. Il lui permet d'évaluer ses propres affects, de témoigner sur les modalités de son implication personnelle. Il sert de source pour ces annexes ou ces introductions à caractère à la fois méthodologique et biographique, qui accompagnent nombre d'ouvrages classiques ou contemporains, et explicitent pour le lecteur la « posture » du chercheur, sans pour autant verser dans la complaisance ou le narcissisme. Il s'agit en l'occurrence non seulement d'expliciter « d'où l'on parle », mais aussi « d'où l'on a produit ses données », et comment. Ni plus, ni moins⁶⁹. »

Fondée sur une relecture « critico-analytique » des journaux d'enquêtes rédigés depuis l'année 2002, date de l'entrée en maîtrise, cette reconstitution *a posteriori* de l'itinéraire de recherche apparaît indispensable au regard de l'intérêt heuristique qu'aura revêtu une telle démarche réflexive.

4. RETOUR REFLEXIF ET CRITIQUE SUR UNE RECHERCHE : UN RECIT D'ENQUETE AUTOBIOGRAPHIQUE ET METHODOLOGIQUE

« Si l'autoanalyse n'est pas rigoureuse, elle est exposée à l'indulgence de soi, voire à la complaisance. L'authentique lucidité amène inmanquablement à la reconnaissance de ses propres défauts, de ses faiblesses de caractère, des fautes commises qui hypothèquent un travail. Si on manque à cela, le but visé est biaisé. Il ne s'agit pas simplement d'avouer quelques erreurs sur une enquête, mais des défauts et carences persistants et coûteux par honnêteté envers le lecteur. Sans une véritable autocritique, une objectivation, malgré quelques lacunes concédées n'est bien souvent qu'un miroir valorisant⁷⁰. »

Le choix d'un objet d'étude ne relève jamais du hasard et il apparaît nécessaire qu'au décours de son travail, le chercheur s'interroge sur les raisons qui l'ont conduit à envisager une telle investigation. Le texte qui va suivre invite à une analyse réflexive, aussi rigoureuse que possible,

⁶⁹ Olivier De Sardan J-P., « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », in *Les terrains de l'enquête*, n°1, Parenthèses, 1995, p. 105.

⁷⁰ Péneff J., *Le goût de l'observation*, La Découverte, Paris, 2009, p. 81.

de la relation de l'auteure avec son objet et de son implication personnelle sur le terrain, avant, pendant et à la fin de l'étude⁷¹. Ce point nous semble d'autant plus essentiel à rappeler qu' « *il n'y a pas de sociologie possible sans sociologiser les sociologues, c'est-à-dire sans les situer par rapport à leur objet* », (Pinçon et Pinçon-Charlot, 2005) :

« Dans la plupart des recherches en sociologie, le choix initial d'un objet est souvent guidé par des sensibilités ou des orientations qui n'ont rien de scientifiques et dont il faut s'affranchir progressivement. Or, ce processus n'est pas facile car il implique au moins autant un travail sur soi qu'un travail sur les notions de sens commun, sur les catégories de la vie courante dont l'usage systématique peut conduire à l'aveuglement. La construction d'un objet d'étude passe par la déconstruction au moins partielle de ces prénotions ou de ces préjugés qui constituent des obstacles épistémologiques. Avoir conscience que le choix d'un sujet est rarement neutre, qu'il est souvent une composante de l'expérience vécue du chercheur, est déjà un premier pas vers l'objectivation ou ce que l'on pourrait appeler une « sociologie réflexive⁷² ». »

Ce récit reconstruit *a posteriori* à partir du journal de terrain, a également pour vocation de fournir au lecteur les éléments requis pour apprécier la qualité des matériaux sur lesquels s'appuient les conclusions sociologiques énoncées aux diverses étapes de la recherche. A cette fin, il importe de dévoiler sans fard les coulisses de la recherche avec ses erreurs, ses confusions, ses détours, ses péripéties et impasses. Faire mention de ces difficultés est d'autant plus nécessaire qu'elles sont bien souvent révélatrices des biais et des contraintes qui pèsent sur l'observateur et renseignent aussi bien souvent sur l'objet lui-même⁷³. Enfin, ce compte-rendu d'enquête est également l'occasion de contribuer à la réflexion méthodologique sur la pratique ethnographique, dans la lignée de la tradition américaine du *Field work* initiée par Park et poursuivie par ses héritiers Strauss, Goffman et Becker.

Nous verrons également les raisons qui m'ont conduit à adopter des modes d'investigations complémentaires aux différentes étapes de la recherche. Si l'enquête empirique s'appuie pour une large part sur la méthode par observation participante, elle recourt aussi aux entretiens formels et informels (la seconde forme ayant été privilégiée), ainsi qu'à l'analyse statistique.

⁷¹ La réflexivité s'impose ainsi comme « l'un des critères de l'appréciation professionnelle de l'observation (si l'on veut, de sa scientificité) », [Chapoulie 1994, p. 76-77], cité in, Arborio A-M, Fournier P., *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, 1998, Nathan-Université, p. 100.

⁷² Paugam S. et al., « Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie », *Sociologie*, 2011/4, vol. 2, p. 418.

⁷³ E. Hughes fut l'un des premiers sociologues à vouloir analyser les effets de la position du chercheur sur ce qu'il perçoit. Avec Field Work et les essais de méthode de Hughes, s'introduit l'idée que le contrôle collectif des résultats obtenus par le travail de terrain passe par l'observation du chercheur et l'analyse de ses actes de recherche : en bref, sans en avoir formulé explicitement l'idée, Hughes soutient que « *l'explicitation critique des expériences de terrain est l'un des critères définissant la rigueur pour ce type de recherche. Les réflexions de Hughes dans les années 1950 sur le travail de terrain sont l'un des éléments d'une nouvelle conception de la recherche en sciences sociales née en réaction aux critiques de la méthode ethnographique développées par les tenants de l'approche statistique.* » Chapoulie J-M, « E.C. Hughes et la tradition de Chicago », in E., Hughes, *Le regard sociologique, Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Chapoulie J-M., Editions de l'EHESS, Paris, 1996, p. 38.

Enfin, elle puise un certain nombre de ses données dans l'analyse documentaire et la recherche archivistique. Aussi, plutôt que de faire un inventaire des méthodes employées, ce récit invite à un dialogue témoignant des vertus d'un « empirisme polyvalent »⁷⁴.

Une inscription ancienne dans le terrain : de la sphère bénévole à l'univers professionnel

« Toutes sortes de malentendus ou d'incompréhension où, à l'inverse, de succès inattendus aiguillent l'enquêteur vers la menée de l'enquête autoréflexive. La réflexion analytique, au sens psychanalytique et socio-analytique, de certains éléments de sa trajectoire biographique est incontournable. Elle lui permet de comprendre en partie le pourquoi de ses affinités et de ses aversions vis-à-vis de personnes ou de situations, d'éclairer les facilités et les difficultés de son ancrage dans tel milieu ou tel réseau et, dans le meilleur des cas, de lever la cécité qui l'empêche de voir ce qui se joue sous ses yeux⁷⁵. »

Le premier contact avec mon objet d'étude remonte à l'été 1999. C'est à l'occasion du repas annuel des personnes âgées organisé dans une petite commune rurale que je fais la connaissance de secouristes bénévoles. Engagés dans la Croix-Rouge française, ces derniers étaient chargés d'assurer la tenue d'un « poste de secours », tandis qu'à titre gracieux j'effectuais le service de restauration. Quelques mois plus tard, j'obtiens mon premier diplôme de secourisme⁷⁶ et dans la foulée, je m'engage dans l'association. Parallèlement, j'entame un cursus de sociologie à l'université de Nantes et m'aventure, sans le savoir, simultanément dans deux voies qui se croiseront quelques années plus tard, au moment de choisir un sujet de maîtrise.

Quatre années passent durant lesquelles j'obtiens plusieurs diplômes de secourisme⁷⁷ tout en prenant des responsabilités toujours plus importantes au sein de la Croix-Rouge française. En 2003, j'entreprends de réaliser une maîtrise portant sur l'engagement bénévole⁷⁸ et parallèlement, j'accepte le poste de directrice de l'association qui m'est proposé, mue par un intérêt notoire pour le secourisme ainsi que par le désir de parfaire mon expérience dans ce domaine. Je me renseigne sur les évolutions du secourisme, j'apprends à organiser des réunions et à mener des équipes de secouristes et enfin surtout, je me rends régulièrement à la Direction Départementale de l'Urgence et du Secourisme pour assister aux réunions où siège l'ensemble

⁷⁴ Retière J-N., « La contribution de profanes à l'œuvre de justice », in Barthélémy T., Combessie P., et al., *Ethnographies plurielles. Déclinaisons selon les disciplines*, Comité des travaux historiques et scientifiques, n°28, 2014.

⁷⁵ Cefai D., « L'enquête de terrain en sciences sociales », Postface, in Cefai, dir., *L'enquête de terrain*, La Découverte/M.A.U.S.S., Paris, 2003, p. 568.

⁷⁶ Attestation de formation aux premiers secours (AFPS).

⁷⁷ Module Licence radio ; Module de sensibilisation au soutien psychologique ; Attestation de formation à l'utilisation du défibrillateur semi-automatique ; Certificat de formation aux activités de premiers secours en équipe (C.F.A.P.S.E.), un diplôme similaire à celui des sapeurs-pompiers.

⁷⁸ Morel S., « Les logiques individuelles de l'engagement bénévole. L'exemple des bénévoles de la Croix-Rouge française », Mémoire de Maîtrise de sociologie, sous la direction de Retière J-N, Université de Nantes, 2004.

des directeurs d'associations du département. Aussi, le choix du sujet de maîtrise fut-il clairement guidé à la fois, par l'opportunité de terrain que m'offrait cet engagement bénévole et également par une sensibilité particulière pour le secours sanitaire. Enfin, ce choix doit être replacé dans le contexte académique marqué depuis les années 1990 par la fécondité des travaux sociologiques portant sur l'engagement.

Ce travail de maîtrise fut l'occasion d'une première prise de distance critique vis-à-vis du secourisme. L'exercice de responsabilités de plus en plus importantes⁷⁹ m'a permis notamment, d'entrevoir les faces d'ombre d'un monde que je pensais connaître. Sans m'appesantir ici sur les détails de cette enquête, je fus parfois surprise et contrariée par le manque de compétence et de rigueur observé sur les postes de secours. Ma position de directrice m'amenait par ailleurs, à être le témoin des luttes intestines auxquelles se livraient les différentes associations départementales de secourisme pour le monopole de territoires. Enfin, les conflits de personnes au sein de la direction départementale où on me confia le poste d'adjointe « aux missions de secours », achevèrent de me convaincre de limiter progressivement mes activités bénévoles. Le réseau de connaissances acquis durant toutes ces années de « carrière » [Becher H., 1985] bénévole m'autorisait, en effet, à m'éloigner du terrain associatif sans préjudice pour la suite de mon travail d'enquête.

Cette première recherche consacrée au secourisme a trouvé son prolongement dans la réalisation, l'année suivante, d'un master 2 visant à analyser, cette fois-ci, plus largement et dans une perspective socio-historique, le champ du secours sanitaire⁸⁰. L'objectif de ce travail résidait dans la mise au jour des mécanismes politiques, institutionnels et culturels au principe de la structuration du champ de l'urgence sanitaire sur une période allant du début du 20ème siècle aux années 1970. Fondée sur l'exploitation de documents d'archives, d'écrits professionnels et d'entretiens, l'enquête a révélé les logiques socio-politiques et corporatistes de la genèse et de l'évolution des divers groupes professionnels et associatifs composant ce champ aujourd'hui. Dans le même temps, lasse des petits « jobs étudiant », je décide de rechercher un emploi plus stable pour subvenir à mes besoins et garantir la poursuite de mes études. Assurant toujours des « postes de secours » à titre bénévole, je suis amenée un jour à rencontrer un secouriste exerçant

⁷⁹ En 2004, je démissionne de mon poste de directrice locale de l'urgence et du secourisme pour rejoindre l'équipe départementale. Rapidement, on me propose le poste d'adjointe départementale à l'urgence et au secourisme. J'étais chargée de contrôler la conformité des postes de secours de l'ensemble du département aux règles administratives.

⁸⁰ Morel S. « Socio-histoire des services civils du secours mobile d'urgence individuelle (1930-1975) : Genèse d'une cause commune ? Volontaires, bénévoles et professionnels ; Institutions publiques, associations, entreprises privées », Mémoire de Master 2 recherche, sous la direction de Suaud C., Retière J-N, Université de Nantes, 2005.

le métier d'ambulancier⁸¹ au sein d'une entreprise privée située en milieu urbain. Il m'apprend, à cette occasion, que son patron recrute des étudiants à l'année sous réserve qu'ils détiennent le permis de conduire depuis au moins deux ans et qu'ils soient formés à l'AFPS. Je m'étonne du peu de formation exigé pour l'entrée dans ce métier mais remplissant les deux critères, je pose ma candidature la semaine suivante. J'obtiens rapidement un entretien avec le chef d'entreprise auprès duquel le bénévole avait intercédé en ma faveur. Je suis recrutée et je réalise ma première journée d'ambulance à la fin de l'année 2004⁸², pénétrant ainsi un monde qui m'était totalement étranger. Ainsi, la conversion d'un savoir-faire acquis dans le cadre de mon engagement bénévole en compétences professionnelles a été déterminante pour l'accès à cet emploi. L'étude de J-N Retière sur l'engagement des sapeurs-pompiers volontaires rend compte, de façon analogique, de ce processus d'accès au terrain :

« L'appartenance au corps de pompiers aura, sans nul doute, contribué à ouvrir des portes. A partir de maints itinéraires, certaines « ressources de mobilité » sont aisément soupçonnables. La compétence certifiée en secourisme d'abord, qui permet de prétendre à un emploi d'ambulancier, de pompier ou d'agent de sécurité dans une entreprise privée⁸³. »

Ce travail en ambulance présentait un double intérêt : un intérêt économique, tout d'abord, puisqu'une telle activité m'assurait désormais une stabilité financière. Puis, un intérêt sociologique en m'autorisant à pénétrer non seulement un terrain de recherche vierge d'étude, mais aussi ce qui allait devenir le champ principal d'un futur travail de thèse. Voilà pourquoi, en dépit du peu d'utilité directe qu'un tel travail présentait pour le master 2, je me suis astreinte dès le premier jour, à consigner mes observations dans un journal de terrain.

A la manière de Jean Péneff, dans son étude portant sur le personnel d'un service d'urgence hospitalier, j'ai observé minutieusement, durant près d'un an⁸⁴, le quotidien du métier d'ambulancier. J'y décris les pratiques concrètes du travail : le brancardage, la facturation, la conduite, leurs interactions avec les infirmières, les aides-soignants, les médecins, les patients. Je détaille les différents types de transports réalisés (classiques, urgences, rapatriements sanitaires, taxi) ainsi que les diverses structures qu'ils côtoient régulièrement : hôpitaux, cliniques, maisons de retraite, maisons de convalescence, cabinets de radiologie, de kiné, de médecins généralistes, de spécialistes etc... Je dépeins également mon apprentissage des pratiques de travail (brancarder, établir des factures, s'orienter dans la ville, aborder les patients, etc..) et des codes

⁸¹ J'apprendrai par la suite qu'il n'est pas le seul. Un des adjoints de la Direction départementale de l'Urgence et du Secourisme (DDUS) est patron d'une entreprise privée d'ambulance située dans le département voisin.

⁸² Cette période correspond également à mon entrée en master 2.

⁸³ Retière J-N, « Etre sapeur-pompier volontaire. Du dévouement à la compétence », *Genèses* 16, juin 1994, p. 94-113.

⁸⁴ De la fin novembre 2004 (date d'embauche) à septembre 2005 (soutenance du master 2).

(langage). N'étant présente qu'une journée par semaine, l'acquisition du savoir-faire et du savoir-être ambulancier fut relativement longue et mon attention restait centrée sur les pratiques de travail. Jeune femme à l'apparence frêle dans un univers à 90% masculin, je ne pouvais dans un premier temps, échapper à l'*a priori* négatif associé à mes « traits physiques⁸⁵ » à savoir une faible capacité physique. Ce travail réclame en effet, un minimum de force physique pour « transférer » les patients du lit au brancard et inversement. De même, lorsque ce dernier réside dans un pavillon ou un immeuble à étages sans ascenseur, il est transporté par les escaliers au moyen d'une « chaise⁸⁶ » qui, ajoutée au poids du patient, représente une charge parfois importante. Enfin, les ambulances sont des véhicules de moyen ou de gros gabarit dont la conduite en ville exige une grande attention en particulier lorsque l'on est « en charge⁸⁷ ». La note de terrain qui suit témoigne de l'importance de ce critère dans le jugement émis par les ambulanciers à l'égard des « saisonniers » dont je faisais partie et à qui peu de confiance est accordée dans ce domaine :

« A la fin de la journée, mon collègue me complimente sur ma façon de conduire et me demande si les autres ambulanciers me laissent le volant. Je lui réponds : « Oui, à chaque fois ». Il ajoute alors que cela signifie que j'ai réussi dit-il, le « test de la conduite ». Devant mon air étonné, il explique que les étudiants conduisent rarement : « On les laisse conduire une fois et si on voit qu'ils ne conduisent pas bien [selon leurs critères : « rapide » et « sûr »], on ne leur laisse plus le volant. En urgence, on est obligé de laisser l'étudiant à l'arrière parce qu'on ne veut pas leur laisser le volant. On n'a pas confiance. Toi, on n'aurait aucun mal à te confier le volant, on te fait confiance⁸⁸. »

D'après cette enquête, j'avais réussi le « test de conduite » me distinguant ainsi de la plupart des étudiants « saisonniers » présents dans l'entreprise à chaque période de vacances scolaires. Peu de temps après, à l'occasion de l'arrivée d'une dizaine d'étudiants en ostéopathie et en médecine pour les vacances d'été, je prends conscience de l'hostilité que les ambulanciers nourrissent à leur égard. Ayant acquis suffisamment d'aisance, je décide d'interroger l'un d'entre eux sur les raisons de cette inimitié. J'apprends alors que ces étudiants « saisonniers », groupe auquel j'appartiens malgré moi, sont réputés fainéants, suffisants et peu respectueux du métier :

« Il y a un groupe d'une dizaine d'étudiants ostéopathes qui se sentent à l'entreprise comme chez eux et qui n'ont pas l'esprit d'entreprise. Ils restent entre eux. Cette attitude n'est pas appréciée par les ambulanciers qui savent par expérience que lorsque certains passent en 4^{ème} année, ils n'ont plus la même attitude à leur égard : « Certains, quand ils sont devenus médecins, ne nous disent même pas bonjour. »

⁸⁵ Pour une analyse de l'enquête des enquêtés sur l'enquêteur cf. Bizeul D., *op. cit.*, p. 751-787.

⁸⁶ C'est une chaise conçue pour ce type de transport. Elle est composée de deux roulettes et d'anses à l'avant au niveau pieds ainsi qu'à l'arrière du patient au niveau du dossier. Elles permettent de porter le patient dans les escaliers ainsi que dans les lieux exigus comme c'est souvent le cas à domicile.

⁸⁷ Expression indigène pour signifier qu'un patient se trouve dans l'ambulance.

⁸⁸ Propos recueillis dans l'ambulance, au retour d'une assistance Nantes-Lorient débutée à 18h00 et achevée à 23h30. Note datée du 31/12/2005, soit 2 mois après l'entrée sur le terrain.

« Certains saisonniers ne poussent pas le brancard, ils ne veulent pas conduire ni faire les factures. On doit tout faire. »

« Les saisonniers qui se sentent tout de suite à l'aise « comme chez eux » ne sont pas appréciés non plus : « Je préfère les gens qui s'intéressent au métier, qui essaient d'apprendre et s'intègrent au fil du temps en prenant le temps de connaître et de se faire connaître ». Cet ambulancier ajoutera ensuite : « Toi, tu trouves progressivement tes repères, ça se voit et c'est bien. Tu t'intéresses et tu essaies d'apprendre ». Sur l'aire d'autoroute, il sourit lorsqu'il me voit consulter un plan de Paris pour repérer les rues situées aux environs de l'hôpital vers lequel nous devons nous rendre : « C'est rare qu'un saisonnier s'investisse autant⁸⁹. »

Cette situation d'enquête marquée par un double stigmatisme lié à mes traits physiques et à mon statut sur le terrain s'est traduite, dans les premiers mois de l'enquête, par un comportement parfois distant de la part des enquêtés. Paradoxalement, cette difficulté première liée à l'étiquette de « saisonnière », revêtait aussi un atout pour qui souhaitait mener une enquête. En questionnant les ambulanciers sur leurs pratiques de travail et les différents aspects de leur métier, je contournais sans le savoir certains stigmates associés au statut de « saisonnière ». Cette démarche d'attention, d'écoute et d'interrogation, loin de susciter la méfiance était perçue bien au contraire, comme une marque d'intérêt et de reconnaissance de leur métier. Ainsi, endossant volontiers le rôle d'apprentie ambulancière, mon acceptation sur le terrain fut non seulement largement facilitée par mon passé de secouriste mais également, par l'attention que je portais à leur métier⁹⁰. L'intégration dans le groupe ambulancier fut en outre simplifiée par ma proximité et ma familiarité sociale avec les enquêtés qui, pour la plupart, d'après les informations recueillies sur leur profil lors de la première année d'enquête, sont issus de la classe populaire.

Fille d'agriculteur, j'ai passé mon enfance dans une ferme située en milieu « rural isolé » dans un monde où la valeur travail prime et dans lequel les loisirs sont réduits à la portion congrue. Empreinte de cette éducation, mon attitude prenait d'emblée le contrepied de celle attendue du statut de « saisonnière » : je suis ponctuelle, je respecte le planning établi par l'entreprise, je n'hésite pas à payer physiquement de ma personne en « poussant » le brancard « en charge » le plus souvent possible afin de soulager mon équipier et enfin, j'accomplis autant que possible, les tâches jugées moins nobles⁹¹. Ce décalage, eu égard aux attentes des ambulanciers vis-à-vis des « saisonniers », s'est traduit concrètement par des propos élogieux à mon endroit soulignant ma

⁸⁹ Extrait du carnet de terrain, notes du 6/07/2005. Propos recueillis, au cours d'une « assistance », auprès d'un ambulancier de 28 ans ayant quatre ans d'ancienneté dans l'entreprise.

⁹³ A partir de mars 2005, j'explique aux enquêtés mon intention de réaliser un mémoire et, pourquoi pas, une thèse sur « les secours d'urgences » et, plus précisément, sur l'histoire des ambulanciers, des sapeurs-pompiers, du SAMU et l'évolution du partage des compétences entre tous ces professionnels. Je note sur mon carnet l'enthousiasme des enquêtés qui tentent de m'aider en livrant leurs quelques connaissances sur ce sujet.

⁹¹ Le caractère noble ou non d'une tâche varie selon les ambulanciers. Pour certains, il s'agit de la partie administrative du métier : récupérer et remplir les bons de transport, établir la facture, réclamer le paiement ; d'autres supportent difficilement le contact avec le patient ; enfin, la conduite du véhicule au quotidien peut également être vécue comme une corvée.

punctualité, mon respect du travail ainsi que la bonne exécution des tâches. Au terme d'un an de « mise à l'épreuve », je quitte ainsi le statut de « saisonnière » avec tous les stigmates qui lui sont associés pour celui d' « ambulancière étudiante » réalisant une étude sur l' « histoire des secours d'urgence ». Au même moment, je quitte le terrain pour intégrer, en tant que chargée d'étude, une équipe de recherche travaillant sur les « violences intrafamiliales⁹² ». Parallèlement, je soutiens le master 2 et je rédige un projet de thèse dans lequel je propose de prolonger les analyses initiées l'année précédente : il s'agissait pour l'essentiel, d'approfondir certaines hypothèses et d'achever la reconstruction socio-historique du champ de l'urgence sanitaire. Les pistes de réflexion soumises en conclusion du précédent travail allaient servir de guide pour mes premiers pas de recherche doctorale⁹³, car en dépit des recherches déjà effectuées, aucune véritable problématique n'émergeait de ces premières analyses.

5. D'UN PROBLEME GEOGRAPHIQUE A UNE QUESTION DE SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS⁹⁴

Conformément au projet de thèse énoncé, j'entreprends une recherche documentaire visant à obtenir des données socio-historiques relatives à la période 1975-2005. L'examen attentif d'une littérature grise foisonnante⁹⁵, révèle alors rapidement l'existence d'un problème, peu connu du grand public mais débattu en interne, celui de l'accès aux soins d'urgence en milieu rural. Je découvre avec étonnement que depuis les années 1980-1990, cette question fait l'objet d'après débats entre les différentes institutions du champ de l'urgence sanitaire. Dès lors, une question s'imposait : comment, malgré un ancrage relativement ancien dans le terrain, avais-je pu rester aveugle à cette problématique ? Assez rapidement, il m'a semblé que la principale raison de cette cécité résidait dans la position occupée sur le terrain, celle d'ambulancière « citadine ». J'en ai alors déduit un peu hâtivement que l'enquête ethnographique serait d'un faible secours pour objectiver l'existence d'un problème que seuls les écrits professionnels mentionnaient. Prenant acte de cet obstacle lié à ma position de terrain, je décidais de rechercher les cartes

⁹² Ce contrat de recherche dura six mois (d'octobre 2005 à janvier 2006 inclus).

⁹³ En France, les écrits sur cet objet (presse, littérature grise, travaux sociologiques) sont dominés par la problématique de l'engorgement des urgences et celle du « volontariat » chez les sapeurs-pompiers. Au terme de mon travail de master 2, mes questionnements et par conséquent, mon regard sur le terrain étaient orientés par ces questions. La démonstration consistait alors à reconstruire l'histoire du champ pour saisir les logiques socio-politiques et professionnelles de production des problèmes repérés.

⁹⁴ Pour la clarté de l'exposé, le récit analytique des différentes étapes de la recherche abordera successivement les deux volets de la problématique même si dans les faits, les deux investigations ont été menées de front tout au long de l'enquête.

⁹⁵ Ouvrages sur l'histoire des urgences « préhospitalières », de la médecine d'urgence, etc ; rapports politiques sur les urgences et la permanence des soins ; études de la Drees, de la Drass, de l'Observatoire régional de la santé ; articles de médecine ; articles de presse, etc.

d'implantation du SAMU/SMUR, des casernes de sapeurs-pompiers, des entreprises privées d'ambulance et de SOS Médecins dans le département. Cependant, la difficulté matérielle à me procurer ce type de document jointe à une méconnaissance manifeste des outils cartographiques compromettrait largement cette entreprise d'objectivation qui s'est, par la suite, révélée être une impasse.

De retour sur le terrain après quelques mois d'absence, je décide d'interroger les ambulanciers sur l'organisation départementale des secours en milieu urbain et rural. Cette méthode appelée « techniques de triangulation⁹⁶ », qui consiste à poser la même question à des personnes différentes dans des contextes variés, s'est avérée féconde. Le cadre de l'enquête, une entreprise de plus de 50 salariés⁹⁷, m'offrait l'opportunité de côtoyer des ambulanciers aux profils variés : certains d'entre eux avaient une expérience de travail en milieu rural, d'autres étaient parallèlement engagés comme sapeurs-pompiers volontaires dans une caserne rurale et enfin, une poignée d'entre eux avait travaillé dans un autre pays et/ou dans un département frontalier. De cette façon, j'ai pu collecter de nombreux récits d'interventions urgentes auprès d'ambulanciers privés, généralement prompts à s'exprimer sur cet aspect valorisant de leur travail⁹⁸. A cette diversité de profils d'ambulanciers privés, se sont ajoutées les conversations informelles menées auprès de médecins urgentistes et d'infirmiers anesthésistes à l'occasion de transports spécifiques appelés « rapatriements sanitaires » ou encore, « assistances⁹⁹ ». Prenant soin de ne pas imposer de problématique, je posais des questions périphériques : je les questionnais sur les délais d'intervention, sur l'organisation des gardes diurnes et nocturnes, la coopération avec les médecins généralistes, le partage des compétences entre sapeurs-pompiers et ambulanciers privés, etc...

⁹⁶ « Elles permettent de mieux comprendre les effets de position et les effets de disposition qui commandent aux perspectives, aux perceptions, aux explications, aux interprétations et aux justifications des acteurs », Cefai D., postf. *op. cit.*, p. 599.

⁹⁷ En 2011, cette entreprise comprenait une centaine de salariés. Pour des raisons d'anonymat, nous ne livrons ici que les informations de contexte indispensables à la compréhension de l'analyse.

⁹⁸ Le déjeuner à l'entreprise, dans une salle prévue à cet effet, est l'occasion d'échanges fréquemment ponctués par des récits d'interventions d'urgence riches d'enseignement. Ces anecdotes ont représenté « *un des leviers les plus puissants de l'entretien ethnographique* », Beaud S., (1996, p. 242).

⁹⁹ Il s'agit de transports sanitaires réalisés pour le compte d'assurances privées. Lorsque un problème de santé survient chez un individu lors d'un séjour en France ou à l'étranger, l'assurance organise le rapatriement sanitaire à l'hôpital le plus proche ou au domicile. Elle contacte l'entreprise d'ambulances qui est alors missionnée pour assurer le transport et ce, quelque soit la distance à parcourir. Ce type de transport peut donc prendre de 30 minutes à plus de 24h00. Selon l'état du patient, l'assurance doit également faire appel à un médecin ou un infirmier « urgentiste » dont la mission est de surveiller le patient durant le transport.

Ces entretiens informels ont pour la plupart été réalisés au sein même de l'ambulance, au cours d'un transport « à vide¹⁰⁰ ». J'attendais ensuite d'être à l'abri des regards de mes interlocuteurs pour consigner leurs propos sur un carnet glissé dans la poche de ma blouse blanche. Au cours de cette enquête exploratoire, aucun d'entre eux ne formulait clairement l'idée de l'existence d'une inégalité territoriale dans l'accès aux soins d'urgence. Malgré tout, un consensus se dégagait de l'ensemble des propos recueillis, celui de délais d'intervention d'urgence largement supérieurs en campagne comparé à la ville : certains médecins urgentistes attestaient de l'existence de nombreuses « zones blanches » en milieu rural, autrement dit de territoires trop éloignés des secteurs d'intervention des SMUR. Ils évoquaient également l'absence fréquente de médecins de garde sur certains secteurs ainsi que la difficulté, pour les casernes rurales, de disposer d'effectifs disponibles en journée. Enfin, j'apprenais que la « politique » des patrons d'entreprises privées d'ambulances relative à l'activité de transport sanitaire d'urgence, variait de l'adhésion complète au rejet d'investir ce domaine. Ces entretiens informels furent complétés par quelques entretiens semi-directifs réalisés au domicile de médecins urgentistes et d'infirmiers rencontrés lors de rapatriements sanitaires¹⁰¹ et exerçant au sein de services d'urgence et de SMUR. Au terme de plusieurs mois d'enquête, le cumul et la comparaison de l'ensemble de ces données discursives ont conduit, *in fine*, à objectiver l'existence d'une fracture territoriale dans l'accès aux soins d'urgence :

« Par la triangulation simple le chercheur croise les informateurs, afin de ne pas être prisonnier d'une seule source. Mais on pourrait parler de triangulation complexe, dès lors qu'on tente de raisonner le choix de ces informateurs multiples. La triangulation complexe entend faire varier les informateurs en fonction de leur rapport au problème traité. Elle veut croiser des points de vue dont elle pense que la différence fait sens. Il ne s'agit donc plus de « recouper » ou de « vérifier » des informations pour arriver à une « version véridique », mais bien de rechercher des discours contrastés, de faire de l'hétérogénéité des propos un objet d'étude, de s'appuyer sur les variations plutôt que de vouloir les gommer ou les aplanir, en un mot de bâtir une stratégie de recherche sur la quête de différences significatives¹⁰². »

Plusieurs conclusions se dégagent de l'analyse des discours : je remarquais tout d'abord, que les difficultés d'accès aux soins d'urgence en milieu rural n'étaient nullement pensées sur un registre problématique. Mes interlocuteurs admettaient tous, sans exception et sur le ton de

¹⁰⁰ Un transport sans patient.

¹⁰¹ A cette occasion, j'avais suggéré à quelques uns d'entre eux de poursuivre la conversation dans un cadre plus formel, proposition qu'ils acceptèrent tous de bon gré. Toutefois, constatant rapidement la faible valeur heuristique de cette méthode, par ailleurs chronophage, j'ai pris le parti de ne réaliser que cinq entretiens semi-directifs. Les entretiens informels menés auprès d'acteurs variés, dans leur contexte de travail, m'apparaissaient davantage féconds.

¹⁰² Olivier De Sardan J-P, « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *op. cit.* p. 93. Sur ce point, voir aussi : Péneff J., « Mesure et contrôle dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service », *Sociétés contemporaines*, 1995, n°21, p. 119-138 ; Becker H., « Inférence et preuve en observation participante. Fiabilité des données et validité des hypothèses », in Cefai D., dir., *op. cit.*, p. 350-262.

l'évidence, voire de la fatalité, qu'en matière d'urgence « *mieux vaut habiter en ville qu'à la campagne* », sans que cela ne suscite la moindre réaction indignée. De plus, j'apprends qu'il existe un décalage manifeste entre les règles formelles et la réalité sociologique de l'organisation des urgences. La présence d'une caserne sur une carte ne dit rien en effet, de la réalité du fonctionnement de cette caserne, de la disponibilité ou non des sapeurs-pompiers qui en milieu rural, sont tous volontaires. Le même constat peut être fait concernant les entreprises d'ambulances privées et les médecins libéraux qui, malgré les listes constituées par l'ordre départemental des médecins, n'assurent pas toujours leurs gardes pourtant « obligatoires ». Aussi, une approche cartographique de la problématique géographique était-elle discréditée du fait de ce hiatus relevé entre l'image officielle de l'organisation telle qu'elle est exposée dans les documents et les informations recueillies auprès des acteurs de terrain qui venaient la brouiller. Enfin, la majorité de mes interlocuteurs qu'ils soient ambulanciers, infirmiers ou médecins urgentistes, livraient une interprétation essentiellement médicale du problème de l'accès aux soins d'urgence en milieu rural. Il s'agissait pour eux d'une part, d'un problème de « permanence des soins », c'est-à-dire celui d'une carence en médecins compétents et prompts à intervenir sur les situations de détresse sanitaire en milieu rural¹⁰³ ; et d'autre part, d'un problème de pénurie de SMUR qui empêche tout maillage rationnel et équilibré du territoire. Dans ce cadre de pensée, la réduction des inégalités en matière de secours sanitaire entre secteurs ruraux et urbains, passe par un renforcement et une meilleure répartition de médecins formés à l'urgence. La lecture *a posteriori* du carnet de terrain révèle de façon patente, la soumission totale de mon regard et de mes interrogations à cette définition médicale du problème qui, par ailleurs, correspondait en tout point à celle que j'avais pu découvrir en parcourant attentivement la littérature grise. Je remarquais alors qu'influencée par ces lectures, j'avais d'emblée attiré l'attention de mes interlocuteurs sur les questions de gardes médicales et de pénurie de SMUR, leur imposant ainsi dans l'entretien, les définitions officielles du problème. A ce stade de l'enquête, j'étais encore, sans le savoir, empreinte des cadres de pensée médicaux et prise dans un cercle d'interrogations dont je ne parvenais pas à m'extraire et qui empêchait l'émergence d'autres définitions du problème. La suite de l'enquête me fit prendre conscience de cet écueil qu'il s'agit à présent de sociologiser. L'analyse réflexive de mon rapport à l'objet et de ma position sur le terrain apporte en effet, sur ce point, un éclairage précieux.

Comme je l'ai décrit plus haut, j'ai endossé successivement les rôles de secouriste bénévole puis d'ambulancière. Or, ces deux figures constituent le bas de la hiérarchie des acteurs de l'urgence

¹⁰³ Qu'ils soient médecin correspondant SAMU (MCS) ou Médecins sapeurs-pompiers.

sanitaire, en témoigne notamment leur quasi-invisibilité tant dans les médias que dans la littérature grise. De part cette double socialisation, je souscrivais malgré moi aux catégorisations et modes de pensées indigènes qui ont obscurci ma vision durant les premiers mois de l'enquête. Les médecins urgentistes ont, par ailleurs, une influence décisive sur la vision des autres acteurs de terrain dans un pays où le corps médical a su conquérir le monopole du pouvoir à l'égard des questions de santé¹⁰⁴. Et c'est d'ailleurs à la faveur d'une comparaison de l'organisation française des urgences avec d'autres pays, que j'ai pu sortir de cette ornière.

A ce stade de la recherche¹⁰⁵, le métier d'ambulancier connaît une évolution avec l'arrivée d'un nouveau diplôme, le Diplôme d'Etat d'Ambulancier (DEA). Impulsé par le SAMU de France, il vise à doter les ambulanciers d'une plus large palette de compétences en matière de gestes d'urgence. Ce changement suscite de nombreux commentaires spontanés sur le rôle de l'ambulancier dans l'urgence, allant du rejet d'un changement au regret de ne pas leur accorder davantage de compétences. Pour des raisons liées à une activité parallèle d'enseignement, je suis contrainte début 2007 de modifier mes horaires de travail afin de libérer quelques matinées. Je rejoins alors « les gens de midi » dont une poignée se distingue clairement du profil des ambulanciers « du matin » : jeunes ambulanciers ayant à cœur de faire évoluer la profession, ils sont passionnés par l'urgence, exercent ce métier par vocation et ont une volonté farouche de sortir de leur statut de salarié. D'aucuns se sont formés au métier auprès de leurs homologues européens et ont acquis de fait, une distance critique vis-à-vis du système français faisant alors figure de marginaux au sein de l'entreprise¹⁰⁶. Par ailleurs, ma maîtrise des gestes de travail, du langage technique relatif au milieu de l'urgence ainsi que les connaissances déjà acquises dans ce domaine, facilitent la conduite d'entretiens informels auprès de ces professionnels passionnés¹⁰⁷. A ceux qui s'intéressent à mes études, je révèle mon statut de doctorante tout en exposant brièvement mon sujet de thèse (« je travaille sur le système d'urgence pré-hospitalier »). Cette révélation provoque généralement une réaction positive à mon endroit qui se

¹⁰⁴ Les propos recueillis auprès d'un ambulancier d'une trentaine d'année, récemment diplômé, témoignent de cette violence symbolique que j'ai moi-même expérimentée : « *Avant d'être ambulancier, je tutoyais tout le monde sans problème, même les médecins. Mais depuis que je suis ambulancier, je les vouvoie et j'ai du mal à les tutoyer* ».

¹⁰⁵ Fin de l'année 2006-début 2007.

¹⁰⁶ Ces ambulanciers « du midi » forment un groupe minoritaire qui côtoie peu le reste des ambulanciers de l'entreprise qui les taxent de « cowboys ». Ils sont une dizaine à embaucher tous les jours à midi dans une entreprise qui compte alors 50 salariés. Deux ans plus tard, ils ont soit quitté l'entreprise ou bien ils exercent une activité parallèle. Certains d'entre eux ont créé une entreprise spécialisée dans l'urgence.

¹⁰⁷ Parallèlement à cette enquête, je prends des notes sur le profil des ambulanciers, leur mode d'entrée dans cette activité, leurs motivations, leur trajectoire professionnelle etc. Ces écrits révèlent que rare sont les ambulanciers à être entrés dans ce métier par vocation. Pour la plupart, il s'agit d'un « hasard », d'un « accident de parcours ». Ils sont nombreux à vouloir quitter ce métier dans un avenir plus ou moins proche comme l'atteste l'important *turn-over* constaté au cours des six années d'enquête dans la même entreprise.

manifeste par un désir de collaborer activement à ma recherche¹⁰⁸. Mue par un désir de changement et une volonté de reconnaissance, cette poignée d'ambulanciers que je côtoyais peu jusqu'à présent, en profite alors pour me livrer son point de vue avec des accents parfois militants. Leurs discours témoigne d'un « bonheur d'expression¹⁰⁹ » pour emprunter à Pierre Bourdieu, d'une satisfaction d'expliquer, d'être entendu par une doctorante curieuse et respectueuse de leurs paroles qui, m'ont-ils parfois confié, a peut-être la possibilité de faire entendre leurs revendications et/ou dénonciations¹¹⁰. Ayant constamment le souci de ne pas imposer la problématique, je tais dans un premier temps mes réelles intentions de recherche en leur posant des questions périphériques. Assez vite, l'un d'eux me demande si je compte aborder la question de l'inégalité géographique dans mon travail, achevant ainsi de confirmer la pertinence de cette problématique. Ainsi, nul n'étant besoin de dissimuler plus longtemps les véritables objectifs de l'enquête, je décide désormais d'imposer systématiquement la problématique lors de chaque conversation informelle. Je découvre alors que ces ambulanciers défendent avec ardeur, une interprétation complètement singulière, concurrente même, du problème. Socialisés à la culture professionnelle des paramédicaux suisses et canadiens, ils développent tous une approche critique du modèle français. Loin d'être résignés, ils dénoncent le monopole des urgentistes français en matière de compétences dites de « médecine d'urgence ». Plus précisément, la comparaison enseigne que certains actes d'urgence considérés comme « médicaux » et de fait réservés aux urgentistes français sont, dans d'autres pays, dévolus à des ambulanciers paramédicaux. Ce détour par l'étranger a alors mis en évidence, non sans étonnement, les limites du schéma d'analyse adopté naïvement jusqu'alors et plus précisément, son étroite dépendance à l'égard du cadre national de pensée¹¹¹. En effet, en réduisant le champ de l'étude au cas français et en ignorant la comparaison, j'avais involontairement opéré des choix implicites dans la construction de mon objet. Dès lors, ces entretiens informels menés auprès d'un nouvel échantillon d'informateurs permettaient non seulement de repérer des voix divergentes généralement étouffées mais ils contribuaient également, à activer le soupçon vis-à-

¹⁰⁸ Ils me demandaient régulièrement : « T'en es où dans ta thèse ? » ou bien « Qu'est ce qu'il te manque comme information ? ». Lorsque je ne savais pas comment obtenir certains renseignements, je n'hésitais pas à les solliciter.

¹⁰⁹ Bourdieu P., « Comprendre » in Bourdieu P. (dir.), *La misère du monde*, Editions du Seuil, 1998, p. 915.

¹¹⁰ La singularité de ce qui, *a posteriori*, peut être considéré comme un « échantillon spontané » d'informateurs, m'a permis ainsi d'accéder à un nouvel espace de points de vue : « *Il faut supposer que « ceux qui parlent » ont des intérêts et disposent de ressources qui sont au principe de leurs « dispositions à parler » et qui les distinguent de « ceux qui se taisent ». De façon générale, on peut définir ceux qui deviennent les informateurs comme des « spécialistes en façade verbale »*, Mauger G., « Enquêter en milieu populaire », *Genèses*, 6, décembre 1991, p. 125-143.

¹¹¹ On rejoint ici les propos d'Arborio A-M, et Fournier P. : « *Cependant, une auto-analyse bien menée est d'un grand secours même si elle peut laisser l'enquêteur très surpris dans un premier temps au regard de sa propre naïveté, de son ethnocentrisme, de ses partis pris, tels qu'ils transparaissent dans ses notes de terrain »*, *op. cit.* p. 99.

vis des sources officielles. J'ai pris en effet conscience qu'il me fallait développer davantage de méfiance critique eu égard aux discours de la plupart des enquêtés qui bien que sincères, diffusaient sans le savoir la philosophie contenue dans les écrits officiels. De même, l'invitation à la comparaison a permis de faire évoluer la problématique en faisant surgir une hypothèse explicative inédite de l'inégalité spatiale dans l'accès aux soins d'urgence que l'on peut formuler comme suit¹¹²: le principe français de médicalisation du secours sanitaire, symbolisé par les SMUR, serait à l'origine du problème d'accès aux soins d'urgence en milieu rural. Selon ce raisonnement, pour saisir l'origine de la fracture territoriale constatée, le regard¹¹³ devait désormais se porter non pas tant sur la répartition géographique des acteurs de l'urgence que sur la répartition des compétences entre les groupes professionnels. Autrement dit, l'analyse devait se déplacer d'un niveau situationnel (monographique) à une échelle structurelle et ce problème qui, *a priori*, nous semblait relever d'une approche géographique apparaissait être davantage du ressort d'une sociologie des professions. C'est en chaussant ces nouvelles lunettes que je poursuivis l'enquête ethnographique en adoptant toujours la « technique de triangulation¹¹⁴ ». Elle restait à mon sens, la plus adaptée pour aborder cette nouvelle étape de l'enquête qui consistait à tester cette hypothèse : elle permettait de recueillir sur le vif et dans un espace temps limité, un large éventail de points de vue.

A ce stade de l'enquête, j'éprouve le besoin de dévoiler mon statut de doctorante auprès des médecins urgentistes et infirmiers anesthésistes¹¹⁵ rompant ainsi volontairement avec la règle de neutralité généralement recommandée, bien que largement fictive, dans le cadre d'une enquête ethnographique¹¹⁶. La raison principale de l'adoption de cette nouvelle stratégie d'enquête tient au sentiment d'illégitimité que j'éprouvais tant l'hypothèse de travail qui se dessinait prenait le contrepied des certitudes affichées par une écrasante majorité des enquêtés. Quelle légitimité avais-je, en effet, pour produire une analyse critique sur le principe de médicalisation des urgences et dès lors, à m'exprimer dans un domaine admis comme relevant de la seule expertise

¹¹² La comparaison étatique, ici, n'est pas une fin en soi mais juste un moyen, à un stade de l'enquête, de problématiser autrement mon objet. Elle ne sera pas approfondie dans ce travail de recherche et doit être considérée uniquement comme un support privilégié du raisonnement.

¹¹³ Olivier Schwartz fait une distinction entre le fait d'observer et de regarder, le regard étant défini comme une « *observation instruite par la parole des enquêtés et le questionnement de l'ethnologue* », Schwartz O., « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? in Nels Anderson, *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, 1993, p. 300.

¹¹⁴ « *La triangulation est le principe de base de toute enquête, qu'elle soit policière ou ethnographique : il faut recouper les informations !* », Olivier De Sardan J-P, *op. cit.*, p. 92.

¹¹⁵ Ce sont ces professionnels qui composent les équipes de SMUR.

¹¹⁶ On rejoint les considérations de Schwartz sur la neutralité de l'ethnologue : « *le sociologue peut faire varier ses propres attitudes selon les moments et les contextes : il peut écouter, questionner, insister...* », *op. cit.*, p. 268.

médicale ? Ma position, sur le terrain, d'ambulancière subordonnée aux médecins et infirmiers, explique pour une large part cette autocensure. En effet, une large majorité de ceux qui m'avaient formée à leur culture professionnelle vouait une admiration certaine pour ces médecins urgentistes qui, par ailleurs, assurent aussi leur formation¹¹⁷. Ici, la proximité et la familiarité avec les enquêtés jusqu'alors « instrumentalisés » pour favoriser la collaboration, s'est avérée être une « ressource à double tranchant¹¹⁸ ». Au gré des mois, tout en acquérant les gestes et le langage indigène, j'avais en effet, inconsciemment, fait mien leur jugement à l'égard des médecins urgentistes. C'est pour dépasser cet écueil de « l'enclivage¹¹⁹ » (ou « d'indigénisation ») dans lequel j'étais tombée et réduire la distance et/ou « violence symbolique » d'avec ce profil d'enquêtrice, que j'ai choisi de me présenter comme doctorante.

Ce changement de casquette produisit un double effet, à la fois sur mon comportement et en retour, sur celui de mes interlocuteurs¹²⁰. Cette « stratégie de présentation de soi¹²¹ » visait également à maximiser la collecte d'informations en suscitant d'autres types de réaction chez mes informateurs, d'accéder à d'autres points de vue et de comprendre, au travers des registres de discours mobilisés, les enjeux que revêtait cette question pour mes informateurs¹²². Aussi, plutôt que de considérer les effets de l'enquêteur comme un inconvénient, je les ai transformés ici en ressources pour l'obtention des résultats¹²³. Cette stratégie d'enquête s'est révélée particulièrement féconde d'autant que mes « collègues » se sont pris au jeu en n'hésitant pas à

¹¹⁷ Les ambulanciers de ce département sont formés par le Centre enseignement de soins d'urgence (C.E.S.U.) dirigé par le SAMU. Les cours sont, pour la plupart, dispensés par des médecins urgentistes et des infirmiers travaillant dans les services d'urgence et les SMUR. On peut emprunter ici à Bourdieu le concept d'« illusio » ; « *L'illusio, c'est le fait d'être pris au jeu, d'être pris par le jeu, de croire que le jeu en vaut la chandelle [...] Tout champ social [...] tend à obtenir de ceux qui y entrent qu'ils aient ce rapport au champ que j'appelle l'illusio* », Bourdieu P., *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994.

¹¹⁸ La formule est empruntée à Christophe Andréo, *Déviance scolaire et contrôle social : une ethnographie des jeunes à l'école*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du septentrion, 2005.

¹¹⁹ Défini comme « le risque de se faire trop l'écho de sa clique adoptive et d'en reprendre les points de vue » et « le risque de se fermer les portes des autres cliques », in Olivier De Sardan J-P, *op. cit.*, p. 71-109. Pourtant, durant toute la durée de l'enquête, j'ai maintenu délibérément un faible degré d'intimité avec le groupe des ambulanciers en les tenant à l'écart de ma vie privée. Je les côtoyais uniquement dans le cadre du travail et, ce n'est qu'une fois sortie définitivement du terrain en 2011, que j'ai commencé à fréquenter ponctuellement certains d'entre eux. Ces précautions ne m'ont malgré tout pas permis d'éviter cet écueil.

¹²⁰ « De fait, un rôle choisi est avant tout un dispositif pratique qui convient pour livrer accès à un certain horizon d'information », Raymond I. Gold, « Jeux de rôles sur le terrain. Observation et participation dans l'enquête sociologique », in Cefaï D., *op. cit.*, p. 348.

¹²¹ Goffman E., *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*, Éditions de Minuit, 1973.

¹²² « Les réactions des membres d'un groupe donné à l'existence du sociologue ne peuvent pas ne pas livrer des indices sur leur image d'eux-mêmes, sur les types de légitimité qu'ils revendiquent, sur les formes de reconnaissance auxquels ils aspirent, donc sur les « noyaux durs » ou les aspects fragiles de leur identité sociale », Schwartz O., *op. cit.*, p. 278.

¹²³ Dans cette perspective, ces effets sont à considérer non pas comme des interférences mais comme des données révélant un aspect de la réalité sociale étudiée. Sur ce point cf. notamment, Emerson Robert, « Le travail de terrain comme activité d'observation. Perspectives ethnométhodologistes et interactionnistes », in Cefaï D., *op. cit.*, p. 398-424.

me présenter comme sociologue aux médecins et infirmiers¹²⁴. Je remarquais alors que plus je prenais de la distance vis-à-vis de ma position d'ambulancière, autrement dit, plus je me positionnais comme sociologue, plus mon analyse paraissait entendue de mes interlocuteurs. Les entretiens informels prenaient désormais moins l'allure d'une interview que celle d'un débat d'idées où l'on confrontait le point de vue sociologique au point de vue médical et/ou infirmier¹²⁵. Je leur faisais part de mes doutes, de mes réticences quant à leurs analyses et en leur soumettant des données d'observations, de lectures, je jetais volontairement le trouble dans leur raisonnement créant ainsi les conditions d'émergence d'un discours moins convenu et davantage réflexif sur leurs pratiques. La conduite, simultanément, d'une recherche documentaire sur l'organisation de l'urgence sanitaire dans les autres pays me permettait de contrôler la véracité des propos recueillis auprès de mes enquêtés et de dénaturiser, définitivement, le principe de médicalisation (SMUR) dont il s'agissait de reconstruire la genèse.

Pour ce faire, j'entreprends de retravailler l'analyse socio-historique réalisée en master 2 à la lumière de cette nouvelle hypothèse. A cette occasion, je relève une nouvelle fois, mon absence d'interrogation critique à l'égard du principe de médicalisation du secours sanitaire considéré là encore, comme allant de soi. Dans la continuité de ce questionnement, il est apparu opportun d'étudier, corrélativement, l'autre facette de la problématique de l'accès aux soins en postulant cette fois-ci, l'existence d'inégalités sociales. Cette enquête a été menée parallèlement à celle qui vient d'être décrite.

¹²⁴ La réaction de mes enquêtés est révélatrice d'une volonté de reconnaissance caractéristique du groupe étudié. Nombreux sont les ambulanciers à se plaindre oralement d'un manque de « considération », de « respect » ou encore, de « reconnaissance » disent-ils, de la part du corps médical et infirmier. C'est l'image de l'ambulancier qu'ils souhaitent modifier en mettant en avant l'identité de sociologue de l'un des leurs et en informant leurs interlocuteurs de la réalisation d'une recherche sur les « ambulanciers ».

¹²⁵ Les recherches en psycholinguistique et en sociolinguistique ont pris en compte « le fait que les locuteurs et les auditeurs ajustent les discours qu'ils s'adressent et la compréhension qu'ils ont les uns des autres en fonction d'un « procès d'attribution mutuelle de compétences. Le discours peut-être réorganisé à destination de l'auditeur, attendu que celui-ci est supposé ne disposer que de capacités restreintes de traitement de l'information. Cette anticipation a pour implication le recours à la simplicité structurale (énoncés déclaratifs), à des vocabulaires standardisés (qui court-circuitent les mots compliqués) et à des variations répétitives (qui réduisent les hésitations dans les sélections syntaxiques ou les styles discursifs », Aaron V. Cicourel, « Contre un empirisme naïf. Une théorie plus forte et un contrôle plus ferme sur les données », in Céfai D., op. cit., p. 380-397.

6. UNE EXTENSION PERTINENTE DE LA PROBLEMATIQUE ? L'INEGALITE SOCIALE DANS L'ACCES AUX SOINS D'URGENCE

Cette interrogation fut au départ inspirée par la lecture d'une thèse de santé publique portant sur la médicalisation des urgences sanitaires à Paris *intra-muros*¹²⁶. Dans ce travail, soutenu en 1990, N. Bajos compare les profils socio-démographiques des patients pris en charge par les ambulances médicalisées du SAMU et de la BSPP. L'étude statistique révèle l'existence d'une affinité sociale entre le type d'intervenant et le profil des patients. D'après l'auteure, cette affinité serait le résultat de pratiques de recours aux soins d'urgence, différenciées socialement : les patients situés au bas de la hiérarchie sociale feraient appel de préférence aux Sapeurs-pompiers tandis que le haut de la hiérarchie sociale recourrait davantage au SAMU qui offre une écoute téléphonique médicalisée. Cette recherche dont j'ai pris connaissance dès les premiers mois de la thèse, m'a inspiré plusieurs interrogations : une telle affinité sociale existe-t-elle à plus grande échelle c'est-à-dire en ne considérant plus les seules urgences vitales mais en élargissant l'étude à l'ensemble des acteurs du secours sanitaire ? Plus précisément, existe-t-il des filières d'accès aux soins d'urgence différenciées socialement ? L'hypothèse provisoire, largement inspirée de cette recherche, postulait l'existence de deux filières d'urgence distinctes socialement : l'une privée composée d'acteurs privés tels SOS Médecins, les médecins généralistes et les transporteurs sanitaires privés. Et l'autre, publique où l'on retrouverait essentiellement les urgentistes hospitaliers ainsi que les sapeurs-pompiers et, dans une moindre mesure, des institutions publiques telles que la police, les assistantes sociales, etc...

A l'aube de l'année 2006, l'apprentissage du métier touche à sa fin, je suis désormais perçue comme une collègue à part entière : les ambulanciers me complimentent sur la conduite, s'endorment parfois lors d'un long trajet, ils ne contrôlent plus mon travail de facturation ni de brancardage et me laissent toute latitude pour aborder les patients ainsi que les divers professionnels de santé (aides-soignants, infirmiers, médecins, etc...). Ma présence sur le terrain semble aller de soi, en témoigne la confiance accrue des « régulateurs¹²⁷ » qui m'envoient davantage sur des transports sanitaires d'urgence¹²⁸.

¹²⁶ Bajos N., *op. cit.*

¹²⁷ Terme indigène qui désigne les salariés de l'entreprise chargés de recevoir les appels des patients et de coordonner, à l'aide de logiciels informatiques, l'ensemble des véhicules sur le terrain. Ils restent postés à l'entreprise.

¹²⁸ Comme l'indique la fréquence plus importante du nombre d'anecdotes relatives à ces transports consignées sur mon carnet de terrain.

Je profite de cette nouvelle position pour mener une observation minutieuse de chaque intervention d'urgence. Mon regard se porte sur les variables relatives au profil du patient transporté : âge, sexe, type de logement, quartier d'habitation, situation au regard de l'emploi et de la sécurité sociale, motif de l'intervention, etc¹²⁹... Je combine ces informations avec celles relatives au circuit d'urgence parcouru : quel professionnel le patient a-t-il contacté ? Qui a appelé l'entreprise ? Quel est le service d'urgence d'accueil ?, etc... Après quelques mois d'enquête exploratoire, je constate que les patients pris en charge par les ambulanciers ont des profils variés tant du point de vue du type de logement que du niveau de couverture sanitaire ou encore de la pathologie. Corrélativement, je note que l'entreprise ne procède à aucune sélection en matière de transport sanitaire d'urgence : sur appel du SAMU, de SOS Médecins ou encore d'un médecin de ville, elle dépêche systématiquement une ambulance et ce, dans un délai qui varie selon le pronostic médical engagé. Je profitais également des occasions de rencontre que m'offrait mon terrain pour interroger successivement des sapeurs-pompiers volontaires, des médecins et infirmiers urgentistes (hospitaliers ou libéraux) sur le type d'intervention qu'ils effectuaient ordinairement : pour quels motifs interviennent-ils majoritairement ? A quel type de public ont-ils généralement affaire ? Dans ce cadre, les patients se sont également révélés être de précieux informateurs toujours prompts à raconter leur « histoire sanitaire ». Au fil des mois, je commence à douter de la pertinence de mon hypothèse de départ car aucune observation ou anecdote ne vient confirmer l'existence de filières d'accès aux soins d'urgence différenciées socialement. En amont des services d'urgence, je n'observe en effet aucune pratique de discrimination et les patients pris en charge par les différents acteurs ont des profils variés.

La méthode de l'observation « participante¹³⁰ » seule, trouvait là ses limites. Ne permettant d'accéder qu'à un petit nombre de cas, elle n'offrait pas la possibilité d'établir des régularités et de vérifier rigoureusement l'hypothèse. Il me fallait recourir à la méthode statistique en réalisant une enquête par questionnaires auprès des patients du service d'urgence public. Pour ce faire,

¹²⁹ Les interventions d'urgence se déroulent le plus souvent au domicile des personnes. De plus, lors du transport, l'ambulancier situé à l'arrière du véhicule questionne le patient sur son état de santé, ses allergies, etc. Il se charge également de récupérer les papiers de sécurité sociale (carte vitale, mutuelle) pour effectuer l'entrée administrative dans le service d'urgence. Il m'était ainsi aisé d'obtenir les données relatives au profil social des personnes transportées.

¹³⁰ « On appelle observation participante en usine le fait, pour un sociologue, de participer, en tant que salarié, à la production dans l'entreprise pour en tirer l'information et la documentation la plus proche des faits et du travail concret. Cette participation se déroule généralement sur une longue période (trois mois à un an [...]) de manière à s'intégrer dans le collectif de travail, à se familiariser avec la forme spécifique de l'activité et à contrôler sur un grand nombre de cas les analyses dégagées. On a là les premiers ingrédients de l'observation participante : l'intégration à un processus de production, une certaine durée et une certaine « familiarisation » avec le milieu pour obtenir des informations « les plus proches des faits. », Péneff J., « Les débuts de l'observation participante ou les premiers sociologues en usine », *Sociologie du Travail*, 38, n° 1/96, p. 26.

j'entame la construction d'un questionnaire et je sollicite l'aide d'un ami, ancien médecin urgentiste, pour la partie médicale tout en poursuivant mes investigations ethnographiques. Au même moment, une observation réalisée au cours d'une intervention d'urgence va me conduire, non sans étonnement, à revoir l'hypothèse de départ. L'enquête prend alors un nouveau virage : nous sommes en mars 2007, c'est la seconde fois que je me rends aux urgences de la clinique privée :

« Nous sommes appelés sur une urgence via un appel de SOS Médecins. Nous traversons la ville avec les bleus et les trois tons qu'on active à chaque intersection. Le monsieur est âgé de 88 ans, il habite avec sa femme dans un appartement en rez-de-chaussée. Nous le trouvons assis dans un fauteuil. Sa fille est présente. Le patient est en début d'OAP, il a des oedèmes. Une fois arrivés aux urgences de la clinique, nous attendons et mon collègue me dit alors : « Ca commence à m'énerver d'attendre. Qu'est ce qu'ils sont procéduriers ici. L'autre fois on arrive avec un patient qui vomissait, on leur demande de nous trouver un box s'ils ne veulent pas qu'il tapisse tout l'intérieur. On m'a répondu: attendez, je vais chercher la fiche des lits ! Et en plus ils font une sélection !

- Ah bon ? Pourquoi dis-tu ça ?

- Au téléphone, ils trient les personnes pour savoir si tu es suivi ici, si tu es déjà venu... L'autre fois, on était sur une urgence avec les SMUR. La personne avait un grave problème cardiaque, on était à côté. Quand le SAMU a téléphoné, les urgences de la clinique ont refusé le patient. Ils nous ont dit de l'emmener sur l'hôpital nord ce à quoi le SMUR a répondu que c'était réservé pour les grosses urgences. Il leur a dit : on sait que vous avez une place alors dans dix minutes on est chez vous. »

D'après le témoignage de cet ambulancier, il existe bien une sélection des patients mais celle-ci, ne se produit pas en amont des services d'urgence (sapeurs-pompiers, ambulanciers, SOS Médecins, SAMU), là où mon regard se portait jusqu'à présent, mais au niveau des établissements de soin. Mon hypothèse de départ se trouvait alors non pas, infirmée mais infléchie¹³¹. Deux filières d'accès aux soins d'urgence se dessinaient : celle des urgences publiques, réputées accueillir le « tout-venant » et celle de la clinique privée connue pour sélectionner les patients sur la base de divers critères. Il me fallait donc étendre l'enquête statistique aux patients des urgences privées. De là, je me suis souvenue d'un transport réalisé sur appel du SAMU pour lequel nous nous étions rendus à la PASS pour prendre en charge un patient de nationalité congolaise nécessitant une opération d'urgence. Dès lors, je postulais l'existence d'une troisième filière d'accès aux soins d'urgence composée cette fois-ci de structures destinées aux patients étrangers et/ou sans couverture sociale.

La vérification de cette nouvelle proposition théorique élaborée à partir du terrain, réclamait un nouveau dispositif d'enquête en recourant cette fois-ci à la méthode statistique¹³². Cependant,

¹³¹ « L'observation n'est pas le coloriage d'un dessin préalablement tracé : c'est l'épreuve du réel auquel une curiosité préprogrammée est soumise », Olivier De Sardan J-P., *op.cit.* p.76-77.

¹³² Avant d'entreprendre l'enquête par questionnaire, je me suis tournée vers les statistiques publiques portant sur les « usagers des urgences » afin d'en faire un état des lieux. Construites pour répondre à la problématique de

une telle enquête était-elle réalisable ? « Impossible » a été la réponse, répétée, de certains de mes interlocuteurs néophytes. A leur décharge, il est vrai que plusieurs obstacles s'imposaient à moi parmi lesquels, l'obtention des autorisations pour enquêter dans les deux services. Cette difficulté fut contournée grâce au réseau de relation tissé depuis le début de l'enquête. Cependant, la crainte de mes interlocuteurs portait essentiellement sur la possibilité d'interroger des patients dans un contexte d'urgence. Mon expérience de terrain et plus particulièrement, la familiarité acquise avec le monde de l'urgence m'a permis de lever cet obstacle cognitif pour concrétiser le projet d'enquête.

7. PLAN DE LA THESE

Au terme de six années de recherche, face à la masse d'informations de nature essentiellement qualitatives recueillies dans les documents, les observations et les entretiens, le chercheur affronte l'épineux problème de la présentation de ses résultats. La solution retenue ici est celle proposée par Becker :

« Une solution que nous sommes en train d'expérimenter en travaillant sur notre étude d'une faculté de médecine consiste à décrire l'histoire naturelle de nos conclusions, en réagencant les dispositifs d'administration de la preuve mis en œuvre par l'observateur à chacune des étapes de la conceptualisation du problème. Le terme d'« histoire naturelle » n'implique pas une présentation de chaque donnée, mais celle des formes caractéristiques de l'information recueillie aux principaux moments de la recherche¹³³. »

Le récit de recherche exposé dans cette introduction complètera de façon utile cette procédure de présentation qui donne la possibilité au lecteur de suivre, dans le détail, la progression de l'analyse et de juger par lui-même, si les preuves produites sont adéquates et les conclusions énoncées scientifiquement établies.

Les deux volets de la problématique de l'accès aux soins d'urgence que constituent la question de la fracture territoriale d'une part et de l'inégalité sociale d'autre part, seront exposés dans deux parties distinctes. Dans chacune d'elles, nous avons cherché à préserver la chronologie de l'enquête, l'idée étant de favoriser chez le lecteur, la compréhension et le suivi d'un long processus de recherche.

La première partie est composée de trois chapitres qui traitent respectivement pour le premier, de la construction médicale du problème de l'inégalité géographique dans l'accès aux soins

l'engorgement des urgences, elles livrent peu de renseignement sur le profil socio-démographiques des patients. J'ai pensé un temps demander l'accès aux dossiers directement auprès du service d'urgence mais je me heurtais au sacro-saint secret médical.

¹³³ Becker H., *op. cit*, p. 360-361.

d'urgence en revenant sur la genèse du principe de médicalisation des urgences promu par le SAMU. Nous verrons qu'il oppose à « l'amateurisme » des sapeurs-pompiers volontaires, la compétence médicale de ses professionnels seuls aptes à garantir un égal accès des citoyens devant « l'urgence médicale » ; dans le second chapitre, nous étudierons comment à travers sa politique du « secours à personne », la FNSPF problématise cette question et répond aux critiques qui lui sont adressées. A la concentration géographique des SMUR, elle oppose son maillage territorial, la proximité géographique étant, selon ses défenseurs, la seule garantie d'une égalité des citoyens devant le « secours à personne » ; le troisième chapitre vise à confronter les discours publics énoncés par ces deux institutions concurrentes aux données de terrain. Nous quitterons donc la scène publique pour entrer dans les coulisses du monde des urgences afin de dévoiler la « face cachée » du soi-disant « meilleur système d'urgence médicale au monde ».

La seconde partie est organisée autour de trois chapitres : dans le premier, nous revenons sur les différentes étapes de la construction d'une double enquête statistique menée auprès des patients dans les deux services d'urgence. Cette chronique donne à voir les conditions de production des données sur laquelle se fonde l'analyse ultérieure permettant ainsi au lecteur d'apprécier la validité des conclusions ; le chapitre cinq est consacré à l'exposé de deux ethnographies comparées des services d'urgence public et privé. Fondées sur l'observation de l'architecture des lieux et des pratiques professionnelles d'accueil des patients, ces deux ethnographies permettent de dévoiler *in fine* les critères de recrutement des patients dans l'un et l'autre service ; enfin, dans le dernier chapitre, l'exploitation des résultats statistiques « armés » par l'ethnographie permet de révéler l'existence en France, de filières d'accès aux soins d'urgences socialement différenciées.

PREMIERE PARTIE
SOCIOLOGIE D'UNE QUESTION TERRITORIALE
DE SANTE PUBLIQUE :
« L'ACCES AUX SOINS D'URGENCE »

« Le sociologue peut aussi très bien porter l'existence objective d'un problème reconnu par la société, mais l'aborder d'une toute autre manière que la société¹. »

¹ Blumer H., « Les problèmes sociaux comme comportements collectifs », *Politix*, vol.17, n°67, 2004, p. 192.

« *Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015* » tel est l'engagement n°9 du programme de François Hollande à l'aube des élections présidentielles de 2012 qui consacrent sa victoire. Dès lors, à son arrivée au ministère des affaires sociales, Marisol Touraine, lance le « Chantier des urgences », en octobre à l'occasion d'une réunion du conseil national des urgences hospitalières (CNUH)². Les objectifs de ce chantier sont clairs :

« Garantir pour chaque Français, dès 2013, un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes et désengorger les services d'urgences [...] Dans ce cadre, les médecins correspondants du SAMU (MCS), mis en place dans 12 régions, sont apparus comme l'une des solutions permettant d'apporter une réponse médicale de qualité à l'urgence. En effet, lorsqu'ils sont déployés, la présence de ces MCS permet de répondre à l'urgence en moins de 30 minutes pour plus de 21% de la population concernée. Les régions ayant largement mis en place le dispositif des MCS parviennent à « couvrir » presque 50% de la population concernée soit, au total, près de 250 000 habitants³ ».

Les études menées par les géographes de la santé ont, depuis longtemps, fait le constat de l'existence, en France, d'une fracture territoriale dans l'accès aux soins entre le milieu urbain et le milieu rural⁴, ce dernier connaissant des difficultés importantes en la matière :

« Les questions relatives à la géographie de la santé étaient traitées à travers le prisme de l'économie de la santé, l'objectif étant de quantifier l'aspect financier de l'organisation des soins en termes d'économie générale et de déficit de la Sécurité Sociale. Puis une place de plus en plus importante est accordée aux sciences sociales dans les domaines de Santé Publique face aux démarches de sciences médicales et aux études proches des mathématiques. Certes les approches épidémiologiques restent privilégiées pour l'appréhension de la Santé Publique, mais les réflexions des sociologues et géographes commencent à être reconnues. Au cours des années 1980, la mise à jour d'inégalités de répartition des médecins (centre-ville/banlieue ; milieu urbain/milieu rural) conduit progressivement à porter la réflexion non plus seulement sur l'offre de soins mais à partir des besoins de soins de la population. L'objectif est de concilier accessibilité et diffusion des soins avec la qualité et la sécurité, et de travailler à résoudre « le paradoxe fondamental du système de soins français » à savoir qu'en général l'offre la plus abondante et variée n'est pas là où les besoins sont les plus importants. Plusieurs raisons militent en faveur de cette réorientation. Les inconvénients des systèmes centralisés sont bien connus : efficacité médiocre, lenteur au changement et à l'innovation, réponse mal adaptée aux besoins⁵. »

Néanmoins, le thème des urgences est rarement abordé dans ces études qui restent, par ailleurs, centrées sur la problématique de la « démographie médicale » chère aux politiques publiques. Dans ce cadre cognitif d'appréhension du problème, les solutions envisagées privilégient la mise

² Le 16 octobre 2012, <http://www.social-sante.gouv.fr>.

³ Le 9 août 2013 <http://sante.gouv.fr>.

⁴ Pour en citer quelques unes : Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., « Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités », *Données sociales*, 1996, Insee, p. 259-264, CREDES, n°1117 ; Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., Chabrun F-R., « Les nouvelles inégalités géographiques d'accès aux soins », Entretien, *Credes*, n°1127 ; Vigneron E., Guigou, *Distance et santé. La question de la proximité des soins*, PUF, 2001 ; Vigneron E., *Les inégalités de santé dans les territoires français*, Broché, 2011.

⁵ Duriez M. (chargé de mission HCSP), D. Lequet-Slama (chargée des dossiers internationaux, Drees), « Santé publique et aménagement du territoire », *ADSP*, n°29, décembre 1999, p. 29.

en place « d'instruments d'action publique⁶ » visant à encourager une meilleure répartition des médecins sur le territoire afin de limiter les « déserts médicaux ». La création des « médecins correspondant SAMU » puis, leur renforcement préconisé dans le « Chantier des urgences » va dans ce sens. Or, l'abord de la question de l'inégalité géographique dans l'accès aux soins d'urgence au seul prisme des catégories médicales empêche *de facto* l'émergence d'autres définitions du problème.

Dans ce travail, nous proposons une autre approche du problème en invitant à porter le regard non pas, sur la question de la répartition géographique de la profession médicale mais sur celle, de la répartition des « territoires de compétences » entre les professionnels de l'urgence. Selon cette approche, l'inégalité dans l'accès aux soins d'urgence relèverait moins d'un problème de géographie de la santé que de sociologie des professions.

Pour ce faire, nous avons organisé cette partie en trois chapitres. L'objectif des deux premiers est d'analyser successivement, la manière donc cette question fut problématisée⁷ par le SAMU et la Fédération des Sapeurs-Pompiers de France. Ces deux institutions, soutenues par leur ministère respectif (ministères de la Santé et de l'Intérieur), monopolisent l'essentiel des débats sur les urgences et s'affrontent pour le monopole des compétences en la matière. Pour mener à bien l'analyse de ces deux politiques publiques, on s'est inspiré ici de la proposition théorique formulée par Gilbert C., et Henry E, qui invitent le sociologue à analyser l'« histoire » du problème au prisme de la notion de « définition du problème public » :

« Assez vaste, ce programme de travail revient cependant, pour l'essentiel, à s'interroger sur les processus sociaux qui contribuent à construire ou à solidifier une définition ou des définitions de ce qui apparaît comme un problème, sachant que bien souvent, sous ce terme problème, on désigne de façon indifférenciée un problème, sa solution et le processus qui va conduire à son traitement ou sa résolution »⁸.

⁶ « J'entends par instrument de l'action publique, l'ensemble des problèmes posés par le choix et l'usage des outils (des techniques, des moyens d'opérer, des dispositifs) qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale. On peut formuler la question différemment en disant qu'il s'agit de comprendre non seulement les raisons qui poussent à retenir tel instrument par rapport à tel autre, mais aussi à envisager les effets produits par ces choix. », Lascoumes P., « Gouverner par les instruments ou comment s'instrumente l'action publique », in Lagroye J., 2003, *op. cit.*, p. 387-401.

⁷ « A travers cette notion, nous ne visons pas seulement la formulation générale d'un problème mais encore l'identification des voies à suivre pour le traiter, et par conséquent la désignation des acteurs les plus légitimes pour le prendre en charge. Autrement dit, « problématiser une question », ce n'est pas seulement dire ce qu'elle est, c'est indissociablement dire qui est appelé à intervenir, de quelle manière et avec quels moyens. », Barthe Y., « Le recours au politique ou la problématisation politique par défaut », in Lagroye J., dir., *La politisation*, Editions Belin, 2003, p. 478.

⁸ Gilbert C., Henry E., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Editions La Découverte, Paris, 2009, p. 21.

Quel(s) acteur(s) a(ont) transformé une situation concrète en problème méritant l'attention des pouvoirs publics⁹ ? Quand et comment (par qui, quels moyens) ce problème a-t-il été inscrit sur l'agenda politique¹⁰ ? Quelle définition a été retenue ? Quelles solutions ? L'identité et la position des professionnels qui, en France, ont été les premiers, voire les seuls, à se saisir de cette question, n'est évidemment pas sans conséquence sur sa problématisation.

Prenant appui sur la littérature professionnelle, nous analyserons les systèmes d'interprétation mobilisés par le SAMU et la FNSPF pour rendre compte de cette inégalité. Au terme de ce travail documentaire, il apparaîtra qu'en dépit de leurs divergences, ces deux groupes professionnels partagent une même définition « médicale » du problème en promouvant pour les premiers, les SMUR et les médecins correspondant SAMU et, pour les seconds, les « médecins-pompiers ».

Puis, après avoir analysé la genèse et les usages publics de ce problème, nous quitterons la scène pour entrer dans les coulisses des urgences afin de redonner corps et voix aux professionnels qui restent peu audibles dans l'espace public. Le premier volet de ce troisième chapitre est consacré aux ambulanciers qui, en dépit des multiples interventions d'urgence réalisées chaque année, restent peu connus en France. Une immersion longue aux côtés de ces professionnels permet d'une part, de rompre avec les idées reçues et l'imaginaire social associés aux ambulanciers et d'autre part, de mettre à jour les facteurs, multiples, de leur invisibilité sociale. Dans un second volet, la restitution et le croisement des paroles des divers acteurs de terrain rencontrés lors de cette enquête qu'ils soient ambulanciers, sapeurs-pompiers, médecins urgentistes, médecins libéraux ou infirmiers, révèle *in fine* les limites des instruments d'action publique forgés pour résoudre la fracture territoriale dans l'accès aux soins d'urgence. Sur ce point, une brève analyse comparative du système d'urgence sanitaire français avec ceux des autres pays européens et outre-Atlantique montre, en effet, que le discours médical affirmant la supériorité mondiale du système d'urgence français doit être accueilli avec circonspection. Au référentiel médical, ils opposent l'idée d'une para-médicalisation des secours qui permettrait d'assurer, selon ses différents promoteurs, une meilleure prise en charge des citoyens en tout point du territoire.

⁹ « Les problèmes sociaux n'existent pas de manière objective ou figée indépendamment des définitions qu'en donnent divers groupes sociaux. L'existence et le devenir des problèmes sociaux ne se réduit pas en effet à des conditions objectivement « déviante » et structurellement pathologiques, comme le prétendent les fonctionnalistes. La constitution et le sort public des problèmes sociaux sont déterminés par les efforts collectifs réalisés pour faire reconnaître publiquement certaines conditions sociales comme des problèmes sociaux », Blumer H., « Les problèmes sociaux comme comportements collectifs », *Politix*, vol.17, n°67, 2004, p. 188-189.

¹⁰ « L'agenda politique, qu'il s'agisse de ceux des Etats Nations ou de ceux des collectivités locales, comprend l'ensemble des problèmes perçus comme appelant un débat public, voire l'intervention des autorités politiques légitimes », Padioleau J-G., *L'Etat au concret*, PUF, 1982, p. 25.

Toutefois, on repère depuis quelques années en France, un fléchissement de ce référentiel qui se manifeste concrètement par la création de véhicules de liaison infirmiers du côté de la FNSPF et par la délégation de compétences dites « médicales », aux ambulanciers privés à l'initiative du SAMU. Ce glissement de référentiel n'en est cependant qu'à ses prémices et peine à se développer comme en témoigne les mesures préconisées récemment dans le « Chantier des urgences ».

Enfin, avant de clore cette introduction, il convient de définir plus précisément les notions de l'urbain et du rural. Nous reprenons ici, à notre compte, les définitions proposées par l'INSEE qui distingue l'espace à dominante urbaine, de l'espace à dominante rurale. Le premier recouvre les pôles urbains ou unités urbaines offrant au moins 5 000 emplois ainsi que, les communes péri-urbaines dont au moins 40% des actifs travaillent dans les pôles urbains. Le second type d'espace est composé de l'ensemble des communes n'étant ni des pôles urbains, ni des communes péri-urbaines. Il est hiérarchisé en 4 sous-ensembles : le rural sous faible influence urbaine correspondant aux communes dont 20% des actifs travaillent dans un pôle urbain voisin ; les pôles ruraux, unités urbaines hors pôles urbains d'au moins 2000 emplois ; la périphérie des pôles ruraux (communes dont au moins 20% des actifs travaillent dans un pôle rural) ; enfin, les communes rurales isolées ou « traditionnelles » caractérisées par de basses densités de population, une activité à dominante agricole et, un déclin démographique signe de l'exode rural¹¹. L'introduction récente de cette définition présente l'intérêt de rompre avec l'approche traditionnelle du territoire qui opérait une rupture franche entre zone urbaine et zone rurale. Cette prise en compte des variations liées aux nouvelles formes d'urbanisation conduit ainsi à penser l'espace, à l'instar des géographes de la santé, comme un « continuum avec des zones intermédiaires entre les grandes agglomérations urbaines et les communes à basse densité de population : les communes qui précisément s'urbanisent. L'Insee a appelé « rurbanisation » le phénomène qui fait que des communes anciennement rurales, situées à proximité d'une grande ville, deviennent urbaines dans leur composition de population. »¹²

¹¹ « Le projet Santé et milieu rural. Point de situation en 2002 », URCAM Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, CREDES, MSA, « Vivre et comment agir en milieu rural », avril 2002, 12 p.

¹² Lucas V., Tonnelier F., « Les indicateurs de santé en milieux urbains et zones rurales aujourd'hui », *ADSP*, n°19, juin 1997, p. 15-20.

CHAPITRE I.

LA CONSTRUCTION MEDICALE DU PROBLEME D'INEGALITE GEOGRAPHIQUE DANS L'ACCES AUX SOINS D'URGENCE.

GENESE ET USAGES D'UN PROBLEME PUBLIC

« L'identité professionnelle peut être considérée comme l'homologue de l'idéologie d'un mouvement politique: en ce sens les segments possèdent une idéologie. »

Anselm Strauss¹

« Peut-on parler sereinement du corps médical ? Ou plutôt, a-t-on, le faisant, quelque chance d'être compris pour – et seulement pour – ce que l'on en dit ? Quand l'habitude collective est prise de ne penser une réalité que sur le mode de l'opinion, du jugement de valeur ou de la croyance et que, de surcroît, une vieille tradition polémique s'attache à cette forme particulière de connaissance, toutes sortes de détournement de sens sont à prévoir et à craindre. Autrement dit, même le propos le plus délibérément conçu pour échapper à la logique prégnante des partis pris antagonistes est loin d'être assuré de ne pas y être réduit, fut-ce inconsciemment² »

Cette introduction à l'un des premiers ouvrages sociologiques français consacré intégralement à la profession médicale³ résonne comme un avertissement. Il témoigne de la crainte du procès d'intention qui guette bien souvent le sociologue à l'aube d'entreprendre la rédaction d'un compte-rendu d'enquête portant sur un sujet sensible. A la fin des années 1980, la profession médicale fait en effet, partie de ces objets d'études difficiles à investir pour le sociologue français qui se heurte ce faisant, à un double obstacle : d'une part, à l'importante légitimité et au pouvoir quasi incontestable (mais non incontesté !⁴) dont ils bénéficient au sein de la population française pour tout ce qui a trait aux questions de santé ; et d'autre part, au silence qui entoure une activité dont les protagonistes ont été efficacement entraînés à se taire en usant (ou abusant parfois ?) de la règle forgée par la profession elle-même, celle du « secret professionnel ». Ces obstacles constitutifs de la sociologie de la santé expliquent la difficulté éprouvée par les

¹ Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis par Baszanger I., Coll. Logiques sociales, l'Harmattan, 1992, p. 83.

² Arliaud M., *Les médecins*, Editions La Découverte, Paris, 1987, p. 5.

³ On peut citer d'autres auteurs qui, avant lui, ont analysé la complexité de la profession médicale et la diversité de ses pratiques rompant ainsi avec l'image d'un corps homogène: Chauvenet (1973), Pierret (1975), Baszanger (1981, 1983), Herzlich (1984), Chateauraynaud (1986), etc.

⁴ Depuis la fin des années 1960, des médecins « contestataires » inspirés par les écrits de Foucault, dénoncent le « pouvoir médical ». Leurs analyses soulignent les conséquences néfastes du processus de médicalisation qui traverse la société (*iatrogénie médicale*, Illich I., 1975). Au même moment, des contacts se nouent en France entre cette frange contestataire de la profession médicale et certains sociologues.

premiers chercheurs en sciences humaines pour s'affranchir du discours médical, seul audible et autorisé à s'exprimer dans ce domaine⁵. Et même si aujourd'hui, le mythe du médecin omniscient et omnipotent a pris du plomb dans l'aile, le sentiment d'illégitimité demeure parfois chez le sociologue qui entreprend de mener une recherche sur un objet et/ou un problème considéré comme relevant du champ médical⁶.

Cette difficulté d'enquête mérite d'être soulignée ne serait-ce que pour rompre avec le silence qui, dans les comptes-rendus, entoure très souvent cet aspect « psychologique » de la recherche. Les problèmes liés aux méthodes ou à la théorie sont en effet, généralement portés à la connaissance du lecteur mais rarement, nous semble-t-il, ceux liés au sentiment d'illégitimité ou d'incompétence à investir certains objets. Or c'est à condition de ne pas nier cet obstacle et de le prendre à bras le corps qu'on se donne quelques chances *in fine* de « s'imposer aux imposants⁷ ».

Le problème de l'inégalité géographique dans l'accès aux soins d'urgence relève de cette catégorie d'objet d'étude qui *a priori* n'entre pas dans le champ des compétences du sociologue. L'objet de ce chapitre est d'analyser le processus de construction de ce problème par la profession médicale, de sa genèse à l'élaboration d'une politique publique dite « d'aide médicale urgente ».

⁵ Il n'est pas anodin que cette branche de la sociologie ait longtemps été nommée « sociologie médicale » et non, « sociologie de la santé ». Sur ce point, on peut lire avec profit les écrits suivants: Maître J., « Introduction : la conjoncture de la recherche française en sociologie médicale », *Revue française de sociologie*, 14-1, 1973, p. 3-7; Carricaburu D., Menoret M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, 2004 (en particulier l'introduction) ; Herzlich C., Pierret J., « Au croisement de plusieurs : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, 51-1, 2010, p. 121-148.

⁶ Une conviction souvent exprimée par Hughes: « *Les obstacles que rencontre l'analyse sociologique d'un ordre de phénomènes sont particulièrement forts pour ceux d'entre eux qui bénéficient d'une plus grande légitimité - ou pour employer un terme utilisé par Becker, pour ceux qui se trouvent au sommet de la hiérarchie de la crédibilité* », Hughes E., Chapoulie J-M (textes réunis par), *op.cit.*, p. 52.

⁷ Willemez L., Surdez M., Pavis F., Chamboredon H., « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par les sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, Vol. 16, n°16, 1994, p. 114-132.

En 1981, le professeur Huguenard, médecin spécialiste, pionnier de l'anesthésie réanimation, publie un ouvrage dans lequel il témoigne de ses expériences de secours tant sur le front de la guerre que dans le monde « civil ». A l'occasion de ce témoignage, il fait le récit de la création du SAMU 94 dont il est le fondateur. Il en profite pour livrer dans le même temps, une brève analyse de l'organisation des urgences en France⁸. Son diagnostic aboutit à une conclusion sans appel, celle d'une « inégalité des citoyens devant l'urgence⁹ ». Une inégalité écrit-il :

« [...] dont on se persuade aisément en mesurant les chances relatives de survie d'un paysan du Massif Central écrasé sous son tracteur attendant le SMUR basé à soixante dix kilomètres dans une zone pour le moins accidentée et celle du gangster blessé au cours d'un hold-up en région parisienne à quinze minutes d'un hélicoptère médicalisé.¹⁰ »

L'examen de la littérature grise révèle qu'il s'agit là, de la première trace de la « formulation publique¹¹ » en France, du problème de l'inégalité géographique des citoyens devant l'urgence.

En opposant la figure victimaire du « paysan » laborieux à celle du « gangster », il assimile implicitement cette « inégalité » à une injustice sociale qu'il s'agit de corriger. Les remèdes qu'il propose d'administrer pour soigner l'organisation des urgences en France sont à rechercher non pas du côté des services privés mais du service public à qui les compétences en la matière reviennent nécessairement car dit-il :

« Pour rester disponibles, ils ne doivent pas être tentés, même inconsciemment, de multiplier leurs interventions en dehors des vraies urgences pour d'autres raisons que l'entretien du personnel et des matériels¹². »

Puis, distinguant les urgences « relatives » des urgences « vitales »¹³, il souligne pour les premières, l'intérêt du quadrillage du territoire par les centres de secours de Sapeurs-pompiers en collaboration avec les médecins généralistes. Ces derniers doivent toutefois, précise t-il,

⁸ Pr. Pierre Huguenard, *Mes combats pour la vie. Du maquis au SAMU*, Editions Albin Michel, 1981. Ce témoignage fut réalisé en étroite collaboration avec le Pr. Xavier Emmanuelli, lui-même anesthésiste-réanimateur

⁹ *Ibid.*, p. 167.

¹⁰ *Ibid.*, p. 167.

¹¹ « *La formulation d'un problème public est un énoncé causal argumenté, construit par des représentations, des références et des procédures, qui désigne la ou les solutions à mettre en œuvre face à une situation qui réclame l'action des pouvoirs publics. L'efficacité symbolique des énoncés rationnels alliés à la légitimité de ses porte-parole va contribuer à donner un caractère d'évidence à la formulation (la définition et l'explication du problème deviennent irrécusables), renforçant du même coup l'efficacité des actions entreprises au nom de l'énoncé.* » P. Metzger, « L'épidémie de Chikungunya : un problème de moustiques ? », in Gilbert C., Henry E., *La construction des problèmes dans l'espace public*, Editions La Découverte, 2009, p. 175-176.

¹² P. Metzger, *op. cit.*, p. 160.

¹³ « [...] Schématiquement, il existe deux types d'urgence : l'urgence vitale (« extrême urgence » et « première urgence » des militaires), ou encore urgence absolue, qui correspond à un état de détresse dont le traitement s'impose immédiatement ou dans un délai très bref. Il faut distinguer ces urgences vitales des urgences relatives, dont le traitement peut attendre quelques heures, et qui vont de l'urgence ressentie – ressentie comme telle par le patient...souffrant par exemple de coliques néphrétiques : le pronostic vital n'est pas en jeu, mais le malade souhaite ardemment la venue rapide des secours ! – à l'urgence d'importance mal évaluée, comme l'exigence d'une maman affolée par la poussée fébrile de son enfant », Pr. Huguenard, *op. cit.*, p. 162.

s'intégrer au fonctionnement du SAMU c'est-à-dire coopérer et non pas concurrencer le service public. Quant aux urgences vitales, elles réclament selon lui l'intervention d'équipes de secours qualifiées composées de médecins anesthésistes-réanimateurs. En conséquence, pour raccourcir les délais d'intervention, l'effort ne doit pas porter sur l'accélération du transport des victimes vers les centres de soins mais sur les moyens médicaux. Aussi, pour satisfaire au « délai de réponse universellement considéré comme raisonnable (qui) est en moyenne de neuf minutes »¹⁴, faudrait-il couvrir le territoire français de 600 SMUR terrestres. Le Pr Huguenard considère néanmoins que cette solution ne peut être retenue compte tenu de son coût exorbitant et du nombre insuffisant d'interventions dans certaines régions. Or, une faible activité d'urgence ne permet pas aux équipes d'entretenir leurs compétences :

« Il s'agit donc de ne pas augmenter le nombre de SMUR mais d'élargir leur rayon d'action en faisant en sorte que le délai d'intervention reste de neuf minutes. Un seul moyen permet d'obtenir ce résultat: l'hélicoptère [...], l'avenir verra sans doute son application rationnelle comme en Allemagne ou en Suisse, dans le traitement des secours d'urgence.¹⁵ »

Le transport hélicoptère médicalisé est ainsi présenté comme la solution la plus rationnelle d'un point de vue géographique mais également la plus sûre et fiable, les accidents d'hélicoptère restant exceptionnels. Parachevant sa critique de l'organisation territoriale des urgences en France, il déplore enfin l'irrationalité d'une politique sanitaire qui prévoit à l'époque où l'ouvrage paraît, de créer un SAMU par département :

« Comme si Napoléon avait su prévoir aussi la répartition des urgences sur le territoire nationale! Cette disposition ne résiste pas à un regard sur une carte démographique. Pour certains départements de grande étendue et de population dense, deux centres d'écoute peuvent se révéler nécessaires. Ailleurs, le même centre répondra aisément aux appels de trois départements déserts. Une étude attentive de la densité des appels devrait aboutir à une répartition rationnelle des centres d'écoute [...] On s'apercevrait alors qu'un peu plus de 50 centres suffiraient pour la réception des appels au lieu des 95 prévus par le ministère de la Santé, et dont 73 sont déjà créés¹⁶. »

Une telle répartition conduirait selon l'auteur, à produire un déséquilibre entre, d'un côté, les territoires dotés de « SAMU riches » et de l'autre, ceux de « SAMU pauvres ». Cette politique ne ferait qu'aggraver l'« inégalité des citoyens devant l'urgence » qui, même si elle n'est pas formulée comme telle dans ces lignes, est bien d'ordre géographique. L'unique remède est donc celui d'un renforcement des SMUR¹⁷ qui seuls permettraient d'assurer un égal accès aux soins d'urgence de qualité pour tous.

¹⁴ *Ibid.*, p. 162.

¹⁵ *Ibid.*, p. 163.

¹⁶ *Ibid.*, p. 160-161.

¹⁷ Il s'agit d'une ambulance médicalisée dont l'équipage est composé de personnels hospitaliers : un médecin anesthésiste-réanimateur, un infirmier et/ou un interne et un chauffeur ambulancier. Aujourd'hui ces ambulances hospitalières sont médicalisées par des médecins urgentistes hospitaliers.

L'analyse de l'argumentaire exposé par le Pr Huguenard, montre que la rhétorique employée par l'auteur emprunte directement au registre de l'évidence tant dans l'exposé du problème (« on se persuade aisément ») que dans les solutions qu'il avance pour sa résolution : le délai de 9 minutes pour les urgences vitales étant « universellement » reconnu, le « seul moyen » « rationnel », reste le transport hélicoptéré médicalisé, précise-t-il, par des anesthésistes-réanimateurs. Par ailleurs, en prenant soin de convoquer à plusieurs reprises la « raison » ainsi que les modèles étrangers, il confère à son raisonnement une coloration scientifique et consensuelle, prompt à convaincre le lecteur profane du bien-fondé de ses idées. Le lecteur notera toutefois qu'aucune référence scientifique n'est à un quelconque moment, mobilisée dans sa démonstration pour étayer ses arguments dont la valeur semble davantage reposer sur « l'autorité » liée à son statut que sur l'apport de preuve objective.

Cela étant dit, il convient de s'interroger à présent sur les raisons qui ont conduit ce professeur de médecine, anesthésiste-réanimateur, à publiciser pour la première fois, ce problème à l'aube des années 1980? Une hypothèse conduit à postuler que cette opération de « requalification »¹⁸ d'une question relative à l'organisation des secours en problème d'inégalité d'accès aux soins d'urgence viserait, au bout du compte, à promouvoir l'anesthésie-réanimation. Plus précisément, les préconisations du Pr. Huguenard auraient pour objectif de faire de ces spécialistes, les pivots d'une politique de médicalisation de l'urgence qui trouve sa traduction dans la loi relative à « l'aide médicale urgente » en cours de construction en 1981. Dans ce cadre, cette thématique de l'« inégalité des citoyens devant l'urgence », constituerait ainsi davantage le ressort de la légitimation de ce scénario et un moyen de rallier l'opinion à sa cause, qu'une alerte visant à le porter au rang de problème de santé publique. D'ailleurs, le registre employé par le Pr. Huguenard relève davantage de l'énonciation que de la « dénonciation publique d'une injustice »¹⁹. Pour vérifier cette hypothèse, il est nécessaire de reconstituer le contexte d'énonciation publique de ce problème : Qui sont les médecins anesthésistes-réanimateurs français ? Quel enjeu revêt pour cette spécialité, en 1980, ce domaine de compétences ? Par qui et comment s'est forgé le principe de médicalisation des secours²⁰ ?

¹⁸ Lagroye J., « Le processus de politisation », in Lagroye J., dir., *La politisation*, Editions Belin, 2003, p. 367.

¹⁹ Boltanski L., Darré Y., Schiltz M-A., « La dénonciation », ARSS, volume 51, mars 1984, p. 3-40.

²⁰ Suivant les conseils d'Howard Becker, il ne s'agit pas ici de se demander pourquoi (les écrits professionnels sont dans le pourquoi, l'accusation, le présent et sont un obstacle) mais comment on en est arrivé là : « *C'est là tout l'enjeu de la socio-histoire qui vise à contextualiser, à prendre en compte l'ensemble des acteurs, des facteurs (contingences) qui ont conduit à cette situation, un processus dont il faut décrire et expliquer les différentes étapes, l'une créant les possibilités de l'autre et ainsi de suite [...]* Cela paraissait être une bonne idée sur le moment », Becker H., *op. cit.*, p. 105-112.

1. COMMENT S'EST FORGE LE PRINCIPE DE MEDICALISATION DES SECOURS ? LA CONSTRUCTION SOCIALE D'UNE SINGULARITE FRANÇAISE

« Ce qui est certain c'est que la situation actuelle [en matière de secours d'urgence] relève purement et simplement de la guerre.²¹ »

1.1. GENESE ET SEGMENTATION²² DE L'ANESTHESIE-REANIMATION FRANÇAISE.

« Le processus de division en sous-espaces spécialisés est en partie déterminé par l'état existant des connaissances, des techniques, des institutions et de la structure des rapports de position des agents au sein du champ médical.²³ »

Dans son ouvrage, le Pr. Huguenard nous enseigne que l'idée de médicaliser les secours par les anesthésistes-réanimateurs est issue de l'expérience des secours en temps de guerre vécue lors du conflit 1939-45, par lui-même ainsi qu'une poignée de ses confrères tous internes à l'époque :

« Plusieurs facteurs concourent à l'émergence progressive de l'anesthésie à partir de 1945. Dans un contexte d'expansion du marché de la médecine et de l'industrie du médicament, des médecins français ayant acquis un savoir-faire et des connaissances au contact des équipes médicales des armées alliées vont jouer un rôle significatif dans l'entreprise anesthésique, et plus particulièrement trois d'entre eux²⁴. Leurs trajectoires exemplifient la situation d'une catégorie de médecins que la guerre a contribué à dévier de leurs perspectives initiales.²⁵ »

Comparée à son homologue américaine, l'anesthésie-réanimation française accusait un retard certain. La résistance des chirurgiens à l'utilisation des techniques anesthésiques et plus largement, l'enfermement de la médecine française dans le savoir « anatomoclinique²⁶ » expliquent pour une large part, le retard de la médecine française dans ce domaine²⁷. Jusqu'à la seconde guerre mondiale, l'acte anesthésique était confié par les chirurgiens à des externes, leurs chauffeurs, des garçons de salle ou des religieuses²⁸.

²¹ Entretien semi-directif réalisé en 2004 auprès d'un ancien directeur départemental de la Protection civile.

²² « L'hôpital et son ordre négocié » in Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, l'Harmattan, 1961, p. 69.

²³ Pinell P., « Champ médical et processus de spécialisation », *ARSS*, n°156-157, p. 7.

²⁴ Jean Lassner, Ernest Kern, Guy Vourc'h.

²⁵ Faure Y., « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *ARSS*, n°156-157, 2005, p. 102.

²⁶ « Le terme clinique vient du grec *klinikos*, substantif formé à partir du verbe *klinein*, « être couché », qui correspond originellement aux activités s'exerçant au lit du malade », Pinell P., *op. cit.*, p. 7.

²⁷ C'est l'enfermement de la médecine française dans le savoir « anatomoclinique » et le refus d'une nouvelle médecine dite de laboratoire (physiologie, histologie, etc..) jusqu'à la réforme de 1958 qui expliquerait ce retard français. Sur ce point, on peut se reporter utilement aux deux écrits suivants : Imbault-Huard M-T., (Pr émérite d'histoire de la médecine), « La réanimation entre mythe et réalité », in Grosclaude M., dir., *Vers une histoire de la réanimation*, Glyphes & Biotem, 2002, p. 203-241; Jamous H., *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Éditions du Centre national de la recherche scientifique, 1969. Avec la collaboration de J. Commaille et B. Pons-Vignon. Préface de J.D. Reynaud, postface du professeur R. Debré.

²⁸ « A la fin des années 1930 apparaissent la Société française d'anesthésiologie et d'analgésie (4% des membres sont des anesthésistes), un enseignement d'anesthésiologie à Paris rattaché à une chaire chirurgicale et, à l'Assistance publique Hôpitaux de Paris, des postes d'anesthésiste distribués à la convenance du chirurgien à des infirmiers ou des médecins formés en quatre semaines. » Faure Y., *op.cit.*, p. 102.

Au sortir de la guerre, cette poignée de médecins isolés dont les compétences en matière d'anesthésie-réanimation sont reconnues uniquement dans le monde militaire, va chercher à faire valoir ses compétences auprès de la population civile :

« C'est aussi la naissance de l'anesthésie-réanimation qui commence dans les années 1950-60 à intéresser et à regrouper à Paris plusieurs jeunes chirurgiens formés pendant la guerre 1939-45 puis par les combats d'Indochine à une chirurgie de haute technicité. Ils décident alors d'abandonner une carrière hospitalière toute tracée pour se lancer dans un domaine scientifique neuf, l'état de choc et la réanimation, où se croisent les savoirs en dehors de tout ordre hiérarchique et hospitalier. Ce d'autant que les pères fondateurs de cette nouvelle vision du fonctionnement du corps humain (Claude Bernard, Cannon, Seylie, Laborit) sont des physiologistes dont les travaux ne sont pas considérés par l'élite hospitalière²⁹. »

Dans cette volonté de reconnaissance, ils vont se heurter à la tutelle des chirurgiens qui cherchent à contrôler les conditions d'exercice de cette discipline. Le champ médical hospitalier étant dominé par les cliniciens, ces anesthésistes ne pourront, dans un premier temps, échapper à cette tutelle :

« A la Libération, tandis que les anesthésistes parisiens et de rares provinciaux poursuivent leur activité, les militaires restent affectés aux hôpitaux de l'armée puis sont peu à peu rendus à la vie civile. La rencontre entre les deux générations sera difficile : l'esprit d'initiative, le sens de l'organisation, l'habitude du commandement de ces nouveaux venus, tout comme les nouvelles techniques, viennent troubler ceux qui sont restés en France³⁰. »

A partir des années 1950, l'épidémie de poliomyélite va constituer une première opportunité d'émancipation. Cette maladie provoquant des détresses respiratoires va en effet, offrir à ces médecins une vaste clientèle indépendante de celle des chirurgiens en leur permettant de mettre en oeuvre leurs compétences en matière de réanimation dans le monde civil.

²⁹ Imbault-Huard M-T., *op.cit.*, p. 204-205.

³⁰ Cousin M-T., « L'anesthésie-réanimation en France. Des origines à 1965 », Tome 2, *Réanimation. Les nouveaux professionnels*, L'Harmattan, 2005, p. 572.

1.1.1. L'épidémie de poliomyélite : la création et le développement des transports « secondaires »

« En 1954, l'endémie poliomyélique, comme tous les ans présentait une recrudescence estivale ; fléau presque oublié aujourd'hui grâce à la vaccination par les vaccins de Salk et Sabin, elle était responsable, rien qu'en France, de plusieurs milliers de cas de paralysies définitives, plus ou moins étendues et de centaines de décès, en grande majorité d'origine respiratoire. Devant ce désastre qui se répétait d'année en année depuis la haute antiquité, des mesures novatrices s'imposaient. Elles s'inspirèrent d'une expérience récente au Danemark qui fut touché dans les années 1952-1953 par une épidémie particulièrement grave de poliomyélite³¹. »

La poliomyélite à forme respiratoire est apparue, dans un premier temps, en Suède (1949-50) puis aux Etats-Unis avant de se répandre au Danemark en 1952, où elle toucha près de 10% de la population. Le traitement de cette épidémie se faisait à l'aide de respirateurs externes appelés « poumons d'acier » ou « cuirasses », installés au sein des services de maladies contagieuses. Cet instrument était alors le seul moyen connu pour maintenir une ventilation pulmonaire mais il atteignit rapidement ses limites face à l'ampleur de l'épidémie :

« Les malades qu'il fallait hospitaliser étaient dirigés sur l'hôpital de Blegdam, centre d'isolement et de traitement des maladies contagieuses de A. Lassen. Mais ce service ne possédait que 7 appareils de ventilation externe, un poumon d'acier et 6 cuirasses, de sorte que les médecins étaient confrontés au dilemme terrible de choisir quel malade traiter ou ne pas traiter. Mais de toutes façons, la mortalité de cette forme de polio était très élevée (94%), c'est alors que l'un des assistants du service de Lassen lui proposa de faire appel à un anesthésiste qui, selon lui, pouvait apporter une solution au manque d'appareils et à la désespérante évolution des formes bulbaires. Il proposa le nom de Bjorn Ibsen car il avait fait la connaissance de son épouse sur un bateau qui le ramenait des Etats-Unis à Copenhague et avait ainsi appris qu'Ibsen allait rester un an à Boston pour se perfectionner en anesthésie³². »

Cet anesthésiste se rendit dans le service de Lassen et pratiqua une trachéotomie puis une ventilation manuelle sur une patiente atteinte d'une poliomyélite à forme respiratoire. Le succès de cette démonstration et la possibilité qu'entrevoit Lassen de pouvoir désormais traiter tous les malades de façon efficace et équitable, le conduisit à abandonner les poumons d'acier pour les substituer par les techniques anesthésiques d'assistance respiratoire³³. Très rapidement, une équipe se déplaça hors de l'hôpital pour aller à la rencontre des malades en insuffisance respiratoire aiguë faisant ainsi progressivement diminuer la mortalité.

Au même moment, le succès des premiers respirateurs d'Engström³⁴ offre l'opportunité de remplacer la ventilation manuelle coûteuse en moyens humains par une ventilation mécanique.

³¹ Goulon M., *op.cit.* p. 9.

³² Cousin M-T., *op. cit.*, p.376-393. L'auteur de l'ouvrage est Pr d'anesthésiologie.

³³ L'intubation trachéale, la trachéotomie et la ventilation manuelle au moyen d'un respirateur par ballon.

³⁴ Médecin de l'aéronautique qui a conçu l'Engström, une machine de respiration artificielle, après avoir constaté, au cours des épidémies suédoises de 1949-50, les limites des poumons d'acier et de la trachéotomie dans le traitement des poliomyélites.

Craignant un retour de l'épidémie qui sévit alors au Danemark, les autorités suédoises encouragèrent aussitôt la fabrication de ces appareils à une cadence soutenue si bien que rapidement, les patients européens furent ventilés et les poumons d'acier relégués au rang d'accessoires obsolètes. A partir de 1954, s'inspirant de l'expérience danoise menée avec l'Engström, des médecins français s'engagent ainsi dans la prise en charge des poliomyélitiques et créent les premiers centres de « réanimation respiratoire » :

« La poliomyélite, son histoire montre comment la maîtrise d'une fonction vitale, en l'occurrence la fonction respiratoire, a pu non seulement transformer le pronostic des formes les plus sévères de la maladie, mais aussi donner naissance à un nouveau concept thérapeutique et à une nouvelle discipline, la réanimation³⁵. »

C'est ainsi qu'au cours des années cinquante, les pionniers de « l'aide médicale urgente » ont développé le concept bien connu aujourd'hui, de médicalisation des urgences « pré-hospitalières » symbolisé par les SMUR :

« L'élément déterminant pour donner ce coup d'envoi de la médicalisation pré-hospitalière est l'épidémie de poliomyélite des années 1955. En effet, pour transporter les malades atteints d'insuffisance respiratoire, de leur domicile à l'hôpital, les Centres Hospitaliers se dotèrent de moyens mobiles de réanimation respiratoire, surveillés par des médecins. Ce sont là pratiquement les premiers transports médicalisés des malades³⁶. »

Malgré les réticences de leurs confrères hospitaliers pour qui il est impensable qu'un médecin sorte des murs de l'hôpital, ils trouvèrent des ambulances auprès de la Croix-Rouge Française, les équipèrent avec du matériel récupéré dans les unités hospitalières et se mirent à la disposition des services publics de secours (gendarmerie, police et sapeurs-pompiers). En 1954, lors de l'épidémie de poliomyélite, l'un d'entre eux, Louis Lareng va sillonner la région Midi-Pyrénées avec des ambulances de la Croix-Rouge pour amener vers les malades les services de réanimation toulousains :

« Dans les années 1950, cette association est encore directement inspirée par le rôle qu'elle a joué pendant la première puis la seconde guerre mondiale. Ses personnels, surtout bénévoles, puis plus tard salariés quand leur spécialisation est devenue absolument nécessaire, se sont portés au secours d'immenses détresses, souvent au plus près du champ de bataille, sous les bombardements, au milieu des exodes, des épidémies [...]. La CRF a formé ainsi ce qu'elle appelle « ses ambulancières », selon des principes presque militaires. [...] Depuis 1955, elles sont toujours disponibles pour les transports de poliomyélites. Une conduisait pendant qu'une infirmière CR surveillait le malade en veillant au fonctionnement du poumon d'acier jusqu'à ce que l'Angström arrive (transports demandés par l'hôpital)³⁷. »

³⁵ « Maladies en voie de disparition (diphthérie, poliomyélite, tétanos, avortements septiques) », J-M Mantz, p. 19-37, in Goulon M., dir., *La réanimation : naissance et développement d'un concept*, Editions Maloine, 2004.

³⁶ Lareng Louis, « Les médecins face à l'urgence pré-hospitalière », *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, « Les métiers de l'urgence », n°22, 4^{ème} trimestre 1995, p. 36-46.

³⁷ Burlet M., *op.cit.*, p. 46. L'immédiat après-guerre est caractérisé par la création de multiples associations de secourisme. Sur ce point, cf. Morel S., « Socio-histoire des services civils du secours mobile d'urgence individuelle

Parallèlement, Louis Serre³⁸ effectue avec succès à Montpellier, le transfert d'un patient sur plus de mille kilomètres avec ventilation manuelle tandis que Maurice Cara crée le premier service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) afin d'assurer le transport inter-hospitalier des malades en insuffisance respiratoire grave³⁹. Cette poignée d'anesthésistes signent ainsi l'acte de naissance des transports médicalisés primaires (domicile-hôpital) ainsi que secondaires (hôpital-hôpital) :

« Au ministère de la Santé, on a compris la nécessité de disposer de l'Angström partout en France. Or il ne suffit pas de s'en rendre acquéreur, d'ailleurs avec difficulté, il faut aussi veiller à la formation des utilisateurs. On en sélectionne un dans chaque CHR parmi les anesthésistes-réanimateurs. »

C'est dans ce contexte que les premières unités de réanimation françaises voient le jour à l'initiative de quelques anesthésistes mais aussi, de médecins internistes hospitaliers.

En France, les écrits professionnels⁴⁰ retraçant l'histoire de l'anesthésie-réanimation d'une part, et la « réanimation » d'autre part, divergent selon l'appartenance disciplinaire de leurs auteurs, sur l'identité du médecin pionnier dans l'application et la diffusion des techniques d'assistance respiratoire. Les premiers mettent en avant la personnalité de Maurice Cara (anesthésistes, physiiciens et physiologistes) tandis que les seconds en attribuent le mérite à Pierre Mollaret, neurologue et infectiologue, professeur de clinique des maladies infectieuses et chef de service à l'Hôpital Claude Bernard. La réanimation respiratoire apparaît ainsi d'emblée l'objet de luttes internes au champ médical pour le monopole de ses techniques et de leur mise en œuvre⁴¹.

Du côté des anesthésiologistes, M-T Cousin avance que Maurice Cara se serait rendu à Copenhague pour faire la rencontre d'Engström. Après avoir visité le service de Lassen et vu fonctionner l'Engström sur quelques malades ventilés, il aurait fait l'acquisition de cet appareil pour en démontrer l'utilité à son retour en France :

« Une fois les résultats de cette machine prouvés en France sur un chien qu'ils ventilèrent pendant une semaine (démonstrations superflues selon Cara car cela se faisait déjà couramment chez

(1930-1975) : Genèse d'une cause commune ? Volontaires, bénévoles et professionnels ; institutions publiques, associations, entreprises privées », mémoire de Master 2 recherche, Retière J.-N., Suaud C., (dirs.), université de Nantes, 2005.

³⁸ Professeur Louis Serre, fondateur du SMUR de Montpellier et du premier SAMU, celui de l'Hérault, en 1963, qui devint une référence pour les autres SAMU qui allèrent se créer ensuite.

³⁹ « URGENCES et demandes de soins en urgence. Quelle prise en charge ? », *ADSP* n°52 septembre 2005, p. 16.

⁴⁰ Cousin M-T, *op. cit.* ; Goulon M., *op. cit.*

⁴¹ Dans son ouvrage, Maurice Goulon va jusqu'à conférer une origine parisienne à la réanimation qui ensuite se serait diffusée dans le monde entier. Maints auteurs infirment ce constat en s'accordant, au contraire, sur le retard français dans le domaine de l'anesthésie et de la chirurgie à l'époque.

l'homme dans les pays scandinaves), le premier centre de réanimation respiratoire accueillant les poliomyélitiques fut ouvert le 1er septembre 1954 à l'hôpital Claude Bernard⁴². »

Selon M. Goulon, c'est un médecin neurologue et infectiologue qui serait à l'origine de la création du premier service de réanimation.

« Il y avait alors en France, une opportunité à prendre. Ce fut le mérite de P. Mollaret, neurologue et infectiologue, professeur de clinique des maladies infectieuses et chef de service à l'hôpital Claude Bernard, de fixer 3 objectifs qui étaient : la création d'un centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite ; l'acquisition par l'APHP des nouveaux respirateurs par voie endotrachéale complétant le parc existant de poumons d'acier ; la constitution d'une équipe médicale fonctionnant en temps continu, c'est-à-dire qu'un médecin expérimenté était présent dans le service 24h/24h, nouveauté et obligation tout à fait extraordinaires pour l'époque puisque les gardes médicales dans les hôpitaux étaient assurées par les internes, jeunes médecins en formation, triés sur le volet par le concours de l'internat. Le centre fut installé dans le pavillon Pasteur destiné jusqu'alors au traitement de la typhoïde. [...] Pour convaincre l'administration de l'APHP de débloquer les crédits nécessaires, la poliomyélite était par la crainte qu'elle inspirait, un bon fer de lance⁴³. »

Dans un contexte où la découverte d'antibiotiques et de vaccins prive ces spécialistes d'une majeure partie de leur clientèle, ces médecins infectiologues luttent pour élargir leur répertoire d'activité⁴⁴. En brandissant le spectre de la menace épidémique, ils cherchent à convaincre le ministère de la Santé de leur octroyer les crédits nécessaires pour financer la création du premier centre de réanimation respiratoire.

Une fois l'épidémie de poliomyélite enrayée par le vaccin, ils étendent l'utilisation de l'Engström à toutes les formes d'insuffisance respiratoire aiguë et s'approprient ainsi les unités de réanimation respiratoire. A terme, leur but est également d'élargir la clientèle de ce service à d'autres affections responsables de paralysies (syndrome de Guillain et Barré, comas d'origine variées, tétanos, asthme, états de choc, infarctus, hémorragies, infections graves). En bref, passer de la réanimation respiratoire à un concept plus large, de « réanimation médicale » :

« Au cours d'un colloque organisé à l'initiative de Cara en 1955 avec la Société Française d'Anesthésie et d'Analgesie, Mollaret dénonçait l'insuffisance des structures de réanimation sur le territoire français. Il insistait sur le fait que ces structures devaient être permanentes ; en dehors des efforts saisonniers pour traiter les polio, il fallait étendre les indications de traitement au tétanos, au botulisme, aux comas toxique, etc⁴⁵... »

⁴² Cousin M-T., *op. cit.* p. 385.

⁴³ M. Goulon, *ibid.*, p. 9.

⁴⁴ Bret E., « Plasticité des spécialités. De la phtisiologie à la pneumologie et naissance de la réanimation », *ARSS*, n° 156-157, 2005, p. 88-97.

⁴⁵ « Il convient de relater un incident qui montre bien l'antagonisme qui allait bientôt régner entre anesthésistes et réanimateurs. P. Mollaret avait accepté l'invitation à condition que Cara, l'organisateur, n'y soit pas présent. Toutefois C. Reymond, anesthésiologiste à Lausanne, Danois par sa mère et qui se trouvait à Copenhague au moment de l'épidémie et avait participé à la lutte contre l'asphyxie, insista dans ce colloque sur le rôle joué par les anesthésistes dans l'épopée danoise : celui ou celle qui sait ventiler des opérés curarisés est la seule personne que

Or ces médecins n'ont dans les faits, aucune compétence certifiée en matière de réanimation puisque ni diplôme, ni filière d'enseignement n'existent encore dans ce domaine. Ils sont pneumologues, néphrologues ou encore phtisiologues et veulent écarter les anesthésistes de la « réanimation médicale » pour les cantonner à la réanimation chirurgicale (accidentés et opérés graves) :

Ces médecins qui veulent se spécialiser dans la réanimation polyvalente (tous les malades) dénie la compétence aux anesthésistes, en matière de réanimation et font obstacle à la création des services d'anesthésie-réanimation. A ces résistances, il faut encore ajouter celle des chirurgiens :

« Toutefois, pour mémoire une place doit être faite à ce qu'il est possible d'appeler la « querelle des anesthésistes et réanimateurs médicaux », consécutive au développement de la réanimation, à l'accroissement des besoins en personnel médical, tandis que s'aggravait parallèlement, une pénurie en anesthésiologistes, en raison de l'absence de débouchés qu'offrait la carrière. Il faut cependant souligner au passage la volonté de « blocage » de l'anesthésiologie de la part des chirurgiens à la fois dans la diffusion des techniques et dans l'accès à une individualisation et une spécialisation de la discipline.⁴⁶ »

Les anesthésiologistes quant à eux, prônent la pluridisciplinarité dans la prise en charge des malades (contre la tendance à la spécialisation, chaque service gardant ses malades). Ces services de « réanimation polyvalente » doivent être selon ces médecins, sous la dépendance des départements d'anesthésie-réanimation et se situer à l'entrée de l'hôpital pour accueillir les malades ne relevant d'aucune spécialité en particulier. Un service qui après les premiers soins d'urgence, trie et oriente les malades vers la réanimation chirurgicale (traumatologie, réanimation opératoire) ou médicale spécialisée, autrement dit les soins intensifs (cardiologie, pneumologie, néphrologie...) :

« L'interdépendance des problèmes chirurgicaux et des problèmes vitaux du malade, les nouveaux aspects de la réanimation qui éclate en de multiples spécialités, imposent une collaboration entre les chirurgiens, les médecins des diverses disciplines et les anesthésiologistes. En même temps que nous comprenons que la réanimation n'est pas seulement une technique particulière mais un « nouveau mode de pensée » qui remet en cause la façon d'aborder l'homme malade, la notion récente d'équipe pluridisciplinaire s'impose et cette nouvelle conception de la médecine va devoir influencer sur ses méthodes.⁴⁷ »

Il est important de noter que l'anesthésie-réanimation, à la différence des autres spécialités, n'a pas de patient propre. Ces médecins anesthésient et réaniment le patient quelle que soit l'organe

sa formation préalable a préparé, à secourir un poliomyélitique en insuffisance respiratoire ». Cousin M-T., *op. cit.* p. 384.

⁴⁶ Hamonou D., « Organisation des départements d'anesthésie-réanimation », Thèse de doctorat Économie et administration des entreprises, Rennes, 1975, p. 19-20.

⁴⁷ Hamonou D, *ibid.*, p. 4.

vital atteint, avant de l'orienter vers un service spécialisé. Aussi ont-ils un rôle à jouer dans l'urgence. Parallèlement, ils délégitiment la volonté d'hégémonie de certains médecins « réanimateurs purs » en arguant de l'impossibilité d'être polyvalents en matière de réanimation :

« Le point de vue des réanimateurs médicaux apparaît d'autant moins soutenable que la polyvalence demandée à ces réanimateurs est difficile à acquérir et à maintenir, et regroupe, en réalité, des parcelles multiples de diverses spécialités. Aussi semble-t-il possible aujourd'hui d'affirmer que l'infarctus sera le mieux soigné dans un service de réanimation cardiaque, l'insuffisant rénal dans un centre d'hémodialyse, l'enfant traumatisé ou le prématuré dans une section de réanimation néo-natale, l'intoxiqué dans l'unité de réanimation d'un centre anti-poisons, et non dans un service de réanimation de médecine polyvalente.

Pour les mêmes raisons, il ne nous apparaît pas utile de discuter de l'opinion de certains réanimateurs qui considèrent la réanimation comme entièrement de leur domaine et l'anesthésiste comme un technicien dont l'action doit de cantonner uniquement au bloc opératoire.

Il est possible d'affirmer réellement que la réanimation est "fille" de l'anesthésie (période péri-opératoire) rien qu'à l'énumération de son matériel qui est celui même utilisé en salle d'opération : sondes, drogues, appareils de ventilation, systèmes et liquides de perfusion, etc... et à sa naissance retardée, secondaire à l'anesthésiologie, obtenue par simple scission. L'anesthésiologie doit donc être envisagée dans son unité anesthésie et réanimation⁴⁸. »

Chaque spécialité (chirurgie, néphrologie, etc...) percevait ces anesthésistes-réanimateurs qui revendiquaient la prise en charge de certains types de malades comme des concurrents. Les rivalités et résistances internes au champ médical (internistes et chirurgiens) cumulées à la diminution sensible de leur clientèle « propre », depuis l'arrivée du vaccin en 1955, vont mettre en péril la quête de reconnaissance et d'autonomie des « anesthésiologistes ». Face à cette perte de clientèle et de surcroît, ne pouvant disputer aux médecins internistes la réanimation médicale, l'idée émerge progressivement de médicaliser d'autres types de transports, ceux des blessés de la route. Par la voix du président de leur syndicat, ils proposèrent alors d'être présents auprès des Sapeurs-pompiers, dans la réanimation traumatologique.

L'enjeu de cette reconversion est capital pour ces médecins qui, en investissant un domaine de compétence autonome, autrement dit affranchis de la tutelle des chirurgiens et non investis par les internistes hospitaliers, créent les conditions *sine qua non* de la reconnaissance de leur activité comme spécialité.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 19-20.

1.1.2. La médicalisation des « accidents de la route »⁴⁹ : Une lutte définitionnelle autour du problème - Santé publique versus Protection civile⁵⁰

« Médicaliser, c'est requérir la compétence d'un médecin pour définir la nature d'un phénomène qui pose problème, pour établir s'il relève de son intervention et, finalement si c'est le cas, pour le traiter selon les moyens qui sont à sa disposition. Autrement dit, la médicalisation est un type de construction sociale de la réalité (même si cette construction procède de l'activité scientifique) et de la sorte d'actions que cette construction entraîne.⁵¹ »

Un regard rétrospectif⁵² sur ces accidents révèle qu'en 1950, la mort des « civils » sur les routes est loin de constituer un phénomène nouveau. Au début du XIX^e siècle, ils sont déjà suffisamment nombreux pour qu'on parle à l'époque d'une « crise du piéton » :

« Les piétons victimes de ces nouveaux engins furent rapidement si nombreux qu'en 1907 on parlait d'une véritable crise du piéton.⁵³ »

Ce n'est que tardivement que ces accidents ont été perçus comme un « mal social », un « drame de société » suscitant l'émotion publique. Auparavant, on semblait en effet s'accommoder assez bien d'un phénomène que l'on attribuait à la fatalité :

« Dans les années vingt, comment analyse-t-on deux automobiles qui se tamponnent sans qu'une faute puisse être relevée ? Par un schéma simple : celui de la neutralisation de deux forces contraires. De même que deux électricités du même nom se repoussent, les deux responsabilités qui se tamponnent s'annulent, se neutralisent, restant le simple fait du destin.⁵⁴ »

Ainsi fin XIX^e début XX^e siècle, la mort des piétons ne semble pas susciter l'indignation de la population, la multiplication des accidents la rendant même presque banale et/ou familière :

« Le piéton comme son nom l'indique ne marche pas ; il piétine et passe sa vie entière à traverser les boulevards [...]. Il attendra patiemment au bord du trottoir l'arrivée d'une voiture pour enfin traverser [...]. Il ne craint pas d'être écrasé car il se sait invulnérable : en effet, on n'écrase jamais de piétons. Ce qu'on écrase, hélas, parfois, ce sont des pauvres gens, distraits ou maladroits, ou follement imprudents. Le piéton, lui, sait traverser.⁵⁵ »

⁴⁹ Ce terme n'est pas neutre socialement : « *Les expressions de « sécurité routière » ou « d'accident de la route » introduisent d'emblée des biais dans l'analyse puisque, dans les deux cas, la référence ainsi faite à la « route qui tue » a pour conséquence de ne pas faire immédiatement apparaître les véhicules comme sources de dangers [...]. On choisira donc d'utiliser ici le terme plus neutre « d'accidents de la circulation », qui permet par ailleurs de prendre a priori en compte différentes catégories d'usagers de la route ou de la rue », Gilbert C., « Définir et occulter. Lorsque la sécurité routière éclipse la santé publique », in Gilbert C., Henry E., dir., *op. cit.*, p. 114-130.*

⁵⁰ Le propos étant, dans ce paragraphe, de reconstituer le contexte d'émergence de la question territoriale de l'accès aux soins d'urgence, nous ne faisons qu'effleurer l'analyse du traitement politique de ce problème public qui a fait l'objet d'une intense littérature tant médicale que de sciences humaines (Histoire, droit, sociologie, science politique).

⁵¹ Druhle M., Clément S., « Enjeux et formes de la médicalisation: d'une approche globale au cas de la gérontologie », in Aïach P., Delanoë D., *op. cit.*, p. 71.

⁵² Pour ce paragraphe, nous nous sommes partiellement inspirés des analyses développées dans la publication suivante : Morel S., 2005, *op.cit.*

⁵³ Laé J-F., « Genèse de l'alcool au volant à travers la jurisprudence (1930-1980) », *Droit et Société*, 29, 1995, p. 153-179.

⁵⁴ Laé J-F., *ibid.*

⁵⁵ Guittry S., *La Citroën*, 1928, cité par Laé J-F, *op. cit.*

Alors que la mort dite « accidentelle » se voit renvoyer dans le champ des forces extérieures non maîtrisables (« destin »), on lui substitue à partir des années 1950, la notion de mort « évitable ». Il est d'ailleurs significatif qu'à partir de cette période, on parle selon le Pr. Lareng, fondateur du SAMU, en terme « d'hécatombe sur les routes⁵⁶ » empruntant ainsi au vocabulaire de l'alerte alors même que ces accidents en masse étaient loin d'être un phénomène nouveau⁵⁷.

Toutefois, malgré l'augmentation des accidents de la « route », l'état d'esprit des français durant les deux décennies d'après-guerre, reste partagé entre indifférence et fatalisme :

« Jusqu'en 1973, l'attitude du public - est le mot qui convient- fut spécifique. On ne pense pas contracter une maladie ou être victime d'un accident du travail. Mais si l'on y pense, l'on s'efforce préventivement de s'en protéger. Pour l'accident de la route, c'était autre chose. Le colloque de l'Unesco le prouve. On en mesurait le danger, on observait la manière dont il progressait, mais on n'y croyait pas pour soi. « L'accident n'est pas seulement pour les autres » fut le thème judicieux de la première campagne de la Délégation à la Sécurité Routière. Et puis qu'importait au fond de se sentir en cause ? A l'accident de la circulation se mêlait un certain fatalisme. Phénomène de civilisation, il colle, qu'on le veuille ou non, au progrès de celle-ci.⁵⁸ »

En dépit de l'indifférence quasi générale, diverses initiatives privées se développent au cours des années 1950, pour attirer l'attention des pouvoirs publics sur le « scandale des tués sur la route ». Différents acteurs se mobilisent sur cette question, chacun construisant sa définition du problème et des mesures préconisées pour le traiter⁵⁹ : Assurances⁶⁰, Associations (secourisme⁶¹, automobile) ainsi que deux groupes de médecins qui entrevoient les bénéfices de l'appropriation de ce nouveau domaine : les chirurgiens, dans un premier temps, puis les « anesthésiologistes ». L'étude de la littérature médicale consacrée aux accidents de la route témoigne d'une intense mobilisation du monde médical sur cette question à partir de la fin des années 1950 (cf. encadré ci-dessous) :

Réanimation et anesthésie des blessés de la route [Texte imprimé], Serre, L. / 1959 ; Colloque international de médecins sur le sauvetage des grands blessés de la route [Texte imprimé] : [Paris,

⁵⁶ Burlet M., Entretiens avec Louis Lareng. Batailles pour le SAMU, Toulouse, Éditions Milan, 1995.

⁵⁷ « *Les accidents de la route constituent la composante majeure de la mortalité violente jusqu'à la fin des années 1960. Ils étaient partout en expansion régulière, quasi exponentielle, depuis l'avènement de l'automobile.* » Chesnais J-C., *op. cit.*

⁵⁸ Lemaire J-F., *Les accidents de la route*, PUF, 1975, p. 6.

⁵⁹ Gilbert C., *op. cit.*, p. 113-130.

⁶⁰ La première mobilisation est venue du monde des assurances avec la création en 1950 de la « Prévention routière », association privée reconnue d'utilité publique et qui se propose de « *tout mettre en œuvre en vue de diminuer le nombre et la gravité des accidents de la circulation routière* ». Étroitement liée au monde de l'assurance, elle groupe en 100 comités plus de 310 000 adhérents, Lemaire J-F, *op.cit.*, p. 17. Sur ce point, voir aussi l'article de Lae J-F., *op. cit.*

⁶¹ L'alerte du Pr. Arnaud bénéficie d'un écho favorable auprès de la population dont une partie, dans le cadre de la politique de la « Défense Passive » (1940-1945), a appris et expérimenté les gestes de secours. A la fin de la guerre, une poignée d'entre eux souhaitera poursuivre ces actions en créant des associations de secourisme. Pour une histoire du secourisme et de la « Défense Passive »: Morel S., (2005) *op. cit.*

24 juin 1960], Imp. Laboureur et Cie / [1960?]; Les Accidents de la route en France : Expérience de la région d'Aix-en-Provence / Roger Belus, Thèse de médecine ; Université de Montpellier. , 1961 ; Les blessés de la route : du prompt-secours au bord de la route à l'accueil au centre chirurgical [Texte imprimé], Arnaud, Marcel (....-1977) / Masson / 1961. La Sécurité routière [Texte imprimé] : esquisse d'une loi sur les accidents de la circulation, Tunc, André (1917-....) / Dalloz / 1966 ; « Les accidents de la route et secours médicaux d'urgence », La Santé de l'homme, n°157, juillet-août, 1968. ; L'Automobile et l'homme [Texte imprimé], Groupe lyonnais d'études médicales / Spes / 1968 ; Coirier R., « Les accidents domestiques », La santé de l'homme, n°167, mars-avril, 6/15, 1970. ; Protéger alerter secourir [Texte imprimé] : conduite à tenir devant le grand blessé de la route, France-sélection / 1971 ; IVe Congrès international de médecine des accidents et du trafic [Texte imprimé] : livre des résumés = IVth international Congress of accidents and traffic medicine : book of abstracts : Paris, 11-15 septembre 1972 / Président : Professeur André Sicard,... ; Contribution à l'étude des blessés de la route. Abord, dégagement et cueillette des victimes restées engravées lors d'un accident de la circulation, Martin, Jean-Luc / [s. n.] / [1973] ; Contribution à l'étude des causes de la mort dans les accidents du trafic automobile [Texte imprimé] / par Sivard Jacques ; [sous la dir. du Professeur Roche Louis] ; Thèse médecine Université Claude Bernard (Lyon). 1976 ; Contribution à l'étude des accidents de la circulation impliquant des piétons [Texte imprimé] : à propos de 100 cas / par Vicard Jacques ; [sous la dir. de M. le professeur L. Roche] ; Thèse médecine ; Université Claude Bernard (Lyon). Université de soutenance, 1976 ; Précis de secourisme routier [Texte imprimé] / Prof. Marcel Arnaud et médecin général Genaud ; [avec la collaboration du] médecin Lt-colonel Dufraisse, sous-préfet Arrighi, commandant Ravot. 3 éd ; Auteur(s) : Arnaud, Marcel (....-1977). 1978, Editeur(s) : Paris : France-Sélection, 1978 ; 233 p.62

Aussi, ce qui semble donc réellement changer dans les années d'après guerre (1950-1960), c'est moins le nombre de tués et de blessés de la route qui certes continue d'augmenter⁶³ sans toutefois provoquer l'indignation de la part de la population, que l'enjeu que revêt ce phénomène pour différents groupes intéressés à le porter dans l'espace public⁶⁴.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la mobilisation d'une poignée de médecins, pour attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de médicaliser les accidents de la route et résoudre ainsi le « scandale des tués sur la route ».

⁶² Aucune référence n'a été trouvée avant 1959. Ce recensement, certainement incomplet, se veut néanmoins le plus exhaustif possible.

⁶³ Les premières statistiques nationales sur la « sécurité routière » ont été réalisées en 1955.

⁶⁴ « *Un problème social n'existe pas tant qu'une société ne reconnaît pas son existence. En effet, une société n'ayant pas conscience d'un problème ne perçoit pas celui-ci, ne l'aborde pas, ne le discute pas, ne fait rien à son sujet.* » Blumer H., « Les problèmes sociaux comme comportements collectifs », *Politix*, vol.17, n°67, 2004, p. 194.

Les « entrepreneurs de cause » seront, au départ, des chirurgiens militaires (guerre de Corée, d'Indochine) intéressés à trouver leur place au sein de la chirurgie civile. Ils seront ensuite rejoints par les anesthésiologistes lorsque le vaccin contre l'épidémie de poliomyélite les privera d'une grande partie de leur clientèle. C'est ainsi qu'apparaît, pour la première fois en France, l'idée de médicaliser le ramassage et le transport des civils en temps de paix. Jusqu'alors en effet, les victimes étaient transportées et évacuées rapidement par Police Secours⁶⁵ ou les pompiers et celles qui décédaient avant leur admission à l'hôpital, étaient alors considérées comme victimes de la fatalité⁶⁶.

Cette idée n'est pas nouvelle, elle fut développée par un chirurgien allemand Martin Kirschner depuis les années 1930. Ce directeur d'une clinique chirurgicale située à Heidelberg, présenta en avril 1938, lors du congrès allemand de chirurgie, la première étude d'envergure sur les « pathologies de la route » et sur leur traitement :

« Kirschner insiste sur les conditions de ramassage et souligne, déjà, l'importance d'amener le médecin le plus vite possible auprès du blessé et non l'inverse. De plus, le blessé doit être transporté dans un hôpital bien équipé, et non « chez le médecin d'à côté ou à la clinique la plus proche » [...]. Publié à la veille de la guerre, son travail ne manque pas d'ailleurs d'y faire allusion: « Former les médecins à la prise en charge des blessés de la route, c'est aussi les former aux secours sur les champs de bataille », écrit-il; « la chirurgie de la route, poursuit-il, se distingue des autres formes de chirurgie des accidents et ressemble souvent à la chirurgie de la guerre...⁶⁷ »

A son retour en France au milieu des années 1950, le Pr Arnaud, neurochirurgien des hôpitaux de Marseille et médecin militaire, conçut et organisa les secours aux blessés de la route⁶⁸.

C'est suite à un accident dont il fut le témoin en 1954, qu'il a eu l'idée de porter les accidents de la route au rang de problème de santé publique⁶⁹. Sa définition du problème en termes de

⁶⁵ Sa création par la Préfecture de Paris remonte à 1928. C'est un service d'urgence joignable par des bornes téléphoniques et qui dépêche des ambulances conduites par la Police sur les lieux de l'accident. « *Police secours se développe dans toute la France mais reste synonyme d'évacuation rapide sans préparation médicale, ce qui vaudra au service de nombreuses critiques de la part des médecins formés à la prise en charge des blessés* », Durand de Bousingen D., *Histoire de la médecine et des secours routiers. Des hommes, des techniques, des combats*, Editions Beauchesne, 2010, p. 29. L'auteur de cet ouvrage préfacé par Jacques Chirac et réalisé avec la collaboration de l'AMCF, est historien. En dépit de ses apports, nous regrettons qu'aucune source ne soit citée pour étayer ses propos qui nous semblent par ailleurs, davantage relayés les discours des médecins pionniers (prévention routière, SMUR, SAMU, etc.) que le fruit d'une analyse scientifique de l'historien.

⁶⁶ La lutte contre la mort « violente » est une idée historiquement située. Pour approfondir ce point, nous renvoyons le lecteur à Morel S., « Lutter contre la mort violente: l'exemple de la politique d'urgence sanitaire au 20^{ème} siècle », Séminaire, *La mort*, MSH, Nantes, mai 2008. Textes réunis, *La mort*, MSH Ange Guépin Nantes, L'Harmattan, 2010, p. 97-108.

⁶⁷ Durand de Bousingen D., *op. cit.*, p. 26-27.

⁶⁸ Le sujet intéresse les médecins (en particulier les chirurgiens) depuis quelques décennies. Les premières études médicales sur les « pathologies routières » ont débuté en France dans les années 1920. Les articles sont publiés dans le *Journal de radiologie* et la *Revue de chirurgie*: Durand de Bousingen D., *op. cit.*, p. 25.

⁶⁹ « Le Professeur Marcel ARNAUD dont nous avons le privilège de détenir les archives, a consacré sa vie afin de sauver des vies humaines. Neuro-chirurgien, il découvre vraiment l'horreur des accidents de la route à Marseille et

« secours aux blessés de la route » est immédiatement relayée au sein du Touring-Club de France dont l'action, dans ce domaine, se concrétise par la création en 1955 du « Comité national du Secours routier français⁷⁰ ». A partir de 1955, cette association se donne pour vocation de porter assistance aux usagers de la route et pour ce faire, elle se dote d'instruments nouveaux, des bornes d'appel téléphonique qu'elle implante au bord des routes et qu'elle fait relier directement à la gendarmerie. Mais son action ne s'arrête pas là :

« Le Secours routier entretient un parc de fourgonnettes qui sont mises à la disposition de la gendarmerie des CRS et des services de police. Il entretient également une centaine d'ambulances dont un certain nombre répond aux critères les plus exigeants de la médicalisation des secours. Le Secours routier forme les personnels adéquats. Enfin il organise des cours de secourisme à l'intention des candidats au brevet de la Protection civile. Plus de 500 000 fascicules sur les gestes d'urgence (p39) ont été diffusés par ses soins⁷¹. »

Dans un champ médical où la concurrence est rude pour la captation de la clientèle, ce chirurgien militaire voit dans les accidents de la route, un moyen d'appliquer sur un nouveau terrain, civil cette fois, le principe médical de secours en temps de guerre : « la médicalisation de l'avant ». Pour légitimer l'appropriation de ce territoire de compétence, il requalifie un phénomène social en problème médical défini alors en termes de « blessés de la route ». Il crée ainsi un nouveau domaine d'intervention pour les chirurgiens nommé la « traumatologie routière » :

« Marcel ARNAUD a ainsi mis au point ce que l'on appelle la traumatologie routière, qui déboucha sur une nouvelle doctrine, la médicalisation des secours aux accidentés de la route. Ce fut d'abord, à sa demande, une « expérience » à Salon-de-Provence, en 1957, avec le Professeur Paul BOURRET qui mis sur pied à l'hôpital de cette ville une « antenne mobile » qui fut baptisée le « G.M.U.R » et que l'on dénomme aujourd'hui le SMUR. D'autres SMUR se créèrent puis la coordination de ces secours médicalisés. Et c'est un autre disciple du Professeur ARNAUD, le Professeur Louis SERRE, qui inventa en quelque sorte le premier SAMU, à Montpellier. Dans le tome II consacré à Marcel ARNAUD, on trouvera tous les détails de la création du SMUR de Paul BOURRET ainsi que sur la création du SAMU de Louis SERRE.⁷² »

son action face aux conséquences dramatiques des accidents de la route commença après qu'il fut le témoin d'un accident sur une route de Provence, en 1954 ». Sources : <http://www.secourisme.net>. La même année, le Pr. Sicard, chirurgien à l'hôpital Beaujon à Paris, est « l'un des premiers à exposer, lors d'un congrès hospitalier en 1954, les ravages causés par les ramassages malencontreux qui ruinent souvent les espoirs permis par les progrès de la chirurgie et de la réanimation », Durand de Bousingen D., *op.cit.*, p. 43.

⁷⁰ Le secours routier français a joué un rôle déterminant pour la diffusion des idées du Pr. Arnaud via sa revue « La route » et par son comité médical qu'il présidera.

⁷¹ Lemaire J-F, *op. cit.* p. 19.

⁷² La FNSPF a été destinataire du tome II d'une compilation des mémoires du Pr. Arnaud intitulée, *La providence des blessés de la route*. Etablie par Didier Burggraeve, président du Conseil d'action pour la prévention des accidents et les secours d'urgence, il est édité par le CAPSU. Ce volume est dédié au médecin colonel Pierre Dufraisse, médecin de l'urgence au secours des accidentés de la route, disciple de Marcel Arnaud, et ancien médecin-chef des SP de Vaucluse. Il réunit les photocopies d'articles écrits par Marcel Arnaud ou parlant de son action. Sources : <http://www.secourisme.net>.

Son élève, Paul Bourret⁷³, appliqua sa « doctrine » en créant avec l'aide du Conseil général de Provence, du Préfet et de la Prévention routière, le premier poste de réanimation traumatologique extra-hospitalier :

« Le Pr Bourret crée le 1er septembre à Salon-de-Provence, la première antenne mobile de secours aux blessés de la route. La première année, le véhicule utilisé est une fourgonnette Citroën légère dotée d'un matériel simple d'oxygénothérapie en valise et des moyens nécessaires pour pouvoir effectuer à bord, perfusions et transfusions sanguines. Le véhicule étant conduit par des SP, la médicalisation est assurée à tour de rôle par les internes de l'hôpital⁷⁴. »

Ainsi, en « traumatologie routière », le premier transport primaire médicalisé date de l'année 1957 à Salon-de-Provence en collaboration étroite avec les sapeurs-pompiers. Toutefois, les médecins impliqués étaient uniquement chirurgiens et non anesthésistes, ces derniers se mobilisant parallèlement pour revendiquer leurs compétences dans ce domaine après la découverte du vaccin contre la poliomyélite. Toutefois, dans cette reconversion ils vont se heurter aux résistances des chirurgiens et des Sapeurs-pompiers.

Le 12 mai 1956, à l'occasion d'une conférence du Médecin-chef du régiment de SP de Paris (le médecin-colonel Gros), Jacques Boureau alors président du Syndicat des anesthésistes, revendique face aux médecins pompiers, le rôle des anesthésistes au sein de ces structures qui se mettent en place :

« Il me semble que les médecins qualifiés en anesthésie-réanimation sont particulièrement aptes à pratiquer la réanimation des accidentés et des asphyxiés, puisque c'est là en fait une partie de leur tâche quotidienne, avant, pendant ou après les interventions chirurgicales. [...]. Qu'une organisation nationale, soit mise sur pied concernant les premiers secours à tous les échelons, des plus grands centres aux plus humbles villages de France, aux plus petites places où chaque année des noyés sont laissés pour morts sans qu'aucun secours efficace n'ait pu leur être prodigué. Et que cette organisation nationale groupe non seulement le traitement d'urgence des asphyxiés, mais aussi des accidentés de la rue ou de la route qui, à l'heure actuelle, ne reçoivent aucun traitement avant leur arrivée à l'hôpital, parce que, à bord des cars de Police, il n'y a ni médecin ni secouriste [...] Et qu'enfin, pour la mise en pratique des manœuvres thérapeutiques nécessaires, on n'oublie pas qu'il existe aujourd'hui depuis peu, il est vrai, un Corps de médecins anesthésistes-réanimateurs, particulièrement indiqué semble-t-il pour mener à bien une tâche qui relève essentiellement de leur compétence⁷⁵ ».

⁷³ Le Pr. Arnaud a dédié à Paul Bourret, « fondateur du premier smur », son premier tome de mémoire intitulé: Arnaud M., *Le phare des Secours d'urgence en France*, Edité par le CAPSU, 1997. Cet ouvrage a été coécrit avec Burggraeve D., Président du C.A.P.S.U (Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence. Source: <http://www.secourisme.net>.

⁷⁴ Fontanella J-M., Ammirati Ch., Ferracci C., Leclercq G., Tartiere S., Fonrouge J-M., *Les Samu-centre 15. Organisation, activités, techniques de régulation médicale, éléments historiques*, SFEM Editions, Collection Médecine d'Urgence SAMU, 1998, p. 312.

⁷⁵ Boureau J., « La réanimation des accidentés n'est-elle pas une tâche d'anesthésiologiste? », *Anesth Analg Paris* 1956, 13, p. 546-547.

Deux définitions du problème de la prise en charge sanitaire des « blessés de la route » entrent en concurrence à partir des années 1960, qui se cristallisent dans deux vocables distincts : celui d'« AMU », construit par les médecins hospitaliers anesthésistes-réanimateurs et celui de « Secours routier » soutenu par la FNSP. C'est finalement la première définition qui ne les enferme pas d'emblée dans la prise en charge sanitaire des accidents de la route que retiendront les anesthésiologistes⁷⁶.

A cette date, il n'existe pas encore de politique publique dans ce domaine. Le ministère de l'Intérieur le définit principalement comme un problème de « sécurité routière⁷⁷ » ce qui donne lieu à une action publique « répressive » visant à contrôler et/ou punir le « chauffard⁷⁸ ». Dans ce cadre, le ministère de la Santé dont l'agenda politique est déjà bien rempli (Création de la Sécurité sociale, Réforme Hospitalo-universitaire de 1958), non seulement ne voit pas l'intérêt de porter cette question au rang de problème de « santé publique » mais il est farouchement opposé, dans un premier temps à l'idée des SMUR :

« Après la Seconde Guerre, le ministère de la Santé n'a pas voulu prendre en charge le secours aux personnes qui a été transféré au ministère de l'Intérieur et à la DSC laquelle chapeaute les sapeurs-pompiers. Les accidents se multipliant, les sapeurs-pompiers étaient en première ligne : ils ont créé en leur sein des Services de santé et de secours médical (SSSM) qui avaient notamment dans leurs attributions le sauvetage et la médicalisation des secours aux personnes. Or, le ministère de la Santé n'a jamais voulu reconnaître l'existence d'un service médical au sein des sapeurs-pompiers. Dans les années 1960, il a voulu reprendre en main le secours aux personnes avec la création des premiers SAMU-SMUR, dont la loi de 1986 sur l'aide médicale urgente a assis la légitimité en leur attribuant la régulation médicale et en créant le numéro d'appel 15⁷⁹. »

Parallèlement, la FNSPF construit une autre approche du problème en l'appréhendant cette fois-ci, à travers la notion de « secours routier ». Suivant cette interprétation, l'augmentation des accidents de la route relève d'une politique de « protection civile » et donc de la compétence du ministère de l'Intérieur. Ce cadrage du problème conduit dès lors à l'élaboration de solutions spécifiques : la création d'ambulances pompiers (VSAB)⁸⁰ et d'un nouveau diplôme, le « secours routier » auquel l'ensemble des effectifs (professionnels et volontaires) doit se former.

⁷⁶ « On voit aussi bien comment les accidents de la circulation peuvent être l'objet de plusieurs approches possibles sous l'angle de la sécurité routière, du risque routier, de la santé publique. De là, également, le rapport étroit établi entre ces concurrences se développant sur un plan cognitif et les luttes entre acteurs et organisations (luttes d'influence, luttes de pouvoir) qui, via les définitions données aux problèmes, se les approprient ou tout du moins tentent de se les approprier. », Gilbert C., *op. cit.*, p. 123.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Laé J-F., *op. cit.*, p. 153-179.

⁷⁹ Boullier D., Chevrier S., *Les sapeurs-pompiers. Des soldats du feu aux techniciens du risque*, PUF, 2000, p. 41.

⁸⁰ Véhicules de secours aux asphyxiés et aux blessés (VSAB). Les premières ambulances sont apparues en 1964. Le lecteur trouvera une analyse plus détaillée sur ce point dans le chapitre 2.

Face au refus du ministère de la Santé d'inscrire cette question sur son agenda, les anesthésistes réanimateurs se mobilisent en usant de différents répertoires d'action (discours, articles, colloques, etc...). J. Boureau publie notamment en 1956, dans le cadre de la société française d'anesthésie et d'analgésie⁸¹, un des premiers textes promouvant l'idée de médicaliser les accidents de la route :

« En souhaitant que dans un proche avenir, une organisation nationale soit mise sur pied, concernant les premiers secours...des plus grands centres...aux plus petites places où chaque année, des blessés sont laissés pour morts sans qu'aucun secours efficace n'ait pu leur être prodigué...qu'elle groupe aussi des accidentés de la rue ou de la route qui...ne reçoivent aucun traitement avant leur arrivée à l'hôpital, parce qu'à bord des cars de police, il n'y a ni médecins ni secouristes...Aux Etats-Unis et au Canada fonctionne une organisation de ce type⁸². »

Dans cette entreprise de politisation, les anesthésistes vont bénéficier du soutien déterminant de l'administration de la santé qui convertit cette question en objet politique en dépit du refus du ministère de la Santé⁸³. Ces hauts fonctionnaires entrevoient en effet dans le dossier « urgence », la possibilité d'étendre leurs champs d'actions⁸⁴ qu'ils n'entendent pas laisser aux mains de leurs homologues du « bureau de la défense »⁸⁵. C'est ainsi que René Coirier, chef du bureau de la « Protection sanitaire des populations civiles » envoie en 1956 une circulaire dans l'ensemble des départements « pour recenser les moyens d'accueil hospitalier des blessés de la route »⁸⁶. Face à eux, les chirurgiens poursuivent leur mobilisation, le Pr. Arnaud tenant le rôle « d'entrepreneur de cause » :

« Son cri d'alarme au Congrès de chirurgie, en 1957, face au fléau des accidents de la route et à la surmortalité qui était déjà la nôtre, ne concernait pas seulement les victimes, les polytraumatisés, mais également les causes de ces (déjà) innombrables accidents : la vitesse, l'alcool, les drogues, l'indiscipline des conducteurs et l'irrespect des règles du code de la route, tous sujets qu'il traitera dans des textes, publiés notamment par la revue du SRF (Secours Routier Français) et celle de l'ACMF (Automobile Club Médical de France), sur sa réflexion permanente afin d'apporter des solutions⁸⁷. »

C'est la première fois qu'un Congrès de chirurgie consacre un débat aux « secours à apporter aux grands accidentés de la route ». Trois mois plus tard, l'Académie nationale de médecine se saisit

⁸¹ Elle fut créée en 1936.

⁸² Poirson-Sicre S., *La médecine d'urgence préhospitalière à travers l'histoire*, Préface de P. Huguenard, Histoire, médecine et société, 2000, p. 159.

⁸³ Eymery J-M, « Frontière ou marches ? De la contribution de la haute administration à la production du politique », in Lagroye J., dir., *op. cit.*, p. 47-77.

⁸⁴ « La finalité poursuivie par chaque administration, et par toute organisation, reste la défense de sa propre existence, éventuellement le développement de son domaine propre et de son pouvoir d'intervention », P. Lascoumes, J-P Le Bourhis, *L'environnement ou l'administration des possibles. La création des Directions Générales de l'Environnement*, L'Harmattan, 1997.

⁸⁵ Sous la tutelle du Ministère de l'Intérieur. Ce point sera détaillé dans le chapitre suivant.

⁸⁶ Fontanella J-M., Ammirati Ch., Ferracci C., et al., p. 310-311.

⁸⁷ Didier Burggraeve, *Hommage au Pr Arnaud (1977-2007), Celui qui fut et demeure le plus grand*, Marseille, 18/08/1987.

du dossier en publiant deux communications majeures portant respectivement sur « l'esquisse d'une doctrine et d'une organisation de la sécurité routière », et sur « l'alcoolisme et les accidents de la route⁸⁸ ».

Au même moment, la FNSPF intensifie son activité de secours sanitaire en multipliant le nombre de VSAB un peu partout en France. Cette politique va rapidement susciter une réaction hostile du ministère de la Santé pour qui les urgences routières apparaissent dès lors comme un dossier « sensible »⁸⁹. Un haut fonctionnaire de l'époque en témoigne :

« Il y a le ministère de la Santé et il y a le ministère de l'Intérieur. Et à partir du moment où le ministère de l'Intérieur s'est engagé sur la voie, sur le domaine des secours aux victimes, il s'est engagé sur un domaine qui, initialement, relevait du ministère de la Santé. Bon ça n'a pas fait trop de bruit tant que ça n'a pas pris d'importance et ça a commencé à faire des clashes quand ça a pris de l'importance. Tant qu'il a été question de mettre un poste de secours avec 15 secouristes de la Croix-Rouge à une kermesse, la Santé ne s'y intéressait pas⁹⁰. A partir du moment où la Santé s'est convertie tardivement à l'idée que les médecins spécialistes devaient se rendre sur le terrain et ne pas attendre que les blessés leur soient amenés à l'hôpital parce qu'il serait trop tard, alors là, il y a eu une rencontre qui a été un peu violente.⁹¹ »

Face à ce qu'il perçoit comme une intrusion dans son domaine de compétence, le ministère de la Santé va s'emparer du problème des accidents de la route jusqu'alors uniquement pris en charge par son administration. Ne disposant d'aucun cadre référentiel, il reprend à son compte le cadrage du problème formulé depuis quelques années, par les chirurgiens et surtout les anesthésistes-réanimateurs soutenus en cela, par les hauts-fonctionnaires de la santé. Ces derniers, acquis à l'idée d'une médicalisation des « accidents de la route » vont en effet influencer de façon déterminante, les décisions politiques prises par le ministre en la matière⁹²:

« Les textes du ministère de la Santé établis au cours de ces années trahissent souvent l'influence des médecins qui se sont associés aux administratifs pour les rédiger. Cette impression est confirmée par les souvenirs de nombreux médecins spécialistes de ces questions qui se rendaient régulièrement au ministère pour des réunions autour de ces questions. René Coirier, fonctionnaire du ministère portant le titre de chef de bureau de la Protection sanitaire des populations civiles, est l'instigateur et le pivot de ces réunions. C'est lui qui, à partir de 1959, va rédiger tous ces textes

⁸⁸ Bulletin de l'Académie de médecine, vol. 142, 1958, p. 29.

⁸⁹ « Sont labellisés comme « politiques » et remontent aux ministres les dossiers « sensibles ». Cette notion syncrétique est grosse bien sûr d'une compétence pratique diffuse, d'une communauté d'évidences et d'et cetera partagés qui leur est bien difficile d'exprimer sur un mode discursif: « C'est la sensibilité politique de l'affaire. Bon, ça, on le sait, on le sent », Eymeri J-M, *op. cit.*, p. 55.

⁹⁰ Les associations de secourisme dont le nombre se multiplie dans l'après-guerre, dépendent du ministère de l'Intérieur. Pour une socio-histoire détaillée des associations de secourisme, se reporter au mémoire de DEA cité en introduction.

⁹¹ Entretien semi-directif réalisé le 20/10/2004 au domicile de l'interviewé. A la fin de la guerre d'Algérie, cet ancien militaire a été « parachuté » (*sic*) dans une Préfecture de province. Il a gravi les échelons pour occuper, à la fin de sa carrière, le poste de Directeur départementale de la Protection Civile.

⁹² « L'institution assigne pour mission au haut fonctionnaire de se convaincre des choses et d'en convaincre le politique, de s'engager et d'engager le politique à s'engager: il doit exercer un ministère d'influence », Emery J-M., *op. cit.*, p. 70.

officiels, avec sa principale collaboratrice, Mme Biecheler. De même, il jouera un rôle primordial dans la préparation de la loi sur les SAMU, Service d'aide médicale urgente, quelques vingt ans plus tard. Toujours très proche des médecins et unanimement salué par ceux-ci, René Coirier est, au niveau du ministère, le père de toute la politique des urgences en France »⁹³.

C'est ainsi qu'en 1965, le ministère de la santé institutionnalise les SMUR *via* le décret du 2/12/1965 qui « donne obligation à 240 centres hospitaliers et CHR de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence ». Par la même, il porte les médecins anesthésistes-réanimateurs au rang de « propriétaires légitimes »⁹⁴ du problème.

1.1.3. L'institutionnalisation des SMUR ou la politisation⁹⁵ d'un enjeu politico-corporatiste

« On devine la rivalité entre organisations de ramassage et de convoyage des blessés (pompiers, ambulanciers, Croix-Rouge). On comprend vite que la seule perspective de la sociologie médicale ne suffit pas pour l'explication et qu'il est nécessaire de faire appel à la sociologie des organisations, des professions.⁹⁶ »

Le sigle SMUR signifie au départ « service mobile de secours et de soins d'urgence routiers »⁹⁷. Il s'agit d'une ambulance hospitalière dont l'équipage est composé de personnel hospitalier⁹⁸ et destiné à intervenir en tous points du territoire :

« On a occupé entièrement un espace qui était vide dans le système de santé. A cette époque les sapeurs-pompiers n'intervenaient pas encore comme ils seront capables de le faire plus tard. Il n'existait pas de système d'urgence chez les médecins libéraux. Nous devenions le seul recours en cas de pépin. »⁹⁹

Ce texte porté par un groupe de médecins hospitaliers pratiquant l'anesthésiologie¹⁰⁰ et intéressés par l'urgence, signe la reconnaissance officielle des SMUR, instrument phare dans la stratégie de segmentation des anesthésistes-réanimateurs :

« Ce décret du 2/12/1965 a imposé à un certain nombre de centres hospitaliers de se doter de moyens médicaux mobiles, et ce notamment afin de répondre à la problématique de santé publique

⁹³ Durand de Bousingen D., *op. cit.*, p. 52-53.

⁹⁴ Gusfield, *op. cit.*, p. 10.

⁹⁵ « La politisation d'un enjeu - c'est-à-dire l'inscription d'un problème social, médical, culturel, voire « purement technique » (du point de vue des techniciens s'entend), dans la liste des questions traitées par les institutions explicitement politiques », Lagroye J., « Le processus de politisation », in Lagroye J. dir., *La politisation*, Editions Belin, 2003, p. 367.

⁹⁶ Péneff J., *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992, p. 8.

⁹⁷ Aujourd'hui, Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Ce dernier terme traduit le processus d'extension de la médicalisation à d'autres domaines que les seuls accidents de la route.

⁹⁸ Un médecin hospitalier spécialisé dans l'anesthésie-réanimation, un infirmier hospitalier et un « chauffeur » ambulancier.

⁹⁹ Burlet M., *op. cit.*, p. 145.

¹⁰⁰ L'anesthésiologie est la médecine spécialisée dans l'anesthésie et la réanimation. Ce terme encore utilisé dans la région de Québec a été remplacé en France par celui d'anesthésie-réanimation. Sa non-reconnaissance comme spécialité par l'Ordre des Médecins s'est perpétuée jusqu'en 1965 date à partir de laquelle, par arrêté du ministre de la Santé, l'anesthésiologie est inscrite sur la liste des spécialités. Source : Cousin M-T., *op. cit.*

posée par le grand nombre de décès trouvant leur origine dans les accidents de la circulation, l'année 1963 ayant enregistré le triste record de 16.512 tués sur les routes françaises¹⁰¹. »

Outre le conflit avec les sapeurs-pompiers, ce phénomène soudain de politisation des accidents de la route par le ministère de la Santé est dû à plusieurs éléments contextuels parmi lesquels, la réforme Debré : à la fin des années 1950, cette réforme « *relative à la création des centres hospitaliers universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale* »¹⁰² révolutionne profondément le champ médical. Au paradigme libéral dominant se substitue progressivement celui de « l'hospitalo-centrisme »¹⁰³. La structure et le fonctionnement de la profession médicale s'en trouvent modifiés : accélération de la spécialisation médicale hospitalière, développement du salariat, etc¹⁰⁴...

Parallèlement, après une période marquée par un discours dénonçant une « pléthore médicale »¹⁰⁵ réelle ou fantasmée, le discours officiel des représentants de la profession (syndicaux et ordinaux) s'inverse :

« Longtemps frustrée en raison du décalage entre son rôle social et la faiblesse relative de ses ressources, la profession médicale n'a pratiquement jamais cessé d'incriminer sa propre surabondance démographique. On se souviendra ici que la disparition historique du corps des officiers de santé n'est pas sans rapport avec cette obsession malthusienne. Seule exception notable à ces lamentations chroniques, les années 1960-1975 où, sous l'effet d'une explosion de la demande de soins, corrélative de l'expansion économique et du développement du système conventionnel, les médecins accèdent collectivement à l'aisance matérielle¹⁰⁶. »

Au cours des années 1960, la réflexion démographique entre dans les préoccupations des pouvoirs publics qui font le constat d'une inégalité géographique dans le « recours aux soins médicaux ». L'origine est à rechercher selon eux, dans la pénurie de médecins dans certaines régions. L'insuffisance des effectifs médicaux est relevée dans certaines spécialités au premier rang desquelles est citée, l'anesthésie-réanimation¹⁰⁷.

¹⁰¹ Bouriaud Antoine, « Le droit à l'épreuve de l'aide médicale urgente », Mémoire de Master II Recherche en Droit Social & Droit de la Santé, Faculté de Droit et de Sciences politiques, Nantes, 2004-2005, p. 57.

¹⁰² Ordonnance n°58 1373 du 30 décembre 1958. Pour l'histoire de cette réforme, on renvoie le lecteur à Jamous H., *Sociologie de la décision, la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Editions du CNRS, Paris, 1969.

¹⁰³ « On appelle hospitalo-centrisme le trait fondamental d'un système qui soumet au principe de la loi de l'autorité médicale hospitalo-universitaire l'ensemble du champ de la production médicale. », Arliaud M., *op.cit.*, p. 90.

¹⁰⁴ Pour l'histoire de la spécialisation médicale, se reporter à l'article suivant : Pinell P., « Champ médical et processus de spécialisation », *ARSS*, n°156-157, 2005, p. 4-36. Et plus largement, à l'ensemble des contributions de ce numéro d'*ARSS*.

¹⁰⁵ Bungener M., « Une éternelle pléthore médicale ? », *Sciences sociales et santé*, vol. II, n°1, février 1984.

¹⁰⁶ Arliaud M., *op.cit.*, p. 62.

¹⁰⁷ Arliaud cite également la psychiatrie, l'électrocardiologie et la gynécologie. Ce revirement fut de courte durée puisque dès les années 1980, le discours traditionnel de la « pléthore médicale » refait surface rencontrant un écho favorable auprès de l'Etat soucieux de maîtriser les dépenses de santé.

« Cette réforme [Debré] (1958) fut l'occasion tant attendue de créer les départements d'anesthésie. Cependant l'anesthésiologie ne figura pas de sitôt dans les disciplines nouvelles qui étaient citées dans le décret du 11 décembre 1958 alors que nombreux étaient les anesthésistes ayant des responsabilités de chefs de service (sans le titre) qui aspiraient au plein temps et que le mot département était déjà en usage dans nombre d'hôpitaux. Le 24 septembre 1960, un décret portant statut du personnel des CHU institue le plein temps et la hiérarchie du corps hospitalier ; les anesthésistes font enfin partie de la réforme. En 1961, trois agrégés sont nommés ou intégrés, puis d'autres nominations suivront au cours de la fin des années soixante. Le décret de 1960 fait explicitement mention des Départements d'Anesthésie mais leur création ne suit pas avant 1963, et ne s'étendra sur toute la France que vers 1970¹⁰⁸. »

Cette réforme sonne le glas de la domination de la clinique et ouvre l'enseignement médical aux sciences fondamentales et à une recherche pluridisciplinaire. Au départ, refusée puis subie par l'ensemble des médecins hospitaliers pour leur grande majorité cliniciens, elle a permis de faire entrer à l'hôpital entre autres disciplines, l'anesthésie-réanimation. S'inscrivant dans ce nouveau paradigme politique, l'interpellation de ce groupe de médecins hospitaliers concernant la nécessité de créer des SMUR, a pu rencontrer un écho favorable auprès du ministère de la Santé.

C'est donc un effet de contexte auquel se surajoutent des rapports de force entre professionnels et politiques qui expliquent pour une large part, l'inscription du thème de l'urgence sur l'agenda du ministère de la Santé à partir de 1965. Toutefois, ce texte n'a constitué qu'une timide officialisation des SMUR :

« Ce décret, donnant officiellement naissance aux SMUR, et dessinant par là même les premières lignes du paysage actuel de l'AMU, ne donnait pas de précisions particulières quant au fonctionnement global de ces SMUR. Les compétences, qualités et nombre des personnels requis à cette mission ne figuraient pas dans les dispositions réglementaires¹⁰⁹. »

Même si dans la lignée de ce décret, le ministère de la Santé soutient la création d'une centaine de SMUR, dans les faits quelques années plus tard, peu de SMUR existent. Les résistances de la FNSPF mais également, comme nous allons le voir à présent, celles des médecins libéraux d'une part, et des ambulanciers d'autre part, expliquent largement ce faible développement des SMUR.

Les médecins généralistes libéraux accusent les médecins hospitaliers de capter leur clientèle. Ce récit d'un médecin généraliste retraité qui exerçait à l'époque en milieu rural est instructif sur ce point :

« Ah conflit, on peut dire que oui hein ! Conflit médecin/SAMU qui a quand même été ...parce que nous on connaît les gens, ça s'est toujours bien passé et l'hôpital a pris le dessus. Faut pas se faire d'illusion, l'hôpital, personne n'était hospitalisé, alors que maintenant c'est tout le monde. Mais ça fait 50 ans, ce n'est pas la même chose les pompiers mais bon, on travaillait sur les cliniques plutôt mais pour être hospitalisé, il fallait vraiment que ce soit des gens qui n'aient pas les moyens [...]. »

¹⁰⁸ M-T. Cousin, *op. cit.*, p. 550.

¹⁰⁹ Bouriaud A., *ibid.*

Les médecins n'ont jamais aimé être commandés hein ! Ce n'est pas un truc, moi personne ne m'a jamais commandé et je ne commande à personne ! La médecine libérale telle qu'elle était autrefois, le médecin qui était libre de faire ce qu'il voulait enfin, si vous rentrez dans la médecine libérale, vous n'avez pas fini...L'hôpital est devenu important, il y avait toutes les grosses machines à l'hôpital. C'est bien le SAMU mais ça a mis du temps à s'installer c'est tout !¹¹⁰ ».

Les médecins généralistes libéraux s'élèvent contre la politique d'hégémonie hospitalière qui, par l'intermédiaire de ses ambulances, capte une partie de leur clientèle et bouscule le principe d'indépendance cher à la pratique libérale. C'est dans ce contexte d'ailleurs que l'association SOS Médecins fut créée en 1966 par le Dr Lascar, médecin généraliste libéral exerçant en milieu urbain dont l'objectif était d'organiser la réponse des généralistes libéraux à l'urgence en ville. Compte tenu de la concordance des dates, ce fait pourrait être interprété comme une réponse de la médecine générale libérale à la concurrence des médecins hospitaliers sur le terrain de l'urgence en ville :

« Les urgences, ce n'est pas simplement un service, c'est un marché en expansion et la concurrence est rude entre les secteurs publics, privés et bénévoles. Des associations de généralistes ont été créées pour résister à l'hôpital public qui, extra-muros, par l'intermédiaire des SAMU ou SMUR, récupérait directement des patients au lieu d'attendre que le médecin de ville ne les envoie¹¹¹. »

Néanmoins, un élément objectif encourage à se prémunir comme la tentation de la surinterprétation : l'histoire montre en effet que les structures SOS Médecins ne se sont véritablement développées dans les villes françaises qu'au cours de la décennie 1990. La suite des propos de notre interlocuteur invite également à nuancer l'importance de cette opposition :

« Mais les médecins n'ont jamais beaucoup aimé aller sur les accidents, ils disaient que les accidents c'était du temps perdu. J'ai été sur des centaines d'accidents, j'ai demandé une seule fois de l'argent à quelqu'un, une seule fois de toute ma carrière, et bien, cette personne m'a répondu que je n'avais pas à demander alors je n'ai jamais redemandé une autre fois, c'est la seule fois. Faut dire que le médecin était ravi que quelqu'un d'autre s'en occupe. La médecine libérale c'est la liberté du choix du médecin, la liberté de prescription du médecin, c'est le.....je ne sais plus¹¹². »

¹¹⁰ Entretien réalisé à domicile, le 24/09/2004, dans le cadre de la réalisation du mémoire de D.E.A.

¹¹¹ Boullier D., Chevrier S., *op. cit.* p. 41.

¹¹² Ce médecin a le profil du professionnel entièrement dévoué à la profession médicale qu'il semble vivre comme un sacerdoce. Toutefois, il convient de replacer sa pratique dans le contexte de l'époque pour ne pas tomber dans le piège de la nostalgie d'un passé réinventé. C'est un jeune médecin qui vient tout juste de s'installer. Il doit se faire sa clientèle et face à la concurrence des anciens, il se retrouve contraint, pour se faire connaître des habitants de la commune, de prendre un créneau perçu par les autres médecins comme du « sale boulot » (Hughes E., 1992) à savoir, les urgences. L'univers professionnel de l'époque est tel que ce médecin est finalement, pour paraphraser Bourdieu, « intéressé au désintéressement » : « du point de vue d'un chercheur qui cherche toujours une raison [...] les actions les plus désintéressées, les actions humanitaires, toutes ces choses qu'on célèbre, sont toujours justiciables de la question: quel intérêt a-t-il à faire ça ? Pourquoi le fait-il ? [...] Quel bien tire-t-il du fait de faire le bien ? » Cours Sur l'État du 5 décembre 1991, p. 539-540.

Quoiqu'il en soit, la force de ces résistances¹¹³ doivent être interprétées, selon nous, comme étant davantage le reflet d'un conflit plus global entre médecins hospitaliers et libéraux accentué depuis la réforme Debré menée depuis 1958 (Pinell, 1992), que comme la volonté de préserver à tout prix, ce territoire de compétence.

Ce conflit se double au même moment, d'une opposition virulente des ambulanciers qui craignent également d'être concurrencés sur leur terrain :

« Mais le ciel va se couvrir encore quand ils [les ambulanciers] constatent que maintenant ils se cassent partout le nez sur les transports primaires du SAMU. Non seulement ceux-ci concernent les victimes des accidents, mais ils touchent la population des simples malades. Ce ne sont pas des protestations qui s'élèvent, ce sont des hurlements : « Ce SAMU, cette Croix-Rouge nous ruinent, nous volent nos clients ! Ils font du zèle, c'est inutile et ça coûte cher ! Pourquoi déplacer un médecin avec son bazar et ses seringues, pour un simple bobo ?¹¹⁴ »

Face à la colère des ambulanciers, le ministère de la Santé entreprend d'inscrire la question du transport sanitaire privé sur son agenda politique. La réflexion aboutit à la loi du 10 Juillet 1970 qui prévoit la création d'un diplôme professionnalisant, le Certificat de Capacité d'Ambulancier (CCA) :

« Nous savions bien (explique Lareng) que beaucoup d'ambulanciers n'hésitaient pas à prendre en charge des malades dont le transport aurait dû normalement s'accompagner d'une médicalisation. Notre réponse s'est située sur ce terrain-là : si vous avez comme nous en tête l'intérêt du patient, vous ne pouvez pas vous contenter d'agir à son égard en simples conducteurs et ne vous soucier que de votre volant. Vous devez vous muer en vrais sauveteurs. Certains d'entre vous ont obtenu un brevet de secouriste. C'est très insuffisant : nous allons prévoir une formation de niveau professionnel. Et celle-ci sera considérée comme indispensable. Au ministère de la Santé, la réflexion à laquelle j'étais associé a poussé vigoureusement dans ce sens. La logique du bien public s'est inversée en notre faveur et nous avons réussi à la faire épouser aux responsables syndicaux ambulanciers¹¹⁵. »

Cependant, c'est au nom de « l'intérêt du patient » et contre l'avis des syndicats d'ambulanciers que les anesthésistes-réanimateurs parviennent à imposer leur cadrage de la question du transport sanitaire auprès du ministère de la Santé. Engagés dans la réflexion au titre d'experts¹¹⁶, ils participent largement à la définition des contours du nouveau diplôme dont l'obtention portera de simples « conducteurs » ou « chauffeurs » ambulanciers, au rang de professionnels de santé. Face à la résistance des syndicats d'ambulanciers, le ministère de la Santé inscrit dans la loi le

¹¹³ Nous verrons plus loin dans ce chapitre que l'arrivée d'SOS médecins dans le champ de l'urgence sanitaire a soulagé bon nombre de généralistes pour qui l'activité d'urgence était considérée comme peu rentable.

¹¹⁴ Burlet M., *op. cit.*, p. 149.

¹¹⁵ Burlet M., *op. cit.*, p. 148.

¹¹⁶ Sur la naissance de la figure de l'expert liée à l'émergence de l'Etat Providence au 20ème siècle, on se reportera utilement à l'ouvrage de Swaan (De) A., *Sous l'aile protectrice de l'Etat*, Paris, PUF, 1995 : « La collectivisation des soins médicaux, de l'éducation et de l'assistance fournit un emploi à d'innombrables experts spécialistes de la gestion des nouvelles institutions. », p. 309.

principe de l'agrément : seules les prestations des ambulances « agréées » c'est-à-dire diplômées, qualifiées et équipées, seront désormais remboursées par la sécurité sociale¹¹⁷.

La même année, le ministère de la Santé s'empare de la question des urgences hospitalières en l'inscrivant dans la loi du 31 décembre 1970¹¹⁸ portant réforme hospitalière :

« Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, de traitement, et notamment les soins d'urgence, des malades, des blessés, des femmes enceintes, qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui, et leur hébergement éventuel¹¹⁹. »

Ce texte, obligeant tous les hôpitaux CHU et généraux à assurer l'accueil des urgences 24h/24h, consacre l'institutionnalisation des services d'urgence. Dans le prolongement de cette action politique, Michel Poniatowski, alors ministre de la Santé, s'indigne publiquement de la décrépitude des hôpitaux et décide de concentrer son attention sur l'organisation des urgences. Six mois après son arrivée au ministère, il signe une importante circulaire, « véritable bible des SAMU »¹²⁰, dans laquelle il précise leurs fonctions et leurs moyens. Il souhaite qu'en 1974, la France dispose de quarante SAMU. Dans le même temps, il poursuit le travail d'encadrement juridique des transports sanitaires initié en 1970, en fixant d'une part, des normes minimales en matière d'équipements (locaux, véhicules) nécessaires à l'obtention d'un agrément permettant d'effectuer des transports sanitaires¹²¹ ; d'autre part, en instituant le CCA qui sera délivré « *aux personnes qui ont subi un enseignement agréé, théorique et pratique de 140 heures auquel s'ajoute un stage hospitalier de 22 demi-journées et un stage dans des services ou entreprises d'ambulances de 33 demi-journées. Un examen final sanctionne les études* »¹²². L'exigence de réaliser un stage en milieu hospitalier témoigne de l'étroit contrôle des ambulanciers par les anesthésistes-réanimateurs hospitaliers.

Ainsi, c'est au terme d'une longue bataille que l'anesthésie-réanimation est reconnue comme « spécialité » en 1966 :

« Une fois garantie la médicalisation de la pratique, se pose pour cette profession nouvelle qui prend conscience d'elle-même la question de gagner son autonomie [...]. La fin des années 1960 et le début des années 1970 voient la mise en œuvre quasi simultanée d'un triple processus :

¹¹⁷ La loi n°70-615 du 10/07/1970 relative aux transports sanitaires et aux modes de remboursement des frais de déplacement des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

¹¹⁸ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, article 2, JO du 3 janvier 1970. Cette loi fut confirmée par le décret n°74.27 du 14/01/1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers.

¹¹⁹ Bouriaud A., « Le droit à l'épreuve de l'AMU », Mémoire de Master 2 recherche en droit social et droit de la santé, Année 2004-2005, sous la direction de Cadeau E, p. 21-22.

¹²⁰ Jean Manevy, *J'ai vécu avec les SAMU*, France Loisirs, 1980, p. 43.

¹²¹ Décret du 27 mars 1973.

¹²² Le décret du 27 mars et l'arrêté du 26 avril 1973 du ministère de la santé publique instituent le CCA. Cf Fontanella J-M., Ammirati Ch., Ferracci C., et al., *op. cit.*, p. 323.

l'extension de la définition de l'activité par les entrepreneurs scientifiques concourt à la création d'un diplôme sanctionnant le statut de spécialité médicale et à l'appropriation des services de réanimation naissants, très considérés par le milieu médical en raison de l'activité de pointe qui s'y déroule et de la concentration des cas graves qu'ils impliquent [...]. Dans l'intrication de ces évolutions la position et la notoriété des agents de la discipline se renforcent notablement dans le champ médical, au point de légitimer la mise en place de départements spécifiques à leur activité, les DAR. Ces départements permettent des regroupements de moyens, offrent un « territoire » aux anesthésistes-réanimateurs et leur attribuent la gestion des lits¹²³. »

Toutefois, la bataille n'est pas pour autant terminée. L'examen chronologique des écrits professionnels consacrés à l'organisation des urgences en France et publiés par des anesthésistes-réanimateurs, révèle une accélération de leur production à l'abord de la décennie 1970¹²⁴. Cet intérêt professionnel et politique croissant pour cette branche récente de la médecine s'explique en grande partie par le conflit larvé qui continue d'opposer ces médecins anesthésistes-réanimateurs aux sapeurs-pompiers sur le terrain de l'urgence « extra-hospitalière ».

1.2. LA LUTTE POUR LE MONOPOLE DE L'OFFRE DE SOINS D'URGENCE « MEDICALE » : « SANTE PUBLIQUE » VERSUS « SECOURS ROUTIER ».

1.2.1. « Le 15 contre le 18 »¹²⁵ : quand l'argument de la « qualité » s'oppose à celui de la « proximité » des soins d'urgence

Au début des années 1970, le nombre de morts liés aux « accidents de la circulation » en augmentation continue depuis les années 1950, atteint un niveau record. Dans ce cadre, les luttes s'intensifient entre les médecins anesthésistes-réanimateurs et la FNSPF pour obtenir le monopole de la propriété du problème :

« Eux (les pompiers) partaient du principe que, en s'appuyant sur le réseau qu'ils avaient structuré, ils pouvaient assurer les secours d'urgence. Avec le « 18 », ils disposaient en outre d'un système d'appel téléphonique qui avait le mérite d'exister. Pourquoi en créer un autre en parallèle? Ils ont vu en nous des concurrents : « Nous sommes 350 000 en France (disaient-ils). Le maillage serré de notre dispositif a prouvé son efficacité puisque le nombre des incendies, tout au moins domestiques, ne cesse de diminuer ». Ils voyaient très bien comment se reconvertir au profit du secours routier. Ils y parviendraient en lançant un plan de formation rigoureux sur tout le territoire et en mettant à la disposition des médecins locaux leurs VSAB dans chaque canton, ou presque. Le grand nombre a son efficacité, on en conviendra. Quant à moi, j'opposais la qualité à la quantité. J'avancerais la compétence médicale supérieure de mes anesthésistes-réanimateurs tout en sachant

¹²³ Yann Faure, *op.cit.*, p. 103.

¹²⁴ Avant cette date, on répertorie une seule publication dont le nom de l'auteur n'est pas renseigné: « Les accidents de la route et les secours médicaux d'urgence », *La Santé de l'homme*, n°157, Juillet-août, 1968. Pour la décennie 1970, on dénombre une dizaine de publications. Il s'agit, pour l'essentiel, de mémoires réalisés à l'Ecole Nationale de Santé Publique et d'articles de médecine publiés dans *La revue Hospitalière de France*. Les décennies suivantes marquent une nette accélération du nombre d'écrits sur les urgences sous la forme d'ouvrages, d'articles, de mémoires, de rapports, etc. Notre liste est loin d'être exhaustive mais à titre indicatif, une trentaine d'écrits a été recensé pour la décennie 1980, une cinquantaine la décennie suivante et plus de 70 pour les années 2000. Ces chiffres témoignent d'un intérêt croissant de la profession médicale pour l'urgence.

¹²⁵ Waneck Charles-Antoine, « Le 15 contre le 18. Histoire de l'urgence médicale (1965-1979) », Master de recherche en histoire, sous la direction de Rosental P.-A., I.E.P. Paris, 31/05/2012.

que je ne pouvais pas mettre en sentinelle un prix Nobel à chaque chef-lieu » (Propos de L. Lareng)¹²⁶. »

Ces tensions corporatistes se traduisent par la construction concomitante de deux politiques publiques portées l'une, par le ministère de la Santé et l'autre, par celui de l'Intérieur qui se disputent le terrain de l'urgence routière¹²⁷. La FNSPF prévoit de s'appuyer sur les médecins généralistes libéraux pour médicaliser les interventions de ses ambulances. Elle sait bénéficier pour ce faire, du soutien de ce groupe professionnel qui voit d'un mauvais œil l'arrivée des médecins hospitaliers dans sa clientèle de ville. Elle sait aussi pouvoir compter sur le soutien de la population auprès de laquelle les pompiers jouissent d'une popularité certaine, ainsi que du renfort des Maires pour qui ils représentent un enjeu électoral non négligeable. Dans ce contexte marqué par des résistances multiples, les anesthésistes-réanimateurs, soutenus par le ministère de la Santé, s'organisent pour défendre leur paradigme en matière d'organisation de l'urgence.

En 1974, forts de leurs « capitaux » (Bourdieu, 1986) tant sociaux que politiques, ils convoquent une conférence de presse à la Domus Medica de Paris. A cette occasion, les Pr Lareng et Cara interpellent conjointement les pouvoirs publics sur la nécessité de construire « une loi portant sur l'organisation de l'aide médicale urgente en France ». La mobilisation se poursuit, l'année suivante, par la création du « Syndicat national de l'aide médicale urgente » dont la présidence est attribuée par voie électorale, au Pr Louis Lareng. Deux ans plus tard, les membres de ce syndicat organisent à Clermont-Ferrand, le premier congrès national des SAMU à l'occasion duquel est publié le premier numéro de la toute nouvelle « Revue des SAMU »¹²⁸. Corrélativement, face à l'augmentation sensible du nombre d'appels d'urgence, un nouveau débat s'engage autour de la création d'un numéro d'appel unique dévolu aux urgences « médicales ». A cette date, chaque SAMU a son propre numéro ce qui, aux dires du Pr Lareng, représente un véritable facteur de « trouble » pour leur fonctionnement :

« Ce dispositif hétéroclite constituait un motif de trouble, sinon une gêne, pour les utilisateurs éventuels. Il avait surtout comme inconvénient d'empêcher le SAMU d'offrir, à travers le pays, une image unique [...]. En outre le flou empêche les gens des SAMU eux-mêmes de ressentir une véritable appartenance à une unique structure nationale édiflée sur les mêmes principes constitutifs, tour de défense devant les attaques qui déferlent. Il devient donc indispensable de disposer d'un

¹²⁶ Burlet M., *op. cit.*, p. 152-153.

¹²⁷ « *Un problème social est en effet toujours un point d'attention sur lequel interviennent des intérêts divergents et conflictuels, des projets et des objectifs variés. C'est l'interaction de ces intérêts et de ces projets qui constitue la façon dont une société s'occupe de ses problèmes sociaux* », Blumer H., *op. cit.*

¹²⁸ On recense alors 41 SAMU et plus de 150 SMUR. Le Pr. Huguenard est considéré comme l'un des fondateurs de la réanimation chirurgicale moderne. Il a fondé le SAMU 94 en 1972.

seul numéro téléphonique¹²⁹ qui, de Dunkerque à Perpignan, de Brest à Strasbourg, soit celui de l'appel d'urgence médicale. Et le seul¹³⁰. »

L'enjeu du numéro unique est de taille car il ne représente rien moins pour chacun des acteurs, qu'une vitrine sociale et plus précisément, un instrument de captation de « clientèle ». Aussi l'action des promoteurs du SAMU va t-elle, une fois encore, buter sur l'hostilité de la FNSPF pour qui ce projet constitue une concurrence directe faite au « 18 ». Face à cette opposition, le Pr Lareng, porte-parole du SAMU, va utiliser tous les « répertoires d'action »¹³¹ dont il dispose pour rallier l'opinion et les pouvoirs publics à sa cause : il multiplie les conférences ; il publie des articles dans la presse médicale et les quotidiens nationaux ; enfin, il interpelle publiquement le Premier Ministre sur la nécessité de la création d'un tel numéro. Cet intense travail de « politisation » se conclut par un succès :

« Norbert Segard, le ministre des Postes et Télécommunications, est sollicité avec insistance par une nouvelle venue au ministère de la Santé, Mme Simone Veil. A peine installée avenue Ségur, elle a parfaitement entendu les objurgations de la Domus medica. Elle l'a dit, c'est promis, en 1975, elle va se pencher sur cette loi si attendue. Et sur le numéro unique. Il faudra attendre 4 ans pour qu'une opportunité d'ordre technique fournisse aux deux ministres un début de réponse, pour que le 15 se libère : « Le malheureux Segard était déjà un très grand malade. Il s'était confié aux soins de mes confrères du service anticancéreux parisien, auxquels il vouait une profonde reconnaissance. Croyez-le, c'est beaucoup pour cela qu'à la fin de 1978, il cède enfin le 15 au ministère de la Santé, pour l'hôpital public », raconte Lareng¹³². »

Les multiples « ressources » dont bénéficient ces « entrepreneurs de cause » ne suffisent pas ici, à expliquer la réussite de leur mobilisation. Devant les réticences du ministère de la Santé, l'ouverture d'une « fenêtre politique »¹³³ constituée par l'arrivée d'un nouveau ministre, fut déterminante. Cette étape franchie, l'entreprise de conviction se poursuit avec pour objectif cette fois-ci, d'obtenir une loi qui confère aux SAMU le monopole du pouvoir dans le champ de l'urgence.

Aussi, dès l'année suivante Xavier Emmanuelli, médecin anesthésiste-réanimateur réputé et connu pour être le co-fondateur de « Médecins sans frontières » (1971), publie son premier ouvrage consacré à la médecine d'urgence¹³⁴. Les quelques lignes dédiées à l'analyse de ce qui

¹²⁹ Comme cela existe alors en Belgique (900), en Suède (90 000) et en URSS (03), depuis de nombreuses années.

¹³⁰ Burlet M., *op.cit.*, p. 162.

¹³¹ Ce concept que l'on doit à Charles Tilly désigne « le stock limité de moyens d'action à la disposition des groupes contestataires à chaque époque en chaque lieu », Fillieul O., Mathieu L., Péchu C., *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Les Presses de Sciences Po, 2009, p. 454.

¹³² Burlet, *op.cit.* p. 166.

¹³³ Kingdom, 1984.

¹³⁴ Emmanuelli X., *Médecine et secours d'urgence*, PUF, 1979. Il l'a dédié au Pr Huguenard auprès duquel il fut formé à l'anesthésie-réanimation ainsi qu'à ses « amis » de « Médecins sans frontières ».

est considéré, depuis près d'une dizaine d'années comme un problème public, témoignent de sa position concernant l'orientation politique à privilégier :

« Pour illustrer le propos sur l'urgence vitale et la nécessité des structures d'assistance, nous ne considérons que les urgences vitales ayant trait à l'accident et en particulier l'accident de circulation [...]. En 1972, les accidents de circulation ont représenté 16 650 morts et 388 067 blessés. En 1974, ils ont représenté 13 500 morts et 350 000 blessés. Les accidents de la circulation représentent un fléau national évalué chaque année à deux fois et demie le budget de la santé publique. En 1972, 3,2% des Français ont eu besoin de secours d'urgence pour lutter contre les conséquences des accidents¹³⁵. »

Notons que l'auteur prend soin de recourir à l'expression neutre d'« accidents de circulation »¹³⁶ et non, à celle d'« accidents de la route » utilisée par la FNSPF qui cherche à imposer une représentation du problème en termes de « secours routier ». De plus, l'usage des chiffres produits par l'administration de la Santé permet ici à l'auteur d'imposer une lecture du problème en termes d'enjeu de santé publique tout en conférant une coloration scientifique à ses propos. Enfin, les solutions préconisées par ces médecins confortent cette définition du problème puisqu'elles désignent implicitement les anesthésistes-réanimateurs comme ses seuls « propriétaires légitimes » :

« Pour assurer le traitement de l'urgence vitale, seul le secteur public peut faire face. Les structures lourdes et extrêmement coûteuses, les communications, les télécommunications, les relations obligatoires avec les organismes publics : police, pompiers, gendarmerie, font que le secteur privé n'est pas en mesure de coordonner une stratégie globale. Par ailleurs, la médecine libérale est rémunérée à l'acte... mais comment évaluer l'acte dans l'urgence ? Il semble bien que cela soit impossible, et il faut bien admettre que traiter l'urgence relève plus d'une « fonction » que d'un « acte »¹³⁷. »

En remettant en cause la légitimité de la présence de la médecine libérale dans le champ de l'urgence, il discrédite sans la nommer, la politique de médicalisation menée par la FNSPF. Notons au passage qu'au-delà des divergences constatées, ces deux groupes d'intérêt s'entendent sur un point : la nécessité de médicaliser les « accidents de la circulation ». Dans les deux cas, ce paradigme s'impose en effet comme une évidence, le point d'achoppement reposant sur la question du partage des « territoires de compétence ». Enfin, la critique du Pr. Emmanuelli à l'endroit des médecins libéraux s'accompagne dans les lignes suivantes d'une charge virulente à l'encontre cette fois-ci, des transporteurs sanitaires privés :

« Enfin, pour que l'urgence ne devienne pas sa propre caricature, il convient de protéger les sigles employés par les secours publics, « ambulance de réanimation », « groupe mobile d'urgence et de réanimation », etc.. De même, il faut exiger des définitions plus précises de l'urgence. Trop

¹³⁵ *Ibid.*, p. 29-31.

¹³⁶ Cette expression apparaît plus large que celle « d'accident de la route » qui, nous semble faire davantage référence au milieu rural.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 120.

d'entreprises privées, de bonne foi ou non, exploitent ce « créneau » de l'urgence de manière abusive¹³⁸. »

Dans un marché concurrentiel où l'activité d'urgence est considérée comme une vitrine attractive, les entreprises privées d'ambulance n'hésitent pas en effet, à usurper les sigles du SAMU afin de capter davantage de clientèle.

Au terme de cette brève analyse, il apparaît ainsi que cet ouvrage fait office de véritable « Manifeste » public et politique, visant à promouvoir la vision de l'urgence défendue par les anesthésistes-réanimateurs.

Cette mobilisation collective se poursuit avec la parution quelques mois plus tard, d'un livre « dédié aux équipes des soixante SAMU de France à l'occasion du dixième anniversaire de leur implantation »¹³⁹. Son auteur a partagé « durant très exactement 33 jours, le quotidien des anesthésistes-réanimateurs du SAMU le plus important de France », le SAMU 94 de l'hôpital Henri Mondor à Créteil, dirigé par le Professeur Huguenard. L'objectif de son auteur est de porter à la connaissance d'un large public¹⁴⁰, le travail d'une équipe du SAMU « *heure par heure, de jour et de nuit, pour sauver des vies humaines* ». Cet écrit journalistique célèbre sans contester le travail des « pyjamas verts », ces « personnages mythiques », pour qui la « victoire sur la mort n'a pas de prix ». Loin d'être neutres et objectifs, ces commentaires participent à notre sens, au travail de « fabrique de l'opinion¹⁴¹ » et d'interpellation des pouvoirs publics, mené depuis quelques années par les anesthésistes-réanimateurs. Sans nier la sincérité et la compétence du journaliste, il convient tout de même de souligner la partialité d'un reportage qui frise l'hagiographie et relaie, sans équivoque possible, le discours et les intérêts de ces spécialistes toujours en quête de reconnaissance¹⁴². Il faut savoir en effet, qu'au tournant de la

¹³⁸ *Ibid.*, p. 121.

¹³⁹ Manevy J-V, *J'ai vécu avec les SAMU*, Editions Balland, 1980. L'auteur est un journaliste spécialisé dans les chroniques et reportages médicaux.

¹⁴⁰ Une note précise que l'ouvrage est une édition du Club France Loisirs Paris réalisée avec l'autorisation des Editions Balland.

¹⁴¹ Blondiaux L, *La fabrique de l'opinion. Une histoire sociale des sondages*, Paris, Le Seuil, 1998.

¹⁴² Ce défaut de neutralité est, à notre sens, le résultat d'une collusion d'intérêts entre d'une part, un professionnel en quête de sujet « médiatique » et d'autre part, un groupe de professionnels luttant pour imposer leur vision de l'urgence contre la figure populaire du sapeur-pompier. La spécialisation du champ journalistique a engendré, il est vrai, une concurrence entre professionnels, les journalistes « médicaux » ici, pour maintenir ou renforcer leur position. Ces conditions de travail expliquent en grande partie, la dépendance relative des journalistes à l'égard des sources médicales et leur attrait pour des sujets populaires. Sur ce point, on peut se référer avec profit aux articles de Ponet P., « La guerre des mondes : de quelques rapports entre univers sociaux différenciés. Le cas des palmarès des hôpitaux », *Politix*, n°72, 2005 ; Ponet P., « Les logiques d'une consécration journalistique. L'exemple des 50 meilleurs hôpitaux de France », *Question de Communication*, 11, 2007.

décennie 1980, le processus de spécialisation des anesthésistes-réanimateurs est certes achevé mais leur situation au sein du champ médical reste encore « ambiguë » :

« Les textes réglementaires en ont fait une spécialité de plein droit, mais les tensions avec les infirmières spécialisées (les IADE) sont latentes; les conflits avec les chirurgiens, les cardiologues et les gastro-entérologues perdurent. Le coût des équipements nécessaires à une anesthésie efficace suppose une économie sur les budgets consacrés aux spécialités enracinées de plus longue date [...] ils sont aussi moins ancrés dans les réseaux hospitaliers d'interconnaissance et de consécration. A la différence des autres médecins, ils sont presque exclusivement recrutés par CES (validation d'acquis en formation continue), n'effectuent aucune part de leur service en exercice libéral (d'où des revenus moindres) et une très faible proportion d'entre eux occupe des postes hospitalo-universitaires. La fragile autorité morale dont ils disposent les conduit souvent à échouer dans les négociations internes aux hôpitaux pour l'obtention effective de départements ou de salles de réveil. L'action collective des syndicats s'avère alors décisive pour influencer sur le registre politique et obtenir peu à peu des décrets et des lois compensant l'absence de régulation en leur faveur à l'intérieur de l'espace médical.¹⁴³ »

A l'aube des années 1980, le Professeur Huguenard fait partie de ces rares anesthésistes-réanimateurs pouvant non seulement se prévaloir du titre hospitalo-universitaire mais également, de la direction d'un service hospitalier. Dès lors, il bénéficie de la reconnaissance et des ressources symboliques lui permettant d'être audible dans le champ médical et plus largement, dans l'espace public pour défendre les intérêts d'une spécialité encore « fragile ». Aussi, la publication de son ouvrage, en 1981, apparaît-elle comme une entreprise de promotion de l'anesthésie-réanimation qui, pour renforcer sa position dans le champ médical hospitalo-universitaire travaille à enrichir son répertoire d'activités. Au cours des années 1980, deux secteurs seront ainsi investis avec succès : les cliniques de la douleur et les services d'urgences où ces spécialistes occuperont très souvent la chefferie¹⁴⁴.

Dès lors, l'hypothèse formulée en début de chapitre nous semble validée : le Pr. Huguenard construit, à travers son ouvrage, une situation objective à savoir l'inégalité géographique des citoyens devant les secours comme problématique¹⁴⁵, moins pour s'en indigner que pour légitimer publiquement la présence des anesthésistes-réanimateurs dans le champ de l'urgence « médicale préhospitalière ». En endossant un rôle de garant de l'intérêt général, voire même de « sauveur » de la population¹⁴⁶, il « travaille l'opinion »¹⁴⁷ pour convaincre le lecteur de l'idée

¹⁴³ Faure Y., *op. cit.*, p. 103-104.

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ Pour l'analyse du processus par lequel une situation objective est constituée comme problématique (le passage du subi à la dénonciation), on s'inspire notamment des travaux de Blumer (1971), Hacking (2001) Gusfield (2009).

¹⁴⁶ E. Hughes a montré comment les professionnels occultent les intérêts particuliers par des missions universalistes, altruistes et désintéressées par nature. Cf. Dubar C., Tripiet P., *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 1998.

¹⁴⁷ Au sens de Patrick Champagne, *Faire l'opinion*, Paris, Minit, 1990. « Au niveau national, les SAMU disposaient de deux grands communicateurs, Pierre Huguenard et Louis Lareng, se souvient le journaliste Bruno Keller, alors

que seuls les anesthésistes-réanimateurs sont compétents pour résoudre ce problème qui jusqu'alors, est ignoré par l'opinion publique et les institutions politiques.

Ce détour par l'histoire¹⁴⁸ permet en effet, de ne pas tomber dans l'écueil de la naturalisation du problème et de ses solutions et d'en restituer le caractère construit :

« Les problèmes tels qu'ils sont étudiés par les chercheurs ne naissent pas de rien, ils n'apparaissent pas ex nihilo. Ils doivent être resitués par rapport à des processus antérieurs plus ou moins longs et stabilisés ayant constitué certains groupes comme « propriétaires » d'un problème et ayant fixé les contours de sa définition. En effet, comme l'a très bien montré J.R. Gusfield, les contours donnés aux problèmes dépendent très fortement des groupes qui s'en proclament et arrivent à en rester les « propriétaires » légitimes¹⁴⁹. »

Ainsi la problématisation de la question de l'inégalité géographique dans l'accès aux soins d'urgence est-elle à resituer dans le processus de segmentation d'un groupe professionnel travaillant à faire reconnaître ses compétences au sein du champ médical et plus largement, dans la société civile¹⁵⁰. Certes, cette inégalité existe objectivement mais elle n'est pas perçue comme problématique dans une France où la question de l'accès aux soins est essentiellement définie en termes d'assurances sociales et de développement de l'offre hospitalière.

Nous allons voir à présent que, dans les années suivantes, non seulement l'énonciation « publique » de ce problème n'a trouvé aucun relais dans les champs journalistique et politique mais qu'en outre, l'action collective des anesthésistes-réanimateurs reste tendue vers l'objectif de la création d'une loi sur « l'aide médicale urgente ». Face à eux, la FNSPF s'organise pour renforcer sa politique en matière de « secours sanitaire » et les empêcher ainsi d'obtenir le monopole dans ce domaine. Dans ce contexte, l'attention de chacun se porte davantage sur le développement d'une offre médicale de soins d'urgence que sur le « problème » de son inégale répartition¹⁵¹.

rédacteur en chef du Quotidien du Médecin et spécialiste des problèmes d'urgences. Il rappelle que les SAMU avaient à faire face à l'hostilité d'un certain nombre de pompiers, et aussi à bon nombre de médecins libéraux, qui les accusaient, au mieux d'« hospitalo-centrisme », et, au pire, de leur « prendre le pain de la bouche ». Durand de Bousingen D., op.cit., p. 86.

¹⁴⁸ « Ce n'est qu'avec le travail du temps qui craquelle les vernis, ternit les ors et démode les mots et les choses, que le prestige des dominants et l'ordre de la domination apparaissent pour ce qu'ils étaient : contingence et relativité. », P. Cornu et J.L. Mayaud, « De l'inutilité de l'historien », Emission France Culture, le 18 septembre 2009.

¹⁴⁹ Gilbert C., Henry E., op. cit., p. 10.

¹⁵⁰ « Dans tous les cas, les segments doivent s'engager de temps à autre dans des tactiques pour diffuser leurs propres images auprès du public », Strauss A., op.cit. p. 86.

¹⁵¹ Dans sa thèse, N. Bajos montre bien comment l'offre de soins d'urgence s'est multipliée, dans les décennies 1950-90, indépendamment d'une réflexion en termes de besoins de la population. Bajos N., op. cit.

1.2.2. La loi de 1986 : le choix en faveur de « l'idéologie¹⁵² » médico-hospitalière

L'élection à la Présidence de la République du socialiste François Mitterrand en 1981 marque l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité politique de plusieurs années pour les promoteurs du SAMU. Ce changement de majorité permet en effet au Pr Louis Lareng de se présenter aux élections législatives qu'il remporte dans la troisième circonscription de Haute Garonne¹⁵³: « Je me suis présenté pour cela, même si je n'ai pas été élu que pour ça »¹⁵⁴.

Le titre de député lui permet d'intégrer la Commission des Affaires Culturelles et Sociales et d'être désigné comme rapporteur du budget de la Santé. Cet accès aux « cercles de décision »¹⁵⁵ lui vaut également d'être promu comme rapporteur devant l'Assemblée de la loi portant sur l'organisation de « l'aide médicale urgente » qu'il réclame avec d'autres de ses confrères, depuis plusieurs années. Malgré tout, forte de ses soutiens, la FNSPF parvient à empêcher la concrétisation de cette loi et devant la persistance de ces conflits, le gouvernement finit par se saisir de la question de l'organisation des urgences en confiant en 1984, au Pr. Steg¹⁵⁶ le soin de réaliser un rapport sur « la phase pré-hospitalière des urgences »¹⁵⁷.

Même si, pour le Conseil économique et social « le cadre d'une loi n'est pas le plus adapté », ses recommandations vont dans le sens des intérêts des anesthésistes-réanimateurs :

« Quand au fond, l'avis exprimé par le Conseil économique et social, sur la base du rapport de l'un de ses membres, M. Adolphe Steg, dégage des orientations majeures: constatant en termes parfois sévères le désordre administratif, juridique, financier, voire opérationnel, du dispositif, le rapport autant que l'avis tranchent en faveur d'un renforcement du rôle des « S.A.M.U. », appelés à devenir les « pierres angulaires » du système, et d'une clarification de leur rôle et de leur statut ainsi que du développement des conventions entre les « S.A.M.U. » et les sapeurs-pompiers.¹⁵⁸ »

¹⁵² Au sens où Anselm Strauss l'emploie (cf. citation en première page de ce chapitre).

¹⁵³ Burllet M., *op.cit.*, p. 175-176.

¹⁵⁴ Durand de Bousingen D., *op.cit.*, p. 88.

¹⁵⁵ « L'accès aux cercles de la décision est une ressource politique essentielle qui permet à un acteur social de faire avancer ses intérêts », in Muller P., *Les politiques publiques*, Paris, PUF 1990, p. 50.

¹⁵⁶ Chef d'urologie à l'hôpital Cochin.

¹⁵⁷ « En 1984, à la suite de divers mouvements revendicatifs, notamment de conflits entre sapeurs-pompiers, Samu, Smur et ambulances privées, le gouvernement saisit le Conseil économique et social pour une étude approfondie de la phase pré-hospitalière de la prise en charge des urgences. Le conseil économique et social choisit à cette occasion le Pr. A. Steg comme rapporteur. De ce premier rapport, découlera la loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, accompagnée de ses décrets d'application. » Haut Comité de la Santé publique, « L'évolution des services d'urgence », in « La santé en France 1994-1998 », La Documentation Française, 1998, p. 255.

¹⁵⁸ Chenillet P., Prétot X., « La loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires: une consolidation législative ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n°2 avril/juin 1986, p. 208-209.

Ainsi, en dépit des résistances et grâce à son réseau politique¹⁵⁹, le Pr Lareng parvient, le 6 janvier 1986 devant une assemblée qui lui est majoritairement acquise, à faire adopter la loi portant sur « l'aide médicale urgente »¹⁶⁰ tant attendue par ses homologues. Ce texte marque le triomphe de la mobilisation des anesthésistes-réanimateurs qui voient leur « idéologie » enfin « institutionnalisée »¹⁶¹:

« La loi de l'urgence ne voulait être que médicale. Elle n'est finalement que cela. Et croyez-moi, j'ai été ulcéré qu'il se soit trouvé des gens pour m'assurer, dans les couloirs, qu'ils en estimaient les dispositions formidables; et, entrés dans l'hémicycle, pour en déchiquter le texte. Ce genre de jeu politicien n'est pas acceptable.¹⁶² »

Taxée par d'aucuns « d'hospitalo-centrisme »¹⁶³, cette loi confère au SAMU un rôle clé dans l'organisation des secours :

« La primauté de l'hôpital public est clairement affirmée avec la dévolution aux « S.A.M.U. », unités intégrées aux hôpitaux publics, d'un véritable monopole en matière de réception et de régulation des appels, lesquelles sont au coeur du fonctionnement de tout système de secours médical d'urgence. La faculté offerte aux autres intéressés de passer convention avec le « S.A.M.U. » de même que l'interconnexion prévue avec les centres de réception des appels propres aux services de police et aux sapeurs-pompiers, masquent mal l'option prise, en fait, en faveur de l'hôpital public.¹⁶⁴ »

Ce texte prévoit par ailleurs la création d'un diplôme de « médecine d'urgence »¹⁶⁵ et renforce le rôle des transporteurs sanitaires privés dans ce domaine en réitérant le principe de l'agrément. L'objectif est double : d'une part, mettre un terme d'ici la fin de l'année 1987 à l'existence des transporteurs sanitaires non agréés qui représentent encore à cette date, 40% des transporteurs sanitaires privés¹⁶⁶; et d'autre part, organiser et encadrer la réponse de l'offre de transport sanitaire privée aux appels urgents reçus hors des heures ouvrables au moyen de la création, dans

¹⁵⁹ « Je dois reconnaître aussi que mon passage au Parlement m'a permis de faire passer mes idées dans un langage, selon certains mécanismes juridiques auxquels on n'accède pas sans aide ». Burlet M., *op. cit.*, p. 183.

¹⁶⁰ Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, *Journal Officiel* du 7 janvier 1986, 327-329. Cf Haut Comité de la Santé publique, *op. cit.*, p. 255.

¹⁶¹ « Les institutions ne sont pas neutres. Un processus d'institutionnalisation contribue à privilégier certains auteurs, certains intérêts [...] (Elles) déterminent ainsi quelles sont les ressources utilisables, où, quand, comment et par qui, contribuant à la structuration des relations de pouvoir », Lascoumes P., Le Galès P., *Sociologie de l'action publique. De l'action collective aux politiques publiques*, 2007, p. 78.

¹⁶² Burlet M., *op. cit.*, p. 183-184.

¹⁶³ Chenillet P., Prétot X., *op. cit.*, p. 213 ; « L'organisation de la réponse à l'aide médicale est donc récente, et ses récentes modifications trahissent semble-t-il, une immaturité organisationnelle fondée sur l'hospitalo-centrisme de ce texte », Bouriaud, *op. cit.* p. 60.

¹⁶⁴ Chenillet P., Prétot X., *op. cit.*, p. 213.

¹⁶⁵ Décret du 13 septembre 1986 relatif à la création de la capacité d'aide médicale urgente (CAMU). Ce diplôme national créé à l'initiative de médecins responsables de SAMU, se substitue aux diplômes d'université nommés « oxyologie-médecine d'urgence ». Ces derniers avaient également été proposés à l'initiative d'un groupe de responsables de SAMU, en 1981, « pour répondre aux besoins de formation complémentaire de médecine d'urgence pour les médecins généralistes désireux d'exercer le métier d'urgentiste », Fontanella J-M., Ammirati Ch., Ferracci C., et al., *op. cit.*, p. 100.

¹⁶⁶ Chenillet P., Prétot X., *op. cit.*, p. 206.

chaque département, d'un « Comité départemental de l'aide médicale urgente » et d'une « garde préfectorale ». Néanmoins, les ambulanciers sont peu enthousiastes à l'égard de ce texte¹⁶⁷ qui inscrit dans le marbre, le principe de subordination de ce groupe professionnel aux médecins hospitaliers anesthésistes-réanimateurs. Ces derniers en effet, contrôlent désormais les critères d'entrée dans cette profession (diplôme¹⁶⁸ et agrément) ainsi que de sa répartition géographique.

Cette action publique des anesthésistes-réanimateurs en direction d'une profession qui, de surcroît, est réticente à cette évolution est à mettre en rapport avec la lutte qui les oppose aux sapeurs-pompiers. Ces derniers multiplient leurs ambulances (VSAB) dont le nombre, contrairement aux SMUR, permet la proximité géographique. Dans ce champ concurrentiel, les ambulanciers privés formés à l'urgence par les médecins du SAMU représentent des alliés, en leur permettant de se prévaloir face à la FNSPF, d'un bon maillage territorial.

Au cours des années 1980, l'éventail des activités d'urgence ne se cantonne plus aux secours routiers mais s'élargit à tous types d'accidents :

« Le secours médical d'urgence représente aujourd'hui une part importante de l'activité des « professionnels du secours » que constituent médecins, spécialisés ou non, sapeurs-pompiers, personnels hospitaliers, etc... Si l'on s'en tient aux statistiques disponibles, hélas fragmentaires, les « S.A.M.U. » et les organisations spécialisées, telles que les associations du groupe « "S.O.S. Médecins », ont reçu et traité deux millions d'appels en 1982, les sapeurs-pompiers ayant quant à eux effectué 250 000 interventions médicalisées. Le secours médical s'est de plus diversifié pour mieux s'adapter aux risques auxquels il entend répondre : si les interventions pour accident sur la voie publique ou états pathologiques aigus à domicile (par ex., infarctus du myocarde) demeurent le lot habituel des services spécialisés, de nouvelles formes d'interventions sont apparues, s'agissant par exemple des secours spécifiques aux nouveaux-nés ou des secours médicaux en mer [...]. Face à ce développement sans précédent et en contrepoint, le régime juridique du secours médical d'urgence demeure, ainsi qu'une précédente étude nous avait conduit à l'observer¹⁶⁹, marqué au coin du dualisme et de l'incertitude.¹⁷⁰ »

Ainsi, le ministère de la Santé satisfait aux revendications des architectes du SAMU après des années de réticence, pour empêcher le ministère de l'Intérieur de s'emparer d'un domaine de compétence devenu un enjeu politico-administratif important :

« Ces clivages juridiques correspondent malheureusement, à des clivages administratifs et professionnels, chacune des parties prenantes demeurant fortement ancrée sur ses positions, les multiples contentieux relatifs aux interventions sanitaires des sapeurs-pompiers ne constituant qu'un exemple de ces oppositions aux relents quelques peu corporatistes. Eu égard à cette

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 209.

¹⁶⁸ Ils sont formés par les médecins du SAMU dans le cadre des *Centres d'enseignement et de secours d'urgences* (CESU). Le plus ancien remonte à 1973.

¹⁶⁹ Chenillet P., Prétot X., « Le secours médical d'urgence: éléments pour une clarification », *Revue de droit sanitaire et sociale*, 1983, 659.

¹⁷⁰ Chenillet P., Prétot X., « La loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires: une consolidation législative ? », *Revue de droit sanitaire et sociale*, n°2 avril/juin 1986, p. 206-207.

atmosphère, toujours latente, de conflit, la loi n°86-11 du 6 janvier 1986, fut-ce à la lumière de ses travaux préparatoires, demeure incontestablement marquée du sceau de l'ambiguïté et l'on peut, sans peine, prédire, ne serait-ce qu'à l'occasion de l'édition de ses décrets et arrêtés d'application, de nouveaux conflits ou contentieux¹⁷¹ ».

Les auteurs de cet article avaient visé juste : les années qui suivent la publication de cette loi vont être marquées par de multiples conflits opposant les partisans de « l'aide médicale urgente » à ceux du « secours sanitaire ».

1.2.3. La colère de la FNSPF : « Nous refusons d'être sous la coupe d'un toubib »

Trois mois après le vote de cette loi, Jacques Chirac est élu président. L'Assemblée change de majorité et Charles Pasqua, réputé pour être un ardent défenseur des sapeurs-pompiers, est nommé à la tête du ministère de l'Intérieur. La F.N.S.P.F. profite à son tour, de la « fenêtre politique » qui s'ouvre alors pour faire entendre son mécontentement :

« A peine Jacques Chirac, le 20 mars, a-t-il formé son gouvernement de cohabitation, à peine a-t-il choisi Michèle Barzach pour ministre déléguée à la Santé que, selon le titre du *Matin*, les sapeurs-pompiers « voient rouge », d'un bout à l'autre de l'échelle. Cette fois, il s'agit d'une armée, d'un corps d'élite, des professionnels. « Nous refusons d'être sous la coupe d'un toubib », se révolte un adjudant. « Nous disons non à la subordination au secteur hospitalier », s'offusque un colonel. Leur fédération nationale « estime que le Parlement a porté un mauvais coup aux sapeurs-pompiers français ». Ce qui n'avait donné lieu, jusque là, qu'à des escarmouches, certes vives et fréquentes, mais limitées au niveau cantonal ou même local, accède alors aux proportions d'une affaire nationale. Or les pompiers disposent de solides défenseurs. Ne serait-ce, pour commencer, que « leur » ministre de l'Intérieur, Charles Pasqua en personne ...¹⁷² »

Leur influence est telle que dès octobre 1986, l'article 2 relatif à la mise en œuvre de l'aide médicale urgente établit alors une distinction entre « pathologies naturelles » et « pathologies accidentelles ». Les premières relèvent du SAMU-Centre 15, tandis que les secondes sont du ressort du 18 qui est, dans ce cadre, autorisé à déclencher ses propres moyens notamment médicaux et, accessoirement, « si besoin est », d'avoir recours au SAMU. La réaction ne se fait pas attendre du côté des défenseurs du SAMU :

« Patatras! Tant d'années d'effort pour imposer le principe de la prééminence médicale, et en venir à ce texte fumeux, presque à une défaite! Pas une télévision, pas une rédaction qui échappe à Louis Lareng. Pour toutes, il développe le même argumentaire: « Si vous tombez dans l'escalier, leur disais-je, et que vous vous cassez une jambe, comment votre voisin peut-il savoir si la fracture est survenue parce que vous avez perdu connaissance, ou si vous avez perdu connaissance en vous fracturant la jambe? Ce n'est pas lui qui décidera si vous avez besoin en priorité d'un chirurgien ou d'un réanimateur, s'il faut d'abord soigner la jambe et sa fracture ou la tête et la syncope? Le seul

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 211.

¹⁷² Burlet M., *op. cit.*, p. 178-179.

interlocuteur valable, c'est donc dans tous les cas - qu'il y ait blessure ou maladie - le médecin qui vous répondra si vous appelez le 15.¹⁷³ »

Au même moment, le Pr Huguenard, chef du SAMU du Val de Marne se montre tout autant virulent à l'égard de l'action publique menée par le ministère de la Santé :

« Si ces décrets sont adoptés en l'état, il se produira un cafouillage dont on n'ose imaginer les conséquences. C'est la première fois, que l'on voit un ministre de la Santé faire la promotion d'un ministre de l'Intérieur¹⁷⁴ ».

Acquis à la cause des pompiers, Philippe Seguin, patron du ministère des Affaires Sociales, use de son influence à Matignon pour réclamer une concertation interministérielle. Témoignant de cette période, le Pr. Lareng se souvient d'une véritable « guéguerre » qui agita l'opinion, « *de l'Humanité au Figaro, tant il est vrai que deux conceptions sociales sont en présence*¹⁷⁵ ». Finalement le décret est modifié le 16 décembre 1987 à la faveur d'un compromis : la distinction entre « pathologies naturelles » et « accidentelles » est supprimée et par là même, le monopole du 18 pour ces dernières :

« Quelles que soient ses cicatrices, la loi de janvier 86 est pourtant là. Elle fonctionne de façon généralement satisfaisante, après avoir motivé cinq années supplémentaires de négociations avec les syndicats médicaux et les sapeurs-pompiers, souvent département par département. Pour parvenir à l'ultime circulaire du 18 septembre 92 qui précise les conditions d'application du texte de la loi, Louis Lareng a dû s'associer à une analyse encore et encore plus fine de chacun. « Après la castagne, [explique Louis Lareng], on s'est touché la main, comme on dit chez nous. Mais pour en arriver là, j'ai craché tout ce que j'avais dans le gosier. J'ai fait comprendre à nos interlocuteurs que nous avions acquis une image aussi forte que la leur. Je leur ai dit qu'ils étaient inégalables sur le plan technique, mais qu'il s'agissait de savoir si oui ou non nous étions, nous, les plus compétents dans le domaine de l'urgence médicale. S'ils étaient d'accord là-dessus nous allions pouvoir discuter.¹⁷⁶ »

Enfin, il est défini que les moyens de sauvetage relèvent exclusivement de la compétence des sapeurs-pompiers tandis que les moyens médicaux restent du ressort des équipes du SAMU qui, au besoin, se joignent aux premiers.

Ainsi, la concurrence entre pompiers et médecins pour le monopole de l'urgence sanitaire est-elle à l'origine de deux politiques publiques parallèles qui visent à multiplier leur offre de soins d'urgence sur tout le territoire sans toutefois véritablement prendre en considération les besoins. Ces derniers ne font en effet l'objet d'aucune étude scientifique, l'offre se développant davantage dans un souci de reconnaissance de l'utilité sociale de chacun des acteurs que dans

¹⁷³ *Ibid.*, p. 179.

¹⁷⁴ *Le Monde* du 8 octobre 1986.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 180.

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 183-184.

une optique de réponse à une demande¹⁷⁷. Comme le soulignait déjà en 1988 un rapport de l'IGAS, portant sur le système francilien des urgences :

« La multiplicité des moyens d'appel ne reflètent pas seulement la souplesse et le libre arbitre que chacun s'est octroyé sur le terrain. Elle reflète aussi une absence de logique au niveau des pouvoirs publics. Devant une même situation, on pouvait appeler le 17 ou le 18, on a ajouté le 15. L'existence de plusieurs numéros d'appels en cas de détresse s'accompagne de structures redondantes et de doubles emplois coûteux [...]. Chacun a pris une place qui ne correspond pas forcément à la meilleure efficacité ni au meilleur coût¹⁷⁸. »

Suivant cette logique, la question de l'inégale répartition géographique de l'offre de soins d'urgence et, de façon liée, celle de l'inégalité des citoyens dans l'accès aux soins d'urgence sont restées largement occultées. C'est à partir de la fin des années 1980 qu'une telle préoccupation émerge au sein des institutions concernées comme l'indique l'objectif de la thèse de N. Bajos soutenue en 1990 :

« Ce travail s'inscrit dans une démarche d'évaluation, en termes d'adéquation entre les caractéristiques de la demande et celles de l'offre de soins, dans une perspective de santé publique, c'est-à-dire de réponse aux besoins de santé individuels et collectifs plutôt qu'à une demande de soins¹⁷⁹. »

Dans ce contexte, la question de la restructuration des services d'urgence hospitaliers portée par les anesthésistes-réanimateurs va rencontrer un écho favorable. Pour la première fois alors, la question de l'inégalité géographique d'accès aux soins d'urgence dans sa dimension hospitalière va faire véritablement l'objet d'une problématisation politique.

2. LA PROBLEMATISATION POLITIQUE DE LA QUESTION DE L'INEGALITE GEOGRAPHIQUE DANS L'ACCES AUX SOINS D'URGENCE HOSPITALIERS

La doctrine du SAMU étant institutionnalisée, l'effort des anesthésistes-réanimateurs va se poursuivre et porter désormais sur un autre enjeu de taille pour cette spécialité à savoir, l'organisation des services d'urgence hospitaliers dont ils ont la chefferie. Au nom de l'intérêt des patients, ils vont réclamer plus de moyens notamment médicaux et une moindre dispersion de ces services sur le territoire. Pour justifier cette position, ils font un « procès d'incompétence » aux services d'urgence de proximité où exercent des médecins généralistes insuffisamment formés selon eux, pour traiter les urgences. Dès lors, ils interpellent les pouvoirs publics sur la nécessité de concentrer les moyens sur un nombre réduit de services d'urgence qui disposeront de

¹⁷⁷ Dans son travail, Nathalie Bajos aboutit au même constat : « *Aucune analyse approfondie préalable des besoins de soins n'a été réalisée avant la mise en place des différents organismes et aucune évaluation n'a été conduite depuis lors* », Bajos N., *op.cit.*, p. 12.

¹⁷⁸ Lagardère, M. Dorian, « Rapport sur l'urgence médicale en Ile de France », IGAS, décembre 1988.

¹⁷⁹ *Ibid.* Elle précise qu'au moment où elle écrit, aucune évaluation n'a été réalisée sur les différentes modalités possibles de prise en charge d'une demande d'AMU en France.

médecins anesthésistes-réanimateurs seuls compétents dans ce domaine. Là encore, c'est au nom de « l'égalité des citoyens devant l'urgence médicale » qu'ils vont se mobiliser et parvenir à faire de cette question un problème de santé publique. Nous quittons ici un temps le domaine du pré-hospitalier pour entrer dans le domaine de l'hôpital.

2.1 LA « RESTRUCTURATION » DES SERVICES D'URGENCES HOSPITALIERS

En 1987, le gouvernement saisit pour la seconde fois le Conseil Economique et Social en vue d'étudier la phase hospitalière des urgences et il désigne le Pr. Steg pour coordonner la réalisation d'un rapport qui doit être remis pour la fin du premier trimestre 1993¹⁸⁰. Cette saisine fait suite à la remise d'un rapport de la « Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement » consacré au fonctionnement des services d'urgence :

« En effet, nous nous étions rendus compte que, pour jouer correctement son rôle, un service d'urgences doit disposer d'un personnel médical nombreux, hautement qualifié, assisté d'une équipe paramédicale fournie, disposant d'un plateau technique perfectionné et se situant dans un établissement qui permette aux malades d'être dirigés vers des services spécialisés. A l'évidence, ces conditions ne pouvaient être rassemblées partout, et nous avons proposé une mesure structurelle visant à regrouper les services sur certains sites¹⁸¹. »

A la lecture de ces quelques lignes, on remarque que le problème des urgences hospitalières est appréhendé ici uniquement à l'aune des catégories médico-hospitalières : la sous-médicalisation et le sous-équipement sont présentés comme étant les deux principales causes des dysfonctionnements observés dans de nombreux services d'urgence. Elles sont liées, selon l'auteur, à l'existence d'un trop grand nombre de services d'urgence qui présentent, certes, l'avantage de la proximité mais ne permettent pas de garantir à tous l'accès à des soins d'urgence « de qualité ». La solution consiste alors à repenser la répartition géographique des services d'urgence en les regroupant sur un nombre de sites restreint. Dit autrement, la concentration géographique des équipements est la condition *sine qua non* pour assurer la qualité des soins dispensés.

¹⁸⁰ Steg A., « L'urgence à l'hôpital », Rapport du Conseil Economique et Social, Paris, 1989, 92 p.

¹⁸¹ Steg A., « Les experts médicaux: à propos des rapports sur les urgences », in Durand-Zaleski I., *Politiques de santé en France : quelle légitimité pour quels décideurs ?*, Médecine-Science Flammarion, Paris, 1997, p. 17.

2.1.1. La concentration médicale versus la proximité

Sur la base de ce rapport, le gouvernement présente rapidement des mesures organisationnelles dans lesquelles il définit les moyens dont doivent désormais disposer ces services en matière d'équipements et d'effectifs médicaux¹⁸². Il satisfait ainsi à certaines des revendications des anesthésistes-réanimateurs qui réclament davantage de postes médicaux et de moyens techniques. Toutefois, la question de la réorganisation géographique des services d'urgence ne trouve pas immédiatement d'écho auprès du Ministère de la Santé dont le référentiel en matière d'aménagement sanitaire du territoire reste dominé par la logique de développement de l'offre hospitalière :

« Les deux principales bases de données issues de registre d'inscription, le répertoire ADELI¹⁸³ et les fichiers des Ordres départementaux professionnels avaient, jusqu'au milieu des années 1980, une vocation de nomenclature et de référencement des professionnels. Elles ne servaient pas à produire d'études statistiques ou géographiques. Les progrès spectaculaires de la médecine réalisés durant les Trente Glorieuses avaient mis au second rang des préoccupations politiques, la question de l'accès aux soins pour porter son attention sur le développement d'un réseau dense d'infrastructures de santé. Avant la prise de conscience des problèmes démographiques, particulièrement du non-renouvellement des générations, le milieu des professionnels de santé ne voyait pas l'intérêt de l'étude de leurs effectifs. Les professions médicales et para-médicales se sentaient « protégées » par leur statut réel ou fantasmé dans la société. Elles choisissaient pour se préserver de réduire le numerus clausus, elles ne cherchaient donc pas à posséder une vision prospective et encore moins territorialisée de l'avenir de leur corps de métier¹⁸⁴. »

Les instruments d'action publique mobilisés par le Ministère de la Santé pour appréhender les questions sanitaires ne permettent pas, dans les années 1970-80, l'émergence d'une problématique géographique en terme d'inégalité d'accès aux soins. Face à cette inertie politique, les anesthésistes-réanimateurs organisent en 1991, une grève très suivie sur tout le territoire¹⁸⁵ dont la presse nationale s'est faite le relais¹⁸⁶. Au même moment, le gouvernement travaille sur la loi de réforme hospitalière du 3 juillet 1991 qui signe l'avènement d'un nouveau mode de gestion de la question territoriale en santé dans lequel l'approche par l'offre (les structures), est abandonnée au profit d'une approche par les besoins. Ce changement de

¹⁸² Circulaire n°DH. DGS-90. 326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences; Circulaire n°DH 4B/DGS 3E/91 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des Services d'Accueil des Urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation. Elle précise les moyens dont doivent disposer les services d'urgences.

¹⁸³ ADELI signifie « Automatisation Des Listes ». Ce fichier recense tous les professionnels de santé en exercice.

¹⁸⁴ Barbat Bussière S., « L'offre de soins en milieu rural: l'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne », 2009, p. 112-113.

¹⁸⁵ « L'évolution des services d'urgence », in Haut Comité de la Santé Publique, « La santé en France 1994-1998 », *La Documentation Française*, novembre 1998, p. 256.

¹⁸⁶ Laronche M., « La grève des anesthésistes-réanimateurs massivement suivie », *Le Monde*, le 14/04/1991; Laronche M., « A partir du 21 mai, les anesthésistes-réanimateurs sont appelés à faire la grève des gardes », *Le Monde*, le 21/05/1991, etc. Les journalistes donnent uniquement la parole aux médecins si ce n'est pas le médecin lui-même qui s'autorise à se transmuter en journaliste. [On s'est limité ici au Journal *Le Monde*].

paradigme se traduit par la création d'un nouvel instrument d'action publique, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, qui marque le début de la prise en compte de la notion de territoire dans les politiques sanitaires.

C'est dans ce contexte qu'après deux ans de mobilisation des anesthésistes-réanimateurs¹⁸⁷, le Ministère de la Santé inscrit sur son agenda la question de la « restructuration des services d'urgence ». Il met en place une « Commission nationale de restructuration des urgences »¹⁸⁸ dont la présidence est confiée, encore une fois, au Pr Steg devenu l'expert attitré des urgences. Installée le 30 septembre 1991, elle a pour mission de définir, dans les deux ans, les voies à suivre pour mener la « réforme de restructuration des services d'urgences »¹⁸⁹. Toutefois, l'action publique des anesthésistes-réanimateurs ne cesse pas pour autant puisqu'après avoir mis en politique cette question, il s'agit pour eux à présent, de peser sur le débat placé entre les mains de quelques experts hospitaliers pas forcément acquis à leur cause. Ils vont, pour ce faire, interpeller directement la population en recourant aux médias. Ce passage de « l'espace confiné¹⁹⁰ » des experts à l'espace médiatique s'accompagne alors d'une transformation des contours du problème et de la rhétorique employée pour le désigner. Le registre technique de l'expertise (« restructuration ») destiné à un groupe restreint, cède momentanément la place à la rhétorique émotionnelle de l'« inégalité » pour atteindre un plus large public. Dès lors ce qui était resté jusqu'à présent une question politico-administrative va se transformer en un véritable « scandale » de santé publique.

2.1.2. La publicisation du problème : de la « restructuration » au « scandale » des urgences

En décembre 1992, le magazine mensuel « 50 millions de consommateurs » consacre sa « Une » au thème des urgences avec un dossier titré : « Urgences médicales. Sauvez votre peau ! 200 services dangereux sur 500. La liste des urgences à éviter. »¹⁹¹ :

¹⁸⁷ Nouchi F., « Le cri d'alarme des médecins hospitaliers », *Le Monde*, 24/02/1989. Les conditions d'émergence de cette spécialité expliquent, selon Yann Faure, la forte syndicalisation de ce corps de médecins et la « vitalité » de son syndicat (SNPHAR, Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs) in Faure Y., *op.cit.*, p. 103.

¹⁸⁸ Le Pr Louis Lareng en fait partie.

¹⁸⁹ Pour cela, la Commission a exploité les résultats de l'enquête nationale réalisée en 1990 dans les établissements publics par la Direction générale de la Santé et a proposé pour la première fois de restructurer les services d'urgence en deux niveaux : les services d'accueil des urgences (SAU) et les antennes d'accueil et d'orientation (Anacor), HCSP, *op. cit.*, p. 256.

¹⁹⁰ Carricaburu D., « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : le cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », in Gilbert C., Henry E., dir., *op. cit.*, p. 55-71.

¹⁹¹ *50 millions de consommateurs*, Mensuel de l'institut national de la consommation, n°256, Décembre 1992, p.16-26. Un encadré précise qu'il s'agit d'une seconde édition « actualisée » de leur dossier consacré aux urgences agrémentée de « certaines corrections ». On apprend également que « le dossier reste ouvert, vu l'importance des

« Trois cent mille malades urgents ou accidentés ont en effet une chance sur trois d'être soignés de travers. Plus de 200 services d'urgences d'hôpitaux publics, plus ou moins « dangereux », devraient être purement et simplement fermés. Et si, un jour, le hasard vous y amène, vous risquez bel et bien d'en ressortir avec des séquelles définitives, voire carrément les pieds devant. Pas de chance ! Car, pas loin, un autre centre aurait sûrement été en mesure de vous sauver. »¹⁹²

Loin de rester neutre, ce journaliste¹⁹³ fait de cette tribune un véritable instrument de « dénonciation publique d'une injustice sociale¹⁹⁴ » à savoir, l'inégalité des français devant l'urgence médicale. Pour ce faire, il recourt dans un premier temps, à un langage pragmatique et simple (voire populaire) faisant immédiatement sens au lecteur qui, ainsi interpellé, est d'emblée présenté comme une victime potentielle de l'inégale qualité des soins dispensés dans les services d'urgences hospitaliers. Cette « montée en généralité du problème¹⁹⁵ » élargit symboliquement la surface publique du problème et transforme ce qui était jusqu'à présent considéré comme la propriété des seuls experts médicaux et politiques, en un problème de santé publique. Ceci étant posé, le journaliste dénonce nommément les responsables coupables selon lui, d'avoir maintenu trop longtemps le silence et appelle à une action publique immédiate :

« Ce mutisme généralisé¹⁹⁶ est inadmissible. Car tous les responsables impliqués, depuis l'infirmière jusqu'au Ministre de la Santé¹⁹⁷, connaissent ces « coupe-gorges » hospitaliers. Leur liste est même virtuellement prête. Elle est dans les DRASS. Dans les schémas régionaux de restructuration lancés en juin 1991. Au Ministère, notamment à la Direction des hôpitaux. Mais elle ne sera publiée qu'en 1994, au mieux. Certes, des travaux de « restructuration » ont débuté en 1989, avec le rapport Steg. Bien sûr, cette précautionneuse lenteur à trancher dans le vif honore le sens des responsabilités des intervenants dans cette affaire. Mais il y a urgence, messieurs !¹⁹⁸ »

L'entrée de la question de la « restructuration » dans l'espace médiatique s'accompagne, ici, d'un changement de rhétorique. L'usage du registre de l'expertise est abandonné au profit d'un

réactions qu'il suscite : rendez-vous le 15 décembre prochain ». Nous ne sommes néanmoins pas parvenus à consulter ces numéros.

¹⁹² *Ibid.*, p.15.

¹⁹³ Il a écrit de nombreux articles et livres sur divers sujets santé: Briche G., « Nos vieux à l'abandon », *50 millions de consommateurs*, juillet 1990, n° 230; Briche G., *Furiculum vitae : Chronique hospitalière d'un lupus, pour un nouveau malade*, Broché, 1979; Bergeret C., Briche G., *Comment soigner soi-même ses maladies courantes*, Broché, 1981 ; Busuchet J-J., Briche G., *Cap sur la vie : L'histoire d'une guérison*, Broché, 1984, etc.

¹⁹⁴ Boltanski L., Darré Y., Schiltz M-A., *op. cit.*, p. 3.

¹⁹⁵ La « montée en généralité » est selon Boltanski, cette épreuve de justification où les acteurs revendiquent des principes généraux supposés opposables à l'interlocuteur. L'acteur cesse de défendre son cas particulier en soutenant des arguments à portées générales valant dans tous les cas semblables et faisant référence à un bien commun. Boltanski L., *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991.

¹⁹⁶ Hormis, précise-t-il, les syndicats de médecins spécialistes de la médecine d'urgence comme les anesthésistes-réanimateurs (SNPHAR, Snamu, etc.) et les directeurs d'hôpitaux (SNCH).

¹⁹⁷ Dans une allocution à l'Assemblée Nationale lors du forum « Accueil des urgences », le 19 juin 1992, Bernard Kouchner dresse aussi un tableau peu flatteur de la situation de ces services : « C'est quand même mieux de faire quelques kilomètres de plus pour pouvoir bénéficier des meilleurs soins. Cela ne suffit pas d'avoir une structure hospitalière proche, c'est même souvent très dangereux... Un certain nombre d'endroits sont tels qu'il vaut mieux ne pas avoir un accident devant... », in *50 millions de Consommateurs*, *op. cit.*, p. 15.

¹⁹⁸ *50 millions de consommateurs*, *op.cit.*, p. 15.

registre davantage « émotionnel¹⁹⁹ » (« coupe-gorge »), de « dénonciation publique » permettant de faire scandale²⁰⁰.

Dans ce scénario, les anesthésistes-réanimateurs sont présentés comme étant les seuls défenseurs et/ou sauveurs de la population et, au même titre qu'elle, comme les victimes du « mutisme généralisée » des responsables. Ce « réductionnisme médiatique »²⁰¹ du problème des urgences hospitalières, avec une mise en scène du mal contre le bien, présente l'intérêt d'être immédiatement compréhensible pour le profane et d'emporter plus facilement sa conviction ou tout du moins, si ce n'est pas le cas, de susciter chez lui des réactions afin que le problème mobilise un plus large public et continue d'exister dans l'espace médiatique. A l'origine de cette « proposition d'engagement »²⁰² à l'indignation, on trouve les syndicats de spécialistes de la médecine d'urgence et d'anesthésistes-réanimateurs à qui on donne largement la parole :

« Le concept de proximité, ajoute le SNPHAR, qui pouvait se soutenir à l'époque des diligences, n'a plus de valeur à l'ère des hélicoptères. L'intérêt de ces super-spécialistes de l'urgence médicale, dont les effectifs rétrécissent comme peau de chagrin, et qui sont à la limite du surmenage, lui même générateur de fautes, étant de concentrer les forces et de mettre le paquet sur les moyens de transports.²⁰³ »

Dans ce cadre, c'est logiquement au nom de « l'égalité devant la médecine »²⁰⁴ que le mensuel publie « sans attendre » :

« [...] la carte de France des urgences en état de sous-développement matériel et humain. Parce que les Français ont le droit de savoir. Et parce qu'ils doivent participer au grand débat de société qui se prépare en sous-main²⁰⁵. »

Les responsabilités sont imputées, dans un premier temps, aux élus locaux soupçonnés d'être trop intéressés par leur réélection. Pour ces derniers, fermer le service d'urgence local revient en effet à toucher au service qui alimente l'établissement en malades dans un contexte où le centre

¹⁹⁹ Ce type de « transcodage » émotionnel (voire sensationnel) de l'information domine généralement dans la presse populaire comme le montre Lascoumes dans son analyse du traitement différencié des problèmes d'environnement par la presse : *L'éco-pouvoir. Environnements et politiques*, Editions La Découverte, Paris, 1994, p.59-92.

²⁰⁰ « La dénonciation d'une injustice suppose en effet la référence à un coupable ou à un responsable qui peut [...] être représenté par une synecdoque d'abstraction [...] ou être identifié et désigné nommément à la vindicte publique. Cette forme de violence a pour particularité de s'exercer par personne interposée et par la médiation du langage: le dénonciateur doit instituer une croyance et, au moyen d'une rhétorique, convaincre d'autres personnes, les associer à sa protestation, les mobiliser et pour cela non seulement les assurer qu'il dit vrai, mais aussi que cette vérité est bonne à dire et que la violence consécutive au dévoilement est à la mesure de l'injustice dénoncée. » Boltanski L., Darré Y., Schiltz M-A., *op. cit.*, p. 3.

²⁰¹ Lascoumes, *op.cit.*, p. 88.

²⁰² Selon l'expression forgée par Luc Boltanski dans son ouvrage intitulé, *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Métailié, 1993, p. 215-219.

²⁰³ 50 millions de consommateurs, *op.cit.*, p. 24.

²⁰⁴ Et non de la « santé ». Encore une fois, on constate l'influence de la définition médicale du problème.

²⁰⁵ *Ibid.*, p. 15.

hospitalier est, bien souvent, le premier employeur de la commune. Ce sont ensuite les pouvoirs publics qui sont mis en cause :

« Et pourtant, tous les responsables médicaux le répètent, professeur Steg en tête : « Selon l'hôpital où vous êtes dirigé lors d'un accident de santé ou de la circulation, vos chances de guérison ne sont pas les mêmes ». Pas pour une question géographique, compréhensible, celle-là : si vous vous cassez le genou sur le plateau de Millevaches, il est évident que vous serez moins vite secouru qu'en face d'un CHU. Non, il s'agit de moyens et de compétences. Ici, vous aurez affaire à des spécialistes disposant de tout le matériel nécessaire, et là, à de vagues et jeunes étudiants, n'ayant à leur disposition qu'un tire-langue et de l'alcool à 90%²⁰⁶. »

Se faisant le relais de l'argumentaire contenu dans le rapport Steg (le « pape » incontesté de la restructuration) de 1989²⁰⁷, le journaliste précise que faute de personnel compétent, des personnes meurent chaque jour (« Ici vivant, mort là-bas ! »). La principale cause du problème résiderait dans le recrutement d'« internes au rabais » autrement dit, de résidents²⁰⁸ « faisant fonction » d'interne pour assurer la « permanence des soins » dans des services d'urgences d'hôpitaux de proximité aux budgets limités. La charge est ici portée sur l'institution et non sur les médecins qui subissent eux-mêmes les effets délétères de cette organisation qu'ils dénoncent :

« Tout cela concourt à « l'inégalité devant l'urgence médicale », que dénoncent solennellement les syndicats médicaux, notamment les anesthésistes-réanimateurs (SNPHAR)²⁰⁹. »

Non seulement les anesthésistes-réanimateurs ne sont pas discrédités par le contenu de l'alerte mais ils parviennent également à maintenir le contrôle sur l'information médiatique. En guise de conclusion, le journaliste expose sans surprise les solutions défendues par les syndicats et contenues dans le rapport Steg : substituer à la proximité des services d'urgence la qualité et, pour ce faire, médicaliser et « mettre le paquet sur les moyens de transport » notamment hélicoptères²¹⁰.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 16.

²⁰⁷ Il est cité à six reprises dans l'article qui lui consacre également une photo sur laquelle il est vêtu d'un « pyjama vert » (uniforme du chirurgien) devant une porte portant l'inscription « Groupe opératoire ». La légende de cette photo est la suivante : « Le Pr. Steg, « le pape des urgences », l'affirme : impossible d'assurer des services d'urgences de qualité 24 heures sur 24, dans tous les hôpitaux. », *50 millions de consommateurs*, *op.cit.*, p. 25.

²⁰⁸ Terme utilisé pour désigner les étudiants en médecine générale, ceux qui n'ont pas passé le concours de l'internat soit qu'ils ne le souhaitent pas, soit qu'ils aient échoué. Sur la réforme de l'internat de médecine de 1982 et l'analyse de ses effets pervers quant à la perception des « résidents », on peut se reporter utilement au travail d'Anne-Chantal Hardy-Dubernet: « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence », in Cresson G., Drulhe M., Schweyer F-X., dir., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, ENSP, 2003.

²⁰⁹ *50 millions de consommateurs*, *op.cit.*, p. 24. La SNPHAR est le syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs. Réputé très actif, il a été créé au cours des années 1960. Pour plus de précision sur ce point, se reporter à l'article de Yann Faure, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *ARSS* n°156-157, p.98-114.

²¹⁰ Ces propos ne sont pas sans rappeler l'argumentaire défendu par le Pr Huguenard pour la résolution du problème de l'inégalité des citoyens devant l'urgence.

Les professionnels de l'information écrite apparaissent ainsi comme de simples relais de la définition du problème telle qu'elle est élaborée par les experts médicaux. Ces derniers tiennent en effet les places clés dans la production-rétention de l'information médiatique et parviennent, de fait, à rester les « propriétaires » légitimes du problème des services d'urgence hospitaliers. Cette « alerte » doit donc être davantage analysée comme une opération de communication²¹¹ orchestrée par un groupe soucieux de promouvoir ses intérêts plutôt que comme une véritable action d'information en direction du public.

A cet égard, le « scandale des urgences » présente des similitudes frappantes avec le « scandale des accouchements » étudié par Danièle Carricaburu. Nous avons choisi ici de reporter une partie de son analyse tant le parallèle nous apparaît pertinent :

« D'après un rapport du Haut comité de la santé publique (HCSP), publié en 1994, le premier plan « périnatalité » serait la conséquence directe de l'action d'un pédiatre qui « pendant les vacances de Pâques 1970 », aurait déclenché une campagne de presse sur le « scandale des accouchements en France ». Alexandre Minkowski prenait à témoin l'opinion publique, lui montrant ces enfants au cerveau lésé uniquement parce que l'environnement technique n'avait pas été conforme aux données des connaissances de l'époque » (HCSP, 1994, p.35). Rétrospectivement, on peut analyser cette « campagne de presse », évoquée par plusieurs professionnels interviewés et décrite dans les différents ouvrages qu'a rédigé A. Minkowski comme une « alerte » destinée à faire sortir le problème du monde hospitalier [...] Evoquant les « milliers de Françaises » qui perdent leur nouveau-né chaque année, ou donnent naissance à un enfant définitivement « arriéré », il met en cause l' « incurie générale », la passivité de l'Ordre des médecins et celle des mandarins. N'ayant « rencontré que de l'obstruction chez les obstétriciens d'abord (et combien belliqueuse), puis chez les médecins (Conseil de l'Ordre) et chez les ministres », il décide alors de s'adresser « à quelques journalistes [...] puis à tous les magazines féminins » (1987, p.30). La sécurité de la naissance étant son cheval de bataille, il s'implique dans ce qu'il nomme son « combat » et propulse le risque lié à la naissance hors du registre de la fatalité et hors du monde strictement médical en insistant sur les séquelles catastrophiques consécutives à des accouchements traumatiques. Son positionnement correspond à une contestation de la gestion publique : le problème est nommé, les causes et les responsables sont désignés et la revendication est clairement argumentée. L'inégalité que représente la naissance d'un enfant « arriéré », dont le handicap aurait pu être évité par de meilleures conditions de naissance, est au cœur de sa « campagne de presse »²¹². »

Quelles réactions le scandale des urgences a-t-il suscité ? Pour répondre à cette question, nous pouvons prendre partiellement appui sur les analyses réalisées par Philippe Ponet sur les rapports entre le champ journalistique et médical²¹³.

²¹¹ « Ensuite, il faut relever la confusion croissante entre action d'information et action de communication. Dans le premier cas, le journaliste est, plus ou moins, responsable de son récit. Dans le second cas, cette maîtrise s'estompée, le journaliste n'étant que le relais d'une opération d'influence menée par un organisme extérieur, public ou privé. », Lascoumes P., *op.cit.*, p. 89.

²¹² Carricaburu D., *op. cit.*, p. 56-57.

²¹³ Ponet P., « La guerre des mondes : de quelques rapports entre univers sociaux différenciés. Le cas des « palmarès » des hôpitaux », *Politix*, vol.18, n°72, 2005, p. 125-154. Cet article présente un double intérêt pour notre étude de cas: d'une part, les informations qu'il livre viennent combler les lacunes de nos matériaux relatives à ce scandale ; d'autre part, son analyse fournit des éléments de contexte indispensables à la compréhension des logiques à l'origine de la survenue de cet événement médiatique.

Rappelons que l'alerte fut relayée pour la première fois, par le magazine *50 millions de consommateurs*, dans son numéro de novembre 1992. Très rapidement, du côté des médecins experts de la CNRU²¹⁴, la publicisation d'un problème dont ils étaient jusqu'alors les seuls « propriétaires légitimes », est condamnée. Les paroles prononcées par l'un des membres de cette commission dans une interview parue le 24 novembre dans le *Quotidien du médecin*, sont à cet égard éclairantes :

« On peut en effet se demander à qui profite le crime. C'est une affaire énorme relayée par les médias qui affolent la population. Le courage politique qu'il faut pour réorganiser les urgences ne doit pas être confondu avec la démagogie. Les pouvoirs publics ne doivent donc pas céder à la tentation de faire une restructuration à la hussarde, mais réorganiser le paysage hospitalier dans la sagesse, avec une implication des professionnels. On ne semble pas en prendre le chemin de cette manière. Si la liste des services à fermer est déjà prête, ce qui semble être le cas, alors toutes les structures de concertation existantes y compris la commission Steg (la CNRU), n'ont pas lieu de se réunir²¹⁵. »

Aussi, ce n'est pas le contenu de l'alerte qui est contesté mais l'alerte elle-même autrement dit l'acte de dénonciation publique. En sortant le débat du huis clos médical, les syndicats de spécialistes de médecine d'urgence et d'anesthésistes-réanimateurs ont agi contre l'avis des caciques du corps médical en charge du problème des urgences depuis le milieu des années 1980. Pour comprendre le succès médiatique des « tireurs d'alarmes », l'analyse menée par P. Ponet est ici d'un précieux concours. D'après lui, la fin des années 1990 correspond à un tournant dans les rapports entre médias et médecins :

« Alors qu'auparavant c'était surtout la position institutionnelle – en général les chefs de service des grands hôpitaux parisiens – qui permettait à chaque médecin de s'imposer dans les médias, ce sont désormais les journalistes qui choisissent parmi des médecins « spécialisés en communication » : qu'ils soient désignés ou auto-proclamés porte-paroles de la profession, leur multiplication, en sus de favoriser une concurrence exacerbée, a pour effet principal de déposséder les anciens représentants du monopole de la parole autorisée²¹⁶. »

Dans ce cadre d'analyse, la prise de parole du Pr. Steg dans la revue *50 millions de consommateurs* peut être interprétée de la façon suivante :

« Le caractère « public » de la réaction de ce médecin laisse d'autre part penser que les anciens « grands patrons » - parce que leur pouvoir de gestion « silencieuse » des problèmes professionnels est publiquement contestée par certains médecins – sont désormais obligés de prendre la parole dans les médias, voire de collaborer avec eux²¹⁷. »

C'est ainsi qu'une large tribune est accordée au Pr Steg dans le second numéro consacré au thème des urgences pour faire entendre cette fois-ci, la parole des experts légitimes dans l'espace

²¹⁴ Commission nationale de restructuration des urgences.

²¹⁵ *Le quotidien du médecin*, 24 novembre 1992, p. 8.

²¹⁶ Ponet P., *op.cit.*, p. 140.

²¹⁷ *Ibid.* p. 142.

public. Qu'en est-il à présent, de la réaction du côté politique et plus précisément au sein du ministère de la Santé ?

Le ministre de la Santé, Bernard Kouchner, conforte les propos contestataires émis par les « lanceurs d'alerte » :

« M. Bernard Kouchner, ministre de la Santé et de l'action humanitaire, a pour sa part affirmé que cette publication était « une bonne occasion de prendre le taureau par les cornes »²¹⁸. « S'il ne s'agit pas de faire un guide Michelin des services d'urgences, il est vrai que certains services n'ont d'urgences que le nom »²¹⁹. »

Ce discours est d'ailleurs dans un premier temps, relayé par le quotidien du médecin, certains d'entre eux²²⁰ félicitant la réalisation d'une enquête qui « porte le fer dans la plaie en dénonçant les aberrations du système français »²²¹. Toutefois, la semaine suivante les réactions négatives d'une frange du corps médical contraignent le Ministre de la Santé à nuancer ses propos dans un entretien accordé à la même revue médicale :

« Vivement critiqué pour ses déclarations, B. Kouchner va quelques jours plus tard faire acte de contrition en s'appuyant sur la découverte d'erreurs dans certaines cartes publiées. Il explique ainsi que les affirmations du mensuel « ne sont fondées sur aucune évaluation des pratiques et des techniques, mettant en cause injustement le personnel médical et paramédical de certains établissements », tout en maintenant cependant que « l'harmonisation des urgences et leur humanisation sont des problèmes réels, sur lesquels travaille le Ministère de la Santé, en concertation avec les professionnels »²²². »

Comment expliquer cette ambivalence ? Dans un contexte plus général de restructuration du système de santé qui commande la fermeture d'hôpitaux de proximité et de maternités notamment, B. Kouchner peut difficilement se passer d'une alerte justifiant une politique sanitaire impopulaire. Toutefois, il ne peut pas davantage se mettre à dos les médecins experts chargés de la question de restructuration des urgences dans le cadre de la CNRU et risquer ainsi de compromettre les négociations à venir. Ainsi, l'essentiel des réactions se joue en marge de la scène publique, dans les espaces peu visibles et clos où seules les paroles des médecins experts et des professionnels de la politique ont droit de cité.

Pour conclure, l'alerte lancée par les syndicats de spécialistes de médecine d'urgence et d'anesthésistes-réanimateurs peut être analysée comme une « stratégie de scandalisation »²²³

²¹⁸ Follea L., Publiée dans la revue « 50 millions de consommateurs ». « Une « liste noire » des services hospitaliers des urgences », *Le Monde*, 18/11/1992.

²¹⁹ *Le quotidien du médecin*, 24 novembre 1992, p. 8

²²⁰ Leur spécialité d'appartenance n'est malheureusement pas mentionnée.

²²¹ *Le quotidien du médecin*, 18 novembre 1992, p. 1

²²² Ponet P., *op.cit.*, p. 140.

²²³ Offerlé M. *Sociologie des groupes d'intérêt*, Editions Montchrestien, 1998, p. 122-123.

ayant pour principal objectif de peser sur les travaux en cours de la commission de restructuration. Plus précisément, occupant une position dominée au sein de l'univers médico-hospitalier, ces médecins auraient trouvé dans le recours aux médias, un moyen d'imposer leur vision du problème face à des médecins experts occupant le haut de la hiérarchie médicale :

« La publication sert tout de même la cause des professionnels du secteur. « L'opinion confond trop souvent proximité et sécurité », explique M. Vincent²²⁴. Le professeur Geneviève Barrier, chef du service de réanimation de l'hôpital Necker, directrice du SAMU de Paris et membre de la commission nationale de restructuration des urgences, confie, pour sa part, que « globalement », elle est « tout à fait d'accord » avec la façon dont le problème est abordé. Mais « la vraie question, dit-elle, c'est celle de la définition de l'hôpital. Est-ce un endroit où l'on soigne les gens ou le volant de sécurité du chômage ? »²²⁵ »

Dans cette dernière phrase, Geneviève Barrier fait référence à la résistance d'élus locaux à la fermeture des services d'urgence de proximité. Elle les discrédite, en opposant la poursuite de leurs intérêts politiques à l'intérêt général porté par les professionnels en faveur de la restructuration des services d'urgence hospitaliers. Cette stratégie a-t-elle fonctionné ? Sont-ils parvenus à imposer leur solution du problème ?

2.2. LA « FORCE INSTITUANTE »²²⁶ DU SCANDALE DES URGENCES : DE L'ALERTE A LA REFORME DE « RESTRUCTURATION » DES URGENCES

Le passage dans l'arène médiatique fut de courte durée, aussi peut-on parler ici d'« émergence factice »²²⁷ du problème des urgences qui, suite à une intense publicisation, va de nouveau faire l'objet d'une prise en charge scientifique et technique²²⁸. S'inspirant de l'analyse de Danièle Carricaburu citée précédemment, on peut expliquer ce « (re)confinement » par le statut d'expert (et non de profane), des « lanceurs d'alerte ».

2.2.1 Un problème d'expert : le rapport de 1993

En septembre 1993, le rapport de la CNRU est remis au Ministre de la Santé et à l'instar des syndicats d'anesthésistes-réanimateurs, la lecture du problème des urgences est d'ordre organisationnel :

²²⁴ Directeur des hôpitaux.

²²⁵ Follea L., *op. cit.*

²²⁶ De Blic D., Lemieux C., « Le scandale comme épreuve. Eléments de sociologie pragmatique », *Politix*, Vol. 18, n°71, p. 12-13.

²²⁷ « Faisant bruyamment irruption dans l'espace public, ils suscitent alors l'activation fugace du champ politique, avant d'être repris en charge par des « instances de captation » qui, en les requalifiant dans des termes techniques ou administratifs, limitent de manière efficace l'immixtion du politique », Favre P., (1992), cité par Yves Barthes, « Le recours au politique ou la problématisation politique par défaut », in Lagroye J., (dir.), *op.cit.*, p. 475.

²²⁸ Le « scandale des accouchements » a connu le même destin. Cf. Carricaburu D., *op. cit.*, p. 56.

« Ces structures d'urgences se sont établies progressivement, sans doute en fonction des besoins, mais sans plan préétabli et avec le temps ne se sont toujours pas adaptées aux variations de population et aux progrès des communications. Leur répartition actuelle peut paraître anarchique²²⁹. »

On note par ailleurs que le passage de l'espace médiatique à l'espace confiné s'est traduit par un changement dans le mode de formulation du problème. Les auteurs du rapport n'utilisent plus le registre de la confrontation (à qui profite le crime ?) mais celui de la négociation en mettant hors de cause les anesthésistes-réanimateurs qu'ils avaient pourtant fustigés au moment de l'alerte. Les responsabilités sont principalement imputées aux pouvoirs publics :

« L'obligation faite par la loi de 1970 à tous les hôpitaux d'assurer l'accueil des urgences 24/24h n'a pas été appliquée partout. Elle ne pouvait pas l'être. Certes, elle a multiplié les sites d'accueil des urgences, mais ici également s'est développée une confusion qui a abouti à un leurre. La confusion, c'est que le même nom de « services d'urgences » recouvre en fait des structures très différentes dans leurs moyens et leurs fonctions. Le leurre, c'est l'idée que, puisqu'un établissement est doté d'un « services d'urgences », celui-ci peut nécessairement accueillir et traiter toutes les urgences. Or, ceci est impossible [...] Le saupoudrage est incompatible avec la qualité.²³⁰ »

Dans l'explication du problème des urgences hospitalières, les médecins experts mettent directement en cause la politique sanitaire menée par le Ministère de la Santé sur la période 1970-1990. Axée sur un référentiel d'expansion hospitalière, elle aurait été à l'origine selon eux, de la création sur tout le territoire de multiples structures d'urgence variables tant dans leur dimension qu'au regard de leur qualité²³¹. La charge est ensuite dirigée, une fois encore, vers les élus locaux pour qui l'implantation d'un hôpital est étroitement liée à la question de l'emploi, réputé sensible du point de vue électoral :

« ... Peu à peu, une dérive s'est installée et tous les hôpitaux ont voulu avoir leur service d'urgences. Cette situation résulte d'une certaine anarchie dans l'implantation des hôpitaux et dans la création des services d'urgences. Un certain nombre d'établissements ou de services doivent leur existence davantage à des cheminements historico-politiques qu'à d'authentiques nécessités sanitaires [...] Chaque établissement, même peu actif, même peu doté, a voulu « son » service parce qu'il est considéré comme la vitrine de l'hôpital.²³² »

Aussi, force est de constater que ce rapport a le même contenu que l'alerte médiatique et que seuls les registres discursifs diffèrent. La définition du problème est ici débattue selon une modalité plus propice au compromis, un équilibre devant être trouvé entre d'un côté, la proximité spatiale voulue par les élus locaux et la population et de l'autre, une concentration

²²⁹ Steg A., « La médicalisation des urgences », Rapport de la commission nationale de restructuration des urgences, Paris, 1993, p. 8.

²³⁰ *Ibid.*, p. 25.

²³¹ Cette critique entre en résonance avec la modification de la gestion de la question territoriale évoquée précédemment. Instaurée par la loi de réforme hospitalière du 3 juillet 1991, elle vise à considérer davantage les besoins.

²³² Steg A., *op. cit.*, p. 32-33.

géographique (urbaine) hospitalière réclamée par les médecins hospitaliers anesthésistes-réanimateurs au nom de la « sécurité »²³³ de la population.

Pour ce faire, le rapport préconise de « graduer la réponse à l'urgence » en distinguant les SAU des ANACOR. Les premiers sont dotés de personnel et de plateaux techniques aptes à accueillir les urgences vitales tandis que les seconds sont chargés de répondre aux besoins de la population en accueillant, dans un lieu de proximité, la majeure partie des urgences dites de « médecine générale » ou de « dispensaire ». Et pour compenser les inconvénients liés à l'éloignement des SAMU de certaines zones géographiques suite à la restructuration, les auteurs suggèrent, à l'instar du Pr Huguenard en 1981 (entre autres), de renforcer le SMUR hélicoptéré dont la médicalisation doit être assurée par les anesthésistes-réanimateurs :

« Insistons en particulier sur le développement nécessaire des transports hélicoptérés. Ceux-ci sont rapides et affranchis des difficultés de la circulation et permettent d'arriver au plus vite sur les lieux de l'urgence [...] Actuellement en France, il n'y a qu'une vingtaine d'hélicoptères sanitaires hospitaliers couvrant 18 départements, alors que, par exemple, l'Allemagne, pour un territoire moins étendu, en dispose de près de trois fois plus. Il n'existe pas non plus de politique d'hélistation hospitalière [...] A cet égard, il est nécessaire de réactiver la circulaire du 19 janvier 1973 sur les hélistations hospitalières²³⁴. Ces mesures sont de la plus haute importance pour éviter que les changements fondamentaux qui vont s'opérer dans le cadre de la restructuration sur la base d'une exigence de qualité ne risquent de conduire, dans certains cas, à une remise en cause des équilibres actuels dans l'accès de la population aux soins d'urgence²³⁵. »

Cette solution médicale est présentée comme une évidence dont la légitimité se trouve renforcée par la citation, en exemple, du modèle allemand d'organisation des urgences. Concernant la question du transport sanitaire d'urgence, ils appellent également à une participation accrue des ambulanciers privés qui doivent désormais s'organiser dans le cadre des CODAMU et d'associations départementales de transports sanitaires d'urgence (ATSU). Dans un contexte d'augmentation importante des interventions d'urgence, ils sont destinés à « compléter » les ambulances de sapeurs-pompier dont il est précisé que l'activité de transport sanitaire doit se faire en liaison avec le SAMU. L'ensemble de ces propositions répond aux attentes des anesthésistes-réanimateurs qui veulent à la fois développer les SMUR et renforcer les compétences des ambulanciers privés. Ces derniers font en effet figure d'alliés dans la concurrence entre les SMUR et les ambulances de la FNSPF.

²³³ Steg A., « La restructuration des urgences: un impératif de sécurité », *Bulletin Académique Nationale de Médecine*, 1994, 178 (8) : 1475-1492.

²³⁴ Huguenard, *op.cit.* p. 163-167. Dans ces pages, il évoque la survenue une nuit de décembre 1973, d'un accident d'hélicoptère qui aurait justement entraîné, selon lui, cette désaffection française pour le transport sanitaire hélicoptéré. L'engin appartenait à la Sécurité civile et en conséquence « le Ministre de l'Intérieur jugea bon d'interdire alors les vols de nuit, de sorte qu'il n'est pas douteux que des blessés ou malades ont été, depuis, traités dans des délais trop longs », p. 165.

²³⁵ Steg A., « La médicalisation des urgences », *op. cit.* p. 38.

Enfin, la commission souligne également la faiblesse des systèmes de garde des médecins généralistes avec des listes non tenues à jour et des médecins de garde absents en dehors des heures ouvrables. Fort de ce constat, les auteurs encouragent les médecins généralistes à « s'organiser sur le terrain pour mieux assurer la permanence des soins » et soulager ainsi l'hôpital, de la petite et moyenne urgence. Ils reconnaissent par ailleurs « dans les grandes villes, l'utilité des organisations de médecins urgentistes », faisant ici référence à l'association SOS Médecins. Concernant le milieu rural, les auteurs jugent *a priori* que l'organisation de la « permanence des soins » c'est-à-dire la réponse aux petites et moyennes urgences, y est meilleure qu'en ville :

« En milieu rural par contre, la réponse pré-hospitalière à l'urgence semble paradoxalement plus rapide et plus rationnelle en raison sans doute de l'existence d'un tissu social où les médecins de famille sont connus de la population. Un certain nombre d'entre eux appartenant au corps médical de sapeurs-pompiers a reçu une formation appropriée. Encadrés par des professionnels des services de secours et d'incendie disposant de moyens de liaison, ils forment un premier maillon médical solide dans la chaîne des urgences.²³⁶ »

Puis, citant une étude récemment parue dans une revue médicale²³⁷ portant sur l'activité d'urgence de 11 médecins généralistes ruraux sur une année, les auteurs du rapport établissent que « 87% des appels urgents correspondent à des situations sans gravité ». Ce qu'il faut comprendre ici, c'est que le peu d'urgence vitale survenant en milieu rural ne justifie pas l'existence de services d'urgence hospitaliers de proximité. Le recours à cette étude *a priori* scientifique vient donc nourrir un argumentaire déjà bien fourni, encourageant la fermeture de ces services ruraux dans le cadre de la restructuration voulue par les médecins hospitaliers.

2.2.2. La politisation de la « restructuration » : « une urgence de santé publique »²³⁸

Ces recommandations ont été immédiatement relayées par la presse nationale comme en témoigne le titre d'un article du quotidien « Le Monde », paru le 10 décembre 1993 : « M. Douste-Blazy présente un plan de restructuration des urgences hospitalières ». Le journaliste précise le contexte :

« Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, a présenté, mercredi 8 décembre au conseil des ministres, un plan de restructuration des urgences hospitalières qui fait suite au rapport sur la « médicalisation des urgences » établi par le professeur Adolphe Steg (le Monde du 18 Septembre). Ce plan prévoit la création de deux types de services d'urgence : les antennes d'accueil et

²³⁶ *ibid.*, p. 55.

²³⁷ La référence de cette étude est malheureusement incomplète. Seuls les auteurs sont mentionnés : J.L Fargion, P. Lambert, N. Wuithier.

²³⁸ Nouchi F., « A la suite du rapport du professeur Steg. M. Douste-Blazy présente un plan de restructuration des urgences hospitalières », *Le Monde*, 10/12/1993, p. 10.

d'orientation, assurant la permanence de proximité ; les services d'accueil, aptes à traiter les urgences, y compris les plus graves²³⁹. »

L'augmentation du nombre de passages aux urgences qui atteint en 1993 le chiffre de huit millions, a rendu sensible la question des services d'urgence hospitaliers et plus précisément, celle de leur « sous-médicalisation » dénoncée par le Pr Steg. Une situation requalifiée par le Ministère de la Santé d' « urgence de santé publique »²⁴⁰ qu'il s'agit de « corriger sans délai ». Un crédit de 200 millions de francs est alors débloqué pour améliorer la médicalisation de ces services (SAU, Anacor), des normes de fonctionnement et d'équipements sont également définies.

La célérité de la réponse politique est à replacer, à notre sens, dans un contexte favorable de restructuration des maternités²⁴¹. Le « scandale des urgences » entre en effet en résonance avec les préoccupations publiques du moment. En 1992, suite à une étude qui place la France à l'avant-dernière place de la Communauté Européenne en ce qui concerne les décès maternels, le Ministre de la Santé Bernard Kouchner saisit le Haut Comité de la Santé Publique et le charge d'étudier ce problème. Le premier rapport²⁴², publié la même année, recommande la fermeture des petites maternités effectuant moins de 300 accouchements par an. Parallèlement, les experts interrogés, tous médecins hospitaliers, préconisent de regrouper les maternités pour atteindre le seuil de 1500 accouchements par an. Deux ans plus tard, sur la base d'un second rapport²⁴³, le Ministère de la Santé engage une réforme de la périnatalité qui vise à restructurer la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en apportant une réponse graduée :

« A chaque niveau de risque (bas, moyen, haut) correspondent des maternités de niveau I, II ou III, ainsi catégorisées en fonction de leurs moyens humains et matériels en matière de réanimation²⁴⁴. »

Dans ce cadre, les petites maternités qui ont pour fonction de prendre en charge les cas sans gravité ne sont pas systématiquement fermées. Ces mesures politiques sont étroitement similaires à celles retenues pour la question de la géographie des urgences hospitalières.

Au terme de l'article, le journaliste précise que le Premier Ministre, Mr Edouard Balladur, vient de confier au professeur Geneviève Barrier, patron du SAMU de Paris²⁴⁵, une mission sur la

²³⁹ *Ibid.*, p. 10.

²⁴⁰ *Ibid.*, p. 10.

²⁴¹ Carricaburu D., *op. cit.*, p. 59.

²⁴² E. Papiernik, « Rapport du groupe de travail sur la sécurité de la naissance auprès du Haut comité de santé publique », 1992.

²⁴³ Pr François Gremy, « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité », 1994.

²⁴⁴ Carricaburu D., *op. cit.*, p. 59-60.

phase « pré-hospitalière » de la prise en charge des urgences. Plus précisément, il s'agit cette fois-ci « d'étudier de plus près le problème des généralistes qui avait été un peu sous-évalué »²⁴⁶. Si l'on en croit le rapport précédent, l'inorganisation de la PDS serait en effet une des principales causes de l'inégalité géographique des Français devant l'urgence.

Ainsi, après avoir privilégié une approche hospitalière du problème censé être traité par la politique de restructuration des services d'urgences hospitaliers, l'attention se fixe de nouveau sur l'organisation « pré-hospitalière » de l'urgence. Il convient de souligner que cette étude n'est pas confiée à un professionnel appartenant au corps des médecins généralistes libéraux mais à un médecin hospitalier qui plus est, chef d'un SAMU et anesthésiste-réanimateur. Ces derniers conservent ainsi la propriété du problème.

2.3. LES MEDECINS GENERALISTES ET L'URGENCE « PRE-HOSPITALIERE »

Après une brève apparition dans l'arène publique, le problème des urgences « pré-hospitalières » retourne dans les coulisses médicales. Il est traité entre administratifs et professionnels selon un mode opératoire classique qui consiste d'une part, à auditionner des professionnels (essentiellement des médecins) et d'autre part, à produire des propositions soumises à l'arbitrage du politique.

2.3.1. La définition politico-administrative de la question des urgences médicales « préhospitalières » : la « permanence des soins »

Dès les premières pages du rapport, le Pr Barrier dresse le constat d'une réelle inorganisation de l'offre médicale de soins d'urgence « pré-hospitaliers » :

« La manière de traiter les urgences médicales hors de l'hôpital achoppe sur deux points. D'abord l'exercice individuel de la médecine: les nouvelles générations médicales n'acceptent plus de sacrifier leur vie personnelle et familiale à une vie professionnelle de moins en moins gratifiante; d'où le défaut d'organisation des professions de santé libérale en matière d'urgence et les lacunes de certaines listes de garde [...]. Le second obstacle à l'organisation d'un réseau de médecine d'urgence satisfaisant est le financement des actes d'urgences²⁴⁷. »

Cette approche médicale du problème appelle des solutions évidemment d'ordre médical : créer un véritable réseau de soins d'urgence incluant les médecins de famille et les SAMU-centres 15 ; intégrer la médecine d'urgence à la formation des généralistes afin d'améliorer leurs compétences dans ce domaine ; enfin, réévaluer à la hausse la rémunération de l'acte d'urgence

²⁴⁵ Chef du service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Necker à Paris.

²⁴⁶ Steg A., « Les experts médicaux : à propos des rapports sur les urgences », in Durand-Zaleski I., *Politiques de santé en France : quelle légitimité pour quels décideurs ?*, Médecine-Science Flammarion, Paris, 1997, p. 18.

²⁴⁷ Barrier G., « Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences », 1994, p. 2.

pour permettre à ces médecins « volontaires » l'acquisition de matériels et de médicaments nécessaires aux premiers soins d'urgence. Ces recommandations n'ont rien d'anodines puisqu'en faisant des médecins du SAMU les principaux formateurs des médecins généralistes, elle place ces derniers directement sous leur autorité. En outre, la revalorisation des actes de médecine d'urgence a pour objectif non seulement d'inciter les médecins généralistes à réinvestir ce domaine d'activité mais également, à les dissuader de l'exercer sur le mode du volontariat c'est-à-dire en tant que « médecin pompier ». L'auteur rappelle ensuite la nécessité d'accompagner la restructuration hospitalière d'une réorganisation des transports sanitaires privés « pour que l'accès aux soins de qualité soit égal pour tous ». S'ensuit un tableau plutôt sombre et critique de la politique de transport sanitaire d'urgence initiée par la FNSPF avec la « complicité coupable » des élus locaux :

« Il n'existe que de rares évaluations des transports sanitaires en terme de santé publique et pourtant leur coût est important [...]. Certains des maires que nous avons rencontrés en privé se plaignent de la concurrence des sapeurs-pompiers et des SMUR sur le lieu des accidents, faisant fi de toute régulation médicale. Pendant des années, les municipalités ont fait preuve de largesse envers ces services, mettant à leur disposition des matériels coûteux, sophistiqués et parfois superflus. Maintenant l'augmentation des prélèvements obligatoires, et singulièrement des impôts locaux, leur impose l'évaluation de l'utilité et du coût de fonctionnement de ces équipements. Il faut donc définir une politique nouvelle des transports sanitaires qui repose sur le respect des textes existants et sur l'évaluation des besoins réels plutôt que sur le désir de confort d'une partie de la population. Cet aménagement doit être inclus dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire²⁴⁸. »

Poursuivant sa critique, l'auteur établit ensuite une distinction entre le « transport sanitaire » et le transport lié au « secours à personne ». Le premier suppose « soit une prescription médicale, soit une urgence médicale et donc une prescription de transport régulée médicalement ». Suivant cette définition, tous les transports effectués par les sapeurs-pompiers sans régulation préalable par le SAMU constituent, dans les faits, des « évacuations d'urgence » et non des transports sanitaires. Une telle distinction entre les notions de « sanitaire » et de « secours » cristallise encore une fois l'opposition entre deux conceptions de l'urgence, celles respectivement du SAMU et de la FNSPF. Le Pr. Barrier prolonge sa critique par l'exposé des conclusions d'une étude consacrée à une évaluation comparée de l'activité des SMUR et des véhicules de sapeurs-pompiers :

« Dans son travail sur l'urgence en Basse Normandie, Le Coutour montre que les SMUR « présentent des qualités de prise en charge très inégales, associant de façon variable des médecins spécialement formés à l'urgence, des infirmiers anesthésistes, des internes de spécialité, voire des internes de médecine générale, des faisant fonction d'interne, des externes, des pompiers ». Il constate de même que « la médicalisation des secours apportés par les Véhicules de Secours aux

²⁴⁸ Barrier G., *op. cit.*, p. 51.

Asphyxiés et aux Brûlés (VSAB) est variable, variant du simple au triple selon les départements et que, l'équipement des VSAB est très variable²⁴⁹. »

Cette étude qui vient nourrir l'argumentaire des architectes du SAMU pointe l'extrême inégalité de la qualité de la prise en charge assurée par les VSAB et les SMUR selon les départements. Cette inégalité géographique dans l'accès aux soins d'urgence de « qualité » résulte, selon l'auteur, d'une insuffisante médicalisation des interventions d'urgence dans certains territoires. Pour étayer sa critique, le Pr. Barrier cite ensuite une enquête réalisée en 1993 par le journal « Urgence Pratique ». Portant sur 47 directions de services d'incendies et de secours, elle révèle qu'aucune formation à l'urgence n'est exigée au recrutement des médecins de la FNSPF dans les trois quarts des services étudiés. Dit autrement, la plupart des médecins pompiers ne sont pas compétents en matière d'urgence.

C'est sur la base de ce rapport remis en septembre 1994, que le Ministre délégué à la Santé et porte-parole du gouvernement, P. Douste-Blazy, élabore un « Plan gouvernemental sur les urgences » présenté le 7 mars 1995. Dès le lendemain, le journal « Le Monde » s'en fait l'écho en faisant paraître un article titré « *Les urgences hospitalières s'ouvrent aux médecins généralistes* ». Le sous-titre informe d'emblée le lecteur sur l'orientation retenue par le Ministère de la Santé pour élaborer le plan ainsi que les réactions qu'il suscite :

« Leur participation à la régulation des appels et aux interventions de terrain devrait améliorer la prise en charge des urgences non vitales. Les médecins-pompiers redoutent de perdre ainsi une partie de leurs prérogatives.²⁵⁰ »

Les urgences vitales restent du ressort des anesthésistes-réanimateurs hospitaliers tandis que les médecins généralistes sous la direction du SAMU, ont pour fonction de désengorger les services d'urgences dans un contexte d'augmentation importante de l'activité de ces services :

« L'enjeu est de taille : sept à huit millions de personnes sont accueillies chaque année dans les services d'urgences des hôpitaux français. Ces admissions donnent lieu à une hospitalisation dans 35% des cas, avec de grandes disparités selon les établissements. Dans son rapport publié en septembre 1993, le professeur Adolphe Steg estimait, par exemple qu'en région Provence-Alpes-Côte-D'azur « au moins 70% des urgences auraient pu être traitées en dehors du contexte de l'urgence [Le Monde du 18 septembre 1993]. »

Conformément aux propositions du rapport Barrier, le plan gouvernemental encourage les médecins généralistes à passer des conventions avec le SAMU et à se réunir en association pour « servir de véritable relais » dans les zones rurales éloignées des SMUR. Il prévoit par ailleurs, une révision du codage et de la rémunération des actes d'urgence effectués par les médecins

²⁴⁹ *Ibid.*, p. 60.

²⁵⁰ « Les urgences s'ouvrent aux médecins généralistes », *Le Monde*, 8/03/1995.

généralistes à la demande du 15, ce qui n'est pas sans susciter de vives réactions de la part de la FNSPF. Cette dernière craint, à juste titre, que les médecins généralistes sapeurs-pompiers ne se désengagent de leur volontariat au profit d'une activité conventionnée avec le SAMU qui serait mieux rémunérée. Au terme de l'article, dans un petit encadré appelé « Commentaire »²⁵¹, le journaliste donne la parole au docteur Jean-Marie Gendarme, président du « syndicat national du service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers » :

« [Il] juge « aberrant » ce plan, destiné, dit-il, à « garder la mainmise hospitalière sur toute la chaîne de l'urgence ». Il estime à cet égard que le ministère de la Santé veut laminer le secours médical de sapeurs-pompiers. »

Les velléités de ce syndicat à l'égard des mesures arrêtées par le plan gouvernemental, ne suffirent pas à empêcher l'élaboration et la publication en 1995 par le Ministère de la Santé, de décrets largement inspirés des rapports Steg et Barrier :

« Les premiers textes sur l'accueil et le traitement des urgences et les conditions techniques de fonctionnement, qui président à la mise en œuvre de cette activité de soins, sont parus dans le décret n°65-947 du 9 mai 1995 mais ont été peu appliqués. Ils sont en grande partie repris dans le décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et le traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des SROS.

Deux types de structures sont toujours prévus : le service d'accueil et de traitement des urgences (SATU) [décret n°95-647 du 9 mai 1995] et, l'unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences (Upatu). Pour chaque type de structure, sont explicitées de façon très précise les conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences²⁵² ».

Forts de leurs ressources, les médecins hospitaliers conservent le monopole du discours sur ce problème et parviennent à imposer leur approche médicale et hospitalo-centrée.

Malgré ces acquis, la mobilisation des promoteurs du référentiel d'aide médicale urgente se poursuit car l'opposition de la FNSPF reste vive. Le conflit porte sur la question de la médicalisation de l'urgence en milieu rural qui, selon les pompiers, constitue la principale faiblesse d'une organisation médicale de l'urgence fondée sur les SMUR. A la compétence des anesthésistes-réanimateurs concentrés géographiquement dans les SAMU, ils opposent la proximité de leurs médecins généralistes.

²⁵¹ Dans cet article, le journaliste relaie principalement le point de vue des médecins hospitaliers.

²⁵² Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France*, La Documentation française, novembre 1998, p. 257-259.

2.3.2. L'urgence « médicale » en milieu rural : médecins Samu contre médecins pompiers

Le dernier trimestre de l'année 1995, la revue « Les Cahiers de la Sécurité Intérieure » publie un numéro spécial consacré aux « métiers de l'urgence »²⁵³. Sur les onze contributions contenues dans ce numéro, quatre d'entre elles portent sur le thème de l'urgence sanitaire : l'une sur le « secours médical »²⁵⁴, une autre sur l'urgence « hospitalière »²⁵⁵, la troisième sur l'urgence « pré-hospitalière »²⁵⁶ et la dernière sur les sapeurs-pompiers²⁵⁷. Le Pr. Louis Lareng profite de cette tribune pour défendre sa conception de l'urgence pré-hospitalière²⁵⁸ à savoir, le principe de médicalisation qui relève selon lui, du « bon sens populaire » car lui seul permet d'assurer « en toute situation et en tout lieu », la qualité de la proximité des soins d'urgence. Le statut d'évidence conféré à ce principe est d'ailleurs partagé et relayé par la contribution de Xavier Prétot pour qui, « la notion de secours médical d'urgence s'est imposée en quelque sorte, d'elle-même »²⁵⁹. Le titre du texte soumis par le Pr. Lareng est, si on en croit son auteur, « volontairement provoquant », l'objectif étant d'attirer l'attention du lecteur sur les difficultés liées à la médicalisation des secours dans les zones rurales éloignées des SMUR :

« Dans les villes et les zones où la concentration de population le justifie, de part le nombre d'interventions, une équipe de médecins professionnels spécialistes de l'urgence, assume les secours au sein d'un SMUR, hospitalier le plus souvent. Les médecins sont des spécialistes reconnus n'exerçant souvent pas d'autre activité que le secours [...]. En zone rurale, la dispersion de l'habitat, le nombre d'interventions par secteur ne justifient pas une professionnalisation du secours médical. Les médecins des SMUR sont par ailleurs trop éloignés pour être efficaces. Il est fait appel aux médecins de proximité qui sont tous des médecins généralistes. Ceux-ci sont souvent médecins des sapeurs-pompiers pour optimiser leur action (moyens radio, matériel, formation). Les sapeurs-pompiers ruraux sont eux-mêmes des volontaires pour les mêmes raisons que les médecins. Cette médecine rurale de proximité représente tout de même environ 60% du total des interventions pour secours à personne effectuées sur le territoire national²⁶⁰. »

²⁵³ *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, « Les métiers de l'urgence », n°22, 4^{ème} trimestre, 1995. Cette revue est une publication trimestrielle de l'Institut des Hautes Etudes de la Sécurité Intérieure (IHESI). Dans ce numéro, l'urgence est abordée dans un sens large puisqu'il s'agit d'évoquer autant les sapeurs-pompiers, les gendarmes, les médecins que le métier de juge, l'organisation d'EDF-GDF ou encore, l'urgence maritime, etc.

²⁵⁴ Prétot X., « L'organisation des secours médicaux d'urgence », *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, n°22, 1995, p. 66-76.

²⁵⁵ Bessin M., « Le social aux urgences hospitalières : les enjeux d'une restructuration », *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, n°22, 1995, p. 57-65.

²⁵⁶ Lareng L., « Les médecins face à l'urgence pré-hospitalière », *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, n° 22, 1995, p. 36-46.

²⁵⁷ Boullier D., Chevrier S., « Grammaire de l'urgence : les sapeurs-pompiers, experts du risque », *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, 1995, n°22, p. 9-21.

²⁵⁸ C'est la même année que paraît l'ouvrage dans lequel il témoigne du long combat qu'il a mené pour imposer l'idée du SAMU en France. [Pour rappel : Burllet M., *Batailles pour le SAMU. Entretiens avec Louis Lareng*, Editions Milan, 1995].

²⁵⁹ Prétot X., *op.cit.*, p. 67.

²⁶⁰ Lareng L., *op. cit.*, p. 39.

L'argument selon lequel la moindre densité d'habitant en zone rurale justifierait la moindre « professionnalisation » et donc, la moindre compétence des acteurs de l'urgence apparaît à notre sens discutable. Non seulement pour une question d'éthique : si on réside au sein d'un village isolé, n'a-t-on pas le droit d'avoir accès à des soins d'urgence de qualité au même titre que le citoyen ? Mais aussi pour une question pragmatique : parmi les professionnels, il est en effet communément admis que les urgences survenant en milieu rural sont généralement d'une plus grande gravité que les urgences rencontrées en milieu urbain²⁶¹.

A partir de ce diagnostic qui a toutes les apparences de l'évidence, le Pr. Lareng soutient l'idée d'une collaboration entre d'un côté, les médecins généralistes libéraux qui doivent réinvestir le domaine d'urgence et de l'autre, les médecins hospitaliers spécialistes de l'urgence²⁶². Autrement dit, il préconise de mettre en place un réseau de médecins généralistes travaillant sous l'autorité et le financement du SAMU. Cette proposition revient implicitement à nier l'intérêt d'une « médecine pompier » dont il subodore la moindre compétence du fait de l'absence de diplôme de médecine d'urgence. Son argumentaire conclut à la nécessité, dans une telle organisation, de recourir à la télémédecine dont il est un ardent défenseur et un des précurseurs en France²⁶³.

Dans un contexte de restructuration des urgences et donc de fermeture de certains services de proximité jugés « dangereux », la télémédecine, en résolvant le problème de la distance et de la compétence, est seule à même, selon Lareng, de garantir « aux patients un égal accès aux soins en tout point du territoire et de contribuer, sans altérer la qualité des soins, à diminuer les coûts de santé »²⁶⁴. L'auteur étant depuis quelques années, le directeur de l'Institut européen de

²⁶¹ Les accidents de la route en sont un exemple. La vitesse liée à des routes plus dangereuses et moins sécurisées en campagne explique la plus grande gravité des accidents qui y ont lieu. Durand de Bousingen D., *op. cit.* p. 82-83.

²⁶² L'analyse avancée par Bessin va également dans ce sens : « *Il faut, en effet, rappeler que les urgences hospitalières ne sont qu'un des chaînons du dispositif d'urgence sanitaire. Le rapport Barrier sur les urgences pré-hospitalières a, par exemple, tenté d'échapper à l'hospitalocentrisme ambiant en réhabilitant le médecin de ville et en incitant au décloisonnement, notamment par des pratiques en réseau. Si tout ne se résout pas avec les réseaux ville-hôpital, ils ont le mérite de réintroduire le médecin généraliste, au cœur de la prise en charge aux côtés des personnels hospitaliers et extrahospitaliers, médicaux et paramédicaux, sanitaires et sociaux, etc.* », Bessin M., *op. cit.*, p. 65.

²⁶³ « *Le recours à la télémédecine facilitera la coordination entre la médicalisation sur place, les transports médicalisés et l'hôpital* » Lareng L., *op. cit.*, p. 36. Le Pr Lareng s'exprime ici moins en tant qu'anesthésiste-réanimateur qu'au titre de Directeur de l'Institut européen de Télémédecine dont il est le fondateur (1989). La télémédecine est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé ainsi que l'échange d'informations médicales, à distance.

²⁶⁴ Lareng L., *op. cit.*, p. 44.

télé-médecine dont il est aussi le fondateur, on peut avancer que la parution de ce texte vise à promouvoir le développement de cette nouvelle branche de la médecine²⁶⁵.

Cette analyse du Pr. Lareng est dans le même temps relayée par la publication, en décembre 1995, d'un article de la revue *Gestion hospitalière* portant sur « l'aide médicale urgente » en Normandie :

« La réorganisation de la carte sanitaire des urgences passe par un renforcement de l'organisation des SAMU-SMUR pour permettre à chaque blessé d'être à égalité de chances, quel que soit son éloignement, par rapport à un centre d'urgence. Dans cette optique, l'organisation administrative classique basée sur le département, voire même la région, paraît obsolète. L'AMU doit être organisée en fonction de bassins de population, de bassins de risque et en fonction des facilités de communication notamment, routières déterminant le délai d'intervention du SMUR²⁶⁶. »

Abordant l'enjeu et les conséquences de la réforme de restructuration sur l'accès aux soins d'urgence, les auteurs se prononcent en faveur d'une politique de médicalisation fondée sur les SMUR. Corrélativement, ils dénoncent avec véhémence le caractère incohérent et dangereux de l'existence d'une « médecine-pompier » parallèle à celle d'une médecine d'urgence hospitalière :

« Ce groupe de médecins a une action particulièrement néfaste puisqu'il permet de servir de caution aux volontés d'hégémonie de certains membres de sapeurs-pompiers, visant à doubler le système de soins déjà existant régulé par le SAMU par un système de secours médical pompier²⁶⁷. »

Cette médecine-pompier agissant indépendamment d'une structure hospitalière est selon les auteurs, d'une « efficacité incertaine » en matière de secours médical d'urgence car seul l'hôpital peut offrir un cadre favorable à l'entretien des connaissances et des pratiques, gages d'une prise en charge médicale de qualité.

Cette mobilisation en faveur du paradigme d'aide médicale urgente se poursuit l'année suivante, par la parution d'un ouvrage co-écrit par Xavier Emmanuelli²⁶⁸ et Julien Emmanuelli²⁶⁹ consacré à la médecine d'urgence²⁷⁰.

²⁶⁵ On note d'ailleurs que les « transporteurs sanitaires privés » ne figurent dans ce texte qu'à titre d'évocation.

²⁶⁶ Drieu C., Briquet E., Leteurre H., « Un réseau d'aide médicale urgente pour la Normandie », *Gestions hospitalières*, n°351, décembre 1995, p. 757-763. Ces auteurs sont respectivement : directeur médical du SAMU-Centre15 dans le 76 ; assistant au département de l'information médicale du Havre ; directeur adjoint CHU de Nice.

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 759.

²⁶⁸ Spécialiste en anesthésie-réanimation. Cofondateur en 1971 de Médecins sans Frontières, il a participé à la création des premiers SAMU au début des années 1970. En novembre 1993, il fonde le SAMU social. Depuis mai 1995, il est secrétaire d'Etat à l'Action humanitaire d'urgence, délégué auprès du premier ministre.

²⁶⁹ Médecin, interne en santé publique des hôpitaux de Lille. Il a réalisé un DEA de sciences humaines consacré à l'étude des rapports entre l'éthique et la médecine d'urgence.

²⁷⁰ Emmanuelli X., Emmanuelli J., *Au secours de la vie. La médecine d'urgence*, Gallimard, 1996.

2.3.3. *Le meilleur système d'urgence médicale au monde ? Entre mythe et réalité*

Après en avoir retracé l'histoire et notamment ses origines « guerrières », les auteurs rappellent que seule la France a fait de « l'urgence médicalisée un véritable choix de santé publique avec la création des SAMU »²⁷¹. Pour étayer leurs propos, ils consacrent quelques lignes à une comparaison du système français à celui des Etats-Unis :

« Aux Etats-Unis, les urgences médicalisées extra-hospitalières sont prises en charge par des personnels non-médecins – les auxiliaires médicaux ou paramédics – maîtrisant les gestes les plus simples de la réanimation. Leur tâche est d'orienter et de transporter au plus vite les victimes vers les hôpitaux appropriés en fonction de scores de gravité établis sur les lieux de l'urgence. On ne peut pas parler de médicalisation précoce, car il n'y a ni conditionnement, ni transport médicalisé des patients. Il s'agit plutôt d'un dispositif de ramassage infirmier privilégiant la rapidité de l'évacuation des victimes²⁷². »

Evoquant des « non-médecins » réalisant les gestes « les plus simples » dans le cadre d'un « ramassage » des patients, les deux auteurs usent d'une rhétorique qui vise implicitement à discréditer le système de secours qui prévaut dans ce pays mais plus largement aussi, dans les autres pays. Le terme de « ramassage » n'est en effet pas neutre, il fait référence dans les écrits professionnels au système de secours archaïque, inefficace, qui prévalait en France avant l'existence des SAMU :

« Dans les années cinquante, lorsque survenait un accident de la route, la bonne volonté étant la règle, les témoins ramassaient les blessés, les mettaient dans un véhicule « quelconque » et les transportaient « à tombeau ouvert », vers le centre de soins le plus proche (cabinet médical, clinique ou hôpital). Ce n'était pas toujours, hélas, le lieu le plus adéquat pour soigner le patient. C'est de cette époque que date la phrase célèbre de Marcel Arnaud, « On ramasse un blessé, on transporte un agonisant, on hospitalise un mourant²⁷³. »

Plus largement, c'est l'organisation des secours de tous les autres pays qui est présentée comme étant de moindre qualité, les auteurs précisant que la France est dotée d'« un système sans équivalent international »²⁷⁴. Le commentaire suivant, relatif à la prise en charge d'un blessé par balles aux Etats-Unis par des « paramedics » du « Volunteers Ambulance Service », vient nourrir cette critique :

« Après ramassage, la victime est conditionnée rapidement pour le transport vers l'hôpital (soins infirmiers). Du fait de leur fréquence croissante aux Etats-Unis et de leur gravité immédiate

²⁷¹ *Ibid.*, p. 41. Le chapitre 2 est intitulé « *Le SAMU, une spécificité française* », p. 41-60.

²⁷² *Ibid.*, p. 59.

²⁷³ Lareng L., « Les médecins face à l'urgence pré-hospitalière », *op. cit.*, p. 36.

²⁷⁴ L'exemple des Etats-Unis n'est pas convoqué nous semble-t-il, par hasard puisque l'histoire enseigne que dans l'immédiat après-guerre ce sont les américains qui ont formé les premiers anesthésistes-réanimateurs français (Cf Emmanuelli X., Emmanuelli J., *op. cit.*, p. 45).

potentielle par hémorragie, les blessures par balle bénéficieraient sans aucun doute d'une prise en charge améliorée avec une médicalisation précoce de type SAMU ».²⁷⁵

Néanmoins, aucune étude scientifique n'est mobilisée par les auteurs pour appuyer ce qui, à nos yeux, reste à l'état d'hypothèse dans un ouvrage visant finalement à promouvoir la doctrine du SAMU et la médecine d'urgence. C'est d'ailleurs dans cet écrit professionnel que l'on voit pour la première fois apparaître le néologisme « urgentiste »²⁷⁶, signe annonciateur de la création prochaine de la spécialité de médecine d'urgence.

Un événement médiatique vient légitimer le doute émis plus haut quant à la validité des arguments avancés pour convaincre l'opinion de la supériorité mondiale du système d'urgence français. Il s'agit de l'accident de la princesse Diana survenu en 1997, soit un an après la parution de cet ouvrage. L'analyse de François Danet²⁷⁷, médecin psychiatre et psychosociologue spécialisé dans l'étude de la médecine d'urgence, informe le lecteur sur un aspect de l'événement méconnu du grand public :

« Diana Spencer, ex-épouse du Prince Charles, est décédée le 31 août 1997 dans les suites d'un accident de voiture dans le tunnel parisien du Pont de l'Alma. Les médecins du SAMU ont été appelés sur les lieux de l'accident et ont envoyé une équipe SMUR qui a tenté une réanimation sans d'emblée la transporter dans un hôpital, comme l'auraient fait les paramédicaux chargés du transport des blessés dans les pays anglo-saxons. Cet événement a fortement disqualifié ce modèle français d'intervention choisi sur des arguments napoléoniens anciens, avec l'idée que l'hémorragie de Diana Spencer aurait pu être jugulée dans un service hospitalier par une intervention chirurgicale, alors que les médecins du SMUR de Paris se sont « acharnés à la remplir alors qu'elle se vidait ». Plutôt que de conduire à un débat clinique, scientifique, économique et éthique sur la pertinence du modèle napoléonien d'intervention qu'est le SMUR, coûteux en personnel médical et par certains aspects moins efficient car moins rapide qu'un dispositif d'intervention exclusivement paramédical, cet événement a renforcé les axes de changement préconisés par les « rapports Steg », en termes de formation et de seniorisation des urgentistes²⁷⁸. »

Suite à ce « drame », certains urgentistes ont cessé leur activité au sein des SMUR tandis que les promoteurs de l'approche française s'en sont emparés pour légimer leur demande de moyens accrus. Leur mobilisation porte ses fruits puisque le Ministère de la Santé publie l'année suivante, des textes qui renforcent la position des SMUR dans le champ de l'urgence²⁷⁹.

²⁷⁵ Emmanuelli X., Emmanuelli J., *op. cit.*, p. 58.

²⁷⁶ Emmanuelli X., Emmanuelli J., *op. cit.*, p. 62.

²⁷⁷ Danet F., *La quête de professionnalisation de la médecine d'urgence*, Thèse de psychologie, Université Paris 7 Denis Diderot, 2006.

²⁷⁸ Danet F., *ibid.*, p. 275.

²⁷⁹ Décret n°97-619 du 30 mai 1997 précisant les modalités de fonctionnement des SMUR; Décret n°97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisé à mettre en œuvre des SMUR.

Pour conclure, les multiples ressources et répertoires d'action dont dispose le groupe des anesthésistes-réanimateurs hospitaliers lui ont permis d'imposer progressivement sa doctrine en matière d'organisation géographique des urgences. Face à lui, la FNSPF mène une politique concurrentielle de médicalisation du « secours » qu'elle justifie par l'inefficacité de la politique défendue par les partisans du SAMU-SMUR. La restructuration des services d'urgence qui prévoit une concentration géographique des équipements et des moyens médicaux ne permet pas, selon la FNSPF, l'accès du milieu rural à des soins d'urgence de qualité. C'est pour combler cette lacune inhérente à cette approche politique hospitalo-centrée qu'elle renforce ses effectifs et ses moyens dans le domaine du « secours médical ». Sur ce point, les promoteurs du SAMU soulignent en retour, la non-professionnalisation des sapeurs-pompiers autrement dit, le caractère volontaire de leur activité qui serait le signe d'une moindre compétence²⁸⁰.

Au tournant des années 2000, la restructuration hospitalière est certes achevée mais le problème de l'accès aux soins d'urgence n'a pas disparu. Bien au contraire, la concentration des moyens consécutive à cette politique pose avec acuité la question de l'accès aux soins d'urgence dans le monde rural, dont la gestion est en enjeu de lutte entre le SAMU et la FNSPF. Cependant, il est à noter qu'au-delà des divergences repérées, ces deux « groupes d'intérêt » partagent le même référentiel en matière d'urgence à savoir la nécessité d'une médicalisation des interventions qu'ils distinguent, en le dénigrant, du paradigme « paramédical ». Celui-ci est d'ailleurs pourfendu par les experts médicaux français alors même qu'il fait consensus dans les autres pays occidentaux. Ce décalage quelque peu paradoxal montre que le statut d'évidence acquis par le principe de médicalisation en France mérite d'être interrogé comme le suggère d'ailleurs, l'analyse de François Danet sur l'accident de la Princesse Diana.

Enfin, malgré quelques incursions dans l'espace public, la carrière de ce problème reste largement confinée dans l'enceinte clos des experts et ne parvient pas à acquérir véritablement le statut de problème de santé publique. Pourtant, son existence est bien réelle et les « victimes » potentielles, nombreuses. Alors pourquoi la population reste-t-elle sourde à un problème qui la concerne? Une première piste de réponse est à rechercher du côté du pouvoir médical. Comme on l'a vu, les médecins hospitaliers maîtrisent aussi bien les phases de publicisation que les phases de confinement du problème. Les médias²⁸¹ tout comme le Ministère de la Santé

²⁸⁰ La question du volontariat sera approfondie dans le prochain chapitre.

²⁸¹ Sur la précarité du métier de journaliste (paiement à l'article, la « pige ») et ses effets : « *Cette précarité a aussi des effets sur la qualité de l'information lorsque le pigiste ne peut prendre appui sur les services documentaires d'une rédaction pour contrôler une information, lorsqu'il doit multiplier les papiers pour assurer ses fins de mois,*

reprennent en effet largement à leur compte les définitions et solutions élaborées par ces experts médicaux. Dans ce contexte, la population ne peut que s'en remettre à la parole médicale pour tout ce qui a trait aux questions d'urgence sanitaire. Enfin, du côté du Ministère de la Santé, il faut attendre un nouveau changement de référentiel politique pour que la question de l'inégalité spatiale dans l'accès aux soins (d'urgence notamment) revienne véritablement sur l'agenda politique et non plus, sur le seul agenda administratif.

3. LA POLITISATION DE LA QUESTION DE L'INEGALITE TERRITORIALE DANS L'ACCES AUX SOINS (D'URGENCE) EN FRANCE

3.1. LA RENCONTRE ENTRE GEOGRAPHIE ET SANTE

L'examen des publications issues de la Santé Publique, de l'économie de la santé et de la géographie, fait apparaître un véritable tournant cognitif au milieu des années 1990 qui se traduit par une plus grande ouverture de la géographie aux problématiques de santé tandis que parallèlement, l'administration de la santé intègre de plus en plus la dimension territoriale dans ses réflexions. En géographie de la santé, le nombre de publications portant sur l'offre de soins s'accélère précisément à partir de l'année 1996²⁸², date à laquelle le Ministère de la Santé modifie son paradigme dans le traitement de la question de l'inégalité géographique dans l'accès à l'offre de soins :

« La loi de réforme hospitalière du 3 juillet 1991 a instauré les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), dont l'objet est de « satisfaire de manière optimale la demande de santé » sur la base d'une « mesure de besoins de la population ». Dans le courant de l'année 1995, le principe de réduction des inégalités régionales est inscrit dans la loi. La considération de ces besoins a été réaffirmée par les ordonnances d'avril 1996 qui précisent que les SROS ont pour objectif, de « promouvoir la coordination des soins en développant la complémentarité entre les différents segments de l'offre : médecine hospitalière, médecine de ville, prise en charge médico-sociale²⁸³. »

ou parce qu'il se trouve fragilisé tant face à ses sources qui lui fournissent un « prêt à publier » facile à transformer en article, que face à une hiérarchie à laquelle il peut difficilement refuser un reportage dont le contenu sera plus tributaire d'une commande a priori que des réalités observées sur le terrain », Neveu E., Sociologie du journalisme, Paris, 2009, p. 26.

²⁸² Brau F., « Un bilan des bilans : la conduite des travaux préparatoires aux SROS dans les régions françaises » in Vigneron E., Brau F., *Approches géographiques de la planification sanitaire, concepts et méthodes*, Montpellier, GEOS, 1996, p. 31-47 ; « Approches géographiques de la planification sanitaire. I. Concepts et méthodes ». *Cahiers Géos*, n° 32, 1996, Université P. Valéry, Montpellier, 58 p. ; Picheral H., « Mots et concepts de la géographie de la santé » *ibid.*, p. 39 ; Lucas V., Tonnellier F., « Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités », in *Données sociales*, Paris, INSEE, 1996, p. 259-264 ; Tonnellier F., « Accès aux soins : inégalités géographiques et justice sociale ». *International Journal of Bioethic*, VII, n° 2, 1996, p. 94-98 ; Tonnellier F., « Approches géographiques de la planification sanitaire. II. Applications ». *Cahiers Géos*, n° 33, Université P. Valéry, Montpellier, 1996, 72 p.

²⁸³ P. Lardé (économiste CNRS, CLERSE-CNRS), Y. Paix (consultant, chercheur au CLAREE-CNRS), « Les inégalités territoriales d'accès aux soins dans la perspective des SROS de 3^{ème} génération », XXVIIèmes Journées des économistes français de la santé, « Approches économiques et inégalités de santé », Paris 17-18 juin 2004, CREDES, p. 2.

Dans ce contexte, la question plus spécifique de l'accès aux soins d'urgence fait alors l'objet d'une plus grande attention de la part des pouvoirs publics au tournant des années 2000.

3.1.1. Un retard français ?

Pourquoi un intérêt si tardif pour la question de l'organisation géographique de l'offre de soins? Deux facteurs principaux sont avancés par les médecins et géographes, dans l'explication de ce qui est considéré comme un « retard français » : une installation des professionnels libre dans notre pays, « *parce qu'elle paraît déterminée par le libre arbitre individuel et à ce titre insoumise à de quelconques régularités statistiques qui permettraient d'envisager sa maîtrise* » ; une « *centralisation à la française* » qui « *rendait impossible, voire sans objet, toute prise en compte des territoires locaux au bénéfice d'une vision égalitaire, lisse et sans aspérité du territoire* »²⁸⁴ :

« De fait, l'organisation du système de soins a longtemps reposé sur une vision totalement abstraite et désincarnée du territoire, allant jusqu'à oublier les contraintes climatiques et topographiques de tout déplacement. Cette conception d'un espace homogène, lisse, indifférencié, va en fait dans le sens d'un mode de gestion administrative centralisé et technocratique. La réforme de santé inscrite dans les ordonnances de 1996²⁸⁵ dans le prolongement des démarches précédentes, notamment l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire, confirme l'abandon d'une approche par l'offre (les structures) au profit d'une approche centrée sur les besoins²⁸⁶. »

La rencontre entre la géographie et la santé fut, certes, initiée en 1991 par la loi portant réforme hospitalière mais ce sont les ordonnances Juppé du 24 avril 1996 qui signent sa concrétisation. Par ces ordonnances, le Ministère de la Santé met en place une politique de régionalisation des services de santé qui prévoit la création de multiples institutions²⁸⁷ chargées d'élaborer et de mettre en œuvre la nouvelle politique sanitaire d'aménagement du territoire. Dans la lignée de ces ordonnances, le second rapport du HCSP²⁸⁸ publié en 1998, entérine ce changement d'approche²⁸⁹ :

²⁸⁴ A. Corvez (médecin chargé de mission ARH Languedoc-Roussillon), E. Vigneron, « Santé publique et aménagement du territoire, *ADSP*, n°29, décembre 1999, p. 20.

²⁸⁵ « Le Plan Juppé », *Droit social*, n°3, n°9-10, 1996.

²⁸⁶ Tonnellier F., Vigneron E., *Géographie de la santé en France*, Paris, PUF, n°3435, 1998, p. 7.

²⁸⁷ Les « Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie » (URCAM) ; les « conférences régionales et nationales de santé » et les « agences régionales de l'hospitalisation » (ARH). Quatre missions sont dévolues aux ARH : définir et mettre en œuvre la politique régionale de soins hospitaliers à travers le SROS et la carte sanitaire ; analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés ; contrôler leur fonctionnement ; déterminer leurs ressources. Elles ont été remplacées le 1^{er} avril 2010 par les Agences régionales de Santé (ARS) dans le cadre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST).

²⁸⁸ Le HCSP a pour objectif d'éclairer les choix politiques en matière de santé publique à partir de travaux réalisés à la demande du Ministre de la Santé ou bien adressés, depuis 1996, à la Conférence nationale de santé et au Parlement.

²⁸⁹ La Drees (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) a été créée par le décret du 30 novembre 1998. Cet organisme a pour fonction de réaliser la statistique et la gestion des systèmes d'information

« A partir du moment où la satisfaction des besoins de santé de la population peut apparaître comme l'objectif déclaré du système de santé, l'offre de soins, longtemps considérée comme un but en soi, pourrait alors devenir l'objet d'une régulation et un débat doit être ouvert sur ce point essentiel. »²⁹⁰

Dans la troisième partie de ce rapport, trois études de cas sont présentées concernant des « problèmes d'organisation du système de santé en débat depuis plusieurs années » parmi lesquels, celui de « l'évolution des services d'urgence »²⁹¹.

Après un bref historique, les auteurs exposent les résultats d'une « enquête d'opinion » menée auprès des « urgentistes » au sujet des modalités d'application des décrets de 1997²⁹². Les résultats indiquent qu'ils sont favorables à la politique de restructuration des services distinguant les SATU des UPATU. Ils estiment également que dans un contexte « d'augmentation constante du nombre de recours aux services d'urgence particulièrement dans les milieux urbains »²⁹³, l'engagement des médecins généralistes est indispensable. Enfin, en l'absence de consensus national sur son contenu, la Capacité d'aide médicale urgente (CAMU) est jugée insatisfaisante. Sur la base de cette enquête, les auteurs du rapport appellent donc à la création d'un diplôme universitaire de médecine d'urgence dont le contenu serait élaboré par des médecins expérimentés. L'objectif implicitement visé est, à terme, de porter la médecine d'urgence au rang de spécialité médicale²⁹⁴.

A ce stade de l'analyse, les médecins restent donc les interlocuteurs privilégiés du ministère de la Santé dans les discussions portant sur les questions d'organisation géographique du système de santé. Ce monopole s'effrite quelque peu toutefois, à partir du milieu des années 1990, avec

pour l'Etat. Son champ de compétence couvre la santé, l'action sociale et la protection sociale. Il assure la collecte, l'exploitation et la diffusion des données.

²⁹⁰ HCSP, *La santé en France 1994-1998*, La documentation française, novembre 1998. Le premier rapport intitulé, *La Santé en France* et publié en 1994 a connu, selon les auteurs, « un grand succès » : « Pour la première fois, une analyse de la situation de l'état sanitaire de la population était proposée, fondée sur le travail collectif de très nombreux experts », p. 8.

²⁹¹ Pour information les deux autres problèmes abordés dans ce rapport sont : « Le dépistage des cancers féminins en France » et « la politique en faveur des personnes âgées dépendantes ».

²⁹² Pour un rappel du texte de 1997, cf. encadré p. 20-21. Cette enquête fut réalisée au moyen d'un audit téléphonique auprès d'une trentaine de professionnels travaillant dans des services d'urgence (responsables, médecins et cadres infirmiers) et siégeant au conseil scientifique ou à la commission d'évaluation de la « Société francophone des urgences médicales », HCSP, *op. cit.*, p. 259.

²⁹³ *Ibid.*, p. 262.

²⁹⁴ La même année paraît un ouvrage collectif auquel ont collaboré de nombreux médecins de SAMU expérimentés. Cet écrit professionnel rassemble des recommandations et des conseils pratiques destinés aux médecins désireux de se former à l'urgence. Cf. Fontanella J-M., Ammirati Ch., Ferracci C., Leclercq G., Tartiere S., Fonrouge J-M., *op. cit.*

l'arrivée dans le débat de nouveaux experts : les géographes de la santé²⁹⁵. Que nous enseignent leurs travaux²⁹⁶ ?

3.1.2. L'ouverture du débat sur les urgences aux géographes

A partir du milieu des années 1990, les travaux des géographes démontrent que les communes pour lesquelles l'accès aux soins est difficile (et l'accès aux services en général) sont les zones rurales où la densité de population est faible. De plus, même si ces communes se dépeuplent en raison de l'exode rural, elles comportent une forte proportion de personnes âgées qui témoigne de besoins de soins importants. Pour mesurer l'accès aux soins dans ces zones, l'indicateur considéré comme le plus pertinent pour les géographes est celui de la distance d'accès aux soins (généraliste, spécialiste, hôpital) et non celui de la densité²⁹⁷. Ces études montrent ainsi qu'en terme d'hospitalisation, la distance en kilomètres varie du simple au double selon le lieu où l'on se trouve : communes rurales (37,4 km) ; communes de 5000 à 100 000 habitants (19,7 km) ; communes de plus de 100 000 habitants (16,5 km). Concernant l'urgence, un thème rarement abordé dans ces études, les géographes considèrent que les distances d'accès élevées en milieu rural posent de réels problèmes pour la gestion des urgences dites vitales :

« Le traitement des urgences nécessitant une hospitalisation est une réelle interrogation pour les organismes en charge de cette question. Cette thématique intègre de nombreuses dimensions : gestion de l'état des routes, coordination entre transports sanitaires privés et publics, maintien d'un service: d'accueil et d'urgences dans un hôpital local ou financement d'hélicoptères. Les solutions ne sont pas uniques et doivent s'adapter aux particularités locales, tout en intégrant aussi bien le pan hospitalisé qu'ambulatoire²⁹⁸. »

La concentration géographique des médecins et des équipements spécialisés pose aux géographes la question des impacts de la distance sur l'efficacité des soins d'urgence. Dans son ouvrage paru en 2001 consacré à cette question, E. Vigneron évoque sur ce point, les études réalisées au Québec :

²⁹⁵ A la fin des années 1990, le Haut Comité de la Santé Publique (créé en 1991) consacre deux numéros spéciaux au thème de la « géographie de la santé ». « Géographie de la santé », *ADSP*, n°19, juin 1997 ; « Santé publique et aménagement du territoire », *ADSP*, n°29, décembre 1999, p. 19 ; En 1999, la santé entre dans les préoccupations de la DATAR permettant la création du groupe de prospective « Santé et territoires » composé de géographes « chargés de réfléchir à l'organisation territoriale du système de santé et d'anticiper ses évolutions en relation avec l'aménagement du territoire », *ADSP*, « Santé publique et aménagement du territoire », n°29, décembre 1999.

²⁹⁶ Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., « Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités », *Données sociales*, 1996, Insee, *CREDES*, n°1117, p. 259-264 ; Bessin C., Carel D., Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., « L'accès aux soins en milieu rural », in *ADSP*, n°29, 1999/12 *CREDES*, n°1286, p. 23-25 ; Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., « Santé et milieu rural – Une démarche exploratoire menée par trois Urcam : Urcam Franche-Comté, Urcam Aquitaine, Urcam Languedoc-Roussillon », *CCMSA, CREDES*, 2002/09, 90p. [Irdes n°1394 bis].

²⁹⁷ Tonnellier F., Vigneron E., *Géographie de la santé en France*, Paris, PUF, QJSJ, n°3435, 1998, p. 21.

²⁹⁸ Barbat Bussière, « L'offre de soins en milieu rural : l'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne », 2009, p. 68.

« Dans une étude rétrospective conduite en East Anglia sur les années 1985-1995, des chercheurs ont montré que la mortalité avait tendance à augmenter en fonction du temps de trajet à un service hospitalier de soins aigus et non en fonction du temps de trajet aux soins de généralistes, ce qui signifie que la distance joue surtout dans le cas des situations urgentes. Les mêmes auteurs ont aussi montré que la distance à l'hôpital était associée à une mortalité accrue pour le diabète et l'asthme, mais non pas pour le cancer du sein ou les accidents vasculaires cérébraux. Pour Robert Pampalon, du ministère de la Santé et des Affaires sociales du Québec, « la distance en tant que telle ne peut être un facteur déterminant que dans certaines situations bien précises telles que traumatisme routier sévère, hémorragie cérébrale, etc... où la proximité des soins est déterminante pour la survie des personnes²⁹⁹. »

Partant de ces constats E. Vigneron conclut ainsi:

« Banales en apparence, ces remarques sont évidemment capitales pour la répartition des services d'urgence à laquelle nos concitoyens se montrent ainsi, bien à raison, si attachés. Cela évoque un autre débat d'actualité en France : celui des petites maternités ».

Notons ici, que les géographes reprennent les catégories médicales et hospitalières d'appréhension du problème. Ils ne se montrent, certes, pas favorables à une politique de fermeture systématique de services d'urgences de proximité mais, pour pallier les inconvénients de la « restructuration » des services d'urgences engagée depuis quelques années, ils recommandent, à l'instar du Pr Huguenard, « la création d'un réseau national de transport aérien sanitaire destiné aux urgences »³⁰⁰. La voie de résolution privilégiée est donc recherchée du côté de la médicalisation des urgences qu'il s'agit d'encourager et de développer.

Peu de temps après, la parution d'un ouvrage consacré aux urgences pré-hospitalières³⁰¹ va d'ailleurs dans ce sens :

« Le temps est venu de passer à l'étape suivante, c'est-à-dire promouvoir une véritable spécialité médicale, car la médecine d'urgence est désormais une discipline à part entière. Cet état de fait paraît relativement récent mais, il n'est plus contesté par personne³⁰². »

Promouvoir la médecine d'urgence au rang de spécialité médicale, tel est l'objectif de la publication de ce manuel pratique adressé au public médical. On remarque là encore que l'auteur s'exprime sur le mode de l'évidence qui tend à faire accroire l'idée qu'il existe un consensus clair sur cette question.

²⁹⁹ Vigneron E., Guigou, *Distance et santé. La question de la proximité des soins*, PUF, 2001, p. 29-30.

³⁰⁰ Vigneron E., Guigou, *Ibid.*, p. 81-86.

³⁰¹ La Coussaye J-E (de), dir., *Les urgences pré-hospitalières, organisation et prise en charge*, Masson, Paris, 2003. Cet ouvrage est publié dans les éditions Masson, spécialisées dans la littérature médicale. Il rassemble des recommandations et des éléments de connaissance pratique indispensables au travail quotidien dans un service d'urgence et un SAMU.

³⁰² Préface de J-L Pourriat, chef du service des urgences de l'Hôtel Dieu et président de la Collégiale nationale universitaire de médecine d'urgence.

La même année, un événement largement médiatisé va jouer un rôle déterminant dans ce processus de spécialisation que les urgentistes appellent de leurs vœux depuis quelques années³⁰³ : la canicule de l'été 2003³⁰⁴. Ce qui est alors considéré comme une « crise sanitaire » va donner lieu à plusieurs rapports dont le premier est désigné sous le titre de « rapport Lalande »³⁰⁵ qui a largement inspiré le « Plan Urgences »³⁰⁶ présenté par Jean-François Mattéi dès le mois de septembre 2003 :

« Je souhaite vous présenter aujourd'hui le plan du gouvernement pour les urgences. Je me sens fortement engagé par ce plan car c'est une partie de la réponse au drame de la canicule que nous avons vécue cet été. C'est aussi un hommage à la compétence et au dévouement sans faille des urgentistes et de l'ensemble des personnels hospitaliers. Les urgentistes ont donné l'alerte ; les services d'urgence ont rempli leur mission de façon exceptionnelle ; les hôpitaux ont fait face³⁰⁷. »

Reprenant les conclusions du rapport auquel les urgentistes ont largement contribué, le Ministre de la Santé souligne le dévouement du personnel hospitalier et plus particulièrement, le caractère héroïque du comportement des urgentistes³⁰⁸. Le plan prévoit d'accélérer la « seniorisation » et la « professionnalisation » des services d'urgences ainsi que des SAMU-SMUR, initiées par les décrets de 1995 et 1997, avec la création de nombreux postes supplémentaires³⁰⁹. Il énonce également le principe de la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine d'urgence et celui d'un renforcement de la formation à l'urgence au cours des études médicales. Ainsi, loin d'être déstabilisés et/ou décrédibilisés par la « crise » de la canicule, les

³⁰³ De nombreux articles témoignent de la lutte des médecins urgentistes pour réclamer plus de moyens dans leurs services et être reconnus comme des spécialistes : Causse B., « Les syndicats hospitaliers appellent à une grève des urgences », *Le Monde*, 22/09/1998; « Hôpitaux: la grève des médecins des urgences a été suivie à « 90% » selon les syndicats », *Le Monde*, 23/09/1998; « La grève des urgentistes a été très suivie », *Le Monde*, le 2/06/1999; Benkimoun P., « Un urgentiste: « Il n'y a pas eu de catastrophe, mais rien ne nous en prémuni » », *Le Monde*, 15/01/2000; Mandraud I., « Hôpitaux: les médecins urgentistes ne désarment pas », *Le Monde*, 8/03/2000; Benkimoun P., « Les personnels des urgences se mobilisent pour dénoncer leur manque de moyens », *Le Monde*, 15/05/2001; etc.

³⁰⁴ C'est à l'occasion de cet événement que le médecin urgentiste P. Pelloux, a fait son entrée dans le champ médiatique. Outre les articles de presse qui lui ont été consacrés, cet urgentiste a également publié l'année suivante, un livre témoignage portant sur la canicule : Pelloux P., *Urgentistes*, Fayard, 2004. Sa parole a été largement relayée dans la presse à telle enseigne que le « Canard enchaîné » lui accorde peu de temps après, une tribune pour la rédaction de *chroniques* hebdomadaires. Ces dernières sont regroupées presque chaque année, depuis 2007, dans un ouvrage intitulé *Histoires d'urgence*.

³⁰⁵ Lalande F., « Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003 », Septembre 2003.

³⁰⁶ Il est issu de travaux menés depuis septembre 2002, dans le cadre du groupe « Urgences » auquel participent notamment, P. Pelloux et l'ensemble des SAMU représenté par M. Giroud.

³⁰⁷ Cabinet de Jean-François Mattéi, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 30 septembre 2003. Discours.

³⁰⁸ Pour une analyse des rapports consécutifs à la Canicule cf : Hervé Laroche, « La crise, les rapports et les problèmes. Le cas de la canicule d'août 2003 », in Gilbert C., Henry E., *op. cit.*, p. 73-87.

³⁰⁹ Revel M., « L'organisation de la prise en charge des urgences », in *Actualité et Dossier en Santé publique* « Urgences et demandes de soins en urgences. Quelle prise en charge », n°52, septembre 2005, p. 27.

urgentistes se sont saisis de cette « catastrophe » sanitaire pour faire prévaloir leurs solutions et obtenir des pouvoirs publics le statut de spécialiste :

« Pelloux s'est appuyé sur cette « catastrophe » pour réclamer et obtenir le recrutement des postes de médecins titulaires et la création d'un diplôme de spécialiste [...]. Il vise à remplacer la capacité de médecine d'urgence considérée comme un sous-diplôme dans le cadre de la réforme de l'internat de mai 2004³¹⁰. »

Parallèlement, le rapport pointe les lacunes de l'organisation libérale nommée la « permanence des soins »³¹¹ qu'il qualifie de « défaillante »³¹². Il faut savoir que ce problème est « sensible » et constamment présent dans l'agenda politique depuis la « grève des gardes » des médecins généralistes très médiatisée, au tournant de l'année 2001-2002³¹³. Cette mobilisation extraordinaire de par sa durée a retenu l'attention des pouvoirs publics, eu égard à l'engorgement des services d'urgences consécutif à cette grève³¹⁴. Les urgentistes ont alors profité de cette « fenêtre d'opportunité » de plusieurs mois, pour satisfaire leurs revendications.

³¹⁰ Danet F., *La médecine d'urgence, vers de nouvelles formes de travail médical*, Erès, Ramonville-Saint-Agne, coll. Clinique du travail, 2006, p. 155. Pour information, les urgentistes aux Etats-Unis ont obtenu le titre de spécialistes en 1970. Bien plus encore, le chef de service des urgences enquêté dans cette recherche ne cache pas l'intérêt des urgentistes mais aussi des établissements hospitaliers à voir le nombre de passages aux urgences se maintenir et/ou augmenter: « *L'accueil des urgences est au coeur du fonctionnement des établissements publics de santé. Dans les Pays de la Loire comme au plan national, 95% des passages aux urgences ont lieu dans les établissements publics. Parmi les 561 000 passages enregistrés dans les établissements publics de santé de la région en 2003, un sur quatre a fait l'objet d'une hospitalisation. Ces hospitalisations via les urgences représentent donc 40% des séjours dans les unités de médecine-chirurgie-obstétrique des établissements publics de santé de maintenir leur activité d'urgence, qui génère une partie importante du recrutement de l'hôpital* », Pr. Potel G., « Le grand retour de la médecine polyvalente », *Santé Pays de la Loire*, n°58, nov/déc 2004, p. 3.

³¹¹ « *La PDS peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant* », in « Rapport Charles Descours sur la PDS », remis au ministre de la santé, J-F Mattéi, le 22 janvier 2003.

³¹² « Un système de permanence des soins libéraux souvent défaillants, entraînant un recours accru aux SAU », Lalande F., *op.cit.*, p. 31.

³¹³ Benkimoun P., Blanchard S., « L'ordre des médecins secouré par la polémique sur les gardes de nuit », *Le Monde*, 17/03/2002; Blanchard S., « Permanence des soins: le dossier des gardes des généralistes va être renégocié à la rentrée », *Le Monde*, 3/08/2002 ; Blanchard S., « Le téléphone du médecin de garde sonnait dans le vide. », *Le Monde*, 12/01/2003 ; Blanchard S., « Les tours de garde des médecins devraient désormais reposer sur le principe du volontariat », *Le Monde*, 24/01/2003, etc.

³¹⁴ « Les médecins généralistes libéraux étendent leur mouvement de « grève des gardes » », *Le Monde*, 28/11/2001; Nau J-Y., « La grève des généralistes provoque l'engorgement des services d'urgences », *Le Monde*, 1/01/2002; De Kervasdoué J., « Une politique de santé par la grève », *Le Monde*, 10/01/2002; Bezat J-M., « Le soutien des politiques renforce la détermination des généralistes », *Le Monde*, 11/01/2002; "Bernard Kouchner a déclaré « être inquiet » de la situation actuelle « de tension extrême, sinon de péril dans les services d'urgences », *Le Monde*, 19/01/2001; Benkimoun P., Bezt J-M., « Santé: les enjeux de la première « journée sans toubib » », *Le Monde*, 24/01/2002;

3.1.3. L'effet canicule : la problématisation politique de la question de l'accès à l'offre de soins d'urgence libérale

D'après les conclusions du rapport Lalande, « l'insuffisante implication des médecins généralistes dans les urgences »³¹⁵ et donc l'insuffisante organisation de la PDS, constitue un des principaux facteurs à l'origine de l'afflux massif de patients dans les services d'urgence durant l'épisode de la canicule.

Le Conseil nationale de l'ordre des médecins (CNOM) est le premier à réagir à cette accusation portée contre les médecins généralistes libéraux. Il rappelle qu'en tant qu'institution représentant l'ensemble des médecins tout mode d'exercice confondu, il regrette les conclusions d'un rapport qui ne fait que diviser le corps médical « entre les médecins hospitaliers qui auraient fait leur travail et les médecins libéraux qui auraient failli à leur mission » :

« On peut s'étonner que parmi les personnes consultées, ne figure pas un seul médecin généraliste de garde et rappeler que les médecins généralistes ont effectué en toute discrétion, loin des médias, un travail exemplaire et particulièrement intense, comme le prouvent les données de l'assurance maladie. On peut approuver le rapport lorsqu'il estime qu'il faut donner des moyens aux urgentistes pour qu'ils restent en nombre suffisant et ne soient pas découragés par la pénibilité de la tâche. Cette appréciation pourrait être transposée mot à mot à la situation des médecins généralistes libéraux, plus particulièrement dans les zones à faible démographie médicale. Ces moyens sont financiers, par exemple, meilleur financement de leur participation à la régulation libérale ; ils sont aussi organisationnels et l'Ordre des médecins estime nécessaire de mettre un terme à une situation confuse qui dure depuis un an ; et il est urgent que les pouvoirs publics rétablissent le rôle et l'autorité des conseils départementaux dans l'organisation de la permanence des soins.³¹⁶ »

Deux jours plus tard, le syndicat MG France fait un communiqué de presse dans lequel il souligne le caractère infondé des objurgations faites à l'encontre des médecins généralistes libéraux:

« Le rapport Lalande est intolérable. Il fait l'impasse sur la réalité de l'engagement des médecins généralistes au plus près de la population, en été comme toute l'année, et tout particulièrement au mois d'août. La réalité des données observées vaut mieux que les « il paraît », indignes d'un rapport d'expert. Les chiffres de l'activité, de la garde et de la télétransmission des actes par les généralistes sont édifiants. La seule télétransmission des feuilles de soins électroniques avec la carte Vitale (FSE), en temps réel, suffit à donner le nombre exact de médecins généralistes différents ayant exercé durant les mois concernés de cette année 2003 : 48 188 en Juin, 46 965 en Juillet et 45 958 en août. MG France a mis ces données sur la table du Ministre. MG France attend qu'il exprime aux médecins généralistes, la reconnaissance qu'ils sont en droit d'attendre pour leur engagement dans cette période difficile³¹⁷. »

³¹⁵ *Ibid.*, p. 54.

³¹⁶ Communiqué de presse du Conseil National de l'Ordre des Médecins: « A propos du rapport Lalande », le 10/09/2003. (Source: site du CNOM).

³¹⁷ MG France, « Canicule : l'accusation d'un départ massif en vacances des généralistes est inacceptable pour MG France », Paris, Le 12 septembre 2003. (Source : site de MG France).

Si la critique n'est pas nouvelle, c'est en revanche la première fois que les médecins généralistes libéraux soutenus par le CNOM, s'indignent de façon aussi visible. Le contexte est sensible puisque des négociations sont en cours depuis le début des années 2000, pour déterminer un nouveau référentiel en matière de « permanence des soins ».

Alors que l'organisation précédente de la PDS reposait largement sur des arrangements informels encadrés par des normes professionnelles³¹⁸, on assiste à partir des années 2002-2003, à la genèse d'une véritable « politique libérale des urgences »³¹⁹. Ce déplacement de l'attention publique, opéré sous la pression du CNOM et des syndicats de médecins libéraux, s'accompagne d'un changement de cadrage du problème géographique de l'accès aux soins d'urgence. Celui-ci n'est, dès lors, plus appréhendé par la catégorie médico-hospitalière de « restructuration » mais par la notion de « Permanence des soins » (ou de « garde libérale »)³²⁰.

3.2. LE VERSANT « LIBERAL » DE L'APPROCHE MEDICALE DU PROBLEME D'ACCES AUX SOINS D'URGENCE : LA « PERMANENCE DES SOINS »

La question de la prise en charge des urgences par la médecine libérale est ancienne. Et à ce titre, il nous paraît opportun de dresser un rapide tableau des années antérieures pour une meilleure compréhension de ce qui se joue, au début des années 2000.

3.2.1. Les médecins généralistes et l'urgence : une question ancienne

Au cours des années 1960-70, le développement d'une organisation hospitalière des urgences *via* la création des SMUR puis des SAMU a provoqué, en retour, une vive réaction des médecins libéraux. Craignant une captation de leur clientèle par l'hôpital, ils se sont alors organisés sous la forme d'associations pour maintenir leur position dans le domaine de l'urgence et préserver ainsi leur clientèle. Dans cette entreprise, ils ont été encouragés dès le début par les architectes du SAMU qui défendaient avant tout, le paradigme de médicalisation de l'urgence :

« Peu après (la mise en service du 15 en 1978), la création de l'association rouennaise des urgences médicales, concrétise la collaboration entre SAMU et médecine libérale sous forme d'une

³¹⁸ Notamment l'article 77 du code de déontologie médicale qui dispose que « *dans le cadre de la PDS, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. La garde est la réponse à tout moment à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie présentée par un patient sur un territoire donné et non la satisfaction de toute demande émanant d'un usager* », Rapport du Dr Charles Descours, « La permanence des soins », Remis à Mr. Mattéi, ministre de la santé le 22 janvier 2003, p. 3.

³¹⁹ Unions Régionales des Médecins en Exercice Libérale, « Livre blanc sur l'organisation de la permanence des soins », rapport pour la Conférence des Présidents des URMEL, Juillet 2001, p. 35.

³²⁰ Les revendications des urgentistes ont été largement entendues. Suite à ce rapport, des crédits ont été débloqués afin de renforcer les SAMU-SMUR et les services des urgences par la création de milliers de postes médicaux et non médicaux. La question de l'organisation des urgences hospitalières étant en grande partie « résolue », elle cède donc la place sur l'agenda politique, à celle de l'urgence dite « libérale ».

association loi 1901. Le médecin des urgences de l'ARUM, de statut libéral, basé au SAMU, intervient en complément des médecins de garde de l'agglomération. C'est à partir de cet exemple que se développera la collaboration et la complémentarité entre le médecin libéral et les SAMU pour assurer la PDS, permettant ainsi l'économie des moyens lourds de réanimation lorsqu'ils n'étaient pas nécessaires. Ainsi naissait le concept de régulation médicale³²¹. »

Malgré tout, l'entente entre les SAMU et les médecins libéraux était loin d'être la règle partout en France. D'autres formes d'organisations de la PDS prévalaient dans d'autres départements comme en témoigne cet ancien médecin généraliste exerçant dans la région de Quimper au cours années 1980³²² :

« Alors moi, j'étais secrétaire de l'association des médecins généralistes des pays de Quimper donc nous nous réunissions quelques fois dans l'année, principalement une fois, où le président de l'association soumettait à tous les médecins un projet de liste de gardes. La liste comprenait les gardes du week-end et les gardes de la semaine [...]. On avait un numéro de garde pour chaque région. Chaque secteur géographique avait un numéro de garde donc nous, on avait un numéro de l'association et nous, je crois que c'était 90902424. Ca se terminait par 24 24 parce que c'était sensé être 24h/24h³²³. »

Il explique ensuite, qu'à cette époque, ce n'était pas un problème d'être de garde car ceux qui avaient besoin d'argent, en l'occurrence les jeunes médecins, prenaient les gardes que les anciens rechignaient à effectuer. La PDS était, dit-il, « relativement mal payée » mais compte tenu du nombre d'actes effectués, l'activité était « rentable » pour des médecins débutants qui cherchaient à augmenter leur chiffre d'affaires et à se constituer une patientèle. La même organisation existait en ville et en campagne.

A la fin des années 1990, les véhicules de l'association SOS Médecins arrivent dans la plupart des grandes villes. A la différence des autres médecins assurant la PDS, ils n'exercent pas en cabinet et sont spécialisés dans l'activité d'urgence. L'arrivée de ces urgentistes libéraux dans le paysage sanitaire a été accueillie plutôt favorablement par la plupart des médecins libéraux :

« Quand est arrivé SOS, tout le monde a dit Youpi. Youpi, parce que les médecins généralistes ça ne les intéressait plus de faire des gardes car ça ne payait pas terrible. Et puis, le fait que SOS arrive, c'est très bien, ça me soulage parce qu'à l'époque les anciens, ils venaient nous chercher. Ils nous disaient : « Eh les gars vous ne voulez pas prendre la garde ici ? » Ils avaient du mal à trouver une poire qui accepte de prendre leur garde. Et du côté hospitalier, SOS c'était souvent des gens qui avaient eu des postes aux urgences et qui connaissaient l'anesthésiste, les infirmières des urgences et puis, à la limite, ils avaient envie de faire de l'acte aussi donc le système hospitalier n'était pas mécontent. Le système de ville n'était pas mécontent et eux ils n'étaient pas mécontents

³²¹ Fontanella J.-M., Ammirati Ch. et al., *op. cit.*, p. 323.

³²² Au moment de l'entretien, soit en novembre 2004, ce médecin exerçait à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

³²³ Entretien réalisé en novembre 2006. A cette date, ce médecin n'exerçait plus la médecine générale. Il occupait un poste à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) qui, suite au « scandale » du médiateur en 2012, a pris le nom d'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

*parce qu'ils ont gagné beaucoup de sous. Et les gens n'étaient pas mécontents parce qu'ils pouvaient comme ça appeler qui ils veulent comme ils voulaient*³²⁴ ».

Toutefois, l'entrée d'SOS Médecins dans la PDS ne doit pas entraîner pour autant l'abandon total de l'activité d'urgence par la médecine généraliste libérale selon ses représentants. A partir des années 2000, la publication de deux rapports initiés l'un par le CNOM³²⁵ et l'autre, par les Unions régionales de Médecins en Exercice Libéral³²⁶, témoigne en effet de l'attention grandissante portée par les représentants des libéraux, à la question de la prise en charge des « soins urgents ou non programmés ». Pour comprendre ce regain d'intérêt pour la médecine libérale d'une part, et pour la PDS d'autre part, il convient de connaître quelques éléments de contexte.

Le tournant des années 2000 est marqué par deux phénomènes sociaux majeurs dans les domaines de l'urgence et de la « démographie médicale ». Le premier est celui d'une augmentation sensible des appels au 15 ainsi que du nombre de passages aux urgences³²⁷. Le second phénomène tient à la modification de la structure sociodémographique du corps médical : vieillissement des effectifs médicaux, baisse prévue de la démographie médicale à partir de 2003-2004, féminisation de la profession qui aggraverait, disent les auteurs des rapports, le problème à venir de la « pénurie » de médecins³²⁸ et enfin, « l'effet 35h ». Cette expression désigne généralement le changement de « mentalité » qui aurait affecté la profession médicale,

³²⁴ Entretien semi-directif avec un médecin de santé publique (ancien médecin généraliste et urgentiste), le 3/11/2006.

³²⁵ Etude commandée par l'Ordre des médecins, « L'exercice médical face à la PDS », Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des médecins, juin 2001.

³²⁶ Livre blanc, « Organisation de la PDS en médecine libérale », Rapport pour la Conférence des Présidents des U.R.M.E.L., juillet 2001.

³²⁷ Chanteloup M., Gadel G., « Les appels d'urgence au centre 15 », Drees, *Etudes et Résultats*, n°55, mars 2000 ; Baubeau D., Deville A., Joubert M., Fivaz C., Girard I., Le Laidier S., « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », Drees, *Etudes et Résultats*, n°72, juillet 2000 ; *La médecine libérale cherche à s'impliquer dans le fonctionnement des urgences*, Tuffreau F., « Les urgences hospitalières de plus en plus attractives », *Actualité Santé Pays de la Loire*, n°38, décembre 2000, p. 5.

³²⁸ Cette analyse constitue un des *leitmotiv* du « discours de la pénurie » énoncé par les professionnels. Pourtant, elle n'est pas partagée par les sociologues ayant travaillé sur cette question : « *Ce manque de médecins est en grande partie mis au compte des femmes qui travaillent à temps partiel, qui ne veulent pas faire de gardes ni s'installer dans les régions rurales ou périurbaines. Pourtant, l'activité des femmes tend à se rapprocher de celle des hommes et cette pensée de la féminisation comme facteur explicatif des « problèmes » de la profession ne peut pas tenir longtemps* », Hardy-Dubernet A-C, « Femmes en médecine: vers un nouveau partage des professions? », *RFAS*, n°1, Janv-mars 2005. Sur la féminisation voir aussi : Hardy-Dubernet A-C, « La féminisation des professions de santé en France: données de cadrage », *RFAS*, n°1, Janv-mars 2005 ; Lapeyre N., Le Feuvre N., « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *RFAS*, n°1, Janv-mars 2005 ; Bloy G., « Quand les étudiantes abordent la médecine générale », in Bloy G., Schweyer F-X., dir., *op.cit.*, p. 347-361 ; La peyre N., Robelet M., « féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », in Bloy G., Schweyer F-X., dir., *op.cit.*, p. 365-376.

les nouvelles générations refusant de travailler 70h/semaine pour profiter des loisirs et d'une vie de famille³²⁹.

C'est dans ce cadre que les représentants de la médecine libérale entreprennent de « concevoir un nouveau paradigme en matière de PDS », adapté à l'évolution du nombre d'urgence et des caractéristiques de la profession. L'objectif est d'établir un cadre national qui mettrait fin à l'hétérogénéité des pratiques sur le territoire et obligerait les médecins généralistes libéraux à réinvestir le domaine de l'urgence :

« Dans ce nouveau modèle, l'obligation déontologique ne devrait plus trouver de raisons objectives pour ne pas pouvoir s'accomplir ni d'excuses pour ne pas être assumée³³⁰. »

Ce rapport du CNOM rencontre sur ce point fondamental, l'opposition farouche des médecins généralistes qui réclament entre autres choses, la fin de l'obligation de garde inscrite dans l'article 77 du code de déontologie médicale. C'est dans ce contexte de tension que le 15 novembre 2001, les médecins généralistes libéraux engagent une « grève des gardes médicales » très largement suivie sur l'ensemble du territoire français. Ils revendiquent l'élaboration d'une nouvelle organisation de la PDS qui inclut, à l'instar des hospitaliers, le paiement des astreintes et du repos compensateur ainsi qu'une revalorisation des actes de journée et de nuit. En bref, ils réclament une meilleure reconnaissance de leur activité dans le cadre de la PDS³³¹. Ce bras de fer engagé avec l'Etat dura huit mois avec une mobilisation émaillée de « journées sans toubib » ou de « viaduc sans toubib ». Ce temps long s'expliquerait largement, dit-on, par une contre-mobilisation des urgentistes hospitaliers qui, en invitant la population à appeler le 15, auraient « cassé » la grève des gardes en minimisant son impact :

« D'emblée, tous les appels téléphoniques se sont reversés sur les centres 15 de régulation publique des SAMU, qui ont vu dans cet afflux de demandes une occasion de proposer à l'Etat de s'acquitter de façon quasi exclusive de la régulation téléphonique. Si le gouvernement est resté sourd aux revendications des médecins généralistes de ville d'être sollicités dans le champ de la PDS de façon plus valorisée, c'est donc surtout parce que les services de régulation du SAMU ont d'emblée « cassé la grève », pour tripler en un an, dans certaines régions, le nombre de dossiers traités par les SAMU de France, avec un gain considérable de moyens téléphoniques, informatiques et humains³³². »

³²⁹ Soulier E., Grenier C., Lewkowicz M., « La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession », *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, vol.37, n°2, avril/juin 2006.

³³⁰ « L'exercice médical face à la PDS », *op.cit.*, p. 5.

³³¹ Pour une analyse approfondie de ce que les médias désignent comme le « malaise » ou la « crise » de légitimité de la médecine générale cf., Bungener M., Baszanger I., « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in Baszanger I., Bungener M., Paillet A., dir., *Quelle médecine voulons-nous ?*, La Dispute, 2002. Voir aussi, Broclain D., « La médecine générale en crise ? », in Aiach P., Fassin D., dir., *Les métiers de la santé*, Anthropos, Paris, 1994.

³³² « L'exercice médical face à la PDS », *ibid.*

Les urgentistes hospitaliers sembleraient donc avoir habilement profité des défaillances du système de santé pour développer leur activité avec en point de mire, l'obtention du statut de spécialistes. Il faut alors attendre l'élection présidentielle d'avril 2002, pour que le Ministre de la Santé opère un tournant politique dans le traitement de cette question. Les propos de ce médecin en témoignent :

« [...] parce que la grève de 2001, il faut quand même pas oublier qu'elle a eu la peau de Lionel Jospin entre autre. Ce n'est pas l'unique explication de l'échec de Lionel Jospin mais il se dit que la grève de 2001-2002 était l'échec de Jospin. Et deuxièmement, le futur candidat à la présidence, Jacques Chirac, a dit que la consultation des médecins généralistes passerait à 20 euros. Le deuxième motif de la grève, c'était que la consultation passe à 20 euros³³³. »

A l'automne 2002, Jacques Chirac confie au sénateur Charles Descours, la direction d'un groupe de travail chargé de *« proposer la mise en œuvre de la permanence des soins à des conditions acceptables pour les médecins et qui garantissent un accès équitable des patients aux soins urgents non programmés »*. Sur la base de ce rapport³³⁴, J-F Mattéi élabore une circulaire³³⁵ relative à la prise en charge des urgences dans laquelle il est prévu de soutenir les « maisons médicales de garde », de conforter le rôle pivot du SAMU ainsi que de renforcer les SMUR afin d'obtenir un maillage correct du territoire. Dans les zones où les SMUR sont absents, il est prévu de mettre en place des Médecins Correspondant SAMU qui seront formés par les CESU³³⁶ *« pour la prise en charge des détresses vitales »*³³⁷.

« Ce mode de prise en charge doit être développé dans les territoires isolés, dans lesquels un SMUR ne peut intervenir dans un délai adapté [...]. L'objectif de ce dispositif est de garantir aux patients, une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR. Ces dispositifs sont particulièrement adaptés en zones rurales et doivent permettre une réponse adéquate en tout point du département³³⁸. »

Tout en donnant satisfaction aux urgentistes hospitaliers, ce texte signe l'amorce d'une véritable politique publique d'urgence libérale qui donne également satisfaction aux revendications de revalorisation de l'activité de PDS portées par les médecins généralistes :

« Ils voulaient 20 euros et le candidat Chirac avait dit, si j'arrive au pouvoir la consultation passe à 20 euros et quand Chirac a été élu, il a dit à Mattéi : « Maintenant les généralistes passent la consultation à 20 euros et la visite à 30 ». Comme la visite est passée à 30, la visite de nuit a été revalorisée ensuite. Et on a commencé à discuter de la permanence des soins et les discussions entre syndicats et assurance maladie ont abouti à la notion de permanence de soins, d'astreinte

³³³ Entretien semi-directif avec un médecin de santé publique (ancien médecin généraliste et urgentiste), le 3/11/2006. , *op. cit.*

³³⁴ Mais aussi d'un second rapport piloté par la DHOS.

³³⁵ Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

³³⁶ Centre d'Enseignement et de Soins d'Urgence dirigé. Il en existe au sein de chaque SAMU. Les formateurs sont en grande majorité des médecins et infirmiers hospitaliers.

³³⁷ Renaud D., « Zones blanches en pays de la Loire. Etat des lieux et perspectives », Thèse de médecine, université de Nantes, p. 17.

³³⁸ *Ibid.*, annexe, p. 9.

c'est-à-dire on paie l'astreinte du médecin le temps du médecin et pas uniquement les actes. Bon c'était une révolution sur le plan financier parce que le revenu du médecin généraliste a sauté de 15% en un an, en 2002³³⁹. »

Comme on l'a vu par ailleurs, la question de la PDS est étroitement liée à un autre sujet qui corollairement fait son incursion dans l'agenda politique, celui de la « démographie médicale ».

3.2.2. Une repolisation de l'offre de soins de premier recours³⁴⁰

Durant deux décennies, la relative méconnaissance de la démographie des professions de santé ne posait pas problème puisque le développement de l'offre et de la demande de soins s'équilibraient. Néanmoins, à partir de la fin des années 1990, les données issues des études de géographie de la santé montrent que la situation démographique a changé. Alors que la consommation de soins ne cesse d'augmenter compte tenu du vieillissement de la population, la démographie médicale diminue à partir de 2003-2004 aggravant les inégalités géographiques de l'offre médicale déjà existante :

« L'installation en médecine générale a été inscrite sur l'agenda politique au début des années 2000 par le débat suscité sur la démographie médicale. Celle-là appartient depuis fort longtemps au discours médical. Plus précisément, la dénonciation d'une pléthore médicale a été une constante de l'histoire de la profession médicale qui n'en a pas moins connu une expansion remarquable [...]. Un renversement de tendance a eu lieu au début des années 2000. L'évolution de la démographie médicale, transformée auprès de l'opinion en risque de pénurie de médecins, est devenue un objet de débat public. Le premier rapport Berland (2002) a problématisé la question en insistant moins sur les effectifs de la population médicale que sur leur répartition sur le territoire, et en attirant l'attention des pouvoirs publics sur la question plus large de l'accessibilité aux soins. Ainsi, le devenir professionnel des jeunes médecins généralistes a été porté sur le devant de la scène³⁴¹. »

Le 25 juin 2002, le Ministre de la Santé confie au Pr Yvon Berland, la réalisation d'un rapport portant sur « la démographie des professions de santé »³⁴². La problématique sous-jacente est celle de l'accès aux soins comme le rappellent les premières pages de cette étude :

« Le contexte dans lequel s'inscrit la mission est marqué par des évolutions démographiques importantes qui suscitent des inquiétudes liées aux conditions d'accès aux soins notamment, comme en témoignent de nombreuses études et rapports récents en la matière [...]. L'inquiétude des professionnels confrontés à des conditions d'exercice difficiles dans certaines zones se trouve

³³⁹ Entretien semi-directif avec un médecin de santé publique (ancien médecin généraliste et urgentiste), le 3/11/2006. , *op. cit.*

³⁴⁰ Schweyer F-X., « Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale », in Bloy G., Schweyer J-F., dir., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, 2010, p. 396. Sur la politisation de la question de la démographie médicale avant les années 2000, voir Deplaud M-O., « L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000) », sous la direction de Gaxie Daniel, Université Panthéon-Sorbonne Paris, 2007.

³⁴¹ Schweyer F-X., « Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale », *op. cit.*, p. 396.

³⁴² Berland Y., Gausseront T., « Mission démographie des professions de santé », décembre 2002.

amplifiée par les projections statistiques qui font apparaître des risques de pénuries géographiques et disciplinaires dans les prochaines années³⁴³. »

La question de la démographie médicale et de son inégale répartition géographique formulée en termes de « pénurie », est ainsi portée au rang de problème public faisant, par la suite, l'objet de deux autres études remises l'une en 2003 et l'autre en 2005³⁴⁴. L'étude de 2003 mérite qu'on s'y arrête en raison de l'originalité de la piste de réflexion proposée par son auteur, pour traiter la question de l'inégal accès à l'offre de soins médicale.

S'inspirant des modèles étrangers de PDS, le Dr Berland définit le problème non plus en termes de « démographie médicale » (et de son inégale répartition) mais à travers la notion de « délégation de compétences ». Autrement dit, une des voies de résolution du problème des « déserts médicaux » résiderait, selon lui, dans une nouvelle répartition des compétences entre les professionnels de la santé :

« Les difficultés démographiques annoncées dans le secteur médical posent également la question de l'autonomie du droit de l'urgence. En effet, on assiste aujourd'hui à un transfert de tâches et de compétences au sein du corps médical [...]. Cette nouvelle conception des secours semble constituer, au regard de la pénurie médicale, le prochain schéma organisationnel de la médecine d'urgence pré-hospitalière. Cette évolution du paysage de l'urgence suppose une modification des textes encadrant cette activité. Il semblerait souhaitable qu'il soit donnée aux seuls infirmiers participants à l'aide médicale urgente, la possibilité de pratiquer des gestes techniques spécifiques lorsqu'ils interviennent en l'absence de médecin. Nous assisterons alors à la naissance d'une nouvelle spécialité infirmier aux compétences étendues, mais pratiquées sous protocoles thérapeutiques et en accord avec un médecin coordinateur. Il s'agirait alors d'une réponse cohérente à la pénurie démographique médicale³⁴⁵. »

Les médecins délégueraient ainsi certains actes à d'autres professionnels (les infirmiers notamment) plus nombreux et mieux répartis sur le territoire. Toutefois, cette voie originale de résolution du problème sera complètement ignorée comme l'indiquent les deux décrets adoptés par la suite, le 15 septembre 2003, portant l'un sur la « sectorisation » et l'autre, sur le « volontariat » :

« Chaque département est sectorisé en concertation avec le comité départemental de l'aide médicale urgente, des transports sanitaires et de la permanence des soins (CODAMUPS). La permanence est assurée sur la base du volontariat par les médecins libéraux dans chaque secteur. Si le nombre de volontaires est insuffisant, il appartient à l'Etat de procéder aux réquisitions nécessaires³⁴⁶. »

³⁴³ *Ibid.*, p. 4-5.

³⁴⁴ Berland Y., « Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences », octobre 2003 ; Berland Y., « Commission démographie médicale », avril 2005.

³⁴⁵ *Ibid.*, p. 78.

³⁴⁶ « Plan Urgences 2003-2008 ». Parallèlement, une véritable politique en matière de « garde ambulancière » est menée afin de résoudre le problème des « carences ambulancières ». Décret n°2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n°87-

Enfin pour lutter contre « la pénurie des zones sous-médicalisées » mise en évidence dans le rapport Berland, il est préconisé d'inciter financièrement les médecins libéraux à s'installer en « zone déficitaire » (zones rurales et périurbaines) et de développer le principe des « maisons médicales de garde »³⁴⁷. Leur création largement médiatisée depuis, a pour objectif « *d'organiser la réponse libérale aux demandes de soins non programmés en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux* ». Le Pr. Yvon Berland recommande également de créer de nouveaux instruments permettant d'améliorer la connaissance de la démographie médicale pour se donner ainsi les moyens d'exercer une véritable « politique de régulation démographique » :

« La fin de l'année 2003 et le début de l'année 2004 sont des périodes où le thème de la démographie des professionnels de santé est placé sur le devant de la scène avec notamment la création de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) sous la présidence du professeur Yvon Berland. Le lien au territoire devient prédominant et le concept de zones « déficitaires » en offre de soins apparaît comme l'étape indispensable à toute politique de régulation de la démographie des professionnels de santé [...]. Il faudra attendre la loi du 13 août 2004 sur la modernisation de l'Assurance Maladie pour que la notion de zones « déficitaires » soit gravée dans le marbre de la loi en même temps que d'autres mesures qui vont profondément changer la prise en charge de ces thématiques, la création des Missions Régionales de Santé (MRS) principalement³⁴⁸. »

La MRS est un outil ayant vocation à guider l'orientation des décisions publiques dans les domaines de l'offre de soins libérale et de la PDS. Elle vient s'ajouter aux multiples autres « instruments d'action publique »³⁴⁹ conçus par l'administration depuis le début des années 2000, pour construire la réponse politique à l'inégal accès à l'offre libérale de soins d'urgence : ONDM³⁵⁰, MMG, MCS, etc... Or, le choix d'un instrument n'est pas neutre. Construits par le ministère de la santé pour appréhender le problème d'inégalité d'accès aux soins, ils ont pour point commun de saisir la réalité sociale à travers un filtre médical. Ce faisant, ils ancrent dans les routines administratives une représentation médicale dominante du

965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres. Ce texte réaffirme l'obligation pour les entreprises privées d'assurer une garde des transports sanitaires sur l'ensemble du territoire départemental.

³⁴⁷ Les premières MMG expérimentales ont été créées en 2001 au nombre de 5. L'année suivante, on en recensait une quarantaine puis 150 en 2003. Selon les départements et villes, elles prennent des noms différents : CARL (centre d'accueil répartition libérale) à Rennes ; CAPS (centre d'accueil et de permanence des soins) à Nantes ; APSA (antenne de PDS et d'accueil) dans le Loiret ; CMU (centre médical d'urgence) au Havre.

³⁴⁸ Barbat Bussière S., « L'offre de soins en milieu rural : l'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne », 2009, p. 333.

³⁴⁹ « *La notion d'instrument d'action publique permet d'envisager l'action publique sous l'angle des techniques et des usages qui structurent les politiques [...] Les instruments d'action sont porteurs de valeurs, nourris d'une interprétation du social et de conceptions précises du mode de régulation envisagé. L'instrument est aussi producteur d'une représentation spécifique de l'enjeu qu'il traite. Enfin, l'instrument induit une problématisation particulière de ces objets d'application dans la mesure où il hiérarchise des variables et peut aller jusqu'à induire un système explicatif.* » Lascombes P., Le Galès P., *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2007, p. 104-105.

³⁵⁰ Observatoire national de la démographie médicale.

problème et en occultent d'autres comme par exemple, l'approche en termes de « délégation de compétence » formulée dans le rapport Berland.

En 2004, à l'occasion du bilan du SROS 2, les auteurs attirent pourtant l'attention sur le relatif échec de la politique menée jusqu'alors :

« Les SROS connaissent également quelques difficultés d'adaptabilité aux réalités de terrain. Ils ont pour but de répartir judicieusement et harmonieusement les moyens médicaux dans chaque région. Cependant, il s'agit aujourd'hui d'un résultat en demi-teinte, notamment en ce qui concerne les urgences médicales : « En effet, de larges secteurs géographiques dépourvus de moyens médicaux destinés à répondre à l'urgence émaillent le territoire. Ces zones ont été baptisées « zones blanches » ou « zones noires »³⁵¹ selon qu'on se place du côté des ministères ou des urgentistes. Toutes les régions, excepté l'Île de France sont constellées de ces déserts sanitaires situés à plus de 30 minutes d'un service d'urgence³⁵² [...]»³⁵³. »

Le verdict est sans appel, l'organisation des urgences en France n'assure pas un égal accès des citoyens aux « secours médicaux ». Ce problème est par ailleurs bien connu des urgentistes qui le désignent couramment par la notion de « zone blanche ». Plus loin, l'auteur poursuit :

« Le problème soulevé par les secteurs géographiques non couverts par les secours médicaux pose la question de la responsabilité de l'Etat, et notamment des ARH. La loi du 6 janvier 1986, relative à l'aide médicale urgente, prévoit en son article 2 que « L'aide médicale urgente a pour objet [...] de faire assurer aux blessés, malades et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ». Ainsi, il est de prescription légale que chaque individu doit recevoir les soins urgents que son état requiert, et ce sans distinction géographique. Or, ce principe étant à ce jour inapplicable en l'état des moyens médicaux pré-hospitaliers et hospitaliers, la question de la « faillite » et de l'échec des SROS, en matière d'urgence médicale, se pose³⁵⁴. »

Le 30 novembre 2004, le « Ministre de la Santé et de la protection sociale charge le Pr Yvon Berland, de réunir la « commission de la démographie médicale » afin, précise t-il :

« D'analyser les dispositifs incitatifs susceptibles d'améliorer la répartition territoriale des professionnels de santé et tout particulièrement des médecins³⁵⁵. »

Sans entrer dans les détails de ce rapport, il convient de souligner l'attention quasi exclusive portée encore une fois aux mesures dites « incitatives », pour ménager une clientèle électorale sensible :

« Des « dispositifs incitatifs » censés réguler la répartition des professionnels de santé sur le territoire ont été conçus pour éviter que ne s'aggravent les inégalités territoriales d'offres de soin, sans toutefois porter atteinte à la liberté d'installation. Jusqu'alors, les différences de densité de

³⁵¹ Cette catégorie n'est pas sans rappeler la politique des « points noirs » relative aux accidents de la route élaborée par le ministère de l'intérieur au cours des années 1970-80.

³⁵² « Hôpital, on est mal », *Le Canard Enchaîné*, Édition spéciale, mars 2003, p.14. La presse reprend la définition du problème telle qu'elle est formulée par les médecins du SAMU. N'oublions pas néanmoins que ce journal publie régulièrement des courtes histoires d'urgence rédigées par P. Pelloux.

³⁵³ Bouriaud A., *op. cit.*, p. 72.

³⁵⁴ Bouriaud A., *ibid.*, p. 72.

³⁵⁵ Pr. Yvon Berland, « Commission démographie médicale », avril 2005.

médecins selon les régions n'avaient pas été perçues comme un problème et la sous-dotation de certains territoires était tolérée sinon invisible³⁵⁶. »

Alors que la répartition territoriale des autres professions de santé est réglementée³⁵⁷, le corps médical parvient à maintenir le privilège de la liberté d'installation. Enfin, dans un court paragraphe, l'auteur du rapport revient certes sur l'idée d'un « transfert de tâches et de compétences » médicales vers certaines professions paramédicales, mais il est immédiatement précisé que ce principe de délégation inspiré de « l'analyse des pratiques nord-américaines et européennes », devra rester sous l'étroit contrôle du corps médical à qui il revient d'en définir les contours. De même, la faible place qui est accordée dans ce rapport à l'énoncé de cette proposition laisse à penser qu'elle ne fait pas partie des solutions privilégiées pour résoudre le problème. Les mesures finalement retenues en témoignent. L'année 2004 est, en effet, celle de la finalisation de la nouvelle politique en matière de PDS et de la réforme des études médicales qui porte la médecine générale au rang de spécialité médicale³⁵⁸. Le gouvernement crée parallèlement, un DESC de médecine d'urgence³⁵⁹ défini comme une « sur-spécialité » de la nouvelle spécialité de médecine générale³⁶⁰.

Ce double processus de « segmentation »³⁶¹ trouve en partie, ses conditions de possibilité dans l'extension continue du champ de compétences de l'anesthésie-réanimation qui s'est progressivement désengagée de la pratique de l'urgence au profit d'autres activités (services de

³⁵⁶ Schweyer F-X., *op. cit.*, p. 397.

³⁵⁷ Les pharmaciens, les infirmiers, etc.

³⁵⁸ Jusqu'en 2004, les futurs généralistes ne passaient pas le concours d'internat instauré en 1982. Ils faisaient un « résidanat » qui durait environ trois ans et non cinq ans comme l'internat. Depuis la rentrée 2004, tous les étudiants en médecine doivent passer les épreuves classantes nationales et faire un internat. L'ancien résidanat devient alors internat en médecine générale dans le cadre d'un processus de revalorisation de cette profession alors désertée de façon inquiétante. Pour plus de précision sur ce phénomène social, on invite le lecteur à se reporter aux analyses d'Anne-Chantal Hardy Dubernet portant sur les effets de la réforme de l'internat de 1982 : « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence », in Cresson G., Drulhe M., Schweyer F-X., *op. cit.*, p. 75-88.

³⁵⁹ La création du DESC de médecine d'urgence remplace la CAMU considérée comme un sous-diplôme. Il est l'aboutissement des revendications des urgentistes et de leur seul syndicat, l'AMUHF. Cette démarche s'inscrit dans la logique décrite par Hughes (1956) d'obtenir une « licence » en échange d'un « mandat exclusif » conféré par la société pour la pratique de la médecine d'urgence.

³⁶⁰ En 2008, la médecine d'urgence est composée de 80% de généralistes, 9% d'anesthésistes-réanimateurs et 11% de spécialistes (pédiatres, praticiens de médecine interne, de santé publique ou de médecine légale). Danet F., *La médecine d'urgence, vers de nouvelles formes de travail médical*, Erès, Coll. Clinique du travail, 2008, p.149. L'investissement massif des médecins généralistes dans la pratique de la médecine d'urgence peut être analysé comme le résultat d'une stratégie de « réenchâtement » (Broclain, *op. cit.*, 1994) de la pratique médicale par des professionnels en quête de reconnaissance.

³⁶¹ On reprend à notre compte l'approche des professions en termes de processus, telle qu'elle a été forgée par Anselm Strauss : « *Les segments ne sont pas des parties absolument stables, définis pour l'éternité, du corps professionnel. Ils sont soumis plus ou moins continuellement à des changements. Ils prennent formes et se développent, se modifient et disparaissent.* », in Strauss A., *op. cit.* p. 82.

réanimation, cliniques de la douleur, salles de réveil, péridurale, etc...)³⁶². L'extrait d'entretien suivant témoigne de l'évolution qu'a connue le SAMU de la ville enquêtée:

*« - Et ce que j'ai cru comprendre, c'est que certains aimeraient élever ce diplôme au rang de spécialité ?
- Oui mais dans ce cas-là, on peut faire médecin anesthésiste-réanimateur parce qu'au SAMU, on intube, on monte des trucs, on ne jongle pas avec autant de drogue qu'un médecin anesthésiste-réanimateur mais quasiment autant. D'ailleurs au SAMU, la plupart des médecins qui sont en poste, était des anesthésistes, ceux qui passent l'internat et qui sont anesthésistes, qui réussissent le concours d'internat et font anesthésistes. Et maintenant, c'est des médecins généralistes qui ont passé la spécialité et qui après, se sont faits reconnaître sur le terrain et donc sont montés. Maintenant le SAMU, la plupart de ceux qui y sont, c'est des urgentistes et pas des médecins anesthésistes³⁶³. »*

Enfin, en mai 2006, M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des solidarités, charge le Dr J-Y Grall alors conseiller médical à l'ARH, de rédiger un rapport sur les « maisons médicales de garde ». Après cinq ans d'expérimentation de ce nouveau dispositif, l'heure est au bilan et à l'élaboration de recommandations précises pour homogénéiser leur fonctionnement et leur financement³⁶⁴. A cette occasion, il fait une allocution au cours de laquelle il réaffirme son attachement au référentiel médical qui est au principe de la politique d'urgence française :

« En matière d'urgence, il existe un modèle français original, examiné avec beaucoup d'intérêts par d'autres pays : il repose sur la prise en charge par des médecins désormais spécialistes en médecine d'urgences sur une régulation des appels par des médecins, et sur la médicalisation des interventions sur le terrain. Ce modèle, nous devons le conserver, tout en l'améliorant et le modernisant. C'est tout le sens de la concertation que nous avons engagée dès septembre 2002, qui a abouti au Plan Urgences présenté en septembre 2003 et qui connaît aujourd'hui une étape importante avec la publication de nouveaux décrets aujourd'hui³⁶⁵. »

Pour convaincre l'opinion de la légitimité de l'orientation française en matière de politique d'urgence, Xavier Bertrand recourt à un argument qui nous apparaît discutable. Quels sont en effet ces « autres pays » qui porteraient un grand intérêt au « modèle » français ? Et sur quelles études s'appuie-t-il ? Aucune de ces informations n'est, en effet, livrée au lecteur.

De plus, au même moment, alors qu'elle passe largement inaperçue, la création d'un nouveau diplôme d'ambulancier à l'initiative des médecins du SAMU, revêt un fait significatif au regard de la politique menée jusqu'à présent dans ce domaine. Il faut savoir, en effet, que la formation

³⁶² Faure Y., « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *ARSS*, n°156-157, p. 98-114.

³⁶³ Entretien semi-directif au domicile d'un médecin urgentiste (Samu, SOS médecins).

³⁶⁴ Dr J-Y Grall, « Les Maisons Médicales de Garde », Juillet 2006.

³⁶⁵ Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique ; Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. Source : Discours de Xavier Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités, « Urgences », Dossier de presse le 23/05/2006. A partir de cette date, tous les médecins exerçant dans les structures d'urgences ont désormais l'obligation d'avoir la spécialité de médecine d'urgence ou, pour ceux qui exercent déjà, une expérience requise de trois ans au moins dans ce type de service.

des ambulanciers n'avait pas été révisée depuis la création du « certificat de capacité d'ambulancier » en 1970. A ce diplôme se substituent en 2007, le « Diplôme d'Etat d'Ambulancier » ainsi que celui « d'auxiliaire ambulancier »³⁶⁶ dont la genèse et les contours sont le fait des médecins ambassadeurs du SAMU. Là encore, les représentants de la profession d'ambulancier étaient plutôt réticents à cette évolution :

« Il ne faut pas négliger le choc culturel que constituent pour les ambulanciers privés des contraintes réglementaires tendant vers la mise en place d'organisations structurées, sectorisées, évaluées et financées. S'ensuivent parfois des conflits entre professionnels qui retardent cette mise en place [...]. De plus, les ambulanciers privés prennent de plus en plus conscience de la nécessité de leur participation à l'urgence. En témoignent les mises en service de véhicules hors quota³⁶⁷ et l'organisation spontanée d'astreintes aux heures ouvrables qui devrait, à terme, leur permettre de reprendre à leur compte des transports sanitaires relevant de leur compétence et actuellement confiés aux sapeurs-pompiers par carence, moyennant le paiement par les hôpitaux de 90 euros par transport³⁶⁸. »

Ce nouveau diplôme élargit considérablement le spectre des compétences des ambulanciers privés dans le domaine de l'urgence. Il comprend des modules identiques au diplôme d'aide-soignant ainsi que des modules supplémentaires de spécialisation en matière d'urgence, de psychiatrie et de néo-natalité prévus à partir des années 2007-2008.

Ainsi, des actes considérés jusqu'alors comme médicaux tombent dans l'escarcelle des compétences des ambulanciers privés³⁶⁹ qui se rapprochent désormais, en terme de compétences, de leurs homologues européens et outre-atlantique. Cette évolution silencieuse des frontières professionnelles signe nous semble-t-il, l'amorce d'un processus de glissement du modèle français de médicalisation des urgences vers les modèles étrangers (paramédicalisation). Il fait également écho aux propositions faites par le Pr. Berland dans son rapport précité remis en 2003 et reprises dans la loi HPST :

« La définition proposée pour les soins de premier recours met en avant le médecin traitant, mais cite aussi d'autres professionnels de santé et des établissements, dans le cadre de coopérations ou de réseaux de santé. La loi a déconstruit l'évidence: « médecine générale libérale = soins de premiers recours³⁷⁰. »

³⁶⁶ Arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

³⁶⁷ Ambulances spécialement dédiées à l'urgence et qui ne peuvent être déclenchées que par le 15.

³⁶⁸ Devreau M., Crozatier M., « L'organisation des transports », in *ADSP*, « Urgences et demandes de soins en urgences. Quelle prise en charge ? », n°52, Septembre 2005, p. 40. Les auteurs sont praticiens hospitaliers au Service d'anesthésie-réanimation-chirurgie, SAMU 76, du CHU-CH Nicolle à Rouen.

³⁶⁹ L'enquête de terrain a permis d'observer que cette nouvelle formation a fait l'objet d'appréciations diverses de la part des ambulanciers, allant du refus simple à la satisfaction d'être enfin reconnus dans le domaine de l'urgence. Ce point sera plus longuement abordé dans le chapitre 3.

³⁷⁰ Schweyer F-X., *op. cit.*, p. 398.

Pourquoi les médecins urgentistes ont-ils, à partir de 2007, accepté de déléguer des actes qu'ils se réservaient jusqu'à présent ? Pour répondre à cette question, il faut replacer cet événement dans le contexte plus large du champ de l'urgence que se disputent les urgentistes et la FNSPF. Dans ce cadre conflictuel, la réaction des urgentistes et de façon liée de son ministère de tutelle, doit se comprendre comme une réponse à la décision prise par la FNSPF de créer des véhicules de liaison infirmiers (VLI). Ce nouvel instrument traduit en effet la volonté de la FNSPF de faire évoluer sa politique médicale de « secours sanitaire » vers un référentiel « paramédical » comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

CONCLUSION

« Les professions établies, plus encore peut-être que tout autre type de métier, revendiquent un mandat légal, moral et intellectuel. Non seulement leurs membres, parce qu'ils sont entrés dans le cercle magique des collègues, ont individuellement licence de faire ce que d'autres ne font pas, mais, en tant que groupe, ils prétendent indiquer à la société ce qui, dans tel domaine de l'existence, est bon et juste pour l'individu et la société. En fait, ils définissent les catégories dans lesquelles ce domaine peut être pensé³⁷¹. »

Une brève analyse des auteurs trouvant à s'exprimer dans les multiples supports écrits, permet d'apprécier le monopole médical de la parole sur les urgences et corrélativement, de souligner l'absence des autres groupes professionnels concernés (infirmiers, ambulanciers). La politique publique en matière d'urgence sanitaire reste en effet relativement confidentielle. Son élaboration renvoie essentiellement à l'action en coulisse de spécialistes politico-administratifs et de médecins experts³⁷² dont la parole est largement relayée par les médias. De ce fait, l'inégalité territoriale dans l'accès aux soins d'urgence est définie comme un problème médical et hospitalier appelant des solutions du même ordre : médicalisation des services d'urgence, ambulances hospitalières médicalisées, gardes médicales, etc...

Dans le cas présent, le problème de l'inégalité territoriale dans l'accès aux soins d'urgence est, comme on l'a vu, géré dans le cadre de dispositifs institutionnels stables (ONDM, MRS...) qui maintiennent une définition du problème, un « consensus » apparent sur cette définition. Et plus encore, les instruments d'action publique forgés, la légitiment, la solidifient et ce faisant, occultent d'autres définitions et moyens de solutionner le problème évoqué. Les médias participent également de ce durcissement en se faisant les haut-parleurs du langage, des problématiques et *in fine* de « l'idéologie » médicale, qui est ainsi progressivement distillée au sein de la population :

« Certains écrivent des livres destinés à un vaste public, publient des journaux ou dans des magazines à grand tirage, ou encore parlent à la radio ou à la télévision. Le sens de leur message, recueilli dans l'intimité du cabinet de consultation ou diffusé par les médias, est répété et retravaillé dans les conversations privées entre profanes et intégrées au « manuel d'utilisation » imaginaire des professionnels de l'assistance. Patients et clients sont les premiers à absorber les notions et les attitudes professionnelles et à les transmettre à leurs parents et amis. L'éducation véhiculée, souvent de façon implicite, dans son « programme caché », une notion générale de la répartition des tâches entre professions, avec leurs notions et pratiques fondamentales³⁷³. »

³⁷¹ Hughes E., « Licence et mandat », in Hughes E., Chapoulie J-M., *op. cit.*, p. 100.

³⁷² Sur l'émergence des experts dans l'après seconde guerre mondiale cf. De Swaan, *op. cit.*, p. 308-317.

³⁷³ De Swaan, *op.cit.*, p. 326.

Les individus profanes deviennent alors ce que De Swaan nomme, des « proto-professionnels »³⁷⁴ qui contribuent à la production et à la pérennité du mythe de la supériorité du système d'urgence « médical » français.

Toutefois, dans ce tableau général, l'évolution à pas feutré de la profession d'ambulancier apparaît comme le signe d'un changement et peut-être, d'une reconfiguration en marche de cette politique. Pour mieux comprendre ce qui se joue aujourd'hui, il faut avant toute autre chose, étudier ce changement initié par les médecins urgentistes en relation avec l'évolution de la politique menée par la FNSPF en matière d'urgence sanitaire.

³⁷⁴ « Le terme de proto-professionnalisation recouvre les divers processus de médicalisation, de psychologisation, de juridicalisation et de fiscalisation du quotidien ; c'est l'effet externe de la professionnalisation. Elle s'étend à des cercles de profanes toujours plus vastes, elle est transmise par les clients des professions libérales, dans le « programme caché » de l'enseignement, et de plus en plus à travers les mass media qui en adoptent les catégories dans leur traitement des problèmes humains. », *ibid.*, p. 327.

CHAPITRE II. LES SAPEURS-POMPIERS ET LE TERRITOIRE. LA PROXIMITE GEOGRAPHIQUE COMME GARANTIE DE L'EGALITE D'ACCES AUX « SECOURS A PERSONNE » ?

De la figure de « garde » à celle du « technicien du risque » en passant par l'image du « soldat du feu », les représentations et la fonction sociale du « sapeur-pompier » ont profondément évolué au cours du siècle dernier. Jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, « *du fait de leur filiation avec la garde nationale, les pompiers sont principalement investis dans la défense de l'ordre public* »¹. Ils sont alors armés, le port du sabre et du fusil constituant d'ailleurs le principal ressort de l'engagement. Réputés fainéants, incompetents voir même alcooliques, ils sont alors couramment raillés pour leur mauvaise tenue et leurs « beuveries »². Au début de la Troisième République, la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers Français travaille à reconvertir ses activités dans la lutte contre l'incendie. La lance et la pompe se substituent ainsi à l'arme et le soldat devient un « soldat du feu », une expression apparue dans les années d'après-guerre et qui consacre le rôle des « sapeurs-pompiers » dans la lutte contre les incendies mais aussi bientôt, dans leur prévention. Cette politique « préventionniste » produit rapidement ses effets puisque les années 1970 voient le nombre d'incendies diminuer sensiblement. En contrepoint, le nombre d'accidents de la route ne cesse d'augmenter avec un pic de 16 617 tués et de 388 067 blessés l'année 1972³. La FNSP voit dans ce phénomène social qui inquiète les politiques, une chance de préserver son « utilité sociale » mise à mal depuis quelques années déjà, par la baisse notable du nombre d'incendies. Aussi s'engage-t-elle dans une politique offensive de développement du « secours routier », étendue en l'espace de quelques années, au « secours à personne ». Depuis lors, ce domaine d'activité n'a cessé de prendre de l'ampleur au point de représenter aujourd'hui la majorité des interventions réalisées par les sapeurs-pompiers français comme le montre le tableau ci-dessous :

¹ Rohart L., « La représentation politique et professionnelle des Sapeurs-Pompiers de la troisième République à nos jours. Contribution à la sociologie politique des groupes professionnels », Thèse de sociologie, sous la direction de Sawicky F., Université Lille 2, 27/10/2005, p. 21.

² Lussier H., *Les sapeurs-pompiers au XIX^{ème} siècle. Associations volontaires en milieu populaire*, L'Harmattan, 1987. Chapitre 11, « Prestige ou dérision : l'image du sapeur-pompier », p. 147-159.

³ Dalmaz P., *Histoire des sapeurs-pompiers français*, PUF, 1996, p. 79.

Tableau 1- Activités de la FNSPF en 2011

Missions	Nombre	Pourcentage %
Incendies	317 900	7,5
Accidents de la circulation	284 600	6,7
Secours à victime	3 082 400	72,6
Risques technologiques	53 800	1,3
Opérations diverses ⁴	503 500	11,9
Total	4 242 200	100

Source : www.pompiers.fr Année 2011.

Comme on le voit ici, l'éventail des missions assurées par les sapeurs-pompiers français est large. Depuis les années 1970, ils se sont en effet appropriés diverses missions dites de « secours ». L'imprécision de cette notion (tout comme celle de « risque » qui est plus récente), a permis à cette institution d'inclure légitimement dans son « portefeuille d'interventions »⁵ toutes les formes de secours quelles qu'elles soient à tel point que les sapeurs-pompiers français possèdent aujourd'hui « l'éventail des missions la plus large d'Europe »⁶. Dans ce contexte, au « soldat du feu » d'hier réputé fainéant, alcoolique et incompetent, s'est progressivement substituée la figure du « technicien du risque »⁷ courageux, dévoué et surtout compétent. Par ailleurs, la mission de « secours à victime » que l'on nomme dans cette étude, l'urgence sanitaire, représente aujourd'hui l'activité centrale de la FNSPF (72,6%). Plus précisément, les sapeurs-pompiers constituent désormais les acteurs de premier rang dans la prise en charge de l'urgence sanitaire en France, en atteste un rapport de la Cour des Comptes rendu public en 2011:

« Le secours d'urgence à personne est assuré, dans notre pays, par plusieurs acteurs. Les SDIS (7 277 centres, 248 264 sapeurs-pompiers, dont 5 132 médecins et 5 565 infirmiers, 6 144 véhicules de secours et d'aide aux victimes) sont chargés « des secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes » (article L. 1424-2 du code général des collectivités locales).

Les services d'aide médicale urgente – les SAMU – (101 SAMU, avec un effectif consacré à la régulation équivalent à 955 médecins, 2 003 personnels non médecins) dépendent du ministère chargé de la santé et sont gérés par les hôpitaux. Ils ont, notamment, pour mission (article R. 6311-1 du code de la santé publique (CSP) de « répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence ». Ils peuvent faire appel aux services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) 49 (370 services, 500 médecins, 600 infirmiers, 380 ambulances, 200 véhicules) [...]. Les

⁴ Déblocage d'ascenseurs, nids de guêpes, ouverture de portes, fuites d'eau, etc.

⁵ Padioleau J-G, *Le réformisme pervers : le cas des sapeurs-pompiers*, PUF, 2002, p. 95.

⁶ Rohart L., *op. cit.*, p. 33.

⁷ Rohart L., « Le sapeur-pompier. Technicien du risque », DEA mention Science politique, Université Lille 2, septembre 1997 ; Bouillier D., Chevrier S., *Les sapeurs-pompiers. Des soldats du feu aux techniciens du risque*, PUF, 2000.

SDIS sont le principal acteur du secours. En 2009, le nombre de leurs interventions pour premier secours à personne a été deux fois plus élevé que le nombre d'interventions du SMUR pour la prise en charge médicalisée.⁸ »

Dans ce cadre, l'organisation territoriale des sapeurs-pompiers, la gestion de leurs effectifs⁸ et plus largement la politique menée par la FNSPF en matière de « secours à personne » a un impact direct sur la qualité de la prise en charge de l'urgence sanitaire en France. Voilà pourquoi, il s'est avéré nécessaire de leur consacrer ici un chapitre⁹.

Toutefois, l'importance sociale du rôle joué par les sapeurs-pompiers dans le champ de l'urgence sanitaire contraste avec la faiblesse de la littérature scientifique relative à ce groupe jusqu'aux années 2000. A l'instar de Ludovic Rohart, on note en effet qu'avant cette date « *les principaux travaux sont traditionnellement des études menées par des juristes, le plus souvent sur un mode descriptif et prescriptif plus qu'analytique* »¹⁰. En sociologie, on relève pour les années 1990, les travaux précurseurs de Jean-Noël Retière¹¹ mais c'est à partir des années 2000 que les politistes et les sociologues s'emparent véritablement de cet objet qui, dans un contexte où les sapeurs-pompiers font régulièrement l'actualité, semble avoir acquis une certaine légitimité scientifique¹². Ces travaux scientifiques portent alors principalement sur la « crise du volontariat » et sur les effets de la réforme de 1996 dite de « départementalisation » et de « développement du volontariat »¹³, qui cristallisent alors l'attention de la FNSPF et du champ politique.

⁸ Le métier de sapeur-pompier en France est exercé pour une écrasante majorité par des non-professionnels, appelés « volontaires » qui exercent cette activité en parallèle de leur activité professionnelle : « *En effet, toutes les données relatives à la structure des effectifs démontrent qu'il existe un sapeur-pompier professionnel, lequel relève de la fonction publique territoriale, pour cinq à six volontaires. En fonction des sources, les chiffres varient entre 25 et 30.000 professionnels et 200 à 240.000 volontaires, tandis que les pompiers militaires représentent 7.000 personnes.* », Rohart L., *op. cit.*, p. 12. Il y a aussi les pompiers privés mais leur nombre est difficile à établir. Sur ce point, voir Rohart, *op. cit.*, p. 19-20.

⁹ A toutes fins utiles, précisons que seule l'activité de secours à personne fera ici l'objet d'une analyse approfondie.

¹⁰ Concernant l'approche juridique de l'objet, le travail de Laurent Derboulles reste le plus complet. Dans ce paysage, on peut également citer le travail de Richeux J-Y : « Caractéristique de l'AMU depuis la réforme de 1986. Bilan général et application locale », Mémoire de maîtrise mention droit public, Université de Nantes, septembre 1992.

¹¹ Retière J-N., « Etre sapeur-pompier volontaire. Du dévouement à la compétence », *Genèses* 16, juin 1994, p. 101-102 ; Retière J-N., « La crise du volontariat chez les sapeurs-pompiers », in *Produire les solidarités*, Paris, MIRE, 1997 ;

¹² Sur ce point, on invite le lecteur à lire l'introduction de la thèse de Ludovic Rohart.

¹³ Padioleau J-G., *Le réformisme pervers ; le cas des sapeurs pompiers*, PUF, 2002 ; Padioleau J-G., *La fin des sapeurs-pompiers républicains ? Politiques et expériences de services collectifs post-modernes de proximité*, L'Harmattan, 2002 ; Bouillier, Chevrier, *Les sapeurs-pompiers. Des soldats du feu aux techniciens du risque*, 2000 ; Kanzari Ryad, « Les sapeurs-pompiers, une identité temporelle de métier », Doctorat de sociologie, Université Toulouse Le Mirail, sous la direction de Thoemmes J., décembre 2008 ; Chevreuil S., « Manager l'implication du volontaire : Le cas des sapeurs-pompiers », XXIème Congrès AGRH du 17 au 19 novembre 2010, Rennes/Saint-Malo, 20p ; Pudal R., « Ni professionnel, ni bénévole : être pompier volontaire aujourd'hui », *Socio-logos*, Revue de l'Association française de sociologie, 5, 2010 ; Pudal R., « Du « Pioupiou » au « Vieux Sarce » : ethnographie d'une socialisation chez les pompiers », *Politix*, 93, Juin 2011, p.167-194 ; Pudal R., « La politique à la caserne. Approche

A *contrario*, les ouvrages d'historiographie de ce groupe, sous toutes ses facettes, sont pléthores¹⁴. Etant pour leur grande majorité l'oeuvre de pompiers ou d'anciens sapeurs-pompiers¹⁵, ces récits historiques bien qu'instructifs, doivent être toutefois appréhendés avec circonspection. Les informations qu'ils proposent sont généralement lacunaires et ils ont davantage une vocation hagiographique (auto-célébration/auto-satisfaction) que scientifique¹⁶. Au cœur de cette littérature, nous accordons néanmoins un statut tout particulier aux travaux de Jean-François Schmauch, ancien colonel pompier et ingénieur CNAM (docteur en sciences de gestion)¹⁷. Ses écrits se distinguent doublement des précédents de par leur vocation scientifique ainsi que, de par le souci d'une comparaison fine de l'organisation des sapeurs-pompiers français avec les autres pays européens.

Parmi cette littérature « pompier » nous avons également recouru à d'autres sources d'informations qu'elles soient institutionnelles (*Le magazine du Sapeur-Pompier*, la revue *Préventique*, le site « pompiers.fr », etc.), médiatiques (articles de presse de quotidiens régionaux et nationaux¹⁸) ou bien encore politiques (textes de lois, rapports politiques, etc.). L'ensemble de ces matériaux ainsi que quelques entretiens semi-directifs réalisés auprès d'anciens sapeurs-pompiers et d'un cadre retraité de la sécurité civile¹⁹, ont servi de supports à l'analyse développée ici.

ethnographique des rapports à la politique en milieu pompier », *Revue française de science politique*, vol.61, n°5, 2011, 917-944 ; Vidal C., « Développer les hommes par les compétences pour développer le volontariat, vers de nouvelles limites du volontariat. Evaluation, prospective et avenir du volontariat chez les sapeurs-pompiers », Thèse de doctorat, spécialité Sciences de l'Éducation, sous la direction de Jorro A., Université Toulouse Le Mirail, mars 2009, 417 p.

¹⁴ Une recherche rapide sur internet suffit à se rendre compte de l'importance du nombre d'ouvrages consacrés à l'histoire des « engins », des uniformes, des activités, etc. On retrouve également beaucoup de monographies (Histoire des sapeurs-pompiers de Toulon, Metz, Paris, Marseille, etc.).

¹⁵ A l'exception de l'étude réalisée par un historien patenté : Lussier H., *Les sapeurs-pompiers au XIXème siècle. Associations volontaires en milieu populaire*, Paris, Association des ruralistes français, L'Harmattan, 1988.

¹⁶ Suivant les conseils de l'historien M. Ferro, *L'histoire sous surveillance*, Paris, Calmann-Levy, 1985 : « Si l'histoire est un besoin, elle est aussi une construction qui répond à des stratégies que l'identité commande ». Tout groupe social a besoin d'avoir une histoire pour légitimer son existence quitte à en changer parfois le sens. Les institutions, ici la FNSPF, s'efforcent d'ailleurs de la contrôler tant l'enjeu est important.

¹⁷ Schmauch J-F., « L'organisation des sapeurs-pompiers dans 25 pays d'Europe », *Revue Sécurité. Revue de Préventique*, n°10, volume 2, Janvier-Février, 1994, p. 13-42 ; Schmauch J-F., « Essai sur les services de secours et de lutte contre l'incendie dans 19 pays d'Europe », EDI 18, Collection « Documents », 2000.

¹⁸ Dès le début de cette recherche et pour suivre l'actualité « sapeur-pompier », nous avons mis en place des « alertes google ». Cet outil mis gratuitement à disposition des internautes, permet de recevoir quotidiennement dans sa boîte mail, l'ensemble des articles parus sur internet (presse nationale, régionale, les blogs, les magazines, etc...) portant sur un sujet précis.

¹⁹ Ces entretiens ont été réalisés dans le cadre d'un master 2 recherche mention sociologie réalisé sous la double direction de Charles Suaud et Jean-Noël Retière : Morel S., 2005, *op. cit.*

Méthodologie

La rareté des archives écrites portant sur l'organisation et l'activité quotidienne des sapeurs-pompiers dans les années 1950²⁰, explique le recours fréquent dans cette enquête aux archives orales et à la pléthore de livres émanant d'« historiens » patentés des pompiers ou de travaux effectués par les pompiers eux-mêmes. Ces études ne proposent qu'une connaissance partielle de la situation réelle, elles répondent plus au besoin du groupe de se construire voir d'inventer une histoire pour exister qu'à la volonté de produire un savoir objectif. Pour pallier ces lacunes, j'ai utilisé mon réseau de connaissances au sein du milieu des sapeurs-pompiers pour contacter, par personnes interposées, d'anciens SPV avec qui furent réalisés des entretiens collectifs et individuels. L'analyse qui suit est donc essentiellement produite à partir du cumul et de la comparaison des récits de pratiques qui permettent d'entrevoir objectivement la vie quotidienne des casernes et des sapeurs-pompiers dans les années 1950 (activités, modes de recrutement, profils...etc).

Dans ce chapitre, nous proposons de saisir les logiques d'action des sapeurs-pompiers au prisme de la problématique de l'inégalité géographique dans l'accès au « secours à personne ». Nous verrons que cette problématique est présente et reconnue depuis les origines de la création des sapeurs-pompiers. Ce n'est donc pas la réalité du problème mais sa définition et par suite, les solutions proposées/imposées par ce groupe que nous allons soumettre à la critique. Le chapitre est organisé autour de quatre points qui constituent la trame de la ligne argumentative de notre analyse : un détour par l'histoire²¹ montre dans un premier temps que l'organisation territoriale des sapeurs-pompiers s'est construite dès le départ, selon une logique communale. La nature de leur activité (la lutte contre le feu) ainsi que les moyens matériels (pompes à bras, etc...) imposaient en effet, *ipso facto*, une organisation des secours fondée sur le principe de proximité. En dépit des avantages qu'elle présente cette logique d'organisation trouve néanmoins ses limites (hétérogénéité des casernes, anarchie de leur implantation, inégale répartition des volontaires) ce qui conduit la FNSPF à s'engager dès le début du 20^{ème} siècle, dans un processus de « départementalisation » (II). La loi de réforme de 1996 va représenter alors le point d'orgue d'une politique initiée depuis des décennies.

²⁰ Les recherches menées dans les lieux d'archives traditionnels (archives départementales, municipales) sur la vie des casernes de l'époque (formations, activités, recrutement...) ont été infructueuses. L'enquête a révélé au fur et à mesure que ces archives étaient en réalité dispersées entre les mains des sapeurs-pompiers de l'époque. L'explication est à chercher du côté de l'autonomie des casernes et du caractère informel de l'activité des sapeurs-pompiers volontaires qui exerçaient sur la base de l'entraide, de la bonne volonté sans avoir à rendre de compte à une hiérarchie. Dans ce contexte et si on tient compte par ailleurs du profil des SPV (artisans), les écrits étaient elliptiques voire totalement absents.

²¹ Il s'agit ici de dresser un tableau rapide de l'histoire des sapeurs-pompiers revisitée sous l'angle de la question du territoire. On ne retiendra que les éléments d'informations permettant de nourrir l'analyse sans l'alourdir de détails historiques et juridiques.

1. L'ORGANISATION GÉOGRAPHIQUE DES SAPEURS-POMPIERS : FORCES ET FAIBLESSES DE LA LOGIQUE COMMUNALE

« Nos pompiers » auxquels restent aujourd'hui attachés les élus ainsi que la population, jouissent d'un capital de sympathie que bon nombre de professions peuvent leur envier. Néanmoins, un détour par l'histoire montre qu'il n'en a pas toujours été ainsi, loin s'en faut : résistances des maires face à l'obligation de financement des casernes, indifférence de la population, difficultés de recrutement ont en effet ponctué l'histoire des sapeurs-pompiers.

1.1. UNE LOGIQUE D'IMPLANTATION COMMUNALE : ENTRE HUMEURS POLITIQUES LOCALES ET INITIATIVES INDIVIDUELLES

« Ce service public se trouve organisé au niveau le plus proche local. Il s'agit en effet initialement de faire face à un phénomène localisé, l'incendie. Par ailleurs, la faiblesse des moyens de communication implique une conception limitée de la protection des populations. Un maillage territorial fin apparaît pour l'essentiel la meilleure solution pour faire face à un péril dont le traitement n'admet pas le retard, ni de la part du service opérationnel appelé à intervenir, ni de la part des autorités de police.²² »

1.1.1. Un « ancrage localiste »²³ et une répartition inégale dès ses origines

Au Moyen-âge, les incendies jalonnent la vie quotidienne des Français et en la matière, c'est l'improvisation qui domine bien qu'une multitude d'organisations locales plus ou moins informelles de lutte contre l'incendie se font jour durant cette période (guets nocturnes, couvre-feux, etc...). En l'absence de prévention, on demande notamment aux hommes de l'art (artisans du bois et du bâtiment)²⁴ d'organiser, quartier par quartier, des « guets de mestiers » afin de limiter les inconvénients du feu (« faire la part du feu »). En dépit de ces pratiques de prévention, les incendies persistent et en l'absence d'une véritable organisation de lutte contre le feu, ses conséquences sont dévastatrices. Devant ce constat d'impuissance, un arrêt royal²⁵ oblige bientôt les ribaudes autrement dit, les prostituées, à porter l'eau vers le feu sous peine d'être punies et bannies hors de la cité. Enfin, les membres des congrégations religieuses mus autant par une vocation charitable et l'espoir d'une rédemption que par l'intérêt²⁶, apportent également leur

²² Padioleau J-C., *op.cit.*, p. 11

²³ *Ibid.*, p. 27.

²⁴ « L'art de construire un édifice autorisait la connaissance des arcanes de l'architecture et permettait ainsi de procéder à des destructions préventives et judicieuses laissant la part du feu et sauvegardant les environs », Dalmaz P., *op. cit.*, p. 7.

²⁵ Arrêt royal du 8 décembre 1472 pris par Louis XI.

²⁶ « L'autre motivation repose sur l'intérêt qu'ils pouvaient retirer d'actions de bravoure. Leur abnégation et leur dévouement à la cause publique leur ouvraient l'autorisation d'installer des bâtiments et communautés à l'intérieur des murs de la ville », Dalmaz P., *op.cit.*, p. 9.

concours à la lutte contre les incendies. A la fin du 17^{ème} siècle, l'usage des seaux laisse place à celui de pompes à bras dont s'équipent progressivement les corps municipaux.

« Dès 1701, la ville de Rouen, par l'intermédiaire de son maître des ouvrages, a fait venir de Hollande une douzaine de petites pompes à main. Puis, successivement, c'est au tour de Metz (1706), Orléans (1730), Bar-le-Duc (1733), Lyon, Bayonne, Laon, Avignon, Nîmes, Amiens d'acquérir des pompes et d'organiser la lutte contre le feu qui continue à reposer sur les corps de métiers du bâtiment²⁷. »

Le matériel se spécialisant, les municipalités se chargent de plus en plus de l'achat et de l'entretien de l'équipement de lutte contre l'incendie ainsi que du recrutement afin de trouver des « servants », formés au maniement de ce nouveau matériel. En 1790, un texte confie officiellement à l'autorité municipale « *le soin de prévenir par des précautions convenables et celui de faire cesser par la distribution des secours nécessaires les accidents et fléaux calamiteux tels que les incendies...* »²⁸. Malgré cela, les municipalités qui se dotent de compagnies de sapeurs-pompiers restent minoritaires à l'approche du 19^{ème} siècle, « l'âge d'or » de leur création se situant en effet, selon H. Lussier, entre la fin de la monarchie de Juillet et celle du Second Empire²⁹. Dans ce cadre, la création des compagnies de sapeurs-pompiers s'est faite en ordre dispersé et en fonction des volontés locales ce qui a conduit d'emblée à leur répartition inégale sur le territoire :

« ...en 1854 le commandant Schreuder, fondateur du Journal des sapeurs-pompiers, estimait à « guère plus de 200 » le nombre de corps lorsque fut lancée l'enquête en 1815. A raison d'effectifs moyens avoisinant la quarantaine, le chiffre donné par le commandant permet d'estimer le nombre total des pompiers français aux alentours de 8000 en 1815. La répartition géographique des 190 compagnies recensées suggère en outre des inégalités régionales très marquées³⁰. »

Après 1815, le nombre de compagnies et de volontaires croît sensiblement puisqu'on compte en 1867, 280 000 pompiers dans plus de 8 700 communes répartis toutefois, de façon inégale. La France où le pompier est plus rare est celle du Midi et de l'Ouest et les régions favorisées concernent globalement le bassin parisien, le Nord et l'Est. Malgré quelques infléchissements, cette division géographique persistera jusqu'en 1914³¹. A ce constat s'ajoute également celui de compagnies hétérogènes du point de vue de l'équipement et des compétences :

« Aux dires de certains contemporains, observateurs attentifs et dotés de l'expérience du métier, l'incompétence et l'inefficacité font partie des choses les mieux partagées parmi les compagnies du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècle. [...] Les comptes-rendus de presse, comme les rapports de

²⁷ Dalmaz P., *op.cit.*, p. 14.

²⁸ Loi du 16-24 août 1790. Il s'agit toutefois d'une simple recommandation. Dalmaz P., *op. cit.*, p. 17.

²⁹ Lussier H., *op. cit.*, p. 161.

³⁰ *Ibid.*, p. 24.

³¹ Pour une analyse des multiples facteurs « objectifs » (« richesses municipales », taux d'industrialisation, matériaux de construction, etc.) et « subjectifs » (« l'esprit pompier », « facteur sociabilité ») favorisant cette répartition géographique, le lecteur peut se reporter à l'étude de Lussier H., *op. cit.*, p. 29-39.

gendarmes ou même des chefs de corps font généralement le silence sur cet aspect des choses. Ils n'en retiennent que le zèle et le courage des sapeurs, ou, le cas échéant, leur insubordination flagrante. Mais l'œil plus sévère des officiers des grandes villes, des rédacteurs de journaux spécialisés ou des inspecteurs régionaux perçoit infailliblement les travers techniques des compagnies provinciales³². »

Pour pallier ces défaillances concernant essentiellement les compagnies provinciales, un décret de 1875 autorise la coopération intercommunale³³. Ce même texte officialise également la fonction d'inspecteur départemental à qui on confie la charge de coordonner les interventions et de rendre possible les coopérations entre les communes protégées et celles dépourvues de tels services³⁴. Toutefois ces inspecteurs doivent faire face à deux obstacles majeurs dans leur activité : d'une part, le financement de leur poste se fait à l'appréciation des élus et d'autre part, ils ne disposent d'aucun pouvoir de sanction. Dans ces conditions, ils ne peuvent qu'émettre des avis techniques et administratifs à des maires et chefs de corps libres de suivre ou non leurs recommandations. De fait, les disparités entre départements restent donc importantes à la fin du 19^{ème} siècle. Consciente de ses lacunes liées à l'émiettement de son organisation géographique, la FNSP s'oriente alors progressivement, à partir du 20^{ème} siècle, vers une politique de départementalisation.

1.1.2. Départementaliser pour réduire les inégalités géographiques

Le décret du 10 novembre 1903, réformant le décret du 29 décembre 1875, autorise pour la première fois, les communes à se réunir pour entretenir un corps mais, à titre exceptionnel uniquement :

« Le sens de cette nouvelle disposition se dégage clairement du rapport au Président de la République. Celui-ci note en particulier qu' « il est arrivé parfois que de petites communes, ne possédant pas de ressources suffisantes pour acquérir un matériel propre de secours contre l'incendie et entretenir une subdivision de 14 hommes au moins (chiffre minimum), ont demandé à s'associer avec d'autres à cet effet. On a dû leur refuser cette autorisation, qui aurait pourtant été avantageuse, car autrement la commune est obligée, ou de renoncer à avoir un service d'incendie ou de s'imposer des charges excessives. Les auteurs du décret de 1875 avaient interdit la réunion de plusieurs corps, comme pouvant présenter des dangers pour la sécurité publique. Il n'y a plus à redouter cette éventualité ; d'ailleurs, l'association de plusieurs communes pour former un corps de sapeurs-pompier sera toujours exceptionnelle, à raison même des conditions qu'impose le décret,

³² *Ibid.*, p. 86.

³³ « L'article 3 du décret du 29 décembre 1875 spécifie que les corps de sapeurs-pompier « [...] sont organisés par commune [...]. L'article 21 prévoit toutefois la possibilité d'une coopération opérationnelle – et non organisationnelle³³ - en disposant que, « lorsque les corps de plusieurs communes se trouvent réunis sur le lieu d'un sinistre, le commandement appartient à l'officier le plus élevé en grade et, en cas d'égalité de grade, au plus ancien ». Derboulles L., *op.cit.*, p. 36.

³⁴ Cet article dispose qu' « il pourra être créé dans le département où le conseil général a les fonds nécessaires, un emploi d'inspecteur du service des sapeurs-pompier, lequel sera nommé par le préfet [...] », Derboulles L., *op.cit.*, p. 22.

car les communes, même les plus petites, et les petites surtout, sont très jalouses de leur autonomie³⁵. »

En consacrant une réelle intercommunalité ce texte donne une large satisfaction aux demandes de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers³⁶ et ce, malgré l'hostilité persistante de nombreux maires, soucieux de préserver l'intégrité de leur pouvoir sur les compagnies. Cependant à la veille de la première guerre mondiale et conformément aux recommandations exprimées par le Conseil Supérieur des Sapeurs-Pompiers³⁷, un décret renforce encore un peu plus le pouvoir de l'administration centrale en matière de secours :

« L'engagement financier des communes est reconduit. Les officiers, nommés pour cinq ans par le Président de la République, sur proposition du Préfet, peuvent être recrutés parmi les personnes étrangères au corps. La limite d'âge est fixée à 60 ans. Au chapitre des dépenses obligatoires, figure la fourniture des tenues de feu. Ce paragraphe, en apparence anodin, sera à l'origine de la fronde des maires lorsque l'Etat s'avérera impuissant à rembourser ces effets, réquisitionnés pour compléter l'équipement des militaires pour la durée des hostilités³⁸. »

La guerre affaiblit notoirement les compagnies de sapeurs-pompiers à tel point que de nombreux villages et villes se retrouvent désormais privés de services de secours. Par ailleurs, l'exode rural que connaît la France durant la période d'entre-deux-guerres, va rendre difficile la réorganisation des services d'incendie dans les villages. De plus, de nombreux maires ne perçoivent pas la nécessité de financer un corps de sapeurs-pompiers permanents dans un contexte où la France est économiquement affaiblie et où, de surcroît les incendies se raréfient. Aussi, à la veille de la seconde guerre mondiale les deux tiers des communes françaises sont-elles dépourvues de corps de sapeurs-pompiers³⁹. Il faut attendre, le 28 octobre 1938, l'incendie des Nouvelles Galeries à Marseille mais surtout, la menace d'un second conflit mondial, pour que la question de l'organisation de la lutte contre l'incendie soit de nouveau portée sur l'agenda politique. On entre alors dans une période où les humeurs locales en la matière devront s'effacer devant l'élaboration et la mise en œuvre d'une véritable politique publique d'organisation des secours (et pas seulement l'incendie) nommée, la « Défense Passive »⁴⁰.

³⁵ Derboulles L., *Quel territoire pour le service public d'incendie et de secours ? Réflexion sur la départementalisation*, L'Harmattan, 2001, p. 36-37.

³⁶ Association fondée en 1881 et « à laquelle les pouvoirs publics commencèrent à devenir vraiment attentifs après 1900. », Lussier H., *op.cit.*, p. 21.

³⁷ « *Organisme consultatif du ministère de l'Intérieur créé en 1907 pour répondre au vœu de la Fédération nationale* », Lussier H., *op.cit.*, p. 23.

³⁸ Décret du 18 avril 1914. Dalmaz P., *op.cit.*, p. 44.

³⁹ Dye V., *La sécurité civile en France*, PUF, 1995, p. 7.

⁴⁰ Pour une analyse détaillée de cette période, Morel S., 2005, *op.cit.* p. 55-99.

1.2. LA PROBLEMATISATION POLITIQUE DE L'ORGANISATION DES « SECOURS AUX CIVILS »

1.2.1. De l'incendie des Nouvelles Galeries à la « Défense passive » : l'émergence factice de la question des secours aux civils

L'événement tragique de Marseille qui fait 75 morts porte pour la première fois sur la scène publique, la question de l'organisation des secours aux civils. Tandis que l'opinion publique dénonce le manque de moyens des secours, plusieurs voix s'élèvent alors du côté des sapeurs-pompiers pour décrier les insuffisances en matière d'équipement et de formation des sapeurs-pompiers :

« Le chef de corps de Lyon est catégorique : « Pompiers de province, nous ne connaissons pas notre métier, il n'y a ni statut, ni école pour nous. Quant au matériel, il est si disparate, si inégalement réparti que mieux vaut ne pas en parler... Cette carence est une honte et un péril national. Il n'y a pas d'organisation nationale des sapeurs-pompiers de France. »

Suite à ce sinistre, le corps de sapeurs-pompiers municipaux de Marseille est dissous, laissant place à un corps réorganisé, renforcé et placé sous l'autorité militaire : le bataillon de marins-pompiers de Marseille. Parallèlement, la menace d'un second conflit mondial va faire entrer pour la seconde fois, la question du secours aux civils sur la scène politique. L'expérience de la première guerre mondiale qui a vu pour la première fois des civils massivement touchés par les combats⁴¹, a montré en effet tout l'intérêt de prévoir en temps de guerre, une organisation de protection civile. Cette nouvelle approche va se traduire par l'élaboration d'une politique publique dite, de « Défense Passive »⁴² (loi du 11 juillet 1938) :

« Pour la première fois, elle reconnaît que la guerre c'est pas simplement des militaires qui s'opposent à d'autres militaires mais que les populations civiles et tout ce que ça implique, aussi bien le fonctionnement politique, la gestion administrative du pays, la gestion économique du pays avec le ravitaillement, la production industrielle qui doit être maintenue, etc... Et la protection des populations donc pour l'alerte aux bombardements, le déblaiement d'un bombardement, l'évacuation des blessés, tout a été pris en compte⁴³. »

Dans ce contexte, un décret-loi du 12 novembre 1938⁴⁴ marque une étape importante dans l'organisation des services d'incendie, en prévoyant l'inscription des dépenses relatives au

⁴¹ Durant ce conflit, les législateurs s'étaient en effet rendus compte que la distinction, temps de guerre/temps de paix ou bien encore, champ de bataille/zone civile était désormais désuète.

⁴² Terme construit en référence au concept militaire de « défense active ». L'expression « Protection civile » se substitue à celle de « défense passive » lorsque cette politique entre dans les attributions du ministère de l'Intérieur au détriment de celui des Armées. La loi du 20/09/1943 portant création de la « Direction générale de la protection civile » officialise ce rattachement.

⁴³ Entretien semi-directif réalisé le 20/10/2004 avec un ancien directeur d'un service de sécurité civile.

⁴⁴ Relatif à l'administration départementale et communale – JORF, 13 novembre 1938, p. 129 : « sont également obligatoires, pour les communes, les dépenses de personnel et de matériel relatives au service de secours et de défense contre l'incendie, ledit service étant organisé dans le cadre communal, intercommunal ou départemental », Derboulles L., *op.cit.*, p. 37.

service d'incendie au titre des dépenses obligatoires des communes. Parallèlement, la multiplication des circulaires relatives à l'organisation des secours incite à la création d'un service qualifié de « Service départemental de défense et de secours contre l'incendie⁴⁵ ».

Cependant, au sortir de la guerre, l'organisation de la « Défense Passive » est entièrement démantelée, l'Etat ne voyant plus l'intérêt de financer une telle politique en temps de paix. Les corps municipaux sortent quant à eux affaiblis du conflit : le moral est bas, le matériel est vétuste et insuffisant et la formation quasi inexistante, etc... Toutefois, le rôle joué par les sapeurs-pompiers dans l'organisation de la « Défense Passive » ainsi que la mise en évidence de l'avantage de disposer de sapeurs-pompiers « permanents »⁴⁶, achèvent de convaincre certains Maires, de la nécessité de financer désormais un corps de sapeurs-pompiers :

« La caserne de pompiers de St H. a été fondé le premier janvier 1944 suite aux bombardements du 16 septembre 1943. D'ailleurs sur ces bombardements, il y a un livre qui a été écrit. Donc le 16 septembre 43, à St H., les bombardements, sous Pétain, une dizaine de morts et des blessés graves, et à l'époque c'était la « défense passive ». Il y avait une vingtaine d'hommes parce qu'à l'époque on ne prenait pas les femmes, une vingtaine d'hommes de la « défense passive ». Ils ont fait ce qu'il fallait et après ils se sont disputés avec la maire de l'époque Mr L., ils ont dit : « Faut qu'on fonde une caserne de pompiers, faut qu'on soit autonome ». Alors ça, ce n'est pas dans l'écrit. Et le premier janvier 44, ils ont fondé la caserne, c'est tous les gens de la défense passive qui sont passés. Celui qui était chef de la défense passive est devenu le chef des pompiers, Martin, et à partir de là les pompiers ont commencé en 44 jusqu'à il y a une dizaine d'années, que les casernes deviennent départementalisées et donc plus municipales. Donc c'est comme ça qu'est née la caserne de St H⁴⁷. »

L'expérience des opérations de sauvetage incita nombre d'anciens volontaires de la « Défense Passive » à s'engager dans les rangs des sapeurs-pompiers ce dont témoigne Jean-François Schmauch :

« La France n'étant pas un pays à culture sécuritaire, ce n'est pas un pays protestant non ...les pompiers se créent par hasard, il n'y a pas de logique si vous voulez. C'est à dire qu'en finalité, il y a des corps de sapeurs-pompiers où les corps ont 150 ans d'histoire et d'autres, en L-A, ont été créé après la guerre parce qu'il y en a un qui a pris un camion. A St H., ils sont montés à trois dedans, ils ont mis des pompiers et ils ont toujours été considérés comme une ...hélas...culturellement c'est catholique ça, l'argent dérange, ils ont toujours été considérés comme des empêcheurs de tourner en rond parce qu'ils coûtaient cher.⁴⁸ »

Aucune logique véritablement rationnelle n'a présidé à l'organisation géographique des sapeurs-pompiers. Au sortir de la guerre, la création de la plupart des casernes a été en effet le fruit d'initiatives individuelles et non d'une politique publique.

⁴⁵ Circ. Int. N°42-215 relative à la création des Services départementaux de défense et de secours contre l'incendie.

⁴⁶ « Les permanents sont des volontaires par ailleurs agents municipaux au titre d'un autre emploi que celui de sapeur-pompier », Broc A-P., *op.cit.* p. 45.

⁴⁷ Propos recueillis auprès d'un ancien sapeur-pompier volontaire de St Herblain.

⁴⁸ Entretien semi-directif réalisé au domicile du Colonel J-F Schmauch, le 17/03/2005.

Cependant deux événements tragiques, les incendies meurtriers du cinéma de Rueil-Malmaison en 1948 (150 morts) et de la forêt de Gascogne en 1949 (mort de 82 sauveteurs) et surtout, les événements liés à la période de la Guerre Froide, vont porter de nouveau cette question sur l'agenda politique. L'improvisation cède alors la place à une véritable politique publique en matière d'organisation des secours dite de « Protection des civils », portée par le ministère de l'Intérieur dont l'attention se focalise sur les sapeurs-pompiers, principaux acteurs de ce nouveau domaine d'action publique.

1.2.2. La genèse de la politique publique de « protection des civils »

Les deux incendies précités ont publicisé de façon dramatique le problème de l'insuffisance de l'organisation des secours aux civils en France et contraint le ministère de l'Intérieur à revoir rapidement sa position dans ce domaine. Concrètement, son action publique consista dans un premier temps, à commander plusieurs études visant à repenser l'organisation des secours dans ses différentes dimensions : prévention, surveillance et activités opérationnelles. Elles servirent de base à l'élaboration en 1952 du premier plan Orsec (organisation des secours) qui existe encore aujourd'hui. Parallèlement, la Guerre Froide qui débute vient brouiller la frontière entre le temps de paix et le temps de guerre et fait de la question de l'organisation des secours un sujet « sensible » et donc politique :

« Ce qui ne faut pas oublier aussi c'est que ces années-là, c'est la période chaude de la guerre froide, c'est l'époque de la guerre de Corée. On a parlé de guerre froide, c'est le terme qui est consacré, c'était une guerre froide sur le fil du rasoir où on parlait des blindés soviétiques qui, en 24h seraient sur les Champs-Élysées. On parlait de bombe atomique que les américains ne manqueraient pas une occasion d'envoyer sur la gueule des soviétiques de l'autre côté. Enfin, c'est difficile à imaginer pour des jeunes comme vous maintenant. Mais à l'époque si vous voulez, en France on voyait partout sur les murs, les communistes badigeonnaient « US go home », il y avait des sabotages dans les usines françaises d'armement etc.. etc... C'est une période tout de même, le moins que l'on puisse dire, c'est qu'elle était assez troublée mais on croyait peu à une paix durable. Et c'est sous ce contexte-là que s'est créé le premier service national de la protection civile, au Ministère de l'Intérieur.⁴⁹ »

Le « Service National de la Protection Civile »⁵⁰ créé en 1951 réunit non seulement pour la première fois, sous une même bannière, des acteurs épars (services d'incendie et de secours, associations de secourisme, etc...) mais il est également, chose inédite, en charge à la fois de l'organisation des secours en temps de paix (« la protection des personnes et des biens ») et en

⁴⁹ Entretien semi-directif réalisé le 20/10/2004 avec un ancien directeur d'un service de sécurité civile.

⁵⁰ Décret n°511314 du 17 novembre 1951 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'Intérieur. Il confirme la loi n°597 du 20/09/1943 qui groupait, au sein d'une « Direction générale de la Protection civile », la « Direction de la Défense passive » et celle des services d'incendie et de secours. Cette création s'est faite malgré les résistances du ministère de la Défense nationale et des forces armées (depuis 1947) qui veut garder ses prérogatives en matière de « Défense civile », in Morel S., *op.cit.* p. 55-99.

temps de guerre (« la survie des populations). Ce dernier point va toutefois susciter des résistances du côté du ministère de la Défense qui considère alors que le ministère de l'Intérieur empiète sur son territoire de compétence (secours en temps de guerre). Malgré tout, le SNPC voit le jour et s'ensuit la genèse d'une véritable politique publique d'organisation des secours visant à encadrer, réglementer l'activité des acteurs du « secours » à commencer par les sapeurs-pompiers.

Par le décret du 7 mars 1953⁵¹ tout d'abord, le SNPC institutionnalise la catégorie de sapeur-pompier « professionnel » et confère un statut national aux sapeurs-pompiers :

« Il aménage des dispositions expresses à l'égard des professionnels, consacre l'existence de ce groupe et occasionne la prise en charge de la défense de leurs intérêts par de nouvelles structures. Le décret de 1953 et l'action syndicale intensifient le processus de professionnalisation, d'une part en raison des revendications catégorielles visant l'augmentation du nombre de professionnels, d'autre part, eu égard au statut protecteur de ceux-ci, lequel engendre une professionnalisation voilée sous la forme de « permanents ». Enfin, la puissance acquise par les professionnels et les instances qui les représentent se traduit par une remise en cause de la suprématie du volontariat.⁵² »

Parallèlement à ce processus de professionnalisation, le décret prévoit des dispositions particulières en direction des volontaires qui constituent l'essentiel des effectifs de la FNSPF⁵³ : limite d'âge à 65 ans, engagement quinquennal et à partir de 16 ans etc., et codification des modalités de recrutement. Les dispositions générales de ce décret imposent en outre à chaque centre de secours, de mettre en place un service de santé et de secours médical placé sous la responsabilité d'un médecin tout en précisant le champ d'action des sapeurs-pompiers : « *Secours et protection tant contre les incendies que contre les périls ou accidents de toute nature menaçant la sécurité publique* »⁵⁴. Ces nouvelles dispositions signent l'entrée officielle des sapeurs-pompiers dans le secours sanitaire qui jusqu'alors, n'entrait pas dans leurs attributions. Ils intervenaient en effet sur les accidents de la route uniquement en qualité de « soldats du feu » pour éteindre les incendies et sécuriser les lieux :

« La première initiative en ce sens vint des sapeurs-pompiers, dont l'intervention au titre des secours médicaux fut confirmée, lors du décret n°53-170 du 7 mars 1953. Ce texte et notamment son article 1^{er}, autorise les médecins des corps de sapeurs-pompiers, jusqu'alors exclusivement chargés de la médecine du travail, à participer aux opérations et à faire bénéficier de leurs soins les victimes d'incendies et d'accidents. Devant le succès rencontré par ce nouveau modèle

⁵¹ Décret n°53-170 portant règlement d'administration publique pour l'organisation du corps des sapeurs-pompiers et des statuts des sapeurs-pompiers communaux. Broc A-P., *op. cit.*, p. 45.

⁵² Rohart L., *op. cit.*, p. 335.

⁵³ « Avec l'institutionnalisation de 1953, l'essor des organisations syndicales entraîne un repositionnement de la FNSP dans le champ sapeur-pompier. La fédération n'est plus sans ignorer qu'elle tire sa légitimité du volontariat et des volontaires qu'elle défend et promeut. » *Ibid.*, p. 333.

⁵⁴ Richeux J-Y, *op. cit.*, p. 16-17.

opérationnel, une circulaire du ministère de l'Intérieur⁵⁵ demandait aux autorités de police administrative de développer les interventions de médecins de sapeurs-pompiers de manière à « assurer la médicalisation des secours d'urgence ». Le texte prévoyait même l'attribution à chaque médecin intervenant d'un « véhicule radio médicalisé » (VRM) en complément du traditionnel véhicule de secours aux asphyxiés et blessés (VSAB), permettant ainsi la constitution d'un ensemble opérationnel comparable aux unités mobiles hospitalières des SAMU et SMUR⁵⁶. »

L'auteur poursuit en précisant que cette reconnaissance officielle de la mission de secours à personne par la voie réglementaire, n'est toutefois accompagnée d'aucune disposition relative au personnel, à l'équipement, etc... Parallèlement, le SNPC rappelle dans ce décret que les dépenses des services de secours incombent aux communes et il insiste de nouveau, sur la nécessité d'une coopération intercommunale :

« Les articles 6 et 7 évoquent la notion cruciale de « centre de secours » sans toutefois la définir expressément. Cette notion implique intrinsèquement l'existence de relations intercommunales. En effet, la classification de centre de secours s'applique aux structures aptes, en fonction des moyens humains et matériels dont elles disposent, à assurer des secours hors de leur territoire immédiat de rattachement.⁵⁷ »

L'objectif visé là encore, est de combler les lacunes d'une organisation de secours inégalitaire sur le territoire en créant une solidarité entre les communes richement dotées et celles dépourvues de moyens propres :

« En raison des coûts croissants des matériels et de l'entretien d'une force publique permanente pour lutter contre les incendies et en l'absence d'une obligation, de toutes façons irréalistes, pour chaque commune de disposer de moyens suffisants pour faire face à tous types de sinistres, une hiérarchisation s'est peu à peu établie. Celle-ci égrène des communes mieux équipées avec un matériel perfectionné et un personnel apte à servir, aux communes ne disposant que d'un matériel plus ou moins obsolète avec du personnel occasionnel et, finalement jusqu'aux communes ayant renoncé à – ou n'ayant jamais pu – entretenir un corps de sapeurs-pompiers.⁵⁸ »

A ce stade de l'élaboration de la politique publique, l'organisation départementale en est encore à un stade expérimental dans certains départements, le législateur préférant ménager les susceptibilités locales. Les textes de réglementation sont donc non seulement peu nombreux mais également et pour l'essentiel inappliqués :

« Comme il n'y a pas d'histoire, il n'y a pas de réglementation. Ce que je cherchais là, c'est le règlement des manœuvres des pompiers allemands de 1850 parce que dès 1850, les pompiers allemands sont structurés. Ils sont structurés bien avant mais en 1850, pour des raisons économiques, ils disent, il nous faut des textes et ils écrivent des textes qui sont obligatoires. Toutes les communes vont appliquer les textes ce que je développe parce que je donne des cours à l'école des sapeurs-pompiers. Les textes allemands d'aujourd'hui ne sont qu'une suite logique des textes

⁵⁵ Circulaire n°77-426 DSC du 3 octobre 1977 (non parue au JO) venue compléter la circulaire n°79 du 5 février 1962 du ministère de l'Intérieur (non parue au JO).

⁵⁶ Bouriaud Antoine, « Le droit à l'épreuve de l'aide médicale urgente », Mémoire de Master II Recherche en Droit Social & Droit de la Santé, Faculté de Droit et de Sciences politiques, Nantes, 2004-2005, p. 16-17.

⁵⁷ Derboulles L., *op.cit.*, p. 38.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 39.

*allemands de 1850. En France, la législation existe mais elle n'est jamais respectée parce que la France ne respecte pas la législation. Donc il y a bien des textes, certains qui sont encore totalement inconnus. Pratiquement, les premiers textes français apparaissent en 1860, les premiers textes qui disent, on va dimensionner les pompiers. Mais ils font rire parce qu'ils ne sont pas du tout appliqués.*⁵⁹ »

En dépit des tentatives de normalisation, l'organisation des sapeurs-pompiers reste dans les années 1950, largement dépendante des intérêts politiques locaux. Pour dépasser cet obstacle structurel, source d'inégalités en matière de traitement des secours, la FNSPF, soutenue par le SNPC, élabore des textes et se dote d'instruments d'actions pour mettre en œuvre la politique de départementalisation initiée depuis quelques années, mais sans réel succès.

1.2.3. L'enjeu de la départementalisation des sapeurs-pompiers : pallier les lacunes d'une organisation communale inégalitaire

Le décret du 20 mai 1955⁶⁰ consacre les services départementaux d'incendie et de secours dont la responsabilité est confiée aux inspecteurs départementaux. L'objectif est de régulariser et d'homogénéiser l'organisation des sapeurs-pompiers sur tout le territoire en obligeant désormais, toutes les communes, à adhérer au service départemental d'incendie et de secours :

« L'objet du Service départemental n'est pas de substituer un niveau de compétence à un autre mais de prendre acte de la réalité et des carences de l'organisation des secours dans un cadre purement communal. Pour ce faire, il s'est agi d'organiser dans un cadre géographique départemental un système cohérent de coopération, prenant appui sur les corps communaux et intercommunaux de sapeurs-pompiers et, placé sous le contrôle opérationnel du Préfet, assisté de l'Inspecteur départemental, son conseiller technique. En ce sens, l'autonomie communale se devait d'être préservée, en vue d'un soutien efficace des maires en tant que premiers responsables des services d'incendie et de secours. La démarche adoptée est donc une démarche de mise en cohérence. Il ne s'agit pas de faire sans les maires et les corps de sapeurs-pompiers communaux, mais de mieux faire en coordonnant l'existant dans le cadre d'un dispositif d'ensemble.⁶¹ »

Le SDIS a été conçu pour apporter un soutien financier aux CPI et CS grâce, le plus souvent, à une contribution financière significative du conseil général. Selon V. Dye⁶², ancien haut fonctionnaire de la sécurité civile, « la mise en place des SDIS peut apparaître ainsi à la fois comme la première réponse aux inconvénients opérationnels de l'émiettement communal, et comme une tentative de mutualisation liée aux risques civils.⁶³ ». Ce texte apporte également une première définition formelle à la notion de « centre de secours »⁶⁴ (22 hommes au minimum)

⁵⁹ Entretien semi-directif auprès du Colonel J-F Schmauch, mars 2005.

⁶⁰ Décret n°55-612 relatif aux services départementaux de protection contre l'incendie.

⁶¹ Derboulles L., *op.cit.*, p. 70.

⁶² Pseudonyme.

⁶³ Dye V., *op.cit.*, p. 34.

⁶⁴ « Les centres de secours communaux sont institués avec l'accord du conseil municipal, dans les communes pourvues d'un corps de sapeurs-pompiers et disposant d'un matériel de secours et de locaux suffisants. Les centres de secours ainsi désignés sont tenus de mettre leur personnel et leur matériel à la disposition du service départemental de protection contre l'incendie », J.O.R.F., 22 mai 1955, p. 5145.

qu'il distingue pour la première fois, du centre de première intervention (12 hommes au minimum). Les effectifs, l'équipement et l'encadrement sont précisés. Enfin, il impose à chaque centre de secours la mise en place d'un service de santé et reconnaît le droit syndical aux sapeurs-pompiers professionnels. Les propos suivants recueillis auprès d'anciens sapeurs-pompiers volontaires exerçant dans les années 1950 témoignent, entre autre chose, de cette volonté d'homogénéiser la formation afin d'améliorer les compétences et par la même, l'efficacité des sapeurs-pompiers :

«- Alors il n'y avait pas de matériel, on faisait avec la pompe à bras, enfin les anciens. Alors vous parlez, il n'y avait pas de formation. Alors là, tous les artisans, les pompiers apprenaient leur métier sur le tas. Les cours ...en 1956 quand je suis rentré, on a commencé à faire les cours à N., on allait 5 samedis [...] On partait le matin par le car parce qu'on n'avait pas de voiture et on revenait le soir et donc on avait droit à 5 samedis mais c'est tout. Après on apprenait sur le tas.

- Les cours c'était théorique seulement ?

- Oui, bah...c'était de tout hein ! On apprenait à dérouler les tuyaux, à ...un peu de tout quand même.

- Et les bandages ? Les pansements ?

- Ah non ! Pas du tout. A ce moment-là, on ne s'occupait pas du tout de l'accident.

- D'accord. C'était que l'incendie en fait ?

- Que l'incendie. Hein ! On verra tout à l'heure en quelle année on a eu l'ambulance. Mais avant, on ne faisait que l'incendie (il regarde la feuille qu'il a préparée pour l'entretien). Le recrutement. Et bien, le recrutement, j'en reviens toujours aux artisans, d'un bout à l'autre parce que j'en faisais partie. Les artisans n'étant pas tributaires de leur temps et de l'argent, ils s'impliquaient presque tous dans les pompiers. Et à Petit Port quand j'y étais, on pourra voir sur les photos...

RD- C'était presque que des artisans...

MG- Presque que des artisans. Il y avait les deux menuisiers les deux frères M. ; il y avait le petit Paul G., ça fait trois menuisiers, euh...qu'est ce qu'il y a encore...

MG- G. électricien, V. garagiste, moi serrurier euh c'était...

- Pourquoi ?

MG- Pourquoi ? Parce que quand il y avait un appel on était toujours là. Hein ! Alors et la chance qu'on avait à Petit Port parce que maintenant ils ont des problèmes de recrutement et de départ de feu de qualité parce que nous à l'époque, on avait ce groupe d'artisan qui était toujours là présent hein... Plus le garde champêtre qui est là (il sourit à RD en le montrant du doigt) qui était toujours présent.

RD- Ah j'y étais toujours !

MG- Et on avait en plus les ouvriers de chez K⁶⁵ qui faisaient les 3/8. Si bien que quand il y en avait un qui était de garde tel jour, l'autre n'y était pas alors sur le lot, sur 8 par exemple, il y en avait toujours deux de disponible. Alors ce qui faisait que l'on n'avait pas de problème de départ.

- Vous étiez combien à peu près en tout ?

MG- Euh... je pense que l'on devait être 20... mais pas 30, je ne pense pas...24 ...⁶⁶ »

⁶⁵ Grande usine de produits chimiques qui employait une partie importante de la population de la commune que l'on nomme ici Petit Port.

⁶⁶ Entretien collectif réalisé avec quatre anciens sapeurs-pompiers volontaires d'une commune rurale. J'ai obtenu les coordonnées de l'un d'entre eux par l'intermédiaire de la grand-mère d'une amie résidant dans cette commune. Ce dernier, craignant de ne pas avoir suffisamment de mémoire, me donna les coordonnées de l'ancien chef de corps de la caserne. Je l'ai immédiatement contacté et nous avons convenu d'un rendez-vous pour le samedi matin de la semaine suivante à la caserne. Il proposa à deux autres anciens volontaires de se joindre à nous : l'un s'était engagé en 1952 et l'autre en 1956.

Ces anciens volontaires nous enseignent que c'est à partir de 1956, soit un an après la création des SDIS, qu'ils ont commencé à suivre des formations dispensées au niveau départemental. De cette façon, la FNSPF entendait mettre fin à une période marquée par l'hétérogénéité de l'efficacité opérationnelle des sapeurs-pompiers communaux qui étaient recrutés davantage en fonction de leur disponibilité que de leurs compétences. En effet, les artisans de la commune, qu'ils soient menuisiers, charpentiers, serruriers, électriciens, forgerons ou mécaniciens étaient encouragés à rejoindre les rangs des pompiers, certes en raison d'un certain savoir-faire (les « habitués de l'échelle ») mais surtout, pour leur disponibilité. Aussi, l'« enracinement communal »⁶⁷ qui est au principe de l'organisation géographique des sapeurs-pompiers se doublait-il d'une proximité sociale entre les volontaires et la population mais aussi, entre les volontaires eux-mêmes⁶⁸.

Ainsi, ce détour par l'histoire nous enseigne au bout du compte, que l'organisation géographique des sapeurs-pompiers s'effectue à son origine, davantage selon une logique politique (maires, événements liés à la guerre, catastrophes...) que rationnelle. Les casernes ont en effet été créées par ordre dispersé selon les volontés locales et principalement à la faveur d'initiatives individuelles. A partir du milieu des années 1950, dans un contexte de tension internationale, le ministère de l'Intérieur s'empare de ce domaine de compétence pour élaborer une politique de protection des civils. Cette fenêtre d'opportunité confère alors à la FNSPF les ressources économiques et politiques nécessaires au développement de son organisation ce qui n'a pas été sans susciter des résistances notamment, du côté des ambulanciers privés. La lecture d'une lettre adressée par un syndicat d'ambulances privées à la préfecture de Loire-Inférieure en 1957 en atteste :

« J'ai l'honneur d'attirer votre attention sur la concurrence illégale faite, dans votre commune, aux ambulances privées, par l'existence d'ambulances municipales effectuant un service identique au nôtre. Vous n'êtes pas sans savoir que les principes du droit administratif et la jurisprudence du Conseil d'Etat ne reconnaissent aux communes la possibilité de créer de tels services qu'en cas de carence de l'initiative privée. Or dans votre commune, il existe divers ambulanciers en mesure de remplir efficacement leur rôle. Agissant tant en leur nom qu'au nom du syndicat, je vous demanderais de bien vouloir donner des instructions pour que désormais les activités des ambulances municipales soient réduites aux seuls services de Prompts Secours sur le territoire de votre commune (accidents de la route, asphyxiés...) ainsi qu'il est fait à Nantes notamment, à la satisfaction générale⁶⁹ ».

⁶⁷ Retière j-N., « Etre sapeur-pompier volontaire. Du dévouement à la compétence », *Genèses 16*, juin 1994, p. 101-102.

⁶⁸ H. Lussier évoque à ce propos, une « sociabilité imprégnée du milieu communal », *op.cit.*, p. 89.

⁶⁹ Extrait d'une correspondance du syndicat d'ambulances de Loire-Inférieure adressée au maire de St Nazaire le 12/02/1957 (nous avons malheureusement omis de relever les références exactes de ces archives).

Face aux multiples plaintes, le ministère de l'Intérieur répondra par voie de circulaire, soit par un texte de peu de valeur qui n'entravera nullement la FNSPF dans sa politique d'extension de son territoire de compétences :

« Un décret 53-170 du 7/03/1953, va autoriser les médecins des corps de sapeurs-pompiers à faire bénéficier les victimes d'accidents ou d'incendie de leurs soins, puis, afin de calmer l'inquiétude des ambulanciers qui voyaient dans cette extension une possible atteinte à leur activité, une circulaire du 05/02/1962, prise sous le timbre du ministère de l'Intérieur, recommandera que ces interventions restent exceptionnelles surtout dans le cadre du transport sanitaire vers les centres de soins.⁷⁰ »

Nous allons voir à présent, qu'à partir des années 1960, la FNSPF va en effet profiter de ses ressources politiques et symboliques pour se lancer, sans l'accord du ministère de l'Intérieur dans un premier temps et contre l'avis du ministère de la Santé, dans une politique d'élargissement de ses compétences en direction du secours sanitaire dont il existe déjà un embryon d'organisation.

2. UNE POLITIQUE D'EXTENSION DU « TERRITOIRE » DES COMPETENCES (1960-1990)

« Les urgences, ce n'est pas simplement un service, c'est un marché en expansion et la concurrence est rude entre les secteurs publics, privés et les bénévoles.⁷¹ ».

Les années 1960 à 1990 se caractérisent par la lutte entre deux groupes professionnels pour le monopole des compétences en matière de secours sanitaire. L'attention publique se porte alors moins sur l'organisation géographique du secours sanitaire que sur la géographie professionnelle des compétences.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ Boullier D., Chevrier S., *op. cit.*, p. 41.

2.1. DES « SOLDATS DU FEU » AUX « TECHNICIENS SECOURISTES »

« Le lourd bilan des années de guerre crée une salutaire prise de conscience d'un besoin de secours aux blessés. Il faut bien avouer que cette tâche ne passionne pas d'emblée les sapeurs-pompiers !⁷² »

2.1.1 « Tous les sapeurs-pompiers doivent être secouristes » : l'alliance avec les associations de secourisme

A partir des années 1960, les incendies se font de plus en plus rares du fait notamment des actions de prévention des incendies orchestrées par la FNSPF elle-même. Dans ce contexte et dans un souci de préservation de son utilité sociale, la fédération engage une politique d'extension de ses compétences vers le domaine du secours routier puis plus largement, en direction du « secours à personne »⁷³. Cette volonté de se positionner dans un nouvel espace se traduit par la parution en 1962, d'un décret prévoyant qu'en plus de leurs missions traditionnelles, les sapeurs-pompiers devront désormais intervenir pour tous les accidents de la circulation et de secours à personne :

« L'année 1962 marque une étape importante dans l'évolution des missions des sapeurs-pompiers. Un règlement-type des médecins des centres de secours est publié en même temps que le secours des accidentés de la route est confié aux sapeurs-pompiers et que le premier véhicule de secours aux asphyxiés et aux blessés (VSAB) est acheté par le département de l'Ain. Trois ans plus tard (1965), la quasi-totalité des centres de secours (1996) dispose d'un officier-médecin⁷⁴. »

Dans la logique de ce décret, la FNSPF prend l'année suivante, une décision à caractère national qui impose à tous les sapeurs-pompiers de se former au secourisme :

*« G- Pour les secours à victimes puisque c'est l'appellation actuelle, ça remonte à 1963. Avant les sapeurs-pompiers ne s'intéressaient pas, sauf à Nantes, aux prompts secours. Ce que les Nantais appelaient, les prompts secours. Puis, en 1963-1964, offensive générale. Tous les sapeurs-pompiers doivent être secouristes, décision nationale. Encore une fois, ce n'est pas une décision du Ministère de l'Intérieur mais c'est une décision de la Fédération nationale des S-P. C'est pour ça que je parle d'un système autogéré. Bon, le problème c'est qu'ils ne l'étaient pas. Donc voilà...alors on peut faire une évolution des deux côtés. Premiers cours de moniteur puisqu'il fallait former des gens, premiers cours de formation de masse. L'objectif c'était de former, mettons, 1000 secouristes en 3 ans, des gens qui n'avaient aucune connaissance. Et ça a foiré plus ou moins sauf dans certains départements ou alors là, on a bradé des diplômes à la pelle. Et dans le même temps, premières ambulances sapeurs-pompiers...
- Des ambulances S-P ?*

⁷² Dalmaz P., *op. cit.*, p. 79.

⁷³ Il s'agit moins ici de parler en termes de rupture que de continuité puisqu'en 1960, l'activité de secours à personne n'est pas totalement étrangère aux pompiers : « Les véhicules de secours aux asphyxiés et aux blessés prennent une place prépondérante étant sans doute, les plus nombreux, ces véhicules furent d'abord équipés pour secourir les asphyxiés, nombreux entre 1940 et 1965 (gaz d'éclairage, émanations d'oxyde de carbone), les pendus et les noyés, emportant des appareils de respiration officielle (Cot, Panis, Hederer, Eve) et un coffret pour inhalations de carbogène. », in Deville J., *Le feu sacré. La grande histoire des sapeurs-pompiers*, Editions Ouest-France, 1994, p. 127.

⁷⁴ Cart-Tanneur P., Lestang J-C., *Sapeurs-pompiers de France*, B.I.P./SOLO, 1988, p. 112.

G- Les ambulances S-P ont été mise en place en 1964. A peu près hein, à un an près. On les a appelé véhicules spécialisés, véhicules pour les soins aux asphyxiés et aux blessés. Bon ça a été très difficile à faire admettre, très difficile parce que c'était les mairies qui devaient payer et les maires ne voyaient pas du tout la nécessité d'acheter des ambulances pour les pompiers. Et c'est à partir de ce moment-là que les pompiers ont commencé à ramasser des blessés sur la route et à concurrencer les ambulanciers privés.⁷⁵ »

Dès 1963, le secourisme routier constitue l'une des principales activités des services d'incendie et de secours⁷⁶. Le succès de cette politique de secourisme s'explique en grande partie, par un contexte socio-politique propice. Au même moment en effet, les accidents de la route sont inscrits en bonne place sur l'agenda politique du ministère de l'Intérieur (SNPC) qui, pour y répondre, mène depuis les années 1950 une politique dite de « sécurité routière ». Dans ce cadre référentiel, l'accent est mis sur la création de multiples mesures en faveur du secourisme⁷⁷ : il crée dans un premier temps, le premier diplôme d'Etat auquel il donne le nom de « Sauveteur Spécialisé et Secouriste Diplômé de la Protection Civile » (SSSDPC) qu'il impose, non sans quelques résistances⁷⁸, à toutes les associations de secourisme. Il est remplacé en 1966, par deux autres diplômes complémentaires : le Brevet National de Secourisme (BNS) et la « Spécialisation réanimation »⁷⁹. Le témoignage d'un ancien bénévole, instructeur à la CRF, est à cet égard, éclairant :

« Disons qu'à la guerre et après la guerre 40-45, il n'y avait que la Croix-Rouge. Et puis l'Etat, après la guerre, a senti qu'il y avait un besoin et a dû créer, je ne sais pas à quelle date, un diplôme d'Etat. Et quand moi, j'ai fait mon monitorat en 1965, j'ai fait un monitorat CR. Il n'y avait pas le monitorat d'Etat, ça n'existait pas. Le monitorat d'Etat, il a dû être créé en 1960....(il jette un œil sur son CV) ...en 67, vous voyez ? Tous les gens qui étaient moniteurs à la CR ont eu droit au diplôme d'Etat d'office puisque le diplôme d'Etat était calqué sur le diplôme CR [...] Donc moi j'ai fait ma mention réanimation en 68. C'était à R., il y avait un centre national de formation à R.. A l'époque, il y avait des centres nationaux de secourisme un peu partout en France avec un responsable local et des gens qui venaient, des cadres qui venaient de la France entière pour former les gens⁸⁰. »

Dans ce contexte, les pompiers se sont alliés avec les associations de secourisme pour former leurs premiers pompiers secouristes ce qui par ailleurs, ne posait aucun problème à ces dernières

⁷⁵ Entretien semi-directif mené avec un ancien cadre du service départemental de protection civile.

⁷⁶ *Le Sapeur-pompier*, n°603, mars-avril 1963, p. 145.

⁷⁷ Il rompt ainsi avec une période d'inaction qui a caractérisé l'immédiat après-guerre. Ce changement est rendu possible notamment, grâce au renfort d'un certain nombre de militaires et de généraux qui, à partir de 1952 (retour d'Algérie) sont affectés dans les différents services départementaux de protection civile.

⁷⁸ La Croix-Rouge Française, leader sur le marché du secourisme, n'a pas accepté que son diplôme soit remplacé par le diplôme d'Etat. La diffusion de ce diplôme fut donc relativement faible.

⁷⁹ Le BNS fut institué par un décret du 5/08/1966. Ce diplôme d'Etat a servi de référence pendant près de 20 ans. Conformément au référentiel qui anime la politique du SNPC, il est ambivalent : il aborde à la fois l'organisation des secours en temps de paix et en tant de guerre. Les programmes de spécialisations (réanimation, secours routier) ont été fixés par arrêté d'application peu de temps après.

⁸⁰ Entretien semi-directif réalisé au domicile de l'enquêté (2004).

car ils n'intervenaient pas dans leur domaine de compétence⁸¹. La principale activité de ces associations consistait en effet, en la tenue de postes de secours pour le compte d'organiseurs de manifestations sportives et musicales de la commune⁸². Les sapeurs-pompiers quant à eux, prévoyaient d'intervenir sur les accidents de la voie publique :

« Moi - Et il y avait la Croix-Rouge aussi à « Petit Port » ?

MG- Oui, oui, oui mais on ne travaillait pas avec eux enfin sauf dans les cas importants.

- Et maintenant il n'y a plus de secourisme mais il y en avait avant ?

MG- Enfin moi, mes cours de secourisme avant de rentrer chez les pompiers je les avais fait euh... mais là, c'était en tant que civil quoi, à la Croix-Rouge.

- Et vous n'avez pas voulu rester à la Croix-Rouge ?

MG- Bah ! parce que j'étais pris avec les pompiers, tout ça...mais ils nous formaient mais ce n'était pas une obligation de rester à la Croix-Rouge. C'est la Croix-Rouge qui donnait des cours, pour avoir les Brevets mais après ceux qui voulaient rentrer bah ! bien sûr... mais moi je m'étais orienté vers les pompiers...⁸³ »

Une réelle alliance existait dans la pratique, entre la caserne et l'association locale de secourisme de la même commune ou d'une commune voisine. Et il ne s'agit là pas d'un fait isolé, d'autres témoignages recueillis auprès de bénévoles engagés dans diverses associations de secourisme (ADPC, Croix-Blanche, etc...) corroborent les propos de nos précédents interlocuteurs :

« A Pl. il s'est passé que l'association s'est montée en 1973, sous la responsabilité aussi d'un frère, celui qui était directeur de l'école privée de Pl. Un frère qui s'appelait le frère D. [...] l'association s'est faite sous la responsabilité de cet homme et y compris, c'est vrai également qu'il faisait la formation en même temps. C'était le début, le tout début du secourisme au niveau des pompiers. C'était les tout débuts parce qu'avant effectivement les pompiers intervenaient au niveau du feu mais pas dans le cadre des secours aux blessés et là, c'était les tout débuts. Donc effectivement ils participaient avec nous mais je n'ai pas idée qui a pu au niveau mobilisation...là c'est les premiers.

- C'est la Croix Blanche qui a formé les premiers pompiers au secours à personne en fait ?

T- Euh y compris beaucoup dans le secteur. Me concernant, après je vais y venir après, j'ai formé dans beaucoup d'endroits et effectivement beaucoup de pompiers.⁸⁴ »

L'ancien cadre de la direction départementale de « protection civile » rencontré au cours de cette recherche, permet de généraliser notre propos :

« Moi : J'ai entendu que les premiers sapeurs-pompiers ont été formés au départ par les associations de secourisme ?

- Mais c'est le cas quasiment partout ! C'est le cas quasiment partout ! [...]. Mais en ce qui concerne les sapeurs-pompiers, les associations qui formaient les sapeurs-pompiers, elles le faisaient gentiment et bénévolement. Et le secours à personne organisé par les pompiers, ne leur portait pas préjudice, elles n'intervenaient que dans des manifestations sportives et autres, elles n'allaient pas sur le bord des routes.⁸⁵ »

⁸¹ Au fil des années, des problèmes de concurrence sont tout de même apparus entre les casernes et les associations de secourisme, ces dernières voyant nombre de leurs bénévoles se désengager au profit du volontariat, in Morel S., 2005, *op.cit.* p. 100-200.

⁸² Ils étaient assurés gratuitement en contrepartie d'une subvention du conseil municipal.

⁸³ Entretien collectif mené auprès de quatre anciens pompiers volontaires d'une commune rurale.

⁸⁴ Entretien semi-directif réalisé en 2004 avec un ancien formateur de secourisme engagé bénévolement au sein d'une association Croix-Blanche située dans une petite commune rurale.

⁸⁵ Entretien semi-directif réalisé avec un ancien cadre du service départemental de protection civile.

Toutefois, selon notre interlocuteur, l'entente entre les associations et les sapeurs-pompiers n'était pas aussi cordiale que peuvent nous le laisser croire les propos des secouristes bénévoles interrogés :

« Et quant au conflit ... quand les sapeurs-pompiers qui étaient très peu brillants - je peux vous raconter des quantités de choses sur la nullité des sapeurs-pompiers en matière de secourisme ou de résultat dans les examens - ont voulu trancher de tout vis-à-vis des associations, en partant du principe... Mais combien de fois des gens dans des associations euh...en L.A, ont dit : « C'est par parce qu'ils ont des uniformes qu'ils ont le droit d'être aussi cons. C'est pas parce qu'ils portent un uniforme qu'ils peuvent faire croire qu'ils savent tout », etc... Là, il y a eu un conflit qui prenait disons l'expression euh...d'une certaine habitude de supériorité parce que l'on est pompier... Ils se montaient le bourrichon mais comme dans d'autres domaines. Ca c'est le rouleau compresseur si vous voulez et puis le phénomène de groupe⁸⁶. »

Cette politique d'extension des compétences suscitait également des résistances dans les rangs même des sapeurs-pompiers qui, pour la plupart, ne souhaitaient pas se former au secourisme :

*« ... Et le secourisme a démarré ici, moi je parle de Nort/Erdre hein, euh ! A dû démarrer dans les années soixante, soixante quoi ! En soixante. Oui des cours de secourisme pour intervenir sur des blessés de la route, pour faire les premiers gestes de secours.
- A ce moment-là, il n'y avait donc que les cours, pas encore la pratique ? En pratique, vous ne faisiez encore pas de secourisme ?
- Euh, là ça a démarré quand même, mais il n'y avait toujours pas d'ambulance. On se déplaçait sur place avec un engin d'incendie et bon bah, il fallait intervenir sur une personne, mettre en sécurité, arrêter l'hémorragie ou refaire partir une ventilation. Il y a quelques-uns qui savaient le faire mais sur une trentaine de pompiers qu'on était à Nort/Erdre, les premiers qui ont commencé à prendre des cours de secourisme ont été l'ancien chef de corps et un autre pompier.⁸⁷ »*

Malgré tout, la FNSPF va progressivement se doter de ses propres formateurs et de ses propres écoles de formation pour s'autonomiser des associations de secourisme. Ils vont bénéficier pour ce faire, du soutien du ministère de l'Intérieur.

2.1.2 L'autonomisation de la FNSPF en matière de secourisme

Par décret du 23 juillet 1975, le SNPC devient Direction de la Sécurité Civile (DSC). Elle est chargée « *d'animer et de coordonner les services chargés de l'étude et de la mise en œuvre des mesures de prévention et de secours destinées à assurer la sauvegarde des personnes et des biens en cas d'accidents, de sinistres et de catastrophes ou dans les circonstances ressortissant de la défense civile*⁸⁸ ». Pour former au mieux les officiers de sapeurs-pompiers à ces compétences élargies, la FNSPF se dote en 1976, avec l'appui de la DSC, de sa propre école de formation, l'Ecole Nationale supérieure des Sapeurs-pompiers, située à Nainville-les-Roches. La stratégie visée par la FNSPF à travers cette politique offensive est claire, il s'agit de « préserver son utilité sociale » :

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ Entretien semi-directif avec un ancien sapeur-pompier volontaire.

⁸⁸ Cart-Tanneur P., Lestang J-C., *op. cit.*, p. 129.

« L'activité de la BSPP se transforme donc très sensiblement au niveau de la nature des interventions effectuées. Ces données conduisent à penser que les dirigeants de cet organisme ont, depuis plusieurs années, entrepris de perfectionner leur système de secours d'urgence médicale afin que la Brigade préserve son utilité sociale [...]. Cet organisme a très sensiblement modifié son activité et élargi progressivement son champ d'intervention à l'AMU afin de préserver une certaine utilité sociale⁸⁹. »

Cette politique se fait avec le soutien des syndicats de SPP⁹⁰ puisque la technicisation des activités qu'elle suppose ainsi que l'augmentation des interventions, va dans le sens de leurs intérêts à savoir, recruter de nouveaux professionnels.

Cette action offensive de la FNSPF a d'ailleurs également bénéficié au même moment, d'une fenêtre d'opportunité liée à l'émergence publique du problème des accidents de la route :

« Toujours d'actualité, les accidents de la route deviennent un problème national dans les années 1970 – 16 000 morts en 1972. Jouant avec des circonstances favorables, les pompiers se saisissent de ces opportunités pour étendre leur portefeuille d'interventions des secours à personne et se félicitent d'être « la première entreprise de transport sanitaire.⁹¹ »

D'après les témoignages recueillis auprès d'anciens sapeurs-pompiers volontaires, les années 1970 correspondent dans les faits, à la période où les premières ambulances sont arrivées dans les centres de secours ruraux :

« R- Tout à l'heure vous avez parlé du SAMU. Le SAMU c'est venu beaucoup plus tard, la première ambulance qui a été acquise à Petit Port, a été payée par l'Amicale, achetée à un particulier de Petit Port et aménagée en ambulance. Ca c'était dans les années 1970, c'était la première ambulance⁹². »

Durant la même période, la croissance, la complexité et la diversité des interventions de secours conduisent les maires à l'embauche locale de professionnels ou de « quasi-pros ». Face à l'obligation qui leur est faite de financer le fonctionnement des casernes dont l'équipement est de plus en plus perfectionné, ils décident en effet de recruter des employés communaux dont l'emploi est assorti d'une obligation à s'engager dans le centre de secours communal. Cette pratique présentait un double avantage : d'une part, elle évitait l'embauche de sapeurs-pompiers professionnels et permettait ainsi de diminuer le coût du financement du centre de secours ; d'autre part, la commune disposait ainsi de sapeurs-pompiers en permanence disponibles contrairement aux autres volontaires dont la disponibilité en journée, dépendait de la bonne volonté de leur patron :

⁸⁹ Bajos N., conclusion de la quatrième partie, *op. cit.*

⁹⁰ Le syndicat National des Sapeurs-pompiers professionnels fut créé en 1975 par une poignée de sapeurs-pompiers. Il existe par ailleurs, le syndicat national des officiers professionnels de sapeurs-pompiers (SNOP-SP) créé en 1965 et affilié à l'union fédérale des cadres de la fonction publique (UFCFP). Sur le processus de syndicalisation des sapeurs-pompiers français, voir Rohart L., *op. cit.*, chapitre V.

⁹¹ *Ibid.*, p. 96.

⁹² Entretien collectif avec d'anciens sapeurs-pompiers volontaires d'une commune rurale.

« Mais avant la départementalisation, il y a un autre phénomène qui a joué pour provoquer des clivages, qui est celui des permanences. C'est-à-dire que les élus ont mis en place à un moment, un système qui était sinon illégal, du moins hors légalité, qui était celui des permanences. C'est-à-dire qu'au lieu de créer des postes de SPP qui coûtent très chers à la commune puisque le SPP a droit à un logement de fonction, à un tas d'indemnités, etc..., les élus ont créé des systèmes de permanences qui étaient des personnes employées communaux, n'ayant pas le statut de SPP et donc payées, pour prendre des exemples, soit comme gratte-papier, comme électricien, comme chargé d'entretien, mécanicien ou je ne sais quoi mais qui en réalité, faisaient un travail de pompier. L'élu y gagnait beaucoup parce qu'il avait un noyau dur de personnes en permanence qui coûtaient infiniment moins cher que des SPP et les intéressés y gagnaient aussi puisqu'ils avaient leur salaire de traitement du personnel communal garanti et, quand ils sortaient, les vacances s'ajoutaient. Et comme c'étaient eux qui étaient sur place, ils sortaient souvent. »⁹³ »

L'embauche de ces permanents qu'encourageait la FNSPF, a provoqué la colère des sapeurs-pompiers professionnels :

« Bon ! Bah ! Quand vous avez eu la départementalisation, tous les syndicats de sapeurs-pompiers professionnels, sans exception, ont pris parti de façon très violente contre l'intégration de permanents dans les corps de sapeurs-pompiers professionnels au motif, je vois des émissions à la télévision où ils disaient : « Ces gens-là n'ont jamais passé d'examen, pas de concours, c'est pas le même recrutement, ils n'ont pas la même formation, c'est pas comme nous ! », etc... »

Elle a également suscité des réticences du côté des volontaires. Notre interlocuteur poursuit :

« Alors là, il y a eu des conflits entre les SPV qui n'étaient pas communaux et qui voyaient leurs collègues, employés municipaux, gagner sur tous les tableaux. Bah oui, il y avait une jalousie d'origine financière d'autant plus, que pendant très longtemps et ça on ne me démontrera pas le contraire, c'était les premiers arrivés qui partaient et pas les plus compétents. »

Une vacation est versée aux sapeurs-pompiers volontaires à chaque intervention si bien que plus on « décale⁹⁴ », plus le pécule obtenu à la fin du mois, est important. Dans ce cadre, l'intérêt financier des SPV peut étonner le néophyte mais il n'est pas à négliger comme l'illustrent les propos suivants recueillis auprès d'un ancien SPV, engagé de la fin années 1950 aux années 1980 :

« MG- Mais on était plus disponible que maintenant et on avait des ouvriers artisans comme moi par exemple, j'avais un ouvrier artisan et bien ça se passait à la bonne franquette. C'est-à-dire que lui, il avait 4 enfants et il avait une petite paye, il fallait donc que de l'argent rentre à la maison. Alors le truc des pompiers, je disais toujours, le peu des pompiers, il disait « Ca c'est pour moi ». Tandis que pour nourrir ses 4 enfants, il fallait ses 48h-50 heures de travail et ça, si on perdait une demi-journée au feu, alors on récupérait le soir ou le samedi. Et quand il arrivait chez lui, il avait l'enveloppe avec sa paye en liquide et il y avait toujours le nombre d'heures total. Les pompiers c'était à part. »

C'est d'ailleurs au cours des années 1960 que le terme de « volontaire » se substitue à celui de bénévole. Ce sont les SPV eux-mêmes qui ont estimé que ce terme n'était plus adapté pour désigner leur statut dans la mesure où ils étaient désormais payés en vacation comme en témoigne l'ancien cadre départemental de la « Sécurité civile » :

⁹³ Entretien semi-directif avec le directeur départemental de la Sécurité civile de l'époque.

⁹⁴ Ce terme signifie en langage indigène « partir en intervention ».

« Et le glissement du terme bénévole au terme volontaire montre bien que progressivement, la finance a pris de l'importance dans le dispositif. Et que l'engagement altruiste, gratuit, etc...a progressivement fait la place à un engagement non dénué d'intérêt financier. Ca a consacré un changement considérable dans les esprits. Alors on dit : « L'intérêt financier, il est minime ! ». On voit ça régulièrement dans la presse mais tout est relatif parce que quand des gens sont de garde 24h, même s'ils sont payés 30 francs de l'heure, c'est pas mal si ce sont des gens dont le salaire est de l'ordre de 6000, 7000 ou 8000 francs, bon. Si on ajoute que les vacations ne sont pas imposables ça devient encore un peu plus intéressant. Alors les chiffres que j'avais pendant longtemps... vous prenez le cas d'un corps de sapeurs-pompiers bien placé entre guillemets : près d'une voie de circulation importante avec beaucoup de secours routiers, etc... Vous aviez à l'époque des sapeurs-pompiers qui, sur le plan professionnel gagnaient 6000, 7000 francs et en vacation 2000-3000 francs [...] Et le simple fait qu'eux-mêmes aient voulu remplacer le terme bénévole par le terme de volontaire montre bien une rupture si vous voulez. »

L'action de la FNSPF porte ses fruits puisque durant la période des « Trente Glorieuses », non seulement elle connaît une croissance exponentielle et soutenue du nombre de ses interventions, mais elle voit aussi la nature de ses interventions se modifier radicalement. En 1993-1994 :

« La lutte contre l'incendie fait toujours partie des interventions classiques [...] mais elle constitue moins de 10% des sorties (7% en 1993-94) ; Accident de la circulation 8% ; Secours à victime (38%) ; Assistance à personne (8%) ; Intervention sur eau, gaz, électricité (17%) ; Reconnaissance et recherches (7%) ; Protection des biens (5%) ; Faits d'animaux (6%) ; Fausses alertes (5%).⁹⁵ »

Aussi, observe-t-on que l'augmentation substantielle des interventions justifiant l'existence sociale de la FNSPF est-elle principalement due à l'activité de « secours à personne ». En contrepoint, la figure de soldat du feu s'efface dans la pratique (moins dans les représentations), au profit de celle du « technicien secouriste ».

« Avec la venue des « pros », une identité collective originale se construit, se diffuse et s'installe. Une identité sociale, condensée dans l'expression « technicien du risque » et bientôt enrichie, par celle de « technicien du risque généralisé » traduisant l'extension des domaines d'activités et l'effacement du rôle de « soldats du feu »⁹⁶.

Les capitaux (politique, social, économique) que détient la FNSPF, lui ont donc permis de faire pression sur les détenteurs du pouvoir politique pour s'arroger, en l'espace de quelques années, toutes les compétences en matière de secours au sens large du terme : incendie, secours routier, secours à personne (transport sanitaire d'urgence) :

« Les SP, je dis toujours, c'est un système autogéré. Ça surprend mais vous avez d'une part, pour une petite part peut-être, un aspect réglementaire où la direction de la sécurité civile au ministère de l'Intérieur, est dite en concertation par des textes et des règlements de l'emploi, etc... Il y a une réglementation qui s'est faite mais l'instance dominante, de très loin, c'est la FNSP qui regroupe tout ce qui est SP en France, y compris les médecins de SP, les dentistes de SP, etc... Et elle cherche en permanence, et y parvient, à faire imposer ses volontés au ministère, sous la menace dans beaucoup de cas⁹⁷. »

⁹⁵ Deville J., *Le feu sacré. La grande histoire des sapeurs-pompiers*, Editions Ouest-France, 1994, p. 108.

⁹⁶ Padioleau J-C., *op. cit.*, p. 100.

⁹⁷ Entretien semi-directif avec le directeur départemental de la Sécurité civile de l'époque.

Ainsi, cet élargissement des compétences vers le secours sanitaire s'est fait au départ, contre l'avis du Ministère de l'Intérieur dont le référentiel politique de traitement des accidents de la route est éloigné de celui proposé par la FNSPF. Au cours des années 1970, c'est l'aménagement du territoire qui a constitué en effet la trame principale de la politique de lutte contre l'insécurité routière qui était orientée autour de la politique des « points noirs »⁹⁸. Cette démarche visait à comprendre les causes de ces « points noirs » pour ensuite modifier leur aménagement et leur équipement⁹⁹. Cette politique fut globalement un échec puisqu'elle n'est pas parvenue à enrayer le nombre d'accidents de la route qui bien au contraire, n'a cessé de croître jusqu'à l'année 1972, « qui représente le pic de l'insécurité routière en France ». Ce constat d'échec conduisit l'Etat à réorienter sa politique dans ce domaine :

« Le chiffre des morts sur la route atteignait en France, en 1972, un sommet inégalé, celui des 260.187 accidents corporels, qui causèrent la mort de 16.617 personnes et en blessèrent 388.067. Le phénomène fut à l'époque beaucoup commenté et diffusé par les médias, ce qui n'a pas été sans prise de conscience de la part des autorités comme des usagers. C'est d'ailleurs dans les années 1970, que l'on assiste à une intensification de l'action gouvernementale et, à l'augmentation des mesures. On pourrait citer entre autres, le port obligatoire de la ceinture de sécurité, la limitation de vitesse, l'instauration du seuil légal d'alcoolémie, l'aménagement des routes...¹⁰⁰. »

Enfin, comme on l'a vu précédemment, cet élargissement des compétences vers le secours sanitaire initié par la FNSPF et défendu par les SPP, ne s'est pas fait sans heurt. Au sein même de son groupe tout d'abord, car une part non négligeable de sapeurs-pompiers volontaires ne percevait pas l'intérêt de se former au secourisme. Aussi, pendant un temps, ont-ils résisté à l'obligation de passer une formation qu'ils jugeaient par ailleurs, beaucoup trop théorique¹⁰¹. Mais surtout, elle provoqua la colère des médecins hospitaliers et des ambulanciers privés et, plus largement, du ministère de la Santé qui, face à ce qu'il considère comme une intrusion du ministère de l'Intérieur dans son domaine de compétence, inscrit la question de l'urgence « médicale » sur son agenda.

⁹⁸ Peretti-watel P., *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin, 2000.

⁹⁹ « *A l'époque, les conducteurs n'étaient pas vus comme responsables des accidents. Ils étaient perçus comme de simples révélateurs de l'imperfection des infrastructures* », Bastid-Bruguière M., Deschamps C., dir., *L'insécurité routière : les accidents de la route sont-ils une fatalité ?*, Cahier des sciences morales et politiques, PUF, 2003. Introduction.

¹⁰⁰ Moreau Régis, « Les accidents de la route en France de 1968 à 1992 », Mémoire de maîtrise fondamentale sous la direction de P. Cam, Université de Nantes, Juin 1998, p. 11.

¹⁰¹ Il en sera autrement des jeunes SPV qui s'engageront par la suite. Pour davantage de précisions sur ce point, on recommande l'article de Retière J-N., précédemment cité.

2.2. L'ELABORATION CONCURRENTE DE DEUX POLITIQUES PUBLIQUES D'URGENCE SANITAIRE

2.2.1. La « guerre » du 15 contre le 18

Dans les années 1960, l'action de la FNSPF en direction du secours sanitaire fait soudainement entrevoir au ministère de la Santé, les potentialités (politiques, symboliques, financières) d'un domaine dont il s'est jusqu'alors désintéressé :

« G : Sinon pour comprendre l'évolution, ce qu'il faut voir aussi c'est que les SP au départ, c'était l'incendie. Depuis longtemps l'incendie ne les intéresse plus ou plus beaucoup. Il y a déjà quelques années on disait que les incendies c'était 10% de leurs activités. Par contre les autres activités, ce sont des activités qu'ils ont voulu eux-mêmes, qu'ils se sont arrogés en toute illégalité dans un certain nombre de cas, qu'ils ont disputé âprement à d'autres confréries ou d'autres ministères quitte à se plaindre après d'avoir trop de travail. Prenons le cas des secours routiers qui sont devenus une des actions principales des SP, ça s'est fait contre le ministère de la Santé. Moi j'ai participé à une réunion dans les années 60, à l'ancien Hôtel Dieu où la séance a été interrompue à un moment parce que le président de séance qui était Mr T., directeur départemental des affaires sanitaires et sociales à l'époque, a fait couper le micro et a dit textuellement : J'ai eu hier après-midi, deux communications téléphoniques avec le ministère de la Santé à Paris et on m'a bien dit qu'il était inadmissible que les SP nous aient volé nos compétences en matière de secours routier et de transport ambulancier. Textuellement ! [...] De toutes façons, ce que j'avais répondu ce jour-là, les SP ont tort, la loi n'est pas de leur côté mais avouez qu'ils ont occupé un vide. Vous ne faisiez rien, ils ont fait ce que vous ne faisiez pas. La Santé considérait que les gens n'avaient qu'à s'arranger pour aller aux hôpitaux se faire soigner, elle refusait de s'occuper des transports ambulanciers, des médecins de terrain etc... La doctrine des médecins des hôpitaux, c'est amenez-nous les gens on s'en occupera, nous n'avons pas à quitter les hôpitaux. Les SP ont dit : « On va sur le terrain et on transporte les gens ». C'est peut-être illégal mais ils n'ont chassé personne puisqu'il n'y avait personne (sourire).¹⁰² »

Aussi, dès 1965 le ministère de la Santé édite un décret officialisant la création des SMUR qui ont alors pour fonction de médicaliser les accidentés de la route. Ce faisant, elle donne satisfaction aux revendications des médecins anesthésistes-réanimateurs qui réclamaient ce texte depuis le début des années 1950¹⁰³. « Le conflit est historique » explique un colonel, médecin-chef du SDIS d'Ile et Vilaine et inspecteur à la Direction de la Sécurité Civile¹⁰⁴ :

« Après la Seconde Guerre, le ministère de la Santé n'a pas voulu prendre en charge le secours aux personnes qui a été transféré au ministère de l'Intérieur et à la DSC qui chapeaute les sapeurs-pompiers. Les accidents se multipliant, les sapeurs-pompiers étaient en première ligne : ils ont créé en leur sein des Services de santé et de secours médical (SSSM) qui avaient notamment dans leurs attributions, le sauvetage et la médicalisation du secours à personne. Or le ministère de la Santé n'a jamais voulu reconnaître l'existence d'un service médical au sein des sapeurs-pompiers. Dans les années 60, il a voulu reprendre en main le secours aux personnes avec la création des premiers SAMU-SMUR, dont la loi de 1986 sur l'aide médicale urgente a assis la légitimité en leur attribuant la régulation médicale et en créant le numéro d'appel 15. » (La Gazette des Communes, le 16 septembre 1996)¹⁰⁵. »

¹⁰² Entretien semi-directif réalisé le 20/10/2004 avec un ancien directeur d'un service de sécurité civile.

¹⁰³ Sur ce point, nous renvoyons le lecteur au chapitre précédent.

¹⁰⁴ Devenue aujourd'hui DDSC, « Direction de la Défense et de la sécurité civile ».

¹⁰⁵ Boullier D., Chevrier S., *Les sapeurs-pompiers. Des soldats du feu aux techniciens du risque*, PUF, 2000, p. 41.

Parallèlement, la FNSPF poursuit sa politique offensive en matière de « secours sanitaire » en multipliant le nombre de VSAB, en recrutant toujours plus de médecins généralistes¹⁰⁶ pour étoffer son service sanitaire (SSSM)¹⁰⁷ et en se dotant d'équipements sanitaires comparables à ceux que l'on trouve dans les ambulances hospitalières (tensiomètre, saturomètre, attelles, DSA¹⁰⁸ etc.). Concernant ce conflit, le récit de ce qu'il s'est passé à Nantes est éloquent :

« - Tenez, en ce qui concerne les premiers VSAB, les VSAB se sont multipliés après. Et après, il y a eu une étape supplémentaire, c'est la centralisation des appels avec le 18. Et à partir du moment où on a centralisé les appels, on a renforcé le moyen d'intervention des VSAB et le problème, c'est que ça s'est produit en même temps que l'on mettait en place le 15.

- Au même moment on a mis en place le 15 ?

- Non ! Ca ne s'est pas fait au même moment pour des raisons uniquement financières. Le ministère de l'Intérieur, de son côté, a développé, laissé se développer les S-P et le ministère de la Santé a fait évoluer sa doctrine.

- Et qu'est ce qu'il s'est passé après, entre le 15 et la 18 ?

- La guerre. C'est-à-dire faut distinguer les choses. La mise en place des SAMU a été décidée au plan national avec les centres 15 par le ministère de la Santé. Il y a eu deux évolutions doctrinales : une évolution doctrinale au niveau de la santé et une évolution doctrinale au niveau du ministère de l'Intérieur. Le problème si l'on veut, c'est que l'évolution a été plus rapide et plus près du terrain du côté du ministère de l'Intérieur que du côté de la Santé. Et que cette évolution a été plus rapide en partie parce que les finances suivent mieux du côté Intérieur c'est dire du côté des S-P que du côté Santé et pour une raison très simple : c'est que les dépenses d'incendie sont des dépenses obligatoires des budgets tandis que le développement de la Santé ne peut se faire que pas des mannes ministérielles. Alors ça, il y a quelqu'un qui tient le robinet à Paris, c'est quelque chose de très différent mais les hôpitaux, la Santé, a mis des années à admettre qu'il fallait que l'hôpital aille au devant des victimes et n'attende pas que les victimes y soient apportées. Ce qui fait que le système d'ambulances S-P, d'ambulances privées, s'est développé sur le terrain bien avant que les SAMU n'arrivent. Et les SAMU sont arrivés en ordre dispersé, en fonction des décisions locales, lesquelles décisions locales ont été accélérées ou ralenties par les personnes en place et par les financements possibles. »

Concrètement, deux systèmes de secours concurrents se mettent en place dans les différents départements, chacun ayant sa conception du traitement de l'urgence sanitaire. Cette divergence se traduit par l'existence en France, de deux numéros d'appel, le 18 et le 15, qui fonctionnent selon leur propre logique : le SAMU défend le concept de médicalisation de la régulation téléphonique comme préalable nécessaire à l'envoi de moyens tandis que la FNSPF prône la notion de prompt secours :

¹⁰⁶ Rappelons que ces derniers, soucieux de préserver leur clientèle de l'influence des médecins hospitaliers, voient l'arrivée des SMUR d'un mauvais œil (cf. chapitre 1). Dans ce cadre, ils trouvent un intérêt à s'allier avec les sapeurs-pompiers pour préserver l'activité d'urgence qu'ils considèrent comme relevant de leurs prérogatives.

¹⁰⁷ Il fut créé en 1988 (article 24 du décret n°88-623 du 6 mai 1988). Nous y reviendrons ultérieurement.

¹⁰⁸ « Le défibrillateur semi automatique c'est un sujet qui entraîne des discussions depuis 20 ou 30 ans en France puisque les premiers conflits sur les défibrillateurs remontent aux années 1980 quand les médecins de SP ont voulu se faire offrir des défibrillateurs et où les médecins des hôpitaux et les médecins de la Santé, de la DASS ont mobilisé le ministère de la Santé pour rappeler qu'en France, l'académie de médecine s'était prononcée sur le sujet déjà plusieurs fois et que c'était un matériel spécifique, réservé à des personnels, etc... » Entretien avec l'ancien directeur départemental de la sécurité civile.

« Les sapeurs-pompiers mettent l'accent sur la rapidité d'intervention et sur les premiers gestes. Ils estiment en effet que la médicalisation de la régulation est, en définitive, un faux problème, l'important étant de partir. A contrario, pour le service public hospitalier, ici le S.A.M.U., la priorité réside dans la médicalisation de haut niveau de la régulation qui permet le déclenchement des secours adéquats. Les données sont encore peu importantes en France pour que le débat soit véritablement tranché¹⁰⁹. »

L'enjeu est donc de taille puisqu'il faut bien comprendre que le principe de médicalisation des appels, s'il est entériné par les textes, confère au SAMU le monopole en matière d'urgence « médicale » en France. En revanche, si le législateur considère que l'appel relève d'une notion d'alerte, c'est la doctrine de la FNSPF qui l'emporte. Dans ce cadre, « *la bataille sur les temps d'intervention, sur l'extension du rôle des sapeurs-pompiers prend alors toute son importance.*¹¹⁰ », et les arguments déployés par les deux camps se résument en deux couples d'opposition : centralisation et proximité d'un côté ; professionnalisation et volontariat de l'autre. Le récit qu'en donne le Pr Lareng, à l'époque président du « syndicat national d'aide médicale urgente », est à cet égard très éclairant :

« Comme je l'ai dit, nous nous sommes partagés le terrain. Théoriquement...car, par la force des choses, nous sommes entrés progressivement en compétition. Eux partaient du principe qu'en s'appuyant sur le réseau qu'ils avaient structuré, ils pouvaient assurer les secours d'urgence. Avec le « 18 », ils disposaient en outre d'un système d'appel téléphonique qui avait le mérite d'exister. Pourquoi en créer un autre en parallèle ? Ils ont vu en nous des concurrents. Nous sommes 350 000 en France (disaient-ils). Le maillage serré de notre dispositif a prouvé son efficacité puisque le nombre des incendies, tout au moins domestiques, ne cesse de diminuer. Ils voyaient très bien comment se reconvertir au profit du secours routier. Ils y parviendraient en lançant un plan de formation rigoureux, sur tout le territoire et en mettant à la disposition des médecins locaux leurs VSAB dans chaque canton, ou presque. Le grand nombre a son efficacité, on en conviendra. Quant à moi, j'opposais la qualité à la quantité. J'avais la compétence médicale supérieure de mes anesthésistes-réanimateurs, tout en sachant que je ne pouvais pas mettre en sentinelle un prix Nobel dans chaque chef-lieu¹¹¹. »

Dans son entreprise de conviction, le Pr. Lareng bénéficie de soutiens politiques importants dont celui de René Coirier¹¹². Ce dernier disqualifie les SPV en pointant leur amateurisme qu'il oppose au professionnalisme des anesthésistes-réanimateurs :

« Coirier, dès le début, s'est arc-bouté sur l'idée que ces secours relevaient de la compétence du médecin. Comme moi, il n'admettait pas qu'on puisse les confier à des bénévoles, à ceux qu'il appelait les amateurs, tout en leur reconnaissant un rôle important mais second. Il formulait sans fioritures ce que nous pensions tous : si les hôpitaux n'assument pas la responsabilité des secours

¹⁰⁹ Richeux J-Y., « Les caractéristiques de l'AMU depuis la réforme de 1986. Etude générale et application locale », Mémoire pour la maîtrise de droit public, Sous la direction du Pr. Vincent M., Université de Nantes, 1992, p. 69.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 70.

¹¹¹ Burlet, *op. cit.*, p. 154-155. Propos du Pr. Lareng, fondateur du SAMU. Nous rappelons ici que l'auteur de l'ouvrage est journaliste.

¹¹² Fonctionnaire au « Bureau de la protection sanitaire et de la défense, sous direction de l'aide médico-sociale, à la Direction générale de la Santé publique » en 1964. C'est à lui que l'on doit l'invention du sigle SAMU: service d'aide médicale urgente.

d'urgence, alors qu'ils détiennent seuls la compétence exigée, tout partira dans tous les sens et on ne fera rien d'efficace pour les blessés, ni pour les malades en détresse¹¹³. »

Pour parachever son argumentaire, le Pr Lareng oriente ensuite sa critique vers les médecins généralistes libéraux qui selon lui, n'ont pas non plus, les compétences requises pour assurer la prise en charge des urgences :

« L'urgence est affaire de spécialistes. Cette simple évidence ne parvenait pas, et parvient toujours assez mal, à entrer dans toutes les têtes [...]. Deuxième conséquence, les indispensables spécialistes dont je parle sont nécessairement des médecins. Mais pas n'importe lesquels évidemment. Simultanément la pharmacologie s'est introduite dans ce champ de la médecine. On a découvert et développé des médicaments qui stimulaient la respiration [...]. Encore fallait-il savoir les doser [...]. Cependant, on ne pouvait garantir, à 100%, le maintien de la fonction respiratoire d'un patient secouru n'importe où - dans les délais acceptables évidemment - à condition qu'il soit placé entre les mains de gens hautement compétents. Et j'insiste : à 100%, à condition d'arriver au chevet du malade dans le quart d'heure qui suit l'arrêt respiratoire. Révolution ? Oui, mais révolution de spécialistes¹¹⁴ ! »

Ce faisant, le Pr. Lareng remet plus précisément en cause le système de médicalisation des secours mis en place par les pompiers qui repose sur le principe du volontariat des médecins généralistes libéraux. En dépit des résistances de la FNSPF et fort de ses appuis politiques¹¹⁵, le SAMU obtient en 1986, une loi lui conférant le monopole de l'urgence sanitaire¹¹⁶. Ce texte marque un tournant important dans l'histoire de l'urgence sanitaire puisqu'il officialise pour la première fois, les pratiques et l'organisation du SAMU en matière d'urgence « médicale » en France :

« Reste que jusqu'à la loi de 1986, aucune intervention législative ne règle l'urgence médicale, les textes fondateurs sont principalement des circulaires et quelques décrets. D'autres textes régissent le secourisme, les sapeurs-pompiers, les transports sanitaires. Mais l'ensemble de cette réglementation souffre d'être disparate, éclatée, de ne pas permettre de véritable coordination : chacun des textes paraît sous son timbre ministériel, rares étant ceux qui paraissent sous un timbre interministériel.¹¹⁷ »

Ajoutons par ailleurs que cette loi fait l'impasse sur les sapeurs-pompiers provoquant ainsi la colère de ces derniers qui ne tardent pas à se mobiliser pour répondre à l'offensive du SAMU¹¹⁸ :

« Adoptée à l'initiative du seul ministère de la Santé, la loi du 6 janvier 1986 n'a ainsi nullement mis un terme, bien au contraire, à la concurrence qui oppose depuis les origines les sapeurs-

¹¹³ Burlet M., *op. cit.*, p. 79.

¹¹⁴ Burlet M., *op. cit.*, p. 92-93.

¹¹⁵ Rappelons que Louis Lareng est alors député de gauche. Ce titre lui permet d'intégrer la Commission des affaires culturelles et sociales et d'être désigné comme rapporteur du budget de la santé. Dans ce cadre, il est également promu comme rapporteur, devant l'Assemblée, de la loi portant sur l'organisation de « l'aide médicale urgente ».

¹¹⁶ Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. (Cf chapitre 1)

¹¹⁷ Richeux J-Y., *op. cit.* p. 16.

¹¹⁸ Nous ne nous attardons pas ici sur ce point traité dans le chapitre précédent.

pompiers et les établissements hospitaliers, voire les transporteurs sanitaires et la médecine de ville.¹¹⁹ »

En dépit d'une conjoncture politique favorable que constitue le changement de majorité au gouvernement, la FNSPF ne peut ignorer les critiques formulées à son endroit par le SAMU. La politique d'élargissement des compétences n'a en effet pas été sans engendrer quelques problèmes d'efficacité opérationnelle qui se traduisent, sur le terrain, par une disparité géographique en matière de traitement de l'urgence :

« Cette évolution a également des conséquences sur les moyens humains et matériels nécessaires et marque ainsi les limites du système communal. Quelle est la capacité de réponse d'un système axé sur l'entité communale ? Le maillage territorial, s'il est nécessaire, est-il toujours la solution optimale [...] ? En effet, un tel système centré sur l'entité communale n'assure pas nécessairement l'adéquation des moyens de secours aux risques effectifs [...] Tous types de disparités peuvent donc se rencontrer pour des motifs liés aux circonstances locales.¹²⁰ »

Consciente de ses lacunes, la FNSPF interpelle les pouvoirs publics afin d'obtenir une loi en sa faveur. Cette mobilisation débouche dans un premier temps, sur la loi du 22 juillet 1987¹²¹ qui inscrit officiellement le « secours à personne » dans le cadre des missions de la FNSPF brisant ainsi le monopole du SAMU, instauré par la loi de 1986. Ce texte prévoit également la création des SDACR (schémas d'analyse et de couverture des risques), un nouvel instrument d'action publique qui signe les prémises d'une planification des secours¹²².

Ainsi, la réalité du problème de l'inégalité territoriale dans l'accès au secours ne fait aucun doute et ce, depuis les origines de la création des casernes. Par ailleurs, dans le conflit qui l'oppose au SAMU sur le terrain sanitaire, la FNSPF est non seulement confrontée au reproche d'amateurisme fait à l'encontre de son personnel en matière de secours sanitaire, mais elle doit également corriger l'inégale répartition de ses effectifs et de ses équipements sur le territoire national. Comment la FNSPF s'est-elle emparée de ce problème à double facette, autrement dit, quelle définition en donne-t-elle et quelles solutions sélectionne-t-elle et par là-même exclut-elle de sa politique ?

¹¹⁹ Pretot X. (1995), « L'organisation des secours médicaux d'urgence », *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, n°22, 1995, p. 66-76.

¹²⁰ Derboulles L., *op. cit.*, p. 13.

¹²¹ Loi n° 87-565 du 22/07/87 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs.

¹²² L'analyse étant consacrée à la question territoriale, nous étudierons la réponse de la FNSPF aux critiques à propos du volontariat (« amateurisme ») dans la seconde partie du chapitre. On veut parler ici de la loi de 1996 sur le développement du volontariat.

2.2.2. *La loi de 1987 : une politique offensive de médicalisation du « Secours à personne »*

La loi du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile stipule en son article 1^{er} que « *la sécurité civile a pour objet la prévention des risques de toute nature ainsi que la protection des personnes et des biens et de l'environnement contre les accidents et les sinistres de toute nature* ». L'imprécision quant à la définition des notions de « risque » et de « secours » permet à la FNSPF de faire entrer dans ses compétences, un spectre large de missions dont celle du secours à personne :

« Si la loi de 1986 a renforcé la position de l'hôpital public dans l'organisation des services médicaux d'urgence, la vocation en la matière des services d'incendie et de secours a également été confirmée par le législateur à l'occasion des réformes de la sécurité civile entreprises au cours des dix dernières années. Aussi, aux termes de l'article 16 de la loi du 22 juillet 1987, les services d'incendie et de secours sont-ils chargés avec les autres services concernés, « des secours aux personnes victimes d'accidents sur la voie publique ou consécutifs à un sinistre ou présentant un risque particulier, et de leur évacuation d'urgence.¹²³ ».

Par la suite et pour répondre au reproche d'amateurisme avancé par le SAMU, un décret d'application de cette loi, en date du 6 mai 1988¹²⁴, confirme et renforce la présence médicale dans les rangs de sapeurs-pompiers :

« ... les sapeurs-pompiers le font également en déplaçant des véhicules médicalisés et des médecins lorsqu'ils ont la possibilité de joindre celui qui est affecté au centre de secours et cela au titre de l'article 41 du décret du 06/05/88.¹²⁵ »

Dans sa thèse consacrée aux sapeurs-pompiers, Ludovic Rohart partage notre analyse concernant l'enjeu que représente la médicalisation des secours pour la fédération :

« Pour justifier la présence des pompiers dans le champ de l'urgence, elle s'attacha à accroître l'intégration et la disponibilité opérationnelle des médecins sapeurs-pompiers : au sein du secours à personne, il faut distinguer une évolution qui nous mène du sauvetage et des asphyxiés (compétence plus ancienne), à la médicalisation de l'urgence, qui n'a pu être réalisée qu'en créant et en intégrant une nouvelle catégorie de pompiers : les médecins sapeurs-pompiers dont le rôle a lui aussi évolué afin de permettre à l'ensemble du groupe de survivre.¹²⁶ »

L'article 24 de ce même décret donne naissance au Service de Santé et de Secours Médical (SSSM), provoquant une levée de bouclier du côté des médecins du SAMU qui dénoncent la mise en place d'un système médical parallèle :

¹²³ Prétot X., *op. cit.*, p. 75.

¹²⁴ Il confirme le décret n°53-170 du 7 mars 1953. « *Ce texte et notamment son article premier, autorise les médecins des corps de sapeurs-pompiers jusqu'alors exclusivement chargés de la médecine du travail, à participer aux opérations et à faire bénéficier de leurs soins les victimes d'incendies et d'accidents.* », in Bouriaud A., *op. cit.*

¹²⁵ Richeux J-Y., *op. cit.*, p. 49.

¹²⁶ Rohart L., *op. cit.*, p. 370.

« L'idée des S-P je vous l'ai dit à un moment, c'était de tout ramener à eux et d'avoir ... de tuer le centre 15. On m'a carrément dit : « Le centre 15 n'existera jamais parce que le conseil général ne pourra pas financer un centre 18 et un centre 15 ! Donc nous, notre centre 18 il est financé, donc le centre 15, c'est fini ! ». C'est le rapport de force hein ! C'est le rapport de force. Moi ça ne me paraît pas logique dans la mesure où on est très bon dans son domaine et on le devient moins si on veut s'écarter de son domaine. C'est clair. Et le conflit du centre 15, il ne faut pas l'oublier, c'est aussi un conflit entre médecins où le grand argument des médecins de S-P consistait à dire que chaque médecin est maître de ses actes, à charge pour lui d'en répondre et il ne peut se subordonner à personne, pas plus à un médecin hospitalier qu'à quelqu'un d'autre. Or vouloir développer une médecine S-P, ce qui était la tendance, ils ont obtenu des textes qui leur sont favorables, ça revient à créer une médecine indépendante contre la tradition de la médecine hospitalière qui est en haut de l'échelle ! Le grand truc c'était de dire que le médecin régulateur du SAMU, n'a aucun ordre à donner à un médecin de S-P sur le terrain. Donc, on n'est pas à ce moment-là, dans une querelle d'organisation des secours, c'est bien une relation de... c'est le système médical qui est en cause, c'est le système médical¹²⁷. »

Les pourfendeurs du SSSM allèrent même jusqu'à accuser les médecins pompiers d'exercice illégal de la médecine d'urgence tandis que la FNSPF, arguait de l'inutilité de disposer de médecins spécialistes réanimateurs sur la plupart des interventions :

Dans son entreprise de conviction, la FNSPF bénéficie du soutien de la presse locale qui fait la promotion du SSSM et plus largement des sapeurs-pompiers, comme l'illustre l'extrait suivant d'un article paru le 14/01/1992 dans le journal Ouest-France :

« Les SDIS sont aujourd'hui plus des services de secours que d'incendie. Dans les Pays de la Loire, 30% d'incendie, 70% de secours à personne [...]. Le service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers est fondé sur le volontariat. Il est composé de médecins, pharmaciens, vétérinaires, infirmiers et secouristes qui, à l'appel de la sirène, endossent l'uniforme et quittent leur cabinet ou leur travail pour porter secours. Cela nécessite de la motivation et du courage et aussi de l'abnégation car il y a parfois de grosses pertes de temps et un évident manque à gagner (50 francs d'indemnisation pour une sortie d'un médecin). »

Cependant, une étude réalisée la même année pointe l'existence d'un décalage manifeste entre la situation telle qu'est présentée dans cet article, et la réalité de l'activité médicale concernant les interventions de secours à personne réalisées par les sapeurs-pompiers :

« La France compte environ 240 000 sapeurs-pompiers civils dont 21 500 sont des professionnels et appartiennent à la fonction publique territoriale [...]. On compte quelques médecins parmi eux¹²⁸ [...]. Les médecins des corps de sapeurs-pompiers des centres de secours qui appartiennent au service de santé et de secours médical ne sont pas professionnels au contraire des médecins des S.D.I.S. Ce sont des médecins libéraux qui interviennent de façon ponctuelle et sont rémunérés, eux aussi, à la vacation. Leurs missions sont principalement des missions de médecine du travail et d'enseignement du secourisme. Ils peuvent dispenser des soins d'urgence aux victimes d'accidents¹²⁹, mais ce n'est évidemment pas leur mission principale.¹³⁰ »

¹²⁷ Entretien semi-directif auprès de l'ancien directeur départemental de la sécurité civile.

¹²⁸ Huit en 1983

¹²⁹ Article 41 du décret du 6/05/1988.

¹³⁰ Richeux J.-Y., *op. cit.*, p. 20.

Loin de l'annonce faite par la FNSPF de médicaliser ses interventions, on note que le rôle de ses médecins se rapproche davantage de la médecine du travail que de la médecine d'urgence. Plus loin, le même auteur attire par ailleurs l'attention sur la faiblesse d'un système de médicalisation reposant sur les médecins généralistes libéraux, au regard de la question de l'égalité d'accès aux soins d'urgence :

« L'égalité devant le service public n'est-elle qu'imparfaitement assurée ? Appréciée concrètement, cela signifie qu'une réponse rapide à une urgence *a priori* non vitale sera trouvée par le régulateur lorsque l'appelant habitera dans une zone urbanisée alors qu'elle risque d'être beaucoup plus longue si l'appelant habite une zone rurale. Ou bien l'effecteur n'aura pas été trouvé ou bien le temps mis par ce dernier pour arriver aura été trop important pour qu'il puisse apporter une réponse satisfaisante au regard d'une urgence qui se sera révélée plus grave que prévue par le régulateur. En dehors du problème de la responsabilité de ce dernier, c'est bien l'absence d'obligation d'intervention qui sera à l'origine du préjudice subi par l'appelant ou ses proches. Les différences de traitement ne peuvent, en effet, être justifiées que par des situations différentes [...]. Ainsi, pris dans son ensemble, le système fonctionne, car la population est avant tout urbaine et l'un des principaux paramètres, la proximité de la réponse médicale, est présent.¹³¹ »

Si l'on en croit cet auteur, le monde rural apparaît clairement défavorisé en matière d'accès aux soins d'urgence. L'intérêt du médecin généraliste libéral qui travaille sous le régime du volontariat et dans une logique privée-mercantile, rencontre en effet difficilement l'intérêt général dans un contexte d'urgence.

Dans le même temps, à travers la loi de 1987 puis celle de 1996, la FNSPF va s'emparer d'un autre problème intrinsèque à son organisation, celui de « l'inadéquation de ses moyens de secours aux risques effectifs » pour paraphraser Laurent Derboulles.

¹³¹ Richeux J.-Y., *op. cit.*, p. 83-84.

2.3. LA PROBLEMATISATION POLITIQUE DE LA QUESTION DE L'INEGALITE TERRITORIALE : UNE RESTRUCTURATION MENEES AU NOM DE L'EGALITE DES CITOYENS DEVANT LES SECOURS

« La géographie, ça sert à faire la guerre »
Y. Lacoste.

La lecture des écrits professionnels et des textes réglementaires, situe la problématisation politique de la question de l'accès territorial aux secours à la fin des années 1980. Son émergence publique est symbolisée par la loi du 22 juillet 1987 relative à la sécurité civile qui prévoit la construction d'un nouvel instrument d'action publique : le Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR).

2.3.1. Des SDACR à la réforme de départementalisation des secours

Le SDACR vise à ausculter chaque département afin de localiser les points sensibles autrement dit, les lieux où les moyens de secours sont insuffisants au regard des risques. Puis à partir de ce diagnostic, il est prévu de rationaliser les moyens pour adapter les secours en fonction de la vulnérabilité du secteur. Cependant, cette politique n'a pas eu les effets escomptés si on en croit les conclusions d'une étude inédite publiée en 1994 et dont l'auteur est lui-même Colonel pompier :

« L'Allemagne de l'Ouest dispose d'un parc de véhicules de secours et de lutte contre l'incendie presque deux fois plus important en quantité que celui mis à disposition des sapeur-pompiers français [...]. A la faiblesse quantitative du parc français, s'ajoute une répartition très inégalitaire [...]. Indiquons encore que, face aux accidents de la route, certains départements disposent d'un véhicule de secours routier pour deux véhicules d'urgence médicale, d'autres d'un pour plus de dix. L'écart mesuré n'est en aucun cas lié à des paramètres comme la densité du trafic, la longueur du réseau routier, etc...¹³² »

Fruits d'une comparaison rigoureuse de l'organisation des sapeurs-pompiers français avec ses homologues européens, les résultats de cette étude dressent un tableau plutôt sombre de la situation hexagonale. Le diagnostic est en effet sans appel, la FNSPF en France n'assure pas aux Français une égalité d'accès aux secours d'urgence. Très peu diffusé et seulement connu de quelques experts, nous ne savons pas dans quel mesure ce travail a été utilisé ou non par la Fédération. Loin de la discréditer, il a pu en effet lui servir de point d'appui pour, au même moment, poursuivre son action auprès des pouvoirs publics afin d'obtenir une législation en faveur de la départementalisation de son organisation.

¹³² Lieutenant Colonel Schmauch J-F., *op. cit.*, p. 26-28.

En 1995, seuls dix départements avaient élaboré un Schéma d'analyse et de couverture des risques selon les sources d'un ancien haut fonctionnaire de la Direction de la Sécurité Civile :

« Les prescriptions du décret du 6 mai 1988 relatives à l'élaboration dans chaque département, d'un SDACR, pour fonder une stratégie plus rigoureuse de prévention et d'organisations opérationnelles, sont presque partout restées lettre morte [...]. L'égalité devant le risque civil est actuellement en France une illusion. Beaucoup de collectivités territoriales (communes ou départements) n'ont plus les moyens financiers suffisants pour que les corps de sapeurs-pompiers puissent faire face aux risques courants dans des conditions satisfaisantes [...]. Les zones urbaines sont ainsi mieux « défendues » que l'espace rural [...]. Quel que soit le nom qu'on lui donnera – départementalisation, réorganisation territoriale – cette restructuration consistera peu ou prou à réduire des coûts fixes, à rationaliser l'implantation des matériels, à mieux affecter les hommes, à moduler les effectifs et les qualifications en fonction des besoins constatés.¹³³ »

Le constat d'inégalité n'est pas nouveau mais l'interprétation, autrement dit la définition du problème établie par l'auteur de cet ouvrage doit être interrogée ici. Il convient en effet de prendre de la distance par rapport à cet écrit rédigé par un fonctionnaire de la DSC, une prudence qui est de mise si l'on considère les propos d'un ancien cadre départemental qui a bien connu l'auteur de cet ouvrage :

« Vous avez un type qui a fait un petit bouquin dans la collection « Que sais-je ? », qui s'appelle Georges Lebéchu, qui est Préfet de son état mais qui a été plus ou moins mis sur la touche ou révoqué quand il a eu des emmerdements à Vannes quand il était à Vannes. Alors, il a fait un bouquin dans la collection « Que sais-je ? » sur la sécurité civile parce qu'il n'a pas signé de son nom parce que vu ce que je vous disais tout à l'heure, il ne pouvait pas puisque étant fonctionnaire, il était toujours en exercice à l'époque. Alors il développe beaucoup de points intéressants, il est un peu partisan, il n'a pas bien vu certaines choses mais ça peut vous être utile. »

Il semblerait que cet ouvrage participe d'une entreprise de promotion de la sécurité civile (*La sécurité civile souffre d'être méconnue*, p.106) et de la FNSPF qui en constitue la clé de voûte. Sa publication est à replacer, par ailleurs, dans un contexte où le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Santé se disputent le domaine de l'urgence sanitaire. Pour mémoire, rappelons que le ministère de la Santé s'est engagé depuis le début des années 1990 dans une politique de « restructuration » des urgences hospitalières, menée à partir de l'établissement de SROS (schémas régionaux d'organisation des soins). Cet élément de contexte étant précisé, on est enclin à penser qu'à travers cet ouvrage, l'auteur soutenu par la FNSPF dont l'effectif représente l'essentiel du personnel de la DSC, cherche à convaincre le public de la nécessaire « restructuration » des SIS.

¹³³ Dye V., *op. cit.*, p. 101-103.

Pour emporter la conviction du lecteur, c'est au nom de l'égalité des citoyens devant « le risque civil »¹³⁴ que l'auteur promeut une politique de départementalisation des services d'incendie et de secours. C'est ainsi que dans les années 1990, après des années de mobilisation de la FNSPF en ce sens¹³⁵ et en dépit des oppositions, la réforme des SIS accède aux agendas politiques et se concrétise par la loi du 3 mai 1996 sur la départementalisation :

« Parallèlement à ces mutations sociales - ou pour y répondre - le législateur a souhaité une réorganisation des services d'incendie et de secours au niveau départemental. Nées des initiatives locales, les centres de secours maillaient inégalement le territoire national, laissant apparaître des « trous » dans la carte de couverture des risques. De plus, cet émiettement géographique s'accompagnait d'une dotation inégale entre centres de secours, en moyens matériels et en hommes. La loi de mai 1996, dite de « départementalisation », a pour ambition de réorganiser les services d'incendie et de secours au niveau départemental afin d'homogénéiser et d'harmoniser la distribution spatiale des moyens, les statuts et la formation des hommes, les techniques de travail. La loi de départementalisation entend rompre avec un mode d'organisation pour l'essentiel communal ou intercommunal (groupement de communes) largement dépendant de la relation que les sapeurs-pompiers peuvent entretenir avec l'autorité municipale¹³⁶. »

Comme on l'a vu dans les paragraphes précédents, cette inégalité n'est pas nouvelle, cela fait longtemps que la FSNPF est engagée dans un processus de départementalisation visant à corriger les disparités territoriales de traitement engendrées par le principe d'organisation communal. En revanche, son expression publique constitue ici un fait nouveau puisque jusqu'alors, cette question était traitée dans l'espace confiné des experts de la protection civile. Le contexte d'émergence publique du problème (guerre avec le SAMU) nous incline à penser que la FNSPF publicise ce problème pour faire pression sur les politiques afin d'obtenir une loi en sa faveur. Dans cette entreprise, elle a bénéficié tout comme les promoteurs de la restructuration des services d'urgence hospitaliers, d'un contexte politique favorable de « modernisation » du service public (santé, éducation) menée au nom de l'égalité des Français devant la santé, l'éducation et bientôt « la sécurité » :

« En effet, gouvernement, assemblées, administrations centrales, corporations placent les réformes sous les auspices de la formule banalisée et consensuelle de la « modernisation, du renouveau du service public ». La modernisation promue par M. Rocard en 1989, populaire, riche de quelques succès, poursuivie et reproduite par ses successeurs, offre des idées générales et de bon sens – écoute des usagers, qualité des services, responsabilité des agents, attention à l'efficacité et aux résultats, rationalisation, etc...¹³⁷ »

¹³⁴ Tout comme c'est au nom de « l'égalité devant la médecine » que le magazine *50 millions de consommateurs* publie en 1992, sur interpellation des anesthésistes-réanimateurs, la liste noire des services d'urgences hospitaliers.

¹³⁵ En 1991, à l'occasion du 93^{ème} Congrès de l'Union Départementale des Sapeurs-Pompiers de Loire-Atlantique qui s'est déroulé à Clisson, le colonel Lamandé argumentait déjà en ce sens : « *L'avenir des sapeurs-pompiers passe par la départementalisation dont le but est de vous décharger des tâches administratives pour que vous puissiez vous concentrer sur l'action et la formation* », article *Presse Océan* du 27/05/1991.

¹³⁶ Lares, mars 2000, p. 7.

¹³⁷ Padioleau J-G., *op. cit.*, p. 59.

Dans ce cadre cognitif, la réforme de la départementalisation/modernisation des SIS apparaît comme relevant de l'évidence et ne fait en soi, l'objet d'aucune discussion, les parlementaires ne faisant que valider le référentiel. La promotion de ce « paradigme »¹³⁸ s'appuie en outre sur un discours naturalisant l'élargissement des compétences et par là-même, la croissance continue et soutenue des interventions de la FNSPF de ces dernières décennies. La rhétorique de la « société du risque », de l'existence des nouveaux risques toujours plus complexes, est d'ailleurs au centre de l'argumentation de la FNSPF qui argue parallèlement, de l'émergence d'une demande croissante de « sécurisation » de la part de la population.

2.3.2. Les limites de la réforme de départementalisation : l'impact sur le volontariat¹³⁹

Suite à la ratification de la loi de 1996, la transformation des SIS s'opère graduellement, elle s'observe çà et là dans les pratiques : construction de casernes neuves, rénovation du parc des véhicules, nouveaux uniformes et matériels, etc... L'extrait d'entretien (collectif) qui suit illustre ce qu'il s'est passé à l'époque :

« MG- Alors que maintenant que c'est la départementalisation, ils ont du matériel même plus qu'il leur en faut. Ça faut pas le dire mais...hein ?! Hein J. (chef de centre actuel) la différence qu'il y a c'est qu'avant le matériel, c'était la commune ?

Chef de centre(CDC) - Oui

MG- Et maintenant...

CDC - Tout est départementalisé.

MG- Tout est départementalisé. Depuis vous avez beaucoup plus de matériel que nous ce qu'on avait...

- (Je me tourne vers le chef de centre) Là c'est le département qui vous donne le matériel ?

CDC - L'habillement, tout, tout, tout. Moi j'ai connu le CIVU, la CCSE, la mairie après le CIVU. Le CIVU c'était les quatre communes ensuite...

MG- Conseil Général pour les bâtiments

CDC - Voilà ! Ensuite il y a eu la communauté de communes Sud Estuaire, c'est le CCSE qui gérait les trois centres de secours mais ça posait un problème parce que les trois communes, St P. a son centre de secours, St B. a son centre de secours et P. a son centre de secours donc ça posait des problèmes et puis en 2001, ça a été départementalisé et donc là tous les biens, tous, appartiennent au département que ce soit de la table à la petite cuillère pour le café....

RD- Avant fallait passer ça au conseil municipal pour acheter ceci cela oh la, la..

MG- Bah oui...

CDC – Maintenant, c'est décidé au niveau du département. Les bouteilles d'eau que l'on met dans le véhicule, on fait une « demande d'exposition de besoin » (il me montre les feuilles administratives utilisées pour faire ces demandes) et bon, parc d'eau et tout ça et dans la semaine

¹³⁸ « Un paradigme comprend quatre éléments: des principes métaphysiques généraux (ou « référentiels », « visions du monde »), des hypothèses, des méthodologies et des instruments spécifiques », Surel Y., « Les politiques publiques comme paradigme », in Faure A., Pollet G., Warin P., *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, L'Harmattan, 1995.

¹³⁹ Un « réformisme pervers », pour reprendre la formule de Padioleau, quant à ses conséquences sur le volontariat : Padioleau J-G., *La fin des sapeurs-pompiers républicains ?*, op. cit.

ça arrive. Les télé-alarmes on rend les télé-alarmes qui sont défectueuses et ils nous en donnent d'autres¹⁴⁰. »

Le chef de centre explique plus loin qu'une dotation de 202,48 euros est prévue pour l'équipement de chaque pompier du centre : *« Ils appellent ça la masse qui est fictive. On ne vous donne pas 202 euros. C'est là-bas au service logistique là-bas, au service habillement, chaque sapeur-pompier du département est répertorié »*. Il me montre la liste de vêtements et de matériel établie par le département. Dès qu'un équipement vient à manquer (ex : cagoule pour le feu, 9 euros), il faxe sa demande au service logistique qui se déplace quelques jours plus tard pour apporter la commande. Le chef de centre s'est ainsi progressivement mué, par la force des choses, en gestionnaire et en manager faisant passer le monde pompier d'une culture majoritairement orale à une culture de l'écrit¹⁴¹. A cette rationalisation de la gestion du personnel et des équipements s'ajoute, avec la départementalisation, une hiérarchisation de l'organisation « pompier » :

« CDC (chef de centre)- Avec la départementalisation, il n'y a plus qu'un seul corps départemental. Il n'y a plus de chef de corps ici, c'est un chef de centre comme dans tous les centres d'incendie et de secours (mes autres interlocuteurs s'étonnent et prennent connaissance avec moi de l'organisation actuelle des sapeurs-pompiers).

- Et après, comment c'est organisé ?

CDC- Donc vous avez le chef de corps (départemental). Sous le chef de corps, il y a des commandants de groupements. Il y a le groupement de St N., le groupement d'A., le groupement de la B. ... Dans ces groupements, vous avez des compagnies. Donc nous on a la compagnie de P., la compagnie de St. N., la compagnie de... Donc là, il y a un commandant de compagnies. Donc vous voyez, chef de corps, commandant de groupements, commandant de compagnies. Commandant de compagnies, nous on dépend de la compagnie de P., on est 8 centres de secours (il les énumère). Et donc dans chaque centre, il y a un chef de centre. Et en parallèle, il y a le SSSM, le service santé secours médicalisé. Ils ont des képis rouges. Les noirs sont les pompiers et les képis rouges c'est les médecins. Les sapeurs-pompiers eux, il y a un médecin attiré pour chaque centre de secours¹⁴². »

Puis, le chef de centre se lève pour aller chercher un livret sur lequel est répertorié l'ensemble des formations sapeur-pompier existantes. Il s'installe à mes côtés et explique :

« Alors ça c'est la formation d'un sapeur-pompier qui rentre aujourd'hui. Il commence par là et en trois ans, il doit être arrivé là. Alors le CAD, ça c'est l'instruction. Ils ont une demi-journée lorsqu'ils rentrent, c'est pratiquement la semaine qui suit le CCFD. Et hop, le samedi matin, une information du capitaine. Donc le CAD, le SPV1 c'est la culture administrative, c'est comme ça qu'ils appellent ça. L'IMC, le SPV1 et donc l'AFPS...et après vous devez...il faut pratiquement

¹⁴⁰ Entretien collectif auprès d'anciens sapeurs-pompiers volontaires, *op. cit.*

¹⁴¹ Chevrier S., Dartiguenave J-Y., « Les sapeurs-pompiers volontaires en France. La place et le rôle des sapeurs pompiers volontaires dans l'encadrement des services d'incendie et de secours en France. Une approche sociologique », Rapport du LARES pour la DDSC, l'INESC et la FNSPF, mars 2000, p. 33-53. Cette recherche commandée vise à dresser un état des lieux de la départementalisation et à en évaluer les conséquences.

¹⁴² Entretien collectif, *op. cit.*

aller dans l'ordre. Après l'AFPS, il faut passer le CFAPSE¹⁴³ et l'hygiène du VSAB, donc là après vous pouvez intervenir en VSAB. Après vous passez l'IMC, SPV1 donc c'est l'incendie mais en généralités. Après le SPV2, c'est une initiation au port de l'ARI et le SPV3, c'est les manœuvres, toutes les manœuvres des établissements et incendies. Le SPV4, c'est le lot de sauvetage et de protection contre les chutes avec le port du harnais et tout ça. Le SPV5, c'est techniques et méthodes d'extinction. Et donc après, vous connaissez le CFAPSE et le CFAPSR et ensuite vous avez d'autres stages qui vont venir se greffer euh... conducteur fourgon... »

Il existe désormais un langage technique propre aux pompiers de même qu'une logique d'organisation, auxquels s'est socialisé le chef de centre. Les traits caractéristiques de l'engagement pompier paraissent ainsi aujourd'hui appartenir davantage au monde professionnel qu'au monde bénévole, amateur. L'apparition d'un langage technique est en effet plus généralement, révélatrice d'un changement progressif de la façon de vivre et de concevoir l'engagement pompier. Le sapeur-pompier volontaire d'aujourd'hui semble en effet se situer ainsi à mi-chemin entre la figure du professionnel et celle du bénévole¹⁴⁴ :

« Alors que les discours institutionnels d'hier valorisaient le dévouement laissant à croire, sur le mode de l'évidence, qu'il suffisait d'être de bonne volonté (et d'avoir du bon matériel !) pour faire un bon pompier, ceux d'aujourd'hui insistent surtout sur les nécessités de la performance technique, savoir-faire gestuel dont le degré d'induction théorique ne cesse de croître. Dès lors, le seul dévouement, auparavant essence même de l'action, apparaît comme une sorte de valeur ajoutée, une qualité reléguée, presque menacée d'obsolescence à côté d'une compétence itérativement prônée.¹⁴⁵ »

Le chef de centre a fait sien le discours institutionnel. Il a intégré la nouvelle logique organisationnelle et il s'est socialisé aux nombreux sigles spécifiques à la culture professionnelle « pompier ». Face à l'étonnement de la génération passée, présente autour de la table ce jour-là et qui découvre avec moi la nouvelle organisation départementale, le discours du chef de centre *a contrario* naturalise cette évolution qu'il juge par ailleurs plutôt positive. Ce processus de « professionnalisation »¹⁴⁶ des volontaires au sens où l'entend Jean-Michel Chapoulie¹⁴⁷, constitue un des indicateurs du passage de l'institution à l'organisation, présenté comme allant de soi, dans un contexte de « modernisation des services publics », de multiplication des risques et, nous dit-on, d'une demande de sécurité accrue de la population. Selon Jean-Gustave

¹⁴³ Certificat de formation et d'aptitude aux premiers secours en équipe. Ce diplôme a remplacé le BNS dans les années 1980. Contrairement au BNS, il aborde uniquement le secours sanitaire aux civils en temps de pays et il est davantage axé sur la pratique (exit les cours d'anatomie notamment).

¹⁴⁴ Pudal R., « Ni professionnel, ni bénévole : être pompier volontaire aujourd'hui », *Socio-logos, Revue de l'Association française de sociologie*, 5, 2010

¹⁴⁵ Retière J-N., *op. cit.*, p. 110.

¹⁴⁶ « Le processus de professionnalisation revêt une grande variété de trajets et de conditions. Les pompiers connaissent deux formes de professionnalisation : l'une que l'on pourrait qualifier de traditionnelle, qui s'accompagne d'une professionnalisation marquée par l'émergence d'une activité principale, rémunérée et d'une technicisation des tâches ; l'autre, plus complexe et moins fréquente, celle des volontaires dont l'investissement en temps est intermittent, l'occupation secondaire. Elle est marquée par une technicisation des tâches et l'élaboration progressive de règles statutaires définissant un métier. », Rohart L., *op. cit.*, p. 13.

¹⁴⁷ Chapoulie J-M., « Sur l'analyse des groupes professionnels », *op. cit.*, p. 95.

Padioleau, la départementalisation s'apparente alors, à un réformisme « d'exploitation » qui n'a rien de naturel et qui, de surcroît, empêche, voire censure la recherche de voies originales d'organisation des secours :

« Le réformisme d'exploration questionne l'évolutionnisme des tendances (croissance des interventions, besoins en effectifs, consumérisme des usagers, etc...) sur lequel s'appuie le modèle de l'organisation du « service public modernisateur-départementalisé ». Au regard du réformisme d'exploration, ces tendances sont des conséquences pratiques de la société du risque, susceptibles d'être réduites par des actions publiques *ex ante* (prévention, prévision). Pour le réformisme d'exploitation, ces facteurs sont des causes de développement des secours acceptées sans débats. Prises de risques ? Le réformisme d'exploration en quête de politiques publiques nouvelles dérange des intérêts et des pouvoirs.¹⁴⁸ »

Interroger la « fatalité » de la société du risque, l'inéluctabilité de l'augmentation des interventions telles sont les principes du réformisme d'exploration encouragés par cet auteur. Dans ce travail, ce n'est pas tant la réalité du constat de l'augmentation des risques et de la demande sociale de sécurité qui nous semble devoir être discutée, en effet, mais l'interprétation autrement dit, le traitement politique qui a été appliqué au problème d'inégalité territoriale dans l'accès aux secours¹⁴⁹. Les solutions promues par les tenants du « réformisme d'exploitation » ont en effet formaté les diagnostics et construit de nouveaux problèmes auxquels il a fallu apporter des réponses. Par exemple, la mise en place des SDACR a fait apparaître des inégalités et des insuffisances en matière de secours au regard des nouveaux standards retenus (équipements, niveaux de formation, etc...) et, cet instrument d'action publique a également permis de justifier en retour, une réponse en termes de modernisation. L'objectif visé par la FNSPF au travers de cette restructuration et par là-même, d'une transformation de l' « institution républicaine » en véritable « organisation » de service public « orthodoxe » est *in fine*, d'obtenir le monopole des secours notamment dans le domaine sanitaire¹⁵⁰. Le discours prononcé en 1998 par le vice-président de la Fédération en témoigne :

« Aujourd'hui, le secours à personne est la principale activité des services d'incendie et de secours. Le Service de santé et de secours médical en est l'autorité technique et de soutien, en quelque sorte ; le cautionnement moral. L'évolution actuelle de notre société fait que cette mission est appelée à se pérenniser, voire à se développer. Les niveaux de compétence de plus en plus élevés de personnes feront que la population sera de mieux en mieux secourue, et ce en tout point du

¹⁴⁸ Padioleau J-G., *op. cit.*, p. 121-122.

¹⁴⁹ A savoir la réforme de la départementalisation et ses conséquences (élargissement du portefeuille de missions ; augmentation des interventions ; augmentation des moyens matériels, des effectifs etc.).

¹⁵⁰ « *De soldat du feu, le sapeur-pompier est devenu un véritable généraliste des secours* », Kihl J-P., (sous directeur des services de secours et des sapeurs-pompiers à la direction de la Défense et de la sécurité civiles du Ministère de l'Intérieur), « Les sapeurs-pompiers en France », *Regards sur l'actualité*, n°259, La Documentation Française, mars 2000, p. 144.

territoire, et par de véritables réseaux géographiquement distribués et rationalisés dans une organisation départementale.¹⁵¹ »

Dans cette entreprise de monopole du secours, l'urgence sanitaire est comme on l'a vu, un enjeu central pour la FNSPF. Toutefois même si l'investissement dans ce domaine lui procure des profits matériels et symboliques certains, il est également générateur de problèmes en raison de son impact sur le volontariat :

« - Et la départementalisation en fait, c'est quoi l'idée ?

J-F- L'idée c'est que les directeurs voulaient commander aux grandes villes et dire, c'est moi qui commande à tous les pompiers. Ici, par exemple, le directeur n'avait plus le droit de rentrer à la caserne de N. parce qu'il s'est brouillé avec tout le monde. J'y peux rien ! [...] Ils ont plus de moyens techniques. Les casernes sont bien parties mais il manque les effectifs et puis, il y a trop de rigidité avec eux. Les pompiers volontaires sont débordés de travaux, ils me le disent car je vais souvent les voir. Débordés d'administratif¹⁵². »

L'extension des compétences a comme on l'a vu, favorisé la professionnalisation (diversification des formations, technicisation de l'activité, augmentation des interventions) qui a parallèlement engendré, dès les années 1980, un malaise du côté des sapeurs-pompiers volontaires qui se sont progressivement sentis disqualifiés et « débordés ». De ce fait, le décalage est manifeste entre la couverture théorique égalitaire du territoire (adéquation des moyens aux besoins), et la réalité pratique de l'organisation des sapeurs-pompiers confrontée au problème de manque de volontaires :

« Cependant, ce maillage n'est pas une fin en soi ni une condition suffisante. Pour pouvoir armer un VSAB, par exemple, il faut être titulaire d'un diplôme qui sanctionne une compétence, le CFAPSE (Certificat de formation et d'aptitude aux premiers secours en équipe), pour pouvoir armer le VSR, il faut être titulaire du CFAPSR (Certificat de formation et d'aptitude au secours routier). Sans ces engins, sans cette formation, les centres de secours peuvent rester des coquilles vides. L'obtention de tels diplômes demande un temps de formation toujours plus important qui n'est pas facilement compatible avec le statut de volontaire.¹⁵³ »

Ainsi la proximité spatiale des centres de secours ne rime-t-elle pas systématiquement avec accessibilité des secours. La restructuration menée au nom de l'égalité des citoyens devant les secours a certes permis de mieux répartir le matériel et les centres de secours, mais le passage de l'institution à l'organisation aurait engendré un autre problème, celui de la disponibilité des volontaires.

¹⁵¹ *Le Sapeur-Pompier*, supplément, septembre 1998 (cité par Padioleau J-G, *op. cit.*, p. 141).

¹⁵² Entretien semi-directif mené auprès de J-F Schmauch, mars 2005.

¹⁵³ Bouiller D., Chevrier S., *op. cit.*, p. 32.

3. QUAND PROXIMITE NE RIME PAS AVEC ACCESSIBILITE¹⁵⁴ ! L'ENJEU DU VOLONTARIAT

« Historiquement, la sécurité civile en France, comme dans la plupart des autres pays, s'est constituée à partir de corps de sapeurs-pompiers communaux. Aujourd'hui, les 230 000 sapeurs-pompiers non militaires constituent la composante la plus nombreuse de l'organisation des secours. Malgré cela, jusqu'à une époque très récente, elle n'a guère été reconnue par l'Etat : ce n'est qu'en 1990 que les sapeurs-pompiers ont été vraiment représentés au sein de la direction compétente du ministère de l'Intérieur [...]. Par ailleurs, les sapeurs-pompiers eux-mêmes s'interrogent sur le volontariat. Si la professionnalisation des secours a accompagné la croissance des risques, pendant très longtemps ceux qui affrontaient les sinistres étaient des bénévoles ou des volontaires. Aujourd'hui, la présence de 210 000 sapeurs-pompiers volontaires à côté de 20 000 professionnels pose un vrai problème de société.¹⁵⁵ »

L'accroissement sensible des interventions, l'exigence accrue de formation (théorique et technique), la normalisation et la rationalisation des pratiques etc..., ont modifié les contours de l'activité du sapeur-pompier volontaire en l'espace de 30 ans. Mais en dépit de ces changements, aucune action n'a réellement été pensée en direction de ces volontaires qui, au moment où écrit l'auteur (1995), n'ont toujours pas de statut qui prendrait en considération ces transformations internes au monde des pompiers. Aussi, un décalage persiste-t-il entre un statut traditionnel attaché à une image du pompier appartenant au passé, et la réalité pratique de l'engagement du sapeur-pompier volontaire qui conduit progressivement à l'émergence d'une « crise ».

L'enjeu de cette dernière partie est d'interroger la façon dont la FNSPF a traité ce problème qui a émergé pour la première fois publiquement, en 1990, à l'occasion d'une manifestation de 50 000 sapeurs-pompiers à Paris : Quelle interprétation en donne-t-elle? Quelles voies de résolutions privilégient-elles et/ou excluent-elles ? En bref, c'est à une sociologie d'un problème public, celui de la « crise du volontariat » que nous invitons le lecteur.

¹⁵⁴ Ce titre est inspiré d'une réflexion menée à l'Insee sur la mise en place d'un nouvel indicateur de mesure de l'accessibilité spatiale. Ce travail montre que la distance ne doit plus être le seul facteur à prendre en compte pour mesurer l'accessibilité, la disponibilité des professionnels et le besoin de la population étant aussi des facteurs de poids : Muriel Barlet, Clémentine Collin, Drees, Mélanie Bigard, David Lévy, « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », *Insee*, le 16/10/2012, <http://www.zonebourse.com>. D'où, le peu d'intérêt pour notre analyse, de l'usage de la méthode cartographique.

¹⁵⁵ Dye V., *op. cit.*, p. 8 (souligné par nous)

3.1. L'EMERGENCE PUBLIQUE DU PROBLEME DU « VOLONTARIAT » AU TOURNANT DES ANNEES 1990

3.1.1. Une interprétation du problème en termes de manque de « disponibilité »

Au cours des années 1980, la question de la disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires qui, de plus en plus, peinent à concilier leurs obligations professionnelles avec leur activité volontaire, devient un problème « sensible ». Le 27 janvier 1989, le journal *Le Monde* annonce l'élaboration prochaine d'un projet de loi visant à « faciliter la formation des sapeurs-pompiers volontaires qui constituent l'essentiel des effectifs (208 000 sur 228 000), en tenant compte de leurs contraintes professionnelles ». L'enjeu est de taille pour la FNSPF puisqu'elle tire l'essentiel de sa légitimité des volontaires qui constituent plus de 90% de ses effectifs. Près d'un an après la parution de cet article, le projet de loi tardant à voir le jour, la France assiste pour la première fois à une manifestation nationale de « ses » sapeurs-pompiers à Paris qui réunit, le 1^{er} décembre 1990, près de 50 000 pompiers professionnels et volontaires. Ils battent le pavé ensemble pour réclamer :

« D'une part, les pompiers sont en quête de modernisation, de reconnaissance, et au premier chef par l'Etat central. D'autre part, au sein du catalogue de revendications, prédominent les demandes statutaires et salariales – le statut des professionnels, la protection sociale [...]. La « manif » du 1^{er} décembre consacre, légitimise, le professionnalisme et la professionnalisation grâce à l'appui décisif des troupes de manifestants volontaires.¹⁵⁶ »

Bénéficiant du soutien des médias et de la population peu habitués à ce que ce groupe professionnel se mobilise publiquement, les pompiers parviennent à faire pression sur le gouvernement socialiste qui entreprend alors rapidement, plusieurs actions : en 1991, le ministère de l'Intérieur crée une sous-direction des Services de secours et de sapeurs-pompiers permettant pour la première fois à ces derniers, d'être représentés au sein de ce ministère. La même année, il élabore un projet de loi relatif à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires accédant ainsi à une des revendications fortes de la FNSPF :

« Les députés ont adopté à l'unanimité le projet de loi visant à renforcer la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accidents, de maladies contractées en service. Le texte, déjà adopté par le Sénat, prévoit d'aligner le régime de protection sociale des 210 000 sapeurs-pompiers volontaires sur celui des 20 000 sapeurs-pompiers professionnels.¹⁵⁷ »

« Une loi qui renforce la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires (210 000) en s'alignant sur celle des sapeurs-pompiers professionnels (20 000) a été publiée le 3/01/1992 au Journal Officiel. Désormais le sapeur-pompier volontaire victime d'un accident ou atteint d'une maladie lors d'une intervention, a droit, « la vie durant », à la gratuité des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'appareillage. C'est le premier volet du statut

¹⁵⁶ Padioleau J-G., *op. cit.*, p. 102.

¹⁵⁷ Source: *Le Monde* du 21/11/1991.

dont les sapeurs-pompiers souhaitent bénéficier. Reste à régler le problème de la disponibilité : actuellement, rien n'oblige un employeur à laisser s'absenter un sapeur-pompier volontaire pour une intervention ou pour sa formation. Le ministre de l'Intérieur, P. Marchand, doit envisager une concertation sur ce point avec les employeurs des sapeurs-pompiers volontaires.¹⁵⁸ ».

L'idée de conférer un statut protégé aux sapeurs-pompiers volontaires pour parer au problème du recrutement n'est pas nouvelle. La lecture de l'ouvrage d'Hubert Lussier nous enseigne en effet, qu'à partir de la seconde moitié du 19^{ème} siècle, des mesures similaires avaient été prises face au même problème :

« L'exercice de la fonction de pompier ne va pas sans risques. Comme l'honneur et la reconnaissance tirés du fait de les couvrir ne représentent pas nécessairement une perspective suffisamment séduisante pour les recrues potentielles, les organisateurs des compagnies comprirent peu à peu que les secours efficaces en cas d'accident, les pensions et les retraites constitueraient un atout important dans leurs efforts de recrutement. Graduellement, un régime de protection de plus en plus étendu sera mis en place, faisant intervenir un nombre croissant d'instances administratives.¹⁵⁹ »

L'article du *Monde* précité, en date du 6 janvier 1992, évoque une autre revendication chère à la FNSPF et qui n'a toujours pas trouvé de réponse politique, celle de la disponibilité. Le journaliste va même jusqu'à interpeller lui-même les pouvoirs publics sur la nécessité d'engager une action en direction des employeurs. C'est ainsi que forte du soutien des médias, la FNSPF va parvenir à faire de cette question un problème « sensible » contraignant le ministre de l'Intérieur à l'inscrire sur son agenda. Une semaine plus tard, il annonce en effet la tenue prochaine « d'Etats généraux de la sécurité civile » afin, précise-t-il, « d'engager un large débat sur la place du volontariat »¹⁶⁰. Ce nouveau problème public est immédiatement relayé par la presse locale qui par ailleurs, reprend la définition du problème énoncée par la FNSPF :

« Jusqu'à une date récente, un « pépin » en intervention d'un sapeur-pompier volontaire n'était pas reconnu comme un « accident de travail », c'est désormais acquis. Mais les Amicales, Unions et la Fédération, ont encore beaucoup de revendications à satisfaire parallèlement à l'action syndicale pour les professionnels. Ce qui reste notamment à obtenir par les volontaires, c'est la « disponibilité » : Jusque-là, la formation se fait sur les temps de congé. Une formule devrait pouvoir être trouvée pour permettre aux nouveaux SPV de suivre un mois complet de formation et ensuite, une semaine de recyclage par an grâce à une formule de mise à disponibilité. Cette formation est aujourd'hui indispensable. De même, pour les interventions sur le temps de travail, des solutions restent à trouver. La « départementalisation » des secours, à l'examen au Parlement, semble constituer le niveau qui convient aujourd'hui pour la mise en œuvre des moyens et l'efficacité des moyens. Reste le problème des statuts. Les demi-mesures proposées l'an dernier, étaient loin de répondre à l'exigence moderne d'un grand service de sécurité. Leur refonte totale est souhaitée.¹⁶¹ » .

¹⁵⁸ Source: *Le Monde* du 6/01/1992.

¹⁵⁹ Lussier H., *op. cit.*, p. 60.

¹⁶⁰ Source: *Le Monde*, 13/01/1992.

¹⁶¹ Source: *Ouest-France*, le 27/01/1992.

En dépit de l'action menée par le gouvernement, la FNSPF considère que la loi de décembre 1991 relative au statut du sapeur-pompier volontaire, est insuffisante au regard de cette question de la disponibilité. Elle réclame alors des mesures rapides en direction des employeurs afin que les volontaires acquièrent les compétences permettant d'assurer la qualité et l'efficacité des secours répondant à l'exigence d'un « grand service de sécurité »¹⁶².

Cette action de publicisation du problème par la FNSPF est à replacer nous semble-t-il, dans le contexte de concurrence qui l'oppose, sur le terrain de l'urgence sanitaire, au service public hospitalier représenté par le SAMU. A la fin de la même année, le ministère de l'Intérieur qui ne souhaite pas abandonner le secours sanitaire à son homologue de la Santé, accède aux revendications de la FNSPF. Il institue, par décret¹⁶³ et dans chaque département, des Conseils départementaux de sapeurs-pompiers volontaires. Présidés par le Préfet et co-présidés par le président de la commission administrative du SDIS, ils ont pour mission « *d'étudier et d'encourager toutes les mesures permettant aux sapeurs-pompiers volontaires d'effectuer leurs missions et de suivre des formations* »¹⁶⁴. Comprendons là : résoudre le problème de la disponibilité qui concerne d'ailleurs principalement le monde rural si l'on en croit la FNSPF dont le discours est largement médiatisé :

« Si les CPI ruraux assurent leur mission dans des conditions acceptables avec en moyenne, un effectif de 5 à 7 personnes dans la journée pour 150 interventions, ce n'est pas du tout le cas pour les centres de secours (issus de communes de 2000 à 5000 habitants) avec une activité de 500 à 600 interventions par an qui fonctionne avec un effectif identique. « Nous sommes à la limite de la rupture ». A cela beaucoup de raisons. Le nombre d'interventions qui ne cesse de croître, la faute d'une réglementation adaptée et négociée et acceptée par les entreprises.¹⁶⁵ »

Le ton se fait plus grave. La Fédération met en cause les employeurs qui, en refusant de collaborer pour améliorer la disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires dans un contexte d'interventions croissantes, seront bientôt responsables de l'absence de secours de qualité dans certaines zones rurales. Quelques mois plus tard, à l'occasion du 100^{ème} Congrès national des sapeurs-pompiers, la FNSPF poursuit sa mobilisation en interpellant bruyamment la population, sur le danger du manque de volontaires. Le quotidien national, *Le Monde*, du 4/10/1993 (« 100^{ème} Congrès national. Sécurité – Les pompiers manquent de volontaires ») s'en fait l'écho :

¹⁶² Rappelons que la FNSPF travaille au même moment sur la loi de départementalisation, pour faire de son organisation un « grand service de sécurité » qui lui conférerait une légitimité sociale soutenant la comparaison avec le service public hospitalier.

¹⁶³ Décret publié au J.O. du 31/12/1992.

¹⁶⁴ Source : *Le Monde* du 4/01/1993.

¹⁶⁵ Source: *Presse Océan*, le 17/05/1993

« L'efficacité légendaire des « soldats du feu », est gravement menacée par la lente érosion du nombre des sapeurs-pompiers volontaires : c'est le problème n°1 de la profession, largement évoqué lors du 100^{ème} congrès national de la Fédération. Sur 223 000 sapeurs-pompiers français, 200 000 sont volontaires, répartis dans toute la France, y compris et surtout dans les régions rurales. Ces indispensables « pompiers occasionnels » qui assurent plus de 80% des interventions se font de plus en plus rares. »

La Fédération prévient : si aucune mesure n'est prise en faveur du volontariat, l'accès aux secours en milieu rural ne pourra plus être assuré faute de volontaires disponibles, et c'est le gouvernement qui en sera tenu pour responsable.

L'alerte publique est un succès puisque le ministre de l'Intérieur, Charles Pasqua, traditionnellement proche des pompiers, annonce rapidement la signature d'un décret visant à réglementer la disponibilité des volontaires issus de la fonction publique (16% des volontaires). En complément, il envisage également un projet de loi similaire pour les trois quarts des volontaires qui sont employés dans le secteur privé. Il reprend ainsi la lecture du problème construite par les représentants des pompiers pour qui la solution est à trouver du côté des employeurs qu'il s'agit d'inciter à libérer les volontaires pour qu'ils puissent assurer les interventions en journée. Trois mois plus tard, le problème occupe toujours l'espace public :

« Au nombre de 203 000 environs, les sapeurs-pompiers volontaires représentent aux côtés des 23 000 sapeurs-pompiers professionnels et des 8500 militaires, un élément essentiel de la sécurité civile. Or les contraintes professionnelles qui pèsent sur de nombreux sapeurs-pompiers volontaires, provoquent, compte tenu de la situation de l'emploi, une stagnation du nombre des engagements, alors même que les sapeurs-pompiers volontaires sont de plus en plus sollicités dans leurs missions de secours.¹⁶⁶ »

La définition du problème du volontariat reste similaire mais on note en revanche que le journaliste ne parle plus en termes d'« érosion du nombre de volontaires », imputée au manque de collaboration des employeurs, mais de « stagnation du nombre d'engagement » qui pose problème dans un contexte où le nombre d'interventions ne cesse d'augmenter. Or, au même moment et en contrepoint de la politique menée en faveur du volontariat, un syndicat de sapeurs-pompiers professionnels se mobilise pour défendre ses intérêts. Pour ce faire, il mène une opération de disqualification des volontaires :

« Utilisez au mieux les pompiers volontaires disent les élus. Dans une grande ville comme Vannes, il est impensable et dangereux de vouloir solutionner le manque de professionnels par des volontaires le plus souvent indisponibles ; les délais pour rejoindre le centre de secours lors d'une alerte sont beaucoup trop longs : 15 à 20 minutes en moyenne.¹⁶⁷ »

¹⁶⁶ Source : *Le Monde* 12/01/1994.

¹⁶⁷ *Pleins feux*, n°37, décembre 1994, édité par la SNSPP, p. 38. Cité par Rohart L., *op. cit.*, p. 353.

A l'instar de la Fédération, le syndicat présente la disponibilité des volontaires comme le problème majeur de l'organisation des secours, mais il préconise une solution différente. Loin de réclamer des mesures en faveur du volontariat, il revendique la création de postes de professionnels qui seuls, permettent d'assurer des secours intervenant dans des délais compatibles avec l'urgence :

« Pour la CGT, sans plus de précisions qu'un recours à des normes implicites passées, « il faut rendre, par ailleurs, aux pompiers volontaires leur rôle originel », « il faut stopper le développement du volontariat sous sa forme actuelle »¹⁶⁸. Le SNSPP apporte un élément de réponse : « les volontaires doivent être appelés lors d'une montée en puissance et pour la durée des interventions »¹⁶⁹. Il s'agit donc de cantonner les volontaires à un rôle accessoire de faire-valoir, de soutien, de complément à l'action engagée par les professionnels.¹⁷⁰ »

Cette médiatisation amène le gouvernement à s'emparer rapidement du problème en privilégiant toutefois les solutions préconisées par la FNSPF ignorant de fait, les revendications des professionnels. La même année, il dépose un projet de loi visant à encadrer le droit des volontaires à s'absenter de leur emploi et, afin de fidéliser les engagements dont la durée ne cesse de décroître, il prévoit d'attribuer une allocation de vétéran à tous les sapeurs-pompiers volontaires ayant atteint la limite d'âge et ayant accompli 20 ans de service. Après des années de mobilisation, la FNSPF obtient ainsi enfin, les mesures qu'elle réclamait en direction des volontaires. Cependant, le problème du volontariat n'étant pas pour autant entièrement résolu, son discours va changer, le manque de disponibilité va être substitué par une autre définition du problème, formulée en termes de « crise de recrutement ».

3.1.2. Une « crise de recrutement »?

A la fin de l'année 1994, lors du Congrès à Pornic, le discours de la Fédération se modifie quelque peu. Le problème se déplace, il ne s'agit plus ici de parler de disponibilité des volontaires, la Fédération ayant obtenu des mesures en ce sens, mais d'une « crise » du recrutement :

« Que ce soit au niveau national ou sur le plan local, le recrutement des sapeurs-pompiers volontaires connaît une crise, les effectifs sont restés sensiblement identiques alors que les interventions n'ont cessé de croître. Dans d'autres pays européens comme la Suisse ou l'Allemagne, le devoir qui est fait à chaque citoyen de donner de son temps au service des autres est fort bien perçu. En France, on aurait plutôt tendance, quand on est témoin par exemple, à critiquer la lenteur des secours. »¹⁷¹

¹⁶⁸ Revue d'information des pompiers professionnels du Nord, éditée par la CGT pompiers professionnels du Nord, 1995, p. 35.

¹⁶⁹ *Pleins feux* (organe du SNSPP-CFTC), n°37, décembre 1994, p. 38.

¹⁷⁰ Rohart L., *op. cit.*, p. 351-352.

¹⁷¹ Source: *Presse Océan* du 17/10/1994

L'argumentaire construit par la Fédération vise, cette fois-ci, le citoyen français qui contrairement à ses homologues européens, dit-elle, serait moins disposé à s'engager dans des activités bénévoles et/ou volontaires. Ce discours comparatif s'appuie nous semble-t-il, sur un article publié la même année dans la revue *Préventique* portant sur la comparaison de l'organisation des services de secours et de lutte contre l'incendie dans 25 pays européens¹⁷². Or, une lecture attentive de cet article révèle que la Fédération s'approprie de façon quelque peu abusive les analyses de son auteur, le colonel Jean-François Schmauch, reconnu mondialement pour son expertise dans ce domaine. Cet ingénieur du CNAM dresse certes, le constat d'une faiblesse indiscutable du volontariat français au regard des autres pays européens ayant, précise-t-il, fait le choix d'un mode de gestion similaire de leurs effectifs¹⁷³ :

« Les chiffres sont encore plus alarmants si l'on ne retient, et il n'y a là que logique, les 16 pays ayant adopté le même mode de gestion des effectifs que la France : 6,75% des effectifs (de la totalité des 16 pays étudiés) ont à défendre 18% de la population et 33% de la superficie de ces 16 précédents pays qui pour 8 d'entre eux (Allemagne de l'Ouest, Suisse, Autriche, Islande, Liechtenstein, Luxembourg, Pays-Bas et Belgique) ont un PIB par habitant sensiblement égal ou supérieur à celui de la France, ce qui peut indiquer un même niveau de risque.¹⁷⁴ »

Mais, en aucun cas, il impute la responsabilité de la faiblesse du volontariat et donc de la « crise du recrutement », à la population. Son analyse montre en effet que cette « singularité française », pour le paraphraser, est en grande partie liée au mode d'organisation des sapeurs-pompiers français qui est caractérisée par une « réglementation non dimensionnante »¹⁷⁵.

« La faiblesse constatée des effectifs de sapeurs-pompiers en France, ainsi que celle des moyens mis à leur disposition, reste une réalité qui trouve une première explication à travers l'étude des textes réglementaires qui, en Europe, conduisent aux dimensionnements (ou aux non-dimensionnements) des services de secours et de lutte contre l'incendie.¹⁷⁶ »

Dimensionner signifie, pour cet auteur, adapter les moyens aux besoins d'interventions. Pour ce faire, il préconise de fixer légalement un nombre de volontaires adapté au taux d'activité de chaque centre afin, de diminuer le nombre individuel d'interventions :

« - Alors ça rejoue pour les sapeurs-pompiers volontaires où il n'y a aucun dimensionnement en France. On dit : « Faut des sapeurs-pompiers volontaires alors les pauvres, ils démissionnent tous. Alors on arrive à un paradoxe : ils sont maintenant en durée de vie de pompier (5-6 ans) et bien !! les pompiers allemands, ils restent 40 ans ou 50 ans.
- Et la raison selon vous ?

¹⁷² Schmauch J-F., « L'organisation des sapeurs-pompiers dans 25 pays d'Europe », Revue Sécurité. *Revue de Préventique*, n°10, volume 2, Janvier-Février, 1994, p. 13-42.

¹⁷³ Il distingue trois modes de gestion des effectifs pompiers : La privatisation, la professionnalisation, le volontariat. Ce dernier est le plus répandu (16 pays sur 25).

¹⁷⁴ Schmauch J-F., *op. cit.*, p. 19.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 41.

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 30.

- Et bien ! la raison, c'est que quand on dimensionne un système de volontariat, ça embête beaucoup de monde parce que le volontariat gêne. Quelqu'un qui quitte son usine parce qu'il est volontaire, il gêne son usine, donc le système allemand est calculé pour que le pompier ne quitte jamais son usine ou très rarement¹⁷⁷ ».

Autrement dit, la « crise du volontariat » serait un problème d'origine structurelle et non pas, le résultat de l'individualisme des Français qui « *auraient plutôt tendance à critiquer la lenteur des secours* », qu'à s'engager. Si « crise » il y a, pour reprendre la rhétorique critique de la FNSPF, elle s'apparenterait davantage à un problème de désengagement lié à une activité volontaire trop coûteuse en temps, qu'à un problème d'engagement :

«Moi - En France, il n'y a pas beaucoup de volontaires... ?

J-F- Oui, ce qui fait qu'ils s'en vont très vite car ils finissent par travailler plus que des professionnels. Alors nous ici, on dit : « S'ils ne sortent pas, ils ne se formeront pas ». C'est faux ! Les pompiers autrichiens vous disent qu'ils ne sortent jamais mais ils s'entraînent une fois par semaine parce que l'entraînement peut être mis aux heures où ils sont... Si vous allez en Bavière, le lundi soir à 18h, tous les pompiers de Bavière sont de sortie parce que de 18h à 23h, c'est la journée d'exercice. »

A en croire notre interlocuteur, un certain nombre d'individus s'engage régulièrement dans les sapeurs-pompiers mais, pour des raisons liées au mode d'organisation des pompiers français, ils rompent pour la plupart, très tôt, leur engagement. Une fois partis, on peut penser qu'ils sont peu enclins à renouveler l'expérience, dit autrement, ils sont perdus pour la FNSPF. Puis d'autres prennent leur place, démissionnent et ainsi de suite. Précisons par ailleurs, que selon la Fédération elle-même le nombre de volontaires est resté « *sensiblement identique* » ce qui signifie donc que le nombre d'engagements aurait jusqu'alors, compensé les multiples défections évoquées par le Colonel Schmauch. Aussi, dans ce cas, l'évocation d'une « crise de recrutement » apparaît-elle comme discutable car ce qui fait problème, semble-t-il, est moins le nombre d'engagements qui semble stagner que l'augmentation du nombre d'interventions qui, soit dit en passant, n'est pas interrogée. Si on suit ce raisonnement, l'attention du chercheur doit être portée d'une part, sur les facteurs à l'origine de leurs démissions autrement dit sur la question du désengagement et, plus précisément, du double désengagement car il concerne à la fois les jeunes et les anciennes générations ; et d'autre part, sur le phénomène de l'augmentation du nombre d'interventions qui jusqu'à présent, reste présenté comme une évidence.

¹⁷⁷ Entretien semi-directif réalisé avec J-F Schmauch (2005).

3.1.3. Une double crise de « désengagement »

Dans son article publié en 1994, Jean-Noël Retière nous invite également à penser la « crise du volontariat » comme un phénomène de désengagement qui touche à la fois les anciennes générations mais également, les plus jeunes¹⁷⁸. Dans un premier temps, il récuse les discours qui, dit-il, « *faisant l'économie de l'analyse dans la durée* », font porter la responsabilité de la crise à la montée des valeurs individualistes. S'appuyant sur des archives, il démontre en effet que le problème de recrutement chez les sapeurs-pompiers n'est pas un fait nouveau, spécifique à la société contemporaine¹⁷⁹. Dès lors, c'est sur l'évolution du « métier » de sapeur-pompier qu'il convient, selon lui, de porter son attention pour comprendre ce qui se cache derrière l'ainsi nommée, « crise du volontariat » :

« Ainsi la comparaison des manières d'être pompier, entre celle d'un jeune et celle d'un « ancien », d'un rural et d'un péri-urbain, d'un ouvrier à statut et d'un ouvrier du secteur privé, d'un salarié d'exécution et d'un cadre, éclaire cette crise du volontariat, non plus comme une simple crise de recrutement, mais comme une véritable crise d'identité à laquelle les pompiers les moins qualifiés des classes populaires, confrontés à la redéfinition de la fonction, se trouvent les plus exposés.¹⁸⁰ »

Les sapeurs-pompiers volontaires engagés dans les années 1950-60 seraient aujourd'hui, inadaptés à la nouvelle figure du volontaire promue par la Fédération dans un contexte de concurrence sur le terrain de l'urgence sanitaire :

« Parallèlement à la recrudescence opérationnelle, la concurrence avec les SAMU et les ambulanciers privés contraint les pompiers à une surenchère dans la formation, nouvel espace de disqualification des volontaires...¹⁸¹ »

Au début des années 1980, le président de la Fédération impose en effet aux volontaires d'être titulaires de la trilogie (secours à personne, désincarcération et incendie) le plus rapidement possible¹⁸². Dans ce cadre, le recrutement se fait progressivement moins sur la base de l'interconnaissance et du « dévouement » que sur celles des compétences sanctionnées par des diplômes. Cette « crise d'identité »¹⁸³ qui est aussi une « crise de légitimité »¹⁸⁴ vécue par les

¹⁷⁸ Retière J-N., *op. cit.*, p. 94-113.

¹⁷⁹ Son analyse est partagée par Hubert Lussier qui consacre deux chapitres à cette question. Lussier H., *op. cit.*, p.52-83 (Chapitre 4 : « Volontariat ou participation suscitée ? »; Chapitre 5 : « Sociologie du recrutement : où les plus dévoués sont les plus infimes »)

¹⁸⁰ Retière J-N., *op. cit.*, p. 96.

¹⁸¹ Rohart L., *op. cit.*, p. 371.

¹⁸² *Le Sapeur-pompier*, n°725, septembre 1981, p. 10.

¹⁸³ Pour Bernard Lahire, la crise d'identité est « *le fruit de l'écart entre ce que le monde social nous permet objectivement d'exprimer et ce qu'il a mis en nous au cours des socialisations passées [...]* ». La crise est celle du « *lien de complicité ou de connivence ontologique entre le passé fait corps et la situation nouvelle* ». Lahire B., *L'Homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, Collection Essais & Recherches, 2001, p. 143.

¹⁸⁴ Pour la saisir, on peut s'inspirer de l'analyse menée par Perre Aïach et Didier Fassin à propos de la « crise des professions de santé ». Pour ces auteurs, « *ce qui est en jeu, c'est une reconfiguration de l'espace social de la santé où se redéfinissent les territoires et les frontières de chaque métier, où s'établissent des modes différents de*

anciens dont les compétences autrefois valorisées sont désormais disqualifiées, expliquerait ainsi pour une large part, leur défection. Les propos recueillis auprès d'anciens sapeurs-pompiers volontaires corroborent cette analyse :

« - D'où est venue l'idée de faire des cours de secourisme ? Qui a décidé qu'il fallait en faire ?
- Alors c'est arrivé en 1960-61, c'est la direction départementale des services d'incendie qui était à Nantes, à l'époque, à la Préfecture, qui a dit : bon ! bah ! ce serait bien que dans les corps de sapeurs-pompiers, il y ait des secouristes. Donc ça a démarré doucement parce que les gens n'étaient pas prêts, parce qu'il fallait prendre des cours (Rires).

- Pourquoi les gens n'étaient pas prêts à suivre des cours ?

- Certains, certains ! Dans les jeunes, ça marchait bien mais dans les plus anciens, ils étaient réticents quoi. C'est toujours pareil.

MG- Oui les formations c'est quand même pesant pour celui qui s'engage. Moi j'ai eu une discussion parce que j'ai mon fils qui est pompier professionnel et c'est un sujet où on n'est pas du tout d'accord parce que ce n'est pas les mêmes vies. Lui un pompier il doit être apte à faire tout ce qu'on lui propose que ce soit du point de vue soin, du point de vue montée. Nous à l'époque, on avait dans les pompiers, on avait par exemple Xavier, ce n'était pas la peine de lui demander de remplir les papiers ou de faire des trucs importants de soins ou n'importe quoi. Mais par contre, vous lui demandiez de grimper sur un toit eh bien...il n'a pas son bac mais pour grimper sur un toit, il est formidable [...] c'était pas du tout comme maintenant où vous passez, vous êtes aptes à faire un peu tout. Et c'est pour ça qu'il faut beaucoup, beaucoup de formation.

CDC- Il y en a qui ont été dégoûtés !

MG- C'est ce qu'on disait ! Nous avant, on n'avait pas assez de formation et je dirais que maintenant, il y en a trop... Parce que demander à son patron de partir chaque instant en formation, bah les patrons, les entreprises refusent souvent que le personnel soit pompier ou il n'autorise pas la sortie. »

Leur défection est d'autant plus surprenante qu'elle met souvent fin à des longues « carrières » (15 à 25 ans) de volontariat :

« - Et vous avez arrêté quand ?

RD- 25 ans après...en 77

- Vous deviez arrêter ? Parce qu'il y a un âge qui...

RD- C'était 60 ans à ce moment-là mais comme j'avais un problème de mains, j'avais une dispense.

- Et c'est parce que vous aviez une dispense ou parce que vous aviez envie d'arrêter ?

RD- Ah moi, j'avais une dispense et de toute manière, il y avait des jeunes.

MG- Et tu vois quelques années après, moi c'était 55 ans, mais comme j'étais adjudant-chef, le maire il avait dit : Après un contrôle médical, ils vont certainement accepter, vous pouvez aller jusqu'à 60. Et moi j'ai dit : Non, j'arrête y'a des jeunes.

- Et quand est ce que vous avez arrêté, vous ?

MG- Alors moi, j'ai fait 32 ans, alors 56 et 32, calculez vite ! Euh 88 et le maire m'avait demandé de faire encore deux ans supplémentaires et puis j'ai dit non. Moi les accidents...

RD- Oui, ça n'a pas toujours été drôle

MG- On racontait tous les deux, on a quand même sorti deux jeunes filles cramées d'une voiture, je vous assure... Et le lendemain, la famille voulait reconnaître les corps, je vous assure que... Oh là là, affreux ! »

légitimation des soignants, finalement où se distribuent de nouveaux rapports de pouvoir entre les professionnels, la société et l'Etat », Aiach P., Fassin D., *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos-Economica, 1994.

Toutefois, comme nous l'avons vu précédemment, le désengagement est un phénomène qui touche également les nouvelles générations dont la durée d'engagement est d'environ 5-6 ans selon les chiffres de la Fédération. D'après le Colonel Schmauch, c'est l'augmentation continue du nombre d'interventions qui épuiserait rapidement les bonnes volontés : « *C'est la France qui n'a pas de volontaire au vrai sens* ». Ce constat est également partagé par un ancien cadre de la sécurité civile qui a assisté aux débuts du secourisme chez les sapeurs-pompiers :

*« Moi- Mais par contre au niveau des sapeurs-pompiers, ils n'ont pas toujours eu la formation qu'ils ont maintenant ? Parce qu'ils ont eu les incendies et après, le secours à personne...
- Oui, tout à fait, oui. Bah...c'est-à-dire que les sapeurs-pompiers voulant s'engager dans des voies complémentaires, il a fallu progressivement des formations correspondantes dans ces voies-là qui soient mises en place. Où vous avez un problème avec les sapeurs-pompiers actuellement, c'est qu'ils estiment qu'on exige trop d'eux pour ce qu'ils font et ce qu'on les paie ! Et ça, c'est un autre aspect des choses. Vous avez actuellement dans la comparaison que les sapeurs-pompiers volontaires font avec les professionnels, une part prépondérante de l'aspect financier [...]. Alors où les sapeurs-pompiers volontaires protestent depuis un certain temps, c'est qu'ils trouvent, ils finissent par trouver qu'ils se retrouvent broyés dans l'engrenage. Et que le rapport qualité-prix ne répond pas à ce qu'ils espéraient. »*

Pour résoudre ce problème, il faudrait, d'après le colonel Schmauch, dimensionner l'organisation des sapeurs-pompiers, c'est-à-dire multiplier le nombre de volontaires ainsi que les moyens techniques de la FNSPF pour les adapter aux besoins :

« Et puis surtout des textes où il y a beaucoup de calculs scientifiques c'est-à-dire qu'en L-A, il y a 3000 volontaires et pour que ça marche bien, il en faudrait 5000. Alors moi quand j'ai fait le schéma de risques, j'ai dit : « Il faudrait au moins 4000 » parce que j'ai un peu...et les élus n'ont pas trop voulu mais ils ont suivi quand même. Par contre, les professionnels, ils ont recruté tout le monde parce que le texte dit : « Voilà ce qui manque ».

Il résume sa position d'ingénieur CNAM, de la façon suivante :

« J'ai toujours défendu la responsabilité. Moi, j'ai mon métier, eux ils ont le leur. Le leur c'est de trouver de l'argent, moi c'est de dimensionner les risques. Ca c'est un peu ma culture de l'est, on a des cultures très basiques. Moi quand je faisais des inspections dans les corps de l'est, je disais : « vous avez besoin de ça ». On me disait : « C'est cher » et je disais : « Chacun son métier ». Un discours qui ici n'est pas recevable. »

En complément de cette analyse, Jean-Noël Retière remarque que les jeunes volontaires qui multiplient les formations et les gardes, ont aujourd'hui d'autres logiques d'engagement que leurs aînés. Dans un contexte de « crise » économique, les ressources acquises au sein des sapeurs-pompiers sont en effet très souvent reconverties sur le marché de l'emploi pour faciliter une embauche¹⁸⁵. Toutefois, lorsqu'ils entrent dans la vie active et/ou conjugale, ces jeunes se

¹⁸⁵ Lors d'un précédent travail, on a pu observer le même processus dans le monde du secourisme associatif dont l'évolution est étroitement liée à celle des sapeurs-pompiers. Morel S., « Les logiques individuelles de l'engagement bénévole. L'exemple de la Croix-Rouge Française », Mémoire de Maîtrise de sociologie, Université de Nantes, sous la direction de Jean-Noël Retière, 2004.

retrouvent rapidement face à des contraintes qui les conduisent à réévaluer leur degré d'engagement :

« - Vous étiez combien à peu près à tout faire ?

MG- Je pense qu'on devait être 20...mais pas trente je ne pense pas...24

RD- 26...

MG- Oui. 24-26. Mais on était plus disponible que maintenant. Et on avait des ouvriers artisans comme moi par exemple, j'avais un ouvrier et bien ça se passait à la bonne franquette [...] Oui maintenant, il n'y a plus un seul artisan chez les pompiers et pour la bonne raison, c'est qu'ils sont victimes des tracasseries administratives et financières...

- C'est à dire ?

MG- Bah ! C'est-à-dire que maintenant il y a beaucoup de choses. Il faut toujours être devant l'ordinateur et taper, taper. Il y a des taxes ceci, des taxes cela. Et moi, on me disait l'autre jour, si tu avais continué à être artisan, travaillé comme tu travaillais et facturé comme tu le faisais... On ne comptait pas notre temps [...] Bah voilà, il n'y a pas d'artisan maintenant, c'est la grande différence avec aujourd'hui.

- (Je me tourne vers le chef de centre) Et aujourd'hui, c'est surtout quoi ?

CDC- Il y a un peu de tout le monde mais tout le monde travaille à l'extérieur, c'est ça le grand problème. Même, il y en a qui travaillent à l'hôpital là mais qui ne peuvent pas intervenir en journée.

- Et vous faisiez quoi comme métier ?

CDC- Moi j'étais opérateur de fabrication en produit chimique à K. (usine du coin). Donc on faisait les postes comme disait Michel tout à l'heure, on avait 16h de libres sur 24. Et ça, on était plusieurs comme ça à avoir du temps libre. Maintenant il n'y a plus d'usine, il n'y a plus de boulot pour des jeunes qui pourraient être à P. Et du fait qu'il n'y a plus de boulot, il n'y a plus de jeunes et il n'y a plus de départ pour ces gars-là, dans la journée¹⁸⁶. »

La disponibilité réclamée pour les interventions ainsi que les formations rendent difficile voire parfois impossible, le maintien de l'engagement au sein des sapeurs-pompiers. Ainsi, la « crise de recrutement » invoquée par la Fédération, résulterait moins d'une crise de l'engagement que d'une crise de désengagement qui touche toutes les générations de sapeurs-pompiers. Sur ce point, la comparaison entre l'évolution du bénévolat dans les associations de secourisme¹⁸⁷ et celle des pompiers volontaires, est heuristique comme en témoigne un ancien instructeur bénévole à la Croix-Rouge Française :

« - Je voudrais savoir quel regard vous portez sur le secourisme depuis vos débuts.

LV- Je pense qu'il faudrait garder un secteur associatif qui permette au gens, aux jeunes, parce que je pense que le brassage des âges est aussi très intéressant. Il faudrait garder mais le problème c'est que maintenant, le niveau de formation et son maintien, son recyclage je pense, ne permettent plus de rester dans la durée des secouristes dans les associations. Faire 20 ans dans les associations, c'est comme dans les pompiers d'ailleurs, faire 20 ans dans les pompiers, c'est fini. Quand ils font 3 ans c'est formidable. Entre 3 et 5 ans. Donc c'est... et je crois que les gens...est-ce qu'on peut aller contre ça ? [...] Chez les pompiers maintenant c'est une formation énorme,

¹⁸⁶ Entretien collectif mené auprès d'anciens sapeurs-pompiers volontaires, *op. cit.*

¹⁸⁷ A propos des bénévoles, Jacques Lagroye remarque également qu'on peut exercer une activité en dilettante et acquérir une certaine professionnalité au regard du savoir-faire (capacité à maîtriser les règles formelles et informelles, le langage technique, détenir une compétence particulière) et du savoir-être spécifique au « métier » de bénévole (secouriste ici). Lagroye J., *Sociologie politique*, Paris, Presses de sciences po, Dalloz, 1997, p. 123.

c'est l'une des raisons qui font que les volontaires ne restent plus très longtemps. Parce qu'ils ont du mal à...maintenant le niveau de formation est tel que c'est incroyable, c'est incroyable...¹⁸⁸ »

Rappelons que l'augmentation des formations et des interventions est due pour l'essentiel, au développement du secours à personne qui représente près des trois quarts de l'activité des sapeurs-pompiers français. Or, bien que présentée comme naturelle, la présence des sapeurs-pompiers dans le secours à personne est un fait culturel, qui plus est ; propre à France :

« En terme de missions, une autre singularité française réside dans l'appropriation du secours à personne par les sapeurs-pompiers dès les années 70. Une fois encore, la prise en charge de ce domaine est fort disparate d'un pays à l'autre : les Britanniques ne sont pas concernés par les opérations de secours d'urgence. Par exemple, ils n'interviennent sur un accident routier que si des opérations de désincarcération s'avèrent nécessaires. Dans l'ex-Allemagne de l'Ouest, la réglementation n'est pas la même d'un land à l'autre et les grands corps professionnels ne pratiquent pas tous les opérations de secours d'urgence. Dans ce cas, le secours d'urgence et les transports sanitaires sont assurés par la Croix-Rouge, l'association des Samaritains, le service de secours de l'Ordre de Malte, l'ordre de Johann. Au Danemark, la société privée gère, mise à part la ville de Copenhague, l'intégralité des transports sanitaires ou non qu'ils soient à caractère urgent ou non. Associée au large spectre d'interventions techniques, la prise en charge du secours à personne par le pompier français introduit un élément singulier résidant dans un nombre substantiel d'interventions pour un nombre de pompiers relativement faible.¹⁸⁹ »

La comparaison avec les autres pays européens nous enseigne également que le nombre d'interventions des pompiers français est très largement supérieur à celui de leurs homologues européens :

« De plus, il faut dès maintenant savoir que l'éventail des missions demandées aux sapeurs-pompiers français reste la plus large d'Europe (ce sont en effet les seuls à qui il est demandé d'assurer l'intégralité des secours médicaux d'urgence). A titre d'exemple, indiquons que les 285 000 sapeurs-pompiers autrichiens effectuent en moyenne 150 000 interventions par an contre 2 800 000 pour les 240 000 sapeurs-pompiers français ! »¹⁹⁰

Ainsi, en sortant d'un discours centré sur l'hexagone, le colonel Schmauch révèle que l'augmentation exponentielle du nombre d'interventions n'est pas une évidence et/ou une fatalité comme le laisse accroire la Fédération.

A l'instar de J-G Padioleau, il nous semble dès lors intéressant à ce stade de l'analyse, d'interroger la naturalité de cette logique du « toujours plus » pour penser autrement, l'ainsi nommée « crise du volontariat » :

¹⁸⁸ Entretien réalisé en 2005 auprès d'un ancien secouriste à la carrière bien remplie. Il s'est engagé chez les Hospitaliers Sauveteurs Bretons (HSB) puis à la Société des Secouristes Français de la Croix-Blanche (SSFCB) avant d'entrer chez les sapeurs-pompiers volontaires pour clore enfin sa carrière, dans une association départementale de protection civile (ADSP)

¹⁸⁹ Rohart L., *op.cit.*, p. 34.

¹⁹⁰ Schmauch J-F., « L'organisation des sapeurs-pompiers dans 25 pays d'Europe », *Revue Sécurité. Revue de Préventique*, n°10, volume 2, Janvier-Février, 1994, p. 18.

« Bien qu'il soit en porte-à-faux avec l'institution républicaine, le schéma de l'organisation conventionnelle du service public à la française possède la force de l'évidence ; il apparaît familier, naturel. L'exemple du modèle orthodoxe de service public rassure. Ce dernier n'apparaît pas menaçant puisque peu d'acteurs diagnostiquent les éléments de perversité qu'il renferme au regard du républicanisme.¹⁹¹ »

L'argumentation de la FNSPF repose sur un discours naturalisant l'augmentation du nombre d'interventions et la « nécessité » de se former toujours plus, dans une société où les risques¹⁹² et la demande de secours ne cessent de croître. Cependant, le croisement de nos matériaux montre que loin d'être la conséquence inéluctable de « la société du risque », cette augmentation et la « crise de désengagement » qui en découle, résulteraient avant tout de la politique d'extension des compétences menée par la FNSPF, pour obtenir le monopole du secours sous toutes ses formes.

Dans ce cadre, on peut se demander quel enjeu recouvre l'invocation de la « crise du volontariat » par la FNSPF. Ce problème ne serait-il pas instrumentalisé par cette institution pour faire pression sur les pouvoirs publics afin de justifier une demande toujours plus accrue de moyens ? Rappelons qu'au cours des années 1990, la loi de départementalisation est en discussion et prévoit, en son sein, un volet « volontariat ». Dès lors, l'enjeu du discours de la crise ne serait-il pas l'obtention de moyens supplémentaires qui permettraient de faire de la FNSPF, « *le service public de secours* » incluant l'ensemble des missions dont celles relevant de l'urgence sanitaire qu'ils disputent âprement au service public hospitalier ? En ce sens, un représentant national de la CGT pompier m'a confié, lors d'une entrevue en mai 2014, que la FNSPF aurait voulu à un moment donné, voir la création d'un « Ministère pompier ».

3.2. L'ENJEU DU DISCOURS DE LA CRISE : L'HEGEMONIE DANS LE DOMAINE DU SECOURS EN FRANCE

A l'instar d'autres sociologues l'ayant souvent noté, il nous semble que l'usage de cette notion occulte la réalité plus qu'elle ne la dévoile¹⁹³. Dans l'émission *France Culture* consacrée à cette notion, le 18 janvier 2012, Christianne Vollaire nous livre sur ce point une analyse stimulante :

« L'origine du mot crise n'est pas économique ni politique mais médicale : phase critique où on ne sait pas si le malade va survivre ou non. Phase sur laquelle le médecin n'a pas de contrôle. Là, la

¹⁹¹ Padioleau J-G., *op. cit.*, p. 56.

¹⁹² Le risque, cette « catégorie fourre-tout » : « rendu visible par les organisations représentatives de sapeurs-pompiers, prenant parfois forme et engendrant des catastrophes humaines et matérielles, naturalisé par une rhétorique sur les avancées scientifiques et les progrès technologiques, le risque devient pour la profession une évidence incorporée. Mais cette naturalisation n'est pas sans « risque » pour le volontaire, quel que soit le domaine considéré », Rohart L., *op. cit.*, p. 372.

¹⁹³ Aïach P., Fassin D., *op.cit* [introduction].

crise ce n'est pas une crise naturelle mais culturelle, structurelle. C'est un conflit qui est occulté par l'appellation crise afin qu'il soit naturalisé et que les responsabilités qui s'exercent dans ce domaine soient donc effacées. On présente cette situation violente dans les termes d'un fatalisme et ceux qui en sont responsables sont présentés au contraire comme les bons docteurs, les sauveurs qui inventent une théâtralisation de la crise pour occulter sa réalité. Le terme de crise ne décrit pas, il occulte. Il occulte les conflits, les intérêts et émet l'idée d'un fatalisme qui enjoint donc la population à se soumettre aux « docteurs », « sauveurs » : politiciens, médecins¹⁹⁴ ».

3.2.1. Le volet volontariat de la loi de départementalisation : l'enjeu des effectifs

En 1995, paraît le livre de Vincent Dye consacré à la « sécurité civile en France » et dans lequel il aborde la question du volontariat en ces termes :

« Les caractéristiques actuelles de la société (individualisme, tensions sur le marché du travail, désintérêt croissant pour les activités publiques) et les exigences de performance économique, pour les entreprises, font peser de fortes contraintes sur les sapeurs-pompiers volontaires. Ils rencontrent de réelles difficultés pour concilier leurs obligations professionnelles avec la disponibilité qu'implique la mission de volontaire. Certains centres de secours, notamment dans les zones rurales, dont les effectifs sont en majorité composés de sapeurs-pompiers volontaires, sont handicapés par le manque de disponibilité de ces derniers.¹⁹⁵ »

La définition du problème qu'il soumet au lecteur confirme qu'il s'agit pour lui, à travers cet ouvrage, de promouvoir le développement de la sécurité civile¹⁹⁶. Là encore, l'auteur invoque principalement des facteurs extérieurs au monde pompier : individualisme et désintérêt des français pour la chose publique ; évolution du marché du travail vers davantage de compétitivité et de rentabilité. A aucun moment, il remet en cause les transformations propres de l'organisation des sapeurs-pompiers comme le remarque également Ludovic Rohart :

« Aux yeux de la fédération, l'expression « manque de disponibilité » était un slogan destiné à sauvegarder le volontariat en mettant l'accent sur les nombreuses difficultés auxquelles devait faire face l'engagement du volontaire et en revendiquant pour celui-ci un ensemble de mesures incitatives ayant pour effet de lui simplifier l'exercice de son activité de sapeur-pompier, en le disculpant de cette faiblesse.¹⁹⁷ »

On remarque par ailleurs que pour emporter la conviction du lecteur, l'auteur mobilise le spectre de la menace d'une inégalité territoriale dans l'accès aux secours qui toucherait de plein fouet, le milieu rural. Suivant cet argumentaire, c'est très logiquement qu'il préconise des solutions allant dans le sens des intérêts de la FNSPF :

¹⁹⁴ France Culture, « *La crise est-elle le bon terme pour désigner le moment que nous vivons. Vous soutenez, Christiane Vollaire, que ce terme de crise n'est pas descriptif mais occultant.* », le 18 janvier 2012. Elle précise par ailleurs que la crise du « trou de la sécurité sociale » est instrumentalisée de la même manière, afin de convaincre la population d'accepter les mesures prises par les pouvoirs publics. La revue *Pratique* ainsi que les Cahiers de la *médecine utopique* partagent cette analyse.

¹⁹⁵ Dye V., 1995, *op. cit.*, p. 53-54

¹⁹⁶ Il nous semble utile de rappeler que l'année d'après, paraît l'ouvrage de Xavier Emmanuelli consacré à la promotion de la médecine d'urgence. Emmanuelli X., *Au secours de la vie. La médecine d'urgence*, PUF, 1996.

¹⁹⁷ Rohart L., *op. cit.*, p. 353.

« Pour pouvoir conserver à la fois une utilité plus que marginale aux côtés des sapeurs-pompiers professionnels, dans des activités à la technicité accrue, ainsi qu'une certaine attractivité, le volontariat suppose des efforts plus poussés de formation et la participation active à des opérations de secours. Mais la disponibilité supérieure ainsi exigée conduit à dissuader les employeurs d'autoriser leurs salariés à continuer d'exercer leur mission de volontaires.¹⁹⁸ »

Les employeurs sont une nouvelle fois visés. La plus grande disponibilité réclamée aux volontaires (liée aux exigences accrues de compétences) est présentée comme allant de soi, le monde professionnel devant s'adapter à cette évolution. Un an après la parution de cet ouvrage, dans un article du journal *Le Monde*¹⁹⁹, le Président de la Fédération fait part publiquement de son inquiétude quant à la baisse du volontariat dont l'effectif est passé de 205 000 à 191 000 en l'espace de 10 ans, alors que dans le même temps, le nombre des interventions a augmenté de 30%. Quelques mois plus tard, la presse se fait l'écho du succès de la mobilisation de la FNSPF :

« 85% d'entre eux ont un emploi : les 2/3 dans le privé et 16% dans la fonction publique, et 12% dans l'administration territoriale et hospitalière. Les sapeurs-pompiers volontaires sont majoritairement implantés dans les départements ruraux avec de fortes disparités dans la répartition départementale puisque 5 départements (Vosges, Haut-Rhin, Bas-Rhin, Moselle, Meurthe-et-Moselle) réunissent à eux seuls 20% des sapeurs-pompiers volontaires. Une loi du 30/05/1996 reconnaît pour la première fois un statut juridique aux sapeurs-pompiers volontaires, unifiant ainsi leur situation sur l'ensemble des départements. La nouvelle loi organise la disponibilité tant pour les missions opérationnelles que pour les sessions de formation (autorisation d'absence, aménagement des périodes de formation, indemnisation des employeurs des sapeurs-pompiers volontaires, protection des sapeurs-pompiers volontaires contre tout licenciement abusif). De plus, elle généralise leur système de retraite et uniformise leur vacation horaire acquittée par les collectivités locales pour un montant de 40 à 60 francs selon le grade.²⁰⁰ »

L'année 1997 est celle de la mise en place des deux nouvelles lois qui de fait, reconnaissent l'existence d'un statut de sapeur-pompier volontaire. Ces textes devraient selon la Fédération, régler bien des problèmes relatifs au volontariat pour permettre l'égalité territoriale des Français dans l'accès aux secours :

« Deux lois que l'on peut évidemment qualifier d'historiques puisqu'il n'existait rien avant ou presque [...]. La loi devrait également gommer les disparités de traitement qui prévalent d'un département à l'autre.²⁰¹ »

Cet article souligne aussi toutefois, la crainte des sapeurs-pompiers professionnels vis-à-vis d'une loi qui renforce le volontariat alors même qu'ils réclament des embauches :

« Les pompiers CGT, du district de l'agglomération nantaise s'opposent à l'opération portes ouvertes des casernes. En lutte contre l'appel fait au volontariat, ils réclament l'embauche de 150 professionnels. »

¹⁹⁸ Dye V., *op. cit.*, p. 53-54.

¹⁹⁹ Source: *Le monde* du 19/01/1996.

²⁰⁰ Source: *Les Echos* du 28/08/1996.

²⁰¹ Source: *Presse Océan* 28/01/1997.

Un an plus tard, la mobilisation des syndicats de professionnels n'a pas fléchi comme l'indique Ludovic Rohart :

« Tenir son rôle nécessite « un effectif correct de sapeurs-pompiers professionnels »²⁰². La CFDT dénonce quant à elle « le trop grand écart entre les volontaires (200.000) et les professionnels (25.000). Ces seuls chiffres démontrent que l'augmentation des effectifs professionnels est indispensable si l'on souhaite évoluer vers une plus grande professionnalisation et assurer un service public de qualité »²⁰³.

Les professionnels remettent ici en cause l'efficacité des sapeurs-pompiers volontaires dont le seul dévouement et la bonne volonté, ne suffisent pas à assurer des secours de qualité.

Ce problème est en effet bien réel dans les années 2000 et il prend la forme d'une fracture entre un monde urbain professionnalisé et un monde rural souffrant d'un manque de volontaires en journée :

« En milieu rural, d'autres types de problèmes se posent. Les sapeurs-pompiers volontaires, en général, ont une autre activité, ils travaillent parfois loin de leur domicile, il leur est donc difficile d'être présents dans le courant de la journée, aux heures de bureaux, pour pouvoir armer des engins qui doivent décaler cinq minutes après avoir reçu l'alerte. Le problème est devenu plus important depuis la disparition du statut de permanent (décret du 6 mai 1988), qui permettait à certains agents communaux d'occuper des fonctions de sapeur-pompier.²⁰⁴ »

Au cours de leur enquête, Bouiller D., et Chevrier S., ont interrogé des sapeurs-pompiers ruraux sur ce point. Ces derniers sont nombreux à préférer les interventions d'incendie à celles du secours à personne qu'ils considèrent comme du « sale boulot »²⁰⁵. L'un d'entre eux va même jusqu'à affirmer « *qu'il faut cesser cette mission qui démotive les sapeurs-pompiers volontaires qui eux, doivent rendre des comptes à leur employeur, à leur famille [...]. Les professionnels ont tort de ne voir que le nombre d'interventions*²⁰⁶. »

En dépit de ces résistances, la FNSPF poursuit sa politique en faveur des volontaires car ils constituent le fondement de leur légitimité socio-politique dans la concurrence qui les oppose au service public hospitalier. Les mesures prises les années suivantes dans ce domaine en témoignent. En effet, après avoir obtenu les mesures réclamées depuis des années en faveur du volontariat, l'objectif est clair : faire de la FNSPF, « *le service de secours public de l'an 2000* ».

²⁰² Tract CGT pour l'élection de 1998 au comité technique paritaire.

²⁰³ Tracts CFDT pour l'élection de 1998 au comité technique paritaire. Rohart L., *op.cit.*, p. 352.

²⁰⁴ Bouiller D., Chevrier S., *op. cit.*, p. 34-35.

²⁰⁵ « Le secours à personne, on en arrive à être blasé », *ibid.*, p. 107.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 127-135.

3.2.2. « Les sapeurs-pompiers sont en mesure de créer le service de secours public de l'an 2000 »²⁰⁷ : l'enjeu de la médicalisation des secours

Ces propos, émis en 1998 par le médecin lieutenant-colonel Claude Gonzales dans les tribunes du magazine du *Sapeur-Pompier*, sont édifiants. Médecin anesthésiste-réanimateur de formation et à cette date, médecin chef au SDIS de Seine-et-Marne et membre du comité exécutif fédéral, il révèle de façon claire les objectifs de la FNSPF. Il s'agit d'intensifier la politique de médicalisation des secours *via* le SSSM afin d'obtenir le monopole du secours, sous toutes ses formes, dont le secours sanitaire qui représente un enjeu majeur :

« En fait, je suis venu à la Fédération il y a dix ans, pour des motivations assez simples : je faisais partie du premier contingent de médecins sapeurs-pompiers salariés²⁰⁸ et je me disais que si l'on ne prenait pas en main notre destin, nous n'avancerions pas d'un iota. Ma démarche a été d'intérêt général, c'est-à-dire obtenir l'un des points de la plate-forme de décembre 1990 : la place et le rôle du médecin sapeur-pompier dans l'aide médicale d'urgence. Ces derniers disaient : « On existe et on aimerait être reconnus », c'est chose faite aujourd'hui.[...]. La première commission que vous citez, consacrée au SSSM, cherche à obtenir de l'administration la publication des textes qui vont dans le sens de la doctrine fédérale sur le Service de santé et de secours médical. Pour preuve, la commission était fortement impliquée dans le congrès SSSM de Tours, qui a d'ailleurs connu un franc succès ! » [...] Pour tout vous dire : allons donc de l'avant sans avoir peur de l'avenir, et les sapeurs-pompiers seront, j'en suis viscéralement persuadé, en mesure de créer LE service de secours public de l'an 2000. »

Dans le même numéro, deux pages sont consacrées aux « concepts » de « cellule médicale de l'avant » (CeMA), de « PMA » (poste médical avancé), de « VLM » (véhicule de liaison médical) et de « VSS » (véhicule de soutien sanitaire) pour les infirmiers²⁰⁹. Plus loin, deux autres pages portent sur les « stages de médicalisation des secours milieu périlleux »²¹⁰ et, un dossier est consacré aux « pharmaciens sapeurs-pompiers »²¹¹. En résumé, en totalité, on compte dans ce numéro neuf pages portant sur les feux (explosion, feux d'entreprises, feux de forêts) et vingt-six consacrées au secours sanitaire (sauvetage en milieu périlleux, accidents de la circulation, secours à victime, secourisme, secours médical, etc...). Pris comme indicateur, ce ratio trahit l'intérêt majeur que représente l'urgence sanitaire pour la FNSPF, à l'aube des années 2000. Dans cette entreprise, l'enjeu du nombre de volontaires cristallise toute l'attention de la Fédération et plus largement celle de l'INESC et de la DDSC, en témoigne la commande d'une

²⁰⁷ *Le Sapeur-pompier*, Journal officiel de la Fédération des sapeurs-pompiers de France, n°895, 109^{ème} année, Septembre 1998, p. 541.

²⁰⁸ En 1988, suite aux textes consécutifs au décret de décembre 1997 relatif au SSSM

²⁰⁹ *Ibid.*, p. 546-547.

²¹⁰ *Ibid.*, p. 558-562.

²¹¹ *Ibid.*, p. 590-593.

« Mission d'analyse du volontariat » (ou de « crise du volontariat ») au LARES²¹² de l'université de Rennes 2 à la fin des années 1990²¹³.

Dans son essai paru en 2000, Jean-François Schmauch aborde lui aussi, davantage la question de « l'urgence médicale » comparée à sa précédente étude publiée dans la revue *préventique* en 1994. Le titre de la préface est, de surcroît, explicite quant à l'enjeu de son travail : « *A quand l'égalité en Europe en matière de secours ?* ». Dans la lignée de ses travaux antérieurs, il dresse un tableau particulièrement noir de l'organisation des sapeurs-pompiers français qui figure, selon lui, parmi l'une des plus inégalitaires. L'origine du problème réside toujours, conformément au discours forgé par la FNSPF, dans la faiblesse de ses effectifs :

« Il est d'évidence que la faiblesse des effectifs est le premier frein à la formation. Elle conduit les sapeurs-pompiers à se « multiformer ». C'est tout particulièrement le cas en France au moment où, en Autriche et en Allemagne, les actions de formation peuvent être séquentielles. Cela signifie que dans un corps de sapeurs-pompiers autrichien ou allemand, chaque homme ne va préparer qu'un nombre restreint de spécialités. Cela vaut naturellement aussi bien pour les sapeurs-pompiers volontaires que pour les sapeurs-pompiers professionnels ou privés [...]. Il est également nécessaire de rappeler que les sapeurs-pompiers autrichiens, suisses, et pour une large part allemands, laissent à des structures associées le soin de mener les opérations à caractère médical. Ils disposent cependant d'une formation aux premiers gestes de secours identique à celle donnée aux sapeurs-pompiers français. »

Contrairement à la FNSPF qui occulte cette information, il rappelle que l'éventail des compétences des sapeurs-pompiers français est plus large que celui de leurs homologues européens.

Cependant, malgré ces voix divergentes qui s'élèvent en son sein, la Fédération poursuit sa politique de secours à personne. Elle bénéficie, pour ce faire, d'un soutien politique incontestable comme en témoigne le discours prononcé par le Premier Ministre Lionel Jospin à l'occasion du congrès national, le 6 octobre 2001 :

²¹² Laboratoire de l'Association Rennaise d'Etudes Sociologiques. Un recensement des articles parus sur le site « Pompier de France.org » de l'année 2000 à l'année 2005 ainsi que dans *la gazette des communes*²¹², indique que la question du volontariat reste en bonne place sur l'agenda de la FNSPF et du ministère de l'Intérieur.

²¹³ Chevrier S., Dartiguenave J-Y., « Les sapeurs-pompiers volontaires en France. La place et le rôle des sapeurs-pompiers volontaires dans l'encadrement des SDIS en France. Une approche sociologique », Lares, Rapport final, Direction de la Défense et de la Sécurité Civile, INESC, FNSPF, mars 2000, 81 p. Trois autres rapports ont suivi : Chevrier S., Dartiguenave J-Y., « Les sapeurs-pompiers volontaires en France. Le tissu associatif des sapeurs-pompiers volontaires en France. Le rôle des amicales au sein des corps », Vol.2, MANA-Lares, Direction de la Défense et de la Sécurité Civile, INESC, FNSPF, janvier 2001, 74 p. ; Chevrier S., « Quels rôles peut-on attribuer aux centres de première intervention non intégrés. Enquête sociologique », Rapport final, INESC/IHESI, septembre 2001, 28 p. ; Chevrier S., Dartiguenave J-Y., « Les sapeurs-pompiers volontaires en France. Les sapeurs-pompiers volontaires de moins de 30 ans », Vol.3, Rapport final, MANA-Lares, Direction de la Défense et de la Sécurité Civile, INESC, FNSPF, janvier 2002, 50 p.

« Les français admirent et respectent les valeurs que vous incarnez : le courage et la générosité mis au service des autres. Grâce à votre travail [...], notre pays dispose d'un système de sécurité civile reconnu comme l'un des plus performants au monde²¹⁴. »

En avril 2002, Jacques Chirac est réélu au second tour et Nicolas Sarkozy est nommé ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure et des Libertés Locales. La droite étant traditionnellement favorable aux pompiers, il ne tarde pas (juin 2002) à rencontrer une délégation de la FNSPF. Face au constat de l'inefficacité des mesures prescrites dans le cadre de la loi du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat, il décide le 25 juillet 2002 de lancer la « Mission volontariat » qu'il confie au député UMP et Maire de Nîmes, Jean-Paul Fournier. L'objectif est de faire le bilan des actions menées en faveur des sapeurs-pompiers volontaires depuis 1990 et d'engager une réflexion, afin de définir une « *politique de fidélisation et de développement du volontariat* » :

« Il a déclaré souhaiter « travailler en profondeur » pour proposer à l'été 2003 un projet de loi de modernisation de la sécurité civile incluant des mesures concernant les sapeurs-pompiers volontaires dans une triple perspective : reconnaissance sociétale, attractivité et fidélisation. Il souhaite que le volontaire soit reconnu par la société comme « veilleur du bien public », que la société valorise le volontariat et fasse en sorte que « ce qui est bon pour autrui soit bon pour soi.²¹⁵ »

Le journal *Les Echos* du 2/09/2002 reflète ce changement d'approche de la crise du volontariat abordée désormais par la Fédération, comme un problème de « désengagement » :

« Face au désengagement des sapeurs-pompiers volontaires, Nicolas Sarkozy a chargé un groupe d'élus d'apporter des solutions : « Notre commission réunit d'anciens sapeurs-pompiers volontaires ou des personnes qui ont une connaissance étroite du sujet ».

L'argumentaire exposé par le journaliste et qui n'est pas sans rappeler les analyses développées par le colonel Schmauch, est le suivant : les effectifs stagnent depuis 30 ans alors que le nombre d'interventions a été multiplié par 20. En conséquence, les volontaires sont victimes de la suractivité et se retirent car ils ne peuvent plus concilier cet investissement personnel avec leurs contraintes professionnelles. Pour conclure, le journaliste évoque la réalisation d'un rapport destiné à traiter cette question et dont les conclusions seront présentées à la Fédération, au prochain congrès national à Martigues, le 14 septembre 2002.

²¹⁴ « Les services de secours s'estiment mal armés face aux nouveaux risques. La sécurité civile, appelée à intervenir en cas de catastrophe, sonne l'alerte. Elle relève de nombreux dysfonctionnements et juge certains dispositifs dépassés. Ses hommes se préparent à affronter des situations inédites. Un projet de loi en préparation devrait permettre d'améliorer la cohérence de l'organisation », *Le Monde*, Mardi 6 novembre 2001, p. 16.

²¹⁵ « Sapeurs-pompiers : la mission volontariat », Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles, *Communications*, septembre 2003.

Lors de son allocution de clôture de ce Congrès, Nicolas Sarkozy réaffirme sa volonté de mener une action publique en direction des sapeurs-pompiers volontaires qui permettrait, de « *redynamiser le volontariat en suscitant des vocations et en fidélisant les effectifs actuellement engagés* ». Au cours de ce discours très attendu de la FNSPF et repris par la presse, il affirme également son intention de mener une politique ambitieuse de « modernisation de la sécurité civile » axée sur le développement du volontariat pour « garantir l'égalité des citoyens face aux secours »²¹⁶ :

« En clôture du congrès national des sapeurs-pompiers à Martigues, Sarkozy promet une revalorisation du statut des sapeurs-pompiers volontaires et veut étoffer le projet de loi de modernisation de la protection civile qui sera proposé au parlement au printemps prochain. Les sapeurs-pompiers estiment que la sécurité civile « doit être mieux reconnue et d'abord par la consécration du volontariat. [...] L'objectif est de favoriser la disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires pour renforcer le service public d'incendie et de secours et garantir l'égalité des citoyens face aux secours.²¹⁷ »

En mars 2003, Jean-Paul Fournier remet son rapport de « Mission sur le volontariat »²¹⁸ au ministre de l'Intérieur, Nicolas Sarkozy. L'enjeu de ce rapport est ainsi posé :

« En France, les sapeurs-pompiers sont le maillon clé du traitement de l'urgence en matière de sécurité civile. Or, les sapeurs-pompiers volontaires représentent 85% de l'effectif total des sapeurs-pompiers et assurent la quasi-totalité des premiers secours au niveau national : ils sont les premiers maillons de la sécurité civile en zone rurale [...]. Seule la présence de volontaires permet aujourd'hui d'assurer une couverture opérationnelle suffisante et un maillage de l'ensemble du territoire pour garantir l'égalité des citoyens face aux secours.²¹⁹ »

L'auteur reprend ensuite les chiffres de la FNSPF pour définir le problème du volontariat en termes de désengagement. L'argumentaire est le suivant : ces vingt dernières années, la relative stabilité des effectifs volontaires s'est accompagnée d'une baisse notable de la durée des engagements. Dans un contexte où le nombre d'intervention a été multiplié par 20, l'augmentation du nombre de professionnels (+ 5 200 entre 1996 et 2002) a certes permis d'atténuer « *en partie l'impact des pertes de volontaires en milieu urbain mais ne règle pas le problème en milieu rural* ». Ainsi selon les auteurs « *la difficulté semble moins résider dans le recrutement que dans la fidélisation*²²⁰ ». S'appuyant sur les études menées par le LARES, l'enquête et les propositions de la FNSPF « Pour un nouvel avenir du volontariat » ainsi que sur

²¹⁶ Le journal *Les Echos* du 16/09/2002 titre « Le gouvernement veut doper le volontariat chez les pompiers ». Le journaliste informe qu'un projet de loi visant à améliorer le volontariat chez les sapeurs-pompiers sera soumis aux parlementaires à l'automne 2003. Nicolas Sarkozy : « *Nous travaillons pour que l'an prochain, il y ait un bac pro de sécurité civile. Je souhaite qu'on puisse s'engager dans les sapeurs-pompiers volontaires dès l'âge de 16 ans et que les sapeurs-pompiers volontaires puissent compter sur un avantage retraite.* »

²¹⁷ Source : Pompiers de France.org, « Le volontariat chez les sapeurs-pompiers : point de situation », 24/10/2002.

²¹⁸ Fournier J-P., « Sapeurs-Pompiers : état des lieux et réflexion prospective sur l'avenir du volontariat », mars 2003.

²¹⁹ *Ibid.*, p. 9.

²²⁰ Fournier J-P., *op. cit.*, p. 10.

les synthèses de l'INESC²²¹, ce rapport émet des propositions allant dans le sens de la politique menée depuis les années 1990²²². Parmi ces propositions, l'une d'entre elles a retenu notre attention par son caractère novateur à savoir, celle qui préconise de repenser la formation des volontaires :

« Etudier des critères d'aptitude physique et médicale (SIGYCOP) à 3 niveaux et la typologie des emplois correspondants : opérationnel toutes missions de base (SIGYCOP actuel), pour certaines missions seulement (secours aux victimes par exemple), missions non opérationnelles (formateur, tâches techniques et administratives, etc...). »

Dit autrement, l'auteur du rapport recommande de « séquentialiser » la formation des sapeurs-pompiers volontaires s'inspirant en cela (mais sans le citer), des travaux du colonel Schmauch :

« Il existe en France une culture de polyvalence des pompiers qui impose qu'un pompier soit à la fois secouriste, soldat du feu, conducteur de poids lourds, chimiste, spécialiste de la désincarcération, etc... Cette culture, qui existe moins, voire pas du tout, dans les autres pays, conduit à un niveau d'exigence très élevé en terme d'aptitudes physiques et médicales au moment du recrutement : les candidats qui ne répondent pas à l'ensemble des critères et qui ne peuvent donc pas assumer l'ensemble des missions sont refusés [...]. Cette sélection très sévère, qui est parfois le fait, non des textes mais d'une interprétation trop protectrice de ces textes par le corps médical, conduit à des pertes de compétences qui pourraient être utiles. Il semble donc que les règles de recrutement doivent être revues et assouplies afin de permettre une augmentation sensible de l'assiette du recrutement potentiel.²²³ »

Dans l'entretien qu'il nous a accordé en 2005, cet ingénieur évoque le problème du caractère trop strict des critères de recrutement des pompiers mais il ne partage pas forcément toutes les solutions retenues par le gouvernement :

« Si vous voulez avoir des volontaires, on admet que un, c'est du volontariat, faut pas être trop compliqué. En France, on a une visite médicale qui écarte à peu près 9 français sur 10. Moi je ne pourrai pas être volontaire à cause de ça [...]. Donc un, au départ, grande barrière. Et l'âge du recrutement à 16 ans c'est une connerie...alors on avance là...c'est cyclique : Comme le gouvernement voit qu'il n'y a pas de pompier, il avance l'âge. Ça change ! En fait on ne se pose pas les bonnes questions. Donc déjà on recrute dans des catégories d'âge où il n'y a pratiquement aucune chance qu'ils restent.²²⁴ »

Par ailleurs, l'année 2003 est aussi celle de la canicule, un épisode dramatique dont ne tarde pas à s'emparer la FNSPF pour faire pression sur les pouvoirs publics afin de voir rapidement aboutir leurs revendications. A l'occasion de son 110^{ème} congrès national qui se déroule le 27 septembre à Bourg-en-Bresse, le colonel Daniel Ory, Président de la FNSPF s'exprime ainsi :

²²¹ « Pour empêcher la mort à petit feu du volontariat », INESC, septembre 2002.

²²² « Prime de fidélité » via une bonification des points de retraites, une revalorisation de l'allocation vétérance ; validation des expériences acquises dans le cadre du volontariat ; défilé des SPV le 14 Juillet ; établir un « code du volontariat » ; ramener la limite d'âge à 16 ans ; supprimer toute référence à une limite d'âge supérieure, etc., Fournier J-P., « La Mission volontariat. Les principales propositions », Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles, *Communications*, septembre 2003.

²²³ Fournier J-P., *op. cit.*, p. 23.

²²⁴ Entretien semi-directif auprès de J-F Schmauch, *op. cit.*

« Monsieur le Ministre, l'heure du rendez-vous que vous avez fixée aux sapeurs-pompiers de France est désormais arrivée, et il nous tarde de vous entendre. En effet, force est de constater que le bilan de cette année reste pour le moment très éloigné des objectifs fixés et des attentes suscitées et que les promesses formulées sont jusqu'à présent restées sans lendemain. Un rapide tour d'horizon des trop nombreux dossiers en suspens suffit à l'attester, alors même que l'actualité estivale a de nouveau démontré la fragilité de nos sociétés face à des crises majeures de plus en plus récurrentes, diverses, complexes à gérer et qui ont toutes en commun de placer les acteurs de la sécurité civile, à commencer par les sapeurs-pompiers, en première ligne. J'évoquerai en premier lieu le projet de loi en préparation, désormais relatif à la sécurité civile, aux services d'incendie et de secours et aux sapeurs-pompiers.²²⁵ »

Ce projet de loi devra également contenir « bien entendu » dit-il, l'ensemble des recommandations énoncées par Jean-Paul Fournier en faveur des sapeurs-pompiers volontaires qui, rappelle-t-il, « sont les principaux garants de l'égalité des citoyens devant les secours ». L'année 2004 est ainsi l'année de consécration pour la FNSPF qui obtient du ministère de l'Intérieur qu'elle soit l'année du volontariat. De même, après trois ans d'intense travail politique, la Fédération obtient l'élaboration de la loi du 13 août 2004 dite, de « modernisation de la sécurité civile » qui porte les sapeurs-pompiers au rang « d'experts du risque civil ». L'usage de la rhétorique de « l'expert » et du « risque » au sens large n'est pas anodin, il consacre officiellement l'hégémonie de la FNSPF sur tout ce qui relève du secours aux civils sans distinction :

« Le risque est le fruit d'une stratégie, en partie volontaire, ayant pour finalité d'opérer un repositionnement des SIS sur un territoire professionnel moins enclin à la concurrence. Face aux luttes exogènes opposant groupes médicaux et para-médicaux et SIS, contraignant ces derniers à multiplier les formations, devant les résistances des élus à voir les pompiers se reconvertir dans le domaine du secours à personne, les SIS se « tournent » en mettant « l'accent sur les catastrophes et évidemment toutes sont possibles²²⁶ ».

Cependant, là encore les propos du colonel Schmauch pour qui cette loi ne rompt pas avec les textes précédents, sont dissonants :

« J-F - Il y a profusion de textes. Je crois qu'en l'espace de 5 ans, ils ont sorti 60 textes et ils sont inapplicables, ils sont inapplicables c'est pour dire à un moment... Si vous voulez, c'est la maladie, c'est qu'il y a un problème, on crée une mission ou un texte. Tous les matins à la radio, on crée une nouvelle loi, chacun y va de sa loi et en finalité, au bout d'un moment, vous ne pouvez plus les appliquer.

- Il y a eu la loi de modernisation de la sécurité civile ?

J-F- Oui, mais elle est vide ! Complètement vide ! On ne donne pas de dimensionnement ! C'est complètement flou. La sécurité civile française aura pour mission ... Mais non ! Moi je vous dis, je travaille là-dessus depuis 25 ans et y'a un moment, un système ça se mesure. Avant j'étais dans le privé, on mesure la production.²²⁷ »

Ses critiques quant au caractère flou des multiples textes ainsi émis sont partagés par ce juriste:

²²⁵ <http://www.pompiersdefrance.org> – Allocution du président de la FNSPF, septembre 2003, p. 2.

²²⁶ Rohart L., *op. cit.*, p. 372.

²²⁷ Entretien semi-directif auprès de J-F Schmauch, *op. cit.*

« Ainsi, qu'il s'agisse des urgences pré-hospitalières ou hospitalières, les dispositions juridiques encadrant la prise en charge des urgences médicales sont passées d'un nombre minimaliste à une importante production normative intéressant l'ensemble des domaines de l'aide médicale urgente. Si cet encadrement a, sans nul doute, pour effet de mieux contrôler et organiser la médecine d'urgence, elle a paradoxalement pour effet de rendre peu transparent et lisible le système global de l'AMU.²²⁸ »

Reprenant ces critiques à son avantage nous allons le voir, la Fédération se félicite dans un premier temps, lors de son 111^{ème} congrès, des « avancées majeures » que représente cette loi :

« En effet, à travers notamment les dispositions visant à enrayer l'érosion du volontariat, c'est d'abord la sauvegarde des secours proches et rapides, partout et pour tous, au quotidien, qui a été voulue dans cette réforme de notre dispositif de sécurité civile.²²⁹ »

Puis, elle ajoute qu'en plus du débat bien connu relatif à la protection des sapeurs-pompiers, elle souhaite que cette manifestation publique soit le lieu d'une « réflexion sur les secours pré-hospitaliers » qui restent un enjeu majeur pour cette institution :

« Le 12^{ème} congrès des services de santé et de secours médical (SSSM) des sapeurs-pompiers sera l'occasion d'aborder encore une fois une problématique malheureusement toujours d'actualité : l'organisation efficace, partout et pour tous, de l'aide médicale urgente. Cette réflexion s'inscrit dans celle de l'aménagement du territoire et son objectif est de réduire au mieux les inégalités entre les citoyens.²³⁰ »

Cette inégalité est le résultat selon la Fédération, d'un manque de clarté des textes quant à la répartition des compétences entre les acteurs de « l'aide médicale urgente » malgré la publication récente d'une circulaire commune des ministères de l'Intérieur et de la Santé²³¹, largement inappliquée. Les sapeurs-pompiers étant, compte tenu de leur « formidable maillage territoriale », les « premiers acteurs du prompt secours en général mais aussi de l'aide médicale urgente », elle réclame une clarification et une formalisation de la notion de « secours pré-hospitaliers ». C'est dans ce cadre que le ministère de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire, *via* son Conseil National de la Sécurité Civile demande, par une note du 27 mai 2006, la réalisation d'un rapport sur « Le secours à personne » :

« La question de la définition du « Secours à personne » s'inscrit par ailleurs dans un contexte dans lequel la sécurité civile considère que le système d'ensemble du « secours à personne » est déstabilisé depuis 2001, année où la régulation médicale par les centres 15 a commencé à être durablement saturée du fait des difficultés rencontrées par l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.²³² »

²²⁸ Bouriaud A., *op. cit.*, p. 62.

²²⁹ www.pompiersdefrance.org, « 111^{ème} Congrès national des sapeurs-pompiers. Montpellier du 15 au 18 septembre 2004. Dossier de presse », p. 3.

²³⁰ *Ibid.*, p. 8.

²³¹ Circulaire n°151 du 29 mars 2004.

²³² IGA-IGAS, « Secours à personne », juin 2006, p. 3.

L'objectif est d'évaluer les deux doctrines existantes en termes « d'aménagement du territoire » à savoir, SROS d'un côté et SDACR d'un autre :

« Le choix des implantations et l'organisation des moyens répondent à des logiques différentes qui ne sont pas compensées par des mécanismes de coordination entre les acteurs » et « les outils de planification respectifs s'inscrivent dans des cadres conceptuels différents²³³. »

Cette situation conduit à des inégalités géographiques en matière de traitement de l'urgence au détriment du milieu rural.

Rappelons qu'au même moment, le ministère de la Santé s'est lancé dans une politique d'aménagement du territoire via la création des SROS deuxième génération. De même, suite à la Canicule, il a renforcé les moyens des services d'urgences et inscrit sur son agenda la question de l'organisation libérale des soins d'urgences (la PDS). Dans les deux « camps », c'est au nom de « l'égalité des citoyens » devant les « secours » pour les uns, la « médecine » pour les autres, qu'ils interpellent les pouvoirs publics sur la nécessité d'obtenir des moyens dans ce domaine. De son côté, la FNSPF réclame et obtient des mesures incitatives en faveur du volontariat et de la médicalisation de ses effectifs, afin de mettre fin à l'existence de zones de « non secours »²³⁴.

Les deux ministères s'affrontent ainsi par textes interposés pour obtenir le monopole du champ de l'urgence sanitaire :

« Ce sont en fait deux cultures qui s'opposent, et deux ministères, celui de l'Intérieur et celui de la Santé. Les enjeux sont importants en terme de reconnaissance sociale d'une part et institutionnelle d'autre part.²³⁵ »

Comme on l'a déjà repéré précédemment, au delà de leurs divergences ils se rejoignent sur un point : le privilège accordé à la médicalisation des secours.

« La protection accordée par la DSC ou le ministère de tutelle trouve à s'exercer en cas de volonté politique de changement ou de concurrence entre groupes, comme ce fut le cas à l'occasion de la lutte entre les SIS et les SAMU. Dans cette circonstance, l'action ministérielle de plus en plus corporatiste du ministère de l'Intérieur – ne se définissait-il pas en 1996 comme le ministre des pompiers – explicite partiellement la place acquise et conservé par les soldats du feu dans le secours à personne. Ce dernier figure un champ de luttes entre les différentes « féodalités » administratives, la Santé et l'Intérieur, ayant chacune leur stratégie de pouvoir, leur conception de l'intérêt général. Ce champ sera également constitué de deux systèmes de relations, l'un formé des sapeurs-pompiers, de la Direction de la sécurité civile, du ministère de l'Intérieur, opposé au SAMU, à la Direction générale de la Santé et au ministère du même nom, chaque système étant

²³³ *Ibid.*, p. 29-32.

²³⁴ Soit dit en passant, cette politique n'est pas sans rappeler les mesures incitatives prises par le ministère de la Santé en direction des médecins libéraux, pour tenter de résoudre le problème des déserts médicaux étroitement lié à celui de la PDS.

²³⁵ Richeux J.-Y., *op. cit.*, p. 163.

basé sur un réseau dense de contacts favorisant l'apparition d'une logique propre et commune aux membres du même système, malgré l'existence d'intérêts divergents entre eux²³⁶ »

Le SAMU ayant imposé dès ses origines le débat de la médicalisation des urgences, la Fédération s'est trouvée contrainte, pour légitimer son entrée dans le secours sanitaire, de s'inscrire dans le référentiel construit par les anesthésistes-réanimateurs :

« Dès lors que le débat est placé par le SNAMU sur le terrain de la médicalisation, les pompiers apparaissent comme l'une des principales ressources aux mains de la fédération. Lesdits médecins favorisent également l'enseignement des personnels et évitent de recourir aux médecins du SAMU, avec toute l'indépendance que cette initiative peut conférer au groupe professionnel. De même, l'institutionnalisation de la commission médicale et l'action des moniteurs autorisent l'autonomisation du groupe ainsi que l'élaboration d'une structure parallèle et rivale des SAMU grâce à la présence de médecins dans leur rang.²³⁷ »

Le nombre de volontaires ainsi que le développement du SSSM, représentent deux enjeux majeurs pour la Fédération dans la bataille qui l'oppose au SAMU sur le terrain de l'urgence sanitaire. Dans ce cadre, la dénonciation publique du problème de l'inégalité des citoyens devant l'urgence et l'invocation publique de la « crise » du volontariat, semblent constituer des stratégies d'alerte visant à faire pression sur les pouvoirs publics en vue d'obtenir des moyens toujours plus importants.

²³⁶ Rohart L., *op. cit.*, p. 496.

²³⁷ Rohart L., *op. cit.*, p. 370-371.

CONCLUSION

« La production de discours concurrents sur un même phénomène implique par là-même une compétition sur la qualification du problème sous un angle particulier, qui emporte la sélection des causes considérées comme pertinentes, la formulation d'une explication conforme aux « visions du monde » des acteurs concernés et enfin, l'élaboration de propositions de résolution du problème. Dans le même temps, chaque récit assigne une identité et un rôle aux différents acteurs concernés, tout en imputant une responsabilité directe ou indirecte à un ou plusieurs acteurs publics.²³⁸ »

Le récit de l'alerte publique lancée par la FNSPF en 2007 et la réaction du SAMU vis-à-vis de ce discours, nous semblent bien traduire le phénomène décrit par ces auteurs.

En septembre 2007, à l'occasion de son congrès, la FNSPF présente au public un rapport « *qui dénonce une très forte dégradation de la situation [...] au détriment des victimes* »²³⁹. A travers ce qui est alors désigné comme « Le manifeste des sapeurs-pompiers²⁴⁰ », la FNSPF « *dénonce un système de secours à bout de souffle* », « *au bord de la rupture* »²⁴¹ :

« Ce rapport constitue un énième épisode de la lutte sourde que se livrent depuis toujours les pompiers et les SAMU, les « rouges » et les « blancs », pour asseoir leur hégémonie. Les premiers se verraient bien devenir les seuls acteurs du secours d'urgence en France, tandis que les seconds estiment qu'ils sont les seuls aptes à traiter et organiser les interventions à caractère médical. C'est donc (surtout?) dans ce contexte que la violente charge des pompiers doit être appréciée! Dès lors, il n'est guère étonnant que les « rouges » se concentrent dans leur rapport sur des dysfonctionnements qui mettent en cause les « blancs ». ²⁴² »

Dans cette alerte largement médiatisée, la FNSPF met directement en cause le SAMU et son approche médicalisée de l'urgence qui ne permet pas d'assurer, selon ses représentants, un égal accès aux soins d'urgence sur le territoire. Sa lecture du problème est la suivante : la régulation médicale hégémonique est à l'origine de délais d'intervention longs ; les SMUR ne permettent pas un maillage du territoire ; la baisse de la démographie médicale « *se traduit par une rupture de la permanence des soins et un recours massif aux services de secours*²⁴³ » et rend « *obsolète l'idée de médicaliser les secours* »²⁴⁴ :

« La demande du public ne fera qu'augmenter avec le vieillissement de la population, la pauvreté qui ne recule plus et l'augmentation des activités économiques, ajoute M. Vignon, responsable du

²³⁸ Muller P., Surel Y., *op. cit.*, p. 61.

²³⁹ Source: *Le Monde*, « L'appel à l'aide des services de secours », le 29/09/2007.

²⁴⁰ « Sauver le secours à personnes », Manifeste de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France, Septembre 2007. La rédaction de ce document s'appuie largement sur les conclusions du rapport de 2006 consacré au « Secours à personne ».

²⁴¹ *Ibid.*

²⁴² Source: « Les pompiers donnent l'alerte », *Que choisir.org*, 24 septembre 2007.

²⁴³ *Ibid.*

²⁴⁴ Rappelons ici que la création des MCS par le ministère de la Santé est venue concurrencer la FNSPF sur le terrain de la médicalisation des secours (médecins SPV). Dans ce contexte, la politique de paramédicalisation initiée par la FNSPF et, de façon liée, la dénonciation du caractère obsolète de l'idée de médicalisation des secours doivent être pensées comme une stratégie visant à contourner l'offensive du SAMU (création des MCS).

SDIS de Seine-et-Marne. Or, les acteurs des secours doivent également faire face à une profonde transformation du système de permanence des soins, assurée par les médecins libéraux. Depuis la réforme obtenue par les syndicats de médecins, en 2003, après une « grève des gardes », la permanence des soins les nuits et les week-ends n'est plus obligatoire, mais s'organise sur la base du volontariat. Un système qui ne fonctionne pas, comme l'ont souligné plusieurs rapports officiels.²⁴⁵ »

Ces lacunes de la PDS sont, d'après la FNSPF, responsables d'un « engorgement » de la « chaîne des secours » en particulier la nuit. Parallèlement, les ambulanciers privés n'échappent pas à la critique : la FNSPF considère qu'ils n'ont rien à faire dans le « secours à personne ». Elle pointe leur « indisponibilité » ou « carence » ainsi que les dangers d'une « *privatisation des secours incompatible avec l'égalité* ». Or, les propos recueillis auprès d'un infirmier VLI qui a une expérience large du domaine de l'urgence²⁴⁶, contredisent quelque peu ce discours alarmiste :

« - Et par rapport à ton expérience, quelle est la différence entre ambulancier et sapeur-pompier dans le domaine de l'urgence en fait ?

- C'est bien le gros problème, il n'en a pas mais il est spéculé qu'il y a une différence. En fait l'ambulancier va faire une urgence, ils sont que deux et le pompier va faire les mêmes urgences mais ils sont trois voire quatre. La grande différence, c'est le coût de revient. Quand on sait qu'un déplacement en ambulance, je ne sais plus combien c'est aujourd'hui, tu dois savoir peut-être mieux que moi...

- 75 euros

- Ouais bon bah ! déjà à l'époque, quand moi je sortais, ça devait être 200 ou 250 francs tu vois, et ça fait que quelques années que ça a augmenté. Et à l'époque quand nous, on sortait sur une urgence pour 200 ou 250 francs, un véhicule pompier qui sortait en intervention ça avait un coût je crois de pas loin de 4000 francs. En fait le budget annuel des pompiers, on l'a divisé par le nombre de sorties c'est-à-dire qu'à partir du moment où un véhicule pompier sortait, ça coûtait tant. On envoyait une ambulance pour faire un transport, ça coûtait mettons 250 francs, si on envoyait un véhicule pompier à côté on savait que ça coûtait 4000 balles, c'est ça la grosse grosse différence en fait [...]. Je pense que les ambulanciers comme les pompiers, ils n'ont pas compris qu'ils ont peut-être un véhicule qui est différent, il y en a un qui est blanc et l'autre qui est rouge, mais il y a exactement le même matériel à l'intérieur et les gestes qui vont être faits, c'est les mêmes gestes. »

Selon cet infirmier, s'il existe une différence entre les ambulanciers et les sapeurs-pompiers, elle ne se situe guère sur le terrain des compétences mais sur celui du coût. Les informations de notre interlocuteur vont ainsi à l'encontre des idées reçues sur les dangers de la « privatisation » des secours qui semble, tout au contraire, être moins coûteuse comme le confirme le rapport de la cour des comptes publié en 2011 :

« Enfin, il paraît parfois moins coûteux de faire appel au SDIS, car il ne facture pas toujours son intervention ou ne se fait pas rembourser par le centre hospitalier, faute de disponibilités financières de ce dernier. Cette analyse n'est, pourtant, pas fondée : le coût complet du transport sanitaire est en effet plus important lorsqu'il n'est réalisé par des sapeurs-pompiers que par un ambulancier, car le départ d'un véhicule armé de trois à quatre personnes représente un coût

²⁴⁵ *Le Monde, op.cit.*

²⁴⁶ Après avoir exercé le métier d'ambulancier deux ans durant, il s'est engagé dans une formation d'infirmier. Au moment de l'enquête, il travaille dans un service d'urgence hospitalier tout en menant parallèlement une activité au sein des Véhicules de Liaison Infirmiers des sapeurs-pompiers.

salariel élevé. L'heure d'intervention pour secours sanitaire coûterait de 260 à 1130 € selon les SDIS, d'après une étude de l'Assemblée des Départements de France (ADF) réalisée en 2008. Les ambulanciers estiment leur coût horaire à 100 €.

Cette différence se retrouve, d'ailleurs, avec une certaine logique, dans la tarification des interventions. S'agissant des ambulanciers privés, un forfait « transport sanitaire » est établi sur une base kilométrique et en fonction de la zone géographique ; le coût associé à un transport pré-hospitalier est d'environ 90 € 53 (tarif 2011 de la sécurité sociale). Pour assurer une garde de nuit, le week-end et les jours fériés, l'ambulancier privé reçoit une indemnité forfaitaire de 346 € par permanence et par véhicule, pour compenser la mise à disposition de l'équipage ambulancier pendant 12 heures d'amplitude journalière. Si l'ambulance de garde est sollicitée pendant cette période, il est rémunéré, au surplus, à hauteur de 40 % du tarif sécurité sociale prévu pour les interventions de nuit, soit d'environ 63 € 54. Ainsi hors frais fixes de permanence ou de garde, le coût pour l'assurance maladie de l'appel aux ambulanciers privés est, dans le cas général, inférieur au tarif de rémunération des interventions des SDIS (105 €)²⁴⁷. »

Il convient en effet de ne pas confondre gratuité et absence de coût pour la collectivité :

« Le service public d'incendie et de secours est largement imprégné de la règle de la gratuité des secours au profit des victimes. Cependant, la gratuité ne signifie en rien une absence d'incidence de l'exercice de ces missions sur les finances publiques. Ainsi s'explique l'adage selon lequel, si la sécurité n'a pas de prix, elle a un coût. Ce coût doit pouvoir être réparti entre les différentes catégories de collectivités publiques intéressées en cette matière. La nécessité de fixer les règles de cette répartition s'accroît à mesure que, par le jeu des renforcements mutuels, diverses catégories de collectivités peuvent être amenées à faire intervenir leurs moyens propres en dehors de leur territoire de compétences.²⁴⁸ »

Après avoir discrédité les ambulanciers et, par là-même, les avoir symboliquement exclus du débat sur les urgences, elle conclut son manifeste sur cette phrase, « les secours relèvent des pompiers et le soin à l'hôpital ». Aussi les sapeurs-pompiers doivent-ils, dans les années à venir, se muer en « techniciens du secours d'urgence », tandis que des infirmiers sont invités à s'engager dans leurs rangs pour développer les VLI (véhicule de liaison infirmier) jusqu'alors « sous-exploités ». Ce dernier point du Manifeste qui signe l'engagement de la Fédération sur la voie de la paramédicalisation du « secours à personne », ne tarde pas à faire réagir les promoteurs du SAMU :

« Le Dr Pelloux s'est élevé contre ceux qui affirment que « les pompiers seraient l'urgence et les autres, pas grand-chose ». « Certains veulent américaniser encore plus notre société » c'est-à-dire « avec des infirmiers qui feraient un petit peu tout », a-t-il affirmé. « Nous n'avons pas le même système qu'aux Etats-Unis, il s'agit d'une erreur de politique et de stratégie », a-t-il martelé.²⁴⁹ »

Quant au président de la Société Française de Médecine d'Urgence, Patrick Goldstein, il se dit « atterré » par ces attaques qui lui semblent « irrationnelles », tout en vantant les qualités du système français « envié » par de nombreux pays. C'est d'ailleurs au même moment qu'ils

²⁴⁷ Rapport de la cour des comptes 2011, P80-81

²⁴⁸ Derboulles L., *Quel territoire pour le service public d'incendie et de secours ? Réflexion sur la départementalisation*, L'Harmattan, 2001, p. 129.

²⁴⁹ « Secours aux victimes: les urgentistes « choqués par les propos des pompiers » », Paris, AFP, 25/09/2007.

incitent à la création de « Médecins correspondants SAMU » et surtout, à l'élargissement des compétences des ambulanciers privés *via* la mise en place de deux diplômes, « Auxiliaire ambulancier » et « DEA ». On remarque ainsi qu'au principe de « séquentialisation » de la formation des sapeurs-pompiers, le SAMU oppose celui de la graduation des compétences des ambulanciers.

Enfin, les vingt-quatre propositions contenues dans ce Manifeste visent à mettre « le système français au niveau de la plupart des pays européens ». Pour argumenter et donner une caution scientifique à ses propos, la FNSPF s'appuie alors sur la thèse de doctorat récemment soutenue par l'expert reconnu mondialement dans ce domaine, le colonel J-F Schmauch²⁵⁰ :

« Temps de réponse au téléphone, délai d'intervention, répartition des tâches : les pays anglo-saxons et germaniques ont tout écrit noir sur blanc depuis longtemps. Il manque dans notre pays un cadre précis qui définisse ce que l'on attend d'un service public et qui permette qu'on applique les règles ! » a expliqué le colonel Jean-François Schmauch, auteur d'une thèse comparative de différents systèmes de secours. Par exemple, « dans une ville comme Hambourg, il faut que chaque citoyen ait une ambulance en 5 minutes, les décideurs s'organisent ensuite comme ils veulent pour répondre à ce cahier des charges », a-t-il détaillé.²⁵¹ »

Dans les faits, la thèse du Colonel Schmauch n'a connu que de rares lecteurs et pour cause, d'après un représentant de la CGT SDIS, la Fédération empêcherait l'accès à ce document : « *J'ai demandé à ma femme d'appeler la Fédération pour qu'elle demande à savoir comment l'obtenir. La Fédération lui a répondu : De quel document parlez-vous? Ah non, je ne connais pas !* »²⁵². Il ajoutera, lors de notre entretien, que la thèse du Colonel Schmauch dont il connaît un des proches amis, a fortement déplu à la Fédération car, me dit-il, « il est à « contre-courant ». La réaction publique du directeur de la Sécurité civile concernant les résultats de la recherche menée par cet ingénieur témoigne en effet du mécontentement que ce travail a suscité :

« Pour Henri Masse, directeur de la Sécurité civile, le travail de Jean-François Schmauch est « dépassé ». Il y a certes des insuffisances dans notre dispositif, mais nous nous adaptons en permanence pour l'améliorer. D'ailleurs, nous mettons en place des indicateurs d'efficacité. Mais il est impossible d'imposer des critères au plan national ». Pas question, donc, d'envisager de réforme d'envergure. Ce que regrette l'ancien colonel Schmauch. « En France, tout le monde aime les pompiers. Mais attention ! Cela pourrait ne pas durer », prévient-il. Signe des temps, entre 1996 et 2006, le nombre de procédures pénales impliquant des pompiers est passé de 19 à 621. En 2002, le colonel Mené, en poste au sein de la Direction de la Sécurité Civile, avait prévenu : « Le temps

²⁵⁰ Jean-François Schmauch, « Identification et description des trois principales écoles d'organisation des services ayant en charge de répondre aux situations d'urgence. Analyse et comparaison de la rationalité, de l'efficacité et de la rentabilité de ces services à partir de la résolution d'équations simples s'écrivant sous la forme générale (risques, moyens opérationnels, délais d'intervention) », Doctorat Sciences de gestion, sous la dir. de Danièle Trauman, Université d'Évry-Val-d'Essonne., 2007.

²⁵¹ « Les pompiers en congrès veulent réformer le secours aux victimes « à bout de souffle » », Paris, AFP, 25/09/2007.

²⁵² Entretien informel réalisé le 30 mai 2014. Il est parvenu à l'obtenir *via* un sapeur-pompier qui a scanné l'ensemble de la thèse que mon interlocuteur m'a fait parvenir par la suite.

viendra sans doute où les organisations de consommateurs pointeront les inégalités dans la distribution des secours.²⁵³ »

Ce représentant de la Direction de la Sécurité Civile²⁵⁴ discrédite publiquement le travail de cet ingénieur, non pas en remettant en cause l'exactitude des informations fournies par un expert mondialement reconnu dans ce domaine, mais en avançant son caractère « dépassé ».

Enfin, le travail de J-F Schmauch nous enseigne que dans la quasi-totalité des pays européens, les sapeurs-pompiers ne sont engagés dans le secours à personne qu'au titre des prompts secours, l'urgence sanitaire étant assurée dans ces pays par des ambulanciers « paramedics ». Ce bref regard sur les pays voisins, occulté dans les discours portés par la FNSPF, invite à dénaturiser quelque peu l'évidence de sa présence dans le « secours à personne ». De même, les critiques formulées par cet ingénieur sur l'organisation des sapeurs-pompiers valent tout autant pour l'activité « incendie », sa comparaison révélant qu'en ce domaine les « sapeurs-pompiers français sont les plus mauvais d'Europe ». A la lumière de ces données, la charge de la FNSPF, à l'endroit du SAMU, des médecins libéraux et des ambulanciers qu'elle considère comme responsables des problèmes qu'elle-même rencontre en matière d'organisation des secours (délais d'intervention trop longs, explosion de l'activité...), est à considérer avec circonspection.

Ainsi, au terme de ces deux chapitres, il apparaît que chaque groupe d'intérêt « capte »²⁵⁵ le problème à différents moments et l'encode à sa manière. Dans ce cadre, la politique publique « d'aide médicale urgente » ne peut être appréhendée sans la mettre en relation avec celle construite par la FNSPF en matière de « secours à personne ». De cette analyse conjointe des deux politiques publiques structurant le champ de l'urgence sanitaire, on relève deux limites majeures à ce stade de la recherche : la première concerne la faiblesse des connaissances relatives aux ambulanciers privés. En effet, alors même qu'ils réalisent chaque jour, des milliers d'intervention d'urgence, ils font figure de grands absents dans les débats consacrés aux urgences. Or, d'un côté discrédités par la Fédération qui brandit le spectre d'une « privatisation de l'urgence » et de l'autre, valorisés par le SAMU qui leur accorde, depuis peu, davantage de compétences, ils semblent constituer aujourd'hui un enjeu central dans la compétition que se livrent ces deux groupes d'intérêts ; la seconde limite a trait aux débats qui restent, comme on l'a vu, monopolisés par des experts tant et si bien que les multiples documents écrits collectés par le

²⁵³ Benhamou G., « *Le rapport qui embarrasse les pompiers: Dans une thèse d'Etat, Jean-François Schmauch, ancien colonel de sapeurs-pompiers, analyse les dysfonctionnements des services d'urgence français. L'image d'efficacité des pompiers en sort singulièrement ternie* », LePoint.fr, septembre 2007.

²⁵⁴ Rappelons que les sapeurs-pompiers représentent l'essentiel des effectifs de la Sécurité civile en France.

²⁵⁵ Favre P., *Sida et politique, les premiers affrontements :1981-1987*, Paris, l'Harmattan, 1992.

sociologue pour mener son analyse, lui donnent prioritairement accès aux définitions dominantes du problème. Enfin, dans cette littérature grise, peu d'information est fournie au lecteur concernant l'application concrète des solutions préconisées dans les deux politiques publiques pour traiter ce problème. Plus prosaïquement, qu'en est-il de la mise en place des « médecins correspondants SAMU », des « médecins pompiers », des « véhicules de liaison infirmiers » ? Ces solutions sont-elles appliquées sur le terrain ? Qu'en disent les professionnels qui oeuvrent au quotidien dans le champ de l'urgence sanitaire ?

Pour répondre à ces questions, il convient à présent de lever la tête des documents écrits pour aller à la rencontre des « gens ordinaires » qu'ils soient médecins, infirmiers, sapeurs-pompiers ou ambulanciers.

CHAPITRE III. DU DEVANT DE LA SCENE AUX « COULISSES » LA FACE CACHEE¹ DU SYSTEME D'URGENCE SANITAIRE FRANÇAIS

« Or ce qui compte pour l'ethnologue, c'est justement l'articulation des discours avec la réalité concrète. Cette réalité jusque dans ses aspects les plus prosaïques, est celle des médecins bien sûr, et celle des directions administratives, mais c'est aussi celle des autres « acteurs », c'est-à-dire de tous ceux qui ont été longtemps privés de parole : les infirmières, les aides-soignantes, les malades, sans parler de tout un personnel obscur et indispensable chargé des tâches les plus triviales [...]. Car le vrai, pour le chercheur en sciences humaines, n'est pas forcément détenu par les plus diplômés. Que penser de la difficulté, et finalement de l'impossibilité, pour le directeur de cet ouvrage, Michèle Grosclaude, à trouver des auteurs parmi les infirmières ? Ce n'est pourtant pas faute qu'elles aient à dire. Mais la profession a été efficacement entraînée à se taire et à obéir, et quand elle écrit (dans le cahier des soins par exemple) à éviter toute « littérature »². »

Pénétrer dans les coulisses du champ de l'urgence sanitaire en entrant par la porte d'une entreprise privée d'ambulance a revêtu pour cette recherche un double intérêt : elle permet tout d'abord, de redonner un visage humain à des professionnels de l'urgence peu (re)connus en France ; le second intérêt de ce choix méthodologique réside dans la confrontation qu'il permet entre les discours analysés précédemment et la réalité du problème de l'inégalité géographique dans l'accès aux soins d'urgence.

L'entreprise enquêtée ayant plus de 50 salariés³, j'ai pu côtoyer et m'entretenir avec des ambulanciers aux profils hétérogènes. J'ai observé leurs interactions avec les infirmières, les aides-soignants, les médecins, les patients que ce soit dans le cadre de transports dits classiques ou bien d'interventions d'urgence. Parallèlement, les nombreux rapatriements sanitaires réalisés au cours de ces années ont été l'occasion d'échanger avec des infirmiers anesthésistes (SMUR, sapeurs-pompiers) et des médecins urgentistes (SAMU-SMUR, SOS médecins, sapeurs-

¹ Cette expression est empruntée à Jean Peneff, « La face cachée d'Urgences. Le feuilleton de la télévision », *Genèse*, 1998, volume 30, n°30, p. 122-145. Dans cet article, il rend compte d'une étude ethnographique menée dans les coulisses du service d'urgence du Cook County Hospital qui constitue le décor principal de la série américaine *Urgences* tournée à Chicago. Confrontant les images télévisuelles à ses observations, Jean Peneff montre que la réalité quotidienne de ce service (problèmes sociaux, ethniques, de santé publique, pratiques de discrimination) est fort éloignée de celle mise en scène par les réalisateurs de cette série (médecine de pointe spectaculaire, égalité de traitement, etc...).

² Pouchelle M-C, « Tout compliquer ou quand l'ethnologue interroge la réanimation et son histoire », in Grosclaude M., *op. cit.*, p. 315-316.

³ L'entreprise comptait plus d'une centaine d'employés à mon départ, en 2011.

pompiers) d'horizons divers⁴. Ces multiples entretiens informels menés non pas, à partir d'un guide formel mais, d'un canevas construit au fil de ma pratique ambulancière⁵, témoignent dans cette enquête « *de la richesse de la parole des gens ordinaires, pour peu qu'on se donne la peine de les écouter et de les encourager à s'exprimer*⁶ ». Cette immersion prolongée⁷ m'a conduite à rompre avec la fascination qu'exerce la scène politico-médiatique occupée par les représentants du SAMU et de la FNSPF, considérés comme seuls légitimes à s'exprimer dans les arènes publiques, sur le problème de l'inégalité territoriale dans l'accès aux soins d'urgence. Une longue présence dans les coulisses a permis d'entrevoir la face cachée du quotidien d'une organisation, dont la réputation de supériorité mondiale en matière d'accès aux soins d'urgence apparaît *in fine* discutable.

L'analyse sera consacrée dans un premier temps, à l'étude des ambulanciers privés à propos desquels on ne dispose jusqu'à présent, que d'informations limitées. Ils sont en effet, peu pris en compte dans les débats politico-médiatiques alors même qu'ils effectuent chaque jour, en France, des milliers d'interventions à la demande du SAMU ou des médecins libéraux⁸. L'enquête ethnographique permet de rompre avec les idées reçues, les fausses évidences et l'imaginaire social associés à un « groupe professionnel⁹ » connu au seul prisme des discours énoncés par les

⁴ Certains exerçaient dans des départements voisins plus ou moins éloignés du lieu de l'enquête.

⁵ « *Le guide d'entretien organise à l'avance les questions qu'on pose, et peut dériver vers le questionnaire ou l'interrogatoire. Le canevas d'entretien, lui, relève du pense-bête personnel, qui permet, tout en respectant la dynamique propre d'une discussion, de ne pas oublier les thèmes importants. Il en reste aux questions qu'on se pose, en laissant à l'improvisation et au métier le soin de les transformer au fil de l'entretien en questions qu'on pose [...]* Les questions que le chercheur se pose sont : les terrains de l'enquête, spécifiques à sa problématique, à son objet, à son langage. Elles ne font pas spontanément sens pour son interlocuteur. Il faut donc les transformer en questions qui fassent sens pour celui-ci. C'est là que le savoir-faire « informel » acquis à travers l'observation participante (comme à travers les difficultés et les incompréhensions des premiers entretiens) est réinvesti, souvent inconsciemment, dans la capacité à converser sur le terrain même de son interlocuteur et en utilisant ses codes », Olivier De Sardan J-P., « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », in n°1, Editions Parenthèses, 1995, p. 84.

⁶ De Certeau M., *L'invention du quotidien. 1. arts de faire*, Editions Gallimard, 1990, p. XXIII. Pour une critique des inégalités face au droit de parole voir aussi un ouvrage du même auteur intitulé, *La prise de parole*, paru aux éditions du Seuil en 1994.

⁷ A la manière de Jean Péneff et d'Anne Vega, pour ne citer qu'eux, dont l'un fit une observation prolongée dans un service d'urgence en endossant le rôle de brancardier. Péneff J., *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*, Paris, Métailié, 1992 ; et l'autre, une immersion longue aux côtés des soignants dans divers services hospitaliers choisis pour être les moins valorisés par les professionnels de santé. Vega A., *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2000.

⁸ Les « urgences médecins » dans le langage indigène.

⁹ Cette expression « désigne alors des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division du travail social, et caractérisés par une légitimité symbolique. Ils ne bénéficient pas nécessairement d'une reconnaissance juridique, mais du moins d'une reconnaissance de fait, largement partagée et symbolisée par leur nom, qui les différencie des autres activités professionnelles. En l'absence de réglementation et de codification formelles, les groupes professionnels sont des ensembles flous soumis à des changements continus, caractérisés à la fois par des contours évolutifs et une hétérogénéité interne », Demazière

acteurs dominants de l'urgence. Lorsqu'ils sont mentionnés c'est en effet généralement à simple titre d'évocation ou bien, pour pointer les dérives de certains chefs d'entreprises soupçonnés de facturer abusivement certains transports et/ou de fructifier « sur le dos des contribuables¹⁰ ». A ce propos, on peut aussi rappeler l'alerte publique lancée par la FNSPF, à l'occasion de son Congrès en 2007, visant à dénoncer les « dangers » d'une « privatisation des secours »¹¹. Aussi, les ambulanciers privés sont-ils non seulement davantage parlés qu'ils ne prennent la parole mais surtout, leur caractéristique majeure reste leur invisibilité sociale. Ils partagent avec les aides-soignants¹² étudiés par Anne-Marie Arborio, un statut juridique ambigu (chauffeur-soigneur) au sein du champ de la santé. Ils suscitent alors peu d'intérêt de la part du champ politico-médiatique et plus particulièrement, de l'administration sanitaire qui produit peu d'informations relatives à ce groupe professionnel. De même, le caractère flou des contours de leur métier les rend peu identifiables aux yeux des professionnels de santé et de la population pour qui ces professionnels restent largement méconnus. A ces deux premiers facteurs s'ajoute un troisième élément d'invisibilité relatif, cette fois-ci, au caractère instable de leur identité professionnelle mis en évidence à travers trois indicateurs étroitement liés : la faiblesse de leur poids syndical, leur statut subordonné au sein du champ de la santé ainsi que l'hétérogénéité des profils de ces travailleurs. Sur ce dernier point, le cumul des entretiens informels indique que l'entrée dans le métier est davantage vécue comme relevant du « hasard », d'une « dérive de carrière » ou d'un « choix par défaut », que comme une vocation. Aussi, soucieux de quitter au plus vite un travail à bas salaire dans lequel les perspectives d'évolution sont quasi nulles, ils sont pour la plupart peu enclins à s'engager dans un collectif pour défendre les intérêts d'un groupe qui reste, de fait, difficilement audible. Enfin, souffrant au quotidien d'un « manque de considération », ces professionnels usent chaque jour de multiples « ruses¹³ » pour éviter le « sale boulot ». Dans ce contexte, la réalisation des tâches de soins d'urgence et, depuis 2007, l'élargissement de leurs

D., Gadéa C., dir., *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte, Paris, 2009, p. 20.

¹⁰ Pour les plus récents relevés pour ce travail : « Un ambulancier condamné pour fraude à la sécurité sociale », <http://www.lalsace.fr>, le 12/07/2013; « Un ambulancier conduit un malade après avoir fumé du cannabis », www.leprogrès.fr, le 13/07/2013; « Rouen. Un ambulancier mis en examen », LeFigaro.fr le 18/07/2013, etc. Pour couvrir le champ médiatique (quotidiens nationaux et régionaux, revues, blogs, documentaires télévisés, etc...), nous avons mis en place durant toute la durée de ce travail, des « alertes google » sur les thèmes suivants : urgentistes, médecins, sapeurs-pompiers, ambulances et urgences médicales.

¹¹ Les urgentistes contribuent également à diffuser cette mauvaise image : « *Il aime bien les pompiers pour leur engagement dans le service public, on voit tout de suite que ce ne sont pas des commerciaux comme les ambulanciers* » (médecin urgentiste), Belorgey N., *L'hôpital sous pression. Enquête sur le new management public*, Paris, La Découverte, 2010. p. 79.

¹² Arborio A.-M., *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Economica, coll. « sociologiques », 2012.

¹³ A l'instar des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées étudiées par Lise Causse, « L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté », in Cours-Salies P., Le Lay S., dir., *Le bas de l'échelle. La construction sociale des situations subalternes*, Editions Erès, 2006, p. 67-79.

compétences dans ce domaine, constitue aujourd'hui un enjeu central pour ces professionnels en « quête de légitimité »¹⁴. Dans les débats sur les urgences, ils sont également apparus ces dernières années comme étant au coeur des enjeux mettant aux prises les représentants du SAMU et de la FNSPF, dans la résolution du problème de l'inégalité géographique dans l'accès aux soins d'urgence.

La seconde partie du chapitre est consacrée à cette question et plus précisément, à l'analyse de la mise en place concrète des instruments d'action publique construits dans le champ politique pour résoudre ce problème de santé publique. Pour ce faire, profitant de ma position d'ambulancière, j'ai questionné des professionnels de l'urgence aux profils variés sur des questions périphériques relatives tant à la permanence des soins qu'à l'organisation des secours dans les pays étrangers, au fonctionnement des SMUR ou encore, au rôle des médecins pompiers, etc... La restitution et le croisement des paroles de ces acteurs de terrain qu'ils soient ambulanciers, sapeurs-pompiers, médecins urgentistes, médecins libéraux ou infirmiers, ont permis d'entrevoir progressivement les multiples zones d'ombre d'un problème dont la réalité s'est révélée éloignée des discours politico-médiatiques¹⁵. Ainsi, l'observation fine des interventions d'urgence jointe aux multiples anecdotes rapportées par les divers professionnels médicaux ou non, montrent que l'évidence communément partagée selon laquelle le professionnel médical serait le plus compétent en matière de prise en charge des urgences, est loin de faire consensus au sein du champ de l'urgence sanitaire. Il en est de même pour le principe de médicalisation des urgences qui, dans les faits, semble difficilement applicable quand on s'éloigne des centres urbains¹⁶. Sur ce point, une brève analyse comparative du système d'urgence sanitaire français avec ceux des autres pays européens et outre-atlantique montre en effet que le discours médical affirmant la supériorité mondiale du système d'urgence français doit être accueilli avec circonspection. Au principe de médicalisation qui conduit à concentrer et réserver l'essentiel des compétences de soins d'urgence dans les mains du corps médical, la plupart de ces pays opposent l'idée d'une paramédicalisation

¹⁴ Pour l'analyse, je me suis inspirée ici de l'ouvrage collectif suivant : Aïach P., Fassin D., dir., *op. cit.*

¹⁵ « [...] Une idée qui m'est chère et qu'il me semble parfois avoir un peu de mal à partager : la vie est là qui s'offre à nous et nous offre des occasions de réflexion sociologique ; et les occasions les plus fortuites ne sont pas les moins fécondes. Pour pratiquer l'analyse sociologique, point n'est forcément besoin d'être un entrepreneur de recherche, de brasser des données recueillies à grands frais en engageant des ressources matérielles et humaines importantes. » Coenen-Huther J., *Observation participante et théorie sociologique*, L'Harmattan, 1995, p. 17.

¹⁶ « Le consensus est souvent le masque qui cache les rapports de domination et d'exclusion », in Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., *Agir dans un monde incertain*, 2001, p. 16. Dans cet ouvrage, les auteurs appellent à une modification des rapports entre savoir et pouvoir, à l'association des citoyens ordinaires à des décisions les concernant. Ils peuvent intégrer la technique et enrichir les débats d'experts au sujet de l'impact des techniques sur la société, les problèmes qu'elle pose. Ils appellent de leurs vœux au passage d'une démocratie « délégative » à une démocratie « dialogique » (« démocratisation de la démocratisation »).

des secours qui permet, selon ses promoteurs, d'assurer une meilleure prise en charge des citoyens en tout point du territoire.

De la confrontation de ces divers matériaux d'enquête¹⁷ émerge *in fine* l'hypothèse selon laquelle, l'inégalité géographique dans l'accès aux soins d'urgence constatée par nombre de nos interlocuteurs, résulterait moins d'un problème de répartition des secours sur le territoire que d'un problème de répartition des « territoires de compétences » entre les professions. On le verra, le métier d'ambulancier se trouve aujourd'hui, au coeur des enjeux et controverses qui divisent les professionnels de ce champ concernant l'émergence d'un nouveau référentiel français en matière d'organisation des urgences sanitaires.

1. LES AMBULANCIERS PRIVÉS : LES « INVISIBLES » DU CHAMP DE L'URGENCE SANITAIRE

Mandatés pour transporter au quotidien des corps « pathologiques » dans le cadre de transports « classiques » ou bien d'interventions d'urgence, la situation sociale des ambulanciers privés français¹⁸ apparaît quelque peu paradoxale : à la fois extrêmement visibles dans l'espace urbain où leurs ambulances blanches marquées de la croix de vie sillonnent la ville en permanence, leur rôle dans le système d'urgence sanitaire français est peu connu du grand public en dépit des nombreuses interventions d'urgence réalisées chaque jour¹⁹. La population confond d'ailleurs bien souvent leurs « ASSU », estampillées « véhicules de secours et de soins d'urgence », avec les ambulances du SAMU²⁰ (SMUR). De même, les articles de presse qui leur sont consacrés paraissent au compte goutte alors que dans le même temps, les sapeurs-pompiers et les médecins urgentistes bénéficient quotidiennement d'une généreuse couverture médiatique. Cette cécité se reflète aussi dans l'absence d'ouvrages de vulgarisation ou de témoignage sur ce métier qui contraste là encore, avec une vaste littérature consacrée tant aux sapeurs-pompiers qu'à la

¹⁷ « Tout plaide pour prendre en compte des données qui sont de référence, de pertinence et de fiabilité variables, dont chacune permet d'appréhender des morceaux de réel de nature différente, et dont l'entrecroisement, la convergence et le recoupement valent garantie de plausibilité accrue » Olivier De Sardan J-P., *op.cit.*, p. 91.

¹⁸ Nous n'ignorons pas l'existence des ambulanciers hospitaliers qui n'entrent toutefois pas dans le cadre de cette étude.

¹⁹ Dans son travail de maîtrise, Jean-Yves Richeux consacre trois pages aux ambulanciers qui représentent pourtant, précise-t-il, l'essentiel des effectifs des « intervenants non médicaux ». Richeux J-Y., *op. cit.*, p. 37-40.

²⁰ On reconnaît une ambulance privée à sa sirène « trois tons ». Toutefois seuls les initiés le savent, la plupart des français ne pouvant pas faire la différence entre une ambulance privée et celle du SAMU. En effet, les véhicules privés (les lourds) sont non seulement de couleur blanche, à l'instar des ambulances du SAMU, mais ils sont pareillement estampillés « véhicule de secours d'urgence » ainsi que du logo « 15 ». Tous ces éléments ne peuvent qu'entretenir une certaine confusion.

médecine d'urgence²¹. En contrepoint, ils constituent également un angle mort des études en sciences humaines, le chercheur débutant trouvant là une occasion stimulante de défricher un terrain vierge d'étude²².

1.1. DES TRANSPORTEURS-SOIGNEURS

En France, les ambulanciers privés sont au nombre de 47 000 répartis dans un peu moins de 5000 entreprises privées. Ils sont minoritaires dans le champ de la santé puisqu'à titre de comparaison, les infirmiers et les aides-soignants sont plus de 500 000 et les médecins plus de 200 000. Même si leur faible effectif participe de leur « invisibilité sociale »²³, il est loin d'en constituer la clé de compréhension unique puisqu'en effet, bien qu'étant nombreux, les aides-soignants n'en sont pas moins, comme l'a démontré Anne-Marie Arborio, des « personnels » tout autant « invisibles ». Une observation attentive des ambulanciers permet de faire émerger des facteurs de divers ordres et de différents poids qui se combinent pour rendre ces travailleurs socialement invisibles²⁴.

1.1.1. Un statut juridique ambigu

Les ambulanciers assurent quotidiennement, sur « prescription médicale », le transport des « malades, blessés, parturientes »²⁵ du domicile au lieu de soin ou d'une structure sanitaire à une autre²⁶. L'activité de transport, à travers le brancardage des patients et la conduite de l'ambulance, constitue la partie la plus visible de leur travail alors même qu'ils réalisent chaque

²¹ Il n'existe pas, à notre connaissance, d'ouvrage consacré à l'histoire des ambulanciers. On peut néanmoins la reconstituer de façon indirecte à partir des documents consacrés à l'histoire de groupes plus prestigieux tels que les chirurgiens et les médecins anesthésistes-réanimateurs.

²² Une étude a été recensée : Blais Rosalyne, « Socio-ethnographie du métier d'ambulancier. Ambulancier, un métier au carrefour du transport privé et d'une mission d'intérêt général », Mémoire de Maîtrise, sous la direction de Gilles Lazuech, Université de Nantes, 2002-2003.

²³ « *La visibilité et l'invisibilité ne sont nullement des qualités naturelles mais des modes sociaux de confirmation ou d'infirmité des existences. Le déclassement, la relégation, l'absence de travail marginalisent les individus au point de les effacer en les retirant de toutes les formes de participation : le subalterne, le précaire, l'exclu sont alors de moins en moins audibles, de moins en moins visibles. Il est urgent que la philosophie prenne le parti des sans-voix et des invisibles si elle veut contribuer à une critique de la normalité sociale* ». Le Blanc G., *L'invisibilité sociale*, Paris, PUF, 2009.

²⁴ La féminisation est repérée dans divers travaux de sociologie des professions, comme étant l'un des facteurs de l'invisibilisation d'un métier (aide-soignante, employée de bureau, etc...). Une large majorité des ambulanciers privés étant, d'après nos observations, des hommes (environ deux-tiers), ce facteur ne joue pas pour ce groupe professionnel. Il convient de préciser que cette affirmation repose uniquement sur les données de l'enquête de terrain car il n'existe aucune donnée statistique sur le profil socio-démographique (âge, ratio homme-femme) des ambulanciers. Pour prolonger la réflexion, on peut également formuler ici l'hypothèse selon laquelle, dans les entreprises privées citadines qui comptent bien souvent de nombreux salariés, le personnel serait plus jeune et plus féminin que dans les entreprises artisanales (moins de 10 salariés) situées en milieu rural.

²⁵ « Le livre blanc des ambulanciers », *op.cit.*, p. 4.

²⁶ Hôpitaux, cliniques, maisons de retraite, cabinets de radiologie, etc. Ce peut être un transport assis (VSL: véhicule sanitaire léger) ou allongé (ambulance).

jour des actes de soins (prendre la tension, le pouls, la saturation, etc...) au sein même de l'ambulance ou, dans les lieux privés (chambre du patient) inaccessibles au public. Ils sont ainsi généralement perçus par les profanes mais aussi, par de nombreux professionnels de santé, comme de simples « chauffeurs », une « étiquette » dont se plaignent la plupart des ambulanciers rencontrés au cours de cette enquête :

« On n'est pas des bagagistes ». Philippe me parle ici de l'activité VSL (véhicule sanitaire léger). Il m'explique qu'ils portent parfois tous les bagages alors même que la famille est présente. Dans certains cas même, c'est la famille qui apporte les bagages dans la chambre une heure avant le transport. Il se plaint par ailleurs d'entendre régulièrement les aides-soignantes et infirmières annoncer leur arrivée aux patients en disant : « votre chauffeur est là » (Journal de terrain, 17/01/2005). »

« Certains médecins et infirmiers nous prennent pour des moins que rien, des transporteurs ». (Journal de terrain, septembre 2008).

« On aimerait que notre travail soit reconnu parce qu'on est perçu « comme des livreurs ». (Journal de terrain, septembre 2008).

L'administration étatique est en grande partie, à l'origine de la fabrique de cette image sociale : cette profession est en effet juridiquement placée sous la double tutelle des ministères des Transports²⁷ et de la Santé. Ce dernier a d'ailleurs jusqu'à présent, refusé de satisfaire aux revendications des ambulanciers qui souhaitent être reconnus comme faisant partie des professions de santé. La faiblesse des études menées sur les transports sanitaires par l'administration sanitaire reflète, à notre sens, ce refus d'intégrer pleinement ces professionnels dans le champ de la santé :

« Peut-être en raison du faible intérêt que l'on a jusqu'à présent accordé aux flux de patients, peut-être aussi en raison d'enjeux économiques, on ne sait que très peu de choses des transports sanitaires : nombre, personnels et bien sûr kilométrage parcouru sont inconnus. Est en revanche connu le montant des remboursements annuels : plus de 7 milliards de francs ! Il y a là un champ important d'analyses d'autant plus utiles que ce qui est connu laisse apparaître de considérables variations régionales [...] Contrairement à ce que la logique voudrait, ce sont les zones les moins bien desservies par les établissements de soins qui sont aussi les moins bien dotées en services ambulanciers (Ier Congrès de géographie et de socio-économie de la santé, CREDES, 1989). Pour ce que l'on peut en savoir la géographie de la demande de transport sanitaire n'a rien à voir avec celle de l'offre : elle reste cependant à faire²⁸. »

Les lacunes des connaissances dans ce domaine peuvent également s'expliquer pour partie, nous semble-t-il, par le faible enjeu financier²⁹ et donc politique que représente cette activité pour

²⁷ La réglementation de la profession d'ambulancier dépend de la « convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires de transports ».

²⁸ Tonnelier F., Vigneron E., *Géographie de la santé en France*, Paris, PUF, n°3435, 1998, p. 45-46.

²⁹ « *Quand un personnage politique s'exprime au sujet de la Sécurité Sociale, il n'évoque que les dépenses d'assurance maladie (et le déficit !). Aucun n'explique que l'allongement de la durée de la vie, la fermeture des unités de soins et le maintien à domicile de nombreux patients entraînent des transports supplémentaires évitant ainsi de lourds frais d'hospitalisation. Aucun n'explique que le transport sanitaire ne représente que 2.1% des dépenses de santé* », Le livre Blanc des ambulanciers, FNAA&FNAP, mars 2007, p. 1.

l'administration sanitaire, comparé aux autres domaines d'activité³⁰ relevant de son champ de compétence.

Corrélativement, les ambulanciers privés sont classés, par l'Insee, dans la catégorie des « *Chauffeurs salariés de véhicules légers, habilités à transporter des malades ou des blessés, qu'ils soient employés dans un hôpital public ou dans le privé. Profession assimilée : chauffeur de taxi-ambulance* »³¹. Il est vrai qu'ils assurent au quotidien des transports autres que sanitaires qui leurs sont, par ailleurs, disputés par les taxis. Dans le cadre de contrats établis avec les assurances qui recherchent des véhicules « d'assistance » disponibles 24h/24h, ils assurent en effet des transports de personnes qui, le plus souvent, ont rencontré des ennuis mécaniques sur la route les menant à leur travail. Ces dernières années, certaines entreprises se sont également engagées sur le marché du « transport de corps », une activité très lucrative à en croire les discours de mes enquêtés. Cette diversification des activités dites de « transport », contribue à rendre les contours de ce métier flous pour les néophytes, tout en renforçant l'image sociale de l'ambulancier « chauffeur », « transporteur » ou même « brancardier » :

« Durant la journée, Benoît a insisté à plusieurs reprises sur « le manque de reconnaissance de la profession ». La semaine précédente, une infirmière dit à un patient devant lui : « Les brancardiers vont vous emmener ». Il lui répondit : « Non, nous ne déplaçons pas les patients d'une pièce à une autre, nous les transportons. Les brancardiers, ils en ont rien à foutre de l'état du patient, ce n'est pas leur problème ». (Journal de terrain, septembre 2009)

Enfin concernant le transport sanitaire, les ambulanciers souffrent également de l'ambiguïté des textes en matière d'urgence : tout d'abord, ils ne sont pas considérés comme prioritaires lorsqu'ils assurent une intervention d'urgence, ce qui n'est pas sans poser de nombreux problèmes vis-à-vis des policiers notamment. Dans la ville enquêtée, les agents de police tolèrent ou non les passages aux feux rouges et aux stops ce qui est loin d'être anodin puisque, sans permis, un ambulancier perd son emploi³². La réglementation concernant les « deux tons » et « trois tons » des sirènes est tout aussi incohérente : alors que les sapeurs-pompiers et les véhicules du Samu ont l'autorisation

³⁰ « L'hospitalisation entraîne environ la moitié des dépenses de soins, soit 5769 francs par personne en 1999, elle comprend les séjours dans les établissements publics ou privés, généraux ou spécialisés, de court, de long ou de moyen séjour. Les soins ambulatoires regroupent l'ensemble des services dispensés par les praticiens, en général libéraux, médecins (1575 francs), dentistes (681 francs), auxiliaires (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes etc., 645 francs), les examens et analyses de laboratoire (280 francs); les produits pharmaceutiques entraînent une dépense de 1575 francs et les appareils médicaux, y compris l'optique de 623 francs. Les transports sanitaires qui jouent un rôle important dans l'aspect territorial engendrent une dépense de 186 francs » (Comptes Nationaux de la Santé). Mizrahi A., et Mizrahi A., « Les comportements et les pratiques des usagers du système de soins », Arguments socio-économiques pour la santé, 1999, p. 3.

³¹ Cette image de « chauffeur » explique sans doute, pour partie, le faible taux de féminisation de ce groupe professionnel contrairement à celui des aides-soignants hospitaliers dont le modèle s'est diffusé aux cliniques.

³² La situation varie selon les départements, c'est le chef de la sécurité du territoire qui décide ou non, de leur priorité.

d'utiliser les « deux tons », les ambulanciers effectuant un transport sanitaire d'urgence doivent utiliser uniquement les « trois tons » pour avertir les automobilistes et piétons de leur passage :

« Dans la salle de repos, les discussions vont bon train et tournent autour des diverses courses que les uns et les autres ont réalisé ces derniers jours. Aujourd'hui, un ambulancier relate les problèmes rencontrés par un des collègues lors d'une intervention d'urgence. Quelques semaines auparavant, un ambulancier n'a pas respecté la règle des trois tons pour « les bleus ». Il a en effet choisi de mettre systématiquement les deux tons pour passer les feux rouges alors même qu'ils sont réservés aux véhicules prioritaires à savoir les SMUR et les pompiers. Un motard l'a repéré et lui a dressé un PV une fois la course terminée. Il risque un retrait de permis et par là-même la perte de son emploi. » (Journal de terrain, 17/01/2005)

Cette incohérence entre le contenu des textes et la réalité de leur travail a d'ailleurs fait l'objet d'un colloque, le 9 septembre 2005 à la faculté de droit de Nantes, intitulé « l'aide médicale urgente à l'épreuve du code de la route » :

« Organisé par le Centre d'études et de Recherches en droit Européen de la Santé (CERDES), cette manifestation a regroupé pour la première fois l'ensemble des acteurs participant à l'aide médicale urgente : SAMU-SMUR, Sapeurs-pompiers, SOS Médecins, Ambulanciers privés, Croix Rouge Française et Protection Civile. A l'occasion de cette réunion, de nombreuses thématiques relatives aux ambulanciers privés ont été abordées. La question de l'insécurité juridique née de l'impossibilité réglementaire que connaissent les ambulances privées de franchir les feux rouges, a été abordée. Il a été reconnu par les différents participants, dont le ministère de la santé, qu'il existait une incompatibilité entre certaines dispositions interministérielles, le code de la route et les particularités locales de réponse à l'urgence médicale. Incompatibilités qui opacifient davantage aux yeux du public le système global de réponse à l'urgence déjà peu connu. Des propositions en vue de la requalification des ambulances privées de type ASSU en véhicule d'intérêt général prioritaire ont été faites, l'appartenance à cette catégorie de véhicules mettant fin aux incohérences soulevées (...). Conscient de l'importance des problématiques soulevées et des conséquences sécuritaires qu'elles engendrent, le Professeur Louis Lareng, Président fondateur du SAMU de France et Président d'honneur de ce colloque, s'est engagé à déposer auprès du ministre concerné les actes de cette réunion afin que les modifications proposées au code de la route deviennent effectives. »³³

Ce flou juridique contribue à décrédibiliser l'action des ambulanciers auprès des automobilistes qui ne sont pas toujours prompts à les laisser passer comme j'ai pu à plusieurs reprises l'éprouver:

« Nous sommes sur le périphérique parisien, Mathias « met les bleus et les trois tons » pour aller plus vite, il y a d'importants bouchons et la route est encore longue. Il a l'autorisation du médecin. Un automobiliste d'une cinquantaine d'année refusait de décaler sa voiture pour que l'on puisse passer. Mathias ouvre alors sa fenêtre et le gars lui dit: « Vous n'avez pas la priorité ». Mathias lui répond: « J'ai quelqu'un derrière mais bien sûr vous vous en foutez! ». L'autre répète: « Vous n'avez pas la priorité! ». (Journal de terrain, mai 2007).

A rebours de cette image de « transporteur », l'enquête ethnographique révèle la diversité des tâches accomplies par ces professionnels qui se révèlent être des maillons essentiels de la chaîne des soins.

³³ <http://ambulances.forumpro.fr>. Source : Antoine Bouriaud, Juriste spécialisé en médecine d'urgence. Article paru dans *Ondes Bleues*, n° 22, p. 7, novembre 2005.

1.1.2. Un métier aux contours flou

La conduite et le brancardage sont loin d'épuiser la réalité du travail d'un ambulancier. Son activité revêt en effet un faisceau de tâches, plus ou moins (re)connues par les professionnels de santé, tournées vers l'objectif de la prise en charge du patient.

Pour la plupart des transports, l'ambulancier doit se charger de tâches administratives indispensables au bon déroulement des hospitalisations. Il réalise les entrées et les sorties des hôpitaux et cliniques, il réclame et complète le « bon de transport », il récupère le « bulletin de situation », il établit les factures³⁴, etc... Concernant les « papiers d'hospitalisation », on observe fréquemment des clivages entre les ambulanciers prompts à affirmer que cette tâche ne relève pas de leurs compétences et les autres professionnels de santé qui, par habitude, leur délèguent systématiquement ce « sale boulot »³⁵. Sur ce point, la position des ambulanciers varie : si on suit les textes, il est vrai qu'ils n'ont aucune obligation de réaliser les entrées et les sorties administratives mais dans les faits, la concurrence entre les entreprises privées pour obtenir des marchés auprès des services hospitaliers, les contraint à accepter cette délégation de tâche³⁶. Cette bataille sourde que se livrent les entreprises se traduit, sur le terrain, par la distribution aux professionnels (de services hospitaliers, de maisons de convalescence, de cabinets médicaux, etc...), ainsi qu'aux particuliers, de divers et multiples supports publicitaires : calendriers de différentes tailles, stylos³⁷, blocs-notes, cartes de visite, etc... C'est ainsi qu'à chaque début d'année, les entreprises privées rivalisent d'idées pour s'attirer les faveurs des infirmières et des aides-soignantes chargées d'appeler les entreprises pour les sorties d'hospitalisation³⁸.

Avant de transporter le patient, l'ambulancier doit ensuite s'enquérir des raisons de la prise en charge³⁹ ainsi que de la présence d'éventuels appareils⁴⁰ soit, directement auprès de ce dernier ou bien auprès des professionnels de santé (infirmiers, aides-soignants, médecins). Là encore, ces travailleurs doivent faire face à une situation paradoxale : alors même qu'ils sont juridiquement responsables de la prise en charge d'un patient, il n'est pas rare que les professionnels de santé,

³⁴ Sur ce point, la situation varie d'une entreprise privée à une autre.

³⁵ Arborio A-M., « Quand le « sale boulot » fait le métier les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol.13, n°3, septembre 1995, p. 93-126.

³⁶ « Faire les papiers » constitue une évidence pour la grande majorité des ambulanciers. C'est lorsque toutefois, cette délégation de tâche par les autres professionnels (« *Il faut que vous alliez faire les papiers* »; « *Vous devez faire la sortie* ») est trop ostensible, qu'elle suscite des résistances. L'ambulancier rappelle alors à l'aide-soignante ou à l'infirmière qu'il effectue les « papiers » de bonne grâce, mais que ce n'est pas son « rôle ».

³⁷ Les infirmières sont par exemple réputées pour être très sensibles à l'offre de crayons bics, de couleurs variées si possible.

³⁸ Dans le cas où le patient n'a pas exprimé de souhait spécifique sur ce point.

³⁹ Fractures, escarres, raideurs, une hémiplégié éventuelle, difficultés respiratoires, etc...

⁴⁰ Prothèses, sondes (urinaire, gastrique), etc...

quels qu'ils soient, refusent de les informer du problème médical. Cela se manifeste à la fois, par un refus catégorique de type, « ça ne vous regarde pas », mais aussi par des pratiques telles que la scellée du dossier et/ou du courrier médical. Sur ce point d'ailleurs, la situation reste juridiquement floue pour les ambulanciers quant au caractère légal ou non de la lecture de ce courrier. Certains affirment qu'étant soumis au secret médical, ils sont autorisés à l'ouvrir d'autant plus que le transport d'un patient nécessite de connaître son état sanitaire :

« Nous sommes une profession de santé, soumis au secret médical, partie intégrante de la chaîne de soins, notre rôle est vital au bon fonctionnement des établissements de soins et pourtant nous sommes les oubliés du système, les mal-aimés !⁴¹ »

D'autres en revanche, sont moins affirmatifs sur la question et dans le doute, préfèrent s'abstenir. Néanmoins, l'observation minutieuse du « brancardage » qui consiste à « transférer » le patient (plus ou moins corpulent et/ou algique) du lit (ou d'une chaise) au brancard et inversement, suffit à se convaincre de l'importance que revêt cette prise d'informations avant toute manipulation. Elle révèle également l'importance des « compétences relationnelles »⁴² et des savoir-être que doit mobiliser l'ambulancier au quotidien en particulier dans les situations d'urgence :

« Deux ambulanciers me racontent l'intervention d'urgence qu'ils viennent d'effectuer: Il s'agissait d'une jeune fille qui s'est mariée au Maroc un an et demi auparavant. Quand ils sont arrivés au domicile « elle était toute tétanisée, les doigts de pieds et les mains tout recroquevillés ». Ils ont tout de suite compris qu'il s'agissait de violences conjugales. Ils l'ont vu jeter son alliance sur le canapé: « Le mari ne l'a pas vu alors je l'ai tout de suite cachée sous un coussin, heureusement qu'il ne l'a pas vu faire ça ! ». Ils ont ensuite refusé que le conjoint monte dans l'ambulance pour accompagner sa femme qui, au cours du trajet, s'est progressivement détendue. Elle ne parle pas français mais le comprend. Lorsque l'ambulancière lui demanda si son mari la battait, elle lui répondit par l'affirmative. Au service d'urgence, les ambulanciers ont averti le personnel que le mari ne devait pas rentrer. » (Journal de terrain, juillet 2008)

Au fil de son expérience, l'ambulancier acquiert une « expertise sociale »⁴³ lui permettant d'adapter ses comportements et ses discours à des patients socialement différenciés. Ce travail relationnel qui est loin d'être négligeable, reste pourtant largement invisible car d'une part, il ne relève pas d'un savoir formel « légitime »⁴⁴ et d'autre part, il s'effectue dans les coulisses du soin contrairement au travail médical et infirmier. Sur ce point, les ambulanciers partagent, là encore, quelques caractéristiques de la condition des aides-soignants :

« Travailler sur un matériau humain n'est pas spécifique aux aides-soignantes mais à l'ensemble des soignants : sur ce même matériau collaborent donc — ou tout au moins travaillent — des personnes

⁴¹ Le livre blanc des ambulanciers, *op.cit.*, p. 2.

⁴² Relation avec le public (Pour une comparaison avec la police cf Monjardet, 1996; Cf aussi, « Sentimental work » Strauss et Alii, 1985, chap.6)

⁴³ Arborio A-M., « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 22, mars 1996, p. 87-106.

⁴⁴ Freidson E., *La profession médicale*, Paris, Payot, « Médecine et sociétés », 1984.

de statuts opposés, amenées à fréquenter les mêmes espaces de travail et à s'y croiser. La plupart des actes médicaux ne peuvent se dérouler que si le malade a été au préalable lavé et changé, s'il a été nourri, si sa chambre a été rangée, son lit refait, si les contrôles élémentaires, comme la prise de température, ont bien été effectués, si les instruments ont été nettoyés, stérilisés, etc...⁴⁵ »

Le soin occupant le devant de la scène hospitalière, il semblerait que l'on oublie trop souvent qu'avant toute intervention thérapeutique, le malade doit tout à la fois être « toiletté » et transporté. Il n'est ainsi pas rare d'entendre des ambulanciers se plaindre de ne pas être salués (« On ne nous dit même pas bonjour ») lorsqu'ils entrent dans un service hospitalier⁴⁶. Dans ce contexte, ils partagent le sentiment d'être à la fois indispensables aux soins et ignorés/négligés pour preuve, disent-ils, un ensemble d'oublis quotidiens : « le bon de transport n'est pas fait » ; « ils n'ont même pas prévu de place pour les ambulances », « on a oublié de nous appeler pour un transport », « aucune transmission n'est effectuée par le personnel qui est déjà parti », etc.⁴⁷ :

« Le manque de considération et non de respect serait plus approprié pour parler de notre situation ». Philippe répètera cette phrase à chaque fois qu'un exemple viendra illustrer ses pensées. Par exemple, à deux ou trois reprises, nous avons ce jour-là entendu à la radio qu'un rendez-vous avait été annulé. Il s'avère que le patient ou le cabinet n'avait pas prévenu la société qui a alors envoyé, à l'heure et au jour habituel, un ambulancier sur les lieux. Le fait de ne pas prévenir la société est vécu comme un manque de considération. » (Journal de terrain, janvier 2005).

Outre le fait de ne pas être identifiables à une tâche et un rôle, les ambulanciers ne sont attachés à aucune structure sanitaire contrairement aux ambulanciers hospitaliers et à la plupart des autres professionnels de santé. Cette déterritorialisation contribue, nous semble-t-il, à les rendre invisibles dans le champ de la santé⁴⁸.

Enfin, on pourrait s'attendre à ce que les professionnels de santé qui les côtoient presque chaque jour, aient une connaissance claire du métier d'ambulancier. Or, soit de façon rapportée ou bien de manière directe, j'ai pu constater à plusieurs reprises qu'ils sont nombreux à ne pas savoir ce que recouvre concrètement ce métier. D'ailleurs, leurs représentations diffèrent peu de l'imaginaire social profane :

⁴⁵ Arborio A-M, *op. cit.*, p. 97.

⁴⁶ Les brancardiers hospitaliers étudiés par Péneff souffrent de la même invisibilité tout comme les travailleurs de la morgue étudiés par Jeanjean A., « *Quand on sort d'un service en amenant un corps, on dirait qu'on est invisible. Personne ne nous regarde. Dès fois je dis bonjour et on ne me répond même pas* ». Jeanjean A., « Travailler à la morgue ou dans les égouts », PUF, *Ethnologie française*, 2011/1, vol.41, p. 59-66.

⁴⁷ Sur cette question des « injustices réelles » et/ou « vécues », source de plaintes qui traduisent une souffrance de ces travailleurs, on peut se référer utilement à l'ouvrage coordonné par DUBET François, *Injustices. L'expérience des inégalités au travail*", Seuil, 2006.

⁴⁸ Celle-ci se traduit par exemple, par l'absence, parfois ou tout du moins, par le faible nombre de places de parking réservées aux ambulances aux abords des établissements de soins. Cet « oubli » est le signe selon les ambulanciers, d'un manque de considération de leur profession : « Stationnement. Le ras-le-bol des ambulanciers. Ils ont de plus en plus de mal à se garer dans des conditions correctes aux abords des hôpitaux et cliniques », *Ouest-France*, le 27 juin 2010.

« C'est très rare que l'on parle des ambulanciers. C'est un métier que personne ne connaît. Certains professionnels de santé ne savent même pas quel est notre rôle. Un jour, j'ai fait une intervention d'urgence avec les SMUR⁴⁹ devant un hôpital. Plus tard un aide-soignant m'a dit : « Je ne savais pas que vous faisiez cela aussi vous, les ambulanciers ! ». Il ajoute: « Avant cette intervention l'aide-soignant ne me disait jamais bonjour, il ne me calculait même pas et depuis ce jour, il me salue à chaque fois. » (Journal de terrain, juin 2006).

Il arrive parfois qu'un médecin, un infirmier ou bien un aide-soignant, se trouve être le témoin d'une intervention et s'étonne devant les compétences et les instruments utilisés par les ambulanciers pour prendre en charge le patient. La surprise est parfois telle que d'aucuns reprochent aux ambulanciers d'outrepasser leurs compétences :

« Quand on arrive aux urgences et que l'infirmière de tri n'écoute pas mon bilan, ma transmission, ça a le don de m'agacer. Ils nous voient comme de simples transporteurs. Combien de fois on m'a dit : Les ambulanciers font tout ça ? Ils font aussi de l'urgence ? ». David relate ensuite une intervention d'urgence qu'il a réalisée récemment dans une maison de retraite. A l'arrivée de l'équipe, une infirmière était présente et leur a demandé de transporter la vieille dame. Il lui a alors expliqué qu'il devait faire un bilan avant de partir. Mécontente, l'infirmière lui aurait répondu : « Mais les ambulanciers ne font pas de bilan ! Je n'ai jamais vu ça ! ». Sur ce, elle a ordonné aux ambulanciers d'emmener immédiatement la patiente. Cependant, ils refusent : « Après avoir fait le bilan qui n'était pas très bon, je lui dis que je vais appeler le 15. Elle me dit : « Qui ça ? Le 15 ? Elle était furieuse car elle considérait que je n'avais pas à faire tous ces gestes. Elle s'est moquée en disant qu'ils ne se déplaceraient jamais. Je ne me suis pas démonté, j'ai appelé le 15 et je suis revenu dans la chambre. L'infirmière m'a alors demandé : « Alors ? » ; en souriant car elle pensait qu'ils allaient m'envoyer balader et je lui ai répondu : « Alors le smur se déplace ! ». Je n'ai plus jamais revu cette infirmière. » (Journal de terrain, 13/03/2007).

Ce manque de (re)connaissance de la profession qui se traduit parfois, par un déni de compétence de la part des autres professionnels de santé, fait l'objet de plaintes répétées de la part des ambulanciers. A plusieurs reprises, ils m'ont exprimé leur souhait d'être un jour considérés comme des « professionnels de santé » à part entière (« Nous, ce que l'on veut c'est dépendre du ministère de la Santé »⁵⁰), tout en reconnaissant l'hétérogénéité de leur groupe qui peine à asseoir son identité professionnelle.

⁴⁹ Service mobile d'urgence et de réanimation.

⁵⁰ Extrait du carnet de terrain, Janvier 2005.

1.2. UNE IDENTITE PROFESSIONNELLE INSTABLE

1.2.1. *Un faible poids syndical*⁵¹

Les ambulanciers se mobilisent ponctuellement pour faire entendre leurs revendications qui, relayées par des médias locaux, passent généralement inaperçues :

« Les ambulanciers du privé manifestent aujourd'hui contre des rémunérations jugées trop faibles et un manque de reconnaissance de la profession. En Franche-Comté, sur les 90 entreprises privées que compte notre région, près de 30% d'entre elles sont en difficulté économique. Jérôme Gally est ambulancier chez Jussieu Secours Besançon. Il souhaite que la profession soit reconnue par le ministère de la Santé, et non plus par celui des Transports. Une question de juste rémunération explique-t-il.⁵² »

Le récit suivant de la seule grève⁵³ à laquelle j'ai pu assister en sept ans d'exercice montre que la figure de transporteur est ici fabriquée et renforcée par les syndicats eux-mêmes de par les revendications qu'ils mettent en avant :

Le 6 juin 2007, France 3, 19h00. Sujet : la grève des ambulanciers. 3 minutes de reportage⁵⁴.
La journaliste: « Travailler une heure mais être payé seulement 45 minutes. Depuis une loi cadre de 2000, les ambulanciers sont soumis à cette réglementation pour le moins surprenante. Aujourd'hui, ils ont défilé dans plusieurs villes de France pour demander une réforme. A Angers 200 ambulanciers ont décidé d'interpeller la nouvelle ministre de la Santé R. Bachelot. C'est donc devant sa permanence électorale qu'ils se sont donné rendez-vous cet après-midi ».

Le reportage
Journaliste: Madame la ministre n'était pas là pour écouter les doléances des ambulanciers et pourtant le cahier était plein de revendications. La plus claire: être payé à 100%. C'est le système des équivalences qui régit la profession depuis un accord-cadre signé en 2000. Il décompte le temps de repas, d'attente aux consultations sauf que ces pauses n'existent quasiment plus.

Témoignage d'un salarié ambulancier à St N. :
Quand on dépose un patient dans un centre médical on ne l'attend plus, c'est fini ça parce que ça coûte beaucoup trop d'argent donc on nous demande de les déposer et lorsque les patients sont prêts le service nous rappelle et dans ce cas-là, on retourne le chercher, ce qui veut dire que les 2h00 qu'on nous a retiré sur notre amplitude, c'est 2h00 qui n'existent pas.

Journaliste
Un système illégal au regard de la loi européenne qui précise qu'un salarié ne peut travailler plus de 48h/semaine. Or les salariés ambulanciers dépassent 50h en moyenne.

Interview de Monsieur L.⁵⁵

⁵¹ Nous ne faisons ici qu'effleurer la question du syndicalisme qui mériterait un approfondissement dans le cadre d'un article consacré exclusivement à cet aspect de l'analyse.

⁵² [Http://www.francebleu.fr](http://www.francebleu.fr), lundi 03 juin 2013.

⁵³ Cette grève d'ambulanciers salariés fut très peu suivie comme l'indique les notes de terrain : « Rassemblement des salariés ambulanciers de 10h à 12h00 au monument aux morts face à la préfecture. Très peu de mobilisation. 70 personnes seulement. On aperçoit les caméras de France 3. TV Breiz est également présente. Les ambulanciers ne sont pas très bien organisés, ils ne savent pas trop comment procéder. Après être restés une heure debout, devant la Préfecture, ils décident de distribuer leurs tracts aux automobilistes ainsi qu'aux passants. Les Ambulances « J. » passent et un ambulancier jette violemment le tract par la fenêtre. Visiblement la profession n'est pas solidaire. » (Journal de terrain, le 6/06/2007)

⁵⁴ Les commentaires du journaliste local et l'interview ont été fidèlement retranscrits.

⁵⁵ PDG de l'entreprise enquêtée dans ce travail. Un accord-cadre a été signé prévoyant entre autre, le paiement des ambulanciers en amplitude, un système mis en place dans toutes les sociétés d'ambulances du département à l'exception de celle enquêtée ici.

L'évolution de la profession a fait qu'il nous est demandé de plus en plus avec des plages horaires de plus en plus importantes, une amplitude de plus en plus importante et une obligation de pôles d'urgence qui viennent se rajouter par-dessus et qui compliquent un peu l'organisation de notre profession d'ambulancier.

Journaliste

Derrière l'urgence du paiement des heures de travail, toute une convention collective à dépeussier, elle date de 1954 et rattache les ambulanciers au transport routier.

Secrétaire CGT Pays de la Loire

Un ambulancier n'a rien à voir avec une personne qui transporte des colis ou amène du fret quelconque. On estime qu'une personne c'est une personne à part entière et on les considère plus comme des patients que comme des clients.

Journaliste

Le souhait de la profession est désormais d'être greffé à la branche santé.

Le métier d'ambulancier est encadré par une convention désuète datant de 1954 et les rattachant au « transport routier ». Conséquemment, les revendications portent essentiellement sur la tarification des transports⁵⁶ ainsi que les modalités de paiement des salariés.

Dans la salle de repos, les affiches collées par les salariés illustrent l'importance du malaise qu'éprouvent ces professionnels. Elles témoignent en effet toutes de la colère des ambulanciers et de leur désaccord avec les conditions de travail (« un bon de colère à usage unique », « la semaine à 100% », etc.) :

« Lors de nos discussions, entre deux transports, David me fait part des problèmes qu'il perçoit au sein de l'entreprise. D'après lui, la principale difficulté reste celle des horaires et de leur iniquité. Certains commencent toujours de bonne heure (avant 9h00) tandis que d'autres « sont toujours de 9h30 » ce qui les fait terminer systématiquement à 19h30-20h00. « Et même parfois on finit après les gens de midi ». Ils ont alors l'impression de ne faire que travailler : « On ne peut rien faire avant 9h30, tout est fermé et le soir c'est pareil ». Ces remarques sont récurrentes: « On n'a pas de vie sociale »; « On ne vit que pour le boulot! »...etc... »

Les ambulanciers sont aujourd'hui « payés en amplitude » autrement dit, lorsqu'ils travaillent huit heures, ils ne sont rémunérés que sur la base de six heures. Le salaire démarrant au taux horaire du SMIC (pour les jeunes recrutés), ils doivent alors multiplier les heures de travail pour obtenir un salaire qu'ils jugent « correct ». Dans ces conditions, le *turn-over* est important. Au cours de mes années d'enquête, j'ai pu m'entretenir avec de nombreux salariés qui avaient expérimenté d'autres entreprises avant d'être recrutés dans celle qui a été investiguée dans ce travail. Lorsque je les questionnais sur la raison de leur venue dans cette société, ils me

⁵⁶ « Manifestation : des ambulanciers vont converger vers Rouen ce jeudi matin. Les ambulanciers dénoncent la hausse de la TVA, et le poids de leurs charges non compensées par les tarifs encadrés par la sécurité Sociale. Ils vont manifester à Rouen et alerter le public », <http://france3-regions.francetvinfo.fr>, 19/06/2014; « Manifestation à Angers. Les ambulanciers défilent dans les rues : les ambulanciers exigent des mesures pérennes pour une profession qui se dit « oubliée » de la loi de santé publique présentée aujourd'hui jeudi par la ministre Marisol Touraine. Ces entreprises évoquent une catastrophe de la profession, compte tenu de charges lourdes qui mettent en difficulté leur équilibre financier », <http://www.ouest-france.fr>, 19/06/2014; « Les ambulanciers, « oubliés » de la loi santé, interpellent le gouvernement », <http://www.boursorama.com>, 18/06/2014.

répondaient invariablement qu'il s'agissait de la seule entreprise qui ne rémunérait pas ses salariés en amplitude :

« Dans les autres sociétés, les salariés sont, paraît-il, mal payés dans la mesure où une convention passée avec le MEDEF impose de rémunérer les salariés en « amplitude ». Cela signifie selon Olivier qu'une partie du salaire est reversée au patron. Il m'explique que le patronat estime qu'une partie du travail d'ambulancier consiste en l'attente d'un patient et que ce temps d'attente improductif et d'inactivité des ambulanciers ne doit pas être rémunéré. Il précise ensuite que notre entreprise est la seule « boîte » où cette ponction du salaire n'est pas effectuée, excepté pour les périodes de garde. Il ajoute que dans les autres sociétés, le *turn-over* est plus important dans la mesure où les salariés sont mal payés et que le travail n'y est pas forcément très attractif. De même, les horaires de travail ne sont pas toujours évidents à suivre et il n'est pas facile de travailler avec des novices. Il fatigue, en effet, beaucoup plus dans sa journée avec un « saisonnier », telle que moi, qu'avec un « titulaire » notamment pour tout ce qui est portage et brancardage. » (Journal de terrain, décembre 2004).

Outre l'aspect financier, la configuration d'équipe pèse lourd dans l'appréciation des conditions de travail. Le *turn-over* et le recrutement fréquent de « saisonniers », en particulier en période de vacances scolaires, engendrent pour les salariés en place un surcroît de travail notoire : la nécessité de « former les nouveaux » et de les surveiller constitue d'une part, une « charge cognitive »⁵⁷ supplémentaire en particulier lors de situations d'urgence ; d'autre part, la charge physique est plus importante du fait du manque de technicité des nouveaux. Ce dernier aspect du travail considéré comme relevant du « sale boulot » de l'ambulancier, n'est pas négligeable car il est fréquemment à l'origine des arrêts de travail.

Ce *turn-over* constitue également un frein à la création d'une identité collective nécessaire à la constitution d'un « groupe d'intérêt »⁵⁸ qui pourrait peser dans les débats sur les urgences. Le taux de syndicalisation des salariés est en effet, très faible comme l'indique la lecture de forums ambulanciers :

« Nos patrons s'organisent.

Les patrons de ces 3 fédérations (FNAA, FNTS, FNAP) nous montrent qu'ils sont plus que jamais unis... contrairement aux salariés. Rassemblés dans la même confédération, ils deviennent une force de frappe à nulle autre pareille dans la branche du Transport Sanitaire. Face à une telle force de frappe, il ne peut y avoir qu'une seule réponse : l'union des salariés, ce qui suppose leur syndicalisation en MASSE....bref ce n'est pas pour demain... Les salariés pourront continuer longtemps à se lamenter sur ce forum ou sur les autres, rien ne s'améliorera pour eux tant qu'ils n'auront pas compris que nos patrons sont syndiqués à plus de 90%, et que là on voit la naissance d'une confédération qui aura la majorité absolue chez les patrons. Face à cela, on observe de 2 à 4% (suivant les sources) de salariés syndiqués. Alors certes 4% de salariés font à peu près autant de

⁵⁷ Dans son étude sur les infirmiers Françoise Acker montre l'impact du *turn-over* sur les équipes en place dans les services hospitaliers. Acker F., « Infirmières : Des pratiques en redéfinition », in « La Santé. Un enjeu de société », *Sciences humaines*, (48, hors série), 2005, p. 48-51.

⁵⁸ M. Offerlé (1998).

personnes que 90% de patrons, mais le nombre d'adhérents n'est rien, le seul chiffre qui compte c'est le pourcentage d'adhérents⁵⁹. »

Ces forums font état de dissensions, voire de conflits, entre d'un côté, les syndicats d'employeurs qui monopolisent l'espace des négociations⁶⁰ et de l'autre, ceux de salariés qui peinent à recueillir des adhésions. De plus, selon l'un de nos interlocuteurs, ce syndicalisme de salariés serait principalement composé de « vieux » ambulanciers axés sur la défense de leurs salaires :

« Tandis que les ambulanciers en France, s'ils ne sont toujours pas paramédicaux c'est à cause des syndicats qui ne revendiquent que le taux horaire, les paniers repas... etc... C'est un syndicalisme de « vieux » qui n'a aucune revendication que celles traditionnelles du salaire et du panier repas. Sur leurs chats dès que tu abordes l'urgence seulement 3 sur 60 s'y intéressent ». Selon David, « une autre chose bloque la profession : les politiques. Si les ambulanciers deviennent paramédicaux il faudra augmenter les tarifs et donc l'assurance-maladie devra payer plus ». A terme, il pense qu'une « fédération des ambulanciers urgentistes » pourrait être créée comme ce qui existe en Suisse. Mais pour le moment, « ce sont les syndicats avec les cégétistes qui font que la profession n'évolue pas car leurs seules revendications portent sur les salaires, les paniers repas, ce genre de connerie et très peu s'intéressent à faire évoluer la profession vers l'urgence. » (Journal de terrain, le 13/03/2007).

Il existe pourtant un syndicat d'employeurs et une revue professionnelle à l'origine de laquelle se trouve le patron des ambulances Jussieu, Jean De Laforcade, qui se mobilise pour faire reconnaître les ambulanciers comme des « professionnels » de l'urgence⁶¹. La conversation informelle menée au cours d'une assistance avec un ancien salarié de cette entreprise⁶², est à cet égard instructive :

« Mr De Laforcade est le patron des ambulances de Jussieu, une entreprise qui a un contrat avec des boîtes de production pour mettre des ambulances à disposition des réalisateurs lors de tournages de séries télévisées notamment. Il a des franchisés dans deux autres départements français et selon mon collègue « il est anti-pompier. Les ambulances de pompiers sont en rouge et bien lui il a fait peindre une partie du haut et du bas de ses ambulances en rouge également. Pour lui un ambulancier ne doit pas attendre, il n'a pas à faire les papiers, il doit avoir un uniforme et faire de l'urgence. C'est lui qui m'a tout appris dans l'ambulance ». Il est allé dans différents pays et régulièrement, il part faire des reportages et écrit des éditos dans le magazine « Turbulances ». Tout comme « notre patron » ainsi que ceux « de l'Etoile et Assistance », il adhère au syndicat appelé Chambre Nationale des Services d'Ambulances, un des trois syndicats ambulanciers. Contrairement aux deux autres syndicats qui refusent catégoriquement les urgences, ce syndicat

⁵⁹ www.forum-ambulancier.fr, le 10 octobre 2011.

⁶⁰ En témoigne, la publication en 2007 du « livre blanc des ambulanciers » qui fut élaboré uniquement par les représentants des employeurs syndiqués.

⁶¹ « Le fait pour une activité d'obtenir le label de « profession » procure plusieurs avantages. Les professionnels gagnent plus que les travailleurs « ordinaires ». Une profession est davantage respectée et estimée qu'une occupation quelconque. Plus important encore, dans les cas purs, un professionnel jouit d'un degré considérable d'autonomie dans l'exécution de son travail. De nombreux groupes tentent donc de conquérir ce label. Mais, à moins que celui-ci ne soit conquis par la tradition, il est fréquent que d'autres groupes tentent de les empêcher de l'obtenir, ainsi que les privilèges qui l'accompagnent. Cet état de chose débouche sur des discussions interminables quant aux critères permettant de décider si tel ou tel groupe de travailleurs correspond à une profession », Demazière Didier, Gadea Charles, dir., *op. cit.*, p. 9.

⁶² Ancien militaire devenu ambulancier privée dans l'entreprise Jussieu qui travaillait en étroite collaboration avec le SMUR de Versailles. Dans ce cadre, il a endossé le rôle d'ambulancier SMUR pendant quelques années.

prône l'urgence et se positionne contre l'extension du « secours à victime » chez les pompiers : « Est-ce qu'on fait le feu nous ? ». »

Jean De Laforcade fait ici figure de véritable « entrepreneur de protestation »⁶³ contre le manque de reconnaissance des ambulanciers dans le domaine de l'urgence. Sur ce point, tous les syndicats n'adoptent toutefois pas la même position. Il existe en effet, un clivage net entre les partisans d'un développement de l'activité de soins d'urgence, et ceux qui défendent une vision plus traditionnelle de l'ambulancier « transporteur ». Dans ce contexte, la revue *Turbulances* reste dans les faits, largement méconnue des ambulanciers et la plupart de ceux qui en connaissent l'existence, ne la consultent que peu, voire pas du tout. Aussi, les interrogations et les protestations publiées dans cette revue et défendues par les syndicats « pro-urgences », se déploient-elles en dehors de toute publicité dans des univers sociaux peu visibles, relativement cloisonnés et restreints.

Aussi, de par les compétences qu'on lui attribue dans le champ de la santé, l'ambulancier fait sans nul doute partie des professionnels « paramédicaux », au sens où les définit Eliot Freidson. Néanmoins, les administrations étatiques, aidées en cela par les syndicats, sembleraient empêcher l'image de l'ambulancier-soigneur d'exister au profit de celle de « transporteur ». Dans ce contexte et en dépit des multiples actes de soins qu'ils réalisent, les ambulanciers peinent à être reconnus comme des professionnels du soin et restent le plus souvent placés, par les autres acteurs du champ, au rang de brancardiers⁶⁴.

Ainsi, même s'ils n'appartiennent pas en raison de leur statut privé à la hiérarchie hospitalière, les ambulanciers sont maintenus dans une position subordonnée au sein du champ de la santé. Cette subordination se manifeste non seulement dans les interactions au quotidien, parfois tendues, avec des aides-soignantes et infirmières mais surtout, dans les rapports qu'ils entretiennent avec la profession médicale qui, compte tenu du faible poids politique des ambulanciers, est parvenue jusqu'à présent à imposer le contrôle des contours de ce métier.

1.2.2. Une position subordonnée dans le champ de la santé

L'ambulancier fait partie des professions de service et en vertu de son rôle dans le champ de la santé, il est amené à fréquenter diverses structures de soins ainsi que des catégories de soignants variées. Parfois, l'état physique du patient est tel (un peu trop lourd et/ou algique) qu'il nécessite

⁶³Neveu E., *Sociologie des mouvements sociaux*, 2000.

⁶⁴ Et non au rang de l'ambulancier hospitalier, celui-ci pouvant être ambulancier « SMUR ». Ce poste est considéré par certains de ces professionnels comme le plus haut grade pouvant être atteint dans ce métier, en dehors de celui de chef d'entreprise.

la collaboration du personnel du service de soins pour le « brancardage ». A cette occasion, il n'est pas rare que l'ambulancier essuie un refus de la part de l'aide-soignant et/ou de l'infirmière qui, pour se justifier, invoquent généralement la surcharge de travail ou bien, lui rappellent que cette tâche ne relève pas de leurs compétences. Aussi, ils sont nombreux à ne pas oser les solliciter et à supporter seul l'épreuve. Cet aspect « physique » de leur travail qui relève du « sale boulot » de l'ambulancier, est loin d'être négligeable tant la charge que représente le transfert d'un patient s'avère à terme épuisante. Dans les rapports qu'ils entretiennent avec ces soignants, les ambulanciers ne sont néanmoins pas complètement dominés car en retour, ils peuvent également, dans certaines situations, refuser de prendre un peu du « sale boulot » de l'aide-soignante. Il arrive, par exemple, qu'au moment de la prise en charge d'un patient ils découvrent, après une nuit de miction mal contenue, une poche d'urine pleine ou bien un pyjama imprégné de selles. Ne pouvant transporter le patient dans ces conditions, ils font alors appel aux aides-soignants non sans leur reprocher parfois, de ne pas l'avoir apprêté. Ces situations provoquent régulièrement des tensions entre ces professionnels, les ambulanciers ne manquant pas de leur rappeler à l'occasion, que ces tâches n'entrent pas dans leur domaine de compétences. Ces travailleurs bénéficient donc de marges de manoeuvre qu'ils ne manquent pas d'utiliser pour échapper à leur statut de subalterne, mais celles-ci restent toutefois minimales voire inexistantes face à la profession médicale :

« Nous transportons une patiente vers une clinique privée pour une consultation. Une fois arrivé dans le service, l'ambulancier demande à la secrétaire s'il peut avoir un brancard pour y installer la patiente afin que nous puissions repartir immédiatement. Malheureusement, il n'y a plus un seul brancard de disponible. L'ambulancier appelle alors le régulateur pour expliquer la situation et ce dernier, bien que mécontent, l'autorise à attendre la fin de la consultation. Les minutes passent et le médecin n'arrive toujours pas, on décide donc d'installer la patiente sur une chaise roulante, la position assise ne semblant comporter aucun risque. La dame était en effet assise dans sa chambre lorsque nous l'avons prise une heure auparavant. Mais, elle fait subitement un malaise. Le médecin nous aide à la mettre en salle de consultation en urgence et sachant qu'on la surveillait, il décida de poursuivre ses consultations. Nous attendons. C'est au tour de la dame, le médecin requiert l'hospitalisation mais il doit trouver un lit. Il nous demande alors d'attendre encore un peu, le temps d'appeler le service et d'obtenir un lit. Fort de son expérience, l'ambulancier rétorque poliment : « Ce n'est pas notre rôle d'être brancardier, il y en a à l'hôpital. On n'a jamais refusé de rendre service mais ce n'est pas notre rôle »⁶⁵. Le médecin répond qu'il comprend bien la situation sans pour autant nous libérer. Mon collègue s'impatiente. Il téléphone de nouveau à l'entreprise qui nous demande de rester et d'obtenir rapidement le bon de transport indispensable, pour le règlement de la course par la sécurité sociale. Pour nous faire patienter, le médecin promet de le faire mais le temps passe, et l'ambulancier finit par expliquer qu'il ne peut attendre plus longtemps. Sur ce, le médecin répond « d'accord », et il referme la porte derrière lui sans établir le bon de transport. On s'adresse alors à la secrétaire médicale qui refuse catégoriquement de le faire invoquant les règles administratives : « C'est le médecin référent de la patiente qui doit faire un bon de transport ». Nous repartons, mon collègue est furieux. » (Journal de terrain, janvier 2005)

⁶⁵ L'ambulancier me dira par la suite : « *Je voulais qu'il reconnaisse que ce n'était pas notre rôle et que dans ce cas-là, on rendait seulement service* ».

Ce récit témoigne de la position délicate de l'ambulancier pris entre la logique de l'entreprise (la pression de la régulation) et la contrainte de l'établissement privé. Le médecin avait tout intérêt en effet, à maintenir les ambulanciers dans son service afin qu'ils pallient le manque patent de personnel et, pour ce faire, il n'hésite pas à user de son pouvoir de « prescripteur » de transport. Dans cette situation, l'ambulancier doit faire preuve de qualités relationnelles certaines afin de ne pas froisser le médecin, ce dernier pouvant décider de mettre fin au contrat établi entre son service et l'entreprise privée. On voit ici à quel point les ambulanciers et plus largement les entreprises privées, sont dans un lien de dépendance et de subordination vis-à-vis de la profession médicale, seule prescriptrice de transport sanitaire.

Cette position subordonnée est également visible à un autre niveau, celui de la formation dont le contenu est, depuis toujours, décidé par la profession médicale. Qu'on pense au CCA ou bien plus récemment au DEA qui l'a remplacé en 2007, dans les deux cas, ce sont les médecins du SAMU qui ont initié et contrôlé l'évolution du contenu de la formation⁶⁶. Dans le département enquêté, les ambulanciers sont d'ailleurs tous formés par des médecins urgentistes ou infirmiers SMUR au CESU, centre d'enseignement de soins d'urgence, qui jouxte le SAMU :

« Aujourd'hui, je passe la journée avec Romuald qui est arrivé chez Atlantic il y a 5 mois. Il est un des rares dans l'entreprise à avoir passé le nouveau diplôme d'ambulancier, le DEA. Il précise, lors de notre conversation, que ce diplôme est beaucoup plus complet que le CCA car la nouvelle formation dure 5 mois au lieu de 3. Il y a beaucoup de cours de médecine, tous axés sur les urgences : « Les médecins Samu qui nous dispensaient les cours ont dit à notre promotion qu'ils souhaitaient que d'ici 10-15 ans, les ambulanciers sachent perfuser sucre et sel, et intuber. Durant mon stage au service d'urgence, les infirmier(e)s avaient pour consigne de nous apprendre à piquer mais, pour ne pas choquer les patients, on collait une étiquette « étudiant infirmier » par-dessus celle d'ambulancier stagiaire. Parmi les médecins qui nous ont fait cours, il y avait un médecin sapeur-pompier qui, durant deux heures, n'a fait que parler des sapeurs-pompiers. Je suis allé me plaindre et ce médecin a du refaire son cours. » (Journal de terrain, Février 2009)

Romuald a donc appris à enlever une perfusion et à piquer, il me dit en avoir fait des dizaines. Il précise que les médecins formateurs étaient de jeunes urgentistes qui affirmaient que pour être urgentiste, « c'était deux ans et demi de formation supplémentaires », et « qu'ils n'allaient pas se laisser piquer leur travail par les sapeurs-pompiers » :

⁶⁶ « Parmi les tâches qui appartiennent traditionnellement au médecin, rares sont celles qui ne sont pas exécutées par du personnel de santé non médecin. En fait, bien des prestations incombant aujourd'hui à ce dernier ont été auparavant tenues pour des prérogatives ordinaires du médecin. Ce n'est donc pas au moyen de critères purement techniques qu'on peut les différencier de ces dernières. Ce que fait le médecin n'est qu'une partie d'un ensemble beaucoup plus vaste de tâches réparties techniquement, et encore sa part n'est-elle pas toujours circonscrite et spécifique. Ce qui l'est en revanche, c'est le contrôle que le médecin exerce sur la division du travail. Sont dits « paramédicaux » tous les métiers qui tombent sous son contrôle [...] Le terme « paramédical » s'applique aux métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent finalement sous le contrôle du médecin. Ce contrôle se manifeste de plusieurs façons... ». Freidson E., *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984, p. 50-51.

« En tout cas c'est clair et net, ici, ils veulent faire la pige aux pompiers. Ils nous ont dit : « les pompiers c'est l'incendie, on veut que vous d'ici 10-15 ans vous interveniez sur les AVP. Quand la plupart des ambulanciers seront formés au DEA, on vous enverra sur les AVP ». (Journal de terrain, Février 2009)

Cet extrait d'entretien informel mené au sein même de l'ambulance est très riche d'enseignements. Non seulement, il confirme la mainmise des médecins du SAMU sur la définition des contours de la formation des ambulanciers mais bien plus encore, il permet de comprendre les raisons qui ont présidé à l'élargissement, en 2007 soit 37 ans après la création du CCA, des compétences des ambulanciers : ces derniers constitueraient des alliés du SAMU dans la bataille que celui-ci livre avec la FNSPF sur le terrain de l'urgence sanitaire.

Rappelons qu'au même moment, les sapeurs-pompiers se sont engagés dans une politique de paramédicalisation de leurs ambulances avec la création des VLI. Ce nouvel instrument est présenté par la FNSPF comme une solution répondant aux limites des SMUR qui ne permettent pas d'assurer un égal accès aux soins d'urgence sur le territoire, comme l'explique cet infirmier VLI :

« - Pourquoi les sapeurs-pompiers ont développé ce système de VLI c'est quoi l'avantage ? Il y a quand même les SMUR qui sont là ?

- Oui mais les SMUR ne suffisent plus par rapport à la population en fait ! Quand on réfléchit bien, il n'y a pas tant de SMUR que ça. Il y en a 2 à St. N., un à C. et il doit y en avoir deux ou trois ici, ça fait 5-6 SMUR, pour tout le département ce n'est pas énorme et...

- Oui mais comme il n'y a pas beaucoup d'urgence vitale, ça représente que 5% des urgences ?

- Oui mais ça représente que 5-10% d'urgence mais ça fait quand même 6 SMUR sur tout le département. Dans la journée, il y a plus d'urgence vitale que ça ! Il suffit que tu aies un accident dans un coin, une douleur thoracique dans un autre, un accouchement ailleurs. Non...souvent enfin ça arrive, il y a carence de SMUR, il n'y a pas de SMUR. Moi, quand j'étais ambulancier, des fois je sortais sur carence de SMUR parce qu'il n'y avait pas de SMUR. Parce qu'il n'y avait pas encore ce contexte de VLI, je sortais sur carence de SMUR. On disait : bah il n'y a pas de SMUR, vous y allez, vous nous racontez et on verra ce qu'on peut faire. Donc en fait, les pompiers se sont rendu compte de ça parce qu'eux aussi ont été déclenchés sur des carences de SMUR. Nous, on faisait surtout le centre-ville mais à l'extérieur, dans la périphérie, c'est pareil. Il y avait moins d'ambulanciers privés donc c'était les pompiers qui sortaient et on leur disait bah « carence de SMUR ». Donc ils pouvaient très bien arriver sur un arrêt et on leur disait, on ne vous envoie même pas de véhicule parce qu'on n'en a pas. C'est pour ça qu'on s'est dit, bah ! il y a quand même un problème donc les pompiers ont essayé de combler par rapport à ça⁶⁷. »

Le développement de cette activité VLI a été rapidement perçu par les ambassadeurs du SAMU, comme une concurrence faite à leur SMUR. Un ancien « collègue » ambulancier ayant quitté l'entreprise enquêtée pour intégrer un poste d'ambulancier SMUR dans le service d'urgence d'une ville moyenne du département, témoigne de ce mécontentement :

⁶⁷ Entretien semi-directif réalisé en janvier 2007 au domicile de notre interlocuteur. Cet infirmier VLI est également un ancien ambulancier privé qui travaille, au moment de l'enquête, en tant qu'infirmier SMUR dans un service d'urgence situé dans le département voisin. Je l'ai rencontré quelques mois auparavant au cours d'une assistance sanitaire.

« Au départ, les VLI des sapeurs-pompiers ont été très mal perçus par le SAMU-SMUR car leur existence diminuait leurs sorties. Des fois ça me fait chier quand j'entends que la VLI est sur place et que le SMUR n'a pas besoin de se déplacer parce que les pompiers sont déjà sur place et l'ont directement envoyé. Et moi, je préfère intervenir plutôt que de rester aux urgences faire office d'aide-soignant⁶⁸. »

C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre cette délégation de compétences dites « médicales » faite par les médecins urgentistes⁶⁹ aux ambulanciers, après plus de 30 ans d'inertie dans ce domaine :

« Daniel est ambulancier depuis 18 ans. Il s'est rendu récemment à la nouvelle formation de 3 jours. Une infirmière du Samu qui leur faisait cours leur a dit que le Samu souhaitait les faire davantage intervenir parce qu'il y aurait une augmentation des interventions à laquelle ils n'arrivent pas à faire face. Voilà pourquoi, des stéthoscopes et des dextro⁷⁰ ont été récemment installés dans les véhicules. Certains ambulanciers ont fait remarquer à la formatrice qu'il y a quelques années, on leur disait que ça n'était pas possible et que c'était des actes médicaux. La réponse fut immédiate : « Oui mais on veut que vous interveniez davantage ! ». Je fais alors remarquer à mon collègue que dans notre véhicule, nous avons un kit d'accouchement (ce qu'il ne savait pas) et un kit de brûlure (il le savait) : « Oui mais le patron achète le matériel parce que le Samu lui demande et nous on n'est même pas au courant et en plus, je ne sais pas m'en servir. » (Journal de terrain, 15/03/2010).

L'enjeu est de taille pour les partisans du SMUR mais aussi pour les ambulanciers qui trouvent là une chance d'être reconnus comme faisant partie du « personnel soignant » :

« Nous sommes dans un « lourd »⁷¹ avec un stagiaire DEA qui suit la nouvelle formation (DEA). Il m'explique l'enjeu de ce diplôme : « Nous serons reconnus comme personnel soignant, ce qui est énorme ! La formation dure 5 ½ mois mais ils parlent de faire un diplôme d'état d'ambulancier qui serait une formation de 10 mois mais c'est toujours en discussion. Notre diplôme est régi par le ministère de la Santé mais en tant que praticien, on est sous le ministère des Transports. Mais en 2010 ça va changer ». » (Journal de terrain, juin 2007)

⁶⁸ Entretien semi-directif réalisé le 12/03/2007 au domicile. J'ai rencontré D. quand il travaillait dans l'entreprise. Avant qu'il ne parte pour le SMUR de la ville voisine, je lui ai demandé si éventuellement, il accepterait de faire un entretien dans les 6 mois à venir. Il a accepté et m'a par ailleurs proposé de rencontrer le chef de centre de C. (commune voisine) car il est également SPV au centre mixte de C. Enfin, il exerce aussi une activité parallèle, celle de formateur dans les entreprises. Il a créé une société avec une commerciale : elle démarché les entreprises et il assure les formations. Il est responsable de la formation dans l'entreprise.

⁶⁹ Ce processus de délégation de compétences « médicales » par intérêt, a été repéré par d'autres depuis longtemps qu'il s'agisse de l'histoire de la formation des infirmières : *« Quand les écoles d'infirmières se créent les médecins veillent à ce qu'elles n'en fassent pas des « concurrentes potentielles voulant jouer aux médecins » et limitent donc au maximum leur enseignement technique. C'est ainsi qu'ils s'émouvent en 1881 que l'on montre aux infirmières comment faire les pansements ou pratiquer une injection intradermique, ce qui pourrait porter préjudice aux étudiants en médecine [...] Quand ces actes deviennent courants, ils deviennent alors indignes du médecin qui se réserve les actes nobles, comme le maniement du bistouri. Ni la création des CHU, ni le fait que l'infirmière est maintenant une professionnelle qualifiée, formée aux nouvelles technologies, n'ont pas réussi à faire d'elle, en France, un membre à part entière de l'équipe médicale »*, Imbault-Huard M-T., *« La réanimation entre mythe et réalité »*, in Grosclaude M., dir., *op. cit.*, p. 218. Ou qu'il s'agisse de la genèse de diverses spécialités. Sur ce point, le lecteur peut se reporter avec profit au numéro d'ARSS consacré à la spécialisation médicale: *« La spécialisation médicale »*, ARSS, 2005/1-2, n°156-157.

⁷⁰ Appareil de mesure du taux de glycémie.

⁷¹ Dans le langage indigène, ce terme désigne « l'ambulance de secours et de soins d'urgence » (ASSU). Ce véhicule est dit « lourd » car le volume de sa cabine permet d'accueillir une équipe SMUR ainsi que tout le matériel nécessaire pour assurer des soins d'urgence (bouteilles d'oxygène, tensiomètre, saturimètre, etc...).

L'élargissement des compétences qui découle de la création du nouveau diplôme s'est traduit sur le terrain, par l'arrivée de nouveaux matériels de secours dans les ambulances privées au tournant des années 2009-2010 :

« Les nouvelles tenues sont arrivées. Il semblerait que le changement soit dû à l'arrivée imminente d'une nouvelle norme européenne. Parallèlement, du nouveau matériel apparaît dans les « lourds » : thermomètre électronique, appareil qui fait tensiomètre/saturomètre/prise de pouls ; des Kits pédiatrie, accouchement, brûlure ; de nouveaux masques à oxygène. Le patron augmente son parc d'ASSU et la nouvelle tombe : le déménagement de l'entreprise est confirmé. La fin des travaux et l'emménagement sont prévus pour la fin de l'année. Il s'agira d'une très grosse structure. » (Journal de terrain, janvier 2010)

Parallèlement, je constate avec surprise que les ambulanciers sont missionnés par le SAMU pour intervenir dans des lieux publics jusqu'à présent réservés aux sapeurs-pompiers :

« Je suis à la « régulation ». Le « 15 » demande à l'entreprise de faire intervenir une de ses ambulances au STAPS. Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui a fait une chute au cours d'une séance de sport. Le 15 exige un bilan. Je m'étonne alors qu'une ambulance privée soit missionnée pour intervenir dans un établissement public. Le régulateur me répond qu'ils en font de plus en plus, « même des interventions dans des services hospitaliers. C'est parce que la personne a fait le 15 et que les pompiers ça coûte cher ». Un autre régulateur précise que si je veux « politiser tout ça c'est une histoire de budget. Si l'intervention se fait au titre du 15, ça rentre dans leur budget mais s'ils le font au titre du 18, ça va pour le 18 ». (Journal de terrain, janvier 2009)

« Je suis au bureau, à la salle de régulation. Le régulateur envoie une équipe en urgence au Château, sur un « appel SAMU ». Je lui demande alors : « Mais comment se fait-il qu'on vous demande d'intervenir alors qu'il s'agit d'un lieu public? Ca devrait être les pompiers ! ». Il me répond un peu gêné : « Oui mais on fait de plus en plus d'interventions à la place des SP ! ». » (Journal de terrain, avril 2009)

Ce contrôle de la formation par le corps médical n'est pas sans conséquence sur les discours et comportements des ambulanciers qui, pour une écrasante majorité d'entre eux, sont les premiers ambassadeurs du SAMU et des SMUR. Etre « ambulancier SMUR » constitue d'ailleurs, pour nombre d'entre eux, le plus haut grade qu'un ambulancier puisse atteindre :

« Un jeune ambulancier m'explique brièvement le fonctionnement du SMUR 92 : « Quand l'ambulancier SMUR arrive, c'est le boss. C'est lui qui dit si les pompiers ou les ambulanciers privés peuvent partir ». Il m'explique avoir davantage appris en une semaine là-bas qu'en deux ans d'ambulance (il préparait son CCA tout en travaillant en ambulance). Il a appris à poser des perfusions, à préparer des solutions tout en sachant que ces actes médicaux ne sont, en théorie, pas du ressort d'un CCA : « Mais c'est comme ça que ça se passe au SMUR. On me donnait les clés du coffre fort où il y a toutes les drogues et on me disait va chercher ça ! Alors qu'il y avait un infirmier stagiaire qui n'avait pas le droit ». » (Journal de terrain, mars 2006)

Même si les critiques émaillent les discours, une large majorité des ambulanciers reste entièrement acquis au principe du SMUR et soumis aux ordres des médecins du SAMU qui sont perçus comme les chefs d'orchestre de la scène des urgences. Ils affirment par exemple souvent, être « les yeux du SAMU », une expression indigène forgée par les médecins du CESU eux-mêmes. Un ambulancier me dit même un jour : « *Les ambulanciers sont les yeux du SAMU.*

Quand la personne appelle le 15, ils ont le son et c'est aux ambulanciers de mettre les images »⁷².

En revanche, les propos qu'ils émettent à l'endroit des médecins généralistes traduisent des rapports quelque peu différents. N'étant pas spécialisés dans le domaine de l'urgence, ces médecins s'en remettent régulièrement⁷³ au savoir-faire des ambulanciers pour mener à bien l'intervention :

« Charles relate une intervention à domicile avec un médecin généraliste. Ce dernier n'avait pas pris la tension du patient quand il est arrivé. Il lui demanda alors d'en prendre une et le médecin lui répondit : « Oui vous avez raison ». Puis, comme la personne avait des antécédents d'OAP (œdème aigu pulmonaire), l'ambulancier lui demanda s'il avait pris une saturation (taux d'oxygène dans le sang). Il ne l'avait pas fait non plus. Le médecin demanda alors à Charles s'il avait le matériel pour cela. Charles lui répondit par l'affirmative. La saturation était de 85 alors Charles mis de l'oxygène. « A 15 litres lui demanda le médecin » mais Charles lui proposa 10 L et le médecin acquiesça. Par contre il s'impatientait parce que Charles ne voulait pas partir tant que la « sat » resterait mauvaise. Le médecin lui demanda alors : « C'est quoi une bonne sat. pour vous ? » ; Charles : « 97 » ; Le médecin : « OK ». Ils attendirent donc et une fois la « sat » à 97, les ambulanciers se dirigèrent vers les urgences. » (Journal de terrain, juin 2006)

Ce récit, qui m'a été rapporté par un ambulancier chevronné (20 ans de carrière), encourage à relativiser le lien de subordination médicale. Malgré tout, cette collaboration avec les médecins généralistes ne se fait pas toujours sans heurt, certains d'entre eux peinant à reconnaître les compétences des ambulanciers en matière de soins d'urgence :

« Nous commençons à midi, je fais équipe avec David, l'ambulancier passionné d'urgence. Nous sommes missionnés pour un premier transport en direction d'une maison de retraite ou plutôt, d'un hôpital long séjour appartenant au CHU que les ambulanciers qualifient souvent de « mouiroir ». Nous devons emmener une personne âgée à l'hôpital St J. Lorsque nous arrivons à l'étage, nous apercevons 5-6 membres du personnel affairés autour d'une patiente dont on nous dira par la suite qu'elle a 101 ans. Cette femme est allongée sur un brancard, la tête enveloppée par des bandages souillés par son sang. Elle aurait une plaie profonde à la tête.

On nous demande de la transporter aux urgences à la place de l'autre patiente. Un médecin est présent, il se présentera plus tard au « 15 » comme étant le médecin généraliste de garde du CHU. Il est âgé d'une cinquantaine d'années et souhaite qu'on emmène cette dame au plus vite. Mais avant de la prendre en charge, David souhaite connaître ses constantes: « Elle a entre 7 et 8 de tension et le SAMU ne se déplacera que s'il y a perte de connaissance ». Mon collègue précise que son véhicule est de catégorie C et qu'en cas de problème sur le trajet, l'équipe médicale aura très peu de place pour travailler à bord de l'ambulance. Par ailleurs, la tension est trop basse puisqu'à partir de 7, un ambulancier n'est théoriquement pas autorisé à transporter un patient. Le médecin semble à la fois étonné et agacé par la réponse de l'ambulancier : Vous voulez être couvert, c'est ça ? Qu'est ce que vous voulez que je fasse pour que vous soyez couvert ? David lui demande d'appeler le 15, d'expliquer le cas de la patiente au médecin régulateur, de préciser que nous ne disposons que d'un véhicule de catégorie C mais que s'il nous autorise à la transporter, nous le ferons sans problème. Toujours aussi mécontent, le médecin appelle le 15. Il explique le cas et passe ensuite le combiné à l'ambulancier qui expose de nouveau son problème. L'autorisation de

⁷² Journal de terrain, 20/02/2007.

⁷³ Nous verrons plus loin que cette collaboration se fait parfois « sous tension ».

transporter est donnée, le médecin régulateur demande au médecin de garde de nous faire un bon de transport. Je commence à préparer le brancard, je le mets en parallèle du lit pour le transfert puis je le recouvre d'un drap. C'est alors que l'infirmière arrive pour nous informer que la patiente se plaint également d'une douleur cervicale. Il est 13h30 et elle serait tombée vers 12h00. La colonne pouvant être atteinte nous devons, dans le doute, impérativement maintenir « l'axe tête-cou-tronc » de la patiente et pour cela l'immobiliser dans un matelas « coquille » prévu à cet effet. Les infirmières sont étonnées, elles ne connaissent pas cet outil. Une fois la patiente installée avec l'aide du personnel, nous la transportons sans encombre, avec « les bleus » et les « trois tons » vers les urgences du CHU. L'intervention terminée, David me confie qu'il a été outré par l'attitude du médecin qui d'après lui, « voulait se débarrasser de cette urgence au plus vite comme si c'était un colis », et en omettant de préciser que la patiente se plaignait de douleurs cervicales. » (Journal de terrain, 12/02/2006)

Les tensions entre les ambulanciers et les médecins autour de la prise en charge d'un patient sont courantes lors des interventions d'urgence. Cependant, face à ces médecins non urgentistes, certains ambulanciers ne s'en laissent pas compter, ils ne se soumettent pas à leurs ordres mais à ceux du SAMU qui a toujours, en la matière, le dernier mot. Cette capacité de résistance et d'autonomie dont a fait preuve cet ambulancier pour défendre son rôle est toutefois loin d'être observable chez l'ensemble de ces professionnels dont une partie, non négligeable, considère ce métier comme un simple emploi et non une vocation.

1.2.3. Un simple emploi et moins souvent une « vocation » : un « groupe professionnel » aux profils hétérogènes

Ces dernières années, la presse s'est faite l'écho, à quelques (rares) reprises, d'appels au recrutement lancés par des chefs d'entreprises en recherche de personnel ambulancier :

« Fiche Métier : Ambulancier, c'est d'abord une vocation.

Les postes d'ambulancier sont à pourvoir, pour des personnes désirant être proche des gens.

Le vieillissement de la population et la hausse des hospitalisations de jour les rendent indispensables. Près de 3 000 postes d'ambulancier sont à pourvoir chaque année. Assurer le transport en urgence de blessés est une de leurs principales missions. Mais ce n'est pas la seule. Les ambulanciers doivent aussi accompagner les femmes enceintes, les malades, les personnes handicapées ou les personnes âgées dans leurs trajets pour se rendre à l'hôpital, au centre de rééducation ou à la maison de retraite. Ces anges gardiens passent la majeure partie de leur temps au volant de leur véhicule. Ils doivent veiller à la sécurité et au confort de leurs passagers, qu'ils connaissent parfois par leur prénom.

Deux niveaux de qualification

Le métier exige beaucoup de sang-froid. Lors d'interventions d'urgence, l'ambulancier peut en effet être amené à administrer les premiers secours - massages cardiaques, assistance respiratoire -, seul ou en collaboration avec les équipes d'aide médicale. « Plus qu'un métier, c'est une vocation, exigeante, tant physiquement que psychologiquement. Les salariés travaillent souvent en heures supplémentaires pour assurer les gardes de nuit de 20 heures à 8 heures, le dimanche et les jours fériés, en plus du travail de jour », explique Bernard Boccard, président de la Chambre nationale des services d'ambulances (CNSA). On compte actuellement 47 000 ambulanciers en France⁷⁴. »

⁷⁴ *Le Parisien* : 2 mai 2011. Etudiant.aujourd'hui.fr.

Pour mener à bien leur « entreprise de conviction », les auteurs de cette fiche métier recourent au registre de la vocation et à la figure de l'ange gardien⁷⁵. L'accent est mis par ailleurs sur l'activité d'urgence ainsi que sur les multiples compétences tant relationnelles, physiques que psychologiques, nécessaires à l'exercice de ce métier. Néanmoins, l'observation participante fait entrevoir au chercheur une réalité du métier bien différente de celle transmise au public, tant au niveau des discours sur cet emploi que de la façon de le vivre au quotidien.

Lorsqu'on interroge les ambulanciers sur leur mode d'entrée dans le métier⁷⁶, le discours public de la vocation s'efface en effet très souvent, pour laisser place à des paroles privées qui traduisent essentiellement le poids de la nécessité, de la contrainte, du choix « par défaut » et/ou du hasard d'être devenu ambulancier. Une large majorité de ces professionnels ont exercé d'autres emplois avant d'être ambulancier et leur entrée dans ce métier résulte le plus souvent, du « hasard ». Elle vient parfois mettre fin à une période de petits boulots et/ou de chômage :

« Ambulancier de 42 ans, père de deux enfants. J'ai profité du trajet qui nous menait à l'aéroport de Roissy Charles De Gaulle pour lui poser quelques questions. Cela fait 17 ans qu'il travaille dans l'entreprise⁷⁷. Avant d'être ambulancier, il a exercé l'activité de vigile (pendant 4 ans) puis il a travaillé comme ouvrier dans une entreprise de fabrication de cartes à puces. Il mettait en place les « semi-conducteurs ». Cette entreprise a licencié 300 salariés et comme il faisait partie des derniers embauchés, il a été licencié. S'en suit une période de six mois durant laquelle il exerce des « petits boulots » et, disposant d'un peu de temps libre, il décida de passer le BNS à la Croix-Blanche. Quand je lui demande les raisons du choix de l'association, il invoque le hasard et n'en dit pas plus. C'est un copain à lui, ambulancier dans l'entreprise enquêtée, qui lui a conseillé de présenter sa candidature. En 1989, il passe son CCA. » (Journal de terrain, 22/11/2004).

« Avant d'être ambulancier, Philippe a fait plusieurs métiers : commercial (plantes, surgelés...), il décorait des plateaux de cinéma et il a même travaillé quelques mois chez les pompiers de Paris. Suite à une séparation difficile, il a dû abandonner sa société et s'est dirigé vers le métier d'ambulancier. Il projette de quitter l'entreprise pour devenir chauffeur de taxi afin de retrouver son statut d'indépendant » (17/01/2005).

« Benoît (environ 40 ans). Il est arrivé « par hasard » dans la « profession ». Il a fait une formation dans l'hôtellerie, il était réceptionniste. Puis, il a exercé une activité salariée en tant que commercial pour *in fine* débiter comme ambulancier régulateur en région parisienne. » (Journal de terrain, /2004).

« Benoît (également), la quarantaine. Cela fait 17 ans qu'il est dans le métier mais il a fait plusieurs petits boulots auparavant (restauration, livraison, agent de sécurité). Il recherchait un travail en CDI à temps plein, son beau-père était ambulancier, il l'a encouragé à passer son brevet de secourisme et les choses ont suivi. » (Journal de terrain, /2004).

« José (35 ans). Cela fait trois ans qu'il est ambulancier mais il ne compte pas faire ça toute sa vie. Il a remarqué l'apparition de douleurs qu'il n'avait pas avant au genou et à la hanche gauche. Il souhaite donc arrêter dès qu'il le pourra. Auparavant, il travaillait dans des bureaux d'étude, il était responsable de la réalisation des mises aux normes européennes dans l'agriculture. Toutefois cette

⁷⁵ Ce discours de la vocation est également mobilisé dans le « Livre blanc des ambulanciers », *op. cit.* p. 2. : « Nous ne sommes pas des politiciens mais des gens de terrain qui pratiquent leur métier par vocation ».

⁷⁶ Contrairement à l'enquête réalisée par Anne-Marie Arborio, l'objectif n'étant pas ici de faire une analyse détaillée de ce groupe professionnel, nous n'avons pas systématiquement interrogé les ambulanciers sur leurs trajectoires sociales et professionnelles.

⁷⁷ En 2010, il est toujours ambulancier.

activité était trop précaire à son goût : « J'avais CDD sur CDD. J'ai décidé donc de partir sans savoir que ce serait très difficile de retrouver du travail dans ce domaine ». C'est après une longue période de chômage qu'il se décida à changer de branche. L'entreprise enquêtée lui a proposé un stage et il a passé son CCA dans la foulée⁷⁸. Il souhaite quitter le métier pour s'installer en tant que taxi indépendant. » (Journal de terrain, /2004).

Il est fréquent que des ambulanciers souhaitent se reconverter dans le métier de taxi non seulement, pour avoir une plus grande autonomie dans leur travail mais également afin de mieux gagner leur vie à l'instar de ce jeune ambulancier qui projette de passer sa licence au plus vite :

« Yoann s'apprête à passer un examen pour être taxi, il veut monter sa boîte avec un autre gars qui a semble-t-il déjà démarré l'affaire. Il me raconte que les taxis gagnent très bien leur vie dans la mesure où ils déclarent seulement le tiers de ce qu'ils gagnent. » (Journal de terrain, mars 2006)

José et Yoann ont quitté l'entreprise : le premier a rejoint un ancien salarié ayant créé une entreprise d'ambulance en milieu rural tandis que l'autre, s'est associé avec un « copain » pour gérer une entreprise de taxi. Néanmoins, cette collaboration se soldera par un échec qui a contraint Yoann à revenir quelques mois plus tard travailler dans l'entreprise d'ambulance⁷⁹ ; d'autres ambulanciers ont eu plus de « chance », à l'instar de Paul qui a démissionné en 2009 pour ouvrir son magasin de vélos et qui qualifie son entrée dans le métier, de « dérive de carrière » :

« Paul a environ 35 ans. Il est ambulancier depuis 15 ans. Lorsque je lui demande s'il a toujours voulu faire ce métier il me répondra : « Oh non ! C'est une dérive de carrière ». Il ajoute que c'est la même chose pour la plupart des ambulanciers de la société qui, à la base, n'avaient pas prévu de faire ambulancier. Le midi on mange sur place, Paul en profite pour déjeuner en compagnie d'une copine qu'il a appelée le matin même. Durant le repas, je comprends qu'il n'aime pas particulièrement son métier. Il est passionné de vélo. » (Journal de terrain, 13/12/2004)

Pour certains, l'entrée dans le métier revêt une solution rapide pour éviter le chômage suite à l'interruption de leur précédente carrière professionnelle ou bien, une solution provisoire dans l'attente de la réalisation d'un autre projet : Romuald, une quarantaine d'années, est un ancien patron de restaurant et il souhaite changer de secteur pour devenir infirmier. La formation d'ambulancier constitue pour lui une simple étape, le premier barreau d'une échelle qu'il souhaite gravir rapidement⁸⁰.

Pour d'autres ambulanciers rencontrés au cours de cette enquête, l'entrée dans ce métier relève davantage d'un choix de carrière « par défaut », pour lequel ils ont opté suite à des échecs répétés

⁷⁸ L'année 2008, il quitta l'entreprise pour rejoindre David qui venait de créer sa société d'ambulance spécialisée dans l'urgence « USR », Unité de Secours Régionale. Il l'a calqué sur le modèle suisse.

⁷⁹ Journal de terrain, septembre 2008.

⁸⁰ On pense aussi à la dizaine de « saisonniers » dont je faisais partie, qui travaillaient dans l'entreprise deux à trois jours par semaine toute l'année et ce, souvent pendant plusieurs années. La plupart d'entre eux suivaient un cursus universitaire et/ou recherchaient un emploi après avoir obtenu un diplôme de master.

aux concours d'entrée aux écoles d'infirmiers ou de sapeurs-pompiers, deux métiers « à vocation » :

« -Alors quand est ce que tu as commencé à être ambulancier ? Comment tu en es arrivé à faire de l'ambulance ?

- Alors je voulais être pompier, rentrer chez les pompiers de Paris et je n'ai pas pu. Je n'ai pas pu à cause de ma vue mais je crois aussi que je n'avais pas le niveau d'étude. C'est le niveau BEPC mais la plupart avaient Bac+2. Alors comme je voulais toujours être pompier j'ai pris une voie parallèle qui était ambulancier vers 1986. A l'époque, ambulancier non agréé avec une personne dans l'ambulance⁸¹. »

« Assistance à Lille avec Mathias, un jeune ambulancier de 25-30 ans qui a échoué, à deux reprises, à la première année d'étude infirmier. Il aimerait quitter le métier. En 2008-2009, il part de l'entreprise pour aller travailler dans une entreprise d'ambulances située en milieu rural. » (Journal de terrain, le 7/05/2007)

Le profil de l'ambulancier sapeur-pompier volontaire n'est pas rare. Comme l'un de nos interlocuteurs, d'autres jeunes engagés depuis quelques années chez les pompiers exercent le métier d'ambulancier dans l'attente et/ou l'espoir de devenir un jour professionnels. Ils recherchent les interventions d'urgence et partagent, sur ce point, la même passion que les rares ambulanciers entrés dans le métier par « vocation ». David est l'un d'entre eux:

Portrait de David

Le 12/02/2006:

Sachant que David est un passionné de l'urgence, j'utilise avec profit les temps de trajet pour obtenir des informations sur les ambulanciers et l'urgence. Il se rend régulièrement en Suisse pour se perfectionner et projette de créer sa société en milieu rural (sa commune natale) et de se spécialiser dans les transports d'urgence. Selon lui, « chaque entreprise a sa philosophie de l'urgence » et s'il reste dans la société enquêtée, c'est uniquement pour le salaire parce que dans des entreprises comme « X », spécialisée dans l'urgence, à l'heure actuelle on ne peut pas avoir un salaire convenable. Il précise que la plupart des ambulanciers de l'entreprise « X » sont également SPV, les vacances leur permettant de compenser un salaire un peu bas pour le moment.

Le 22/01/2007

Il adore l'urgence, il me dit qu'il a songé à être sapeur-pompier professionnel mais le problème c'est qu'il n'aime pas l'incendie et il se connaît, quand il n'aime pas quelque chose, il ne fait aucun effort. D'ailleurs, il a été démarché plusieurs fois par les sapeurs-pompiers. Il me parle également à plusieurs reprises, d'un projet qu'il a en tête : « Je ne veux pas rester employé toute ma vie, je veux monter ma boîte ». Il économise et très régulièrement, il consacre ses vacances à des stages de perfectionnement des gestes d'urgence en Suisse.

Le 10/04/2007

David me confie qu'il va bientôt partir, « début mai si tout va bien ». Il va créer une USR, une unité de secours régional. C'est le nom qu'il a choisi pour se mettre à son compte. Il me dit qu'il va faire de l'urgence et du transport conventionnel car « l'urgence seule n'est pas rentable ». Je lui demande pourquoi il a choisi le terme UNITE et non entreprise ? « C'est parce qu'en Suisse ils appellent cela des unités et, sur le plan marketing, j'ai vu ce que ça le faisait ! ». Il a des bons contacts avec les médecins du secteur rural où il souhaite s'installer. Aucune entreprise n'y est basée pour le moment. Ils seront 4 associés, il est content de partir de l'entreprise.

⁸¹ Entretien semi-directif, 12/03/2007. Il est aujourd'hui ambulancier SMUR, il a créé parallèlement une entreprise de formation aux gestes de secouriste en association avec une commerciale.

L'année 2008, il quitte l'entreprise. Je le croiserai à plusieurs reprises jusqu'à ma sortie du terrain en 2011. J'aperçois aujourd'hui régulièrement ses ambulances dans le paysage urbain.

Ces ambulanciers exerçant ce métier par vocation se mobilisent au quotidien pour, disent-ils, « changer l'image de la profession » : « C'est à nous de faire le ménage » m'a-t-il affirmé un jour. Pour étayer ses propos, il n'hésita pas à rendre compte d'anecdotes illustrant selon lui, le manque notoire de compétences d'un certain nombre de ses collègues dans le domaine de l'urgence :

« Il a fait une intervention avec un jeune ambulancier. Il lui demande de préparer le matériel d'O2 pendant qu'il prend les constantes et pose le diagnostic. Plusieurs secondes après il se retourne et constate qu'il reste les mains dans les poches à le regarder. David lui demande alors ce qu'il fait et le jeune lui répond : « C'est maintenant qu'il faut que j'aie le faire ? ». Enervé David lui répond : « Non demain espèce de gros con... Je ne comprends pas ce genre de connerie » [...] J'entends des ambulanciers qui se plaignent du manque de reconnaissance, de considération mais c'est de leur faute » [...] La formation des ambulanciers français est insuffisante selon David qui dit ne rien avoir appris avec le CCA. De même la formation continue devrait être organisée par l'employeur. Dans certaines boîtes et notamment à Urgence 44 à St N., tous les lundis matin c'est formation continue. » (Journal de terrain, janvier 2007).

L'absence d'obligation des entreprises en matière de formation continue ainsi que la faiblesse du niveau de formation des ambulanciers français, constituent selon David, les deux principales raisons du manque de compétences observé chez la plupart de ses collègues. Un point de vue partagé par d'autres ambulanciers, à l'instar de Charlie (35 ans) qui nous enseigne également que la formation des ambulanciers n'est pas homogène sur le territoire car elle dépend de la politique locale des centres d'enseignement de soins d'urgence :

« Il a passé son CCA à Lyon pour deux raisons : il avait trouvé une copine là-bas et après s'être renseigné sur la qualité des formations, il a choisi celle de Lyon réputée meilleure que celle de la ville enquêtée. A Lyon me dit-il, les ambulanciers et les infirmiers sont formés dans la même école si bien qu'ils se connaissent. De plus, les ambulanciers font beaucoup de transports secondaires et d'urgence, « ce n'est pas comme ici où les infirmières ne connaissent pas du tout le boulot d'ambulancier. Elles pensent qu'on apprend à conduire doucement ». Il projette de créer une école d'ambulanciers qui ne viendrait pas concurrencer le CESU, me dit-il, mais qui le ferait disparaître tant la formation dispensée est mauvaise: « Rien n'est fait pour faire évoluer la profession d'ambulancier » (Journal de terrain, 27/02/2007).

Malgré les évolutions connues ces dernières années, la formation des ambulanciers français reste en effet très courte au regard de leurs homologues européens mais aussi, des autres groupes professionnels du champ de la santé. Elle dure cinq mois et demi (contre 3 mois pour le CCA) soit à titre de comparaison, deux fois moins que celle d'aide-soignant. L'activité d'ambulancier est d'ailleurs, depuis quelques années, citée par pôle emploi comme faisant partie des métiers qui

recrutent⁸². A cet égard, elle constitue donc, pour reprendre la formule de Claude Dubar, une « formation thérapeutique »⁸³. Dans ce cadre, ils sont nombreux à vouloir quitter un métier qu'ils jugent peu valorisant et pénible, tant du point de vue des horaires de travail (flexibles) que de la charge physique que représente le transport des patients.

Toutefois, étant bien souvent contraints de rester dans le métier, j'ai pu observer les multiples « ruses »⁸⁴ professionnelles construites par et pour la pratique, afin d'éviter de prendre en charge ce qu'ils considèrent être des « mauvais » patients⁸⁵.

1.3. DE L'EVITEMENT DU « SALE BOULOT » A LA RECHERCHE D'UNE LEGITIMITE SOCIALE

1.3.1. Quelques ruses d'évitement du « sale boulot »

Au cours d'une journée, une équipe d'ambulanciers réalise entre un et dix transports sanitaires. Ce nombre varie principalement en fonction de la distance qu'il faut parcourir d'un site à un autre, mais également en fonction des pratiques de travail propres à chacun. Dès qu'une équipe a terminé un transport, elle contacte par radio la « régulation » pour prendre connaissance du transport suivant. Très souvent, plusieurs équipes sont « libres » simultanément. Ils écoutent alors la radio et apprennent que telle équipe est libre à tel endroit, et qu'ils sont chargés de prendre en charge Mr ou Mme Martin, des patients bien connus de l'entreprise à l'instar des nombreux « habitués » souffrant d'une maladie chronique et/ou d'un handicap sévère. Par expérience, les ambulanciers connaissent les horaires de ces « habitués » dont certains, pour diverses raisons, sont perçus comme difficiles : corps obèses, sales et/ou dégageant parfois une odeur d'urine, de sueur, etc. Loin d'être passifs et disciplinés, il n'est pas rare que ces professionnels du transport cherchent à éviter ces « mauvaises courses », par exemple, en ne se manifestant auprès du régulateur qu'une fois leur distribution opérée. Pour s'économiser, les ambulanciers usent en effet au quotidien de stratégies d'évitement de ce « sale boulot »⁸⁶.

« Au retour d'une « assistance », sur le trajet Paul me dit que cela ne sert à rien qu'on arrive trop tôt à Nantes, « ils risquent de nous donner une autre course à faire ». Les ambulanciers sont

⁸² « Fiche Métier : Ambulancier, c'est d'abord une vocation. Les postes d'ambulancier sont à pourvoir, pour des personnes désirant être proche des gens », Le Parisien, 2 mai 2011, Etudiant.aujourd'hui.fr.

⁸³ Cité par Anne-Marie Arborio, *op. cit.*

⁸⁴ Nous empruntons ici à Michel de Certeau qui, à la soi-disant passivité des gens ordinaires oppose l'idée d'une « créativité cachée dans un enchevêtrement de ruses silencieuses et subtiles, efficaces, par lesquelles chacun s'invente une « manière propre » de cheminer à travers la forêt des produits imposés », Certeau (de) M., *Ibid.*

⁸⁵ En référence aux « bons » et « mauvais » malades des soignants repérés par Anne Vega : *Une ethnologie à l'hôpital l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2000.

⁸⁶ « Le quotidien s'invente avec mille manières de braconner » De Certeau M., *L'invention du quotidien. 1. arts de faire*, Editions Gallimard, 1990 (Préface).

relativement autonomes dans leur travail, ils peuvent ralentir le rythme de travail afin d'effectuer moins de courses. Ceci est plus facile pour les longs trajets mais lorsque la journée de travail se déroule à N., ces modes de freinage sont moins évidents car le régulateur sait à peu près combien de temps dure chaque course. » (Journal de terrain, 13/12/2004).

Comme les chauffeurs routiers ou les livreurs, ils jouissent des marges d'autonomie que leur procure la soustraction physique au regard de l'employeur. Ces « tactiques silencieuses »⁸⁷ de « freinage au travail » sont néanmoins si largement répandues que leur efficacité est limitée, le « régulateur » n'étant pas dupe de ces pratiques.

Lorsque le transport « difficile » n'a pu être esquivé, d'autres procédés sont déployés pour « faire avec » ces corps, en particulier lorsque l'ambulancier doit rentrer dès l'aube dans la chambre d'un malade hospitalisé. Au fil des mois, j'ai ainsi élaboré une parade olfactive consistant à anticiper les odeurs nauséabondes en prenant discrètement une grande respiration avant d'entrer dans la chambre⁸⁸. Néanmoins, cette notion de « sale boulot » est relative car les mêmes tâches peuvent ne pas être perçues comme telles dans certaines situations. L'anecdote qui suit relatant la prise en charge en urgence d'une patiente souillée et malodorante, montre comment les ambulanciers parviennent à « inverser le stigmate⁸⁹ » quand leur mandat consiste à endosser « un peu du rôle du médecin » ou bien, pour employer le langage indigène, à être « les yeux du SAMU ».

Il est 9h45, le SAMU vient d'appeler pour demander l'envoi d'une équipe chez une personne âgée victime d'une « descente d'organe ». Le régulateur désigne Philippe, ambulancier depuis une dizaine d'années⁹⁰, et moi-même pour cette mission et nous demande de « prendre le stagiaire⁹¹ ». Une vingtaine de minutes plus tard, nous sonnons à l'adresse indiquée. Une femme nous ouvre et explique qu'elle a appelé le SAMU pour sa mère. Cette dernière est allongée sur le canapé du salon, elle semble somnoler. Des odeurs d'excréments envahissent l'atmosphère du logement qui est sale et visiblement non entretenu. Nous nous dirigeons vers la patiente. Philippe lui pose quelques questions mais elle ne répond pas. Il s'adresse donc à sa fille qui nous déclare avoir téléphoné plusieurs fois au médecin qui « n'a jamais voulu se déplacer ». Elle a donc fini

⁸⁷ De Certeau M., *op.cit.*, p. XIV.

⁸⁸ Suivant Bourdieu, on peut parler d'une « opération pratique d'anticipation corporelle » résultant d'un « sens pratique » de la situation, acquis au cours des mois passés sur le terrain. Bourdieu P., *Méditations pascaliennes*, *op.cit.*, p. 201-202.

⁸⁹ Goffman (1963)

⁹⁰ Il est devenu ambulancier suite à la faillite de son entreprise. Il est délégué du personnel et très actif au sein du CE de l'entreprise. Il se plaint régulièrement du « manque de considération » qu'ont les autres professionnels envers les ambulanciers: « Nous ce qu'on veut, c'est être reconnu par le ministère de la Santé ».

⁹¹ Il est âgé d'une trentaine d'années, il a travaillé quelques temps en tant que sapeur-pompier sur la base aérienne de l'aéroport Charles De Gaulle. Il a décidé de suivre une formation d'ambulancier suite à ses échecs répétés au concours d'accès à la formation des Pompiers de Paris.

par appeler le SAMU, une deux, puis trois fois avant que ce dernier ne décide de l'envoi d'une ambulance privée en prescrivant aux ambulanciers de réaliser un bilan sur place. Cela fait plusieurs jours que sa mère, qu'elle dit têtue au point de refuser tout soin, ne se déplace plus aux toilettes, ne s'alimente plus ni ne s'hydrate. Elle a un pied recouvert de croûtes dues à une plaie non soignée. Après quelques tapes sur les joues de la patiente, nous comprenons qu'elle est bien consciente mais qu'elle ne veut pas nous répondre. Philippe décide alors d'appeler le SAMU devant la fille :

« Sa situation est déplorable, sa tension est à 9/6 mais sa « sat » est bonne. Ce n'est pas à moi de porter de jugement, mais le médecin généraliste aurait du se déplacer quand la dame l'a demandé ».

Confronté aux souillures du corps de la patiente dont on devine l'état dégradé, Philippe manifeste son dégoût en réprouvant l'attitude du médecin généraliste qui a refusé d'intervenir. Parallèlement, il pallie l'absence de ce dernier en endossant partiellement son rôle ce qui a pour effet de contribuer à revaloriser la prestation et d'échapper à l'indignité de la tâche⁹². Ici, la technicisation du corps *via* l'utilisation du tensiomètre et du saturimètre, permet de neutraliser les affects et le corps qui devient ainsi, objet/support⁹³ d'un rôle valorisé et recherché par Philippe :

« Les ambulanciers n'ont pas la prétention d'être des médecins. S'ils le veulent ils n'ont qu'à faire médecine. Par contre, on est, comme dans le cas de ce matin, les yeux du Samu. Quand on arrive, on balaie rapidement l'appartement pour saisir l'environnement puis on pose des questions sur l'état du patient, les circonstances, etc... »

Dans le cadre d'une intervention d'urgence, les tâches de l'ambulancier entrent dans le domaine du soin, les excréta sont alors perçus comme des indicateurs permettant de poser un diagnostic. Cependant, j'ai pu repérer au travers des nombreux discours, qu'en dehors de l'urgence, l'appréhension du corps souillé est toute autre :

« La nouvelle formation cherche à faire de la profession d'ambulancier une profession bâtarde ». David ne comprend pas pourquoi on la rapproche de la formation d'aide-soignant car eux sont des acteurs hospitaliers et les ambulanciers des acteurs préhospitaliers, « ce qui n'a rien à voir ». Il ajoute: « Les aides-soignants sont des torche-culs, ils font le ménage... et n'ont aucune responsabilité, ils sont sous les ordres des médecins et des infirmières. Les ambulanciers ont la responsabilité de la prise en charge du patient, ils peuvent essayer des plaintes, ils n'ont rien à voir avec les aides-soignants ».

⁹² « Les chirurgiens échappent aux stigmates car ils ont réussi à convaincre d'une certaine noblesse de leur fonction malgré le contact avec les organes dégradés », Péneff J., *op. cit.*, p. 57.

⁹³ « En tant que matériau, les hommes peuvent revêtir en quelque sorte les mêmes caractéristiques que des objets inanimés », Goffman E., *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de Minuit, 1968, p. 121.

Pour cet ambulancier, le contact avec les mauvaises odeurs, les excréments, signe l'appartenance à une profession située en bas de la hiérarchie, un statut subordonné auquel il ne veut pas être assimilé⁹⁴. Pour « échapper au stigmata », il rappelle la division du travail inscrite dans les textes.

Dès lors, il semblerait que selon son mandat et par suite, selon la signification que l'ambulancier attribue à la tâche qui lui est assignée, le statut des excréments change. Aussi ce n'est pas tant la nature du corps qui détermine la réaction de dégoût que le « moindre prestige relatif » de la tâche⁹⁵. Dans ce cadre, l'activité d'urgence semble revêtir pour une partie non négligeable des ambulanciers, la seule source de valorisation de leur métier (et par là-même, un enjeu fort de légitimité). Or, leur présence dans le champ de l'urgence sanitaire est loin d'aller de soi pour les professionnels de santé qui peinent à reconnaître leurs compétences en la matière, mais aussi pour une partie de ce groupe professionnel qui ne souhaite pas investir ce domaine d'activité.

1.3.2. L'enjeu des transports sanitaires d'urgence : la quête d'une légitimité sociale

Dans la pratique, chaque entreprise privée d'ambulances conduit sa propre politique en matière d'urgence sanitaire, certains chefs d'entreprises privilégiant ce domaine d'action tandis que d'autres s'en désintéressent. Ces pratiques contrastées ne sont que le reflet du clivage syndical repéré précédemment sur ce point :

« Je fais équipe avec un jeune ambulancier. Il me raconte que l'entreprise dans laquelle il était précédemment « faisait beaucoup de SAMU. C'était en campagne, j'ai fait des accouchements, une personne tombée d'un toit avec pose de collier cervical et de matelas coquille... » D'ailleurs, c'est son patron qui, dès son arrivée, lui aurait dit : « Nous, on fait les SAMU. On était une bonne équipe, assez rôdée à l'urgence. On travaillait souvent avec le SMUR sur le terrain et le patron privilégiait le SAMU sur les autres transports, tan pis si on arrivait en retard sur les autres transports. Et ça, le SAMU, il le savait et les pompiers nous faisaient la gueule parce qu'on se déplaçait plus qu'eux sur les AVP et leur nombre d'interventions s'était réduit. Un jour, on devait faire un transport secondaire avec le SMUR de Saumur mais une urgence est tombée alors on a été détournés avec l'équipe médicale qui était dans notre ambulance. Les SP étaient sur place. En nous voyant, ils ont crié : « On était les premiers vous n'avez rien à faire là ». Mais ils ont tout de suite changé de ton quand ils ont vu l'équipe médicale descendre de notre ambulance ».

Cet ambulancier regrette aujourd'hui de ne pas faire beaucoup d'urgence et déplore que les équipes du SMUR fassent « souvent leur travail dans leur coin sans réelle collaboration avec nous. Ce week-end, une équipe de chez nous est arrivée tard sur une intervention Samu. Le SMUR a dit : « Ce n'est pas la peine, vous pouvez repartir ». Tout ça parce que le patron ne privilégie pas les SAMU. Il nous envoie parfois en disant que ça fait 15 minutes que le SAMU est tombé alors on

⁹⁴ Péneff J., *op. cit.* p. 61.

⁹⁵ « Les propriétés de la situation affectent la nature du contact pour le rendre noble ou honteux. Plus qu'ailleurs une même matière peut être marquée du double signe : l'un légitime, purement médical, l'autre négatif, comme sous-produit du travail de ménagère ou de domestique », Péneff J., *op.cit.*, p. 63-64.

n'est pas crédible aux yeux du SAMU qui ne nous appelle pas en priorité ». (Journal de terrain, le 15/01/2007)

L'absence d'intérêt de certains chefs d'entreprise pour l'activité d'urgence se traduit concrètement, par un privilège accordé aux transports dits « classiques » et conséquemment, par des délais d'intervention d'urgence tels qu'ils décrédibilisent les salariés sur place face aux médecins du SAMU.

Concernant les entreprises investies dans ce domaine d'activité, elles sont en concurrence pour l'obtention de ce que l'on appelle dans le langage indigène, les « codes SAMU ». Ce sont des numéros affichés sur les écrans des régulateurs du 15 auxquels correspondent des sièges d'entreprises. En composant un numéro spécial, chaque société d'ambulance peut informer instantanément les régulateurs du SAMU de la disponibilité d'une de leurs ambulances pour assurer une intervention d'urgence. Logiquement, les régulateurs doivent déclencher les ambulances dans l'ordre de la liste : « *Si c'est le code SAMU de notre entreprise qui est en haut de la liste, ils doivent nous déclencher mais le 15 préfère travailler avec A.A. qui est connue pour être spécialisée dans l'urgence* »⁹⁶. Ainsi, plus une entreprise dispose de « code SAMU », plus elle sera appelée par le 15 pour assurer des interventions d'urgence même s'il semble qu'il existe quelque arrangements entre certaines entreprises et les régulateurs du SAMU. Cet ambulancier ajoute ensuite : « *Ce n'est pas logique leur système, il devrait y avoir un code SAMU par lieu dans l'entreprise et non pas un par siège* ». Ses propos rejoignent ceux d'un collègue qui affirmait, la semaine précédente, que l'entreprise G. avait un siège dans l'est de la ville mais qu'en réalité, aucune ambulance n'y était : « *ce n'est qu'une adresse sans site qui lui permet d'avoir un code SAMU supplémentaire* ». Ces ruses professionnelles témoignent de la concurrence que se livrent les entreprises privées pour investir le champ de l'urgence.

En milieu rural, cette rivalité n'est pas moins vive comme l'indiquent les propos d'un ex-salarié de l'entreprise ayant créé son entreprise dans une commune éloignée d'une trentaine de kilomètres de la ville :

« David a monté son Unité de Secours Régionale depuis peu. Ces derniers temps, il a rencontré quelques difficultés pour obtenir le Code SAMU car les autres entreprises du secteur n'ont pas accueilli favorablement l'arrivée d'une nouvelle entreprise. Il les avait contactées pour établir une convention orale sur la répartition des secteurs géographiques et il était convenu entre eux, que pour le semi-urbain et l'urbain ce serait les autres et que l'USR se chargerait du milieu rural. Il a néanmoins remarqué que les deux autres entreprises n'ont pas respecté la convention orale. A deux reprises, elles sont intervenues sur son secteur en jouant sur la confusion c'est-à-dire, en se faisant

⁹⁶ Journal de terrain, Octobre 2006. Le projet d'association avec l'autre entreprise s'est soldé par un échec après quelques mois de collaboration.

passer pour l'USR. Il ne veut désormais, plus collaborer à elles d'autant plus qu'elles ont préféré, pour assurer les gardes 24h/24h, s'arranger avec une entreprise qui se situe à l'est de la ville alors même qu'ils sont situés à l'ouest : « ce qui va rallonger considérablement les délais d'intervention. » (Journal de terrain, 20/06/2007)

Ainsi, la concurrence sur le terrain de l'urgence est telle que les entreprises privées d'ambulances « déclenchent » leurs véhicules dès qu'elles sont appelées par le 15 quand bien même, il ne s'agit pas de leur secteur d'intervention. Dans ce contexte et contrairement à ce qu'affirment certains sapeurs-pompiers et plus largement la FNSPF qui, dans son Manifeste de 2007, alerte la population sur les « dangers de la privatisation des secours », les entreprises privées d'ambulances ne sélectionnent pas leurs interventions d'urgence :

« Si les ambulanciers se plaignent de la concurrence du service public, les sapeurs-pompiers soulignent que ces ambulanciers ne sont pas tenus d'être présents dans un délai de dix minutes sur le lieu de l'intervention. De plus, lorsque la personne à transporter n'est manifestement pas solvable, les ambulanciers ne se déplacent pas et laissent le « sale boulot » (transporter un clochard ou un ivrogne) aux sapeurs-pompiers qui, eux, dans tous les cas, se déplaceront.⁹⁷ »

A rebours de ces discours, l'enquête de terrain montre en effet que la concurrence que se livrent les entreprises pour s'approprier le marché local de l'urgence sanitaire empêche, structurellement, toute sélection de patients⁹⁸. D'ailleurs, le récit des diverses interventions réalisées par les ambulanciers privés témoignent de la variété des cas rencontrés :

« 14h00. Entreprise, salle de restauration. 4 ambulanciers présents.

- « T'as vu le 15? Il nous envoie que des merdes! », dit un ambulancier;

- « Je ne comprends pas le 15, il devrait envoyer chier les gens ».

Les ambulanciers se racontent alors leurs interventions:

- Une urgence à vingt kilomètres pour un jeune qui "s'est fait exploser le nez et la lèvre au football".

- Intervention dans une cité: « Je me suis dit. Ça c'est encore des CMU ! J'ai dit aux régulateurs: je vous préviens, si je vois que c'est le bordel, je me tire ! ». Finalement, il s'agissait d'un jeune qui avait reçu un coup de poing, sa mère l'a emmené aux urgences.

- Appel du 15 pour un accident de travail: « Je pensais que c'était grave compte tenu des informations qu'on m'avait transmises. Mais quand je suis arrivé sur place, j'ai compris que le gars s'était donné un coup de marteau sur la main et qu'il n'avait qu'une plaie superficielle. J'étais dégouté ». Il s'avère que le patron de l'entreprise avait aggravé le cas en appelant le 15 car la dernière fois l'ambulance lui avait été refusée. » (Journal de terrain, le 15/05/2007)

Ces plaintes répétées concernant les « mauvaises » interventions d'urgence ne sont pas sans rappeler celles des sapeurs-pompiers rapportées par Michel Estèves :

« Le rôle de taxi qu'assignent souvent les clients à ces pompiers les énerve. Environ quatre clients sur dix livrés par les pompiers ne présentent qu'un trouble bénin (traumatologie de faible gravité),

⁹⁷ Boullier D., Chevrier S., *op. cit.*, p. 42.

⁹⁸ L'immersion longue dans le terrain m'a donnée l'occasion à maintes reprises, de constater l'absence de toute sélection de « patient » ou de « client » en matière d'urgence.

alors que l'on pourrait croire que les cas sérieux sont le lot des pompiers. Ainsi, les pompiers amènent fréquemment des écoliers, qui présentent par exemple une petite entorse de la cheville »⁹⁹.

Ainsi, que l'on soit ambulancier privé ou bien sapeur-pompier, le profil socio-pathologique du public pris en charge varie, tout comme le type d'urgences qui va de la banale entorse à l'infarctus, en passant par les multiples fractures du col du fémur. Aussi, loin de sonner le glas d'un système d'urgence égalitaire et gratuit, la privatisation des secours s'avère être non seulement, un système moins coûteux mais également, une organisation tout autant « égalitaire ». De plus, à l'instar des sapeurs-pompiers dont les secours sont « gratuits » car financés par des deniers publics, c'est l'assurance maladie qui assure *in fine* le paiement des transports sanitaires d'urgence privés¹⁰⁰. Dans ce cadre, l'hypothèse formulée par Nathalie Bajos quant à l'existence d'une affinité sociale entre le statut de l'acteur (privé, public) et le profil du public, se trouve invalidée lorsque l'on élargit l'enquête d'une part, aux urgences non médicalisées et d'autre part, à l'ensemble des acteurs de l'urgence. Sur la base de cette analyse menée au plus proche du terrain, on peut donc affirmer à ce stade de l'enquête qu'il n'existe pas ou peu¹⁰¹ de sélection sociale des patients dans la prise en charge en amont des services d'urgence publics ou privés.

Qu'en est-il à présent de la réalité du problème de l'inégalité géographique dans l'accès aux soins d'urgence? Comment les instruments d'action publique promus par le ministère de la Santé (MCS, PDS, etc..) et son homologue de l'Intérieur (Médecins pompiers, VLI, etc..), sont-ils appliqués et avec quelle efficacité ? Qu'en disent les acteurs de terrains ? Comment perçoivent-ils ce problème ?

Analyser la boîte noire du monde des urgences pour aller au-delà des discours émis par les représentants professionnels et politiques de l'urgence, tel est l'enjeu de la seconde partie de ce chapitre.

⁹⁹ Estèves M., « Urgences commerciales: un exemple de la médecine privée », document de travail, p. 27. Il n'est pas rare en effet de voir une « victime » descendre du VSAB sur ses deux jambes.

¹⁰⁰ Il faut savoir que lorsque le transport se fait à la demande d'un médecin de ville, le patient est remboursé à hauteur de 65% par la sécurité sociale et le reste, par sa mutuelle. Si c'est le 15 qui prescrit le transport sanitaire en urgence du patient, alors c'est l'hôpital qui règle la facture. Le patient n'a dans ce cas, rien à payer. Ainsi, que l'intervention d'urgence soit réalisée par les ambulanciers ou par les sapeurs-pompiers, dans les deux cas, bien souvent c'est l'Etat qui rembourse intégralement le transport: « Concernant la facturation, un ambulancier m'explique que c'est rentable de faire de l'urgence de nuit car les tarifs sont 75% plus élevés et qu'en plus, il y a un supplément SAMU. Par ailleurs, si la personne reste au moins 24h00 en hospitalisation, c'est la sécurité sociale qui rembourse à 100%, sinon elle rembourse 65% et le reste est à la charge de l'assuré ou de sa mutuelle. Par contre, dans la journée, si on est bloqué une heure et demi, il est vrai que ce n'est pas très rentable », Journal de terrain, Octobre 2006.

¹⁰¹ Je n'ai personnellement jamais été témoin de discrimination. De même, aucun de mes « collègues » ne m'a rapporté d'anecdotes pouvant aller dans ce sens.

2. L'EXPERIENCE DU PROBLEME¹⁰² : ENJEUX ET CONFLITS AUTOUR DES TERRITOIRES DE COMPETENCES

« Il est toujours bon de se rappeler qu'il ne faut pas
prendre les gens pour des idiots »
De Certeau M.,
L'invention du quotidien. 1. arts de faire,

2.1. LES LIMITES DU PRINCIPE DE MEDICALISATION DES SOINS D'URGENCE

2.1.1. *L'impasse de la politique de PDS*

« La PDS peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant¹⁰³. »

Le problème de l'inégalité territoriale dans l'accès aux soins d'urgence est défini depuis quelques années comme un problème de « permanence des soins ». Ce cadre d'interprétation médical du problème a conduit les pouvoirs publics à prioriser les actions en direction de la médecine générale libérale. Cette politique s'est traduite, entre autre, par de multiples « incitations » financières à la création de « Maisons médicales de garde », à l'installation de jeunes médecins en milieu rural, ainsi qu'à la création de formations d'urgence, pour convaincre les généralistes d'endosser le rôle de Médecins Correspondant SAMU. Dans un contexte où l'obligation déontologique à l'exercice des gardes médicales est désormais supprimée¹⁰⁴, l'objectif de ces mesures est d'encourager les médecins généralistes à assurer la « permanence des soins » sur tout le territoire, en particulier en milieu rural, afin d'assurer l'égalité des Français devant l'accès aux soins « médicaux » d'urgence.

Cependant, qu'en disent les professionnels de terrain ? Comment perçoivent-ils et surtout, comment vivent-ils la mise en oeuvre de cette politique publique ? Pour le savoir, j'ai questionné sur ce point, plusieurs années durant, des professionnels aux statuts variés. Ils partagent tous le même diagnostic, à savoir l'échec patent de cette politique publique de PDS pour résoudre la

¹⁰² Cefai D., Terzi C., dir., *L'expérience des problèmes publics*, Editions EHESS, Paris, 2012. Les auteurs de cet ouvrage recommandent de s'intéresser, au-delà de l'approche constructiviste, à la dimension pragmatique du problème c'est à dire à son vécu.

¹⁰³ Rapport Charles Descours sur la Permanence Des Soins, remis au ministre de la Santé, J-F Mattéi, le 22 janvier 2003.

¹⁰⁴ Sur ce point, nous renvoyons le lecteur au chapitre 1 et plus précisément, au paragraphe consacré à la grève des gardes de 2001-2002 qui a conduit le gouvernement à mettre fin à l'obligation déontologique, pour les médecins généralistes, d'effectuer des gardes.

fracture territoriale dans l'accès aux soins « non programmés » comme, par exemple, ce médecin urgentiste « multi-casquettes »¹⁰⁵ :

« Après la régulation, l'effectif. Là, tout dépend de la zone concernée. Dans les secteurs urbains ou périurbains, il existe souvent une association locale de type SOS Médecins. Son rôle étant de répondre à toute demande de consultation non programmée, cela permet de résoudre l'essentiel de l'effectif. Mais à la campagne, et même en zone semi-rurale, c'est plus compliqué. Par exemple, dans notre département, nous n'avons pourtant pas de fortes tensions sur la démographie médicale mais malgré tout, le régulateur du centre 15 a de plus en plus de mal à déclencher un médecin d'astreinte après minuit. Il est parfois obligé de faire venir le malade en ambulance jusqu'à l'hôpital, alors que, bien souvent, envoyer un médecin de garde au domicile pour faire une piqûre et apaiser le malade suffirait. Il ne s'agit pas de jeter la pierre aux médecins de ville : nous avons des volontaires libéraux disposés à assurer la PDS en nuit profonde...mais l'Assurance Maladie ne veut pas financer. »

Compte tenu de la présence de l'association SOS médecins, le problème de l'accès aux soins d'urgence ne se pose pas pour la ville, ce qui est moins le cas pour les zones « rurales » et « semi-rurales ». Concernant ces dernières, les régulateurs du SAMU¹⁰⁶ peinent bien souvent, à trouver des médecins disponibles pour assurer les urgences.

Cet urgentiste ajoute ensuite qu'il existe un décalage entre la liste officielle de garde médicale telle qu'elle est définie par le Préfet et le fonctionnement concret de la permanence des soins :

*« Le département a été découpé par secteur et les secteurs sont vastes, sont grands et du coup ceux qui sont de garde ont du mal à faire face et puis certains ne veulent plus trop, quoi !
- Des médecins généralistes ?
- Oui. Ils ne veulent plus trop s'y mettre. Il y a des périodes où sur certains secteurs, il y a des gardes qui ne sont pas prises, certains traînent des pieds, pas tous hein ! Mais il y en a beaucoup qui traînent des pieds pour les gardes et dans ces cas-là, quand il n'y en a aucun c'est ambulance et pompiers et ils ramènent vers l'hôpital. Souvent, on est confronté à pas de moyen et donc... ou des moyens qui ne veulent pas se déplacer. En campagne maintenant, beaucoup de médecins ne veulent pas se déplacer [....]. Dans le temps, le Conseil de l'Ordre, chaque médecin qui ne prenait pas sa garde, il y avait une sorte d'épée de Damoclès. Le Conseil de l'Ordre disait : « Si tu ne prends pas ta garde, on va te déconventionner pendant une semaine ou 15 jours ». Donc les patients qui viendront le voir ne seront pas remboursés Sécu, donc ça faisait peur à tout le monde. Et puis, depuis les grandes grèves d'il y a deux ou trois ans, les grandes grèves contre les gardes, après le Conseil de l'Ordre est devenu très... très...laxiste ».*

L'ineffectivité des gardes touche prioritairement le monde rural surtout, semble t-il, depuis que les médecins généralistes ne sont plus soumis à l'obligation déontologique d'assurer la

¹⁰⁵ Entretien semi-directif réalisé au domicile de l'enquêté en octobre 2006. La relecture *a posteriori* des entretiens et du journal de terrain informe sur mes hypothèses de départ. J'interrogeais mes divers interlocuteurs (ambulanciers, sapeurs-pompiers, médecins SAMU, SOS médecins, etc.) sur le type de patients qu'ils prenaient en charge d'une part, et d'autre part sur la façon dont ils étaient géographiquement organisés. Ainsi logiquement, j'abordais la question de la permanence des soins.

¹⁰⁶ Le régulateur a un rôle déterminant dans le champ de l'urgence sanitaire. Il a pour fonction d'envoyer les moyens sanitaires (médecins, ambulances privées, sapeurs-pompiers, etc.) disponibles et adaptés à la situation d'urgence.

permanence des soins¹⁰⁷. A la fin de l'entretien et hors enregistrement, cet urgentiste me livre son interprétation du problème des gardes. Il explique que la nouvelle génération de médecins généralistes, les jeunes d'environ 30 ans, ne veulent pas faire de garde car notamment, la profession se féminise. Se regrouper serait alors selon lui, la meilleure solution pour répondre au problème de l'ineffectivité des gardes. Cependant, d'après son expérience et celle de ses confrères, il est très dur de s'associer si bien que le principe des maisons médicales de garde, conçu pour résoudre le problème des gardes dans les zones déficitaires, fonctionne peu sur le terrain. Sur ce point, la littérature sociologique nous enseigne en effet que la formation médicale telle qu'elle est conçue encore aujourd'hui, c'est-à-dire émaillée de stages majoritairement effectués en services hospitaliers, n'est pas sans impact sur le choix des conditions d'exercice des médecins généralistes. Ce type de formation les conduit à privilégier l'installation « libre », près des grands centres hospitaliers où ils ont été professionnellement socialisés¹⁰⁸ au détriment des installations dans les zones rurales et semi-rurales.

Toutefois, les analyses sociologiques montrent que l'argument de la féminisation avancé par ce professionnel ne tient pas pour expliquer le problème de manque de médecins :

« Ce manque de médecins est en grande partie mis au compte des femmes qui travaillent à temps partiel, qui ne veulent pas faire de gardes, ni s'installer dans les régions rurales ou périurbaines. Pourtant, l'activité des femmes tend à se rapprocher de celle des hommes et cette pensée de la féminisation comme facteur explicatif des « problèmes » de la profession ne peut pas tenir longtemps¹⁰⁹ ».

En revanche, un autre obstacle peut être avancé pour expliquer le relatif échec de la la politique de la permanence des soins liée cette fois-ci, à la compétence des médecins généralistes dans le domaine de l'urgence. De l'avis de nombreux médecins, la pratique quotidienne est nécessaire pour maintenir un bon niveau de compétence et ce, quelque soit le domaine d'exercice. Or, bien

¹⁰⁷ « Un plan d'action officiel et son application sur le terrain sont deux choses différentes. Il suffit de regarder les faits en face. Ceux qui sont touchés par ce traitement et risquent de perdre des avantages dans l'application de ce plan d'action, s'efforcent d'en restreindre l'ampleur. » Blumer H., Riot L., Les problèmes sociaux comme comportements collectifs, *Politix*, vol.17, n°67, 2004, p. 197-198.

¹⁰⁸ Sur ce point cf. notamment, Baszanger I., « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, vol. 22, n°22-2, 1981, p. 223-245.

¹⁰⁹ Hardy-Dubernet A-C, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *RFAS*, n°1, Janv-mars 2005. L'objet de ce chapitre n'étant pas de faire une étude approfondie des médecins généralistes, on propose au lecteur de se reporter aux travaux suivants pour une analyse détaillée de la féminisation de ce segment professionnel : Hardy-Dubernet A-C, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *RFAS*, n°1, Janv-mars 2005 ; Lapeyre N., Le Feuvre N., « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *RFAS*, n°1, Janv-mars 2005 ; Bloy G., « Quand les étudiantes abordent la médecine générale », in Bloy G., Schweyer F-X., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESS, 2010, p. 347-361; La peyre N., Robelet M., « féminisation des groupes professionnels: en médecine générale comme ailleurs ? », in Bloy G., Schweyer F-X., *op.cit.*, p. 365-376.

souvent, l'activité des médecins généralistes ne leur permet pas de maintenir un bon niveau de pratique dans le domaine de l'urgence :

« Pour autant, malgré les réponses apportées, le problème des gardes n'est pas totalement résolu puisque le Conseil départemental de l'ordre s'est trouvé dans l'obligation de rappeler aux médecins que la garde était obligatoire. La raison tient à la difficulté d'organiser une profession libérale et aux spécificités de ses membres. Nombre de médecins sont ou bien trop âgés ou bien ont fait le choix d'un mode d'exercice particulier (M.E.P., c'est-à-dire acupuncture, mésothérapie, homéopathie, qualifiées couramment de « médecines douces ») et n'ont donc pas l'expérience de l'urgence ou bien enfin n'ont plus, au bout de quelques années d'installation, la pratique de l'urgence¹¹⁰ ».

Certains médecins rencontrés au cours de cette enquête l'affirment eux-mêmes, il est nécessaire de pratiquer régulièrement les techniques d'urgence pour être compétent dans ce domaine comme en témoigne ce médecin urgentiste :

« S'il y a une hémorragie importante, effectivement, s'il y a un médecin qui peut aller parce que dans le VSAB, ils ont tout le matériel. Mais, il faut savoir monter une ou deux perfusions pour remplir, pas avec du sang mais avec des produits qui tiennent la tension. S'il y a une hémorragie importante, la tension est tenue, le SAMU arrive avec une poche de sang, on prend le relais. Si par contre, on arrive et que ça n'a pas été fait, que la tension est basse, déjà, on a du mal à piquer parce que toutes les veines disparaissent, il n'y a plus de pression donc c'est à l'intérieur après... c'est plus dur de perfuser. Effectivement, il faut le vouloir, il faut vouloir interrompre ses consultations pour aller dans un camion de pompier parce qu'il y a un geste d'urgence et il faut savoir effectivement le faire. Ca, c'est deux choses différentes et ça dépend des endroits, ça dépend des moments. Ca dépend qui est de garde, qui n'est pas de garde, si la garde est prévue ou pas. On ne peut pas juste faire des généralités sur le département, c'est impossible. Suivant l'endroit où vous êtes, vous ne serez pas soignés de la même façon dans le département. Suivant quand c'est, qui est de garde, ça dépend.¹¹¹ »

Un médecin généraliste rencontré lors d'une consultation admettra également son incapacité à assurer une intervention d'urgence par manque de pratique :

« Personnellement, je ne veux pas faire de garde parce que je ne m'en sens pas capable. Le défibrillateur c'est bien devant les copains quand on apprend mais après en situation...¹¹² ».

En réponse à ce problème, le ministère de la Santé a créé la figure du Médecin Correspondant SAMU. L'objectif est d'encourager les médecins généralistes exerçant dans des zones éloignées des SMUR, à suivre une formation continue dans le domaine de l'urgence. L'objectif visé est à terme, d'assurer des soins médicaux d'urgence de qualité pour tous, en tout point du territoire :

« Ce mode de prise en charge doit être développé dans les territoires isolés, dans lesquels un SMUR ne peut intervenir dans un délai adapté [...] L'objectif de ce dispositif est de garantir aux patients, une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR. Ces dispositifs sont

¹¹⁰ Richeux J-Y, *op. cit.*, p. 35-36.

¹¹¹ Médecin urgentiste (Samu, SOS médecins).

¹¹² Entretien informel avec un médecin généraliste-homéopathe, le 2/10/2012.

particulièrement adaptés en zones rurales et doivent permettre une réponse adéquate en tout point du département¹¹³. »

Cependant, la mise en œuvre de ce nouvel instrument d'action publique achoppe sur le problème des gardes. Les médecins généralistes sont en effet peu nombreux à vouloir endosser un rôle qui suppose non seulement, d'accepter de réaliser des gardes ou des soins non programmés mais également, de libérer du temps pour cette formation¹¹⁴.

Parallèlement, la FNSPF bute sur la même réalité dans la mise en œuvre de sa politique de médicalisation des secours *via* son SSSM¹¹⁵. Le récit suivant, recueilli lors d'un rapatriement sanitaire réalisé en compagnie d'un médecin urgentiste « SMUR » et « pompier »¹¹⁶, va également dans le sens des propos cités précédemment concernant les MCS et les médecins pompiers. La conversation qui va suivre a débuté suite à l'évocation avec mon collègue, d'un texte que j'avais lu quelques jours auparavant. Il s'agissait d'une revendication émise par le Syndicat national des sapeurs pompiers professionnels. A la lecture de ce document, on apprendait que les SPP s'inquiétaient, en 2006, de la montée en puissance des ambulanciers privés dans le SAP mais aussi, de leur faible niveau de secourisme similaire, selon eux, à celui des bénévoles des associations de secourisme. Pour maintenir leur position dans le SAP, ce syndicat plaidait pour la création d'une filière d'enseignement du SAP et d'un nouveau diplôme, celui de « technicien sapeur-pompier ». Voici les commentaires de ce médecin :

« Les médecins sont très mauvais secouristes. Réglementairement, les urgences vitales, fonctionnelles, graves sont du ressort du 15, du système public. Mais l'éloignement des SMUR c'est-à-dire la carence des secours publics demande à être comblée par les moyens privés en obligeant les médecins de garde qui ne sont pas formés à ce type d'intervention, d'intervenir sur ordre du 15. Ajoutons à cela que les secteurs de garde sont grands et qu'il est difficile pour un médecin d'arriver en moins de 10 minutes. De plus, très souvent, il n'a pas l'équipement pour intervenir. L'intervention des médecins correspondants SAMU (MCS) qui n'ont pas forcément suivi de formation à l'urgence, a été faite dans ce cadre. Leurs interventions pour une urgence sur demande du 15 est juste mieux financée que ceux que s'ils ne sont pas MCS ». Puisqu'il est médecin pompier, j'oriente la conversation dans cette direction. Il me dit : « Les SP veulent s'engouffrer dans le SAP car s'ils ne le font pas, ils n'auront pas que l'incendie et là, ils ne feront

¹¹³Renaud D., « Zones blanches en Pays de la Loire. Etat des lieux et perspectives », Thèse de médecine, Université de Nantes, p. 9.

¹¹⁴ Au début des années 2000, dans sa thèse de médecine consacrée aux médecins sapeurs-pompiers, I. Faivre relève leurs insuffisances en termes de formation : « Depuis 1999, pour être MG-SP il faut suivre une formation initiale de médecin capitaine ». Or, selon l'auteur, « il est évident à la lecture du programme de formation que c'est très insuffisant (5 jours). De plus, tous n'ont pas suivi la formation et il apparaît de façon flagrante qu'il n'y a aucune homogénéité dans la formation des MG-SP. » Faivre I., « Bilan et intérêt de l'activité des médecins généralistes sapeur-pompiers dans le domaine du secours à personne en Loire-Atlantique », Thèse pour le diplôme de docteur en médecine, qualification médecine générale, sous la direction du Dr. Senand, Université de Nantes, avril 2003, p. 18-19.

¹¹⁵ Faivre I., *op. cit.*, p. 48-49.

¹¹⁶ Il travaille pour le SMUR d'une ville moyenne. Il exerçait auparavant en tant que médecin généraliste en campagne dans la Haute Vienne.

presque plus de sorties. En tant que médecin pompier, je me suis clairement prononcé pour le SAP. Les politiques sont différentes d'un département à un autre. Dans certains départements, les médecins ne sont pas sur le terrain. Ils forment, c'est tout. Moi j'avais une grosse clientèle que je délaissais dès que le Bip sonnait pour un accident de la route par exemple. Et la clientèle comprenait, même si ça la faisait chier sur le moment ! En Haute Vienne, comme dans tous les autres départements en général, ils ont du mal à recruter des médecins pompiers car c'est le même principe que la PDS, ils ne veulent pas et ils ont peur face à l'urgence car il faut pratiquer. De toute façon, il y a un décalage entre le nombre de médecins SP annoncé par la Fédération et le nombre d'effecteurs réels. Il y a très peu de médecins pompiers ce qui freine la politique d'AMU de la FNSPF¹¹⁷. »

Malgré tout, bien que les limites de l'efficacité des « MCS » ainsi que des médecins-pompiers soient clairement exprimées par les acteurs de terrain, la politique de médicalisation des urgences n'en est pas, pour autant, remise en cause. Pour pallier les insuffisances de couverture territoriale, les pouvoirs publics continuent en effet, à proposer des solutions uniquement médicales. La FNSPF avec le soutien du ministère de l'Intérieur, entend poursuivre le développement du SSSM tandis que le ministère de la Santé, outre la multiplication des MCS et des MMG, propose de renforcer les moyens des SMUR dans l'hexagone. Or qu'en est-il de l'action concrète de ces médecins urgentistes hospitaliers ? Qu'en disent les acteurs qui y travaillent au quotidien ?

2.1.2. « C'est le système médical qui est en cause ! » : une autre vision des SMUR

Dès le début de ce travail, un de mes enquêtés, ancien directeur de la sécurité civile du département, avait attiré mon attention sur l'importance de ne pas prendre pour argent comptant les discours officiels et médiatiques véhiculés par les ambassadeurs des SAMU :

« - Donc le SAMU, c'était plus pointu en fait ?

- Il y avait SAMU et SAMU. A l'origine si vous voulez, c'était le cas à Nantes, SAMU, c'était médecin réanimateur. Dans certains cas, ça a dérivé en médecin étudiant réanimateur donc des gens qui avaient terminé leurs études et qui faisaient l'activité réanimation. Entre ce que j'ai connu ici où chaque fois qu'un SAMU sortait, il y avait un médecin réanimateur à bord et un infirmier réanimateur, et à l'opposé, tel ou tel SAMU qui avait 4 fois plus de véhicules qu'ici, qui lorsqu'un véhicule sortait, il y avait un étudiant de 5^{ème} année en médecine puis un infirmier banal. Il y a eu des excès là aussi. [...] En principe, c'est de la réanimation pure. »

Loin de n'intervenir que sur des urgences vitales avec des médecins spécialisés en réanimation, ces ambulances sembleraient avoir connu une « dérive » de leur activité, ce qui n'est pas sans rappeler ce qui s'est produit du côté des services d'urgence hospitaliers :

« Alors qu'ils avaient été initialement créés pour accueillir des pathologies aiguës et graves, seulement 2% des situations cliniques que ces services accueillent, répondent à cette définition. Bien que la médecine d'urgence se soit progressivement installée au sein des hôpitaux depuis plusieurs décennies, ce n'est que depuis le milieu des années 1990 que le vocable « urgentiste » a

¹¹⁷ Journal de terrain, le 16/06/2009.

été créé, évoquant de façon positive leur bravoure pionnière et de façon négative leur absence d'appartenance à une filière de formation reconnue par l'université¹¹⁸. »

Pour justifier la légitimité de leur existence dans le champ de l'urgence sanitaire et la pérenniser, les promoteurs des « roulettes du SAMU¹¹⁹ », pour la plupart médecins urgentistes, auraient cherché à multiplier le nombre d'interventions en sortant parfois, sur des urgences non vitales :

« A Paris, il y a une guerre non déclarée entre la BSPP de Paris qui a mis en place des Ambulances réanimation (SMUR rouge) et le SAMU. Il faut savoir que le médecin pompier à l'origine était présent sur certaines interventions pour les pompiers eux-mêmes au cas où ils se blesseraient et non pour les victimes qui relevaient des SMUR hospitaliers [...] Dès fois, le SAMU ne sortait que pour les stat ! Il m'est arrivé, à de nombreuses fois, de sortir avec médecin et infirmier alors que la situation ne nécessitait pas un SMUR ce qu'on savait avant même de partir: Et sur le retour de certaines interventions, on me demandait de mettre les deux tons, tout cela pour rentrer plus vite. Je lui demande alors si ce ne serait pas plutôt parce que le médecin a autre chose à faire dans un autre service : « Non ! Quand ils reviennent ils attendent la prochaine intervention !¹²⁰ »

Le témoignage de cet ambulancier est corroboré par les propos de ce médecin urgentiste (SOS médecins) :

« Au SAMU, les médecins boivent du café, ils font trois ou quatre sorties primaires par jour et le reste du temps, ils ne font rien, ils attendent. Et le pilote d'hélico, il essaie de décoller dès que possible parce qu'il faut bien justifier le fait d'avoir un hélico ». Tout en parlant, il feuilletait un numéro d'une revue portant sur la réforme hospitalière et les positions du CHU de la ville enquêtée. Il lit notamment une brève interview du chef des urgences : « Cette année on a fait 90 000 entrées pour un bâtiment qui ne peut accueillir que 60 000 normalement. Les urgences sont utilisées aujourd'hui comme une façon d'entrer dans le système de soins ». Le médecin d'SOS commente alors : « Oui mais eux c'est pareil, plus ils font d'entrée mieux c'est pour eux ! Ca fait bien de dire qu'on a fait 90 000 entrées » (Journal de terrain, mai 2009)¹²¹. »

Plus généralement, tous les services ont intérêt à justifier d'un haut niveau d'activité pour maintenir et/ou accroître leur pouvoir au sein de l'institution hospitalière. Ce fait n'est pas spécifique au SAMU-SMUR ni au milieu hospitalier, les ambulanciers privés et les sapeurs-pompiers ont, pareillement, tout intérêt à multiplier les interventions pour justifier leur existence dans le champ de l'urgence sanitaire :

« Les sapeurs-pompiers, il s'accrochent au secours à personne. Moi, à la régulation du SAMU, je le vois, ils s'auto-déclenchent et quand ils sont partis, on ne peut plus les arrêter. Quand ils ont beaucoup de travail, ils nous disent ce n'est pas notre rôle et quand il n'y a pas beaucoup d'activités, ils s'auto-déclenchent. Je pense qu'ils doivent avoir des quotas, pour pouvoir avoir le même budget d'une année sur l'autre. !¹²² »

¹¹⁸ Danet F., « La dramaturgie de l'urgentiste », *Esprit*, n°2, février 2007, p. 143.

¹¹⁹ Expression utilisée par l'ancien directeur de la sécurité civile en poste dans le département au cours des années 1970.

¹²⁰ Entretien informel réalisé lors d'une assistance avec un ambulancier privé, ancien militaire et ancien ambulancier à Jussieu. Il a travaillé pour le SMUR de Versailles. Juin 2009.

¹²¹ Conversation informelle avec un médecin urgentiste (SOS médecins, SAMU), Journal de terrain, juin 2009.

¹²² *Ibid.*

A l'occasion d'une « assistance » réalisée à la demande du SAMU, une infirmière travaillant au SMUR pédiatrique m'a informé de l'enjeu financier que représentait l'activité d'urgence pour certains services qui se concurrencent pour l'obtention de son monopole :

« L'infirmière m'explique que ce SMUR a été créé en février 2007 et pour les postes, il fut l'objet d'une âpre lutte entre le pôle urgence qui voulait s'arroger ce SMUR, et le pôle de réanimation pédiatrique dont le chef (très gestionnaire, montant régulièrement au ministère, communiquant beaucoup, sachant argumenter) avançait l'argument suivant : son service avait déjà une équipe formée de « pédi », c'était donc à eux que revenait de droit de gérer ce SMUR. Ainsi, le SMUR pédiatrique est, aujourd'hui, sous la direction du service de réanimation pédiatrique mais pour tout transport, il est régulé par le SAMU : « C'est pour les statistiques du SAMU » nous dit-elle. « C'est une histoire de budget, vous savez maintenant ils sont de plus en plus drastiques ! Plus le SAMU aura de transport dans ses statistiques, plus il aura de budget. L'objectif de ce SMUR, c'est de faire du primaire car pour le moment on ne fait que du secondaire, c'est-à-dire des transports d'hôpitaux à hôpitaux comme aujourd'hui. Et comme il s'agit du SMUR inter-régional, on se déplace souvent en avion ou en hélico ». Elle ajoute: « Dans l'hélico, il faut un médecin moins par véritable nécessité parce que la plupart du temps l'infirmière peut gérer le transport, mais pour justifier de l'emploi d'un hélico¹²³. »

Ainsi, on ne peut comprendre les pratiques des professionnels des SMUR sans tenir compte de l'importance des statistiques de sorties pour l'obtention de budgets permettant de maintenir des moyens équivalents et/ou de les renforcer¹²⁴. Quelques mois plus tard, je rencontre une de ses collègues à l'occasion, une fois encore, d'une assistance demandée par le SAMU. Elle confirme cette pression du chiffre ainsi que le climat de rivalité régnant dans les services hospitaliers :

« Une fois l'assistance terminée, elle nous avoue que le transport a été prévu ce matin au dernier moment et qu'un tel transport dans lequel elle n'a rien à faire n'est pas dans ses attributions: « C'était à un interne du service de le faire » et non pas à elle qui ne travaille pas dans le service où on a pris l'enfant, mais dans celui de réanimation néo-natale qui le jouxte. Elle est affectée au SMUR pédiatrique et elle fait des gardes de 12h00. Elles sont six à se relayer. « Là je suis partie toute la journée, je n'ai pas pu faire de sortie. Il faut savoir que notre service a besoin d'une activité ». (Journal de terrain, avril 2009)

Enfin, la concentration des SMUR dans les établissements hospitaliers pose le problème de leur éloignement¹²⁵ car ces ambulances ont pour fonction d'intervenir dans le cas de détresse vitale. Or en dépit de la vitesse, les délais d'intervention pour les urgences se situant en dehors de la ville et plus particulièrement en milieu rural, atteignent fréquemment la demi-heure :

« Les SMUR doivent théoriquement couvrir un large secteur si bien que certains points géographiques sont à une distance évaluée à environ 40 minutes du CHU. Dans ces cas-là, ça ne pardonne pas ! ». ¹²⁶

¹²³ Journal de terrain, le 8/07/2008.

¹²⁴ On retrouve les mêmes stratégies dans les analyses consacrées aux médecins urgentistes exerçant dans les services d'urgences. Danet F., *op. cit.*, p. 49. Sur ce point, cf. aussi: Danet F., Bremond M., Robert D., « Le travail du médecin aux urgences: reniement, adaptation ou transformation ? », *Nouvelle Revue de Psychologie*, 2006/1, n°1, p. 113-114.

¹²⁵ « Les moyens dont disposent les SAMU et les SMUR ne leur permettent d'intervenir, sans l'aide des pompiers, que sur moins de 8 % du territoire. », Entretien semi-directif avec Jean-François Schmauch, le 17/03/2005.

¹²⁶ Infirmier SMUR à Saint Malo. Journal de terrain, le 24/04/2006.

Pour réduire le temps d'arrivée sur les lieux, les conducteurs d'ambulances SMUR doivent alors rouler à vive allure, ce qui n'est pas sans générer quelques accidents. Pour limiter ce problème, les pouvoirs publics encouragent la création des HéliSmur qui présentent l'intérêt de réduire significativement le temps d'intervention des médecins urgentistes hospitaliers :

« Dans la ville enquêtée, une hélistation se construit, il y aura deux hélicoptères au lieu d'un actuellement : « Avec cette nouvelle hélistation, ils déclencheront plus souvent l'hélicoptère pour venir jusqu'à V.¹²⁷ Apparemment, il y a eu quelques accidents avec des SMUR car ils roulent vite pour arriver dans les zones rurales. C'est la même chose pour nous les pompiers. On a reçu une nouvelle circulaire qui nous interdit désormais de rouler sur les couloirs de bus. On doit aussi s'arrêter aux feux suite à de nombreux accidents »¹²⁸.

Toutefois, cette solution peine à être appliquée sur le terrain en raison d'une part, de son coût et d'autre part, des difficultés inhérentes liées à son utilisation comme en témoigne cet échange informel mené avec un secouriste et un médecin urgentiste (SOS médecins) :

« Certains endroits en milieu rural notamment (il cite plusieurs communes rurales du département)...sont des endroits où il vaut mieux ne pas habiter ou si on y habite c'est en connaissance de cause.

- Mais ne pensez-vous pas qu'il faudrait faire comme dans d'autres pays à savoir, imposer un délai d'intervention inférieur à 10 minutes ?

- Le secouriste présent dit alors : « Il y les médecins pompiers ».

- Le médecin répond : « Ca ne marche pas, ils ne sont pas compétents tout simplement parce qu'ils ne pratiquent pas souvent et qu'il y en a peu. Et ce n'est pas possible de mettre des médecins partout, surtout qu'on manque de médecin urgentiste et que les médecins libéraux ne sont pas compétents dans le domaine de l'urgence qui nécessite une pratique régulière. Il y a bien l'hélicoptère mais ça coûte cher et il faut le rentabiliser et il ne peut pas se poser partout mais sur les stades de foot, dans les champs, sur les routes avec les gendarmes qui installent des barrages des deux côtés ». Il ajoutera alors à plusieurs reprises : « Mais les gens n'ont qu'à pas habiter dans ces endroits ! Ou bien ils le font en connaissance de cause ! ».

Ce médecin confirme le constat d'échec de la politique de PDS portée par le ministère de la Santé mais aussi, celle de la FNSPF relative à la médicalisation des secours. Son diagnostic est sans appel, « il vaut mieux ne pas habiter en milieu rural » comme en témoigne également un infirmier SMUR :

«- Sur N. quand j'étais en ambulance, l'urgence vitale fallait qu'on soit dans les 15 minutes sur place. La première périphérie, la première couronne c'est 15 minutes et la deuxième couronne je pense, doit être dans les 30 minutes et je pense que ça doit être le maximum c'est-à-dire que logiquement, on doit être dans les 30 minutes sur les lieux d'intervention. Ca, c'est la théorie. Je prends par exemple nous, pour aller sur l'île N., bah ! tu ne vas pas mettre 30 minutes, il y a déjà trois quarts d'heure de route, il suffit que ça arrive sur l'autre bout de l'île...

- Il ne vaut mieux pas qu'il t'arrive quelque chose ?

- Non non, ça a toujours été dit ! Si tu habites dans la couronne de moins de 15 minutes de N., tu as plus de chance de t'en sortir que si tu habites dans la périphérie quoi. C'est l'utilité d'avoir au près les premiers intervenants que ce soit pompiers ou ambulanciers qui peuvent malgré tout faire une première prise en charge rapidement parce que logiquement, les pompiers ont un délai pareil qui va être de 15 minutes sur tout un secteur. Donc après les manques de SMUR ou de choses comme

¹²⁷ Commune rurale située à une quarantaine de kilomètres de la ville enquêtée.

¹²⁸ Entretien informel, Sapeur-pompier volontaire (sergent) en milieu rural, le 17/06/2006.

ça, sont comblés un petit peu par ces premiers intervenant ce qui permet un peu de limiter les dégâts. Maintenant, effectivement, si tu es sur place et que tu commences une réa, il n'y a pas les drogues qui vont avec et il suffit que la personne soit massée pendant plus de trente minutes bah ! Effectivement, elle aura quand même moins de chance que celle qui est évacuée en 20 minutes. »¹²⁹

Il semble ainsi acquis par de nombreux professionnels de terrain, qu'un habitant du milieu rural a moins de chance d'être sauvé que son homologue urbain en cas de détresse vitale sans que toutefois, cette situation ne suscite une quelconque indignation. Loin d'interroger les pratiques médicales et le principe de médicalisation des secours, nos interlocuteurs semblent en effet considérer ce problème comme étant inhérent à l'organisation des secours. D'ailleurs, pour la plupart des acteurs de terrain que j'ai pu rencontrer, la fracture territoriale dans l'accès aux soins d'urgence semble relever de l'évidence voire de la fatalité. Ils perçoivent bien que les délais d'intervention des SMUR sont longs mais ne s'en indignent pas :

« Bah ! Plus on est loin d'un grand centre, moins on a de chance médicalement hein ! Ca c'est clair ! Un infarctus avec arrêt cardiaque à N., en plein centre avec les pompiers qui arrivent tout de suite, il aura plus de chances que celui qui est au fond de son champ, c'est sûr. »¹³⁰

La même remarque prévaut dans le film-documentaire intitulé « *Dans le secret de l'accès aux soins en danger* » réalisé par Jacques et Pascal Martin¹³¹, dans la réponse formulée par le préfet concernant le problème de l'accès aux soins d'urgence en milieu rural pour les femmes enceintes, dans un contexte de restructuration des maternités :

« Témoignage d'une femme qui a accouché sur la route suite à la fermeture d'une maternité de proximité. Elle devait faire 50km pour aller accoucher. Interview d'une militante engagée dans une association d'usagers: « A quatre, ils sont allés voir le nouveau sous-préfet « qui venait d'une grande ville ». Il a répondu que « le fait de garder la maternité à Clamecy n'était pas une nécessité, ça fait longtemps que ça aurait dû être fermé parce que de toutes façons, les femmes on peut les programmer et, de plus elles accouchent en toute sécurité dans une grande ville [...] et puis de toutes façons, si vous voulez plus de sécurité vous avez qu'à vous rapprocher d'une grande ville ».

Or, il nous semble qu'il convient de dénaturiser cette évidence et de « rendre la réalité inacceptable » pour paraphraser Luc Boltanski¹³², et pour ce faire, nous allons sortir de l'hexagone pour porter notre regard sur les autres pays¹³³.

¹²⁹ Entretien semi-directif, mars 2007.

¹³⁰ Entretien semi-directif, médecin urgentiste (Samu, SOS médecins), Octobre 2006.

¹³¹ Diffusé sur France 2, ce documentaire d'une durée de 55 minutes et diffusé notamment sur France 2 le 12/02/2012 en deuxième partie de soirée fait « Le point sur la problématique de l'accès aux soins en France, avec l'avec les points de vue du professeur André Grimaldi et de l'économiste Jean de Kervasdoué ». La première partie est consacrée à la problématique de l'inégalité sociale dans l'accès aux soins avec la question des franchises. La seconde partie du documentaire porte davantage sur le volet géographique de la problématique.

¹³² Boltanski L., *Rendre la réalité inacceptable. A propos de La production de l'idéologie dominante*, Editions Demopolis, 2008.

¹³³ La démarche comparative constitue, selon Hughes, « un instrument essentiel de critique des évidences qui s'imposent à l'observateur parfois un peu trop emprunt des catégories de pensées et de la culture propre à son pays [...] Le travail d'objectivation du monde social que poursuivent les sciences sociales exige donc la construction de catégories dégagées des points de vue particuliers des acteurs sociaux qui participent aux phénomènes étudiés. La

2.2. L'ÉPREUVE DE LA COMPARAISON INTERNATIONALE¹³⁴ : LE « MEILLEUR SYSTÈME D'URGENCE AU MONDE ! ». DU MYTHE¹³⁵ A LA REALITE.

« Le chercheur ne saurait donc prétendre à l'objectivité sans transgresser les hiérarchisations ordinaires du milieu médico-infirmier et hospitalier, comme d'ailleurs celles de la société environnante. Prenant également de la distance à l'égard des évidences volontiers affichées par les médecins et les équipes de soins (par exemple l'impossibilité de traiter en présence des familles), l'ethnologue considère les techniques de la science et de la réanimation non pas comme des absolus, mais comme des ensembles de représentations et de pratiques relevant de choix proprement culturels, c'est-à-dire de manières, parmi d'autres possibles, de voir la personne et le monde. Du reste, la simple observation lui permet parfois de constater que les impératifs en vigueur et décrétés incontournables dans tel territoire font en réalité inégalement la loi selon les services, les établissements et les cultures nationales. Ce qui amène le chercheur à s'interroger sur les enjeux symboliques en cause, non seulement à l'intérieur de la culture hospitalière, mais à l'échelle de la société tout entière. ¹³⁶»

2.2.1. La promotion publique de l'exception française ou la fabrique médicale d'un mythe

En 2000, le Dr Poirson-Sicre, praticienne de médecine générale et de médecine d'urgence, publie un ouvrage grand public portant sur l'histoire de la médecine d'urgence « pré-hospitalière »¹³⁷. La comparaison de son écrit avec le précédent livre consacré au même sujet¹³⁸, révèle que des titres et paragraphes entiers ont été repris mot pour mot, un emprunt dont le lecteur n'est pas tenu informé¹³⁹. A l'instar des auteurs du précédent ouvrage, ce médecin compare le système français à celui des Etats-Unis :

principale ressource utilisée par Hughes pour élaborer de telles catégories d'analyse et pour contrôler leur validité est la démarche comparative », Hugues E., Chapoulie M., Le regard sociologique. Essais choisis, Paris, EHESS, 1996, p. 51-52.

¹³⁴ Les schémas d'analyse élaborés par les sociologues sont souvent dépendants d'un cadre national de pensée, conçu comme la référence légitime comme la référence médicale pour notre cas (ce qui est le propre de l'ethnocentrisme culturel). Dans ce cadre, il existe un risque de réduction inconsciente du champ d'études par ignorance des choix implicites opérés dans la construction de l'objet. Or, une autre façon de faire évoluer une problématique sociologique est de procéder par comparaison, qui n'est pas une fin en soi. Nous proposons ici une esquisse d'une analyse comparative qui méritera d'être approfondie dans le cadre d'une thèse consacrée à ce sujet à l'instar du travail de J-F Schmauch.

¹³⁵ « Par-delà les multiples sens conférés à ce terme, il est possible de le définir comme récit nécessaire à la pérennité (et à la reproduction) d'un ordre social. Le mythe irrigue les représentations et les cultures, il se sédimente en une infinité d'énoncés homologues (mais différents), au point d'apparaître (illusion à laquelle ont succombé quelques anthropologues) comme l'émanation d'une société toute entière, voir le produit d'un « système social. » Le Bart C., *Le discours politique*, PUF, 1998, p70.

¹³⁶ Pouchelle M-C, « Tout compliquer ou quand l'ethnographe interroge la réanimation et son histoire », in Grosclaude M., *op.cit.*, p. 316.

¹³⁷ Dr. Poirson-Sicre S., *La médecine d'urgence préhospitalière à travers l'histoire*, Glyphe & Biotem éditions, Paris, 2000. Préface du Pr. Pierre Huguenard.

¹³⁸ Emmanuelli X. et J., *op. cit.*

¹³⁹ « Le SAMU, une spécificité française », « un système sans équivalent international » etc... Les auteurs de ces deux ouvrages sont tous deux spécialisés en médecine d'urgence et ces emprunts signent, selon nous, une volonté commune de ces médecins de promouvoir publiquement le modèle français de soins d'urgence sur lequel repose partiellement leur légitimité au sein du champ médico-hospitalier.

« Notre système est constamment analysé par les étrangers ; le professeur Cummins de Seattle, la plus haute autorité américaine en matière d'organisation des secours urbains, déclare que la France possède le meilleur du monde, ce qu'appuie le professeur Paul Petit, directeur du SAMU du Rhône et président des SAMU de France, quant à la protection sanitaire de la population au travers des centres 15. Ce choix de santé publique privilégie l'individu. La pertinence de la médicalisation précoce est incontestable dans la prise en charge des hémorragies massives ou des infarctus ». ¹⁴⁰

En mobilisant l'autorité d'un expert américain, l'auteur cherche à convaincre le lecteur de la supériorité mondiale de la doctrine française (médicalisation) en matière de « secours urbains »¹⁴¹, sans toutefois citer des sources pour étayer son argumentation. Aussi, convient-il de prendre un peu de distance vis-à-vis de ce discours médical en accueillant ces informations avec circonspection. La même prudence s'impose à un autre moment de l'ouvrage, lorsque ce médecin aborde la nécessité « d'éduquer » le « grand public » aux gestes de premiers secours :

« Il doit y avoir une organisation ininterrompue à l'échelle de la collectivité, une éducation du grand public concernant les gestes de suppléance des fonctions vitales, un numéro de téléphone simple et unique pour alerter et recevoir des conseils. Par exemple, plus de 40% des victimes d'arrêt cardiaque brutal demeurent vivantes, si les témoins suppléent les fonctions vitales dans les 3-4 minutes qui suivent, et que le personnel d'une unité de soins intensifs mobile (SMUR) restaure la circulation avant l'arrivée à l'hôpital ; l'idéal, relancer les fonctions vitales en 10 minutes en milieu urbain, 30 minutes en zone rurale ». ¹⁴²

L'idéal prôné par l'auteur concernant les délais d'intervention, à savoir 10 minutes pour la ville et 30 minutes pour le monde rural, mérite d'être interrogé. En effet, est-il rationnel de prévoir des délais d'intervention à géométrie variable lorsque l'on raisonne à partir d'une situation d'urgence vitale ?

En 2003, un autre ouvrage collectif paraît consacré cette fois-ci, aux urgences pré-hospitalières ¹⁴³. Ce document rédigé par des anesthésistes-réanimateurs et des médecins urgentistes, rassemble des recommandations et des éléments de connaissances pratiques indispensables au travail quotidien dans un service d'urgence et un SAMU. Destiné à un public d'étudiants en médecine, il est publié par les éditions Masson, spécialisées dans la littérature médicale. Parmi l'ensemble des contributions contenues dans l'ouvrage, l'une d'entre elle a attiré plus particulièrement notre attention. Il s'agit d'une étude comparative des systèmes d'urgences pré-hospitaliers en France, en Europe et aux Etats-Unis :

« Les systèmes d'urgence pré-hospitaliers, à la différence notable des services d'urgence intra-hospitaliers, font l'objet de débats passionnés entre deux systèmes de soins répondant à deux philosophies différentes. Il est classique d'opposer le système anglo-saxon, basé sur un relevage et

¹⁴⁰ Dr. Poirson-Sicre S., *op. cit.*, p. 171.

¹⁴¹ Au terme de la lecture de cet extrait, les propos nous apparaissent ambigus. On ne sait plus trop si le propos de l'auteur concerne uniquement le secours urbain ou s'il le généralise au secours rural.

¹⁴² Dr. Poirson-Sicre S., *op. cit.*, p. 171.

¹⁴³ La Coussaye J-E (de), *op. cit.*

un transfert rapide des victimes vers une structure hospitalière (scoop and run), et le système d'inspiration française, basé sur la délocalisation de l'hôpital en dehors de ses murs pour mettre à disposition du patient, sur le lieu même de sa détresse, des soins de même nature que ce qui lui serait proposé en intra-hospitalier (stay and stabilize). Le système anglo-saxon est basé sur l'action d'auxiliaires de santé, les paramedics, alors que le système français repose sur les équipes médicalisées ». ¹⁴⁴

Tout en rappelant la controverse qui traverse ce sujet, les auteurs dépassent l'opposition classique et simpliste (« scoop and run », « stay and stabilize ») pour souligner ensuite l'hétérogénéité des systèmes pré-hospitaliers qui se répartissent selon eux, entre deux extrêmes : du tout médical, spécifique à la France, à l'inexistant (Bosnie-Herzégovine). Puis, ils poursuivent leur démonstration en consacrant quelques lignes à la description du système paramédical tel qu'on le trouve en Angleterre et aux Etats-Unis :

« Les paramedics [anglais] ont une formation similaire à celle dispensée aux Etats-Unis, c'est-à-dire qu'après avoir obtenu le diplôme d'EMT ¹⁴⁵, ils reçoivent une formation plus poussée leur permettant de pratiquer des gestes de réanimation (intubation, pose de voies veineuses, injection de médicaments d'urgence). Cependant, l'expérience de ces personnels dans la prise en charge des détresses vitales semble être très réduite. En effet, environ 1350 appels sont reçus dans le service des ambulances de Londres chaque jour et seulement deux ou trois concernent des patients polytraumatisés. Ainsi, l'expérience d'une prise en charge de polytraumatisés par une équipe paramedics à Londres est estimée à une ou deux par an ¹⁴⁶. »

Bien que les auteurs affichent la volonté de décrire et non d'évaluer les différents types d'organisation, leur propos n'est pas neutre. Certes, l'argument selon lequel le niveau de compétence d'un professionnel en matière d'urgence est conditionné à l'intensité de sa pratique, fait consensus au sein de la communauté médicale. De même, les informations transmises au lecteur, futur médecin, sont *a priori* exactes mais malgré tout, la critique adressée ici aux partisans de la paramédicalisation est discutable car elle repose sur des données partielles.

Le raisonnement exposé ici est réducteur car il est fondé sur la seule analyse des « polytraumatisés » qui pourtant, sont loin de constituer la totalité des interventions d'urgences préhospitalières. Il importe en effet de préciser que les pratiques de perfusion (sang, antibiotiques et autres médicaments, etc...) et d'intubation citées par les auteurs, sont, dans bien d'autres cas d'urgence ¹⁴⁷, nécessaires au maintien et/ou au rétablissement des fonctions vitales du patient. On

¹⁴⁴ Adnet F., Lapandry Cl., Lapostolle F., « Comparaison des systèmes d'urgences préhospitaliers en France, en Europe et aux Etats-Unis », in La Coussaye J-E., *op. cit.*, p. 101-116. Les auteurs sont respectivement : MCR des universités, PH, SAMU 93 ; PH, directeur adjoint SAMU 93, département anesthésie-réanimation ; PH, SAMU 93, département anesthésie-réanimation. Ils exercent à l'Hôpital Avicenne.

¹⁴⁵ Emergency medical technician

¹⁴⁶ La Coussaye J-E (de), *op. cit.*, p. 111-112.

¹⁴⁷ Fracture ouverte, accident vasculaire cérébral, infarctus, œdème aigu du poumon, accident ischémique cérébral, arrêt cardio-vasculaire, détresse respiratoire, etc... Cette liste non exhaustive est fondée sur notre expérience pratique de la prise en charge d'urgences dans le cadre de transports sanitaires privés.

pense ici entre autre, à l'infarctus, l'oedème aigu respiratoire, l'accident vasculaire cérébral, qui restent parmi les interventions d'urgence, les plus couramment rencontrées par ces professionnels. Par voie de conséquence, on peut aisément penser que l'expérience pratique des *paramedics* dans la prise en charge des détresses vitales, ne se résume pas à un cas ou deux par an.

Ainsi, dans les deux ouvrages précités, le discours explicatif apparaît discutable voire contestable, du fait de biais repérés dans les données mobilisées comme socle argumentaire : manque de référence, voire aucune, usages détournés de certaines données (extrapolation, occultation)¹⁴⁸. Le raisonnement médical apparaît parfois davantage guidé par une idéologie du « tout médical » que par la science. L'analyse rhétorique révèle en effet, l'usage fréquent d'arguments d'autorité et de procédés discursifs visant à naturaliser des propos pourtant dénués de fondement scientifique. Dès lors, ces écrits dans lesquels ces médecins convoquent les modèles étrangers pour mieux convaincre le lecteur de la supériorité du système médical français¹⁴⁹, peuvent être considérés comme des instruments de diffusion d'une « philosophie » visant à justifier l'utilité sociale des urgentistes dans le champ de l'urgence sanitaire « pré-hospitalière¹⁵⁰ ».

Toutefois, derrière cet apparent consensus, l'enquête sociologique fait surgir tout un monde souterrain de contestations et de propositions portées par des groupes d'acteurs auxquels les politiques et les médias restent sourds¹⁵¹. La confrontation de ces écrits destinés au grand public

¹⁴⁸ « La connaissance et les compétences d'un groupe sont mises en avant pour défendre ses intérêts. Que la connaissance soit vraie ou fausse [...] l'affirmation de la connaissance fonctionne comme une idéologie. ». Freidson E, *op. cit.*, p. 30.

¹⁴⁹ Jean-François Schmauch fait le même constat concernant l'organisation des sapeurs-pompiers : « Chacun se plaît alors à louer cette profession sans se soucier de savoir si, d'un pays à l'autre, face aux missions qui lui sont confiées par les gouvernements, il existe des différences techniques et humaines... En fait, ces différences existent mais ne sont que très rarement présentées dans la littérature spécialisée où il apparaît que chaque pays tient son service de secours et de lutte contre l'incendie comme le plus performant et le plus envié par les autres », Lieutenant Colonel J-F., Schmauch, « L'organisation des sapeurs-pompiers dans 25 pays d'Europe », *op. cit.*, p. 13.

¹⁵⁰ L'enjeu est *in fine*, de garantir un territoire de compétence hors des murs de l'hôpital pour des médecins « urgentistes » qui luttent, au même moment, pour être reconnus comme spécialistes : « Après une vague de titularisation (suite à la Canicule de 2003) réclamée par les médecins - le plus souvent généralistes - des services d'urgence, l'année 2004 a été celle de l'adoubement de la médecine générale au grade de spécialité, et de la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (Desc) de médecine d'urgence, qui est aujourd'hui en panne du fait des difficultés qu'ont les urgentistes à délimiter leur pratique. » Danet F., *op. cit.*, p. 143.

¹⁵¹ L'enquête réalisée par Anne Paillet avait également permis de faire apparaître les désaccords entre les professionnels du champ de la réanimation néonatale concernant la nécessaire « médicalisation des décisions » : « Lorsqu'ils évoquent publiquement les « décisions difficiles », que ce soit dans leurs publications, dans les médias ou face à une sociologue rencontrée pour la première fois, nombreux sont les pédiatres réanimateurs qui utilisent le registre du « consensus ». De leurs discours, il ressort l'image de décisions prises « d'un commun accord » et de principes et de pratiques quasiment « unanimes » (le seul point faisant débat étant le traitement des enfants respirant seuls). Pourtant, l'observation du travail quotidien, le suivi des cas et l'écoute des uns et des autres

à la littérature professionnelle, fait apparaître en effet, des éléments d'informations qui nuancent voir contredisent, les discours publics.

2.2.2. L'envers du décor : les limites du système d'urgence médical français

Comparant l'organisation du secours médical pré-hospitalier français au système paramédical anglais, J-D Bellier, auteur d'une thèse de médecine soutenue en 2001, conclut à propos de la prise en charge des « polytraumatisés » sur le paragraphe suivant :

« En fait, le bénéfice de ces deux types d'organisation pré-hospitalière n'est pas clair. Deakin souligne d'ailleurs qu'il n'existe aucune preuve qu'un des deux systèmes soit supérieur à l'autre lorsqu'est prise en compte la traumatologie pré-hospitalière dans son ensemble. En témoigne la discordance et parfois la contradiction des résultats obtenus par les nombreuses études parues sur le sujet depuis une vingtaine d'années, et qui sont dues à la difficulté voire l'impossibilité d'organiser des études prospectives contrôlées randomisées dans le domaine des secours sanitaires d'urgence pré-hospitaliers, et ce pour des raisons éthiques évidentes¹⁵². »

Il semblerait que dans les faits, aucune étude n'ait prouvée la supériorité du système d'urgence français sur ses homologues européens, que l'on prenne en compte les seuls polytraumatisés ou bien l'ensemble des interventions d'urgence pré-hospitalières, comme le confirme une autre thèse de médecine :

« Depuis plus de 20 ans, un conflit s'est installé entre les partisans de secours paramédicalisé et les partisans d'un système médicalisé à la française. Or jusqu'à présent, aucune étude prospective n'a comparé directement la survie des patients et la morbidité, à l'organisation des systèmes de secours¹⁵³. »

Bien plus encore, selon l'auteur de cette thèse, une étude comparée de la prise en charge de l'accident cardio-respiratoire indiquerait que la Grande-Bretagne obtient de meilleurs résultats :

« Compte tenu de la diffusion de la technique de DSA parmi le personnel des secours, l'intervalle effondrement-1^{ère} défibrillation est en court en GB. En France, cet intervalle est beaucoup plus long, l'usage de la défibrillation ayant été réservé longtemps au corps médical. Actuellement, la situation est en train d'évoluer avec la diffusion de la technique DSA aux SP et autres professionnels de santé¹⁵⁴. »

*conduisent à dresser un tout autre tableau. Même si ils sont rarement explicités, de sérieux différends peuvent en réalité traverser les équipes. Car tout le monde ne voit pas dans les normes de travail exposées précédemment de simples normes techniques qui ne correspondraient qu'à des conventions de procédures : beaucoup y voient une façon – discutable – de définir ce qu'il est légitime ou non de faire en matière de décisions de vie ou de mort.», Paillet A., *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007, p. 73.*

¹⁵² Bellier J-D., « Les secours sanitaires d'urgence préhospitaliers en France et en Angleterre : état des lieux, organisation et fonctionnement en Ille et Vilaine et dans le West Countru », Université Rennes I, 2001, p. 172.

¹⁵³ Trewick D., « Aide Médicale Urgente : comparaison du système français (Nantes) au système britannique (Southampton) au travers deux pathologies cibles : l'arrêt cardio-respiratoire et la douleur thoracique, d'origine cardiaque, extra hospitaliers: mise en oeuvre du protocole (de néphrologie) », Thèse d'exercice, Médecine, sous la direction du Docteur Frédéric Berthier, Université de Nantes, 2000, [Chapitre 3]. Il précise que son étude a juste pour objectif de « poser la question de l'intérêt de la médicalisation des secours ».

¹⁵⁴ Trewick D., *ibid.* [chapitre 3].

Ce blocage médical de l'usage du défibrillateur semi-automatique par d'autres professionnels de l'urgence et plus largement, par la population française est confirmé par un ancien haut fonctionnaire de la sécurité civile :

« Le défibrillateur semi automatique c'est un sujet qui entraîne des discussions depuis 20 ou 30 ans en France puisque les premiers conflits sur les défibrillateurs remontent aux années 1980 quand les médecins de SP ont voulu se faire offrir des défibrillateurs et où les médecins des hôpitaux et les médecins de la Santé, de la DASS ont mobilisé le ministère de la santé pour rappeler qu'en France, l'académie de médecine s'était prononcée sur le sujet déjà plusieurs fois et que c'était un matériel spécifique, réservé à des personnels, etc, etc... [...] Il a fallu 20 ans pour passer de la situation française où on réserve un certain type d'intervention et de matériel à des personnels spécialisés à ... C'est pas simplement vrai que pour les défibrillateurs, c'est vrai pour les injections intra-veineuses qui étaient réservées à des médecins et bien sûr sous le contrôle de médecins et ... à la situation des Etats-Unis ou d'autres pays où les paramédicaux utilisent ce même type de matériel. Il aura fallu 20 ans pour qu'il y ait une transition progressive qui s'est faite avec beaucoup de heurts¹⁵⁵. »

Il semble acquis aujourd'hui que la mise en place du DSA dans les lieux publics ainsi que la formation de la population à son usage, permet de réduire sensiblement la mortalité des victimes d'arrêt cardiaque. Or, il a fallu des années en France, pour que la profession médicale cesse d'empêcher sa diffusion et par là-même, de se réserver un acte (de déchoquage) sur lequel est fondée une partie de son prestige¹⁵⁶.

A la lumière de ces données, l'idée d'une supériorité mondiale du modèle française de soins d'urgence, pourtant affirmée par les auteurs des deux ouvrages précités, apparaît ainsi relever davantage du mythe que de la réalité. D'ailleurs, dans ses travaux, le Lieutenant Colonel Schmauch dresse un tableau particulièrement sombre de la situation française qui est présentée comme étant la plus inégalitaire au regard notamment, du traitement de « l'urgence médicale »¹⁵⁷ :

« La couverture géographique du « 15 », dans des délais compatibles avec les détresses vitales, est très partielle puisqu'elle ne représente que 6 à 7% de la superficie du territoire national. En fait, elle ne couvre que l'immédiate proximité des points de stationnement des véhicules attachés aux services concernés¹⁵⁸ ; La logique de régulation des appels liés aux interventions à caractère médical conduit à des pertes de temps qui font appartenir notre pays à ceux où les chances de survie après la survenance d'une détresse vitale comptent parmi les plus faibles des pays présentant un même niveau socio-économique ; Les différences de gestion des appels d'urgence d'un

¹⁵⁵ Entretien semi-directif, ancien directeur du service de la Protection civile du département enquêté, le 20/10/2004.

¹⁵⁶ Dans les séries telles que « Urgences », on le voit, cet acte confère un grand prestige à celui qui le met en oeuvre.

¹⁵⁷ Les travaux de cet auteur portent sur les sapeurs-pompiers et par conséquent, ses conclusions s'élargissent aux divers types de secours assurés par les sapeurs-pompiers dont l'incendie.

¹⁵⁸ A ce propos, A. Bouriaud souligne également dans son travail le caractère discutable du maillage territorial par les SMUR : « La liste des centres hospitaliers devant disposer d'un SMUR n'a cessé d'évoluer jusqu'en 1993, date du dernier arrêté en la matière donnant les listes des centres hospitaliers ayan l'obligation de se doter de SMUR. La fin du maillage du territoire en SMUR est donc récente, et comme nous le verrons plus tard, discutable », Bouriaud A., *op. cit.*, p. 17-18.

département à l'autre, parfois même d'une commune à l'autre, génèrent de fortes inégalités dans la qualité du traitement de l'intervention¹⁵⁹. »

Cette étude encourage là encore, à discuter de la pertinence de l'idéal médical prôné dans les écrits publics en matière de délais d'intervention (pour rappel, dix minutes en ville et trente minutes pour le milieu rural). Contrairement à la thèse défendue par les médecins urgentistes français, ces délais sont considérés par cet expert comme incompatibles avec l'urgence vitale. Et cette critique vaut tant pour les SMUR que pour les sapeurs-pompiers dont les temps d'intervention sont tout autant à « géométrie variable », comme l'indique cet article du magazine « Le Point » consacré au travail de cet expert¹⁶⁰ :

« Les pompiers sont beaux, forts et courageux. Mais, question efficacité, c'est autre chose. Car les héros préférés des Français ne sont pas à la hauteur de leur réputation. Appels téléphoniques au 18 qui se perdent, délais d'intervention à géométrie variable, effectifs et matériels insuffisants, coordination avec les Samu déplorable : c'est toute l'organisation des secours en France qui est à revoir, selon Jean-François Schmauch, ancien colonel des sapeurs-pompiers et auteur d'une thèse de doctorat percutante (1). « Chaque jour, dans tout le pays, des gens que l'on pourrait sauver meurent faute d'un dispositif de secours adapté », assène cet ex-ingénieur lorrain de 60 ans, après vingt-trois ans passés sous l'uniforme. « Aucun texte réglementaire n'encadre l'intervention des services d'urgence, constate Jean-François Schmauch. On ne trouve nulle part d'indication de délais à respecter pour répondre aux appels téléphoniques ou pour l'arrivée des premiers secours. Alors, chaque département fait un peu ce qu'il veut [...]. Ensuite, il faut attendre l'arrivée du camion rouge, alors que le sang coule ou que l'incendie fait rage. « Le week-end ou la nuit, dans certaines casernes, il arrive que le premier engin parte un quart d'heure après l'appel », avoue un pompier. Reste à atteindre la victime, située parfois à près d'une demi-heure de route de la caserne. Pourtant, les sauveteurs savent bien que, face à une urgence vitale, une intervention dans les dix premières minutes est essentielle. Des situations impensables chez nos voisins, explique Jean-François Schmauch. « Ces pays ont des textes qui imposent des objectifs de performance très stricts tant au niveau des appels que des délais d'intervention¹⁶¹. »

L'analyse des textes réglementaires nous permet, à l'instar de J-F Schmauch, de repérer le caractère flou et imprécis des délais d'intervention préconisés par les pouvoirs publics. Prenons l'exemple de la circulaire du 29 mars 2004 qui précise le rôle de chacun des intervenants¹⁶² et notamment des SMUR :

¹⁵⁹ Schmauch J-F., « Essai sur les services de secours et de lutte contre l'incendie dans 19 pays d'Europe », EDI 18, Collection « Documents », 2000, p. 34.

¹⁶⁰ Les travaux du Lieutenant Colonel Jean-François Schmauch ont donné lieu quelques années plus tard, à la réalisation d'une thèse d'Etat qui n'est pas passée inaperçue.

¹⁶¹ Benhamou G., « *Le rapport qui embarrasse les pompiers: dans une thèse d'Etat, Jean-François Schmauch, ancien colonel de sapeurs-pompiers, analyse les dysfonctionnements des services d'urgence français. L'image d'efficacité des pompiers en sort singulièrement ternie* », LePoint.fr, septembre 2007. En dépit de son mécontentement, la FNSPF est parvenue à s'emparer de ce travail scientifique pour servir ses intérêts. Les médias ont en effet relayé le discours officiel de cette institution qui d'une part, pointe la responsabilité du SAMU dans l'explication des délais d'intervention trop longs de ses ambulances, et d'autre part profite de cette occasion pour justifier une demande de moyens plus importants.

¹⁶² Circulaire n°151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers privés dans l'aide médicale urgente.

« Les SMUR ont pour mission d'apporter 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation¹⁶³. »

Dans ce texte, il est également précisé que le médecin régulateur doit vérifier que les moyens d'intervention déclenchés arrivent sur les lieux « *dans les délais nécessités par l'état de la personne concernée* ». Quant aux délais d'intervention des ambulanciers privés, ils ne sont pas plus précis puisqu'ils sont légalement chargés d'assurer les transports sanitaires d'urgence « *dans les délais estimés par le médecin régulateur comme étant compatibles avec l'état du patient* ». Les propos recueillis auprès d'un jeune ambulancier de 25 ans témoignent du manque de rigueur dans les délais d'intervention appliqués sur le terrain :

« Nous avons le plus mauvais système d'urgence préhospitalier d'Europe, les ambulanciers sont sous-diplômés et les SPV aussi. Il est aberrant que quand on est de garde SAMU, chacun dorme chez soi. Moi, j'habite là et mon collègue à 2 minutes. Mais le temps que le SAMU appelle le régulateur ou le patron, qu'eux nous appellent, qu'on émerge, qu'on s'habille, que j'aille chercher mon collègue, ça fait 15 minutes. Et quand tu sais que normalement l'urgence doit être prise en charge dans les 15 minutes ! ».

Enfin, concernant les sapeurs-pompiers, il est précisé « que dans le cadre de leur activité de prompt secours, ils doivent prendre en charge « sans délai » les détresses vitales. Ainsi, selon le Lieutenant Colonel Schmauch, les « limites de l'Ecole Française » qui se rencontrent également au niveau du matériel dévolu à l'urgence, trouvent en grande partie leur origine dans une législation imprécise :

« En France, et c'est là une différence importante avec les autres pays d'Europe, le secours d'urgence est dévolu dans sa presque totalité aux sapeurs-pompiers. La réglementation ne prévoit cependant pas la nécessaire obligation pour les CPI de disposer d'un véhicule de secours routier et d'un véhicule de secours médical [...]. Troisième variable attachée à l'équation, le délai d'intervention est quantifié dans l'arrêté du 29 juin 1981 mais disparaît dans le décret du 6 mai 1988 et son annexe. En 1981, il était indiqué que les CSP et les CS « sont normalement appelés à intervenir dans un délai maximum de l'ordre de 10 minutes en zone urbaine et de 20 minutes en zone rurale »...le choix « de l'ordre » laissant en fait une certaine liberté.¹⁶⁴ »

Dans un essai paru en 2000, il poursuit son analyse en soulignant cette fois-ci, l'ineffectivité des textes et/ou leur non application dans tous les pays où le « mode principal de gestion des effectifs » repose sur « le volontariat libre » :

« Il concerne la Grèce, l'Espagne, l'Italie, le Portugal et la France. Il repose sur la réalité de réglementations inexistantes ou sur le non respect des textes de dimensionnement qui peuvent même, et c'est systématiquement le cas de notre pays, être régulièrement révisé à la baisse. En fait, les cinq pays cités restent partiellement ou totalement étrangers à la prise en compte des neuf règles

¹⁶³ *Ibid.*, p. 5.

¹⁶⁴ Schmauch J-F., *op.cit.*, p. 36.

de base proposées plus haut. Il peut en résulter des structures de secours et de lutte contre les incendies marquées par de fortes inégalités¹⁶⁵. »

Selon cet ingénieur CNAM, le problème en France et dans les autres pays qu'il cite, est l'absence de « dimensionnement » des secours :

« La France n'a pas su mesurer les avantages présentés par les « équations aux dimensions ». En fait, les textes existent mais les autorités nationales, départementales, communales ne les ont que très rarement utilisés pour dimensionner leurs services de secours et de lutte contre les incendies. De ce qui précède, il résulte une remarquable inégalité des citoyens face aux situations nécessitant l'engagement des précédents services. Il est de plus certain que l'évolution de nos structures vers ce qui a été justement appelé la « départementalisation » ne va pas dans le sens de la suppression des inégalités¹⁶⁶. »

De façon complémentaire, il nous semble que le recours à l'analyse de Padioleau¹⁶⁷, dans son ouvrage consacré aux sapeurs-pompiers, est tout autant fécond. Cet auteur invite le lecteur à se défaire d'une image naïve selon laquelle les politiques réglementaires de l'Etat « obéiraient à des logiques d'action bien définies tant en ce qui regarde les origines que leurs conséquences positives ou négatives¹⁶⁸. »

« Bien au contraire, au regard de l'analyse politique, les activités réglementaires méritent dans la plupart des cas le qualificatif de système complexe. Par suite de la diversité des logiques d'action, de l'hétérogénéité des ressources, de la variété des contextes, les politiques réglementaires témoignent de l'omniprésence des compromis tandis qu'abondent les décalages entre les résultats d'ensemble d'une politique et les désirs, les projets ou les actes des parties prenantes¹⁶⁹. »

Sur le terrain, il est manifeste qu'entre le désir affiché d'une égalité des citoyens devant l'urgence et la réalité, un décalage persiste. Le monde rural semble sacrifié sur l'autel de l'arrangement institutionnel, du compromis entre deux acteurs, deux ministères, qui n'ont pas intérêt à produire une réglementation plus stricte en matière de délai d'intervention. En retour, les deux groupes d'intérêt possèdent les ressources permettant de faire pression sur l'action de l'Etat dans ce domaine, et de maintenir le « statu quo au détriment de l'intérêt général¹⁷⁰ » :

« J-F Schmauch- *L'urgence médicale anglaise est fabuleuse et on dit en France, ils n'ont pas de secours. C'est extraordinaire de puissance et de fric. Quand on y va, on tombe à la renverse parce que c'est totalement dimensionné. Par exemple, le texte dit en France, chaque département a un SAMU point. Le texte est résumé et après il y a plein d'études... Le texte anglais dit : aucun point de l'Angleterre en valeur moyenne, doit être à plus Dans un comté, 50% des ambulances doivent arriver en moins d'une minute sur les lieux, et puis 95% en moins de 19 minutes donc ça vous les positionne. En Allemagne le texte dit : aucun point du territoire ne doit être à plus de 10*

¹⁶⁵ Schmauch J-F., « Essai sur les services de secours et de lutte contre l'incendie dans 19 pays d'Europe », EDI 18, Collection « Documents », 2000, p. 18-19.

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 71.

¹⁶⁷ Padioleau J-G., *L'Etat au concret*, Paris, PUF, 1982, p. 81-112.

¹⁶⁸ *Ibid.*, p. 86

¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 86.

¹⁷⁰ « ... l'activité de réglementation est toujours, à notre avis, une décision problématique ; elle peut ou ne peut pas être désirable ; elle n'est pas ipso facto inévitable », *ibid.*, p. 88.

minutes en moyenne d'une ambulance, à dix minutes d'un médecin urgentiste, chaque secteur définit doit avoir une ambulance par tranche de 14 000 habitants ou de 12 000 habitants. Le système est totalement verrouillé.

- Tandis qu'en France ce n'est pas calculé comme ça ?

JFS- Il n'y a aucun calcul et en plus il n'y a pas de dimensionnement. C'est que le SAMU, ici, est toujours en manque de moyen, il est toujours en train de chercher des moyens parce que avec trois ou quatre ambulances à N., deux ou trois équipes d'urgence ça n'a aucun sens. En fait, il n'y a aucune logique, ce n'est pas une critique. Moi je travaille dessus depuis des années mais il n'y a pas de logique dans les textes français, dans l'urgence. Il n'y a pas de logique dans les secours, il n'y a pas de rigueur.¹⁷¹ »

Bien que ne remettant pas en cause la présence des sapeurs-pompiers français dans le domaine de l'urgence sanitaire, cet expert précise également dans son travail que dans les autres pays (Etats Unis, le Japon et l'Allemagne, etc...¹⁷²), lorsque cette mission est confiée aux sapeurs-pompiers, elle est dévolue uniquement à des professionnels. Or, en France ce sont les sapeurs-pompiers volontaires qui assurent près de 80% des interventions de secours à personne.

Ce regard porté sur les autres pays amène donc finalement à questionner deux évidences : tout d'abord, celle de la présence des sapeurs-pompiers dans le champ de l'urgence sanitaire et donc du développement du « secours à personne » mais aussi, et de façon liée, l'exercice de cette compétence par des volontaires. Enfin, le travail de J-F Schmauch étant essentiellement consacré aux services d'incendie et de secours, il évoque peu les autres acteurs de l'urgence médicale présents dans les autres pays, à savoir les ambulanciers « paramedics ».¹⁷³ Or, ces acteurs bien que peu connus en France, assurent pourtant l'essentiel des missions d'urgence médicale dans la plupart des pays européens et outre-atlantique. En l'absence de document, c'est sur le terrain ambulancier que j'ai pu collecter des matériaux sur ce point.

2.2.3. L'ambulancier « paramedics » : un professionnel de santé reconnu en Europe et outre-atlantique

Le témoignage de cet ambulancier d'environ 35 ans récemment arrivé dans le département¹⁷⁴, souligne l'hétérogénéité de la situation des territoires en France, en matière d'organisation de l'urgence sanitaire. Certains départements frontaliers (Haut-Rhin, Bas-Rhin, etc) semblent avoir en effet été influencés par les systèmes des autres pays :

¹⁷¹ Entretien semi-directif, J-F Schmauch, mars 2005.

¹⁷² A l'instar de deux autres pays où les sapeurs-pompiers ont une mission d'urgence sanitaire, le Danemark (sapeurs-pompiers privés: société privée : « Falcks Redningskorps ») et la Finlande (même société privée) ont un « mode de gestion des effectifs » similaires nommé, « la professionnalisation ».

¹⁷³ De même, après avoir fait une recherche du terme « ambulancier » dans son travail de thèse qui m'a été envoyé par un « cégétiste », il s'avère que ces professionnels ne sont mentionnés à aucun moment dans cet écrit.

¹⁷⁴ Il a été secouriste à la Protection civile (pisteur secouriste) où il a passé son CFAPSE. D'après lui, cette formation est très bien pour apprendre le brancardage car au CCA, ils ne font que 4h sur le brancardage.

« A Strasbourg, là où je travaillais avant, les sapeurs-pompiers de la ville ne font pas le secours à personne. Lors d'un accident de la voie publique (AVP), ils dégagent la personne et les ambulanciers sont là pour le reste [...]. Le système de secours à Strasbourg se rapproche beaucoup des systèmes : allemand, anglais, américain. C'est très rarement médicalisé sur place car le SAMU fait confiance aux ambulanciers. C'est le système, je prends la victime et je me précipite vers l'hôpital. Là-bas les ambulanciers sont vus comme étant « le SAMU », ils collaborent étroitement avec le SAMU et, les sapeurs-pompiers de la ville ne veulent pas de VSAB. Il n'y a qu'en campagne qu'ils ont un VSAB. A Strasbourg, les ambulanciers suivent une formation de 5 mois avec école tous les jours pendant un temps et beaucoup de stages : maternité, réa, soins à domicile, etc... Alors qu'ici, les ambulanciers sont formés par le CESU et ils n'ont que trois mois de formation avec deux jours de cours par semaine et seulement deux stages [...]. Ici on est en retard de 10 ans mais c'est la même chose pour 70% des départements français. Quand je suis arrivé ici, j'ai eu un choc. J'ai téléphoné à un de mes anciens collègues pour lui dire : Tu sais ce que je porte comme tenue ? Une blouse ! Pour eux, c'est une tenue d'antan, celle des ambulanciers d'avant. » (Journal de terrain, 22/02/2007).

A l'instar du modèle Allemand, on accorde aux ambulanciers privés de ce département un rôle central dans la prise en charge de l'urgence sanitaire qui constitue alors, de fait, une activité marginale des sapeurs-pompiers strasbourgeois. Par ailleurs, la formation des ambulanciers privés y est plus complète que celle dispensée par les médecins du SAMU dans le département enquêté qui lui, serait en « retard de 10 ans » à l'instar de la majorité des départements français.

Les informations de notre interlocuteur concernant la faiblesse de la formation française sont confirmées dans un document visant à comparer les formations des ambulanciers européens. On y apprend que la formation française dure environ 300 heures quand celle de « l'Emergency Medical Technician¹⁷⁵ » est comprise entre 600 et 1000 heures selon le grade :

« La France, très avancée en matière de médicalisation, a des lacunes concernant les pré-requis, et les formations pour les non-médecins. Elle est le seul pays d'Europe n'ayant aucune exigence pour l'un des deux membres d'équipage d'une ambulance dite « légère ». Elle est aussi le seul pays à n'avoir aucun recyclage obligatoire pour ses EMT (ou paramédicaux en règle générale) »¹⁷⁶.

Un autre témoignage décrivant le modèle suisse confirme la faiblesse de la formation ambulancière française comparée aux ambulanciers des autres pays. David est un jeune ambulancier de 25 ans qui consacre ses vacances à des stages de perfectionnement de l'urgence en Suisse dont l'organisation est proche du système allemand :

¹⁷⁵ « Nous pouvons considérer qu'il existe dans le monde trois niveaux de formation des personnels à bord d'une ambulance ou d'un véhicule d'intervention d'urgence, à chaque niveau, des échelons assez divers. L'Europe est un exemple parfait de diversité en matière de techniques et de niveaux. Le terme « AMBULANCIER » est très peu employé, il ne correspond pas à une définition commune. Nous utiliserons donc la terminologie anglo-saxonne traditionnelle, « EMT » qui est clairement représentative et identifiée par la majorité des pays », Vivien E., Ranner G., « Comparatif de formations des ambulanciers en Europe », UNAH-France, le 15/04/2004, p. 1. Ce document « est destiné à mieux cerner le niveau d'un technicien d'urgence non médecin, dans le cadre d'un projet de réforme du métier d'ambulancier ». Cependant, depuis 2007 le nombre d'heures de formation a augmenté : 630 heures pour le Diplôme d'Etat d'Ambulancier et 70 heures pour le diplôme d'auxiliaire ambulancier.

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 1.

« Tous les ambulanciers suisses sont formés par la même formation, de la même manière mais ensuite, dans chaque canton, ça va être différent : à Genève, ils ont vingt protocoles, dans d'autres cantons, ils n'en utilisent que sept. Ils sont autorisés à en utiliser que sept. Mais si en France les ambulanciers faisaient déjà sept protocoles, des vies pourraient être sauvées. Les modèles suisses, allemands, canadiens et Etats-uniens, mais aussi l'Islande se ressemblent. »

Les ambulanciers suisses travaillent sur protocole c'est-à-dire qu'à certains types d'urgence (infarctus, accident vasculaire cérébrale, etc...), correspondent une liste d'actes à réaliser. Celle-ci est établie par des médecins qui autorisent, par délégation, les ambulanciers à réaliser des actes considérés comme « médicaux » en France (perfusion, intubation notamment) et à ce titre, interdits aux ambulanciers français. Au cours de cet entretien informel, j'apprends également que l'image suisse des sapeurs-pompiers français est loin de correspondre à notre image d'Epinal¹⁷⁷ :

« J'ai vu à Genève les sapeurs-pompiers français se faire foutre de leur gueule par les ambulanciers genevois. Ils se moquaient de leur VSAV, du fait qu'ils étaient trois dans l'ambulance alors que, selon eux, deux suffisent amplement. Il faut savoir qu'en Suisse, il y a un conflit entre les ambulanciers qui font du secours à personne aussi bien à domicile que sur la voie publique et les S-P suisses qui sont en train de se doter d'ambulances parce qu'ils veulent se lancer dans le secours à personne ». Il ajoutera plus loin dans la conversation: « Notre système c'est une catastrophe à la campagne. Beaucoup de gens sont morts à cause de ça. Les SPV n'ont rien à faire dans le secours à personne et les ambulanciers, avant de réclamer plus de place dans l'urgence, devraient se former à différents protocoles ». (Journal de terrain, janvier 2007).

Intriguée par ses propos, je lui demande des précisions sur ce point, deux mois plus tard, à l'occasion d'une autre journée de travail passée ensemble :

« Les paramedics suisses ont une vision particulière des pompiers français : « Ils sont tellement cons à deux qu'il en faut un troisième pour départager les deux autres ». Selon les paramedics il n'y a pas besoin d'être deux si on a des bonnes techniques de travail. Les pompiers suisses ne font que le feu et la désincarcération et les paramedics font toutes les urgences. Il y a deux niveaux : le technicien ambulancier et le paramedics. Il ajoute ensuite : « le paysage des ambulances suisses n'est pas très éloigné du paysage français. Certaines entreprises ne font que des transports conventionnels et dans ce cas, les ambulanciers ne sont que des techniciens et d'autres ne font que des urgences et dans ce cas, les ambulanciers sont tous des paramedics. [...] Les paramedics stabilisent la personne dans l'état dans lequel ils l'ont trouvée et ensuite, ils l'emmènent. L'état de la personne ne doit pas s'aggraver. Les SMUR eux, veulent faire en sorte de commencer à soigner la personne, la médicaliser et une fois seulement qu'elle va un peu mieux et qu'elle est stable, ils l'emmènent. [...] En France c'est la dictature des médecins tandis qu'en Suisse, c'est plus une monarchie parlementaire, les médecins sont les rois mais il y a quand même le droit de discuter. En France, les médecins urgentistes étaient contre l'utilisation du DSA par les ambulanciers, ils sont encore contre l'utilisation du Dextro alors que ce n'est pas compliqué. Et ils étaient en colère quand on nous a autorisé à prendre la tension ». (Journal de terrain, 13/03/2007)¹⁷⁸

¹⁷⁷ « De même, on ne peut appréhender le large éventail de missions des services d'incendie et de secours français comme une évidence mais comme la résultante d'un processus socio-politique orienté par la concurrence exacerbée entre les organisations représentatives des sapeurs-pompiers volontaires et professionnels », Rohart L., *op.cit.*, p. 36.

¹⁷⁸ Au cours de l'enquête, j'ai pu recueillir d'autres témoignages allant dans ce sens sur le Québec notamment. Cependant, le travail de comparaison ne constituant pas le coeur de la thèse, il a fallu faire des choix. Cette esquisse de comparaison présente néanmoins l'intérêt d'interroger un certain nombre d'évidences.

Selon David, les compétences des « paramedics »¹⁷⁹ sont bien supérieures à celles des ambulanciers français dont l'évolution serait bloquée par des médecins urgentistes soucieux de préserver leurs compétences.

Cette hypothèse est partagée par d'autres professionnels à l'instar de cet ancien ambulancier qui exerce aujourd'hui, en tant qu'infirmier anesthésiste dans un service d'urgence hospitalier :

« - Bah moi, quand j'ai arrêté l'ambulance c'était ça ! Mon idée, c'était de devenir paramedic c'est-à-dire de retourner dans l'ambulance en tant qu'infirmier. Le seul truc c'est que les textes n'évoluent pas pour l'instant dans ce sens-là.

- Alors si toutes les études montrent que le système anglo-saxon semble être plus adapté aux urgences, pourquoi est-ce qu'on ne change pas ?

- Bah ! c'est une question de pouvoir, cet orgueil comme je te disais tout à l'heure, c'est-à-dire que c'est difficile de donner des capacités aux ambulanciers par exemple. C'est difficile de leur donner des moyens supplémentaires. Je vais prendre le truc, tout bête, du combitube. Un combitube, n'importe quel ambulancier pourrait s'en servir parce que c'est tout simple, c'est une intubation facile. Mais si on donne ces possibilités-là, les médecins anesthésistes ne feront plus cette intubation donc, eux, ils perdent du pouvoir à ce niveau-là et ils n'ont pas envie de perdre ça. C'est une certaine reconnaissance qui est perdue. Après on va te dire qu'il y a l'efficacité, ceci, cela, pourquoi pas ! [...] Le premier choc, la personne qui a été déçouée chez nous quand j'étais ambulancier, c'était sur une erreur de la régulation du 15 ! Dans le sens où ils nous envoient chez une personne, pour eux non, non ce n'était pas thoracique et les gars arrivent, pof, l'autre il se met en arrêt. Il a été choqué dès le premier coup et puis il est reparti. Bien ! 33 ans, 3 enfants quand même !¹⁸⁰ »

D'après cet infirmier, la délégation de cet acte qui consiste à « choquer » la personne pour la réanimer via l'utilisation du DSA, a été effectivement retardée en France par le corps médical¹⁸¹.

Ainsi, force est de constater que la distinction opérée par les médecins urgentistes entre les actes médicaux et non médicaux d'urgence est culturelle et non pas, « naturelle » comme ils aimeraient le faire accroire¹⁸².

En effet :

¹⁷⁹ « Le développement de la médecine d'urgence pré-hospitalière est concomitant avec les avancées techniques de la médecine de guerre. Ainsi les « paramedics » nord-américains et anglo-saxons (infirmiers-ambulanciers aux compétences interventionnelles étendues leur permettant de pratiquer, sous protocole thérapeutique préalablement établi, un certain nombre de gestes techniques qui seraient réservés à des médecins en Europe), sont directement issus du corps sanitaire américain de la guerre de Corée. Ils constituent l'application civile des techniques militaires », Bouriaud A., *op. cit.*, p. 25.

¹⁸⁰ Entretien semi-directif, janvier 2007.

¹⁸¹ Il en fut de même pour le tensiomètre et le dextro (appareil de mesure du taux de sucre dans le sang utilisé par les diabétiques) qui sont aujourd'hui, couramment utilisés par les ambulanciers privés.

¹⁸² « Tout d'abord, il semble qu'en abordant ce problème, nous entrons de plain-pied dans celui des rapports hiérarchiques à l'intérieur du système hospitalier, et buttons immédiatement sur cette coupure séculaire entre médicaux et paramédicaux dont la nature n'est pas seulement d'ordre professionnel, mais également d'ordre social et culturel », Hélaré J-P., « L'autre versant de la technique : Le retour à la relation humaine », in « L'hôpital à vif. L'état des lieux », Revue *Autrement*, p. 42.

« La technologie n'a qu'une influence réduite sur la structure et tout au contraire, ce sont les orientations culturelles des médecins qui sont à l'origine de différences structurelles »¹⁸³

En ce sens, si en France les ambulanciers n'accèdent pas au statut de paramédicaux, c'est moins pour des raisons scientifiques (rationnelles) que pour des raisons culturelles, les frontières de compétences résultant avant tout, de choix politiques et économiques, même si elles semblent *a priori* aller de soi pour le néophyte¹⁸⁴ :

« La frontière semble nette, il y a les actes médicaux et les actes non médicaux. Mais la définition même d'un acte médical pose parfois problème. Prendre la tension ou poser une perfusion, est-ce un acte médical ou un geste de secourisme ? Il y a justement une polémique en France, poursuit notre lieutenant, normalement le fait de piquer (une perfusion, ou un vaccin ou n'importe quoi d'autre), ou alors de prendre une tension, ce sont des actes médicaux, ou alors des actes sous la direction d'un médecin : les sapeurs-pompiers n'ont pas le droit de le faire. Il se trouve qu'à Paris nous sommes militarisés et que nous avons des règlements qui sont très fermes ; on ne nous apprend, ni à prendre une tension, ni à perfuser. Par contre, ça se fait beaucoup en province : comme le médecin est long à venir sur les lieux, c'est utile que les sapeurs-pompiers sachent faire ça. Pour nous, à Paris, très honnêtement, comme le médecin est très rapidement là, ce n'est pas forcément nécessaire¹⁸⁵. »

Dès lors, cette brève comparaison autorise à nuancer l'aplomb des médecins représentants du SAMU qui affirment la supériorité du système d'urgence médical français sur ceux de ses voisins européens et outre-atlantique. Fondée sur des données de terrain et de sources documentaires éparses, notre analyse met en évidence que les plus compétents en matière d'urgence ne sont pas forcément les plus « efficaces »¹⁸⁶. Les délais d'intervention des médecins urgentistes limitent en effet considérablement l'accessibilité et donc la qualité de leurs actes dans les cas de détresses vitales, pour les territoires éloignés des SMUR¹⁸⁷. La citation suivante de Cochrane encourage à poursuivre l'analyse dans ce sens :

¹⁸³ Kutzy O., Orientation culturelle et profession médicale. La relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel et son environnement, *RFS*, vol.16, n°16-2,1975, p. 189-214. Sur ce point, on peut également lire avec profit, l'ouvrage de Madeleine Akrich sur la médicalisation des accouchements et plus précisément, sur la diffusion inégale de la pratique de la péridurale en France et aux Pays-Bas. Akrich M., *Comment la naissance vient aux femmes : Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Broché, « Les Empêcheurs de tourner en rond », 1996.

¹⁸⁴ De nombreux auteurs ont mis en évidence la relativité culturelle du partage des actes en médical/non médical que ce soit dans des travaux plus anciens de sociologues ou d'historiens (Hughes E., Freidson E., Foucault M., Pinel P. etc.), ou dans les multiples études ethnographiques réalisées ces dernières décennies au sein de services hospitaliers (Vega A., Arborio A-M, Paillet A., Castra M., etc.).

¹⁸⁵ Bouillier-Chevrier, *op.cit.*, p. 40-41.

¹⁸⁶ « L'efficacité - néologisme barbare mais consacré -, le bon soin, l'acceptabilité des solutions proposées, l'accessibilité aux soins et l'équité de la distribution des soins », Vigneron Emmanuel, *Distance et santé*, PUF, 2001, p. 60. (Chapitre intitulé : « Le débat proximité-qualité »).

¹⁸⁷ « La qualité dans le domaine sanitaire va de pair avec la sécurité. Mais, au-delà, qu'est ce que la qualité? La qualité des soins médicaux est aujourd'hui bien définie. De nombreux ouvrages lui ont été consacrés et elle est d'abord un problème médical. Mais juger de la qualité d'un système de soins dépasse de beaucoup la seule qualité de l'acte médical pour s'intéresser à la qualité de la prise en charge et à la qualité de l'état de santé des malades », Vigneron Emmanuel, *ibid.*, p. 59.

« Une activité médicale thérapeutique ou préventive dont l'efficacité a été établie par essai contrôlé peut se révéler inefficace si les moyens mis en œuvre pour sa réalisation dans la collectivité sont trop complexes et trop onéreux ou si elle est appliquée à mauvais escient¹⁸⁸. »

Ainsi, la profession médicale est certes dans l'absolu, la plus compétente dans le traitement de l'urgence vitale, toutefois, la reconfiguration de la figure du médecin généraliste et la concentration géographique des SMUR, rendent leurs actes peu « efficaces » pour les territoires ruraux. Or, le choix du type d'organisation déterminant le nombre de médecins dont on a besoin, si on fait le choix de transférer des compétences dites médicales à d'autres professionnels plus nombreux et mieux répartis sur le territoire, alors non seulement le besoin médical diminuerait, mais peut-être aussi, se donnerait-on les moyens de résoudre la fracture territoriale dans l'accès aux soins d'urgence.

Sur la base de ces données, une autre formulation du problème apparaît que l'on peut résumer comme suit : l'inégalité territoriale dans l'accès aux soins d'urgence serait moins un problème de répartition géographique des professionnels et de démographie médicale, qu'un problème de répartition des compétences entre les groupes professionnels qui luttent, aujourd'hui, pour le monopole du champ de l'urgence sanitaire. Cette nouvelle définition est essentiellement portée par une poignée d'ambulanciers qui font figure de marginaux au sein de ce groupe professionnel¹⁸⁹. Dans un certain silence social, ces acteurs échangent, débattent et explorent d'autres solutions que celles publiquement mises en avant, mais ces micro-mobilisations portées par une frange marginale du groupe ambulancier restent localisées et dispersées sur le territoire¹⁹⁰. Malgré tout, on a pu assister ces dernières années à une timide évolution du référentiel français *via* la création de diplômes et de dispositifs visant à paramédicaliser des secours comme l'appelle de leurs vœux cette poignée d'ambulanciers¹⁹¹.

¹⁸⁸ Cochrane L., *L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine*, Ed. Galilée, Paris, 1977, p. 42.

¹⁸⁹ « L'émergence de nouveaux problèmes sur l'agenda ou l'imposition d'une nouvelle formulation d'un problème existant sont analysées comme étant souvent le fait de groupes lésés dans les équilibres antérieurs qui cherchent à travers ces redéfinitions à rétablir des rapports de force en leur faveur (Schattschneider, 1960) », Gilbert C., Henry E., *op. cit.*, p. 15.

¹⁹⁰ La revue *Turbulances* se fait l'écho de ces discours et initiatives mais ce canal d'expression peine à atteindre un large public. Nous n'avons pas la place ici de mener une analyse du contenu de cette revue. Un tel travail trouverait néanmoins son utilité dans un article consacré aux ambulanciers privés.

¹⁹¹ « Celui qui n'accepte pas la croyance commune l'empêche, pendant qu'il nie, d'être totalement vraie ». Bergson H., *Les deux sources de la morale et de la religion*, Paris, Ed. du Centenaire, 1932.

2.2.4. *Vers un changement de référentiel ? La paramédicalisation du système d'urgence sanitaire français*

« Il y a changement de référentiel quand le code d'une politique se transforme à travers la mise en place d'un nouveau système d'explication et d'interprétation du problème (d'une nouvelle formulation du problème), de nouvelles solutions (appuyées sur de nouvelles relations causales), de nouvelles normes (modifiant la représentation de ce qui est souhaitable, désirable) avec, la plupart du temps, une remise en cause de la hiérarchie des groupes et des acteurs collectifs dans le secteur et même (on y reviendra) une modification des frontières du secteur¹⁹². »

Depuis les années 2000, divers indices de fragilisation de la doctrine médicale s'accumulent qui laissent présager une transformation du référentiel français en matière d'urgence sanitaire au profit de la doctrine paramédicale :

« Alors que la liste des actes infirmiers était limitative en matière d'urgence et se limitait aux seules prescriptions écrites et signées par le médecin, jusqu'à l'intervention de celui-ci¹⁹³, le décret du 11 février 2002 est venu changer cette perception de la prise en charge des urgences par le personnel infirmier. Il est précisé en son article 16 qu'en l'absence du médecin et en présence d'une situation d'urgence, l'infirmier est habilité à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits par le médecin responsable. Ainsi, des actes dépassant les compétences réglementairement admises pour les infirmiers peuvent être pratiqués en matière d'urgence, selon un protocole préalablement établi. Il ne s'agit plus ici de la notion d'actes conservatoires en attendant l'arrivée d'un médecin, comme prévu par le décret du 16 février 1993, mais d'actes thérapeutiques de compétence infirmier. Ces derniers ont ainsi vu leur champ technique étendu à l'urgence médicale, les médecins perdant par là-même le « monopole » de la pratique de certains actes qui ne sont désormais plus de la seule compétence médicale (intubation, défibrillation, injections...). Le corps des sapeurs-pompiers a, suite à la parution de ce décret réformateur, mis en place un système de para-médicalisation des secours, laissant le soin à des infirmiers sapeurs-pompiers de pratiquer certains gestes là où, auparavant, l'intervention d'une équipe SMUR était indispensable (antalgie, coma diabétique, petite traumatologie...). La Loire-Atlantique, département pilote en la matière, dispose de deux équipes infirmiers depuis mars 2003 sur les villes de Saint-Nazaire et de Nantes. On assiste ainsi à un glissement de compétences, sans nul doute profitable au patient, mais qui ne fait que rajouter à l'opacité d'un système, à moins que ce champ de compétence soit étendu à l'ensemble des acteurs de l'AMU¹⁹⁴. »

A partir du début des années 2000, les frontières professionnelles se modifient au profit des infirmiers à qui on délègue désormais, dans le domaine de l'urgence, un certain nombre de compétences considérées jusqu'alors comme « médicales ». Ce processus de paramédicalisation de la politique d'urgence se fait avec le soutien d'une profession qui est intéressée à renforcer sa légitimité au sein du champ de la santé face, notamment, au corps médical¹⁹⁵.

¹⁹² Muller P., « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique. Structures, acteurs et cadres cognitifs », *Revue française de science politique*, Vol.55, n°1, février 2005, p. 174.

¹⁹³ Article 29 du décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers, JO du 18 février 1993.

¹⁹⁴ Bouriaud A., *op. cit.*, p. 64-65.

¹⁹⁵ Le nouveau référentiel de formation des infirmiers (2009) va dans ce sens. Les Institutions de professions en soins infirmiers (IFSI), dans lesquels j'enseigne depuis quelques années, travaillent actuellement à « l'universitarisation » de la discipline infirmière. L'attention portée aujourd'hui, dans les enseignements, au « module recherche » vise à terme, à créer des filières doctorales qui permettraient de faire reconnaître les savoirs infirmiers comme « science » au même titre que le savoir médical. On peut se référer (entre autres auteurs) sur ce

Ce travail de mobilisation du groupe infirmier trouve par ailleurs, dans la FNSPF, un soutien de poids car cette institution fut la première à s'emparer de cette fenêtre d'opportunité politique¹⁹⁶, en s'engageant dans une politique de paramédicalisation des secours via la création d'un nouvel instrument d'action, les Véhicule de Liaison Infirmiers (VLI). Malgré tout, un infirmier exerçant l'activité de VLI a d'emblée perçu la faiblesse de ce dispositif qui, à l'instar des SMUR, ne permet pas d'assurer l'égalité des citoyens devant l'accès aux soins d'urgence :

« L'avantage avec la VLI c'est ça. C'est qu'on sort sur tel ou tel type d'intervention et le gros inconvénient, c'est qu'il y a deux VLI dans le département et donc, en gros, c'est partager le département en deux et, des fois, les interventions sont hyper loin. On arrive surtout dans le même problème que le SMUR mais à moindre gravité, dans le sens où on ne sort pas sur les mêmes choses. Je me rappelle une fois être monté quasiment au nord du département au-dessus de C., 40 minutes parce qu'en plus, ce n'est pas de la belle route, c'est de la petite route, 40 minutes on a mis pour une luxation de rotule. Ce n'est pas grave dans le sens où ce n'est pas vital, c'est douloureux pour la personne.

- Donc pour l'instant, ce n'est pas très développé ici le système de VLI puisqu'il y en a que deux ?
- Oui mais c'est suffisant, vu notre activité. Ce qu'il serait bien, dans l'avenir, c'est qu'on diminue nos temps d'action mais ça veut dire mettre plus de véhicules ce qui, quelque part a un coût, et mettre aussi plus d'infirmiers. Et à partir du moment où tu mets plus d'infirmiers, tu vas diviser tes secteurs. Et dans ces secteurs d'intervention, tu auras moins d'interventions ce qui fait que mettre des infirmiers qui vont prendre des gardes et qui sortiront peut-être quasiment pas, ce n'est pas intéressant. »

La mise en place des VLI se heurte aux mêmes écueils que celle des SMUR : leur coût nécessite de justifier leur existence et cela passe par le taux d'activité qui, toutefois, reste bas en raison d'une faible demande. Aussi, cette solution ne fait-elle pas l'unanimité au sein même de la FNSPF :

« Chaque département s'investit plus ou moins. Nous, ici, on a décidé de s'investir, il y a eu un gros budget par rapport à ça, tant mieux. Il y a d'autres départements où ils ne veulent pas s'investir là-dedans, ils ne veulent pas donner de budget et puis voilà. Au niveau de la Vendée c'est ça, ils ne veulent pas donner de budget. Il y a eu une infirmière pro qui a voulu monter justement la VLI et elle a carrément démissionné parce que ça n'avance pas. »

La politique offensive de la FNSPF en direction du « secours à personne » est donc loin de faire consensus dans les rangs de cette institution. Face à ces résistances, ses partisans multiplient les occasions publiques pour convaincre l'ensemble des sapeurs-pompiers et la population, de la nécessité de développer les VLI. Les « journées scientifiques du SSSM » qui se sont déroulées à Saint Etienne du 15 au 17 mai 2008, en témoignent :

« - Journaliste : Les infirmiers sont au centre du débat sur le SAP. Leur nombre à ces journées témoigne de l'intérêt croissant des infirmiers libéraux pour l'urgence pré-hospitalière.

point, à l'analyse de Schweyer François-Xavier, « Professions de santé », in Fassin Didier, Hauray B., dir., *Santé publique. L'état des savoirs*, La Découverte, Paris, 2010, p. 335.

¹⁹⁶ A savoir la requalification d'actes médicaux en actes paramédicaux lors des situations d'urgences, par le décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, JO du 16 février 2002.

- Richard Vignon : (« Sur leur rôle dans la réponse graduée »)

Elle est perçue avec beaucoup d'inquiétude dans la mesure où les hospitaliers craignent que cette réponse graduée vienne, aboutisse dans les décisions de leur ministère de tutelle de fermer des SMUR. C'est une inquiétude que je trouve tout à fait légitime, nous les avons rassurés en ce sens qu'un infirmier ne remplacera jamais un médecin. On a modifié le terme « gradué » pour le remplacer par « adapté ». Ça revient à mes yeux un peu au même mais c'est vrai que l'infirmier n'interdit absolument pas au médecin d'intervenir et puis, tout compte fait, tout va bien puisque c'est ce que nous souhaitons : qu'à chaque cas on envoie le bon moyen, le plus rapidement possible et le plus proche. C'est bien une réponse adaptée.

- Vice-président et médecin SP : Mais on a encore quelques combats d'arrière-garde avec certains de nos partenaires qui pensent encore que l'infirmier n'amène rien, c'est pas prouvé. Paraît-il que l'infirmier peut-être dangereux, on entend de tout. Mais je dois vous dire qu'on ne cèdera pas un pouce là-dessus. Quand le président de la Fédération vous dit « On ne bouge pas, la ligne d'arrêt est là ». C'est qu'on ne bougera pas ! Vous pensez bien que moi, en tant que président d'une commission santé, je ne peux que le suivre et l'applaudir¹⁹⁷. »

L'opposition ne se manifeste pas seulement du côté des sapeurs-pompiers. Les représentants du SAMU ont également violemment réagi contre ce qu'ils considèrent être une concurrence directe de leurs SMUR.

Dans cette guerre que se livrent la FNSPF et le SAMU, les ambulanciers privés font figure de véritables alliés pour les seconds qui, rappelons-le, contrôlent les contours de ce métier. Durant leur formation au DEA, ils apprennent désormais à piquer et enlever une perfusion, des gestes relevant officiellement du rôle « propre » de l'infirmier. En dotant les ambulanciers de solides compétences dites « médicales » que la génération précédente se réservait¹⁹⁸, les médecins du SAMU, avec le soutien de l'administration de la Santé, utilisent finalement les ambulanciers et leur maillage territorial pour que la santé reste à la santé et non, aux sapeurs-pompiers :

« Au CCA, ce sont surtout des gens du SAMU qui enseignent. Ils font bien comprendre qu'ils n'aiment pas les sapeurs-pompiers avec leur casque et leurs bottes. C'est plus une histoire de rivalité rouge-blanc qu'autre chose. Les SP sont jugés compétents pour le secours à personne même si depuis quelques années on remarque que les SPV sont limités [...]. Et comme ce sont les médecins du SAMU qui nous forment, ils préfèrent appeler les ambulances plutôt que les SP. Mais il y a tout de même un problème de compétence des ambulanciers : ils ne pratiquent pas souvent, ils perdent alors leurs compétences. C'est le système français qui est pourri »¹⁹⁹.

¹⁹⁷ Du 15 au 17 mai 2008 – « Journées scientifiques » SSSM à Evian du 15 au 17 mai 2008. L'objectif de ces journées est « d'actualiser les connaissances et techniques pour monter des programmes, des protocoles » (Les premières journées scientifiques européennes du SSSM ont eu lieu en 2006). Un an plus tard, le 19/10/2009, à l'occasion du 116^{ème} Congrès des SP à St Etienne, la FNSPF annonce que les médecins SP, les infirmiers et psychologue, etc..., du SSSM ont pour projet de créer une « société savante » et plus précisément, une « société européenne de médecine d'urgence ». Cette annonce constitue un acte fort de la part de la Fédération dont le but est de renforcer sa position dans le champ de l'urgence sanitaire au moment où parallèlement les ambulanciers sont dotés de nouvelles compétences. Sources : Rapport : « Organisation de la réponse ambulancière à l'urgence hospitalière. Référentiel commun », avril 2009.

¹⁹⁸ Il suffit de lire l'ouvrage de Louis Lareng, un des fondateurs du SAMU pour se rendre compte que jusqu'à présent, les perfusions, l'intubation ...étaient considérés comme des gestes médicaux réservés à des médecins expérimentés.

¹⁹⁹ Jeune ambulancier de 25 ans. Journal de terrain, le 29/01/2007.

La rivalité entre le SAMU et la FNSPF conduit le système d'urgence sanitaire à se paramédicaliser, une évolution que d'aucuns estiment nécessaire au regard des limites des SMUR.

Yves est médecin urgentiste, il a travaillé à la régulation du 15 durant quelques années et au moment où je le rencontre, il exerce dans le service d'urgence d'une clinique privée :

« Le SMUR ne doit pas sortir si un infirmier peut faire le travail d'autant plus que dans les prochaines années, avec la baisse de la démographie médicale, ce système sera de plus en plus difficile à tenir ». Il ajoute ensuite: « Les médecins du 15, ils ne branlent rien. Il faudrait les mettre à travailler un peu. Et les études montrent que sur une douleur thoracique, le système français n'a que 20% de réussite alors que les autres pays en ont plus de 30%. Ils nous disent que notre système est copié. Tu sais qui copie? Les pays africains car on leur vend le système clé en main »²⁰⁰.

Les propos de ce médecin rompent avec les images véhiculées par une poignée de médecins qui, s'improvisant momentanément écrivains, sont prompts à forger et entretenir le mythe de la supériorité mondiale du système d'urgence français. A l'occasion d'un rapatriement sanitaire (St Malo-Limoges), un médecin urgentiste ayant exercé jusqu'à récemment au sein d'un SAMU, va même jusqu'à affirmer que « les SMUR sont voués à disparaître » :

« En Dordogne, le SMUR est à 35 minutes de beaucoup de points du territoire. Clairement ça ne sert à rien dans ces cas-là de déplacer un SMUR. Et de toute façon les SMUR sont voués à disparaître et les ambulances privées seront bientôt paramédicalisées »²⁰¹. »

Ces voix dissonantes ne parviennent néanmoins pas à être entendue, l'essentiel des débats restant concentré entre les mains de quelques experts qui privilégient, encore aujourd'hui, une définition médicale et hospitalo-centrée du problème d'inégalité territoriale, comme l'indique la politique annoncée par le ministère de la Santé au moment de la présidentielle de 2012.

A son arrivée au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Marisol Touraine fait, en effet, de l'accès aux soins urgents l'une de ses priorités en lançant le « Chantier des urgences²⁰² ». Cette émergence publique du problème s'accompagne d'une politique qui maintient l'essentiel des instruments d'actions forgés jusqu'alors (SMUR, MCS, etc...) qui figent ainsi les cadres cognitifs et normatifs, et verrouillent le champ des possibles²⁰³. Les controverses récentes ayant eu lieu à l'occasion du Congrès Urgences de 2014 témoignent également de cette inertie institutionnelle :

²⁰⁰ Journal de terrain, octobre 2007. Pour les gardes, il explique qu'avant, les médecins généralistes « ne râlaient pas parce qu'à chaque sortie, c'était le jackpot ce qui compensait le fait qu'ils appelaient pour rien, il y avait intérêt en fait ». Selon lui, aujourd'hui les « mentalités ont changé. Avec les 35h les médecins généralistes ne peuvent pas être motivés seulement par l'argent, ça ne suffit plus ».

²⁰¹ Journal de terrain, 31/05/2006.

²⁰² Cf. Annexe 3.

²⁰³ S'inspirant des deux processus d'évolution institutionnelle théorisés par Kathleen Thelen face aux analyses théoriques insistant sur les phénomènes d'inertie institutionnelle, on peut comprendre cette inertie en recourant à la notion de « dépendance au sentier » ou « dépendance au chemin emprunté » (« path dependence »): « (Elle)

« Que s'est-il donc passé au congrès « Urgences 2014 » pour que la Fédération Nationale des Sapeurs- Pompiers demande à ce que tout contact soit rompu avec les ARS et les SAMU ?

La ministre, Marisol Touraine, a réaffirmé un engagement présidentiel fort de début de mandat : chaque Français doit pouvoir bénéficier d'un accès aux soins d'urgences en moins de 30 minutes. De par leur maillage territorial, les sapeurs-pompiers semblent excellemment placés pour répondre à ce cahier des charges. Or, il semble que le ministère de la Santé et les ARS ne prennent pas en compte ces partenaires dans l'élaboration de leur plan national.

A aucun moment, la ministre ne semble avoir parlé des sapeurs-pompiers dans le cadre de l'engagement du secours à personnes et de la prise en charge des urgences. Pire, en appuyant la multiplication des hélicoptères de transport sanitaire (gérés directement par les SAMU), la rumeur de diminution des hélicoptères de la sécurité civile semble prendre forme. Évidemment les hélicoptères « blancs » dépendent du ministère de la Santé et les « rouges » de l'Intérieur. Un autre secteur de concurrence. »²⁰⁴

Comment comprendre que l'autre voie (paramédicale) de résolution du problème ne parvienne que très timidement²⁰⁵ à l'agenda politique du ministère de la Santé ?²⁰⁶ Plusieurs pistes d'explication, non exclusives les unes des autres, peuvent être avancées : on peut supposer dans un premier temps que le nouveau ministère de la Santé reprend l'essentiel des instruments d'actions existants parce qu'il serait trop coûteux aujourd'hui, de faire machine arrière²⁰⁷. A cela s'ajoute, la faiblesse des ressources et du poids des ambulanciers qui seraient les premiers à bénéficier d'une para-médicalisation du système d'urgence français mais, dont les propositions ne parviennent pas à s'imposer face aux deux autres groupes professionnels. Cette institution²⁰⁸ qu'est le SAMU, fait en effet peser des contraintes telles, sur le champ politique et les autres acteurs du champ de l'urgence sanitaire (en véhiculant des croyances, des codes, des paradigmes, etc...), qu'il leur est difficile de penser autrement, de sélectionner d'autres solutions.

synthétise l'expérience accumulée par les acteurs sous forme d'apprentissage et tend à verrouiller les possibilités de changement en rigidifiant progressivement les croyances des acteurs. », Muller P., op.cit. p.68.

²⁰⁴ « Les pompiers mettent le feu au SAMU ! », le 16.06.14, <http://www.infirmiers.com>. Dans le même article, on apprend que le ministère de la Santé a mis en place des infirmiers correspondant SAMU: « *La mise en place de correspondants SAMU médecins et infirmiers, intervenant dans les mêmes conditions que les médecins sapeurs-pompiers et les infirmiers de sapeurs-pompiers, est assez logiquement vécue comme une concurrence directe entre les deux services* ».

²⁰⁵ Dans le « Chantier des urgences », il est évoqué en une phrase l'idée de mettre en place des Infirmiers Correspondants SAMU.

²⁰⁶ « *Le travail professionnel doit toujours répondre à des problèmes objectifs. La concurrence interprofessionnelle est rendue possible par le fait que différentes professions peuvent proposer des réponses différentes du problème. Abbott qualifie ces réponses variables de « subjectives », par opposition à l'objectivité des problèmes, ce qui, en l'occurrence, signifie simplement qu'elles sont socialement construites et donc pour partie contingentes. Mais le spectre des réponses socialement acceptables est limité par les caractéristiques objectives du problème* », Champy F., op. cit., p. 177.

²⁰⁷ « *Introduire une définition différente signifie remettre en cause des évidences, un consensus de fait largement établi et questionner les dispositifs et instruments mis en place (qui tendent à devenir des « boîtes noires » dont la réouverture est, avec le temps, de plus en plus problématique), ce qui implique un processus difficile et « coûteux » en énergie, en temps, en ressources...* », Gilbert C., « Définir et occulter. Lorsque la sécurité routière éclipse la santé publique », in Gilbert C., Henry E., op. cit., p. 122.

²⁰⁸ On s'inspire ici de la théorie néo-institutionnaliste des politiques publiques selon laquelle, « *Les institutions sont des routines, des procédures, des conventions, des rôles, des stratégies, des formes organisationnelles et des technologies autour desquelles l'activité politique est construite* », Muller P., op.cit., p. 67.

Pour reprendre les propos d'un de mes interlocuteurs, entretenir le mythe de la supériorité mondiale du modèle français « ça permet de stabiliser des choses pour l'instant »²⁰⁹ :

« Non, non ! mais voilà, dans le sens où même si mondialement c'est quand même reconnu que les paramedics ont quand même leur avantage, nous on peut prouver par A+B que le fait d'être passé SMUR ça a sauvé plus de vies ! Bon...non mais, tu peux le jouer comme tu veux ! Ca permet aussi de stabiliser des choses pour l'instant ! Mais fatalement un jour ou l'autre on y viendra, la preuve, là ça s'est mis chez les pompiers ! »²¹⁰

²⁰⁹ « On rejoint là les travaux montrant comment une fois établie la vision d'un problème, d'une stratégie, du contexte général, etc..., celle-ci n'est ensuite pas nécessairement soumise à l'épreuve de la réalité. Elle tend même à se maintenir tant que la « coalition politique » qui la soutient résiste (Laroche, 1996) et tant, serait-on tenté d'ajouter, que les cadrages effectués et les équipements installés continuent à procurer des bénéfices aux acteurs de la coalition », Gilbert C., « Définir et occulter. Lorsque la sécurité routière éclipse la santé publique », in Gilbert C., Henry E., *op. cit.*, p. 126-127.

²¹⁰ Infirmier SMUR, VLI. Entretien semi-directif, mars 2007.

CONCLUSION

« Mais les opérations de mise à plat exercent aussi un autre effet que l'on peut qualifier de proprement critique, et, par conséquent, particulièrement quand elles prennent pour objet les appareils du pouvoir, de proprement politique. Celui de faire voir la médiocrité et la platitude de discours et de gestes dont le caractère dérisoire est, dans les contextes rituels où ils sont rendus manifestes, recouverts par le crédit que l'on accorde avec raison à ceux qui ont le pouvoir de dire ce qu'ils font, mais comme s'ils ne faisaient rien d'autre que de dire ce qui est et, par là, celui de faire être ce qu'ils disent et ainsi de rendre réelles leurs mises en représentation de la réalité. Du même coup, ce qui est donné en tant que nécessité, sur le mode satisfait de l'évidence, peut être ressaisi comme arbitraire, dans un mouvement de déconstruction qui est le premier moment, nécessairement relativiste, d'une réappropriation critique du monde social par ceux qui subissent l'oppression de la réalité telle qu'elle est, c'est-à-dire telle que la font, à leur avantage, ceux qui la dominent²¹¹. »

Le travail sociologique montre que l'apparent consensus sur la supériorité mondiale du système d'urgence français n'est, dans les faits, qu'une illusion sociale forgée et entretenue par une poignée d'experts²¹². Nombre de nos interlocuteurs témoignent en effet, des limites des instruments d'action publique mis en place pour résoudre cette « injustice spatiale »²¹³ qu'ils constatent tous dans le quotidien de leur pratique professionnelle. Au terme de cette analyse, il nous semble que l'hypothèse selon laquelle, la fracture territoriale dans l'accès aux soins d'urgence serait un problème structurel lié au privilège accordé, en France, au principe de la médicalisation de l'urgence sanitaire, est validée. L'enquête de terrain révèle que loin de constituer la panacée en matière de soins d'urgence, ce principe en serait, au contraire, la faiblesse intrinsèque car les plus compétents dans ce domaine, n'apparaissent pas systématiquement les plus efficaces sur le terrain compte tenu de leur faible nombre et de leur concentration géographique :

« Les évolutions techniques, la démographie professionnelle, la croissance de la demande de soins, obligent à repenser la division du travail de soins [...]. Un débat sur la division du travail s'est ouvert, d'abord évoqué en termes de transfert des compétences, puis vite renommé « transfert de tâches ». Certaines spécialités sont plus ouvertes que d'autres au partage des activités entre médecins et paramédicaux. Une reconfiguration de l'offre de soins entre professions semble nécessaire pour assurer une équité en termes d'accès aux soins [...]. La question est aussi celle de la démocratisation des relations de travail, c'est-à-dire de la capacité à reconnaître l'apport des différentes compétences professionnelles (et profanes) dans le cadre de relations entre égaux. Et plus largement celle des rapports aux patients. Dès lors, on comprend que le principe de

²¹¹ Boltanski L., *Rendre la réalité inacceptable. A propos de La production de l'idéologie dominante*, Editions Demopolis, 2008, p. 54-55.

²¹² « En remettant en cause la rhétorique consensuelle des problèmes sociaux et en stimulant la réflexion, l'enquête et l'imagination, la sociologie se porte du côté de la dispute des significations. Elle renonce aux confort de l'expertise technique que de l'activisme radical, mais par son activité, elle remet en cause les lignes de partage du privé et du public, elle bouscule les évidences et les préjugés qui verrouillent l'expérience publique et l'action publique », Cefaï D., Terzi C., *op. cit.*, p. 111.

²¹³ Tonnellier F., Vigneron E., *Géographie de la santé*, PUF, 1999, p. 5.

coopération, même s'il fait consensus dans les discours, se heurte à des difficultés dans sa mise en oeuvre et trouble les professions de santé.²¹⁴ »

Déléguer certains actes d'urgence dits « médicaux » (intubation, perfusions, etc...), à d'autres professionnels mieux répartis et plus nombreux, afin de les rendre plus accessibles²¹⁵ aux populations éloignées des SMUR, permettrait d'assurer une meilleure équité devant les soins d'urgence sur le territoire.

Même si le changement n'en est qu'à ses prémices, il est prévisible que les médecins seront dans un proche avenir, contraints d'adopter ce nouveau référentiel dans la mesure où l'ensemble des solutions préconisées (maisons médicales de garde, MCS, médecins pompier, etc...) échouent aujourd'hui, dans leur mise en œuvre :

« La répartition des territoires [professionnels] peut, à un moment donné, ne pas être conforme à l'efficacité, si une profession profite d'une position acquise alors même que les solutions qu'elle propose ne sont pas les meilleures, voire réussit à tromper sur la qualité des solutions. De plus, « l'état de la société » (c'est-à-dire les techniques, les organisations et la culture du public de l'Etat) pèse sur la compétition et rend possible des écarts entre les solutions qui sont effectivement les meilleures et celles qui sont reconnues comme telles : il peut entraver la reconnaissance de la pertinence de certaines solutions...²¹⁶ »

L'échec de ces solutions « médicales » peut être analysé comme l'existence d'un désajustement entre le référentiel global contemporain²¹⁷, et le référentiel sectoriel construit dans l'après-guerre qui s'avère aujourd'hui inadapté²¹⁸. Pour l'heure, force est de constater que les médecins promoteurs du SAMU sont, jusqu'à présent, parvenus à maintenir l'essentiel de l'équilibre qui

²¹⁴ Schweyer F-X., *op. cit.*, p. 337-338. Sur l'idée d'un transfert de compétences comme solution au problème géographique, certains soins ne relevant pas forcément du médical, voire aussi: Hartmann L., Ulmann P., Rochaix L., « Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume Uni et Suède », *RFAS*, 2006, 2/3, n°2-3, La Documentation Française, p. 364; Saint-André J-P, Richerd I., « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, 2007/1, p. 212.

²¹⁵ « Finalement, il faut reconnaître que l'accessibilité est en elle-même un élément de la qualité du système de santé, car, à l'évidence, un système de soins auquel on ne pourrait accéder n'aurait aucune qualité [...] Il découle également de ce qui précède, et aucun discours technocratique ne peut s'y opposer de bonne foi, qu'il n'y a pas de qualité sans une part de proximité et sans organisation de l'accessibilité. » Vigneron E., *op. cit.*, p. 67-68.

²¹⁶ Champy F., *op. cit.*, p. 179.

²¹⁷ Ce changement plus global de référentiel en matière de politique sanitaire en France est évoqué notamment dans les rapports Berland 2002, 2003, 2005. De même, le rapport « Flageolet » (mai 2008), propose de déléguer davantage de compétences aux pharmaciens en leur donnant la possibilité de faire des consultations. Le même mouvement s'observe pour la profession de sage-femme et, plus récemment pour les opticiens : « Dans son rapport sur la coopération entre professionnels de santé, la commission des Affaires sociales du Sénat cite clairement les optométristes comme des maillons de la filière visuelle, susceptibles à terme, comme les orthoptistes, de soulager les optalmologistes ». Source : Anne-Sophie Crouzet, « Un rapport sénatorial envisage de clarifier le rôle des optométristes pour améliorer l'accès aux soins ophtalmiques », *Actualités, Profession, Hpst, Optométrie, Orthoptistes, Protocoles De Coopération*, 4/02/2014.

²¹⁸ Selon P. Muller et B. Jobert, « Le changement de référentiel est un réalignement d'un référentiel sectoriel en décalage par rapport à un référentiel global en évolution », in Lascoumes P., Le Galès P., 2007, *op.cit.*, p. 56.

leur convient²¹⁹ comme l'indique l'actualité politique récente. Enfin, le problème de l'inégalité territoriale dans l'accès aux soins d'urgence se double d'une autre inégalité, de type social cette fois-ci²²⁰. Si on tient compte du profil de la population résidant en milieu rural²²¹, on constate en effet que ce sont les populations appartenant au bas de la hiérarchie sociale qui sont les premières concernées par ce problème de santé publique ce qui participe, sans nul doute, de sa moindre visibilité sociale²²².

Il nous semble toutefois que l'approche géographique ne suffit pas pour rendre compte de la problématique de l'inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence qui constitue un phénomène complexe, multifactoriel, comme le suggèrent les auteurs de l'ouvrage collectif consacré, plus généralement, aux inégalités sociales de santé²²³ :

« La question des différences sociales de survie après un événement coronaire est complexe. A la phase pré-hospitalière, les inégalités sont multiples, géographique notamment, puisque la proximité d'un centre équipé est essentielle. Si la survie dans le mois qui suit l'accident est meilleure chez les cadres, ce n'est pas que la prise en charge hospitalière diffère selon la situation sociale. L'origine des différences se situe avant l'hospitalisation. Les cadres ont une plus forte probabilité de ne pas décéder entre l'accident et leur arrivée à l'hôpital, et ont aussi bénéficié antérieurement d'une prise en charge plus complète de leurs problèmes cardiaques. » [Leclerc et al., 2008]²²⁴

L'attention sera donc portée, dans la seconde partie, à la trajectoire suivie par les patients en amont des services d'urgence pour comprendre les mécanismes de production de ces inégalités qui, comme on l'a vu déjà, ne sont pas le produit d'une sélection sociale opérée par les acteurs du champ de l'urgence sanitaire.

²¹⁹ « La profession médicale ne s'est pas contentée de répondre aux besoins exprimés par le public, ce qui est bien compréhensible, elle s'est aussi attachée à découvrir et à définir de nouveaux besoins en développant ses propres conceptions morales de ce que les hommes peuvent ou devraient être dans l'idéal. Protégée par son prestige et son autonomie organisée, elle s'est aussi mise à créer ses propres institutions pour répondre aux besoins du public, des institutions qui ont pris de plus en plus d'indépendance vis-à-vis de ce dernier et qui se sont organisées suivant des critères plutôt professionnels que profanes. Cela veut dire qu'après avoir acquis son autonomie, la profession en est venue à refléter de moins en moins les demandes du public et à affirmer de plus en plus ce qu'il doit recevoir d'elle. En consultant la profession, l'Etat n'obtient pas seulement un avis d'expert sur la manière de répondre aux besoins que ressent le public, mais aussi une opinion partisane sur ce que sont effectivement les besoins du public, qui ne tient pas compte de l'opinion des profanes. La politique sociale en vient à être formulée à partir de la conception que la profession médicale a des besoins et à être mobilisée pour soutenir les institutions de la profession. » Freidson E., *op. cit.*, p. 340.

²²⁰ Vigneron E., Cartier N., *Les inégalités de santé sur les territoires français: état des lieux et voies de progrès*, Elsevier-Masson, 2011.

²²¹ INSEE Pays de la Loire, « Observation sociale des territoires de Loire-Atlantique », n°16, décembre 2005.

²²² « Et l'exemple de l'amiante est assez frappant: alors qu'on avait dit et répété que l'amiante était avant tout un problème professionnel, les médias n'en ont parlé qu'au moment où est apparu le problème de Jussieu. Je l'ai souvent dit: l'amiante est devenue un problème public quand les universitaires ont eu peur pour eux et leurs enfants. Tant que ce n'était que les ouvriers, on n'en a pas beaucoup parlé. » Beaud S., Confavreux J., Lindgaard J., dir., *La France invisible*, La Découverte, Paris, 2006, p. 30.

²²³ Leclerc A., Kaminski M., Lang T., *Inégaux face à la santé, du constat à l'action*, INSERM, La Découverte, 2008, pp. 300.

²²⁴ Cournot M., Lang T., « Maladies coronariennes », in Fassin D., Hauray B., *op. cit.*, p. 112.

DEUXIEME PARTIE

SOCIOLOGIE D'UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE : UN ACCES AUX SOINS D'URGENCE A PLUSIEURS « VITESSES » SOCIALES EN FRANCE

« L'homme malade a de tout temps été secouru, mais la bienveillante attention qu'on pouvait lui porter différera selon la catégorie sociale à laquelle il appartenait. »

Jean-Marie Clément

Dans l'imaginaire social, l'urgence dite « médicale » et/ou « vitale » n'attend pas, il semble bien entendu que « sauver des vies » ne se discute pas. Dans le cadre d'un tel consensus, interroger les pratiques de nos « anges-gardiens » ou encore, comme disent les médias de nos « héros » du quotidien, à l'aune de la problématique de l'inégalité sociale dans l'accès aux soins reste de l'ordre de l'impensable¹. Pourtant, les professionnels de l'urgence eux-mêmes, ont depuis longtemps repéré des pratiques médicales de sélection dans ce domaine :

« Durant cette analyse, la réflexion a surtout porté sur les établissements hospitaliers publics. Il est clair en effet que les établissements privés échappent à certaines de ces critiques puisque le flux de malades y est plus limité, l'accueil réalisé directement par des praticiens seniors et notamment des chirurgiens qualifiés et du personnel médical adapté au flux. Par contre, ces établissements se différencient des établissements publics par la sélectivité médicale qu'ils exercent habituellement sur les patients. Très peu d'entre eux assurent en effet l'obligation faite aux établissements publics d'accueillir sans exclusivité, tous ceux qui se présentent à eux. Il n'en reste pas moins qu'il est important de trouver des modalités pour associer les établissements privés à la prise en charge des urgences sur le territoire². »

Au cours de ces années d'enquête, je ne compte plus les fois où l'énonciation de cette problématique suscita l'étonnement de mes interlocuteurs dont les représentations étaient empruntées des images dithyrambiques véhiculées par les médias. Néanmoins le récit d'enquête réalisé en introduction de ce travail montre qu'à cet égard, j'étais tout autant aveuglée par ces images associées à mon objet. En dépit de quelques mois d'immersion dans le terrain, c'est en effet seulement à partir de la lecture du travail de Nathalie Bajos que l'idée d'appliquer cette problématique à ma recherche a émergé. De même, la décision d'entreprendre une enquête statistique dans un milieu d'urgence a également provoqué chez mes interlocuteurs non avertis, quelques interrogations quant à son éventuelle (in)faisabilité : « dans un contexte d'urgence, est-il en effet possible, voire même autorisé, d'interroger des patients ? Comment comptez-vous faire ? », ou encore, « c'est impossible ! » me suis-je parfois laissée entendre dire. Loin de m'ébranler, ces réactions ont en vérité achevé de me convaincre de la pertinence sociologique d'une telle entreprise qui était par ailleurs encouragée par les initiés. Ces derniers qu'ils soient aide-soignants, brancardiers, ambulanciers, infirmiers ou encore médecins ont en effet accueilli avec grand intérêt l'annonce de cette enquête. Durant toute l'enquête, ils se sont avérés de

¹ Dans l'introduction à son travail, Estelle Carde part d'un constat similaire. Parmi les raisons qu'elle avance pour expliquer la faiblesse de la littérature sociologique consacrée à la question des inégalités d'accès aux soins fondées sur l'origine, elle évoque la légitimité sociale accordée aux soins urgents : « *Le soin reste relativement peu abordé par ces enquêtes (sur les discriminations), comme si la forte légitimité sociale du corps souffrant et le droit constitutionnel de chacun à accéder aux soins urgents le protégeaient des discriminations (quel qu'en soit le critère d'ailleurs).* », Carde E., *op. cit.*

² Steg A., « Rapport sur la médicalisation des urgences », Commission nationale de restructuration des urgences, septembre 1993, p. 26.

précieux collaborateurs toujours prompts à me rapporter des anecdotes consignées aussitôt sur le journal de terrain.

La problématique de l'inégalité sociale dans l'accès aux soins n'est pas nouvelle, l'originalité de ce travail réside dans son application à l'objet « urgence ». Ces dernières années, des associations telles que Médecins du Monde ont, à de nombreuses reprises, alerté les pouvoirs publics sur ce sujet et les médias lancent régulièrement un cri d'alarme pour dénoncer les dangers de l'apparition d'une « médecine à deux vitesses ». Or il suffit de se plonger dans l'abondante littérature consacrée à l'histoire de l'hôpital, de la médecine pour constater que la médecine « à deux vitesses » a toujours existé³. L'état de la littérature présenté ici est loin d'être exhaustif, il vise avant tout à livrer au lecteur quelques points de repères et clés de compréhension utiles pour appréhender la question de l'accès aux soins et les enjeux qu'elle revêt aujourd'hui en France.

1. ETAT DE LA LITTERATURE

L'hôpital public s'est ouvert à tous par la loi du 21 décembre 1941 et les décrets d'application de 1943. Jusqu'à cette date, les malades qui pouvaient payer étaient soignés dans les cliniques privées et les impécunieux à l'hôpital public. La création de la Sécurité sociale par les ordonnances de 1945 a fait apparaître la figure de l'assuré social dont les soins sont financés par l'assurance maladie. L'afflux de ces assurés à l'hôpital a permis sa modernisation à partir des années 1960, période durant laquelle sont créés les premiers services d'urgence. La figure du pauvre disparaît progressivement derrière celle du malade assuré, source de revenus pour l'hôpital. L'administration hospitalière veut rompre avec l'image d'un hôpital dévolu aux pauvres pour promouvoir désormais l'hôpital pour tous, l'accès à des soins de qualité pour tous. La loi du 31 décembre 1970 créant le service public hospitalier va dans ce sens, chaque citoyen étant appelé à faire valoir ses droits à l'accès aux soins.

Quinze ans après la réforme Debré (1958) et l'extension de la couverture sociale, les travaux pionniers de Claudine Herzlich et d'Antoinette Chauvenet montrent qu'en dépit d'une volonté politique affichée d'égal accès aux soins, l'hôpital est non seulement le reflet des inégalités sociales mais aussi, le producteur d'inégalités engendrées par la propre logique de l'institution :

« Tout se passe comme si, bien que la sécurité assure l'accès de tous à l'hôpital dans des conditions identiques, l'on retrouvait dans l'institution actuelle les traces de l'ancienne différenciation entre une médecine des riches, centrée sur la relation individuelle entre un médecin à haut statut

³ Pour quelques repères cf. aussi : Carricaburu D., Ménoret M., (sous la direction de), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, 2010 (notamment le chapitre 1).

professionnel et son client, et une médecine des pauvres, médecine publique et anonyme des grands nombres, abandonnée aux membres les moins prestigieux de la profession⁴. »

La comparaison entre un service de médecine générale et un service de chirurgie qui tend à se spécialiser en chirurgie plastique, permet tout d'abord à C. Herzlich de repérer l'existence de pratiques de sélection des patients au sein de l'institution hospitalière. Fondé sur un travail d'observation ethnographique, son analyse distingue alors deux catégories de malades construites par et pour la pratique des professionnels : les « malades de l'hôpital » et les « malades du médecin ». Les premiers n'ont pas un statut valorisé (clochards, « vieux », etc...), ils sont porteurs de pathologies stigmatisées comme l'alcoolisme et sont considérés par les professionnels comme des marginaux profitant d'un accueil abusif. Ils sont orientés vers le service de médecine générale. En revanche, les malades du service de chirurgie en voie de spécialisation, sont caractérisés par un statut social valorisé et une pathologie jugée intéressante. Ils sont par ailleurs venus dans le service sur la base de la réputation du médecin. Quelques années plus tard, les travaux d'A. Chauvenet confirment ces analyses sur l'hôpital tout en les affinant, en mettant à jour l'existence de trois filières d'accès aux soins différenciées socialement : la « médecine de prestige à haute technicité » pratiquée dans les services très spécialisés des CHU ; la « médecine de masse » correspondant à des services semi-spécialisés des CHU, des centres hospitaliers et des cliniques ; une « filière d'abandon médicale et de relégation sociale » constituée de services de médecine générale, d'hospices et d'hôpitaux psychiatriques. L'auteur montre qu'à cette hiérarchie des médecines, correspond une hiérarchie sociale des malades fondée en grande partie sur l'appartenance de classe, l'ordre médical ne faisant que reproduire voire aggraver les inégalités sociales :

« A côté d'une médecine à haute technicité, de services très spécialisés existent une médecine de masse, soumise au rendement économique et social, et une filière clandestine d'abandon médical et de relégation sociale⁵. »

Au cours des années 1980, la montée de la précarité et le constat d'inadaptation de l'hôpital dans l'accueil et le traitement des patients non solvables (chômeurs, jeunes, personnes âgées, etc...) contribuent au renouveau de l'intérêt politique et scientifique sur la question de l'accès aux soins. C'est dans ce cadre et en réponse à une commande publique, que les premières études sociologiques portant sur les services d'urgences hospitaliers ont été réalisées (Vassy C., Renard

⁴ Herzlich C., « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue Française de Sociologie*, XIV, numéro spécial, 1973, p. 57; Sur ce sujet, on peut également lire Pinell P., *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Métailié, 1992. En particulier, les deux premiers chapitres dans lesquels il aborde la question de la différenciation sociale dans la prise en charge du cancer (médecine de riche/médecine de pauvre, au détriment des premiers d'ailleurs au départ) et de son évolution.

⁵ Chauvenet. A., *Médecines au choix, médecine de classe*, Paris, PUF, p. 14.

F., 1992 ; Dodier N., Camus A., 1997). Vingt ans plus tard, ces travaux aboutissent aux mêmes constats. Dodier et Camus (1997) mettent en évidence en s'appuyant sur une analyse socio-historique, des pratiques médicales de sélection des patients et la coexistence au sein de l'hôpital de trois formes de prise en charge: *l'hospitalité, la gestion collective du malheur et l'innovation biomédicale*. Ces chercheurs démontrent alors que le problème d'engorgement que connaissent ces services depuis quelques années, résulte de la situation de « porte-à-faux » dans laquelle ils se trouvent entre : d'un côté, l'obligation d'accueillir le tout-venant et notamment, un nombre croissant d'urgences « sociales », dans un contexte de précarisation de nombreux segments de la société ; et d'un autre côté, le travail de sélection des patients opéré, en aval, par les services de spécialité qui, depuis le début des années 1980, segmentent et rationalisent leur activité pour répondre aux objectifs de productivité imposés par une politique de maîtrise des dépenses de santé. Dans ce contexte, les patients sont admis dans les services de spécialité sur l'appréciation de différents critères : la charge de soins, la durée du séjour, les *potentialités d'inédit* (intérêt intellectuel pour la pathologie), l'âge et la couverture sociale. Aussi, l'hôpital est-il certes exposé au « social »⁶ à travers les services d'urgence, mais il s'en protège en sélectionnant les patients à l'entrée des services spécialisés. Une des solutions avancées par les auteurs pour résoudre le problème des urgences médico-sociales est de systématiser la création de dispositifs hospitaliers spécialisés dans l'accueil des populations démunies sur le modèle de la consultation Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine. Peu de temps après la publication de ces études, le gouvernement votera la loi de 1998 qui prévoit la création des PASS ainsi que l'extension de la couverture sociale en direction de ces populations démunies (CMU et AME).

Simultanément, d'autres sociologues s'intéressent aux dispositifs associatifs de soins gratuits (Chauvin P., Parizot *et al.*, 1999 ; Parizot I., 2000) à la faveur d'un double contexte : d'un côté, les pouvoirs publics réclament des études d'évaluation du RMI et de l'autre, les associations humanitaires ne cessent d'alerter les pouvoirs publics sur les difficultés d'accès aux soins d'une partie de la population malgré la mise en place du RMI. Ces travaux centrés sur la question des liens entre le processus de précarisation et l'état de santé de la population présentent l'intérêt de sortir d'une lecture du problème de l'accès aux soins en termes financier pour une approche multidimensionnelle. Les auteurs repèrent notamment, les « barrières psychologiques » (isolement, mal-être, dévalorisation de soi) qui conduisent certains individus à porter peu d'intérêt à leur corps (« anesthésie ») et à retarder, voire à renoncer aux soins quelle que soit leur situation au regard de leurs droits. Ces barrières d'ordre psychologiques sont, précisent-ils, aussi

⁶ Terme utilisé par les auteurs de ces études.

le fait de certains professionnels réticents (par manque d'information et de formation) à prendre en charge les soins de ces populations. Ces études rendent également compte des obstacles institutionnels à l'accès aux soins liés à la complexité du système médico-social (éclatement des compétences, cloisonnement des administrations, multiplicité des dispositifs), qui rend difficile l'identification de leurs droits par les populations défavorisées. Si bien que les auteurs constatent un décalage important entre la couverture théorique et la difficulté rencontrée quotidiennement par les plus défavorisés pour accéder à leurs droits. Du côté des obstacles institutionnels, l'accès à la prévention pour ces populations est également entravé par des campagnes inadaptées à leurs caractéristiques sociales. Les études à ce sujet montrent, en effet, que les messages préventifs bénéficient davantage aux plus aisés mieux armés économiquement et culturellement pour s'approprier les recommandations de santé publique (nutrition, tabagisme, alcoolisme, sexualité etc...). Enfin les auteurs n'oublient pas pour autant d'aborder les barrières économiques en dénonçant le caractère incomplet de la couverture sanitaire dont une partie de la population reste exclue : les jeunes de 16-25 ans sans emploi, les sans-domicile-fixe, les chômeurs en fin de droit, les personnes sans protection sociale dont les étrangers en situation irrégulière. Pour finir sur ce point, ces recherches présentent aussi l'intérêt de ne pas se limiter à l'étude des seuls « exclus » des soins, elles soulignent également les difficultés croissantes rencontrées par les « non-assurés complémentaires » (ouvriers non qualifiés, chômeurs, etc...) dont les ressources sont insuffisantes pour accéder à une couverture complémentaire. Cette inadaptation du système aux différentes caractéristiques des populations constitue autant d'obstacles pour le recours aux soins des populations en situation de précarité. La réponse politique s'est traduite comme on l'a vu précédemment, par la création de dispositifs d'accès aux soins spécifiques adaptés à ces populations (CMU, CMU-C, AME).

A la fin des années 1990, conformément au projet universaliste inscrit dans les ordonnances de 1945, la couverture sanitaire va en effet continuer à s'étendre pour devenir universelle avec la création de la CMU puis de l'AME. Toutefois, au début des années 2000, des études d'évaluation de ces dispositifs montrent que les inégalités sociales dans l'accès aux soins (droits, structures) persistent malgré les mesures prises pour généraliser celui-ci. C'est pour comprendre ce phénomène « paradoxal » que des groupes de recherche se sont alors constitués pour étudier les logiques de recours et de non-recours aux soins des populations précaires. Dans le prolongement des travaux sur les liens entre les processus de précarisation et l'état de santé (Joubert M., Chauvin P., *et al.*, 2001), une équipe de recherche se constitue en 2002 à l'INSERM pour approfondir les connaissances relatives aux « déterminants sociaux de la santé et du recours aux

soins ». C'est dans ce cadre qu'en 2000, cette institution fait un état des savoirs pour rassembler les connaissances éparses sur ces sujets publié sous la forme d'un ouvrage intitulé : *Les inégalités sociales de santé*⁷. Les auteurs de cet ouvrage nous invitent à rompre avec un mode d'analyse binaire pour rendre compte de ces inégalités. Il n'est plus possible, selon eux, de partager la société entre exclus et inclus car les inégalités sociales de santé sont structurelles et traversent la société de part en part. Or aujourd'hui, le système de santé français est face à un paradoxe (Fassin D., 2010) : alors qu'il est considéré par l'Organisation mondiale de la Santé comme le plus performant au monde, les disparités devant la mort en fonction des catégories socioprofessionnelles y sont parmi les plus élevées des pays occidentaux. De nombreux travaux ont en effet montré que depuis les années 1950, loin d'avoir disparues ou bien diminuées, les inégalités sociales de santé n'ont, au contraire, cessé de croître. Ce constat a conduit progressivement les chercheurs (sociologues, épidémiologistes) à relativiser le rôle du système de santé dans l'explication de ces inégalités pour se consacrer davantage aux déterminants socio-culturels des états de santé (conditions de logement, travail, rapport au corps etc...). Si on souscrit avec ces auteurs, à l'idée que les inégalités sociales de santé sont avant tout des inégalités sociales (Leclerc *et al.*, 2000), le système de santé joue néanmoins un rôle dans l'explication de leur permanence, voire de leur aggravation. Les études consacrées à l'accès aux soins montrent en effet qu'une part non négligeable des inégalités sociales de santé est entretenue, sinon parfois aggravée par des inégalités de soins. Reprenant à notre compte la distinction opérée par Pierre Lombrail, on peut distinguer dans l'analyse deux niveaux d'accès aux soins : tout d'abord, l'« accès primaire » qui renvoie à la possibilité de recourir aux soins, il s'agit d'étudier les obstacles en lien avec les droits sociaux et à la capacité des individus à les faire valoir (obtenir leurs droits et les rendre effectifs) ; et par ailleurs, l'« accès secondaire », une notion qui caractérise la qualité des soins et plus précisément, la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins (Lombrail P., 2000).

Parallèlement, d'autres chercheurs montrent que comme toute politique de ciblage « sous conditions de ressources », les mesures visant la création de l'AME et de la CMU ont très vite rencontré leur propre limite appelée « effet de seuil » (Warin P., 2006). Dans ce contexte, Philippe Warin et Catherine Chauveaud fondent l'observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE) qui s'inscrit dans la lignée des travaux initiés par la CNAF au milieu des années 1990 (Warin P., 2006). Le non-recours est défini comme « *toute personne éligible à une prestation et qui ne la reçoit pas, quelle que soit la raison* » (Warin P., 2006). Ce phénomène ne

⁷ Leclerc A., *et alii*, (eds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Inserm, La découverte, 2000.

concerne pas uniquement les plus pauvres mais une part importante de la population exposée à l'« insécurité sociale » (Castel R., 2003), qui sans être pauvre à proprement parler, vit en permanence sur le « fil du rasoir ». Ces analyses distinguent le « non-recours primaire » ou « subi » du « non-recours volontaire ». Le premier renvoie principalement aux dysfonctionnements de l'administration comme, par exemple, dans le cas de pratiques discriminatoires des professionnels à l'encontre de bénéficiaires potentiels de l'AME (Carde E., 2006). Le « non-recours volontaire » correspond au cas où un bénéficiaire potentiel renonce délibérément aux droits auxquels il peut prétendre. Dans ce cadre, le non-recours peut s'expliquer par une crainte particulière de contrôle, de stigmatisation ou encore de pertes de bénéfices. C'est le cas lorsque pour contourner les pratiques de refus de soins des professionnels, certains patients refusent de bénéficier de leur droit à la CMU-C (Rode A., 2010).

C'est en réponse à ce problème dont les associations « d'assistance socio-médicale » (Parizot I., 2003) se sont immédiatement emparées que le gouvernement par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, crée l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé portant aujourd'hui le nom d'Aide Complémentaire Santé (ACS). Cependant alors que l'action publique a visé pendant près de 50 ans à faciliter l'accès aux soins de la population (extension des droits et adaptation de l'offre)⁸, on a assisté ces dernières années à un changement progressif du référentiel politique inscrit dans les ordonnances de 1945. C'est ainsi que nonobstant la mobilisation et l'alerte publique des associations de soutien aux sans-papiers, le gouvernement *via* la loi de finance rectificative pour 2003, a durci les conditions d'obtention de l'AME, rendant l'accès aux soins pour cette population de plus en plus difficile. Cette mesure politique s'est traduite dans les faits, par la présence accrue d'étrangers en situation irrégulière et sans couverture sanitaire dans les dispositifs de soins gratuits hospitaliers et associatifs. Mais une fois le droit obtenu, le parcours du combattant n'en est pas pour autant terminé. A ces difficultés, s'ajoutent de plus en plus fréquemment, des entraves liées cette fois-ci à des pratiques médicales de « refus de soins » qui, loin de constituer des faits isolés, ont fait l'objet de multiples rapports associatifs et politiques (MDM, 2002 ; Fonds CMU, 2006 ; IGAS, 2006, etc.). Enfin, une série de mesures politiques prises à partir des années 2000 dans l'objectif affiché de responsabiliser les patients⁹, a conduit à augmenter sensiblement le « reste à charge » des ménages, tandis qu'en

⁸ Nous n'ignorons pas la création, au cours des années 1970, du forfait hospitalier ou encore celle du secteur 2 au début des années 1980 mais ces mesures de restriction restaient en nombre limité.

⁹ Augmentation du forfait hospitalier et création de franchises sur les médicaments, les transports sanitaires et les soins paramédicaux introduites entre 2005 et 2008. Source : Elbaum M., « Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie », Lettre de l'OFCE, n°301, 15/09/2008.

l'absence de volonté politique suffisante pour les encadrer, les dépassements d'honoraires ont connu un développement massif (IGAS, 2007). Le cumul de ces facteurs empêche aujourd'hui une part importante de la population, les bénéficiaires de complémentaires inclus, d'accéder à certains soins (spécialistes, chirurgies). Ainsi, le problème public de l'accès aux soins est-il loin de concerner uniquement une population résiduelle généralement nommée sous le terme d'exclu mais aussi, à des degrés différents, une population de plus en plus nombreuse et hétérogène.

Aussi, même si le système de soins ne joue pas un rôle de premier plan dans l'explication des inégalités sociales de santé, ces travaux montrent qu'une réflexion sur l'accès aux soins garde toute sa pertinence aujourd'hui, en particulier au regard du contexte actuel de restriction budgétaire. L'enjeu est de taille selon nous, puisqu'il s'agit de garantir à tous, les moyens de corriger ou d'aucuns diront de « rattraper », les inégalités de « chances » en matière de santé.

2. ENJEU DE CE TRAVAIL

En dépit de l'apport indéniable et maintes fois souligné de ces différentes études, un volet important de l'analyse de la problématique de l'accès aux soins nous semble avoir été jusqu'à présent négligé, à savoir l'étude des cliniques privées¹⁰. Cet angle mort de la littérature sociologique trouve son origine pour une grande part, dans la difficulté d'accès à ce type de terrain soulignée par Michel Estèves, un des rares sociologues à notre connaissance, à avoir investigué le service d'urgence d'une clinique privée¹¹. Jean Péneff quant à lui, a consacré ses enquêtes aux urgences hospitalières mais il cite à plusieurs reprises le rôle des cliniques privées dans ce domaine. Il perçoit bien notamment l'existence de circuits d'accès aux soins d'urgence différenciés socialement sans être en mesure toutefois de les objectiver :

¹⁰ Ce sont principalement des économistes ou des gestionnaires qui se sont emparés de cet objet de recherche : Tanti-Hardouin N., *L'hospitalisation privée. Crise identitaires et mutation sectorielle*, Paris, Editions de la Documentation française, Coll. Les Etudes de la Documentation française, 1996 ; Claveranne J-P., Pascal C., Piovesan D., « Les restructurations des cliniques privées. Radioscopie d'un secteur en mutation », *Revue française des affaires sociales*, 2003/3, n°3, p. 62 ; Grévin A., « Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail. L'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Etude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée à but lucratif malades de « gestionnites », Thèse Sciences de gestion, Université de Nantes, Laboratoire d'Economie et de Management de Nantes Atlantique (LEMNA), Institut d'Economie et de Management de Nantes (IEMN-IAE), sous la direction de Mathieu Detchessahar, Professeur à l'Université de Nantes, décembre 2011; dans ce paysage, on relève également une étude réalisée par un historien: Faure O., *Les cliniques privées. Deux siècles de succès*, PUR, 2012.

¹¹ Estèves M., « Les urgences dans une clinique privée des Bouches-du-Rhône », Mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Provence, sous la direction de Jean Péneff, 1998. On relève également l'enquête de Caroline Vassy réalisée dans le cadre de l'étude collective déjà citée : Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., *op. cit.* p. 101-192. Contrairement au reste du rapport, cette partie de l'enquête est la seule à ne pas avoir fait l'objet d'une valorisation sous la forme de la publication d'un article.

« Dans l'hôpital général d'une ville de l'Ouest que j'ai étudié, il y a deux fois plus d'ouvriers que de cadres, professions libérales et indépendantes alors que leur poids démographique dans l'aire de recrutement de l'hôpital est inférieur. Les retraités aisés, les fonctionnaires du cadre A, ainsi que les membres des classes supérieures évitent, sauf accident grave, les urgences hospitalières et optent, quand ils sont secourus par les pompiers, pour une entrée dans une clinique locale. Les classes supérieures utilisent cependant les urgences pour l'orientation ou le placement de leurs parents âgés, ou pour les petits accidents de leurs enfants: circulation, sport, vie domestique¹². »

Il relève ainsi que les services d'urgences des cliniques privées drainent une clientèle solvable, de professions libérales et de classes supérieures, orientées par un réseau de confrères libéraux. Enfin, la frange la plus précarisée de la population, sans couverture sanitaire, est orientée et *in fine* s'oriente d'après lui, vers la « médecine caritative » qui semble leur offrir un accueil plus adapté. De ces multiples observations se dégage une thèse plus générale qu'il soumet au lecteur en fin d'ouvrage :

« Aussi, c'est avec amusement qu'il faut recevoir la menace d'une médecine à deux vitesses [...]. Si tant est que nous voulions conserver cette image, il y aurait quatre, cinq, six vitesses, c'est-à-dire des niveaux d'accès et de définition selon les groupes sociaux, en fonction de leur représentation de ce qu'est la santé et la maladie et en fonction de leurs revenus [...]. Avec les urgences, on a dévoilé un de ces réseaux, une forme particulière de consommation médicale qui intéresse plutôt les classes populaires et le bas des classes moyennes¹³. »

C'est alors sur « le rôle de l'offre » dans la « structuration de la clientèle » qu'il insiste pour expliquer l'existence de filières de soins d'urgence différenciées socialement :

« Mon étude sur Les Malades des urgences [2000] essaie d'ouvrir plusieurs sites pour échapper à la monographie et pour évaluer les probabilités qu'une personne a de se retrouver aux urgences selon sa catégorie sociale et la géographie hospitalière. Etre un client de la médecine caritative ou un usager des cliniques privées ou des cabinets de quartiers aisés dépend de la situation sociale et du type d'orientation. Cela conduit à se demander comment se réalise, par auto-élimination à la fois des trop pauvres et des trop riches, une forme courante de sélection hospitalière¹⁴. »

On propose ici de reprendre à notre compte l'hypothèse formulée par Jean Péneff à la fin de son ouvrage en étudiant les mécanismes concrets et invisibles, de production de filières d'accès aux soins différenciés socialement. Prenant appui sur deux enquêtes menées conjointement, l'une ethnographique et l'autre statistique, on fait ici le pari de montrer qu'il existe en France des filières d'accès aux soins d'urgence différenciées socialement. Dit autrement, selon nos caractéristiques sociales, comprises au sens large, nous n'empruntons pas les mêmes circuits sanitaires d'urgence.

¹² Péneff J., *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Métailié, 2000, p. 55.

¹³ J. Péneff, *op.cit.*, 2000, p. 174-175.

¹⁴ Péneff J., *op. cit.*, 2009, p. 141. Une analyse partagée par Carine Vassy dans son étude comparative des pratiques d'accueil (tri et réorientations) d'un service d'urgence public hospitalier et d'une clinique privée. Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., *op. cit.* p. 101-192.

Le premier chapitre est consacré aux coulisses d'une enquête statistique *a priori* « impossible » pour reprendre le terme de certains de mes interlocuteurs. Il est organisé autour de deux questions simples : Comment en suis-je arrivée à produire mes propres chiffres ? Et comment ai-je produit mes données ? Après une brève analyse critique des chiffres produits par les organismes sanitaires sur les urgences, nous exposerons les différentes étapes de la construction de cette enquête et, conjointement, de l'évolution de la problématique. En effet, bien que séduisant, le postulat de départ issu du travail de Nathalie Bajos, selon lequel il existerait une affinité sociale entre certains profils de patients et les types d'organismes de prise en charge des urgences, est apparu progressivement insuffisant¹⁵. Le travail ethnographique, sans invalider cette hypothèse, est venu la complexifier en faisant émerger une nouvelle piste de travail postulant l'existence de quatre filières d'accès aux soins d'urgence différenciées socialement. Néanmoins, le nombre d'interventions consignées sur mon carnet de terrain étant insuffisant et les statistiques institutionnelles lacunaires, il me fallait produire mes propres chiffres. Seule une enquête statistique menée auprès des patients dans deux services d'urgence distincts de part leur statut public-privé permettait de vérifier cette hypothèse.

Le second chapitre de cette partie, intitulé « Ethnographies comparées des services d'urgence public et privé », vise à faire entrer le lecteur dans deux univers très différents. La passation des questionnaires fut l'occasion d'observer des heures durant, l'archéologie et le fonctionnement de chacun des services enquêtés ainsi que les pratiques professionnelles. Avant même d'entreprendre l'analyse des questionnaires, ces données d'ordre qualitatif informent l'enquêteur sur la « philosophie » ou encore la « politique » à l'oeuvre dans chacun des services.

Le chapitre de clôture expose les résultats de l'enquête statistique. Après avoir étudié les modalités de recrutement des patients dans les deux services d'urgence enquêtés, on s'est attaché à comparer les caractéristiques socio-démographiques de leurs patients au travers de multiples indicateurs : âge, logement, rapport à l'emploi et PCS. Bien qu'instructif et stimulant, ce travail reste néanmoins insuffisant pour valider l'hypothèse et nous invite dans une dernière partie à

¹⁵ Pour rappel, l'auteur distingue plus précisément dans son travail, l'existence de deux filières d'urgence sanitaire en amont du service d'urgence public. L'une privée composée essentiellement d'acteurs privés (SOS médecins, transporteurs sanitaires privés, médecins libéraux (généralistes et spécialistes) ; L'autre publique représentée par les médecins urgentistes hospitaliers (SAMU-SMUR), les sapeurs-pompiers (transporteurs sanitaires publics) et, le cas échéant, de la police.

penser au-delà des catégories génériques en étudiant de façon plus fine, qualitative¹⁶, le profil des ouvriers, des cadres, des jeunes, etc..., rencontrés dans chacun des services.

¹⁶ Datchary C., dir., *Petit précis de méthodologie. Le sens du détail dans les sciences sociales*, Le Bord de l'eau, coll. « Perspectives anthropologiques », 2013. L'analyse est émaillée d'"anecdotes" qui permettent "d'éclairer le dessous des choses".

CHAPITRE IV. ENQUETER LES PATIENTS DES « URGENCES » : CHRONIQUE D'UNE DOUBLE ENQUETE STATISTIQUE

L'idée de passer un questionnaire « au chevet » des patients des urgences s'est imposée au terme de quelques mois d'enquête après avoir constaté les limites d'une part, de la méthode ethnographique et d'autre part, des statistiques institutionnelles pourtant abondantes sur le thème des urgences.

A ce stade de la recherche, l'objectif était de vérifier l'hypothèse inspirée de la lecture du travail de Nathalie Bajos en élargissant l'analyse à l'ensemble des interventions d'urgence qu'elles soient médicalisées ou non¹. Pour ce faire, j'avais décidé dans un premier temps, de profiter de ma position sur le terrain pour observer et interroger l'ensemble des professionnels du champ de l'urgence sanitaire. Mon interrogation était alors la suivante : à une échelle plus large c'est-à-dire en dehors des seules urgences médicalisées, observe-t-on une affinité sociale entre le type d'acteur et le profil de patients pris en charge ? Dans ce cadre, mon attention sur le terrain se portait sur les points suivants : qui appelle qui ? Qui transporte qui ? Comment et par qui, les différents profils de patients sont-ils orientés ? Etc... Toutefois, je dus rapidement me rendre à l'évidence qu'en dépit d'une immersion régulière sur le terrain, le nombre d'interventions d'urgence observables ou bien relatées par mes collègues, ne suffirait pas à vérifier scientifiquement l'hypothèse précitée. Je décidais alors de recourir aux statistiques institutionnelles (nationales et locales) qui seules me permettraient d'atteindre un échantillon de cas plus important². Cependant, malgré leurs apports, ces données construites pour la plupart en réponse à la problématique de l'engorgement des services d'urgences (quand elles existent), se sont révélées inadaptées au regard des objectifs de l'enquête sociologique m'obligeant ainsi à élaborer mes propres statistiques. C'est au récit de ces explorations et réajustements méthodologiques que je vais me livrer dans la première partie de ce chapitre, avant d'exposer ensuite les différentes étapes de la construction de l'enquête.

¹ Rappelons en effet que son analyse porte uniquement sur les interventions médicalisées par le SAMU et la BSPP de Paris.

² Sur ce point, l'état de la littérature réalisée en début de recherche, avait révélé l'existence de nombreuses publications produites notamment par la Drees à partir des années 1990 période qui, rappelons-le, correspond à l'émergence médiatique et politique de problématique de « l'engorgement des urgences ». Pour plus de précisions, je renvoie le lecteur à l'introduction de ce travail et plus précisément, au paragraphe consacré à l'état de la littérature sociologique sur les urgences.

1. DE LA RECHERCHE DE STATISTIQUES INSTITUTIONNELLES

1.1 ETAT DES LIEUX CRITIQUE DES SOURCES INSTITUTIONNELLES

Les premières études statistiques d'ampleur nationale sur les urgences ont été réalisées à partir de 1990 par le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) du Ministère de la Santé³. Elles portaient alors principalement sur l'activité des SAMU-Centre 15-SMUR qui se multiplient durant cette période en France. Les études sur les urgences se sont ensuite poursuivies au cours des années 2000 autour de deux thèmes principaux : les services d'urgences et les urgences en médecine générale.

L'ensemble de ces études a fait l'objet de publications dans diverses revues produites par l'administration de la santé : *Documents statistiques*, *Informations Rapides* ou encore dans les collections *Etudes et Résultats* ou *Solidarité Santé* de la DREES.

1.1.1. Les apports des statistiques nationales

Les premières études consacrées aux urgences coordonnées par Monique Chanteloup ont été initiées, en 1988, dans un contexte où la question des urgences entre sur la scène publique⁴. Il s'agit pour l'essentiel, d'enquêtes annuelles menées auprès de l'ensemble des SAMU de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, qui ont pour objectif de recenser les moyens existants dans le secteur de l'aide médicale urgente. Ses études fournissent également quelques données sur l'évolution de l'activité du SAMU et des CRRA 15 qui se généralisent en France⁵, ainsi que sur celle des SMUR qui n'a cessé de croître de 1988 à 1998⁶. Parmi l'ensemble de cette documentation, deux études sont consacrées plus spécifiquement à « la prise en charge de l'urgence » au sein des services publics hospitaliers. L'une est publiée en 1993⁷ et l'autre en

³ Jusqu'à la fin des années 1980, les statistiques sont fragmentaires. Cf. Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., Boissonnat V., « La question sociale à l'hôpital. Urgences et précarité en Seine Saint-Denis », CRESPI, 2001.

⁴ En 1987, le rapport Steg 1987 dénonce la « misère des urgences » (manques de moyens techniques, de personnel, etc.).

⁵ Chanteloup M., 1992, « Généralisation des centres 15 : en 1990, 80% des SAMU sont dotés du numéro 15 », *Informations Rapides*, SESI, n°18, 1992/04, 4p.

⁶ Chanteloup M., « Les services d'aide médicale urgente (SAMU) : un doublement en six ans », *Informations Rapides*, SESI, septembre 1998, 4p. ; « Le nombre d'appels a triplé en 10 ans, avec une augmentation sensible des appels liés à une véritable demande médicale », Chanteloup M., Gadel G., « Les appels d'urgence au centre 15 en 1997 », DREES, *Etudes et Résultats*, n°55, mars 2000, p. 1.

⁷ Chanteloup M., Jallet F., « La prise en charge de l'urgence », *Solidarité Santé, Etudes et Statistiques*, n°2, avril-juin 1993, p. 81-87.

1997⁸ soit dans un contexte où la question des urgences est en bonne place sur l'agenda politique⁹ :

« La prise en charge des urgences a été structurée à la suite des décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 dans le cadre d'un dispositif d'autorisation des services d'urgence et de professionnalisation de ses membres. Sur la base du rapport Steg¹⁰, les décrets ont fixé les conditions d'autorisation des SAU, UPATOU et POSU. Les ARH ont pu, sur le fondement des SROS de 2ème génération, en 2000, procéder à l'autorisation de 631 services soit 208 SAU, 385 UPATOU et 38 POSU¹¹. »

Les auteurs des deux publications décrivent le rôle, le fonctionnement des SAMU-Centre 15 et l'activité des services d'urgence publics (nombre de passage, type de pathologies selon l'âge, pourcentage de personnel médical et paramédical). Ils insistent sur l'intérêt de la mise en place de cette nouvelle organisation des urgences dont les centres 15 sont désormais les pivots : rendre plus rapide l'accès des particuliers aux structures d'urgence ; éviter les admissions « indues » dans les établissements hospitaliers ; faciliter la collaboration entre tous les services d'urgences (ambulanciers, pompiers, gendarmerie, Croix-Rouge, etc...) et enfin, permettre aux médecins libéraux de participer à « l'aide médicale urgente ».

A partir de l'année 2000, on assiste à un premier tournant dans les publications du service statistique du ministère en charge de la santé. L'augmentation sensible du nombre de passages dans les services d'urgences hospitaliers, soit 43 % de 1990 à 1998¹², (phénomène commun, soit dit en passant, à tous les pays développés), suscite une interrogation nouvelle sur la fonction désormais assumée par ces services¹³. Ce « nouveau mode de consommation médicale »¹⁴ a conduit à la réalisation en janvier 2002, de la première grande enquête nationale sur les urgences.¹⁵ Conduite auprès d'un échantillon de patients de 150 services tirés au sort, « *afin de*

⁸ Chanteloup, « La prise en charge de l'urgence à l'hôpital, 1997 », *Solidarité Santé, Etudes et Statistiques*, n°2, avril-juin 1997, p. 107-116.

⁹ En 1991, le mouvement de grève des personnes de ces services a donné lieu à une réaction particulièrement forte, conduisant à la restructuration tant spatiale et technologique, que professionnelle et réglementaire, de ce secteur jusqu'alors sinistré du monde hospitalier.

¹⁰ Rapport publié en septembre 1993 pour le Conseil Economique et Social (cf.chapitre1).

¹¹ « Urgences et demandes de soins en urgence. Quelle prise en charge ? », *ADSP*, n°52, septembre 2005.

¹² Baubeau D., Deville A., Joubert M. (Drees), Fivaz C., Girard I., Le Laidier S., (CNAMTS, Direction des statistiques et des études), « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », *DREES, Etudes et Résultats*, n°72, juillet 2000.

¹³ Cette assertion est à nuancer puisque même si c'est dans les années 1990 que, parallèlement à un effort inédit de restructuration s'accompagnant d'un accroissement considérable de moyens, les chiffres de l'activité de ces services ont commencé à s'emballer, le mouvement était déjà amorcé depuis deux décennies. Cf. Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., Boissonnat V., *op.cit.*, p. 7.

¹⁴ *Ibid.*, p. 3.

¹⁵ Une première étude qualitative portant sur les caractéristiques des patients des urgences médicales et leurs motivations avait déjà été réalisée à l'initiative d'équipes de chercheurs quelques années auparavant : Lang T., et al., « Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction de "dispensaires" », coll. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 3, 1998, p. 72-78. De même, le 1^{er} janvier 2001 a vu la création de l'Observatoire régional des urgences en Midi-Pyrénées. Il constitue au moment de l'enquête, la plus importante base de données

mieux connaître leurs principales caractéristiques, les motifs pour lesquels ils recourent aux urgences et leur parcours ultérieur (les actes effectués, puis leur orientation)¹⁶ ». Cette enquête comporte deux volets : dans un premier temps, le personnel du service a complété une fiche afin de renseigner les circonstances de l'arrivée des patients, leurs pathologies et leur prise en charge. Puis, deux semaines après leur passage dans le service, un entretien téléphonique a été mené auprès de 3000 patients « parmi ceux qui n'avaient pas été hospitalisés ». Ils ont été interrogés sur leurs motivations, les trajectoires suivies avant leur arrivée ainsi que sur leurs appréciations concernant la prise en charge.

Plusieurs constats ressortent du premier volet d'enquête. Tout d'abord, la pédiatrie représente une part importante de l'activité des services d'urgences. Les nourrissons de moins d'un an en particulier y sont proportionnellement 2,4 fois plus nombreux, comparés à leurs poids dans la population générale. Plus généralement, les moins de 15 ans représentent le quart des patients pris en charge dans ces services. Les personnes âgées de 70 ans et plus, représentent quant à elles 14 % du total¹⁷ et elles sont davantage présentes dans le secteur public. Cette étude révèle par ailleurs que « *près des trois-quarts des usagers arrivent directement aux urgences et par leurs propres moyens* »¹⁸, c'est-à-dire « *sans contact médical préalable, même par téléphone* ». Ce mode d'entrée direct dans le service concerne principalement les patients de tranches d'âge inférieures à 50 ans (80%) en particulier les moins de 6 ans, et il diminue fortement avec l'âge. Enfin, les motifs de recours se répartissent à part égale entre problèmes traumatiques et problèmes somatiques, chacun regroupant 48 % des passages tandis que les troubles psychiatriques représentent 2,5 % des cas. La traumatologie est un motif de recours fréquent des patients de 6 à 15 ans (70%), de 16 à 25 ans (62%) et des 26-50 ans (53%). Les problèmes somatiques se retrouvent aux deux extrémités avec 85 % des recours des nourrissons et plus des deux-tiers des patients de plus de 80 ans. Ainsi, il existe selon l'auteur « *une nette segmentation du recours aux urgences en fonction de l'âge* ».

Le second volet de l'enquête nationale sur les urgences apporte quelques éclairages concernant les motifs et trajectoires des patients ainsi que leurs caractéristiques démographiques. Le principal résultat mis en exergue par les auteurs est le suivant : « *la grande majorité des usagers*

médicalisées sur l'activité des services d'urgences : Motifs de recours, gravité, actes pratiqués, groupe de passage aux urgences et le devenir.

¹⁶ Carrasco Valérie, Baubeau Dominique, « Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale », *Etudes et Résultats*, n°212, janvier 2003, DREES.

¹⁷ Selon l'Insee, au 1^{er} janvier 2010, les 60 ans et plus représentent 22,9% de la population totale en France métropolitaine (8,9% pour les 75 ans et plus).

¹⁸ Carrasco Valérie, Baubeau Dominique, *ibid.*, p. 4.

vient aux urgences sans avis médical préalable, à peine plus du quart ayant tenté de joindre un médecin traitant¹⁹ ». Il est toutefois précisé qu'à cet égard, les plus âgés se distinguent sensiblement puisqu'ils sont, pour la plupart, orientés dans le service par leur médecin. Sur la base des données recueillies lors des entretiens téléphoniques, les auteurs ont élaboré une typologie de six groupes d'usagers (parmi ceux, rappelons-le, qui n'ont pas été hospitalisés) :

« Deux sont constitués de personnes envoyées par leur médecin traitant (16%) ou qui n'ont pas eu à donner leur avis, ayant été dirigées aux urgences par les pompiers, le SAMU ou SOS médecins (19%). Les autres usagers des urgences (près des deux tiers) ont décidé seuls ou avec leur entourage d'y recourir. C'est le cas du groupe le plus important, constitué de victimes d'accidents (38%). »

Un graphique comparant les statuts professionnels des usagers des urgences à la population totale révèle une nette sur-représentation des ouvriers et employés parmi les patients des urgences. Les professions intermédiaires quant à elles ont un poids comparable tandis que les cadres, artisans, chef d'entreprise et agriculteurs y sont sous-représentés²⁰. Quant aux motivations, elles tiennent le plus souvent à la proximité de l'établissement, au « sentiment d'urgence » ou de « gravité » et au besoin d'un plateau technique spécialisé. Pour finir, la majorité des patients (73 % dans les établissements publics, 65 % dans le privé) connaissaient déjà le service d'urgence, une familiarité qui va de pair selon les auteurs, avec une certaine méconnaissance du système de soin en ville.

Même si cette enquête nationale présente un intérêt certain pour notre recherche du point de vue méthodologique notamment, son apport reste toutefois limité au regard des faibles données recueillies sur les caractéristiques socio-démographiques des patients interrogés. Par ailleurs, les auteurs n'ont pas pris soin de distinguer les patients des urgences privés de ceux qui recourent au secteur public. Bien plus, une analyse critique révèle que même si sur le fond, les résultats de cette enquête restent nuancés et à notre niveau peu contestables, leur mise en forme nous apparaît néanmoins discutable. Nous y reviendrons plus loin.

Sur la base de ces travaux, l'organisation des urgences encadrée jusqu'alors par les décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 a été modifiée par le décret du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et aux conditions de fonctionnement applicable à ses structures :

¹⁹ Carrasco, Baubeau, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Etudes et Résultats*, n°215, janvier 2003, p. 1.

²⁰ « Usagers des urgences et population totale selon la profession actuelle ou passée », *ibid.* p. 2. L'interprétation de ce graphique reste toutefois malaisée au regard de ses multiples imprécisions : les retraités ne sont pas distingués et nous ne savons pas ce que représente l'item « autre ».

« Le dispositif d'autorisation en vigueur de 1997 à 2006 a permis l'identification des services d'urgence sur le territoire et l'amélioration de la prise en charge. Cependant, l'augmentation constante du nombre de passages et les difficultés constatées dans l'orientation des patients dans la chaîne de soins en amont et en aval des urgences, ont mis en évidence la nécessité d'une organisation globale de la prise en charge des urgences, priorité du Plan urgences présenté en octobre 2003, parallèlement à l'augmentation des moyens techniques et humains. C'est dans cette optique qu'a été modifié le cadre réglementaire de l'organisation de la prise en charge des urgences²¹. »

Les notions de SAU et d'UPATOU sont désormais supprimées : tous les services s'appellent désormais « structure des urgences », une expression qui se substitue à celle de « service d'urgences ». Enfin, conformément aux préconisations du Plan urgences, les moyens techniques et en personnels notamment médicaux ont augmenté à partir de 2003. Cette croissance s'est poursuivie en 2004 tandis que le nombre de passage dans les services d'urgence se stabilisait. Aussi, le problème de l'engorgement de ces services étant partiellement résolu, l'attention publique se tourne vers l'autre versant de la question des urgences, celles prises en charge par la médecine générale de ville, autrement dit vers la question de la « permanence des soins ».

Ces études coordonnées par Marie Gouyon, chargée d'étude à la DREES, ont pour objectif de saisir les caractéristiques des « recours urgents » ou « non programmés en médecine générale²² ». Au total, 1304 médecins généralistes exerçant dans un cabinet et 94 médecins urgentistes privés (SOS Médecins, Urgences Médicales de Paris) ont renseigné un questionnaire pour chaque séance urgente durant une semaine d'octobre 2004. L'exploitation de ces données (17 000 séances) a donné lieu à la production de plusieurs documents publiés au cours des années 2006 et 2007²³. Il ressort des résultats que contrairement aux services d'urgences hospitaliers, la médecine de ville est peu sollicitée en urgence pour un problème traumatique (12 % des recours²⁴). Les problèmes somatiques, généralement des affections aiguës, représentent les trois quarts de leur activité et ils sont très peu sollicités pour les problèmes d'ordre psychologiques. Ces études qu'il n'est pas nécessaire de détailler davantage ici, présentent l'intérêt pour la présente recherche, de mieux cerner ce qui se passe en amont des services d'urgences. Elles permettent en effet, de mieux saisir les logiques d'adressage des patients aux services d'urgences, mises en oeuvre par ces médecins.

²¹ Carrasco V., « L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passage », *Etudes et Résultats*, n°524, septembre 2006, DREES, p. 2.

²² Gouyon M., Labarthe G., « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats », *Etudes et Résultats*, DREES, n°471, mars 2006.

²³ Gouyon M., « Les urgences en médecine générale », Document de travail, Drees, n°94, avril 2006 ; Gouyon M., « Les recours aux médecins urgentistes de ville », *Etudes et Résultats*, DREES, n°480, avril 2006 ; Collet M., Gouyon M., « Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale », *Etudes et Résultats*, DREES, n°607, novembre 2007.

²⁴ Gouyon M., Labarthe G., *ibid.*, p.4.

1.1.2. Limites des sources nationales : les enjeux politiques et corporatistes du problème de « l'engorgement des services d'urgence »

Quelques unes de ces limites ont déjà été évoquées plus haut comme celle de la faiblesse des données sociales relatives aux « usagers des urgences » ou bien encore, l'absence d'une comparaison entre services d'urgences privés et publics. La principale raison tient, pense t-on, au fait que ces études ont été à chaque fois construites pour répondre à une problématique de santé publique définie par le ministère en charge de la santé. Au cours des années 1990, l'augmentation continue du nombre de passages dans les services d'urgence conduit à inscrire sur l'agenda politique le problème de l'engorgement de ces services. Notons au passage que les auteurs de ces analyses n'utilisent ni l'expression « engorgement » ni celle de « permanence des soins », toutes deux largement reprises au même moment dans les rapports politiques et dans les médias²⁵. De plus, la seconde problématique s'est substituée à la première, une fois la question des urgences hospitalières partiellement résolue *via* la construction et la mise en œuvre d'une politique de réorganisation des services d'urgence. Dans ce cadre cognitif, les données précises concernant les caractéristiques des patients n'ont alors que peu de pertinence pour les auteurs au regard de la demande des commanditaires. En revanche, le sociologue qui souhaite mener une étude sur les urgences au prisme de la problématique des inégalités sociales d'accès aux soins, se retrouve relativement démuné²⁶.

Outre ces quelques limites, la lecture des données institutionnelles appelle une critique qui concerne, cette fois-ci, davantage leur mise en forme que leur contenu. L'emploi de la notion d'« usager » dans le titre même du premier volet de l'enquête (« Les usagers des urgences »)²⁷, pour désigner les « patients » pose question²⁸. Sur le terrain, les professionnels rencontrés utilisent en effet tous le terme « patient ». Ils n'ont à notre souvenir jamais prononcé les vocables

²⁵ Sur ce point, on invite le lecteur à se reporter au premier chapitre de ce travail et en particulier, aux paragraphes consacrés à la gestion politique de l'épisode de la canicule ainsi qu'à la « problématisation politique de la question de l'accès à l'offre de soins d'urgence libérale ».

²⁶ « *Certes les enquêtes de la statistique publique ne sont pas conçues dans le but de répondre à la problématique particulière du sociologue – les enquêtes sur la santé visent principalement à mesurer la morbidité et les consommations de soins de la population, et ne rompent pas, en cela, avec la conception médicale de la santé –, mais nous avons voulu montrer qu'il était néanmoins possible de construire un objet et une problématique sociologiques en se fondant sur la diversification des sources et des méthodes statistiques* », Cousteaux A-S., « Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales », thèse de sciences politiques, sous la direction d'Alain Chenu, IEP Paris, 2011, p. 505.

²⁷ Baubeau D., Deville A., Joubert M. (Drees), Fivaz C., Girard I., Le Laidier S., (CNAMTS, Direction des statistiques et des études), *op.cit.*, p. 1.

²⁸ « *Hughes part de l'idée centrale mais rarement prise en compte méthodologiquement par les chercheurs en sciences sociales, que les catégories du langage ordinaire reflètent les points de vue de catégories particulières de personnes, et qu'à travers leur usage s'impose le point de vue « pratique » de celles-ci et leur perception des phénomènes sociaux : non seulement leurs jugements de valeur implicites, mais aussi un découpage de la réalité sociale qui implique un jugement de valeur* », Hughes E., Chapoulié M., *op.cit.*, p. 51-52.

d'« usager » ou de « clientèle » et ils usent également très peu de celui de « malade », repris par Jean Péneff en guise de titre à son ouvrage. Or dans la première publication, on ne dénombre certes que 7 occurrences pour le terme d'« usagers », (2 pour « clientèle ») et 72 occurrences pour celui de « patient » (3 pour « malade »²⁹). Toutefois, dans la publication du second volet de l'enquête, la répartition diffère sensiblement : la notion de « patients » est mentionnée à 68 reprises et celle d'« usagers » 74 fois (5 « clientèle »). Or, l'emploi de l'un ou l'autre de ces vocables n'est pas neutre, celui d'usager ayant été forgé dans un contexte précis :

« C'est à un moment où la maîtrise des dépenses publiques devient un enjeu politique majeur que la notion d'usager est introduite avec force dans la rénovation de la gestion des services publics³⁰. »

Il s'agit, en effet, d'une catégorie davantage administrative que professionnelle comme l'explique F-X. Schweyer :

« Depuis une quinzaine d'années, on assiste à l'institutionnalisation d'un nouvel acteur dans le système de santé et l'hôpital public en particulier. Il s'agit des « usagers », dont la place est désormais reconnue par la loi dans la gestion des établissements publics et les instances de régulation du système de santé. Si le terme d'usager renvoie à la notion de service public et se fonde sur l'exercice d'un droit d'usage, il est devenu courant, par commodité, de rassembler sous ce vocable totalisant les personnes recevant des soins à l'hôpital. Les articles des revues professionnelles, les documents de présentation des projets d'établissement, pour ne prendre que deux exemples, utilisent tout à tout les termes de « malades », « patients », « usagers » comme s'ils étaient interchangeables³¹ »

Dans cette contribution, ce sociologue montre que le statut « d'usager » s'est construit dans un contexte historiquement et professionnellement déterminé et que l'avènement de cette notion relève autant d'une volonté de démocratiser le système de soins que d'une démarche administrative. Il n'est donc pas étonnant de voir apparaître ce terme³², dans un contexte de restructuration de l'organisation des services d'urgences *via* les décrets de 1995 et 1997. Elle signe une modernisation des services d'urgences publics effectuée, dit-on, au nom de « l'usager », terme employé par les auteurs qui diffusent ce faisant, implicitement, l'idée d'un malade « consommateur » de services :

²⁹ A ce propos, à l'occasion d'un cours de sociologie dispensé dans un IFSI, j'ai demandé aux étudiants leur avis sur l'emploi des différents termes. Ils m'ont dit recourir de façon privilégiée au terme de « patients » et beaucoup moins souvent à celui de « malade ». Une étudiante ajouta, qu'une personne souffrant d'une fracture n'était pas étiquetée comme étant une « malade » contrairement à une personne souffrant d'une angine, d'une bronchite, etc... Pour ces étudiants, aux urgences on ne peut employer le terme de malade parce qu'on ne sait pas si à priori la personne est malade. En revanche, d'après la perception de ces futurs professionnels, on a toujours affaire à un patient.

³⁰ Vedelago F., « L'usager comme atout stratégique du changement dans le système de santé », in Cresson G., Schweyer F-X., dir., *Les usagers du système de soins*, Editions ENSP, 2000, p. 55-74.

³¹ Schweyer F-X., « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », *ibid.*, p. 37-54.

³² Sur ce point cf. aussi, Warin P., dir., *Quelle modernisation des services publics ? Les usagers au cœur des réformes*, Paris, Dunod, 1997.

« Le patient devient l'usager, c'est-à-dire un individu dont les exigences à l'égard du système de soins sont d'ordre global, qualité des soins mais aussi qualité du service. Les mots ne désignent pas seulement une réalité, ils la « fabriquent », l'emploi de la notion d'usager favorise un déplacement de l'acteur collectif vers l'acteur individuel.³³ »

En recourant de façon inappropriée aux urgences, cet « usager » serait responsable de l'augmentation croissante des passages dans les services d'urgence et des problèmes afférents qu'ils connaissent :

« Lors de différents colloques, conférences, articles, il n'est pas rare d'entendre ou de lire que les usagers utilisent à mauvais escient le système de prise en charge des situations d'urgence, que ce soit dans le cadre hospitalier ou dans celui de la médecine libérale. Et on entend parler de l'irresponsabilité des uns, de l'utilisation des services d'urgence comme simples prestataires de services pour les autres, lorsque l'usager n'est pas directement désigné comme le responsable des maux dont souffrirait depuis des années notre système d'urgence et/ou de permanence des soins (...). Avant de reprocher aux usagers de ne pas bien utiliser l'offre de soins dans le cadre de l'urgence ou de la permanence des soins, il faudrait se demander collectivement si celle-ci est réellement compréhensible et lisible³⁴. »

Les termes employés dans les sources institutionnelles pour définir le problème³⁵ conduisent ainsi à focaliser le lecteur sur les comportements « déviants » et sur la responsabilisation individuelle³⁶ :

« L'usager s'impose comme une catégorie de l'action publique dans une perspective de modernisation et de rationalisation de la gestion des services publics. Mais il est aussi un enjeu symbolique utilisé dans les confrontations autour de la maîtrise des dépenses de santé. Les professionnels résistent aux projets de restructuration au nom des usagers ; les pouvoirs publics, eux se retournent vers les usagers pour les rendre responsables de leur état de santé³⁷. »

Les propos recueillis lors de notre enquête auprès d'une secrétaire d'accueil du service d'urgence public, témoignent de l'appropriation de ce discours par certains professionnels :

« *Ce n'est plus pareil aux urgences. Tu vas voir à 10h30, les gens vont arriver. Ils se disent: « Qu'est ce que je vais faire aujourd'hui? » et ils vont arriver ici avec une lettre de leur médecin. Ils ne savent pas quoi faire alors ils viennent aux urgences.* » (Secrétaire d'accueil du service d'urgence public)³⁸. »

En dépit d'une orientation médicale dont la preuve est fournie par la présentation de la lettre, le recours de ces patients est considéré, par cette secrétaire, comme abusif. Cette dénonciation

³³ Vedelago F., *op. cit.*, p. 68.

³⁴ Brun N., chargé de mission à l'UNAF, « Les urgences : point de vue des usagers », in ADSP, « Urgences et demandes de soins en urgence. Quelle prise en charge ? », n°52, septembre 2005, p. 58.

³⁵ D'ailleurs les auteurs insistent beaucoup (trop peut-être) sur l'idée d'un mode de recours direct des « usagers » : « Sans contact médical préalable, même par téléphone » ; « par leurs propres moyens », « à peine plus du quart ayant tenté de joindre leur médecin traitant », « La très grande majorité des usagers enquêtés 62% ont pris leur décision seuls ou avec leur entourage », etc...

³⁶ « *Les évolutions du secteur de la santé sont significatives ces dernières années. La façon de penser les relations entre les usagers et le système de santé a changé. Le thème de la responsabilisation des usagers se développe.* », F-X Schweyer, « *Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public* », *op. cit.*, p. 48.

³⁷ Cresson G., Schweyer F-X., dir., *op. cit.*, p. 16.

³⁸ Extrait de carnet de terrain (juin 2007)

individuelle a pour effet de masquer l'essentiel à savoir les structures invisibles, les mécanismes structurels qui sont à l'origine du phénomène ou « problème » de l'engorgement de ces services³⁹.

A rebours de ces analyses, les travaux sociologiques montrent que l'encombrement de ces services est avant tout un problème structurel dont les facteurs sont à rechercher, non seulement du côté de l'organisation hospitalière en aval des services d'urgence (Vassy C., Camus, Dodier N., Bessin M., Péneff J., etc...), mais également du côté des lacunes de l'organisation des soins en amont de l'hôpital (Bajos N., Péneff J.)⁴⁰. Dans la lignée de ces travaux, les conclusions d'une étude sociologique réalisée à la demande de l'APHP dans 5 services d'urgence, au tournant de l'année 2000⁴¹, invitent le lecteur à se départir des lectures médicales et politiques du problème des urgences qui imputent, sur le mode de l'évidence, l'augmentation du nombre de passage et ses problèmes afférents, à la montée des « fausses urgences » ou encore de la « bobologie » qui, selon les détenteurs de cette théorie, serait plus souvent le fait des patients en situation précaire⁴² :

« Pour autant, cette lecture qui s'est imposée presque naturellement, comme allant de soi, il nous faudra la mettre en cause. L'idée que les pauvres consultent plutôt à l'hôpital public que dans le secteur privé, qu'ils relèvent plus facilement de soins non programmés que de consultations sur rendez-vous, qu'au fond ils sont largement à l'origine de l'accroissement de l'activité des services d'urgences, idée profondément ancrée dans le sens commun aussi bien que dans les commentaires experts, on ne peut la prendre pour argent comptant. C'est donc bien cette problématique liaison entre urgence et précarité que l'on doit examiner à la lumière de la présente étude »⁴³

Enfin, de façon complémentaire, François Danet souligne dans ses travaux l'intérêt des médecins « urgentistes » à voir croître le nombre d'entrées dans leurs services afin de justifier l'obtention du statut de spécialiste au sein de l'organisation médico-hospitalière.

³⁹ « En la matière, la mise en avant des limites intrinsèques de ce type de données [statistiques publiques] ne saurait justifier que l'on renonce à les mobiliser, au risque de délaissier purement et simplement à l'analyse des disparités sociales de santé, qui demeurerait la chasse gardée de l'épidémiologie sociale. Abandonner aux épidémiologistes le monopole de ces questions, c'est pourtant accepter que celles-ci soient prioritairement envisagées sous l'angle des facteurs de risque individuels – tabac, alcool, obésité... – et que la prévention – dans une perspective qui rappelle l'hygiénisme du 19e siècle – insiste surtout sur la nécessaire rééducation des comportements, notamment ceux des classes populaires, au détriment d'approches mobilisant plus largement l'analyse des contraintes structurelles qui s'exercent sur les comportements, et des rapports sociaux qui conditionnent les états de santé. », Cousteaux A-M., *op. cit.*, p. 505-506.

⁴⁰ L'analyse menée dans la première partie de ce travail s'inscrit d'ailleurs dans la lignée de ces travaux : un détour par l'histoire a fait apparaître, en effet, que l'offre de soins d'urgence s'est construite indépendamment de la demande de soins d'urgence dont l'ampleur, aujourd'hui, résulte de la concurrence que se sont livrés et que se livrent toujours les divers acteurs pour maintenir ou renforcer leur position dans ce champ.

⁴¹ Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., Boissonnat V., *op. cit.*

⁴² Cette idée de lier précarité et engorgement des services est évoquée, à plusieurs reprises et dans des formulations différentes dans le document suivant : Baubeau D., Deville A., Joubert M. (Drees), Fivaz C., Girard I., Le Laidier S., (CNAMTS, Direction des statistiques et des études), « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », DREES *Etudes et Résultats*, n°72, juillet 2000.

⁴³ Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., *op. cit.* p. 19.

A la lumière de ces analyses, on peut sans trop exagérer avancer l'hypothèse que dans un contexte de déficit chronique de l'assurance maladie, la rhétorique de la responsabilité/culpabilité individuelle servirait plus largement à justifier, en la légitimant, la conduite d'une politique sanitaire de plus en plus drastique. Depuis quelques décennies, l'instauration des franchises et des multiples déremboursements (sur les médicaments, les consultations, les transports sanitaires, etc ...) au nom de la responsabilisation des « usagers de soins », en sont les signes patents⁴⁴.

L'ensemble de ces limites rendait impossible toute exploitation secondaire des statistiques nationales si bien que nous avons pris le parti, dans un second temps, de recourir aux sources institutionnelles locales.

1.2. DES DONNEES INSTITUTIONNELLES LOCALES

Le nombre de publications consacrées à la question des urgences dans le département enquêté est très limité. Les recherches menées à l'Observatoire Régional de la Santé ainsi qu'à la DRASS se sont, en effet, révélées décevantes. Malgré tout, ce travail documentaire ne fut pas complètement vain dans la mesure où, bien que lacunaires, les documents recueillis permettent de fournir quelques données de cadrage pour la présente recherche.

1.2.1. L'apport des sources chiffrées locales

A l'instar de toutes les régions de France, les pays de la Loire ont connu au cours des années 1990, une augmentation sensible du nombre de passages dans les services d'urgences hospitaliers⁴⁵. Cependant, cette région se distingue par son faible taux de recours aux urgences, « le plus faible »⁴⁶ de France, inférieur de 23 % à la moyenne nationale⁴⁷. Les situations sont néanmoins contrastées à l'intérieur de la région, les départements de la Mayenne, de la Sarthe et

⁴⁴ « *Les instruments à l'oeuvre ne sont pas de la pure technique, ils produisent des effets spécifiques indépendants des objectifs affichés (des buts qui leur sont assignés) et ils structurent l'action publique selon leur logique propre* », Lascoumes P., « Gouverner par les instruments ou comment s'instrumente l'action publique », in Lagroye J., dir., 2003, *op. cit.*, p. 387-401.

⁴⁵ « Entre 1995 et 1999, le nombre de passages a progressé de 24 % dans les Pays de la Loire », Tuffreau F., « Les urgences hospitalières de plus en plus attractives », Actualité Santé Pays de la Loire, n°38, décembre 2000, p. 2-6.

⁴⁶ Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, « Urgences hospitalières », *La santé observée dans les Pays de la Loire*, décembre 2003.

⁴⁷ Tendence confirmée pour l'année 2005 où le taux annuel de passages aux urgences est de 243 pour 100 habitants en France métropolitaine et de 186 pour la région enquêtée. Jean O., « Les passages aux urgences en 2005 », DRASS Pays de la Loire, Service Etudes et Statistiques, *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n°41, avril 2007.

de la Vendée connaissant un taux de recours nettement plus élevé que ceux du Maine et Loire et de la Loire-Atlantique⁴⁸.

Face au constat d'absence de données chiffrées locales, j'ai demandé à un ancien médecin urgentiste que je cotoyais régulièrement, s'il était possible de réaliser une enquête ethnographique auprès du SAMU pour recueillir ces données. Je pensais observer en particulier la salle de régulation du 15 qui constitue le lieu où tous les appels d'urgence convergent et où se décide l'orientation des secours en fonction des caractéristiques socio-pathologiques des patients. L'idée de réaliser une telle enquête n'était pas nouvelle, il s'agissait d'une piste que je travaillais en parallèle de la recherche documentaire comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant réalisé, au même moment de l'enquête, auprès d'un médecin urgentiste exerçant à la régulation du SAMU et à SOS médecin :

« Medecin- Cibler la population ce n'est pas évident.

- Et on ne peut pas caractériser la population ?

Medecin- Alors je ne sais pas si ça a été fait. Il faudrait travailler avec un SAMU et sortir tous les âges mais avoir aussi les appels qui rentrent et les appels qui sortent. Parce que tous les appels où c'est des conseils : c'est pas grave vous restez chez vous, vous verrez ça demain. C'est pas évident comme étude à faire.

- Par exemple, il y a les ambulances privées qui transportent, les pompiers et vous (SOS médecins). Est-ce qu'on peut avoir des documents anonymisés où il y ...

Medecin- Oui, des statistiques de gens transportés, ça je pense qu'il y a moyen de l'avoir. Mais par contre, des gens qui appellent ce n'est pas facile parce que c'est énorme comme dossier et puis derrière, il y a des dossiers : c'est SAMU, d'autres pompiers, d'autres ambulances, d'autres c'est conseil, d'autres c'est SOS, d'autres c'est médecin traitant. Donc, les entrants ce n'est pas facile de filtrer tout ça et de dire quelle population. Par contre, les ambulances c'est précis. Ils ont transporté telle femme, à telle heure, tel jour, donc là en informatique, à mon avis là, F. doit pouvoir vous faire ça.

- Voir qui transporte qui? Vous pensez que ce serait possible de...

Medecin- Ca oui ! Concrètement je sais que l'informatique ce serait possible de voir transport ambulance privée, âge, etc... Le programme informatique fait que ça peut ressortir. Je pense que oui mais je ne suis pas informaticien. C'est précis, ce n'est pas comme les appels entrants où c'est très flou. »

Au terme de cet entretien, j'ai demandé à ce médecin s'il était envisageable d'observer directement la régulation du SAMU puis celle de l'association SOS médecins. Pour le premier terrain, il m'a conseillé de prendre contact directement auprès du chef de service et pour SOS médecins, il a accepté de me donner les coordonnées du responsable des relations extérieures : « Vous leurs dites que vous venez de ma part ». Toutefois, en dépit de ces recommandations, je ne parvins pas à franchir seule le pas.

⁴⁸ Ce taux plus élevé s'expliquerait notamment par une plus forte représentation des personnes âgées « plus consommatrices des services d'urgence » ainsi que par une moindre densité médicale dans ces régions. Jean O., *ibid.*, p. 1.

Un mois plus tard, j'ai profité d'une séance de travail avec mon collaborateur médecin pour lui demander de m'accompagner au service d'urgence visé pour l'enquête⁴⁹. Je pensais que sa qualité de médecin augmenterait mes chances d'obtenir l'autorisation de mener une enquête au « Centre 15 ». Il accepta volontiers. Nous nous sommes alors rendus ensemble à l'accueil du service d'urgence où nous avons été redirigés vers le BAP (bureau administratif de pôle urgence). J'ai alors expliqué à la secrétaire que je faisais un travail de sociologie sur les « urgences préhospitalières » et que je souhaitais, dans ce cadre, pouvoir observer le fonctionnement du SAMU et du service des urgences. Mon collaborateur prit le relais et la secrétaire demanda alors mon niveau d'étude. A l'évidence, ma demande ne lui paraissait pas incongrue, elle prit mes coordonnées et proposa de me rappeler dès qu'elle aurait pris contact avec les personnes concernées. Trois jours plus tard, elle m'informa que la responsable des urgences avait refusé ma demande de « stage » en précisant qu'elle avait déjà accédé à ce type de demande et qu'elle ne souhaitait pas renouveler ce « genre d'expérience ».

Un mois plus tard, au cours d'une nouvelle séance de travail avec ce médecin émergea l'idée de produire mes propres données en « faisant passer » un questionnaire qui suivrait le patient de son arrivée dans le service d'urgence à sa sortie du service ou de l'hôpital.

2. A LA PRODUCTION DE MES PROPRES DONNEES

2.1. L'ELABORATION DU PROTOCOLE D'ENQUETE

2.1.1. La construction du questionnaire

Le questionnaire⁵⁰ comporte une vingtaine de questions définies pour l'essentiel, à partir des lectures des enquêtes nationales sur les urgences et surtout, de mon expérience de terrain. Cela fait deux ans que je travaille à raison de deux jours par semaine dans l'entreprise, ce qui me donne la légitimité de « faire des urgences » pour reprendre l'expression indigène. Au fil des transports sanitaires d'urgence, j'acquies ainsi une connaissance solide et détaillée du déroulement d'une intervention, de l'appel jusqu'à l'arrivée dans le service. C'est ce principe de la chronologie d'une « urgence » qui a servi de guide pour le choix et le contenu de la plupart des questions auxquelles a été ajouté ensuite, le traditionnel « talon sociologique ». Une fois la

⁴⁹ Ces séances de travail prenaient la forme d'une conversation autour d'un déjeuner ou d'un café le samedi en ville, mon interlocuteur étant absent le reste de la semaine. De même, les échanges ne portaient pas exclusivement sur ma thèse mais débordaient très souvent sur son travail et sa famille que je connaissais pour avoir donné des cours de soutien scolaire à son dernier fils pendant deux ans.

⁵⁰ Cf. annexe 1.

première version du questionnaire établie, je sollicite de nouveau l'aide de mon collaborateur médecin pour bénéficier de son regard critique et de ses connaissances du milieu hospitalier. Je pense en effet compléter le questionnaire par un « volet médical » et notamment, par des questions renseignant le parcours suivi par le patient après son passage aux urgences. Il attire d'emblée mon attention sur le taux d'hospitalisation des patients des urgences :

« Parmi les gens qui ont traversé la porte des urgences, combien ont atterri dans des services ? A mon avis, c'est une question pour toi. Parmi les gens qui ont traversé la porte des urgences, combien sont restés hospitalisés plus de 24h00 ? Ca donne une idée de l'adéquation entre les moyens mis et le besoin de la personne. Et alors si par la suite, tu arrives à savoir parmi ceux qui sont restés moins de 24h00 et plus de 24h00 qui les a amené là ? Est-ce que c'est SOS, est-ce que c'est un médecin généraliste, est-ce que c'est une ambulance privée ou est-ce que c'est le SAMU ? Là, tu vas avoir la réponse à ton travail. Parmi ceux qui sont montés en service, combien sont restés plus de 24h00, combien sont restés moins de 24h00 ? C'est des statistiques de l'hôpital et pas des urgences. »

Sur la base de ces conseils, je construis le « volet médical » du questionnaire qui comprenait alors les questions concernant l'état clinique du patient, son hospitalisation éventuelle et plus largement, son devenir après le passage dans le service (retour au domicile, transfert, etc...). Ces questions ont toutefois été rapidement écartées pour des raisons d'infaisabilité comme nous le verrons dans les pages suivantes consacrées au récit de la passation du questionnaire.

Concernant la définition des mois et des jours de passation du questionnaire, les connaissances de mon collaborateur se sont avérées précieuses :

« Il faudra choisir des mois très parlant parce que si tu choisis le mois d'août, il y a les médecins qui sont en vacances, tu choisis le mois de décembre il y a la grippe, etc... Je pense qu'il faut que tu choisisses deux ou trois mois neutres : octobre, mars, juin. Parce que si tu choisis novembre, il y a des jours fériés, janvier des épidémies, février épidémie plus vacances, avril c'est vacances, mai c'est plein de ponts, juillet-août c'est les vacances et septembre, c'est la rentrée et donc plein de gens qui n'ont pas eu les soins suffisants au mois d'août. Septembre était toujours un mois très chargé. Selon les indicateurs, les trois mois les plus neutres sont ces trois-là. »

Ainsi, les mois de juin et d'octobre ont été retenus pour leur neutralité : il y a ni jour férié ni vacances scolaires et le climat y est généralement tempéré (pas de canicule ni de grand froid). Quant aux jours de passation, nous avons opté pour le jeudi et le samedi. Le premier est un jour en semaine considéré comme neutre dans la mesure où les cabinets médicaux de ville sont ouverts et les personnes travaillent. Quant au samedi, jour de fermeture des cabinets médicaux (à partir de midi), il présente l'intérêt selon mon collaborateur, de recueillir des données en période de « permanence des soins ».

2.1.2 *Le choix de la population enquêtée*

« Tu as déjà vu un clochard faire du sport ? »
Extrait d'entretien, ancien médecin urgentiste.

Prenant pour modèle d'enquête les études de la DREES, je prévoyais au départ d'interroger le tout venant des urgences c'est-à-dire les patients des urgences « pédiatriques », « traumatiques » et « médicales » (ou « somatique⁵¹ »). Cependant, le médecin avec qui j'élaborai cette enquête m'a immédiatement recommandé de questionner uniquement les patients adultes (15 ans et 3 mois) « non traumatiques » arguant de l'intérêt minime à travailler sur la « traumatologie » :

« La traumatologie concerne tout ce qui est entorse, fracture, points de suture, accidents de la route, des pathologies pour lesquelles les patients n'avaient pas d'autres choix que de venir aux urgences dans la mesure où un médecin généraliste en ville ne fait pas de plâtre ni de radio et de moins en moins de points de suture ».

Il précisa par ailleurs que la traumatologie concernait des populations particulières à savoir des individus qui peuvent généralement faire du sport, avoir une voiture, travailler, bricoler dans leur maison, etc... : « Tu as déjà vu un clochard faire du sport ? ». De plus, la fréquence et le type de « trauma » suivant les rythmes d'activité de la vie quotidienne⁵², faire une enquête sur ce type d'urgence revêtait peu d'intérêt au regard des objectifs de mon étude. Les observations réalisées au cours de l'enquête ont confirmé ses propos :

« Le second jour de passation de questionnaire (samedi), je relève que les deux tiers des entrées concernent la traumatologie contrairement à ce que l'on m'avait dit. A ce propos l'aide-soignant me dit: « C'est souvent le week-end avec le bricolage, le sport, les loisirs et l'alcool qui entraîne des chutes ».

Jeudi prochain c'est la fête de la musique, une hantise pour le personnel des urgences. Au détour de quelques discussions, j'apprends que l'année passée ils ont « fait 105 entrées la nuit »⁵³. Beaucoup de « traumato » avec des chutes liées à l'alcool, aux bagarres. Il y a aussi les comas éthyliques et les « gaz lacrymogènes ». Le soir même, un infirmier SMUR discute avec nous : « On ne sort pas beaucoup mais les sapeurs-pompiers sont partout et il y a pas mal d'appels au 15 ». Durant cette nuit, les admissions se font principalement en traumatologie : fractures de membres, des chutes, des bagarres, des « AVP » (accidents de la voie publique) dûs à l'alcool dans la plupart des cas. Les patients sont, dans leur grande majorité, âgés de moins de 25 ans et on voit essentiellement les sapeurs-pompiers⁵⁴.

⁵¹ « Problème somatique, terme qui englobe toutes les affections non liées à un accident ou à un trouble mental », in Carrasco Valérie, Baubeau Dominique, « Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale », *Etudes et Résultats*, n°212, janvier 2003, DREES, p. 5.

⁵² A savoir, les entorses et fractures des sportifs en fin de journée ou de week-end, les accidents du travail en journée la semaine, les accidents de la route et agressions physiques des samedis soir et enfin, les accidents domestiques des jardiniers et bricoleurs du dimanche

⁵³ A titre d'indication, le nombre de questionnaires passé lors des nuit d'enquête c'est-à-dire entre 20h00 et 8h00, n'allait pas au-delà de 30 questionnaires pour les seules urgences « médicales ». L'équipe de nuit arrive à 11h00 et repart à 7h00...

⁵⁴ Extrait du carnet de terrain (juin 2007)

Les quelques résultats obtenus par la Drees concernant les « motifs de recours aux urgences » ont ensuite achevé de me convaincre du peu de pertinence d'une passation des questionnaires auprès des patients de traumatologie :

« Les circonstances précisant ces motifs de recours n'ont pu être indiquées que dans 35 % des cas seulement (essentiellement lorsqu'il y avait eu traumatisme). Parmi ces répondants qui ne représentent qu'un tiers des patients, 26 % des passages concernent un accident domestique, 19 % un accident de travail, 15 % un accident de sport, 11 % un accident de la circulation, 9 % un accident scolaire et 6 % un accident survenu sur la voie publique (par exemple, une chute) , [...] . Pour les enfants de 6 à 15 ans, les accidents scolaires et de sport sont évidemment les plus fréquemment cités, puis, de 16 à 25 ans, les accidents de sport et de travail. De 26 à 50 ans, ce sont les accidents liés au travail qui arrivent très largement en tête alors qu'au-dessus de 50 ans, les accidents domestiques deviennent prédominants. Les accidents de la circulation, quant à eux, concernent principalement les personnes de 16 à 50 ans...⁵⁵ »

Dans l'un de ses articles, le Pr Gilles Potel distingue également trois flux principaux de patients⁵⁶ : les adultes « traumatisés » dont 85 % à 90 % retournent à domicile après avoir reçu les soins adaptés. Il s'agit de cas « *d'accidentologie routière, de chutes sur la voie publique, de rixes, traumatologie sportive, blessures domestiques, etc...* ». La pédiatrie : « *Là encore, le service à fournir est principalement de l'ordre de la simple consultation qui est suivie d'un retour à domicile dans 85 à 90 % des cas* » ; enfin, les adultes « non-traumatisés » qui nous intéressent plus particulièrement dans cette enquête. Mais avant d'analyser cette catégorie de patients, il convient d'explicitier les raisons pour lesquelles les patients de pédiatrie ont été écartés de cette recherche.

Les services d'urgences pédiatriques connaissent, depuis les années 1990, une augmentation continue du nombre de leurs patients qui relèvent, à l'instar des urgences traumatologiques, de problématiques spécifiques⁵⁷. Lors d'un bref entretien réalisé dans sans bureau, le chef du service d'urgences enquêté a d'ailleurs exprimé son « ras-le-bol » de la pédiatrie : « *Les gens utilisent les urgences pédiatriques comme une consultation de leur pédiatre*⁵⁸ » m'a-t-il dit. La figure de « l'usager consumériste » est comme on peut le constater, encore présente ici dans les propos

⁵⁵ Carrasco V., Baubeau D., *op.cit.*, p. 5.

⁵⁶ Potel G., *op. cit.*, p. 56-57.

⁵⁷ Un constat qui est partagé par une étude réalisée en Midi-Pyrénées : « Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale adulte à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville », octobre 2004, p. 24. Selon un aide-soignant de ce service: « *Les parents amènent souvent leurs enfants pour rien: une chute et ils viennent ! Ils repartent avec une radio et ils sont contents* » (Extrait du carnet de terrain, juin 2007).

⁵⁸ Un constat partagé par le Dr Le Roux P., pédiatre, chef du service des urgences pédiatriques, groupe hospitalier Le Havre : « *Un quart des urgences en France sont des urgences pédiatriques. Les nourrissons de moins de un an ont recours aux urgences trois fois plus souvent que la population générale [...]. Les faibles taux d'hospitalisation, inférieurs à 20 %, et même à 10 % chez les plus de 6 ans, montrent l'inadéquation de nombreux recours à l'hôpital [...]. Le recours direct aux services d'urgence et très fréquent (80 % des cas) tandis que l'adressage par un médecin est rare* », « Urgences pédiatriques. Quelles spécificités ? », in *ADSP, op. cit.*, p. 51-52.

d'un professionnel pour décrire le comportement des parents qui, selon ce professeur, « utilisent » de façon inadaptée le service d'urgence pédiatrique. La comparaison de ses propos avec les sources institutionnelles témoignent de l'influence du cadre d'interprétation politique dominant sur les représentations professionnelles du problème de « l'engorgement » des services d'urgence pédiatrique :

« Les nourrissons, gros consommateurs de consultations non programmées l'après-midi et en soirée, sont amenés par leurs parents, majoritairement en fin de soirée ; et ce, pour des problèmes somatiques le plus souvent bénins qui font peu appel à des examens complémentaires (un sur cinq seulement une radio), puis ils repartent à leur domicile. Les parents, confrontés à la survenue d'un problème de santé inopiné chez leur bébé, semblent utiliser les services d'urgence comme une porte d'accès à une consultation médicale de pédiatrie⁵⁹. »

Toutefois, le discours de ce Professeur est davantage nuancé lorsqu'il évoque dans la suite de l'entretien, les raisons de leur recours à ce service. Il impute, en effet, cette « utilisation » au statut spécifique des jeunes patients et surtout, des « *nourrissons qui ne peuvent s'exprimer autrement que par des cris et des pleurs* ». Pour ces patients, un problème de santé même banal est souvent ressenti comme une urgence par des parents paniqués et des médecins généralistes n'ayant parfois pas l'expérience et/ou les compétences pour soigner ce profil spécifique de patient. Dans ce cadre d'interprétation, le manque de pédiatre en ville en particulier en période de « permanence des soins », apparaît comme l'un des principaux facteurs d'explication de « l'engorgement » des services d'urgences pédiatriques. Ainsi, la spécificité des urgences pédiatriques rendait leur étude peu pertinente au regard des objectifs visés dans notre recherche contrairement à la catégorie des adultes « non traumatisés » comme en témoigne ce Professeur :

« *Il s'agit d'une demande plus polyvalente dans sa nature, constituée essentiellement (mais pas seulement), de personnes âgées, atteintes d'affections chroniques déstabilisées (principalement cardiaques, neurologiques ou respiratoires) ou aiguës, et qui ont généralement fait l'objet d'une consultation préalable par le médecin généraliste qui les adresse aux urgences. Il faut y ajouter les urgences psychiatriques, et notamment les intoxications médicamenteuses volontaires, la pathologie liée à l'alcool, les urgences sociales, etc... Ce flux des adultes « non traumatisés » est à l'origine de la plus forte demande en lits d'hospitalisation en aval, proche de 50 % des patients admis [...]. En 10 ans, la population des urgences a beaucoup changé. On est vraiment con, on n'a pas su prévoir le vieillissement de la population ce qui n'était pourtant pas bien complexe ! Cette vieillesse fait qu'il y a plus de malades et donc un besoin accru mais dans le même temps la démographie médicale va commencer à baisser...Les personnes âgées reviennent régulièrement aux urgences, surtout en médecine et dans 50% des cas elles sont hospitalisées⁶⁰.* »

A l'instar de ce professionnel, l'ami médecin qui collaborait parallèlement à la préparation de cette enquête, attirait mon attention lors de nos séances de travail, sur l'intérêt de passer les questionnaires uniquement auprès des « urgences médicales adultes » au regard de la

⁵⁹ Carrasco V., Baubeau D., *op. cit.*, p. 7.

⁶⁰ Entretien semi-directif réalisé en avril 2007 (deux mois avant la passation des questionnaires).

problématique de mon travail. Cette catégorie présente l'avantage, précisait-il, de « concentrer tous les problèmes de PDS, de retard d'accès aux soins, de vieillissement de la population, du manque de structures « médico-sociales » et « médico-psychologiques » adaptées, etc... ». La convergence de ces discours m'a ainsi convaincu de limiter l'enquête à cette population.

Notre échantillon inclut donc les patients « adultes » des urgences c'est-à-dire âgés d'au moins 15 ans et 3 mois et dont la pathologie relevait, pour reprendre le vocable professionnel, de la « médecine »⁶¹, de la « médico-psy » ou encore du « médico-social » :

« Alors ça dépend, le social, c'est souvent un mélange, c'est-à-dire qu'il y a l'alcool, y'a le social, coups et blessures, alors ça peut être du médical... donc tout ça, ça se mélange. Nous on travaille pas mal avec la police, et on se rend compte que l'on se déplace pour une plaie et puis ça devient une plaie parce qu'elle est frappée par son mari. Mais bon faut voir ça. Les enfants on les regarde et ouh là ! C'est limite. Le social et le médical sont un peu intriqués aussi, c'est-à-dire que le social, celui qui est au chômage et qui boit, il a des problèmes médicaux. Euh ! Il y a un mélange des deux, le social pur finalement ça existe pas trop⁶². »

Il convient également de préciser que les patients souffrant d'une « suspicion » d'entorse ou de fracture suite à une chute, sont classés par les professionnels dans la catégorie somatique/médical lorsque celle-ci est liée à un malaise. Ainsi, en dépit de leurs problèmes traumatologiques, ces patients ont été inclus dans mon échantillon.

Enfin, parallèlement à l'élaboration de cette enquête, je collecte auprès de mes « collègues » ambulanciers de nombreux récits d'interventions d'urgence. Je les interroge sur l'origine de l'appel, le type de pathologie, les caractéristiques du patient, les lieux d'intervention, etc... A ce stade de la recherche, mon attention se porte autant sur la problématique de l'engorgement des urgences qui me semble incontournable que sur celle, pour dire vite, d'un « système d'urgence à deux vitesses » (Qui sont les patients des urgences hospitalières ? Qui transporte qui ? Etc.). L'objectif est alors de croiser les informations relatives aux caractéristiques des patients (âge, PCS, logement, pathologie, mutuelle) avec celles du circuit sanitaire emprunté en amont de leur admission dans le service d'urgence public ou privé. C'est au cours de ces observations que l'hypothèse de départ inspirée du travail de Natahalie Bajos s'infléchit progressivement.

⁶¹ Les urgences « médecines » sont distinguées des urgences « traumatologiques ». Quand les ambulanciers arrivent, ils annoncent aux aides-soignants de l'accueil le type d'urgence dont il s'agit : « C'est de la médecine » ; « C'est de la traumato ». Cette distinction n'est pas sans rappeler les représentations des étudiants infirmiers concernant la notion de « malade ».

⁶² Entretien semi-directif réalisé auprès d'un médecin urgentiste effecteur et régulateur à SOS médecin et régulateur au SAMU, octobre 2006.

2.1.3. Un infléchissement de l'hypothèse de départ ?

« - Est-ce que ce les urgences de jour sont les mêmes que celles de nuit ou bien est-ce que la nuit les urgences sont différentes ?

- Les urgences de nuit et de jour ne sont pas les mêmes, la nuit c'est bien souvent plus grave. Le type d'urgence le plus fréquent c'est l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) qui est bien souvent un appel au secours [...]. On fait aussi beaucoup de fractures du fémur, du col du fémur suite à des chutes de personnes âgées dans les maisons de retraite, au lever du jour notamment. Les textes disent que ce type d'intervention doit être médicalisé car au niveau du fémur, il y a de grosses artères qui passent. Mais dans la réalité, ce n'est jamais médicalisé sauf si l'urgence est avérée [...]. Puis ce sont les AVC, OAP, les angines de poitrine, les infarctus [...]⁶³. »

Au fil des récits, je constate que les interventions d'urgence réalisées par les ambulanciers privés, le plus souvent à la demande du SAMU, sont très variées. Ils interviennent aussi bien sur des tentatives de suicides (urgences médico-psychologiques) que sur des chutes ou des problèmes cardio-respiratoires, sans opérer une quelconque sélection des patients. Parallèlement, je saisis l'occasion des rapatriements sanitaires pour interroger des médecins exerçant pour certains à la fois au SAMU et à SOS médecins :

« - Et vous qui travaillez à la fois au 15 et à SOS médecins, est ce que c'est le même type de personnes qui appellent et pour le même type de motif ?

- Oh oui, oui.

- C'est sensiblement le même type de public qui appelle ?

- Oui, oui les deux oui. Y'a pas de différence.

[...]

- D'accord. Quel type de public y at-il aux urgences pré-hospitalières finalement ?

- C'est beaucoup de pédiatrie, c'est très varié. On [SOS médecin] peut passer d'une maison de 500 mètres carrés pour un couple avec un enfant à un boui-boui infâme où ils sont 10 à vivre dedans ! Il n'y a pas de population

- Il n'y a pas de majorité qui se dégage ?

- Non, non parce que ça dépend des jours, ça dépend des gardes. Et puis nous, ça dépend il y a le centre ville. Nous à SOS par exemple quand on est appelé, elles nous donnent en priorité les appels les plus graves et puis après on reste dans le secteur où on est. Alors si on est dans le centre ville, on sait que c'est des gens, centre ville appartement. Et si on est dans l'est, on va dans des zones résidentielles. A C., il n'y a que des maisons et puis après le lendemain on est à St H., on fait quasiment que des CMU enfin c'est ça ! Moi là, souvent c'est 30% à peu près de CMU par exemple. S'il y avait un chiffrage à donner. Ça dépend ! Il y a un mois, ça peut être plus 22% et un mois plus 36% de CMU dans le total du mois. Il y a de plus en plus de gens âgés aussi ! Pédiatrie, il y en a beaucoup. Des gens âgés parce que la population vieillit.

- Ca c'est pour SOS médecins ? Mais au niveau du 18 ou des ambulances privées, c'est pareil ?

- Vous voulez dire quoi, au niveau des transports ?

- Des personnes transportées par les pompiers et les ambulanciers ?

- Je pense qu'il n'y a pas moyen de cibler un public. Ça dépendra des mois, ça dépendra des ... L'été de la canicule, c'était des vieux. Ça dépend des moments de l'année. Bon\$ des allergies, ce sera plus des enfants qui font des bronchiolites, ça dépend et puis d'une semaine à l'autre c'est variable. »

⁶³ Conversation menée dans l'ambulance avec un ambulancier âgé de 35 ans passionné par l'urgence. Extrait de carnet de terrain (février 2007).

Au fil des mois, l'hypothèse provisoire postulant l'existence de deux filières d'accès aux soins d'urgence différenciées socialement s'est trouvée remise en cause. L'analyse documentaire menée conjointement à cette enquête ethnographique est venue par ailleurs confirmer les propos de ces professionnels : il existe une concurrence entre les acteurs pour s'approprier le marché local de l'urgence ce qui structurellement empêche ou tout du moins, limite fortement toute velléité de sélection des patients⁶⁴.

Quelques mois plus tard, un médecin urgentiste qui présente la particularité d'avoir longtemps hésité entre suivre un cursus universitaire de sociologie ou de médecine, me convainc définitivement d'abandonner cette hypothèse : « *Faire une analyse des publics des différents acteurs de l'UPH n'est pas pertinent, il faut faire une analyse globale de la population d'UPH* » affirme-t-il alors au terme de notre conversation. En bref, il était visiblement inutile de chercher à recueillir les statistiques des différents acteurs (SOS médecins, SAMU, Sapeurs-Pompiers), le plus judicieux restant de passer un questionnaire au sein du service d'urgences public. Sur la base de ces informations, j'abandonne l'hypothèse de départ tout en maintenant la problématique initiale. La poursuite de l'enquête de terrain va alors permettre de faire émerger rapidement une nouvelle hypothèse et de donner ainsi un nouvel élan à la recherche.

3. SORTIR DE L'HOPITAL ...

3.1. L'OUVERTURE D'UN SECOND TERRAIN

3.1.1. Saisir relationnellement l'accès aux urgences

La longue présence sur le terrain a fini par faire émerger une nouvelle hypothèse sur l'accès différencié aux urgences. C'est sur la base des propos d'un ambulancier cité précédemment (35 ans, passionné par l'urgence) que l'enquête statistique va prendre une nouvelle direction. Ce jour-là, l'entreprise contacte « notre ambulance » par radio pour une intervention d'urgence à domicile sur la demande d' SOS médecins :

« Mon collègue demande au régulateur : « qu'est-ce que c'est ? ». Il lui répond : « C'est du médical, c'est pour les urgences de la clinique ». Nous traversons la ville avec les bleus et le trois tons pour chaque intersection. Le patient a 88 ans, il réside avec sa femme dans un joli appartement en rez-de-chaussée. Nous le trouvons assis dans un fauteuil. Sa fille est présente. Tous se passe très bien, le patient est en début d'OAP, il a des oedèmes. Nous l'emmenons sans difficulté particulière. A notre arrivée aux urgences de la clinique, nous devons attendre. Agacé, mon collègue me dit alors : « Ca commence à m'énerver d'attendre. Qu'est ce qu'ils sont procéduriers ici. L'autre fois on arrive avec un patient qui vomissait, on leur demande de nous trouver un box s'ils ne veulent

⁶⁴ Cf. chapitre 3.

pas qu'il tapisse tout l'intérieur. On m'a répondu : attendez, je vais chercher la fiche des lits ! Et en plus ils font une sélection ! »

- Ah bon ? Pourquoi tu dis ça ?

- Au téléphone, ils trient les personnes pour savoir si tu es suivi ici, si tu es déjà venu. L'autre fois, on était sur une urgence avec les SMUR. La personne avait un grave problème cardiaque, on était dans la commune d'à côté. Quand le SAMU a téléphoné, les urgences de la clinique ont refusé le patient. Ils leur ont dit de l'emmener sur l'hôpital nord ce à quoi le SMUR a répondu que c'était réservé pour les grosses urgences. Il a ajouté: On sait que vous avez une place alors, dans dix minutes, on est chez vous ! ».

Nous sommes en mars 2007, c'est la seconde fois que je me rends aux urgences de cette clinique privée. La fois précédente, j'avais bien perçu l'existence de pratiques de sélection du public en assistant fortuitement à une scène incluant un médecin urgentiste et une femme accompagnée de son enfant. Néanmoins, même si le comportement du médecin m'était apparu un peu léger, il me semblait que la réorientation vers les urgences pédiatriques du CHU était malgré tout justifiée du fait de l'absence de médecin pédiatre dans la clinique. Cependant, dans le cas présent, rien ne semblait justifier *a priori* le refus de la prise en charge du patient par le service d'urgence privé ce qui m'amène alors à supposer que les pratiques de sélection existent. Toutefois, celles-ci ne s'observent pas au niveau des acteurs qui travaillent en amont des services d'urgence mais au niveau des établissements de soin⁶⁵. Sur la base de ce constat, je décide d'élargir mon enquête statistique aux patients du service d'urgence privé afin de les comparer avec leurs homologues du service d'urgence public. La faiblesse des données statistiques disponibles sur les services d'urgence privés encourageait d'ailleurs une telle démarche :

« Les données proviennent de l'enquête annuelle sur les hôpitaux publics H80 pour les années 1990 à 1993 et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour les années suivantes. Avant 1994, on ne dispose pas de données sur les passages aux urgences dans les établissements privés qu'ils participent ou non au service public hospitalier (hôpitaux PSPH) ou non⁶⁶. »

L'attention publique portée, dans les années 1990, au problème de l'engorgement des services d'urgences hospitaliers explique partiellement, l'absence d'étude consacrée aux services d'urgence privés durant cette période. A partir des années 2000, ils connaissent une augmentation telle de leur activité que les pouvoirs publics vont commander la réalisation d'études visant à mieux connaître le paysage des services d'urgences privés :

« La croissance de l'activité est plus marquée dans le secteur privé au sein duquel l'activité (d'urgence) a augmenté de 40 % depuis 2000, essentiellement dans les cliniques privées sous Objectif Quantifié National. La part de ce secteur dans la prise en charge des urgences est ainsi passée de 6 % en 2000 à 10 % en 2003 (...). Les trois quart de ces services (d'urgence) sont

⁶⁵ En dépit des 28 mois de présence sur le terrain, je n'avais pas encore pensé à cette hypothèse ce qui a posteriori semble pouvoir s'expliquer par la rareté des interventions d'urgences effectuées ayant abouti dans ce service.

⁶⁶ Baubeau D., Deville A., Joubert M. (Drees), Fivaz C., Girard I., Le Laidier S., (CNAMTS, Direction des statistiques et des études), « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », DREES *Etudes et Résultats*, n°72, juillet 2000. p. 3.

publics. Un tiers des UPATOU, qui prennent en charge les cas les moins graves, relèvent du secteur privé, contre seulement 3 % des SAU. La répartition des POSU est plus équilibrée : 21 sont publics et 17 sont privés. Il s'agit cependant de deux types de services très différents : Les POSU du secteur privé sont très spécialisés (en cardiologie, en chirurgie de la main, etc..), avec un volume d'activité relativement faible (moins de 5000 passages par an en moyenne). Au contraire, dans le public, il s'agit en général de POSU pédiatriques, assimilables aux SAU, réalisant en moyenne 26000 passages par an⁶⁷. »

Dans la région enquêtée, cette méconnaissance de l'activité du secteur sanitaire privé a prévalu jusqu'à l'année 2000. Puis, conformément aux orientations du SROS, l'ARH de la Région des Pays de la Loire a délivré entre 2001 et 2005, quatre autorisations de médecine d'urgences pour l'ouverture de structures d'accueil des urgences dans le secteur privé. Quatre cliniques privées étaient concernées dont celle qui héberge le service enquêté⁶⁸ qui a ouvert ses portes en 2004⁶⁹.

Dans le prolongement de la nouvelle hypothèse de travail, je repense à un transport sanitaire d'urgence réalisé quelques mois auparavant à la PASS, située à cent mètres du service d'urgence public visé pour l'enquête statistique. Je reprends alors les notes de terrain rédigées à cette occasion :

« Nous sommes aux urgences, le régulateur nous demande d'intervenir à la PASS. Nous arrivons devant un immeuble situé à deux pas des urgences et dans lequel siègent plusieurs administrations : un CAPS, une PASS, un centre de dépistage, un centre de vaccination pour les « voyageurs, etc... Je découvre les lieux. Mon collègue me dit que lorsqu'il était en stage aux urgences, il a déjà vu le personnel réorienter un patient vers le centre de dépistage. La dame qui nous accueille est aimable, elle nous informe que cela fait deux fois, aujourd'hui, qu'elle fait déplacer une ambulance pour emmener quelqu'un aux urgences. J'apprends que ces transports sont habituellement réalisés par le « garage » (terme employé pour désigner les ambulanciers hospitaliers). Elle les a appelé mais ne pouvant assurer ce transport, le « garage » a appelé notre entreprise. Elle nous dirige vers la PASS. Nous arrivons dans ce qui ressemble fort à un bureau de consultation médical traditionnel. Une jeune femme est assise derrière un bureau. Quand elle se lève, je lis l'étiquette collée sur sa blouse blanche et je découvre qu'elle est interne en médecine. Son patient est un jeune noir d'environ 30 ans, il se tord de douleur à cause d'une hernie. Visiblement, il a attendu toute la journée avant d'être ausculté car il n'avait pas pris de rendez-vous. L'interne s'adresse à lui : « La prochaine fois, prenez un rendez-vous et on verra toutes les autres choses. Sauf si c'est une urgence, alors là vous pouvez venir directement ! ».

Une fois installé dans l'ambulance je lui demande depuis combien de temps il a mal et s'il sait d'où proviennent ces douleurs. Il commence alors à me raconter son histoire : Il est Guinéen, arrivé en France depuis le 15 janvier 2007. Il aurait été violenté par des militaires en Guinée. Ils faisaient une grève pacifique pour changer les choses et ils les ont frappés puis emmenés en prison. Un de ses oncles, une des personnalités les plus importantes du pays, est parvenu à le faire sortir de prison

⁶⁷ Carrasco V., « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », in ADSP, « Urgences et demandes de soins en urgence. Quelle prise en charge ?, n°52, septembre 2005, p. 19.

⁶⁸ Tuffreau F., « Les urgences hospitalières de plus en plus attractives », *Actualité Santé Pays de la Loire*, n°38, décembre 2000, p. 4.

⁶⁹ La même année, la part des passages aux urgences dans le secteur privé atteint 16 % (8 % en 1997, 12 % en 2001). Elle progresse depuis quelques années alors qu'elle se stabilise dans le secteur public. Cette croissance est due essentiellement à l'ouverture de nouveaux services dont 10 au cours de l'année 2004. Carrasco V., « L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passage », *Etudes et Résultats*, n°524, septembre 2006, DREES, p. 4.

à 3h00 du matin et à s'arranger avec un commerçant pour qu'il quitte le pays. « Il est méchant le commerçant » me dit-il, parce qu'il l'a laissé en France sans rien lui expliquer. Aux urgences, il était attendu, l'admission était déjà faite, il a été pris en charge directement⁷⁰.

A la lumière de ces données, l'hypothèse de travail évolue encore : une troisième filière d'accès aux soins d'urgence se dessine, celle d' « assistance socio-médicale » pour paraphraser Isabelle Parizot (2003). Composée de structures hospitalières et d'associations humanitaires (Médecins du Monde, etc...) elle est spécialisée dans la prise en charge sanitaire des patients les plus précaires (sans couverture sanitaire, AME, sans domiciles, etc...). Pour vérifier cette hypothèse, c'est sans grande difficulté que je me procure le rapport d'activité de l'association MDM⁷¹ et les études réalisées sur la PASS afin de comparer leurs statistiques aux résultats des deux enquêtes par questionnaire qu'il me restait à mener.

Toutefois, une telle enquête était-elle réalisable ? A ce stade de la recherche, je n'avais en effet toujours pas obtenu l'autorisation de passer les questionnaires dans les services. Après avoir essuyé un refus de la surveillante en chef du service d'urgence public, je prévoyais de m'adresser directement au chef de service. Quant aux urgences privées, il me fallait exploiter le réseau social tissé depuis plusieurs années pour convaincre l'établissement d'ouvrir ses portes.

3.1.2. L'entrée dans les services : de l'ambulancière à la sociologue

Les services d'urgence publics sont réputés faciles d'accès pour les chercheurs en particulier lorsqu'ils ont le statut d'étudiant. Certes, la surveillante en chef avait opposé une fin de non-recevoir à ma demande mais je pouvais encore m'adresser à son supérieur hiérarchique, le chef du service lui-même. Malgré tout, une ombre persistait. Pouvait-il aller à l'encontre de la décision de sa collègue ?

Etant en contact permanent avec le terrain, je profite de mon statut d'ambulancière pour discuter de mon projet d'enquête avec le personnel de l'accueil des urgences publiques. Ce jour-là, un aide-soignant d'accueil m'interpelle : « Alors vous avez du boulot ? ». Après quelques échanges, je lui explique mon projet de passer un questionnaire auprès des patients :

*« - A qui dois-je m'adresser selon toi ?
Aide-soignant- A la surveillante en chef ».*

⁷⁰ Journal de terrain, février 2007.

⁷¹ Je les ai contactés par mail et ils ont été très réactifs.

Au détour de cette conversation, j'apprends que la surveillante ayant refusé mon « stage » a quitté le service depuis peu. L'infirmier se joint à nous, mon projet ne le surprend guère, il paraît même plutôt intéressé : « Il y a très peu de vraies urgences qui arrivent ici. C'est rare ! ».

Cet échange, aussi bref soit-il, comporte deux informations importantes : d'une part, le personnel confirme implicitement qu'il est possible de passer un questionnaire auprès des patients des urgences ; et d'autre part, la surveillante étant partie, je pouvais m'adresser directement au chef du service des urgences sans craindre un refus motivé pour des raisons de politique interne. Je lui envoie un mail, dès le lendemain, dans lequel j'explique ma démarche et mes intentions de recherche. Il répond immédiatement et nous convenons d'un rendez-vous dans son bureau quelques jours plus tard.

Au cours de cette entrevue, je lui expose mon questionnaire qu'il qualifiera d' « ambitieux ». Je précise que je souhaite saisir les caractéristiques des patients des urgences ainsi que les modalités de leur venue dans le service. Je n'évoque pas mon projet de comparaison avec le service d'urgence privé pour deux raisons : premièrement, je ne connais pas exactement l'état de leurs relations et deuxièmement, je ne suis pas certaine de pouvoir concrétiser cette idée d'enquête. Il est très intéressé par mon projet mais il tient à formuler quelques remarques préalables pour s'assurer de mes intentions :

« Surtout ne pas colporter l'idée que les gens viennent aux urgences pour rien ! Il n'y a pas qu'une « mécanique infernale » pour expliquer l'augmentation exponentielle du nombre d'entrées aux urgences ces dernières années, mais il y a de multiples facteurs [...]. Déjà aujourd'hui, tous les médecins confondus, spécialistes et généralistes, chacun a beaucoup de travail et ils ne peuvent plus et ne veulent plus faire du non programmé. On ne peut, par ailleurs, pas demander aux patients de réaliser leur auto-diagnostic car ils ne peuvent pas juger de la gravité d'un problème de santé : une douleur abdominale ne relève pas de l'urgence s'il s'agit d'une constipation ou d'une gastro-entérite mais elle peut en être une si il s'agit d'une occlusion ou d'une appendicite. On ne peut juger de la gravité a priori sans examen médical⁷². »

Son discours reste centré sur la problématique de l'engorgement des services d'urgence et la question des « fausses urgences ». De plus, conformément aux propos recueillis par d'autres sociologues (Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., Danet) auprès de médecins urgentistes chef de service ou non, l'enquêté récuse la notion de « fausse urgence » :

« Les responsables médicaux, que sont le chef du département et le responsable du service des urgences, disent que toute personne se présentant à l'accueil des urgences doit être examinée par un médecin. Ils mettent en avant leur responsabilité médico-légale, et l'incertitude qui entoure l'art médical : il est impossible de savoir si le patient a un problème de santé grave si on ne l'a pas au

⁷² Vassy C., « Vraies et fausses urgences : comment trier les usagers ? », in Cresson G., Schweyer F-X., *op. cit.*, p. 193-212.

préalable examiné au cours d'une consultation en bonne et due forme. En tant que responsable du service, on peut supposer qu'ils sont aussi garants d'un certain volume d'activité du service⁷³».

Rejoignant les analyses de ces auteurs, il nous semble que ce discours sert à légitimer une demande de moyens toujours accrue dans ces services qui ont vu, ces dernières années, leur position se renforcer dans l'organisation hospitalière. Les propos de ce médecin urgentiste (SOS médecin) rencontré à l'occasion d'un « poste de secours »⁷⁴ vont également dans ce sens :

« Tout en parlant, il consulte un numéro d'une revue locale portant sur la réforme hospitalière et les positions du CHU enquêté. Il lit notamment une brève interview du chef du service des urgences : « Cette année on a fait 90 000 entrées pour un bâtiment qui ne peut accueillir que 60 000 normalement. Les urgences sont utilisées aujourd'hui comme une façon d'entrer dans le système de soins ». Ce médecin commente alors : « Oui mais eux c'est pareil, plus ils font d'entrée mieux c'est pour eux ! Ca fait bien de dire qu'on a fait 90 000 entrées⁷⁵. »

Après une demi-heure d'entretien, le chef des urgences accepte mon projet à condition, dit-il, que je passe moi-même le questionnaire. Il y a déjà beaucoup d'enquêtes d'étudiants internes en cours, précise-t-il, et le personnel n'aura de toute façon pas matériellement le temps de le remplir : « *Vous enfilez une blouse blanche et vous passez le questionnaire dans le service. En plus, ça vous permettra d'observer comment ça se passe et les internes seront ravis de vous filer un coup de main* ». Le premier sésame était obtenu, il me fallait désormais trouver un moyen d'obtenir l'autorisation d'enquêter le service d'urgence privé et pour ce faire, j'avais une piste.

Les cliniques privées sont connues par les chercheurs et les journalistes pour être beaucoup plus difficiles d'accès mais là encore, l'immersion ethnographique de longue durée allait m'offrir une aide décisive. Parmi l'ensemble des contacts noués au cours de l'enquête, je disposais des coordonnées d'un médecin urgentiste ayant travaillé au service d'urgence de la clinique en question. Trois mois auparavant en effet, à l'occasion d'un rapatriement sanitaire, nous avions échangé durant quelques heures sur nos activités respectives. A l'issue de cette journée, ce médecin avait insisté pour me laisser ses coordonnées dans le cas où j'aurai besoin de son aide. Il était très intéressé par mon travail et ce, d'autant plus avait-il précisé, qu'il avait fait deux ans de

⁷³ Vassy C., *op. cit.*, p. 193-212. Cette contribution est issue de l'enquête collective qui a donné lieu au rapport déjà cité : Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., Boissonnat V., « La question sociale à l'hôpital. Urgence et précarité en Seine Saint Denis », CRESPI (éditeur), collection *Les rapports d'étude du CRESPI*, 2001/06, 320 p.

⁷⁴ Il s'agissait d'un poste de secours mis en place par l'association de la Croix-Rouge française à l'occasion d'une grande manifestation publique. SOS Médecins assurait la médicalisation de ce poste tandis qu'avec mon collègue, on assurait le transport des "victimes".

⁷⁵ SOS Médecins. Effecteur et régulateur au SAMU (journal de terrain, juin 2009). Le même discours m'a été tenu par le directeur de l'EHESP à l'occasion de la présentation de mon travail de recherche dans l'un de leur séminaire : « Les urgentistes hospitaliers ont tout intérêt à voir le nombre d'entrée augmenter ou se maintenir à un haut niveau ». Entretien informel, le 23-02-2009 à l'EHESP. Mon intervention était intitulée : *Regard sociologique sur le système d'urgence sanitaire français*, Séminaire du lundi, EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), le 3 février 2009, Rennes.

sociologie avant d'opter, non sans hésitation, pour la filière médicale. Le jour venu, il accepta immédiatement de me prêter son concours en intercédant en ma faveur auprès du médecin en chef des urgences privées. Peu de temps après, j'obtiens un rendez-vous avec ce médecin durant lequel je prends le parti de taire une partie de mes objectifs de recherche, préférant insister sur l'intérêt pour leur service, de mieux connaître leurs patients : d'où viennent-ils ? Pour quelles raisons ? Qui les a orienté ? Elle est favorable à l'enquête sur le principe mais elle doit en référer à sa hiérarchie qui reste la seule décisionnaire. Quelques jours plus tard, j'obtiens l'autorisation de passer le questionnaire dans ce service à condition de rédiger un rapport d'enquête pour la clinique⁷⁶.

4. A L'AISE DANS LE SERVICE : L'ENQUETE EN BLOUSE BLANCHE

4.1. UNE PASSATION FACILITEE PAR L'ACQUISITION D'UNE DOUBLE COMPETENCE PRATIQUE : SOCIOLOGUE ET AMBULANCIERE

En accord avec le professeur en charge du service des urgences publiques, je prévois de débiter la passation du questionnaire le 6 juin 2007. Au cours de ce rendez-vous, j'explique également que pour une question de méthodologie, il me faut tester le questionnaire avant cette date. Il me donne immédiatement son aval en précisant qu'il préviendra l'ensemble du personnel des urgences *via* une note de service et il m'invite à contacter le médecin responsable du secteur des « urgences médicales adultes ». Le jour même, j'envoie un mail au médecin en question dans lequel j'explique l'objectif et le protocole de l'enquête que je souhaite mener sur les patients de son secteur avec l'accord du Chef de service. Nous fixons rapidement une date pour le test du questionnaire.

Le 15 mai 2007, je me présente à son bureau où nous discutons quelques minutes avant de rejoindre l'accueil des urgences. Elle m'introduit auprès du personnel de l'accueil qui avait été informé de ma venue *via* la note de service rédigée par le responsable du service d'urgence. Les présentations étant faites, la responsable du secteur médical me « confie » à son personnel tout en m'invitant à venir la voir en cas de problème.

⁷⁶ S. Morel, « Comparaison statistique des patients des urgences médicales publiques et privées. Pratiques d'appel, motifs de recours, trajectoire sanitaire d'urgence et profil socio-démographique », Mars 2008. L'enquête nuit ne sera pas exploitée statistiquement ici faute de comparaison avec la clinique. Un médecin de ce service m'a en effet expliqué qu'il serait peu bénéfique pour moi de réaliser une telle enquête la nuit car les entrées sont très faibles. Informations vérifiées par la suite. En revanche, les observations réalisées lors de ces nuits passées au service d'urgence public seront mobilisées dans le prochain chapitre visant à caractériser les deux lieux d'enquête.

4.1.1. Endosser un rôle : aide-soignante pour enquêter

J'ai apporté une quinzaine de questionnaires que je dépose dans ce qu'ils appellent « l'aquarium ». Je découvre alors cet espace entièrement vitré d'environ 6 mètres carrés situé entre les bureaux administratifs et la salle de tri du service d'urgence dont l'entrée est contrôlée au moyen d'un interrupteur commandant l'ouverture de la porte vitrée. Au cours de mes allées et venues en ambulance, j'avais d'ailleurs été surprise que certains de mes collègues s'autorisent à utiliser cette commande pourtant située à l'intérieur de l' « aquarium », sans être inquiétés par le personnel. J'apprendrai par la suite qu'au cours de leur formation, les ambulanciers réalisent un stage de deux semaines au sein de ce service d'urgences et que, de ce fait, ils en connaissent dans une certaine mesure, les codes, les rites et les coulisses.

De « l'aquarium », l'observateur dispose d'un point de vue panoramique sur le service d'urgence : en face, on peut observer le parking où défilent les SMUR, les VSAB, les ASSU, la Police et les voitures particulières. Puis, le hall des urgences par lequel entrent ces différents professionnels en charge ou non d'une victime, d'un patient, d'un prévenu. A l'arrière de l'aquarium, on observe la salle de tri du service dans laquelle des patients attendent allongés sur un brancard ou assis sur une chaise, d'être interrogés par l'infirmière d'accueil et d'orientation. L' « IAO » a pour fonction de repérer les cas les plus urgents devant être vus dans les délais rapides, les cas les moins urgents pouvant attendre un peu et les cas non urgents devant être réorientés. Dans la pratique, les patients vus par l'IAO ont déjà fait l'objet d'un premier tri par les aides-soignants de l'accueil qui les « mettent en ordre ». Il est 9h15, il y a peu de patients dans la salle de tri et peu d'entrées dans le service, un calme propice pour mener quelques échanges avec les infirmiers et les aides-soignants. Ils sont tous très prévenants, l'infirmier me conseille de me placer à son niveau tout en ajoutant : « Ton questionnaire me parle ». Une ambulance privée arrive avec un patient ayant tenté de mettre fin à ses jours en ingérant des médicaments. Une « IMV » comme ils disent : Intoxication médicamenteuse volontaire. Je me contente d'observer la scène sans passer de questionnaire. Je souhaite prendre le temps de m'approprier les lieux et de m'imprégner de l'ambiance pour définir *in fine* la position (physique et « morale ») la plus adaptée pour la passation des questionnaires. Les aides-soignants reçoivent alors un appel les prévenant d'un malaise survenu dans le hall du « rez-de-chaussée-haut » de l'hôpital. Le service d'urgence se situe au « rez-de-chaussée-bas », il leur faut prendre les ascenseurs. Un des aides-soignants prend un brancard, se tourne vers moi et me demande si je souhaite les accompagner. J'accepte de quitter momentanément le lieu de l'enquête pour leur prêter main forte. Ils connaissent pour certains mon statut d'ambulancière et il serait malvenu de refuser mon concours

d'autant que je sollicite leur collaboration pour l'enquête. De retour dans la salle de tri, je constate à l'observation de la couleur des dossiers qu'il y a davantage de patients de « médecine » que de « traumatologie »⁷⁷.

Prévenu par le SAMU, l'infirmier attend la venue d'un patient dont le médecin a semble-t-il, détecté un grave problème de santé. Quarante-cinq minutes plus tard, des ambulanciers arrivent avec ce patient qui semble surpris de se retrouver aux urgences. Les ambulanciers le transfèrent sur un brancard du service et repartent aussitôt. « Bonjour », « Au-revoir », c'est tout ce qu'ils diront. Ce comportement suscite l'indignation de l'infirmier qui attendait de ces professionnels, un « bilan » car d'après le peu d'informations qu'il détenait, ce patient constituait potentiellement une urgence vitale : *« C'est vraiment que des transporteurs ces ambulanciers ! Ils n'ont même pas ouvert la lettre du médecin. Comment peut-on transporter quelqu'un sans se préoccuper de ce qu'il a... d'autant plus qu'ils l'amènent aux urgences »*. Plus tard, un jeune d'une trentaine d'années d'origine maghrébine se présente au service pour un problème relevant du secteur médical. L'aide-soignant de l'accueil l'invite à s'asseoir dans la salle de tri afin de patienter. Plus d'une heure après, l'infirmier vient vers lui : « Vous prenez un traitement ? ». Le jeune homme qui était resté muet jusqu'à présent répond : « Du subutex⁷⁸ depuis 7 ans ». Un aide-soignant se dirige alors vers moi et me raconte qu'il n'est pas rare que des patients arrivent aux urgences par leurs propres moyens suite à un rendez-vous avec leur médecin qui les oriente ici pour une radio ou une phlébite. Pour ce dernier cas, il ajoute, *« les gens arrivent sur leurs deux jambes aux urgences alors que normalement c'est allongé strict »*, accusant ainsi implicitement les médecins de ville, de se décharger de ce type de pathologie sur les services d'urgence⁷⁹. Un homme d'environ 55 ans arrive. Il m'est difficile de lui donner un âge tant son visage est marqué. Il a une barbe de plusieurs semaines et ses vêtements n'ont visiblement pas connu de lave-linge depuis un certain temps. On l'installe sur un brancard, l'infirmier tente comme à l'habitude de cerner le problème clinique en le questionnant sur ses

⁷⁷ Les dossiers « médecine » sont de couleur jaune et ceux de traumatologie de couleur bleu.

⁷⁸ Le Subutex (ou buprénorphine) est un « traitement substitutif de pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique ». Source : Doctissimo.fr

⁷⁹ La phlébite se manifeste généralement par une jambe gonflée (oedème). Il s'agit de la formation d'un caillot de sang dans une veine. Lorsque l'organisme ne parvient pas à le détruire, il peut s'étendre vers la cuisse, il y a alors un risque important d'embolie pulmonaire. Dans ce cas, la consigne est d'éviter toute marche afin d'empêcher le caillot de remonter vers le cœur.

antécédents médicaux. Puis, il ajoute : « Vous n'avez pas le moral ? ». L'homme lui répond immédiatement « non » et commence à se livrer. La solitude lui pèse. L'infirmier lui demande alors : « Vous vivez seul ? ». Et le patient répond : « Oui, depuis trop longtemps ». Cette scène témoigne du rôle social des urgences et surtout, de l'attention que porte le soignant non pas seulement à l'histoire sanitaire du patient mais également à son histoire sociale, lorsqu'il sent que ce dernier souffre de dépression.

A ce stade de la journée, je n'ai passé aucun questionnaire. Il est manifeste que même après plusieurs heures d'observation, je ne parviens pas à franchir le pas car je ne me sens pas légitime à poser des questions aux patients sur leur trajectoire sanitaire. Le fait de ne pas porter de blouse blanche comme lorsque j'endosse le rôle d'ambulancière, me paralyse, un détail que je n'avais étrangement pas prévu. En effet, j'étais toujours entrée dans ce lieu en tant qu'ambulancière et donc en uniforme ce qui fait que je ne m'étais jamais posée de question à ce propos. Face à ce constat, je tente de me procurer en vain une blouse auprès des aides-soignants alors je me rends dans le bureau de la responsable qui m'avait conseillé de la contacter en cas de problème. Sans aucune hésitation, elle accepte de me prêter une de ses blouses pour le reste de la journée. Je repars vers le service avec la ferme intention de passer un questionnaire sur le prochain patient. J'enfile la tenue symbolique et je dis au personnel : « Le prochain, je le prends ». La situation ne tarde pas à se présenter et la passation se transforme alors en un véritable pari car au même moment, les sapeurs-pompiers arrivent avec un patient alcoolisé. Les aides-soignants de l'accueil sourient, ils se demandent tous comment je vais m'y prendre pour obtenir mes réponses. Je souris également : « Je tiens le pari ». Il se trouve que durant mes quelques heures d'observation, j'avais pu constater que le personnel de l'accueil des urgences était systématiquement prévenu par facsimilé, de l'arrivée de tous les patients ayant fait l'objet d'une orientation par le SAMU, ce qui était le cas pour ce patient. Le fax était situé dans l'aquarium ce qui me permettait d'y avoir aisément accès. Ce document contient de nombreuses informations : l'âge, le type de logement, le lieu d'intervention, le moyen de transport, le type de pathologie et parfois même le métier, etc. Dans ce cadre, j'avais la possibilité de pré-remplir le questionnaire avant même l'arrivée du patient. Confrontée au cas de ce patient alcoolisé, je me rendis compte que ce facsimilé me permettrait à l'avenir non seulement, de faciliter la passation dans les périodes de grande affluence ; mais également, de remplir une grande partie de mon questionnaire même dans le cas où les patients ne seraient pas en état de me répondre. Concernant le fameux « pari », après une première tentative qui me permet de recueillir quelques informations, je décide d'attendre qu'il dégrise pour obtenir des réponses plus compréhensives et cohérentes. En

attendant son réveil, je poursuis l'observation avec toujours la même question en tête pour chaque patient : si je devais passer le questionnaire, comment est-ce-que je m'y prendrais avec ce patient ? Est-ce-que j'arriverais à obtenir toutes les réponses ? Dois-je me placer auprès de l'infirmier comme il me l'a conseillé ? De cette façon, je construis progressivement mes repères pour la passation : pré-remplissage du questionnaire *via* le facsimilé, position dans le service, temps disponible pour la passation, etc...

La fin de la journée approche, le patient alcoolisé est toujours endormi alors je renonce à lui poser les dernières questions. Pour autant, ce type de patient étant minoritaire dans le service, je reste plutôt confiante pour le mois de juin. Les observations menées ce jour jointes à mon expérience d'ambulancière et à la bienveillance du personnel, me donnent en effet bon espoir de mener à bien cette enquête. Je note également que la blouse constituera un instrument indispensable pour la passation du questionnaire et ce pour deux raisons : d'une part, pour me sentir légitime à interroger les patients dans ce contexte et d'autre part, pour obtenir l'accord des patients qui se confieront à mon sens, plus facilement à une « blouse blanche »⁸⁰.

Avant de partir, je remercie le personnel pour son accueil et le prévient de mon retour dans le service pour le 6 juin, soit trois semaines plus tard. Je me dirige ensuite vers le bureau de la responsable des urgences « médicales » pour lui remettre comme promis sa blouse blanche.

Dans les lignes qui suivent, nous allons livrer au lecteur les informations relatives à la méthodologie de l'enquête : Où étais-je positionnée dans le service ? Quelles ont été les modalités d'approche des patients ? Quels rapports ai-je entretenus avec le personnel ? De quelles stratégies ai-je usé face aux obstacles du terrain, etc.. ? Autant d'informations qui permettront au lecteur d'appréhender la qualité des matériaux recueillis lors de cette enquête et par suite de l'analyse qui en découle⁸¹.

4.1.2. Aux urgences publiques : l'ambulancière « au secours » de la sociologue

La veille de la première journée d'enquête, j'ai rendu visite au personnel du service d'urgence public afin de lui rappeler ma venue du lendemain. Cette démarche visait à préparer le terrain et

⁸⁰ Ce rôle symbolique de la blouse blanche a été repéré par d'autres: « *Revêtu de la symbolique blouse blanche, il m'est arrivé de me faire tutoyer par de parfaits inconnus qui, lisant mon nom sur elle, me disaient avec un grand sourire : « Nicolas, dis-moi ce dont tu as besoin » et me donnaient effectivement les renseignements demandés, pourvu que ce soit rapide. Dépourvue de ce signe d'appartenance, je me suis heurtée à des refus revêches et anonymes de personnels de l'hôpital qui ne reconnaissaient soudain plus une personne qu'ils saluaient pourtant régulièrement quand habillée en blanc.* » Belorgey N., *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, La Découverte, série « Enquêtes de terrain », Paris, 2010, p. 210.

⁸¹ Le reste des observations collectées lors de la passation seront mises à profit dans le chapitre suivant.

plus précisément, à créer les conditions d'enquête les plus favorables possibles à la passation du questionnaire. Il me semblait en effet, que cette attention permettrait de manifester mon respect envers le personnel qui serait, de fait, plus prompt à collaborer. Les quelques mots échangés avec l'infirmière sur l'intérêt de cette enquête semblaient me donner raison. Son accueil fut favorable, elle se montra intéressée par mon travail et me confia qu'elle aurait même (elle aussi) aimé « faire socio ».

Le lendemain, j'arrive vers 7h30. Je souhaite prendre le temps de me présenter aux membres du personnel qui ne me connaissent pas encore et d'organiser mon espace de travail dans « l'aquarium ». A ma demande, l'infirmier explique qu'il existe quatre priorités différentes en urgence, chacune se définissant en fonction du temps d'attente estimé par le soignant : « *La priorité 1 : c'est les arrêts cardiaques, amputation...c'est du vital, la personne ne doit pas attendre* ». Un autre infirmier précisera, quelques jours plus tard, que la douleur est un critère déterminant pour l'entrée dans le service : « *tout ce qui est douleur supérieure à 8, c'est rouge. Les douleurs ça n'attend pas.* » L'urgence de niveau 2 doit être traitée « *dans les 20 minutes* », la priorité 3 « *dans l'heure* » et le niveau 4, « *Le lendemain c'est pas grave. Ils ne devraient pas être là* ». A ces différents niveaux correspondent des couleurs qui sont respectivement le rouge, l'orange, le jaune et le vert.

Dans l'aquarium, un écran d'ordinateur permet de visionner un schéma du service d'urgence qui informe le personnel, en temps réel, de l'état d'occupation des boxes. A l'intérieur de chaque case colorée symbolisant les boxes, on peut lire le nom du patient et connaître le niveau de priorité associé. De cette façon, le personnel peut suivre chaque patient et, le cas échéant, diriger les proches vers le box correspondant.

L'enquête s'est déroulée au niveau de la salle de tri, lieu où les transporteurs déchargent les patients et transmettent les informations « médicales » à l'aide-soignant (plus rarement à l'infirmière). A cette étape de la prise en charge, plusieurs patients attendent généralement d'être examinés par l'infirmière d'accueil et d'orientation (I.A.O.). C'est ce moment d'attente que j'ai choisi pour les interroger puisque de cette façon, non seulement je ne gêrais pas le travail du personnel mais je disposais aussi, d'un temps suffisant pour passer le questionnaire.

Vers 16h50, un jeune homme arrive dans le service accompagné de policiers. Il est très agité et il ne faudra pas moins de quatre policiers et trois ambulanciers pour le maîtriser. A cet instant, il m'est alors impossible de le questionner : il est fortement alcoolisé et vomit des médicaments

bleus. Selon les policiers : « C'est un mauvais trip », « un mauvais truc qui traîne ». Il a déjà été suivi en psychiatrie. La mère du jeune homme arrive peu de temps après, elle précise à l'infirmier qu'il a bu une bouteille de rhum, ce à quoi il répond : « Vous en parlerez au psychiatre ». En dépit du stress de la mère de ce patient, je parviens à établir le contact pour compléter le questionnaire que j'avais pré-rempli à l'aide du facsimilé. Je me suis alors rendue compte *a posteriori* que l'habitude du port de la blouse jointe au savoir faire relationnel acquis au cours de mon travail en ambulance, avaient largement facilité cette passation. Sans cela, je ne pense pas en effet, que j'aurais osé approcher cette personne pour faire une enquête qui, dans ce genre de situation, apparaît très secondaire voire dérisoire. A l'issue de cette expérience, je constate aussi qu'il me faudra si possible, interroger la famille ou les amis à chaque fois que le patient sera dans l'incapacité de s'exprimer.

Vers 19h30, je suis confrontée à une difficulté d'un autre ordre. Les sapeurs-pompiers arrivent avec un jeune patient sous ventilation artificielle et entrent directement dans les boxes avec l'un des membres de la famille. Je consulte la « fiche SAMU » arrivée par fax peu de temps auparavant. Je peux y lire l'âge, le sexe, le lieu d'intervention, le domicile, le type « d'appelant », le motif d'intervention, le type d'acteur l'ayant orienté vers le service d'urgence et le type de pathologie :

« Appel d'un particulier ; Notes : Chute d'un camion, inest⁸², ronfle ; VSAB déclenché par le 15, SMUR ; Alcoolisé, plaie face-arcade, plaie nasale, trauma crânien. »

Etant dans l'impossibilité d'obtenir les renseignements de sécurité sociale et plus généralement, les informations ayant trait au talon sociologique, je constate que je ne pourrai pas saisir les « urgences vitales » de façon satisfaisante. Pour contrôler ce biais, je décide de consigner systématiquement sur mon carnet, l'ensemble des informations relatives à ce type d'urgence qui reste néanmoins minoritaire au regard de l'ensemble des urgences prises en charge dans ce service :

« Trois urgences vitales sur 47 questionnaires le second jour de passation. Elles sont arrivées par les sapeurs-pompiers et le SMUR. Ils sont parfois allés directement « au bloc ». Les patients sont tous âgés de plus de 50 ans.

Le 20/06 : 9h50, un SMUR arrive avec un patient d'environ 35 ans, l'équipe se dirige directement vers les boxes accompagnée des sapeurs-pompiers.

Le 23/06 : le Samu 22 arrive avec un patient. Ils l'emmènent directement dans les boxes.⁸³ »

⁸² Inconscient

⁸³ Extrait de carnet de terrain, juin 2007.

Au terme de la première journée de passation, je constate qu'il me faut renoncer au volet médical du questionnaire (état du patient et son devenir dans le service). Compte tenu de l'affluence des patients, il m'est en effet difficile de m'absenter quelques minutes du poste de passation des questionnaires⁸⁴ pour aller interroger les médecins dans les salles de soins, sans risquer de « perdre » des patients⁸⁵. Je dois également renoncer à l'idée d'interroger les médecins à l'issue des douze heures de passation car la charge de travail des soignants ajoutée au fait que les équipes tournent toutes les huit heures, rend la tâche complexe. Enfin, ayant décidé d'interroger le patient seule c'est-à-dire en ne restant pas aux côtés de l'infirmière au moment de son interrogatoire, il m'est impossible dans un premier temps, de renseigner la question relative à la cotation du patient (niveau de gravité de l'urgence). Aussi, pour pouvoir suivre l'enquête sur l'ordinateur soit, je colle l'une de ses « étiquettes »⁸⁶ sur le questionnaire correspondant ou bien, je reporte son nom pour renseigner la cotation une fois celle-ci validée par le médecin⁸⁷.

Une analyse *a posteriori* de cette enquête révèle que ma connaissance du milieu ambulancier a largement facilité le bon déroulement de la passation des questionnaires en favorisant notamment, l'abord de ces professionnels lorsque des informations concernant un patient venaient à manquer. Prenons l'exemple des ambulanciers privés qui, chargés de faire l'entrée administrative des patients, m'ont régulièrement aidé à compléter le « talon sociologique » du questionnaire ainsi qu'à renseigner les questions portant sur les circonstances et les motifs de l'arrivée du patient. Leur collaboration fut décisive dans les cas de grande affluence de patients mais aussi et surtout, lorsque l'état des patients (« psy », alcoolisés, détresse vitale, etc...) empêchait tout interrogatoire.

⁸⁴ En période de grande affluence, le risque était grand de passer à côté d'un patient. Pour contrôler d'éventuelles « pertes », je comparais systématiquement le nombre de questionnaires avec le nombre d'entrée « médecine » indiquées sur l'ordinateur de l'aquarium.

⁸⁵ L'espace de soins est, en effet, séparé de la salle de tri par une porte automatique dont l'ouverture est contrôlée par des badges. Il est divisé en deux parties, les « boxes traumatisme » d'un côté et les « boxes médecine » de l'autre pour reprendre le langage professionnel. On y observe un incessant va et vient d'aides-soignants, de médecins et d'infirmiers qui travaillent sous les yeux des proches et des patients qui attendent dans le couloir allongés sur le brancard. Cet espace ne sera pas décrit plus en avant ici, puisqu'il n'a pas fait l'objet d'observations lors de la passation des questionnaires. Je devais en effet rester en permanence au niveau de l'accueil pour interroger tous les patients « médecine » admis dans le service. Cette position m'a toutefois permis de collecter des données sur le quotidien de ce lieu d'interface entre la ville et l'hôpital, de rencontres entre divers publics que représente l'accueil des urgences.

⁸⁶ Ces étiquettes sont éditées par la secrétaire administrative à l'occasion de la constitution du dossier du patient. Elles contiennent les informations suivantes : nom, prénom, heure d'arrivée, sexe, date de naissance et deux numéros à 9 chiffres. Elles sont collées sur les perfusions, les affaires du patient (sac, chaussures), etc...

⁸⁷ L'infirmière d'accueil et d'orientation donne un premier avis sur le niveau de gravité. Ensuite, le médecin confirme ou non le diagnostic posé par l'infirmière.

Cette familiarité avec le terrain m'a également permis de ne pas dénoter dans le paysage des urgences en adoptant une attitude conforme à ce qu'on attend du personnel de ce service. Au fil des jours d'ailleurs, l'équipe me sollicitait de plus en plus pour accueillir, diriger et admettre un patient allant même jusqu'à me demander de poser une attelle sur un patient, chose que j'ai refusée en leur rappelant que je n'y étais pas autorisée.

Enfin, les patients ont tous, sans exception, accepté de répondre à mes questions même si j'ai pu noter à quelques reprises des hésitations de la part notamment de trois patients : un enseignant⁸⁸, une diplomate et un ancien directeur d'hôpital. Pour les patients qui n'étaient pas en état de répondre, je lisais le fax du SAMU sur lequel sont indiquées les informations relatives à l'intervention des secours : heure, lieu, type de transporteur, présence d'un médecin généraliste, qui appelle et le motif. Ces faxes me permettaient de pré-remplir les questionnaires et de n'avoir, par la suite, que deux ou trois questions à poser au patient (ou à l'accompagnant⁸⁹), ce qui fut très utile dans les moments de grande affluence.

Ainsi, l'exploitation des « ficelles du métier⁹⁰ » d'ambulancier m'a permis de lever les nombreux obstacles inhérents à ce type d'enquête : les services d'urgences publics qui, de surcroît connaissent une forte affluence de patients accueillent, en effet, des malades dont l'état somatique et/ou psychologique empêche parfois, tout interrogatoire. Malgré tout, nous sommes parvenus à saisir l'ensemble des patients (urgences médicales adultes) arrivés dans ce service durant la période de l'enquête dont le nombre s'élève à 215⁹¹. Cet échantillon peut apparaître relativement modeste mais cette limite de l'enquête statistique est, comme nous le verrons, largement compensée par les données qualitatives recueillies à différents niveaux d'observation soit, sur le terrain en ambulances à l'occasion des interventions d'urgence ou bien, lors de la passation du questionnaire.

Contrastant avec les difficultés rencontrées aux urgences publiques, les conditions d'enquête au service d'urgence de la clinique se sont avérées beaucoup plus favorables car, non seulement, l'afflux de patients est moindre mais surtout, leur état socio-pathologique permettait l'interrogatoire.

⁸⁸ Un médecin urgentiste me dit un jour que pour eux, les pires patients sont les « MGEN », désignant ainsi ces patients par le nom de leur mutuelle.

⁸⁹ Membre de la famille, amis, assistante sociale ou, le cas échéant, aux transporteurs (ambulanciers et sapeurs-pompiers).

⁹⁰ Becker H., *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte, 2002.

⁹¹ L'enquête nuit comprend 105 questionnaires. Dans ce travail, elle ne sera pas exploitée statistiquement mais qualitativement (cf. chapitre 6).

4.1.3. Des conditions d'enquête « idéales » au service d'urgence privé

Le service d'urgence de la clinique est beaucoup moins spacieux que son homologue du public. Les particuliers et les professionnels (ambulanciers, sapeurs-pompiers) entrent par une porte automatique vitrée qui s'ouvre directement sur l'espace accueil du service. Pas de grand hall ni de salle de tri, juste un espace exigu où les professionnels peuvent patienter avec les brancards le temps de « faire l'admission » ainsi que les « transferts » de patients. La fonction d'accueil est assurée par des aides-soignantes qui contrairement au service d'urgence public sont toutes de sexe féminin. Elles négocient entre elles pour assurer, à tour de rôle, cette fonction « administrative » qu'elles assument avec plus ou moins d'entrain préférant bien souvent le travail de soin. La salle d'attente et les boxes s'organisent autour de cet espace d'accueil où les médecins travaillent aux côtés des infirmières, des aides-soignantes et de l'agent administratif du service. Ce dernier relève hiérarchiquement non pas des urgences mais du service "admission" de la clinique et, plus précisément, de la partie comptable. Pour l'enquête, je me suis placée entre l'aide-soignante d'accueil et l'agent administratif, dans cet espace « accueil » dont l'entrée est strictement interdite à toute personne extérieure au service. Aussi, contrairement à la situation d'enquête qui a prévalu aux urgences publiques, je côtoyais en permanence les médecins. J'ai pu ainsi observer leur travail, entendre leurs conversations (téléphoniques notamment) et mener des entretiens informels avec quelques uns d'entre eux. De cette position, j'avais également une vue panoramique sur le service⁹² puisque je pouvais aussi bien entendre les conversations du personnel qu'observer la salle d'attente ainsi que l'entrée du service⁹³. Enfin, tout comme dans le service d'urgence public, un fax éditait les « fiches samu » prévenant de l'arrivée des patients orientés par le « 15 ».

L'aide-soignante chargée de l'accueil a pour fonction de recueillir dès l'arrivée du patient, toutes les informations nécessaires à la constitution du dossier d'admission : type de pathologie, médecin traitant (la personne a-t-elle un courrier?), carte vitale, carte de mutuelle, adresse, etc... Ainsi sans avoir à aborder le patient, j'obtenais les réponses à la plupart des questions contenues dans mon questionnaire ce qui a largement facilité la passation dans ce service. Toutefois aussi détaillé soit-il, cet interrogatoire restait incomplet puisqu'il ne permettait pas de renseigner la PCS, une information qui intéresse peu les soignants. Afin de ne pas perturber leur travail, j'attendais que l'infirmière prenne en charge le patient avant d'aller l'interroger sur ce point : je

⁹² Tout comme le personnel qui peut ainsi facilement surveiller tous les patients.

⁹³ La description physique du service reste volontaire ici, l'objectif étant de donner au lecteur les éléments lui permettant de comprendre d'où j'ai recueilli mes données. Une description plus précise sera présentée dans le prochain chapitre.

notais le box dans lequel elle l'emmenait puis j'attendais qu'elle termine ses soins⁹⁴. Lorsque le patient était accompagné, je privilégiais l'entretien avec un proche qui, le plus souvent, patientait dans la salle d'attente le temps des soins.

Le premier jour de passation soit, le 4 octobre 2007, le médecin en chef du service me présente au personnel qui se montre d'emblée bienveillant. On m'indique le vestiaire où je troque immédiatement ma veste contre la blouse blanche puis je négocie ma place au sein de l'espace accueil. Ayant l'expérience de la passation précédente, je suis rapidement prête pour accueillir le premier patient. A mon grand étonnement, je constate très peu d'entrées deux heures après le début de l'enquête : quatre pour la traumatologie et aucun pour la « médecine », je n'ai donc pu passer aucun questionnaire. M'interrogeant sur le faible nombre d'admission, je demande au médecin en chef les raisons qui conduisent à orienter les patients vers les urgences de la clinique plutôt que vers le CHU. Deux critères sont avancés : la proximité géographique et « si le patient demande ». Elle ajoute : « Ca dépend du PARM. D'ailleurs demain on a rendez-vous avec les PARM pour mieux définir les critères d'orientation vers la clinique ».

Constatant la faible affluence de patients, j'ai rapidement décidé de consigner rigoureusement sur le carnet de terrain, les entrées de traumatologie au regard de l'importance de cette activité dans ce service. Au total, l'échantillon comprend 236 patients. Seuls quelques-uns d'entre eux arrivés dans le service dans un état d'extrême urgence, n'ont pas pu être interrogés.

⁹⁴ J'avais pris le soin, au préalable, de demander l'autorisation aux infirmières d'entrer ponctuellement dans les boxes.

CONCLUSION

Pour conclure, il est opportun de signaler que la totalité des patients a accepté de répondre au questionnaire même si j'ai pu noter, dans de rares cas, quelques hésitations. Je rassurais alors ces patients en garantissant leur anonymat mais aussi, si cela ne suffisait pas, en leur expliquant les objectifs de l'enquête. Enfin, les questions posées à chaque patient ont très souvent été l'occasion d'entamer une discussion sur leurs antécédents, leur trajectoire de soins, leur ressenti etc..., en particulier aux urgences publiques où l'attente est plus longue. Certains semblaient même soulagés de pouvoir se confier à une « blouse blanche ».

La passation des questionnaires s'est faite en immersion dans les deux services d'urgence, les patients me percevant tantôt comme une infirmière tantôt comme une interne en médecine. Aussi, les occasions de discussions informelles avec les patients ont été nombreuses permettant ainsi d'enrichir les questionnaires par des données qualitatives. Le personnel des urgences quant à lui n'était pas avare d'anecdotes et de remarques, sa collaboration lors de l'enquête fut très appréciable. Enfin, la durée de passation du questionnaire soit 12h d'affilée à raison de 2 à 3 jours par semaine, a permis de recueillir de nombreuses données ethnographiques (qualitatives). L'attente entre deux patients a été, en effet, mise à profit pour observer l'architecture, le travail des différents professionnels et l'organisation du service. Une telle astreinte sur le terrain, en particulier lors de l'enquête de nuit, a par ailleurs forcé l'admiration des professionnels qui, au fil des jours, se sont laissés aller à quelques confidences⁹⁵. Ces données constituent l'essentiel des matériaux mobilisés dans le chapitre suivant pour la rédaction des monographies des deux services d'urgence enquêtés. Enfin, la passation des questionnaires nécessitant de rester présente au niveau de l'accueil de chaque service, peu d'observations ont pu être menées à cette occasion, dans les « boxes » et les « lits portes » de ces services. Ces lieux où se déroulent les soins aux patients ont cependant été observés au cours de l'enquête ethnographique réalisée au sein du milieu ambulancier. Ce statut m'a plus largement donné l'opportunité de pénétrer les arcanes de chaque établissement.

⁹⁵ Christophe Andréo relève lui aussi l'importance de partager les gardes avec les professionnels pour obtenir des informations non officielles, réservées aux coulisses : « *J'ai procédé en faisant des journées de douze heures et des gardes de vingt-quatre heures, afin de voir l'équipe nuit et l'évolution du travail tout au long du cycle et d'observer les variations probables. En outre, le fait de rester vingt-quatre heures d'affilée force un peu le respect du personnel, facilite le resserrement des liens superficiels que le chercheur doit tisser rapidement pour s'intégrer à l'équipe et rend le climat des échanges propice à la confiance.* », Andreo C., « La gestion des flux de malades dans les services de réanimation », *Sociétés contemporaines*, 2004/2, n°54, p. 103-104.

CHAPITRE V.

ETHNOGRAPHIES COMPAREES DES SERVICES D'URGENCE PUBLIC ET PRIVE

« Les urgences au CHU ou à la clinique, c'est pas la même logique ».
Extrait du journal de terrain, Ambulance, mai 2009 – Médecin du travail

Les « urgences », comme on les nomme habituellement, sont des services de l'hôpital ou de la clinique au même titre que les autres services (cardiologie, orthopédie, pneumologie, etc...). Situés au rez-de-chaussée, au même niveau que l'accueil et les consultations externes des établissements sanitaires, ils ont une fonction d'interface entre l'établissement et la ville. A la manière de Péneff et d'autres sociologues après lui (Dodier, Camus, Vassy, etc...), on propose ici de décrire les deux services en prenant le point de vue de la sociologie des organisations, pour autant que les données d'observations recueillies parallèlement à la passation des questionnaires nous le permettent. Le regard portera ainsi sur les espaces, l'organisation du travail, le personnel et les pratiques d'accueil. Au delà des discours et images officiels, nous avons tenté de saisir l'organisation informelle et la réalité des pratiques ayant cours dans ces deux services¹.

Dans ce chapitre, nous entrerons tour à tour dans l'univers du service d'urgence public (I) puis, du service d'urgence privé (II). Le choix de l'exposition est celui de la reproduction fidèle d'un circuit de soin suivi par tout individu pénétrant dans ces lieux. Après avoir présenté brièvement les caractéristiques des établissements de soins qui les hébergent (CHU et Clinique privée à but lucratif), on guidera le lecteur, étape par étape, sur le chemin de la découverte des deux terrains d'enquête. On l'invitera dans un premier temps à s'imprégner de l'architecture des lieux qui renseigne d'emblée l'observateur sur la « fonction sociale » que remplissent l'un et l'autre service². La morphologie des lieux exprime en effet la philosophie « politique » au sens de « politique de l'établissement », de chacune des structures qui l'hébergent. Puis on se dirigera vers l'accueil des urgences pour faire la connaissance des équipes soignantes (aide-soignant, infirmiers, médecins) et découvrir les différentes tâches (administratives, soignantes) que chaque catégorie de personnel accomplit lors de l'arrivée d'un patient (interrogatoire, admission, etc..).

¹ « L'informel, ce sont les relations réelles que découvre l'observateur soigneux de la vie de l'atelier ou du bureau quand il a eu le temps et la patience de rechercher ce qui se fait vraiment derrière les fictions officielles. L'objectif même du sociologue des organisations est de découvrir les pratiques réelles des acteurs, et pour cela, il doit écarter la façade qu'ils présentent et la théorie qu'ils s'en font », in Reynaud J-D., *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, Coll. « U », série Sociologie, 1993, p. 103.

² Une description physique du service a déjà été effectuée succinctement dans le chapitre précédent mais il convient d'approfondir ce point afin que le lecteur puisse avoir une vue plus précise de l'architecture des deux services et par suite, de ce qu'elle signifie socialement. L'espace parle, en effet, à l'observateur attentif.

Enfin, ce tour d'horizon des deux services se clôtura par une description fine des pratiques d'accueil des soignants avec une attention forte portée sur les décisions de réorientation. Sur ce point, l'accumulation des données ethnographiques a permis de faire progressivement émerger les critères (formels et informels) sur lesquels s'appuient les soignants pour « trier » les patients à l'entrée des deux services.

La région des Pays de la Loire dans laquelle se situe les deux services d'urgence, comprend 28 « structures des urgences ». A sa création, le service d'urgence privé était un UPATOU pour reprendre les dénominations pré-décrets de 2006 et le service d'urgence public un SAU. Les Pays de la Loire comptaient en 2005 : 7 SAU, 20 UPATOU, 1 POSU (chirurgie de la main). Les UPATOU se caractérisent par une activité sensiblement plus faible que les SAU :

« Sur les 633 000 passages enregistrés aux urgences en 2005, 58 % ont été pris en charge par les SAU, 41 % par les UPATOU et 1 % par les POSU »³.

Enfin les deux services enquêtés sont distants de 2,5km, ils partagent donc le même bassin de recrutement⁴, d'où l'intérêt de leur comparaison dans ce travail.

1. DANS LE SERVICE D'URGENCE PUBLIC

1.1. UNE MEDECINE ACCESSIBLE A TOUS...

Le Centre Hospitalier Universitaire hébergeant le service d'urgence enquêté est situé sur les bords de la Loire dans le centre d'une ville de l'ouest de la France dont la population était au moment de l'enquête, soit en 2007, d'environ 283 000 habitants. Il est composé de sept sites et de trois établissements de long séjour ou de réadaptation gériatrique.

1.1.1. Un service visible et ouvert à la population

Au cœur de la ville, les « Urgences » sont clairement signalées par des panneaux et leur présence est continuellement rappelée par les ambulances fréquentes qui, toutes sirènes hurlantes, se faufilent entre les bus, les voitures particulières et les piétons.

L'entrée de ce service est accessible à tout véhicule et piéton, aucune barrière automatique ou gardien ne venant faire obstacle. Un panneau lumineux bleu visible de la rue indique les « urgences » auxquelles les ambulances et autres véhicules accèdent en empruntant une

³ Jean O., « Les passages aux urgences en 2005 », DRASS Pays de la Loire, Service Etudes et Statistiques, *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n°41, avril 2007.

⁴ Les caractéristiques socio-économiques de ce bassin seront abordées dans le chapitre suivant.

« rampe ». A ce propos d'ailleurs, un urgentiste travaillant au SAMU rapportait au cours d'un transport sanitaire que l'inclinaison trop importante de cette rampe avait provoqué, par le passé, le décès de certains patients : alors qu'ils étaient parvenus à les réanimer sur place et à stabiliser leur état, ces patients décompensaient sans raison apparente, juste après le passage de l'ambulance sur la rampe. Après plusieurs plaintes de médecins, des travaux ont été réalisés pour diminuer la pente. Une fois la rampe franchie, on arrive sur un petit parking dans lequel seuls six emplacements ont été prévus pour les professionnels qui sont répartis, à part égale, entre la police, les sapeurs-pompiers et les ambulanciers privés. D'emblée, la présence policière ne peut donc échapper au regard du visiteur.

Ce parking fait également office de coin fumeurs pour les soignants, les « convoyeurs », les particuliers et les patients qu'il n'est pas rare de voir en tenue hospitalière, trainant derrière eux leur pied à perfusion. Pour le reste du parking, les ambulances et les particuliers se garent comme ils peuvent, si possible de manière à ne pas se faire accrocher au passage d'un autre véhicule. Le peu de place disponible est bien souvent l'objet de tension entre les professionnels qui peinent à trouver une place et à sortir leur brancard. Aussi, la direction a-t-elle prévu la présence d'un agent de sécurité privé, chargé d'assurer la gestion de l'arrivée des véhicules. Il redirige notamment les particuliers vers un autre parking situé en contrebas afin de laisser la place libre aux ambulances et à la police. Cette organisation suscite régulièrement l'indignation des particuliers qui ne comprennent pas comment, dans une telle situation, on peut les interpellier pour leur signaler l'interdiction de laisser leur véhicule devant les urgences.

On entre dans les « Urgences » par une baie coulissante vitrée qui s'ouvre sur un grand hall où se croisent différents publics : les soignants qui le traversent pour passer d'un service à un autre, les proches des patients assis sur les chaises mises à disposition et les différents « convoyeurs » (sapeurs-pompiers, ambulanciers et police). Deux distributeurs automatiques, l'un contenant des boissons chaudes et l'autre, des friandises, du soda et des sandwiches, sont continuellement sollicités par ce public de passage. Il est fréquent d'observer des ambulanciers ou bien des sapeurs-pompiers errer dans le hall d'entrée, le temps d'une pause café entre deux interventions. Ce moment de convivialité est d'ailleurs parfois mis à profit pour « débriefer » entre les membres de l'équipe dans le cas d'interventions difficiles.

De l' « aquarium », zone qui commande le passage de la frontière entre le hall d'entrée (public) et la « salle de tri » (travail), l'observateur bénéficie d'une vue panoramique sur le service: parking, hall d'accueil, bureaux d'admission, salle de tri. C'est de là que l'on contrôle l'accès au service,

que l'on renseigne les proches, qu'on les enjoint à patienter. La description de cet espace faite par Jean Péneff, dans son premier ouvrage commis sur les urgences, était encore tout à fait d'actualité au moment de l'enquête, soit quinze ans plus tard :

« Cette salle existe dans tous les services d'urgences sous une forme ou une autre: elle est aménagée en rotonde, en cabine de contrôle, en secrétariat avec guichets. Elle s'ouvre sur l'intérieur mais est tournée aussi vers la salle d'attente, l'aire d'arrivée, le hall d'accueil. Les personnels l'appellent, selon les hôpitaux, la cage de verre, la bulle, la vitrine. A X, on la désigne sous le nom d'aquarium parce qu'on y travaille sous l'oeil du public qui stationne dans le couloir ou dans la salle d'attente. L'impatience, le besoin d'être informé ou simplement de dialoguer poussent le public à s'approcher, à écouter, à questionner. On n'aime pas le regard posé en permanence sur soi quand on travaille. D'ailleurs, deux des trois baies ont été astucieusement aveuglées: un grand calendrier, une affiche, un rideau préservent, en partie, des regards trop indiscrets.⁵ »

De ce poste privilégié d'observation, j'apercevais les allées et venues des « convoyeurs » avec leurs brancards « en charge » ou non, des brancardiers qui poussaient des lits, des malades se baladant avec le pied à perfusion et des particuliers déambulant dans le hall dans l'attente des nouvelles d'un proche.

Plusieurs fois par jour, la police entre avec un individu menotté pour se diriger immédiatement non pas vers la salle de tri, mais vers une salle réservée aux consultations de gardes à vue appelée le « local police ». Peu de temps après leur arrivée, un médecin souvent interne, entre dans la pièce pour y effectuer les examens légaux :

« Depuis le début de la journée, j'observe les allées et venues de la police, ils ont amené 5 ou 6 personnes aux urgences. Vers 12h30, ils arrivent avec un individu menotté pour une radio du poignet. Le local police situé en face de l'accueil des urgences est utilisé essentiellement pour des IPM (ivresses publiques manifestes). A leur arrivée, les policiers font appel à un interne de médecine pour établir un constat de l'ivresse du prévenu avant sa garde à vue⁶. »

Cette présence policière quotidienne n'est pas sans poser problème au personnel des urgences, en témoigne ces quelques notes recueillies dans l'aquarium :

« A 8h47, un policier passe devant l'accueil des urgences, il sort du service après y avoir visiblement passé quelques heures. L'aide-soignant me dit alors: « Ah, je l'aime pas celui là! ». Il est 6h30, l'infirmière d'accueil embauche. La police est présente, elle a demandé à un interne de spécialité de faire un prélèvement pour l'homme qui a tenté de tuer sa femme avec une arme à feu. Le service est calme ce qui me permet d'engager une conversation avec l'infirmière. Elle m'explique avoir un rapport distant à la police. Plus tard, la police scientifique se présente à l'accueil, elle souhaite faire des prélèvements sur la femme du prévenu. Pour ce faire, il lui faut des tubes scellés qu'ils demandent alors à l'infirmière qui leur répond : « Nous n'avons pas de tube scellé nous, c'est les mêmes tubes que vous qu'on envoie ensuite au labo ». Une fois la police partie, elle ajoute : « Ils ne veulent pas qu'on fasse les analyses aussi? Et ils téléphonent en disant : Vous pouvez nous prévenir quand untel sortira ? Moi je leur réponds : s'il est en garde à vue mettez

⁵ Penneff J., (1992) *op.cit.*, p. 34-35.

⁶ Carnet de terrain, juin 2007. Depuis la réforme de la garde à vue de 2011, les médecins se déplacent au commissariat.

quelqu'un à sa porte sinon il est libre de sortir ». Elle ne prévient pas non plus lorsqu'une personne en situation irrégulière se présente au service⁷. »

Deux logiques professionnelles s'affrontent : les policiers ont pour mandat de ramener l'individu en prison tandis que les aides-soignants sont dans une logique de soins. Ainsi l'ouverture ou l'accessibilité du service d'urgences confronte les aides-soignants de l'accueil à un certain nombre de dilemmes. Ils doivent gérer les tensions entre tous ces professionnels que sont les policiers, les ambulanciers ou même, les sapeurs-pompiers comme en témoigne l'anecdote suivante :

« Vers 19h30, sur appel du 15, les sapeurs-pompiers amènent une femme ivre. Elle est chétive, elle a les traits du visage très marqués par une vie passée en partie dans la rue. Elle a une plaie à l'arcade mais ne veut pas se faire soigner. Elle pleure, se débat, quitte le brancard. Les sapeurs-pompiers la rattrapent, l'empoignent et lui parlent sèchement. L'un deux, visiblement agacé par ce type d'intervention, dit à l'infirmière: « On vous la confie » ce à quoi l'aide-soignant et l'infirmière répondent: « On n'est pas des flics. Si elle veut partir, on la laissera s'en aller ». Mécontent, le sapeur-pompier prend un dossier « traumato » en leur disant: « De toute façon, je fais l'admission ». Et tandis qu'il se dirige vers l'accueil administratif, l'un des plus jeunes sapeurs-pompiers nous regarde en disant: « Chacun son boulot »⁸. »

Là encore deux logiques institutionnelles s'affrontent : les sapeurs-pompiers intervenus sur ordre du SAMU doivent faire une admission pour comptabiliser le patient dans leurs statistiques et être ainsi rémunérés par l'hôpital ; les aides-soignants quant à eux ne peuvent pas et ne veulent pas forcer l'individu à se soigner. Précisons tout de même, qu'en dehors de l'institution hospitalière, ces soignants sont loin d'être « anti-pompiers ». Lors d'une journée de passation, j'ai appris que deux des trois aides-soignants présents ce jour-là, étaient sapeurs-pompiers tout comme l'infirmière d'accueil. Dans les deux anecdotes précédemment, les « convoyeurs » ont en fait voulu faire jouer au service d'urgence un rôle disciplinaire que le personnel a refusé⁹. Les aides-soignants doivent aussi souvent faire face au mécontentement des patients à qui ils essaient d'expliquer le fonctionnement des urgences, comme nous le verrons par la suite.

1.1.2. L'accueil des patients

L'accueil « soignant » situé en face de l'entrée comprend deux parties : en premier plan, se trouve l'« aquarium » dans lequel seuls les soignants sont autorisés à pénétrer. C'est un lieu de travail mais également de convivialité. On y prend le café-croissant le matin et on y relate les chroniques donnant matière à plaisanteries :

« Le personnel est d'humeur à faire des blagues ce matin et à se remémorer quelques-unes des anecdotes les plus marquantes pour eux ce qui me permet au passage de noter quelques « brèves des urgences ». L'infirmier évoque la fois où un patient prénommé Monsieur Verge était à côté du

⁷ Carnet de terrain, juin 2007.

⁸ Carnet de terrain, juin 2007.

⁹ Des exceptions existent cependant dans le cas des urgences psychiatriques sur demande d'un tiers.

box d'une certaine Madame Pucelle. Ou encore le cas d'une vieille dame de 95 ans qui, tout en montrant son bras, demande à l'infirmier: « Vous penser qu'il est cassé mon utérus? ». Enfin, le cas d'une jeune patiente qui, admise aux urgences pour chute de cheval, entend l'infirmier lui dire : "On va vous mettre dans un box"¹⁰. »

En second plan, se trouve la « salle de tri » dont l'ouverture est commandée par un interrupteur situé à l'intérieur de l' « aquarium ».

A gauche de l'accueil « soignant », se trouve l'accueil « administratif » qui comprend deux bureaux occupés par des secrétaires administratives majoritairement de sexe féminin. Leur fonction est de constituer le dossier d'admission de « traumatologie » ou de « médecine » à partir des pièces demandées : la carte vitale, la mutuelle, l'adresse, les coordonnées téléphoniques, le nom du médecin traitant, le motif de venue, etc... Puis, avant de rendre le dossier au patient ou aux « transporteurs » (ambulanciers, sapeurs-pompiers), la secrétaire édite des étiquettes auto-collantes¹¹.

Contrairement à l'accueil « administratif », le personnel de l'accueil « soignant » est exclusivement masculin et ils sont tous âgés entre 30 et 40 ans. Cette politique de masculinisation du personnel de l'accueil des urgences s'explique par les qualités physiques que requiert ce poste tant pour « brancarder » les patients parfois très corpulents, que pour gérer les patients agressifs¹² :

« J'observe le hall d'accueil des urgences : un SDF dort à même le sol ; des accompagnants patientent durant plusieurs heures, ils se relaient auprès du patient. Leur patience m'étonne. A plusieurs reprises des « gens du voyage » attendent en groupe dans le hall. Du côté de l'équipe, chacun vaque à ses occupations. Lorsqu'il n'y a pas d'entrée certains lisent, d'autres font des grilles de sudoku ou bien se rendent au « box 5 ». La police vient ponctuellement troubler ce calme en amenant un prévenu avec la « bétailière ». Des vigiles de l'entreprise « Securitas » surveillent le site toute la nuit. Ils sont plusieurs à parcourir l'hôpital munis de leur talkie-walkie pour « assurer la sécurité des personnes et des biens » me dit l'un d'entre eux. [...]. Parallèlement, l'ambiance dans le hall est à l'agitation. Deux bandes de jeunes attendent depuis quelques heures leurs copains respectifs blessés suite à une bagarre à l'arme blanche. Certains ont apporté une bouteille de rosé qu'ils n'hésitent pas à consommer dans l'enceinte de l'hôpital. Leur comportement sans gêne agace de plus en plus les aides-soignants ainsi que les agents de sécurité qui préfèrent toutefois ne pas intervenir¹³. »

A l'accueil des urgences, l'aide-soignant est exposé à une variété de situations génératrices de stress, en particulier la nuit. Aussi, à chaque prise de poste, les aides-soignants « négocient »

¹⁰ Carnet de terrain, juin 2007.

¹¹ Cf. chapitre précédent.

¹² Arborio A-M., *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à travers l'hôpital*, Economica, Paris, 2001, p. 261-267.

¹³ Carnet de terrain, juin 2007.

(Strauss A., 1992) entre eux pour répartir cette charge mentale selon leurs propres règles¹⁴. Par exemple, l'aide-soignant qui a assuré l'accueil le jour précédent est automatiquement dispensé de cette fonction pour assurer celle de brancardier¹⁵. La tâche de ce dernier consiste à emmener les patients de la salle de tri vers un box de soins (le plus souvent) une fois le premier diagnostic posé par l'IAO (infirmière d'accueil et d'orientation)¹⁶.

La fonction d'aide-soignant d'accueil consiste à recueillir les informations « médicales » auprès des « convoyeurs » tout en installant le patient sur un brancard en fonction de son état sanitaire. Dans le cas de fractures, par exemple, les « convoyeurs » ôtent l'attelle ou bien le collier cervical qu'ils ont posé sur le patient afin de le récupérer pour le transport suivant. L'aide-soignant doit donc connaître les gestes à effectuer pour mobiliser les membres du patient tout comme il doit savoir comment substituer la bouteille d'oxygène des ambulanciers ou des sapeurs-pompiers par le matériel hospitalier lorsque le patient est en détresse respiratoire. De même, quelques connaissances médicales sont nécessaires pour prendre en charge les patients comme dans le cas, par exemple, de suspicion de phlébite où celui-ci doit rester en position allongée stricte. Enfin, une fois le patient installé, l'aide-soignant est chargé de placer le brancard dans la file d'attente en fonction de la gravité de son état. Aussi, le poste d'aide-soignant à l'accueil du service d'urgences nécessite-t-il un ensemble de connaissances, de savoir-faire et un niveau de responsabilité que le néophyte soupçonne rarement¹⁷.

Enfin, au fur et à mesure des jours passés à l'accueil du service, le personnel mesure mon degré d'implication dans cette enquête. A plusieurs reprises, il me fait part de son admiration de me voir respecter mon protocole en restant 12h00 d'affiler pour passer des questionnaires à des patients parfois difficiles d'accès au premier abord. Il apprécie également l'aide que je peux apporter ponctuellement ainsi que ma capacité à me fondre dans le décor parmi le personnel. La confiance gagnée, les langues se délient un peu plus et les conversations informelles se

¹⁴ Pour une analyse plus détaillée, Arborio A-M., *op. cit.*, p. 243-291 (« D'un poste à l'autre: stratégies d'aides-soignants et logique d'institutions »).

¹⁵ Pour une analyse approfondie du travail des brancardiers hospitaliers cf. Péneff J., *op. cit.* (1992).

¹⁶ « La mission générale de l'IAO est d'accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants dès leur arrivée, de définir les besoins de santé et les priorités de soins, de décider du lieu le plus adapté aux besoins (salle d'urgences vitales, box de soins, salle d'attente...). L'IAO est en lien permanent avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux. La qualité de l'organisation qu'il met en place doit répondre aux critères précités ainsi qu'aux modes d'interaction avec les autres acteurs pouvant intervenir à l'accueil : secrétaire d'accueil, brancardiers accompagnateurs, assistante sociale, agent de sécurité, agent chargé des admissions, inventaire et dépôts de valeur. » Infirmière Organisateur de l'Accueil, Référentiel SFMU (01-48), Editions scientifiques, avril 2004, p.5. Source : www.sfm.org

¹⁷ A l'instar des « guichetiers de la CAF » étudiés par Vincent Dubois, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 1999 (le chapitre 5 en particulier).

multiplient. Ayant connaissance de mon projet de comparer ces urgences avec celles de la clinique, le personnel soignant me fait davantage part de son point de vue concernant les urgences privées. Leurs connaissances s'appuient généralement moins sur leur expérience directe de ce service que sur les représentations qu'ils ont nourries par les anecdotes rapportées par les divers professionnels qu'ils côtoient au quotidien (ambulanciers, sapeurs-pompiers, infirmiers et médecins). On peut deviner ainsi bien souvent à travers leur propos sur les urgences privées, une défense de la mission de service public.

1.2. LE PRINCIPE D'ACCES AUX SOINS POUR TOUS A L'EPREUVE DES PRATIQUES : LE TRI DES PATIENTS A L'ENTREE DES URGENCES

1.2.1. Les résidus du rôle social de l'hôpital

Comme l'ont déjà repéré de nombreux sociologues (Dodier et Camus, Bessin, Péneff, Vassy, etc.), le personnel des services d'urgences est confronté au quotidien à un « dilemme »¹⁸ : d'un côté, il doit accueillir tout individu qui se présente pour des soins, mais de l'autre il est soumis aux contraintes d'économies budgétaires imposées par la direction hospitalière et de fait, à la réticence des services de spécialité à admettre certains patients considérés comme non rentables :

« Chaque service (de spécialité) garde en effet sa liberté d'admission dans le service, avec une collaboration effective avec le service des urgences plus ou moins réelle.¹⁹ »

Dans ce cadre, à l'instar de Carine Vassy, nous allons tenter de comprendre comment les soignants font pour concilier ces deux impératifs paradoxaux.

Le samedi 23 juin, un peu avant 8h00, toute l'équipe est dans l'aquarium. L'un des soignants débute la conversation en critiquant les urgences de la clinique privée voisine : « A la clinique, il y a un tri et de toute façon les urgences sont plafonnées à 90 entrées par jour », et il ajoute plus loin, « mais il y a un tri sinon pourquoi tous les psy, les problèmes sociaux se retrouvent ici? ». Ce discours opposant un service public ouvert à tous et un service privé sélectionnant les patients, est présent chez de nombreux soignants comme en atteste ces autres extraits du journal de terrain :

« Aide soignant- « Aux urgences de la clinique, ils prennent que du beau monde, c'est trié »

Aide soignant- « Nous on accueille tout le monde »

Aide soignant- « Ils n'acceptent pas tout le monde, ils sélectionnent »

¹⁸ Vassy C., « Vraies et fausses urgences : Comment trier les usagers ? », Cresson G., Schweyer F-X., *op. cit.*, p. 193-212.

¹⁹ Tuffreau F., « Les urgences hospitalières de plus en plus attractives », *Santé Pays de la Loire*, n°38, décembre 2000, p. 2-6.

Aide soignant- « Aux urgences privées, si ils sentent qu'il y a un problème social derrière, ils l'envoient au CHU »
- Faut-il qu'ils soient solvables ?
Infirmier- « Oui » »

Je demande alors à cet infirmier si de son côté, il demande par exemple les renseignements relatifs à la sécurité sociale des patients. Sa réponse est laconique et ferme : « Non. Ça ne m'intéresse pas ! ». Ce témoignage isolé rejoint les observations et propos recueillis par Carine Vassy auprès du personnel de l'accueil d'un autre service d'urgence hospitalier :

« La totalité du personnel dit que l'absence de droits ouverts à l'assurance maladie n'est pas un motif de refus d'admission et nos observations le confirment. Les hôtesse demandent effectivement la carte d'assuré social, mais elles enregistrent la personne même si celle-ci ne la présente pas, en se fondant sur les renseignements donnés oralement. Une partie du personnel affirme même sa fierté d'accepter les personnes qui se sont vu refuser des soins dans d'autres hôpitaux pour absence de sécurité sociale et impossibilité de payer les soins. Ils critiquent avec virulence d'autres hôpitaux publics et des cliniques des environs, qui refusent des patients sur ce critère²⁰. »

A l'hôpital, le paiement de la consultation de médecine des urgences et de tous les autres actes de soins réalisés dans l'établissement est différé. Le patient reçoit la facture à domicile parfois plusieurs mois après.

Le second jour de passation, deux SDF se présentent à l'accueil du service. Il est 9h20, l'aide-soignant en charge de l'accueil leur dit: « Normalement c'est en ville mais je suis gentil aujourd'hui...mais c'est en ville pas au CHU. Je vous fait un dossier quand même ». Cette ouverture n'est pas un fait isolé ; les aides-soignants font en effet régulièrement jouer aux urgences un rôle social prenant le risque de s'attirer les reproches des infirmières et médecins :

« Un patients bien connu du service arrive, il fait environ 200 entrées par an selon l'aide-soignant: « C'est un alcoolique. Quand il vient, il dort, désaoule et puis se rendort dehors, les sapeurs-pompiers le ramènent, etc... Il veut une radio. Je lui ai donne un dossier sinon il aurait jamais eu sa radio. Peut-être que je n'aurai pas dû mais c'est des gars qui n'auraient jamais fait la démarche de prendre rendez-vous²¹. »

Sur mon carnet, il est noté qu'il est 9h30 et qu'il n'y a plus qu'un seul patient dans la salle de tri ce qui signifie qu'il y a peu d'affluence. Le service aurait été débordé, l'aide-soignant qui, point à noter, se justifie auprès de moi pour cette entrée, aurait-il également accepté l'admission de ce « clochard²² » ? Nous tenterons d'apporter une réponse à cette question dans le paragraphe suivant consacré aux critères d'admission. Aussi, malgré la politique hospitalière de restriction

²⁰ Vassy C., *op.cit.* p. 203.

²¹ Carnet de terrain, juin 2007.

²² Declerck P., Malaurie J., *Les naufragés : avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001. Après une immersion de quinze ans dans le quotidien des « clochards », comme il les nomme, Patrick Declerck livre dans cet ouvrage, une analyse fine de leur vie et de la façon dont les institutions d'aide sociale agissent à leur égard.

menée depuis quelques décennies, la plupart des soignants contournent régulièrement ces contraintes en continuant de faire jouer à l'hôpital un rôle « social » :

« Le cas le plus extrême est celui des sans-abri qui sont souvent cités par les membres du service quand on les interroge sur les personnes en situation de précarité. Le personnel affirme qu'un certain nombre de sans-abri reviennent régulièrement dans le service, parfois uniquement pour y trouver la possibilité de se restaurer et/ou dormir, il les décrit comme des « habitués ». Il estime que prendre en charge les sans-abri fait partie de sa mission, car c'est une population qui n'ira pas consulter de médecin ailleurs. »

Cependant, en dépit de ce principe d'ouverture du service à tous, cher aux professionnels rencontrés au cours de cette enquête, l'inscription d'une personne se présentant dans le service n'est pas systématique :

« Un SDF habitué des urgences arrive avec les sapeurs-pompiers. Ils font son admission puis repartent. Profitant d'un moment d'inattention, le patient quitte son brancard. Un infirmier revient peu de temps après avec lui, il l'a retrouvé errant dans le service des urgences pédiatriques attendant à la salle de tri. Le patient dit à l'aide-soignant qu'il veut partir mais ce dernier lui répond qu'aux vues de l'heure (il est 2h50), il vaudrait mieux qu'il reste dormir sur le brancard « car il n'y a plus de tram à cette heure-ci. Restez dormir et vous pourrez partir sur les coups de 5h00. Je vous remmène mais cette fois-ci vous restez sur votre brancard ». Le SDF est d'accord²³. »

Un des moyens de contrôler « passivement » les flux de patients, consiste à ne pas empêcher de fuir ceux qui sont parfois emmenés de force par les sapeurs-pompiers²⁴.

Malgré tout, il existe des pratiques de « réorientation »²⁵. Les normes hospitalières imposent en effet aux soignants de « trier »²⁶ les patients à l'entrée du service d'urgence. Comment les soignants mettent-ils concrètement en œuvre ces normes ? Quels sont les critères au fondement de ces pratiques de réorientation ? Vers quelles institutions réorientent-ils les patients non admis ? C'est ce que nous allons voir à présent.

« L'étude du tri du recrutement des services des urgences est d'autant plus intéressante que ces services sont conçus pour répondre à la demande de toute personne qui se présente pour avoir des soins. Or, toute personne qui se présente à l'accueil d'un service d'urgences pour avoir des soins n'est pas forcément soignée dans cet endroit. Pour reprendre des expressions courantes dans ces services, elle est « réorientée » vers d'autres filières de soins, quand il s'agit, par exemple d'une « fausse urgence » dont le cas ne relève pas d'un service d'urgences aux yeux du personnel²⁷. »

Les observations réalisées à l'accueil du service d'urgence ont permis de saisir par cumul et comparaison des données, les critères sur lesquels se fonde la décision de réorientation ou de « sélection » pourrait-on dire, des patients par les soignants. Nous pouvons distinguer deux types

²³ Carnet de terrain, juin 2007.

²⁴ Ces pratiques ont été également repérées par J. Péneff, *op. cit.*, p. 91.

²⁵ Terme employé par les professionnels de ces services.

²⁶ Vassy C., « Vraies et fausses urgences : comment trier les usagers ? », in Cresson G., Schweyer F-X., dir., *Les usagers du système de soins*, Editions ENSP, 2000, p. 193-212.

²⁷ Vassy C., *op. cit.*, p. 195.

de réorientations : celles dites « actives » et celles que l'on nommera « passives ». Pour les premières, il peut s'agir de réorientation en direction de services d'urgences spécialisés (clinique de la main, urgence dentaire, etc...), vers les consultations externes hospitalières (ophtalmologue, dermatologue, ORL, le plus souvent), vers la médecine de ville (radiologue, médecin spécialiste ou généralistes, etc...) ou plus rarement, vers la PASS. Pour les secondes, il s'agit de réorientations indirectes visant le départ « volontaire » du patient, elles se traduisent par des pratiques telles que l'évitement du patient ou bien sa mise en attente.

1.2.2. Les pratiques de réorientations « actives » et « passives »

La grande majorité des réorientations dites « actives » observées se faisaient en direction de la médecine de ville, notamment vers le CAPS en période de permanence des soins²⁸. Pour comprendre, la logique qui sous-tend ces pratiques, il convient d'avoir quelques connaissances sur l'organisation des soins non programmés dans ce secteur.

Le second jour de passation du questionnaire, je découvre dans l'aquarium l'existence d'un cahier sur la couverture duquel je lis « CAPS ». Je savais de par mes lectures sur l'organisation de la permanence des soins dans le département qu'il s'agissait de l'équivalent d'une maison médicale de garde :

« En complément des services d'urgences sont en effet implantés des maisons médicales de garde ou Centre d'Accueil de Permanence des Soins (CAPS), structures ou des médecins généralistes assurent la prise en charge des demandes de soins non programmés, en dehors de l'ouverture des cabinets médicaux, en privilégiant le mode consultation. L'accès au médecin de permanence du CAPS se fait par l'intermédiaire du Centre 15. Dans la région, huit CAPS sont ouverts en Loire-Atlantique, cinq en Maine-et-Loire, un en Mayenne, un en Sarthe et cinq en Vendée²⁹ ».

En ouvrant ce cahier, je constate que le personnel de l'accueil y note l'heure, la date, le nom, la pathologie des patients et le nom de l'aide-soignant ou de l'infirmière ayant réorienté la personne vers ce dispositif. Dès lors, je décide de reporter sur mon journal de terrain toutes les informations relatives au mois de juin :

Extraits du cahier

Vendredi 1/06 : Douleur abdo (l'heure n'est pas mentionnée)

Dimanche 3/06: Douleur genou (?) ; réaction allergique (?) ; 21h10 (motif non mentionné); 23h10 (?)

²⁸ Les CAPS sont aussi appelés des « maisons médicales de garde ». Pour plus de précision, nous renvoyons le lecteur au chapitre 1 de ce travail.

²⁹ Jean O., « Les passages aux urgences en 2005 », DRASS Pays de la Loire, Service Etudes et Statistiques, *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n°41, avril 2007, p. 1-2.

Lundi 4/06: 23h10 (?)

Vendredi 8/06 : Tousse depuis 8 jours, bronchite? (21h10)

Samedi 9/06: DL abdo, arrêt de travail (?); Et deux autres réorientations dont l'horaire et le motif ne sont pas renseignés.

Dimanche 10/06 : 7 personnes orientées vers le CAPS (14h00, 14h40, 14h45, 14h50, 15h00, 21h50, 22h15).

Motifs: DL dorsale depuis 8 jours, éruption allergique, DL oreille droite, piqûre (oedème poignet droit), DL dentaire, infection sur plaie.

Vendredi 15/06 : 22h10, démangeaisons.

Samedi 16/06: Douleur abdo (14h05); Verrue plantaire (16h15), Plaie à la bouche (17h15), infection urinaire (17h15).

Dimanche 17/06 : 9 personnes dirigées vers le CAPS (13h50- 14h10)

Motifs: Otite, lombalgie, rage de dent, pas de selles, mal au ventre, DL abdo, céphalée.

Lundi 18/06 : 21h02, « Calcul rein évacué. A peur d'avoir de nouveau mal ».

A l'instar de la PASS, le CAPS est situé dans un bâtiment à proximité du service d'urgence. On y accède par un appel au centre 15 et après avis médical ou orientation par le service des urgences. Il est ouvert du lundi au vendredi de 20h à minuit ; le samedi de 14h à minuit; le dimanche et les jours fériés de 9h à minuit. Sur ce cahier, le professionnel qui réoriente vers le CAPS doit noter son nom ainsi que celui du patient redirigé. Par souci d'anonymisation, ces informations n'ont pas été retranscrites sur le carnet de terrain.

Que nous apprend la lecture de ce cahier sur les critères qui président aux décisions de réorientation « actives » ? Au vu des motifs notés par les professionnels ci-dessus (« douleur abdo », « douleur genou », « allergie », etc...), il semblerait que leurs décisions se fondent majoritairement sur la base de critères cliniques :

« Il s'agit de critères se rapportant à la pathologie, comme la localisation de la douleur, la durée, l'intensité de la souffrance, son origine éventuelle, etc... Ce sont les critères prioritaires aux yeux du personnel. Ils fondent la distinction entre les « vraies urgences » et les autres appelées « cas non urgents », « personnes qui ont des bobos », « la daube » et les « consultations », termes les plus souvent utilisés par le personnel pour désigner des problèmes de santé qui relèvent, selon eux, d'autres structures de soins que les services d'urgences³⁰. »

Les tâches essentielles de tri et de catégorisation des patients (ordre de priorité) à l'entrée des urgences sont assurées par l'aide-soignant d'accueil. Il s'appuie pour ce faire, sur un corpus de

³⁰ Vassy C., *op. cit.*, p. 196.

connaissances cliniques acquis généralement au cours d'un apprentissage informel au contact avec ses collègues. Face à certains patients, il lui arrive néanmoins de déléguer cette tâche à l'infirmier d'accueil :

« Il est 8h20, un monsieur de 50 ans se présente à l'accueil. Il se plaint auprès de l'aide-soignant de douleur à l'épaule. Ce dernier l'invite à s'asseoir pour attendre l'infirmier. Ce dernier arrive 15 minutes plus tard et après quelques questions, il le réoriente vers le CAPS. L'aide-soignant lui donne le numéro.

Le même jour, un homme visiblement d'origine algérienne, se présente au service à 10h45 pour des maux de gorge. L'aide-soignant le fait s'asseoir et lui précise qu'il va dire à l'infirmière de venir mais que logiquement « c'est pour le CAPS ». Trois quart d'heure plus tard, le monsieur s'impatiente, il s'agite et réclame une ordonnance sans attendre: « Je peux voir l'infirmière ? » demande-t-il à l'aide-soignant qui lui répond: « L'infirmière, elle est occupée pour le moment. Là y'a plein d'urgences ». Elle le réorientera vers le CAPS et appellera le médecin de permanence pour le prévenir de l'arrivée du patient.

Une jeune femme arrive aux urgences un peu alcoolisée, elle veut une « écho ». Elle ne veut pas répondre aux questions de l'infirmière qui souhaitait la diriger vers le CAPS. Cette jeune femme explique qu'elle a vu un médecin 2-3 jours auparavant et tout comme l'infirmière, il lui a conseillé d'aller voir un « psy ». Elle repart³¹. »

Les critères cliniques sont prioritaires dans les décisions d'admission ou de réorientation. L'IAO pose les mêmes questions que l'aide-soignant d'accueil qu'il complète par un interrogatoire clinique plus précis concernant les symptômes, les démarches de soins effectuées précédemment, etc... Tout ce qui relève habituellement de la médecine de ville telles les affections ORL (maux de gorge, bronchites, otites, etc...), dentaires ou encore les demandes d'examen et/ou de radio sont des demandes dites de « consultations » jugées inappropriées. Le patient peut être aussi redirigé vers une « consultation externe hospitalière », l'infirmière appelant même parfois directement le service pour prendre rendez-vous. Concernant la gravité de la pathologie, l'interprétation du signe clinique et donc la décision sur les suites à donner, peut varier entre le soignant et le particulier. Parmi ces signes cliniques, le fait d'avoir mal depuis plusieurs jours, par exemple, est un argument fréquemment avancé par les patients pour justifier leur recours à ce service. Or pour les soignants, ce même argument signifie, justement, que la demande du patient sort du cadre des urgences dites « vraies ».

« La durée de présence des symptômes est mentionnée fréquemment pour séparer ce qui relève des consultations, et ce qui relève des urgences vraies. L'idée sous-jacente est que si les symptômes, et en particulier la douleur, durent depuis un certain temps, cela signifie que le problème médical est suffisamment stable pour permettre à la personne d'attendre. Elle peut prendre rendez-vous, en ville ou à l'hôpital, et n'a donc pas à utiliser un service dont la caractéristique est de recevoir immédiatement et sans condition les personnes qui le demandent.

« Il y a beaucoup de gens qui viennent pour... Voilà j'ai mal, et depuis combien de temps ? Oh ça fait des semaines et des semaines, voire des mois, j'ai mal. Et pour moi ce n'est pas un patient qui devrait se présenter aux urgences, c'est un patient qui devrait aller voir son médecin traitant, qui

³¹ Journal de terrain, le 22 juin.

devrait aller à la limite à l'hôpital ou en dispensaire, en consultation de médecine générale mais pas aux urgences »³². »

Dès lors, le critère de durée de la douleur ne constitue pas un motif légitime d'admission pour les soignants, bien au contraire, il motive de nombreuses décisions de réorientation comme en témoigne les notes suivantes :

Extraits du journal de terrain
Samedi 23 juin

14h55: Un couple est renvoyé vers le CAPS pour une suspicion d'abcès. La dame a une quarantaine d'années, ils ne sont pas d'ici.

15h05: Un jeune homme a mal au ventre depuis trois jours. Réorienté vers le CAPS.

19h50: Jeune homme de 25 ans: « J'ai atrocement mal aux dents ». L'infirmière le renvoie vers le CAPS, il a mal depuis 3 jours: « On n'attend pas un samedi soir pour aller consulter un dentiste ». Comme à l'habitude, elle appelle le CAPS pour prévenir de l'arrivée du patient.

Lecture du cahier le 28/06/2007

Le dimanche 24/06: Problème oreille droite (8h45); Diarrhée (13h00); DL abdo depuis plusieurs mois (14h07); Mal gorge (14h45).

Le lundi 25/06 : Gêne respiratoire (21h15); DL thorax depuis ce matin (21h50); DL dorsale et cervicale depuis 15 jours (23h00).

Cette manière différente de définir l'urgence entre soignants et patients suscite régulièrement des tensions à l'accueil du service :

« L'ancienneté du problème de santé est un critère très important : « L'urgence, c'est pas quelque chose qui dure depuis quatre jours » (infirmière). Quand le problème est ancien, elle demande à la personne pourquoi elle n'est pas allée voir un médecin immédiatement. En fonction de ces informations, elle décide d'autoriser l'hôtesse à enregistrer le patient, et elle classe alors les fiches en fonction de son estimation du degré d'urgence, ou bien elle conseille à la personne une réorientation³³. »

Pour convaincre les patients réticents, il n'est pas rare que les soignants usent du critère « organisationnel³⁴ » en sus du critère d'ordre clinique, pour justifier la réorientation. L'argument de « surcharge » du service par exemple est régulièrement invoqué pour légitimer la décision de réorienter un patient notamment quand celui-ci est adressé par son médecin³⁵ :

³² Dodier N., Camus A., « Les urgences à l'hôpital », *Informations Sociales*, n°52/1996, p. 20-21.

³³ Vassy C., *op. cit.*, p. 199.

³⁴ « Ces derniers ne sont pas liés aux caractéristiques de la personne qui se présente, mais à celles de l'organisation hospitalière au moment où elle arrive. », *ibid.*, p. 200.

³⁵ Dodier et Camus ont également remarqué que « plus on s'écarte du noyau des urgences vraies, plus le traitement des cas est exposé au poids des circonstances (en particulier le flux de patient, mais aussi les initiatives du personnel, leurs humeurs, leur fatigue,...). On peut dire en somme que plus un cas est urgent, moins le jugement

« J'observe une mère et sa fille, apparemment de classe populaire, se diriger vers l'aquarium. L'infirmière me dit alors: « Oh là là, qu'est ce que c'est que ça encore ? ». Arrivée à hauteur de l'accueil et sans dire bonjour, la jeune femme lui tend un courrier médical. Elle vient pour faire des analyses, l'infirmière la renvoie en ville lui expliquant que les boxes sont surchargés et « on ne vient pas aux urgences pour faire des examens ». Un des aides-soignants qui a assisté à la scène s'indigne du manque de politesse de cette personne qui n'a « même pas daigné dire bonjour ». Une heure après, c'est un jeune homme de 25 ans souhaitant passer une radio que l'infirmière réorientera vers un cabinet en ville afin qu'un médecin lui prescrive une radio. Il repart mécontent [...]. Les médecins traitant disent aux patients : allez aux urgences, vous serez pris tout de suite et quand les gens arrivent, ils veulent être pris en charge. Quand on leur dit qu'il faut attendre plusieurs heures, ils nous disent: « Bah ! oui mais mon médecin a dit que... ». Ah bah oui (aide-soignant)³⁶. »

Cette utilisation inappropriée des urgences par la médecine de ville comme centre d'analyse et/ou de radiologie fait l'objet de plaintes récurrentes de la part des soignants qui doivent gérer les tensions que cela engendre. Ces faits ont également été observés par C. Vassy :

« Quand les personnes qui se présentent à l'accueil ont un problème de santé jugé bénin et qu'elles disent venir pour passer tous les examens nécessaires en un minimum de temps, elles ont une forte probabilité d'être réorientées. Le personnel n'accepte pas l'utilisation de l'hôpital comme organisation prestataire de services techniques (radiographies, examens sanguins, etc...) quand il estime que la personne n'est pas une urgence sur le plan clinique³⁷. »

Dans ces cas, l'annonce du temps d'attente suffit à ce que le patient renonce après avoir néanmoins tenté de négocier son admission. Ces situations sont courantes et elles constituent une charge mentale importante pour les soignants qui doivent, au quotidien, subir les reproches et le mécontentement des patients :

« Il est 11h20, une jeune femme demande à être admise. Elle affirme ne plus manger ni boire depuis la veille. Elle a vu trois fois SOS médecins mais le traitement ne marche pas. L'infirmière lui demande alors : « Pourquoi trois médecins? Il aurait fallu retourner chez le même pour qu'il puisse avoir l'histoire de votre pathologie ». Elle dit que le traitement ne marchant pas, elle a décidé de venir ce à quoi l'infirmière répond : « il y a 6-7 heures d'attente aux urgences ». La jeune femme repart et l'infirmière me dira: « Elle doit avoir un problème psy. J'en peux plus de l'accueil aux urgences³⁸ ».

Cette pratique de « mise en attente » ne dépend pas seulement de l'affluence dans le service, elle constitue une véritable « stratégie » de maîtrise des flux et d'évitement de patients jugés abusifs ou « indésirables » de la part des soignants³⁹. L'anecdote suivante est à cet égard éloquente :

concernant son inscription dépend des circonstances. », Dodier N., Camus A., « L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'hôpital. Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales », Centre de Recherche Médecine, Maladie et Sciences Sociales, Rapport pour le Ministère de l'Équipement, des Transports et du Tourisme (Plan Urbain) et pour le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 1994, p. 31.

³⁶ Journal de terrain, juin 2007.

³⁷ *Ibid.*, p. 205-206.

³⁸ Journal de terrain, juin 2007.

³⁹ J. Roth a observé des méthodes similaires dans un grand hôpital de Californie : « *Les patients peuvent être contrôlés efficacement simplement en les ignorant, les évitant, les faisant attendre. La personne à l'entrée ne « voit » pas le malade jusqu'à ce qu'un soignant soit disponible.* », J. Roth et D. Douglas, *No Appointment Necessary*, p. 107.

« Un soir, le personnel apprend que le CAPS est fermé, il doit par conséquent accepter toutes les personnes qu'ils auraient envoyées là-bas en temps normal. L'infirmier commente: « C'est comme ça quand il n'y a pas de médecin ». A 3h15, un jeune homme noir de 25-30 ans arrive aux urgences, cela fait trois semaines qu'il souffre d'hémorroïdes. Le CAPS étant fermé, le personnel de l'accueil veut lui faire croire qu'il y a trois heures d'attente afin qu'il s'en aille: « Ca n'a pas marché mon truc ». Il m'a dit: « Bah donnez moi l'adresse d'un médecin ». Alors je lui ai donné SOS médecins mais il a dit: « Je vais quand même attendre ici ». Je lui ai alors rappelé qu'il ne verrait pas de médecin tout de suite. Il ne comprend pas. Ca fait trois semaines qu'il a mal au cul et comme par hasard, il a fini ses nurofen ce soir et il attend 3h15 pour venir aux urgences !⁴⁰ »

L'annonce d'un temps d'attente fictif est régulièrement utilisée par les soignants pour convaincre le patient d'aller consulter en ville⁴¹. On parlera ici d'une pratique de réorientation passive car ces agents d'accueil ne refusent pas frontalement l'admission, ils amènent le patient à partir de lui-même⁴².

Cependant, les efforts des ces agents d'accueil pour limiter les admissions au noyau des urgences dites « vraies » entrent en contradiction avec l'obligation d'accueillir toute personne qui en fait la demande. Dans ce cadre, ils sont alors régulièrement confrontés au refus de réorientation de la part de patients qui invoquent la mission de service public de l'hôpital. Pour faire face à ces situations, ils usent de diverses stratégies de dissuasion qui se manifestent concrètement par des « pratiques d'évitement⁴³ » du patient⁴⁴. Le fait de ne pas le regarder, de ne pas s'approcher physiquement ou de passer rapidement devant lui, font partie de ces pratiques de réorientations passives :

« Il est 20h30, une dame arrive avec sa fille âgée de 20-25 ans qui se plaint d'avoir mal aux yeux depuis trois semaines. L'infirmière lui recommande d'aller voir un ophtalmologue en ville car, ici, elle n'aura pas de consultation d'ophtalmo. Elles repartent puis reviennent 10 minutes plus tard et attendent de nouveau. Un aide-soignant finit par leur donner un dossier d'admission, elles vont faire les papiers et reviennent s'asseoir. Il y a 4-5 personnes dans la file d'attente et d'autres patients arrivent régulièrement toujours plus prioritaires. Au bout de 30 minutes, elles comprennent que personne ne s'occupera d'elles tant qu'il y aura autant de patients dans la file d'attente. Elles partent. Un homme attend assis depuis 1h30, je lui demande pourquoi il est là : "Je veux un deuxième avis pour une opération mais à mon avis ça va pas se faire ici". Il repartira vers 13h. »

40 Journal de terrain, juin 2007.

41 J. Péneff a également repéré ce type de pratiques: « *J'ai vu des patients que l'on essayait de décourager en les avertissant d'une longue attente avec l'idée implicite qu'ils seraient examinés plus vite ailleurs.* », *op.cit.*, p. 92.

42 Les observations montrent que ce type de patient est systématiquement réorienté quand les urgences sont débordées. Néanmoins quand le service est calme et en fonction de l'aide-soignant d'accueil ce jour-là, de son humeur et de sa fatigue certains peuvent être admis. Cf également Dodier N., Camus A., p. 24-25. « *Plus on est près du noyau des urgences vraies, plus le traitement du cas devient un impératif, c'est-à-dire un point fixe auquel le reste va s'adapter. Par contre, plus on s'écarte du noyau des urgences vraies, plus le traitement des cas est exposé au poids des circonstances (au-delà du flux des patients, les initiatives du personnel, leurs humeurs, leur fatigue...).* »

43 Goffman E., *Les rites d'interaction*, Paris, Editions de Minuit, 1974.

44 Les pratiques de ces agents d'accueil ainsi que celles des patients des urgences publiques présentent de nombreuses similitudes avec les « guichetiers » de la CAF et les « usagers » observés par Vincent Dubois, *op. cit.*

Lorsque les patients refusent la réorientation, ils font l'expérience amère de l'arrivée d'autres patients jugés toujours plus « urgents » par les professionnels. Cette pratique de réorientation peut, là encore, être qualifiée de « passive » car elle se caractérise, ici, par l'inaction du soignant, la non prise en charge du patient dont l'attitude de refus est réprouvée par le personnel.

Les deux arguments cliniques et organisationnels sont ainsi fréquemment combinés pour justifier la réorientation comme dans le cas de cet autre patient qui s'est présenté pour une suspicion d'appendicite :

« Elle n'avait pas du tout les symptômes, elle est venue debout, pas de douleur. Je lui ai dit: « Vous voulez attendre 6h00 pour une appendicite? » Elle a dit en râlant: « Bah non! ». Alors je l'ai orienté vers la clinique". (IAO, enquête nuit)⁴⁵. »

Mon interlocuteur explique ensuite qu'il procède toujours ainsi quand les urgences sont engorgées ou bien, lorsqu'il s'agit d'un « petit bobo »⁴⁶. Bien plus, cette anecdote permet d'aller plus loin dans l'analyse des critères de réorientation et/ou d'admission des patients car la décision de rediriger la demande vers la clinique voisine repose, ici, non seulement sur le critère clinique mais également, sur une évaluation socio-économique et morale de l'individu. Les soignants n'adressent, en effet, qu'un certain type de patients au service d'urgence de la clinique voisine :

« Une dernière catégorie de critères est utilisée par le personnel pour caractériser les individus qui se présentent à l'accueil et modifier leur type de prise en charge. Ces critères sont d'ordre social, économique et moral. Ils reposent sur une évaluation implicite des caractéristiques supposées de la personne qui se présente dans le service⁴⁷. »

Dans certains cas, le critère « profil socio-économique » prime, néanmoins, sur l'état clinique du patient dans la décision d'admission. A cet égard, il est utile de rappeler une autre anecdote citée précédemment, concernant le cas d'un SDF admis alors même que son état clinique ne relevait pas d'un service d'urgence :

« Un patients bien connu du service arrive, il fait environ 200 entrées par an selon l'aide-soignant: "C'est un alcoolique. Quand il vient, il dort, dessoûlé et puis se rendort dehors. Puis, les sapeurs-pompiers le ramènent, etc... Il veut une radio. Je lui ai donné un dossier sinon il n'aurait jamais eu sa radio. Peut-être que je n'aurai pas dû mais c'est des gars qui n'auraient jamais fait la démarche de prendre rendez-vous⁴⁸. »

⁴⁵ Cette pratique de réorientation vers les urgences de la clinique voisine qui font par ailleurs régulièrement l'objet de vives critiques de la part des professionnels de ce service, est à ma connaissance plutôt rare.

⁴⁶ « *L'affluence dans le service est une variable essentielle. Plus il y a de personnes qui attendent dans la salle d'attente, plus la probabilité est grande que les « consultations » ne soient pas acceptées. S'il y a combinaisons d'éléments cliniques, comme par exemple une durée du problème de santé supérieure à quelques jours, et d'éléments organisationnels, comme l'affluence dans la salle d'attente, le personnel réoriente la personne vers une autre institution* ». Vassy C., *op. cit.*, p. 201-202.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 202.

⁴⁸ Journal de terrain, juin 2007.

Ici, le profil social du patient « clochard » et alcoolique a joué en faveur de l'admission dans le service. A en croire mon interlocuteur, si le patient avait eu un statut social plus favorable, il aurait été réorienté vers la filière de ville telle que cela s'est produit pour le patient réorienté vers la clinique⁴⁹. Dans ce cadre, la demande de radio du SDF est jugée plus légitime que la même demande qui serait formulée par un patient jugé apte à se soigner en ville.

Aussi, les aides-soignants de l'accueil de ce service évaluent-ils les moyens cognitifs, psychologiques du patient à se soigner dans une autre structure de soins au risque de subir les reproches des médecins travaillant dans les boxes :

« Les aides-soignants se trouvent dans une position délicate, voire inconfortable, à la frontière entre deux tendances diamétralement opposées. Ils expliquent que les usagers présentent une version différente au moment de l'accueil et lors de la consultation avec le médecin, et ne manquent pas de rappeler la règle pour justifier l'inscription d'une demande abusive: « Les médecins râlent mais ont est bien obligé de les inscrire parce que s'il y a quelque chose de plus grave... »⁵⁰

Les aides-soignants de l'accueil le savent, ce critère d'admission du tout venant et des plus pauvres en particulier, entre en contradiction avec les normes cliniques et plus largement hospitalières :

« Le personnel, quand il est confronté à quelqu'un ayant un problème de santé jugé bénin, essaie d'évaluer son niveau de revenus et son mode de vie. Une présomption de pauvreté favorise l'enregistrement (...) Tous les sans-abri qui se présentent bénéficient d'une consultation médicale dans le service.⁵¹ »

Ces observations réalisées dans les hôpitaux français vont plutôt à l'encontre des observations réalisées par J. Roth et D. Douglas (Roth 1972, Roth et Douglas, 1983) dans les services d'urgences des hôpitaux américains. Dans ces services, les demandes considérées comme les moins légitimes sont l'alcoolisme, les maladies sexuelles et les cas psychiatriques. A contrario, celles formulées par des personnes dont la situation socio-économique est évaluée comme favorable, sont jugées plus légitimes.

Nous allons voir à présent que ce troisième critère « socio-économique » d'admission des patients dans le service d'urgence hospitalier joue également à la clinique mais dans un sens inverse. Une immersion dans le quotidien de ce service révèle en effet un univers et une « culture organisationnelle » très différente de celle qui prévaut aux urgences publiques.

⁴⁹ « Inversement, les gens qui donnent l'impression de ne pas avoir de problèmes économiques et sociaux, par exemple parce qu'ils sont accompagnés par un membre de leur famille et qu'ils disent avoir un emploi, sont réorientés plus facilement vers la médecine libérale. », *Ibid.*, p. 204.

⁵⁰ Kotobi L., Lénard C., « Accès aux soins et parcours du patient » in Fassin D. dir., *op. cit.*, p. 242.

⁵¹ Vassy C., *op. cit.*, p. 204.

2. DANS LE SERVICE D'URGENCE PRIVE

2.1. UNE MEDECINE « COMMERCIALE » ?

2.1.1. *Un service hébergé dans une clinique privée à but lucratif*

« Le terme de clinique privée est en réalité une « simplification de langage ». Derrière ce terme générique, peuvent se cacher en fait des montages juridiques complexes, fruits de l'assemblage de différents acteurs et sociétés gravitant autour du pivot de l'établissement : la société d'exploitation. Ces montages, variés et évolutifs, se construisent selon des logiques particulières, locales, le plus souvent pour des raisons financières et/ou fiscales par exemple de répartition optimale du bénéfice au vu de la législation⁵². »

Le secteur sanitaire privé se compose en France de deux types d'établissement : les établissements dits « commerciaux » (ou « à but lucratif ») et ceux dits « non commerciaux » (« participants au service public »). Les seconds sont, à certains degrés, intégrés au service public hospitalier et n'ont pas pour seul objectif le profit, tandis que ce que l'on nomme les « cliniques privées », sont des structures ayant « des objectifs, des règles de fonctionnement, une stratégie d'investissement qui en font avant tout des entreprises, semblables à celles du secteur industriel et commercial traditionnel »⁵³. Le poids de ces dernières dans la prise en charge des urgences n'a cessé d'augmenter depuis la fin des années 1990:

« En 2004, la part des passages aux urgences dans le secteur privé, a globalement encore augmenté atteignant 16% après être passée de 8% en 1997 à 12% en 2001. Cette augmentation est uniquement due aux établissements financés hors dotation globale⁵⁴, leur part étant passée de 7,6% à 11,3%, celle du secteur privé financé par dotation globale (DG) stagnant à 5% depuis 2001. Alors que l'activité des services d'urgences diminue légèrement dans le secteur public (-1%), elle progresse donc très nettement dans les établissements privés hors dotation globale (+13% en 2004). Cette croissance est essentiellement due aux créations de nouveaux services (dix en 2004), et à la montée en charge de ceux créés en 2003 (la taille moyenne des services d'urgences de ce secteur augmentant de 3%)⁵⁵. »

Le service d'urgence enquêté est implanté dans une clinique privée « hors dotation globale » de taille importante et à l'architecture moderne. Elle est située à l'entrée sud de la ville, au confluent de deux fleuves qui la bordent par le nord et l'est. A l'ouest de cet établissement se trouve une grande zone industrielle. Elle est située à quelques minutes en voiture du centre ville où se trouve

⁵² Claveranne J-P., Pascal C., Piovesan D., « Les restructurations des cliniques privées. Radioscopie d'un secteur en mutation », *Revue française des affaires sociales*, 2003/3, n°3, p. 62.

⁵³ Tanti-Hardouin N., *L'hospitalisation privée. Crise identitaires et mutation sectorielle*, Paris, Editions de la Documentation française, Coll. Les Etudes de la Documentation française, 1996, p. 38.

⁵⁴ « Les établissements hors dotation globale correspondent à l'ensemble des établissements privés ne participant pas au service public (privés non PSPH) [...] Les établissements financés par dotation globale représentent l'ensemble des établissements du secteur public (y compris les CHS) et des établissements du secteur privé PSPH. » Source : <http://www.ecosante.fr>.

⁵⁵ Carrasco V., « L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passages », *Drees, Etudes et Résultats*, n°524, septembre 2006, p. 3-4.

son homologue du public et elle est accessible sur son côté par les transports en commun (5 minutes à pied). Cette structure dont la capacité approche celle du CHU voisin, son concurrent direct, est le produit de la fusion de plusieurs cliniques chirurgicales :

« L'architecture du site a été entièrement conçue pour y accueillir, dans une logique de prise en charge globale des patients, le nouveau « pôle de santé » et ses partenaires : un centre d'imagerie médicale et de cancérologie, un laboratoire d'analyses médicales, un centre de rééducation et un plateau de consultations pluridisciplinaires.

L'ensemble de 37 000 m² compte 346 lits et places : 166 lits pour la chirurgie, 85 lits en médecine, 57 places dédiées aux prises en charge de chirurgie et anesthésie ambulatoires, 8 « lits-portes » d'urgence et 30 lits médico-chirurgicaux post-urgences. Y sont ajoutés 70 lits supplémentaires de médecine polyvalente et une structure de 80 lits de soins de suite et de réadaptation jouxtant la clinique, ainsi que 90 postes de consultations externes.

La clinique dispose d'un service d'urgences fonctionnant 24h/24, où elle accueille près de 20 000 patients par an. Elle compte 29 salles de bloc opératoire sur plus de 3 000 m². Elle assure l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales à l'exception de la chirurgie cardiaque et de la neurochirurgie, domaines réservés du CHU, et est en attente de l'autorisation d'ouvrir également une maternité.

L'établissement emploie 732 salariés et notamment 308 infirmières (IDE/IBODE), 142 aides-soignantes, 105 agents des services hôteliers, 17 cadres de santé. 104 médecins y exercent leur activité et en sont les actionnaires. La clinique compte plus de 60 000 admissions par an, et réalise chaque jour près de 200 interventions chirurgicales. Elle a triplé son activité en trois ans et embauché près de 300 nouveaux salariés sur la période⁵⁶. » [Chiffres de l'année 2009]

Au rez-de-chaussée, on trouve l'espace d'accueil où de charmantes hôtesse « triées sur le volet »⁵⁷ situées derrière un large comptoir, renseignent les patients et assurent leur orientation dans la structure. Autour de l'accueil, se répartissent les admissions, la salle de restauration destinée au personnel et aux patients, la boutique-relais et les urgences dont l'entrée se fait par l'arrière du bâtiment. Le plateau technique est situé au premier étage et les services d'hospitalisation occupent les 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} étage. La clinique est conçue comme une véritable entreprise de « production de soins », qui se doit d'être rentable pour ses médecins propriétaires-actionnaires. De fait, les spécialités considérées comme non rentables sont absentes de l'organigramme et plus particulièrement ce qui relève du médico-social et du médico-psychologique. Les considérations financières sont en effet omniprésentes dans cet établissement dont l'activité est strictement rationalisée et les médecins, à la recherche d'une optimisation toujours plus grande des outils et du temps de travail⁵⁸. Le témoignage suivant recueilli en

⁵⁶ Grévin A., « Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail. L'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Etude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée à but lucratif malades de « gestionnites », Thèse Sciences de gestion, Université de Nantes, Laboratoire d'Economie et de Management de Nantes Atlantique (LEMNA), Institut d'Economie et de Management de Nantes (IEMN-IAE), sous la direction de Mathieu Detchessahar, Professeur à l'Université de Nantes, décembre 2011, p. 169.

⁵⁷ Je reprends, ici, les propos d'un ambulancier qui m'apprend ce jour-là que ces hôtesse sont embauchées par la clinique via une agence spécialisée dans le recrutement d'hôtesse.

⁵⁸ Sur ce point, nous renvoyons le lecteur à l'analyse détaillée de l'organisation du travail faite par A. Grévin dans la thèse précédemment.

ambulance auprès d'une femme dont le mari a été hospitalisé, constitue un exemple parmi tant d'autres soigneusement notés sur le carnet de terrain tout au long de mon activité d'ambulancière. La patiente en question est soignée pour un cancer, je la prends en charge chez elle pour l'emmener à une séance de radiothérapie :

« Je transporte en VSL, une femme d'apparence « bourgeoise ». Au cours du trajet, elle explique que sa famille compte beaucoup de médecins. Elle a rendez-vous pour une consultation dans la clinique enquêtée : « Ah la clinique, je ne vous en dirais pas du bien. Je peux vous en dire. Moi, je dis là-bas, c'est le tiroir-caisse ». Je l'encourage alors à développer ses propos. Son mari a subi une opération dans cette clinique pour laquelle ils ont dû régler 450 euros de dépassement d'honoraire. Dix jours plus tard, le patient présente quelques complications. La clinique l'adresse en urgence dans une autre clinique située dans la même ville. Il subit une seconde opération pour laquelle ils règlent à nouveau 450 euros de dépassement d'honoraire. Toutefois, l'état clinique de son mari s'aggravant, l'équipe a fini par le transférer au CHU qui a clairement affirmé que la seconde opération avait été inutile. Elle ajoute avoir été outrée des dépassements d'honoraires pratiqués dans les deux cliniques et affirme que son mari a été très bien soigné au CHU⁵⁹. »

Les dépassements d'honoraires sont, en effet, la règle dans cette clinique et leurs taux sont modulés en fonction de la solvabilité des patients, comme l'illustrent ces deux témoignages de patients recueillis sur le terrain ambulancier :

« Octobre 2008 : Sortie d'hospitalisation à la clinique privée. La patiente est une femme d'environ 40 ans qui vient de se faire opérer du dos. Je suis assise à ses côtés dans l'ambulance et au vu de sa mutuelle, je devine qu'elle est fonctionnaire ce qu'elle confirme au cours de notre conversation. Elle travaille dans la fonction publique territoriale et elle « gagne bien sa vie ». Elle me dit ensuite avoir du payer 500 euros de dépassement d'honoraires : « Je ne trouve pas ça normal mais je n'avais pas trop le choix parce que mon chirurgien m'a dit : au CHU vous serez aussi bien soignée, mais l'attente est de 6 mois et il faut vous faire opérer au plus vite. Je me suis donc résignée à payer ces 500 euros en faisant 5 chèques différents. Ils seront encaissés mois par mois. »

« Novembre 2008 : Une dame d'environ 50 ans me raconte son expérience de la clinique : « La première fois me dit-elle, le montant du dépassement d'honoraire m'a surprise, mais j'étais tellement choquée par l'annonce de l'opération que je n'ai pas cherché plus loin et je me suis dit en fait que ça devait être normal. Mais j'ai su plus tard en discutant avec la secrétaire de ce chirurgien, que j'aurais pu négocier le dépassement d'honoraire si j'estimais que c'était trop cher et que j'aurais du mal à payer. La secrétaire m'a même affirmé que les honoraires se modulent en fonction des patients que le chirurgien a en face de lui. Ce n'est pas normal! En plus ce sont des moments où on est fragile, vulnérable et on ne le sait pas ». Plusieurs de ses amies se sont d'ailleurs également plaintes des dépassements d'honoraires pratiqués à la clinique⁶⁰. »

La règle est en revanche différente pour les patients provenant du service d'urgences de la clinique qui ne peuvent faire l'objet d'un dépassement d'honoraire. C'est la règle m'a-t-on expliqué, une information confirmée dans un rapport d'information présenté à l'Assemblée nationale en 2007 :

⁵⁹ Journal de terrain, ambulance, janvier 2010.

⁶⁰ Journal de terrain, ambulance.

« Comme l'a souligné M. Roger Ken Danis⁶¹, les praticiens ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires dans les structures des urgences du secteur privé à but lucratif. Il a affirmé qu'« il serait d'ailleurs inadmissible qu'il y en ait pour un patient entré dans l'établissement par les urgences puisque, par nature, les conditions nécessaires pour un éventuel dépassement d'honoraires ne sont pas réunies, à savoir le libre choix et le consentement éclairé préalable », soulignant que « c'est, pour l'ensemble de la fédération, une règle absolue », qui ressort d'ailleurs du code de déontologie médicale. En conséquence, il n'existe entre les secteurs publics et le secteur privé à but lucratif, aucune différence dans la prise en charge des urgences du patient⁶². »

Malgré tout, les spécialistes (chirurgiens ou non) de la clinique ont intérêt à prendre en charge les patients des urgences car ils constituent un vivier de recrutement d'une clientèle qu'ils vont par la suite pouvoir fidéliser⁶³. Cependant, étant située à proximité du Centre Hospitalier Universitaire enquêté la clinique partage de fait, le même bassin de recrutement de population. Face à cette concurrence, elle se doit d'être attractive pour capter et fidéliser la clientèle « solvable » ce qui se traduit, d'emblée pour le visiteur, dans l'architecture même de l'établissement :

« Le style très design de l'aménagement intérieur qu'on découvre en entrant dans le hall d'accueil pourrait être celui d'une chambre de commerce, si l'on ne rencontrait çà et là du personnel en blouse blanche entrant ou sortant, ou encore fumant sur le parvis au milieu de quelques patients et ambulanciers. Des hôtesses en tailleur fuchsia orientent les visiteurs dans cet univers feutré⁶⁴. La moquette et les couleurs discrètes rappellent le décor des hôtels modernes. Tout est fait pour dégager une impression de confort, de sécurité, de bien-être. La clinique Grandsoin a été classée récemment première clinique de France dans un des palmarès des médias nationaux et reste depuis dans le peloton de tête ; elle se doit de correspondre à l'image d'excellence qui est la sienne.⁶⁵ »

L'ornement du hall d'entrée qui n'a rien à envier à certains hôtels, ainsi que la médiatisation de la qualité des soins dispensés dans cet établissement, témoignent d'une politique de recrutement ciblée. D'ailleurs, une simple photographie de l'espace d'attente réservé aux entrées et sorties d'hospitalisation suffit à l'observateur attentif pour constater la présence régulière d'une patientèle aisée : sacs et valises de marque, les lunettes de soleil de marque qu'on garde sur le nez, le maquillage, les bijoux, la tenue vestimentaire, etc... Il serait inexact d'affirmer que ses indices sont complètement absents de l'espace d'attente du CHU mais ils s'observent beaucoup plus rarement.

⁶¹ Représentant de la Fédération de l'Hospitalisation Privée.

⁶² M. Georges Colombier, « La prise en charge des urgences médicales », Rapport d'information n°3672, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale, le 7 février 2007, p. 115.

⁶³ « J'ai vu à plusieurs reprises ces deux spécialistes réprimander certains médecins résidents de ne pas les avoir contactés pour s'occuper de clients. De fait, le Dr Bello s'était montré particulièrement agressif envers les médecins résidents, qui se vengent en retour en lui envoyant un minimum de clients. Alors que les spécialistes qui savent se montrer sympathiques feront appels aux urgences pour consulter « même pour de la bobologie » (selon un des résidents : Hubert, 37 ans), qui leur rapporte le prix de la consultation mais surtout le contact avec des clients potentiels qu'ils tenteront de fidéliser », Estèves M., *op. cit.*, p. 17.

⁶⁴ A l'occasion d'un transport dans cet établissement, un ambulancier m'avait appris que les « filles de l'accueil » de la clinique « sont louées à une agence qui les trie sur le volet ». (Carnet de terrain, octobre 2007).

⁶⁵ Grévin A., *op. cit.*, p. 268.

En tant qu'ambulancière, j'ai d'ailleurs pu observer à plusieurs reprises que cette clientèle était sensible à l'architecture et au décor de l'accueil de la clinique. Cette sensibilité se traduisait le plus souvent par des remarques portant sur les couleurs, la disposition des plantes, le sol, etc..., mais également à la musique classique diffusée en continu dans tous les ascenseurs de l'établissement. Nous sommes ici bien loin de l'univers du CHU :

« La direction de la clinique Grandsoin n'a bien sûr pas attendu ces études pour mettre en place ses propres indicateurs de suivi de son personnel et du climat social. La masse salariale représente en effet près de la moitié de ses charges d'exploitation. Le service des ressources humaines élabore chaque année un bilan social avec les indicateurs classiques que sont le turnover, l'absentéisme, les accidents du travail et suit soigneusement leur évolution, non sans quelque inquiétude.[...]. Si le nombre total de salariés de l'établissement est en constante augmentation, on note un recours croissant aux embauches en CDD, dont les fins de contrat sont également la principale cause de départ. Le nombre de départs volontaires sous forme de démission ou au cours de la période d'essai est également en forte augmentation, avec des conséquences lourdes pour les services sans cesse confrontés à des collègues nouveaux et inexpérimentés ne connaissant pas les pratiques de l'établissement. Pour les élus du CHSCT, il ne fait pas de doute que la plupart de ces départs volontaires sont dûs au climat social⁶⁶. »

Ce climat et le turnover important des équipes qui en découle, touche également le service d'urgences comme en témoigne les propos de ce médecin urgentiste exerçant à l'association SOS médecins :

« - *Nous d'ailleurs on avait proposé à SOS de tourner avec les urgences de la clinique mais ils n'avaient pas trop voulu. On est en bisbille, il y a des médecins qui ne nous aiment pas, c'est des histoires de jaloux, je ne sais pas. Ils avaient refusé et au début lorsque l'UPATOU était en pourparler, on avait dit : nous, on veut bien assurer les gardes à la clinique et on nous a dit non, il ne faut pas qu'il y ait une connotation SOS à clinique. Il faut rester ouvert parce que certains ne nous aiment pas. Donc après on a dit, bah tan pis vous faites ça sans nous.*

- *L'UPATOU en fait, c'est un service d'urgence ?*

- *L'UPATOU en fait oui, c'est ça, ça veut dire.... Je ne sais plus... mais c'est un service d'urgence oui. Et la clinique là-bas dans le sud quand ils ont recréé tout, c'est des fonds privés mais ils ont eu des aides de l'ARH parce qu'ils devaient faire un service d'accueil d'urgence et du coup, il y a eu des aides de l'Etat. Ils ont été preneur mais après il faut trouver les médecins pour faire tourner quoi.*

- *Oui. Et il y en a combien qui y travaille ?*

- *Je ne sais pas combien ils sont, 7 ou 8 je crois, un moment ils n'étaient pas assez nombreux, et il y a eu beaucoup de turnover. Les médecins, ils n'arrêtaient pas donc, du coup, ils sont partis⁶⁷. »*

Ces propos sont corroborés par le témoignage recueilli auprès d'un médecin urgentiste travaillant dans ce service d'urgence :

« Un samedi matin, le médecin « blasé » m'explique qu'il est de garde dans le service tout le week-end soit 36h00 d'affilée. Il me confie alors que ça les amène à faire des bêtises: « soit les gens sont résistants, soit ils ont des séquelles. »

⁶⁶ Grévin A., *op.cit.*, p. 278-279. C'est en raison de ce climat tendu que la Direction de l'établissement a commandé une étude auprès d'un laboratoire d'économie et de management qui a donné lieu à la réalisation de deux thèses de gestion.

⁶⁷ Entretien semi-directif, Médecin urgentiste : régulation du SAMU, SOS médecins.

Les conditions de travail en vigueur dans le service d'urgence de la clinique et leur impact sur la qualité des soins dispensés par ces médecins conduisent nombre d'entre eux à vouloir quitter ce poste dès que l'opportunité se présente.

Après avoir décrit l'environnement dans lequel s'inscrit le service d'urgence enquêté, nous invitons à présent le lecteur à pénétrer dans les coulisses de ce service pour y découvrir la vie quotidienne des médecins, infirmiers et aides-soignantes ainsi que les logiques internes, les enjeux et les tensions qui le traversent.

2.1.2. Un accueil (s)électif ?

C'est au tournant de l'année 2000 que les autorités sanitaires ont donné leur agrément à cet établissement privé pour la création d'un service d'urgence dont l'ouverture effective a eu lieu en 2004⁶⁸.

Ce service d'urgences est relativement invisible au public contrairement à son homologue du public. Situé à l'arrière de l'établissement, son accès est indiqué par un panneau placé à l'entrée de la clinique qui, à ma connaissance, constitue l'unique enseigne qu'on puisse trouver en ville signalant l'existence de ce service. De même, au cours de ces années d'enquête, j'ai pu constater au détour de discussions informelles, que nombre de mes interlocuteurs méconnaissaient ce service quand bien même ils résidaient ou bien travaillaient dans la ville enquêtée⁶⁹.

On postule ici que cette invisibilité des urgences de la clinique relèverait d'une volonté de la direction qui ne souhaite pas voir arriver le tout-venant dans son service. Cette hypothèse est étayée par l'invisibilité de deux autres services d'urgences privés lucratifs situés à moins de 5 kilomètres :

« Mon collègue m'explique qu'il est arbitre au club de football d'une commune voisine et que lors d'un échauffement, samedi après-midi, il s'est fait mal à la cheville. Il a appelé le 15 et leur a précisé qu'il était ambulancier et qu'il connaissait un peu. Le 15 lui a demandé s'il pouvait rentrer chez lui et appeler SOS médecin, ce qui fut fait. SOS médecin par prudence souhaitait qu'il passe une radio pour voir si rien n'était cassé ou fêlé. Le médecin lui dit alors : « je vais vous adresser à la polyclinique, ce sera moins long qu'aux urgences du CHU ». Mon collègue était très étonné car il n'avait jamais entendu parler de ce service d'urgence auparavant. Par la suite, la secrétaire de cet établissement lui a expliqué qu'un samedi/dimanche c'était la polyclinique qui assurait les urgences et que le week end d'après c'était la clinique Jules Verne⁷⁰. »

⁶⁸ Tuffreau F., *op. cit.*, p. 5.

⁶⁹ Je fus moi-même longtemps dans cette ignorance (cf. introduction).

⁷⁰ Journal de terrain, ambulance, novembre 2008.

Les ambulanciers eux-mêmes, pour la plupart, méconnaissent l'existence de ces deux services d'urgence qui volontairement, ne diffusent pas l'information. Sur la base de ces quelques éléments de description, on peut d'ores et déjà avancer l'idée qu'un patient n'entre pas par hasard dans le service d'urgence enquêté : soit il est bien informé ou bien il est adressé par un initié.

L'entrée des « urgences » se faisant à l'arrière de l'établissement, les « transporteurs » et/ou les particuliers doivent rouler sur quelques dizaines de mètres avant d'arriver aux portes du service. On y pénètre par une porte vitrée coulissante dont l'ouverture est automatique en journée et contrôlée la nuit, via un bouton depuis l'accueil. Une fois la porte franchie, on découvre un service d'urgence de petite taille composé de 7-8 boxes, 8 lits portes, une salle d'attente, une salle de pause⁷¹, une salle de soins⁷², une « salle de plâtre », un vestiaire et une pièce « logistique » pour les produits d'entretien. Il n'y a pas de hall d'entrée contrairement au service d'urgence du CHU ; aussi la porte vitrée s'ouvre-t-elle directement sur l'espace accueil qui fait également office d'espace de travail pour l'ensemble du personnel. Cette absence de « sas » entre l'entrée et la zone de travail des professionnels, n'est pas sans poser quelques problèmes dans le cas de patients agressifs :

« Des « gens du voyage » entrent dans le service (la seule fois durant la passation). Le patient concerné (malaise cardiaque, il a eu un infarctus, triple pontage) sort du box pour aller fumer accompagné de quatre membres de sa famille. L'aide-soignante puis le médecin tentent, sans succès, de faire entendre raison au patient. Ils semblent résignés: « De toute façon avec ces gens-là ! »; « Faut pas chercher avec ces gens-là ». Lorsque le patient a terminé sa cigarette, il ne revient pas dans le box mais décide de rester en salle d'attente avec sa famille. Le médecin commente: « Ces gens là et les alcoolos faut pas insister ». Il y a quelques mois, ils ont déjà eu une mauvaise expérience avec des Roms et ne souhaitent pas envenimer la situation. Dix minutes plus tard, cinq autres membres de la famille arrivent dans le service, l'aide-soignante ne parvient pas à faire respecter les règles : « Une personne seulement avec le patient, les autres dans la salle d'attente sinon elle appelle le PC sécurité ». Ils commencent alors à l'insulter. Le médecin : « Ils sont ingérables, c'est toujours comme ça!⁷³ »

L'architecture du service n'a pas été conçue pour accueillir des patients agressifs ce qui expose le personnel, directement, aux patients agités et/ou violents contrairement à la situation qui prévaut au service d'urgence public :

⁷¹ C'est un lieu où les langues se délient davantage et où l'enquêteur peut glaner des informations intéressantes : « Discussion entre une aide-soignante et une infirmière. Cette dernière affirme que travailler au CHU ou dans la clinique « ce n'est pas la même chose. Au CHU les horaires sont plus confortables ». Toutefois, le point négatif c'est que les aides-soignantes et les infirmières sont séparées dans leur travail au CHU, il y a selon elle, une distinction nette entre les diverses catégories personnels, « alors qu'ici tout le monde se tutoie, se vanne » entre médecins, infirmières et aides-soignantes. Les infirmières réalisent parfois des tâches d'aides-soignantes et le médecin celui de l'infirmière lorsqu'il n'y a pas beaucoup de patient. »

⁷² Pièce où se trouve la réserve de médicaments, de pansements et d'outils nécessaires à la réalisation des soins.

⁷³ Journal de terrain, 1er novembre 2007.

« - Mais en tant que régulateur, c'est à vous de faire attention aussi ? Ca rentre en ligne de compte ?

- On ne demande pas aux gens s'ils sont CMU. Non, non, après on voit. Si les pompiers nous disent : « On a ramassé un SDF qui vomit du sang, qui est sur la rue ». Bon bah là, on lui dit plutôt d'aller aux urgences. Parce qu'aussi, il faut reconnaître qu'ils sont plus nombreux en personnel de garde. En aide-soignante, en infirmière, ils sont beaucoup plus nombreux aux urgences. S'il y a de l'agitation, il y a la police aussi souvent aux urgences.

- Oui c'est vrai.

- A la clinique, ils n'ont pas la police. Il faut les faire venir. C'est arrivé pour des manouches l'autre fois-là. C'est compliqué, il faut leur envoyer la police pour déloger les.... Bon c'est de la tension, un alcoolique qui s'énerve, aux urgences on est plus nombreux pour l'attacher, tout ça.⁷⁴ »

Contrairement aux urgences du CHU, la police est rarement présente à la clinique comme j'ai pu le constater au cours du mois d'enquête dans ce service. La seule fois où ils se sont présentés, ce n'était d'ailleurs pas pour faire ausculter un prévenu mais pour soigner l'un des leurs :

« En fin de journée, vers 18h30 les sapeurs-pompiers arrivent. Le patient est une policière qui s'est faite rouler sur la jambe, elle sortira fumer une cigarette en clopinant⁷⁵. »

De sa position, l'aide-soignante peut néanmoins observer et d'une certaine manière contrôler et/ou surveiller les individus qui entrent dans le service et ceux qui patientent dans la salle d'attente. La nuit, réputée pour ses patients atypiques, l'aide-soignante peut ainsi refuser l'ouverture de la porte grâce au bouton de commande. Ce rempart contre un éventuel danger est d'autant plus important que l'équipe de garde se limite à un seul médecin et quelques autres soignants généralement de sexe féminin. Il est rare cependant que la personne de ce service soit confrontée à des patients agressifs⁷⁶.

Au sein de cet espace polyvalent, de nombreux professionnels se côtoient dans une relative promiscuité : les soignants du service d'urgences, les médecins-chirurgiens des services d'hospitalisation « descendant » ponctuellement pour donner leur avis sur un patient, les

⁷⁴ Entretien semi-directif au domicile. Médecin régulateur au SAMU, SOS médecins.

⁷⁵ Journal de terrain, octobre 2007.

⁷⁶ Deux ans plus tard, des travaux ont été effectués pour agrandir le service. C'est à l'occasion d'un transport sanitaire que je découvre la nouvelle physionomie du service : « Nous arrivons aux urgences privées qui ont changé de physionomie : il y a une première baie coulissante qui nous conduit dans un petit sas dont la longueur n'excède que de quelques centimètres, celle du brancard, qui n'est pas loin de toucher la deuxième porte vitrée (opaque, qui ne nous permet pas de voir l'intérieur du service) qui donne accès au service d'urgence lui-même. A la droite de ce sas qui fait environ 4-5 mètres carrés, se trouve un comptoir de 2,5 mètres avec sur la chaise de gauche, « le service facturation » et sur la chaise de droite, le service accueil où une AS demande carte vitale et mutuelle aux personnes avant leur entrée ensuite dans le service. Encore à droite, il y a une salle d'attente de 15 mètres carré environ avec deux bancs dos à dos, une TV et des distributeurs de boissons et friandises. Après 10 minutes d'attente, l'infirmière ouvre la seconde porte vitrée et nous autorise à entrer. Elle demande comme il est d'usage, pour quelle raison la personne vient et on change la personne de brancard. Après nous l'avoir dit, elle dit alors à la patiente : « Je ne vous cache pas qu'il y a pas mal d'attente ! ». Pour le gendre et la fille, il faudra patienter à l'extérieur, dans la salle d'attente comme le font déjà 5-6 personnes. Le service compte désormais davantage de boxes séparés, à l'instar de l'organisation des urgences publiques, en unité traumatologie d'un côté et unité médecine de l'autre. », carnet de terrain, mai 2009.

« manipulateurs radio » qui naviguent continuellement entre les urgences et la salle de radiologie attenante⁷⁷. On y observe l'aide-soignante mener un entretien avec un patient afin de recueillir les éléments nécessaires à son admission. A sa droite, se trouve une secrétaire du service facturation de la clinique qui est présente dans le service tous les jeudis et vendredis. Elle est chargée de gérer la comptabilité du service d'urgence : elle vérifie le codage des actes réalisés par les médecins⁷⁸ et saisit les factures qu'elle envoie ensuite aux patients par voie postale.

Autour d'elles, le reste du personnel est sans arrêt en mouvement : les infirmières et aides-soignantes entrent et sortent de cet espace réservé à l'équipe pour se rendre dans un box ou dans la salle de soins contiguë. Quant aux médecins, ils consultent un dossier, saisissent leurs actes sur un des ordinateurs mobiles du service ou encore répondent à un appel téléphonique d'un confrère en ville, etc...

Si la personne arrive seule et que l'aide-soignante est déjà occupée, l'infirmière ou le médecin qui passe par là s'enquiert systématiquement des raisons de la venue du patient. Après interrogatoire, s'ils pensent que ce n'est pas grave, ils les invitent à s'asseoir sur une des trois chaises prévues pour l'attente avant la prise de renseignements administratifs. Si le patient est jugé comme étant dans un état plus grave, les infirmières l'installent directement sur le brancard et le dirigent vers un box disponible. L'aide soignante se déplace alors dans le box pour recueillir les informations nécessaires à l'élaboration du dossier s'il n'est pas accompagné. Dans le cas où tous les boxes sont occupés, il patiente dans l'espace où sont entreposés les brancards et fauteuils roulants. Quand le patient arrive en ambulance, l'infirmier et les ambulanciers font les « transmissions » et les ambulanciers, avec l'aide parfois du personnel, « transfèrent » le patient sur un brancard du service. L'ambulancier se dirige ensuite vers l'accueil pour « faire l'admission » du patient avec l'aide-soignante. La procédure est quasi similaire à celle qui est en vigueur aux urgences du CHU : l'aide-soignant d'accueil demande les informations relatives à sa situation administrative, économique et sociale soit, la carte vitale dont elle fait un « reflet », la carte de mutuelle du patient qu'elle photocopie, le nom du médecin traitant, ses coordonnées postales et téléphoniques, la personne à prévenir en cas de problème, etc... Puis, elle imprime les documents pour constituer le dossier du patient qu'elle dépose ensuite dans le casier « attente »⁷⁹. Cette

⁷⁷ Ce qui est également le cas pour le service d'urgence de la clinique de Longueville étudié par Michel Estèves. Cette organisation n'est pas un hasard, le service des urgences étant un gros utilisateur de radioscopies.

⁷⁸ Les médecins codent chacun de leurs actes en temps réel sur un ordinateur.

⁷⁹ A côté du casier « attente », il y a deux casiers « déchoc », 6 casiers pour les "box", un pour la radiologie et un pour les plâtres.

organisation peut provoquer des altercations avec les « transporteurs » qui n'apprécient pas de devoir attendre que l'aide-soignante fasse le dossier administratif du ou des patients précédents avant de pouvoir « déposer » leur patient et repartir. L'anecdote qui suit mettant aux prises l'aide-soignante de l'accueil et un des médecins urgentistes avec des ambulanciers privés, est révélatrice des tensions quotidiennes qu'on peut observer dans ce service :

Journal de terrain, Octobre 2007

Il est environ midi quand des ambulanciers privés arrivent avec une dame âgée de 80 ans pour une suspicion de fracture du poignet. L'accueil du service est relativement encombré entre les trois brancards en attente, les accompagnants et les ambulanciers. L'aide-soignante est en train de faire une entrée, les ambulanciers patientent deux minutes puis ne voulant pas attendre davantage, décident de transférer la patiente sur un brancard du service. Voyant cela, l'aide-soignante les interpelle: « Avez-vous demandé à quelqu'un avant de mettre votre patient sur le brancard ? ».

Un des ambulanciers répond: « Non ».

L'aide-soignante: « Ah bah ! il faut demander, c'est comme ça que ça se passe normalement. Il faut attendre. »

L'ambulancier: « Oui mais on est appelés sur une autre urgence »

Un des médecins intervient, elle a tout entendu: « Au CHU c'est pareil, vous devez attendre ».

L'ambulancier: « Non. On dépose le patient et on repart »

Le médecin: « Ah bon? Vous ne faites pas l'entrée? »

L'ambulancier: « Si mais, y'en a un qui fait l'entrée et l'autre qui dépose le patient »

Le médecin: « Ah bah ! vous attendez quand même. Les papiers ne se font pas en deux minutes... »

Cette scène illustre les conflits de logique opposant les personnels du service aux ambulanciers qui sont pressés, par leur régulateur, de se libérer rapidement pour intervenir sur une autre urgence. Ainsi, ils ne comprennent pas toujours le travail de l'aide-soignante statique derrière son ordinateur puisqu'au CHU disent-ils, « ce n'est pas comme ça ». Il est vrai, d'après mon expérience, que l'admission prend un peu plus de temps dans ce service car d'une part, l'aide-soignante demande davantage de renseignements et d'autre part, elle doit parallèlement gérer les appels provenant de l'extérieur, les changements de box et les sorties du service. Or, au service d'urgence public, ces tâches sont divisées entre personnel administratif et aide-soignant. Face au mécontentement des ambulanciers, l'aide-soignante explique qu'elle ne fait qu'obéir aux directives: « ici, c'est les papiers tout de suite, c'est une obligation. On nous impose de faire

comme ça⁸⁰ ». Ces informations sont, en effet, indispensables à la clinique pour le recouvrement des factures et la tâche administrative est telle que l'aide-soignante me confiera même un jour, que ce poste « c'est du vrai secrétariat ».

Malgré tout, les ambulanciers sont contraints d'accepter cette organisation et de faire profil bas dans l'intérêt financier de l'entreprise :

« Le premier jour de passation, une entreprise d'ambulance privée vient, dans la matinée, chercher un patient situé dans un des lits porte pour qu'il soit transféré dans une autre clinique. Je constate que cette entreprise d'ambulance récemment créée pour assurer principalement des transports sanitaires d'urgence, a fait de la publicité auprès de ce service : ils ont distribué des calendriers, des blocs notes et des crayons à double mines (bics et fluo) au personnel du service. Tout le monde en a dans sa poche car « il est pratique ». L'objectif de cette publicité est d'amener le personnel du service à les appeler en priorité pour toutes les sorties. Le premier jour de passation, cette entreprise est venue à trois reprises prendre des patients pour les ramener au domicile ou bien les faire hospitaliser dans un autre établissement. Il faut savoir qu'à contrario, l'entreprise dans laquelle je travaille vient peu dans ce service⁸¹. »

Les entreprises d'ambulance sont en concurrence pour l'obtention des transports sanitaires. Dans ce cadre, les patrons usent de divers moyens pour s'attirer les faveurs des infirmières et des aides-soignantes afin qu'elles appellent leur entreprise plutôt qu'une autre. Ils sont donc dépendants des services dont celui des urgences ce qui les contraint notamment à accepter cette lourdeur administrative. A cet égard, la situation des sapeurs-pompiers est toute autre puisqu'ils constituent un service public :

« Un patient victime d'un infarctus a été amené par les pompiers. Au moment où l'infirmière parle, le malade revient d'une coronarographie avec un pronostic vital engagé: « J'aimerais bien que les sapeurs-pompiers soient là pour voir ça. Je leur dirai, voilà l'état de votre patient. » L'aide-soignante ajoute: « En ce moment, les pompiers, ils déposent les patients et ils se barrent sans qu'on ne voit rien du tout!⁸² ».

On constate ici que le personnel des urgences n'a aucun moyen de contraindre les sapeurs-pompiers à attendre pour « faire les papiers d'admission ». Bien plus, à l'instar des observations réalisées par Michel Estèves, les relations qu'entretiennent ces professionnels sont plutôt tendues⁸³. Elles diffèrent sensiblement de l'ambiance conviviale voire amicale qui peut régner aux

⁸⁰ Cette attention forte portée à la situation administrative des patients dès leur arrivée dans le service a également été repéré par Jean Péneff dans une clinique privée de l'ouest de la France: « *A côté de Port-Ouest, existe une station balnéaire riche. On trouve une clinique réputée [...]. L'accueil est plutôt froid, immédiatement sélectif quant aux ressources du candidat à l'admission: « Vous avez une carte de Sécurité sociale? Vous avez une mutuelle? »*, in Péneff J., *L'hôpital en urgence*, Métailié, 1992, p. 30.

⁸¹ Journal de terrain, octobre 2007.

⁸² Journal de terrain, octobre 2007.

⁸³ « *L'accueil réservé aux sapeurs-pompiers par les soignants y est plutôt froid, le médecin ne se détourne pas de ses activités et leur adresse rarement un mot d'accueil. Une journée de décembre 1997, j'ai assisté à la livraison par les pompiers d'un homme (environ 65 ans) qui avait subi un traumatisme crânien avec perte de connaissance. Le médecin résident reproche vivement aux pompiers d'avoir amené un tel cas : il leur ordonne de transférer ce patient*

urgences publiques entre les sapeurs-pompiers et les soignants (en dépit de quelques tensions).⁸⁴

Mais aussi avec les ambulanciers:

« Aux urgences de la clinique ils sont snob, c'est pour les bourgeois. Quand tu arrives, ils sont froids avec toi tandis qu'au CHU c'est comme des collègues, c'est collégial. A la clinique, il faut connaître pour y aller, il y a très peu de gens qui savent qu'il y a des urgences là. Moi j'ai un pote qui s'était fait mal à la main, je suis venu là avec lui parce que je savais qu'il allait être pris plus rapidement et puis, c'est le standing. Tu n'as pas à te taper des gens à côté, tu es dans ton box, tu as la télé⁸⁵. »

D'ailleurs, la présence de ces transporteurs aux urgences de la clinique est plutôt rare comparée à ce que j'ai pu observer aux urgences du CHU⁸⁶. Une fois l'admission terminée, l'aide-soignante invite le patient à se diriger vers la salle d'attente située en face de l'accueil. L'attente varie entre 30 minutes et plus de 3h00⁸⁷, la présence d'une télévision dans la salle prévue à cet effet, permet de faire patienter les patients plus facilement ce qui n'empêche pas certains de râler :

« 10ème jour de passation: un jeune se présente avec sa mère pour un traumatisme à la cheville. Après avoir fait l'entrée, elle demande pour combien de temps elle en a. L'aide-soignante lui répond qu'il y a deux heures d'attente. La femme est étonnée, elle ne s'attendait pas à attendre aussi longtemps⁸⁸. »

Cette femme dont on ne sait si elle a été adressée par son médecin ou bien, si elle est venue d'elle-même, pensait visiblement que les urgences d'une clinique allaient permettre une rapidité de prise en charge et donc un confort qu'elle ne trouverait pas ailleurs. Cette représentation est d'ailleurs partagée par des professionnels, tel ce médecin généraliste libéral :

« Il est 13h15, le téléphone sonne. Un des médecins urgentistes décroche. C'est un médecin de ville qui appelle car il a un patient qui souffre d'une douleur thoracique. Il veut savoir combien de temps d'attente il y a dans le service. L'urgentiste montre son agacement: « Il a mal, il nous l'envoie, il n'a pas mal il nous l'envoie pas. Il ne pose pas la question !⁸⁹ »

Les prescripteurs extérieurs et parmi eux, les pharmaciens, diffusent également l'idée que dans ce service la prise en charge est plus rapide qu'au CHU :

« On est samedi, un couple est orienté vers le service pour une plaie nécessitant des points de suture suite à une chute « par maladresse ». Ils étaient à un mariage et se sont adressés, dans un premier temps, à une pharmacie. Celle-ci les a dirigés vers le service d'urgence de la clinique arguant qu'il s'agit d'un « service spécialisé ». Quand l'aide-soignant leur apprend qu'il y a plusieurs

sur l'hôpital public X. Les pompiers doivent contrôler les aiguillages des clients en évitant d'orienter certains types de patients vers la clinique de Longueville. », M. Estèves, op. cit., p. 16.

⁸⁴ Comme l'a également observé Jean Péneff (1992).

⁸⁵ Conversation informelle recueillie dans l'ambulance, avril 2007.

⁸⁶ Ce constat est également partagé par Carine Vassy dans le cadre de l'étude collective réalisée avec Didier Fassin et Marie-France Couillot, *op.cit.*, p188. Nous verrons dans le prochain chapitre que cette impression était fondée. En revanche, les sapeurs-pompiers ayant passé une convention avec les urgences de clinique enquêtée par Michel Estèves, leur présence dans le service était accrue.

⁸⁷ En général, l'attente n'excède pas 1h30.

⁸⁸ Journal de terrain, octobre 2007.

⁸⁹ Journal de terrain, octobre 2007.

heures d'attente (jour de grève des urgences du CHU), ils décident de repartir: « On nous avait dit qu'il y avait moins de monde ici⁹⁰ ».

A plusieurs reprises, j'ai pu constater que certains patients appelaient les urgences privées pour connaître le temps d'attente et selon la réponse, décidaient s'ils se déplaçaient ou non⁹¹. Cependant, dans la grande majorité des cas, ce sont les médecins de ville (généralistes et spécialistes) et non pas les patients eux-mêmes, qui appellent quotidiennement et plusieurs fois par jour pour adresser un de leurs patients à la clinique :

« Le 6ème jour de passation du questionnaire, à l'occasion d'une conversation téléphonique. J'entends le médecin urgentiste demander à un médecin généraliste de ville qui souhaite adresser son patient au service, le type de pathologie du patient mais également, et ce n'est pas la première fois, s'il a une mutuelle. Enfin, on apprend également que ce patient est « architecte »⁹². »

Que ce soit au cours de mon activité d'ambulance ou bien lors de mon enquête dans ce service, j'ai pu constater à plusieurs reprises l'existence d'une telle sélection des patients à l'entrée des urgences privées. Ces appels fréquents trahissent en effet, l'existence en amont de ce service d'un réseau médical d'adressage et donc d'un filtre médical à l'entrée.

2.1.3 La prise en charge médicale

L'attente du patient se termine par l'appel d'un des médecins urgentistes du service qui, après avoir consulté brièvement son dossier, vient le chercher en salle d'attente. Dans le cas où le patient arrive en brancard, le service est organisé de telle sorte que pour chaque patient, une infirmière et une aide-soignante l'installent dans un box pour le préparer à la consultation médicale :

« La procédure d'accueil au sein de cette unité est clairement établie et incite à une prise en charge efficace du patient : « On a un binôme soignant aide-soignant/infirmier donc on a l'aide-soignante qui réalise [...] l'entrée administrative qui aussi va mettre un premier motif d'admission puis secondairement donc le patient est très vite vu par une infirmière d'accueil [...] qui va du coup euh ! suite à une procédure interne réaliser un entretien d'accueil euh ! Complété par des, on va dire, premiers bilans cliniques [...] et elle transmet donc justement au médecin, le médecin régulateur du service pour en fait effectuer une priorisation du patient » (Cadre des urgences). Une fois le patient traité, celui-ci peut être amené à sortir (rentrer chez lui ou être transféré dans un autre établissement) ou à être hospitalisé dans la clinique. Il est parfois directement conduit au bloc opératoire.⁹³ »

⁹⁰ Journal de terrain, octobre 2007.

⁹¹ Il est arrivé qu'un particulier appelle ce service des urgences du CHU afin de connaître le temps d'attente. L'aide-soignante était outrée, elle lui a répondu: « Si vous êtes aux urgences du CHU, vous devez y rester ».

⁹² Journal de terrain, octobre 2007.

⁹³ Gentil S., « Gérer l'événement dans un contexte d'industrialisation des soins une approche par l'activité de la coordination au bloc opératoire », Thèse en Sciences de gestion, sous la direction de Mathieu Detchessahar, LEMNA, Université de Nantes, 2012, p. 326.

Le médecin prend le dossier d'un patient dans le casier attente et se dirige vers le box correspondant. Il établit son diagnostic, rédige le compte-rendu médical et explique à l'infirmière les soins qu'elle doit effectuer. C'est une fois les soins réalisés que je m'autorisais à entrer dans le box pour obtenir les informations manquantes. Le service comprend 8 boxes individuels⁹⁴ répartis autour de l'espace central (accueil et soignant), ce qui permet à l'équipe d'avoir un œil en permanence sur tout le service. A l'intérieur de ces boxes, je fus surprise la première fois de découvrir un téléviseur écran plat qu'on ne trouve pas dans les boxes du CHU voisin et dont la présence, loin d'être anodine, dénote une volonté d'attirer et de fidéliser une clientèle par la qualité du confort de ce service. Ce matériel présente également, pour le personnel, un intérêt « organisationnel » car il permet de faire patienter plus facilement les patients et de limiter ainsi la survenue de situations conflictuelles.

Lors de l'enquête, l'équipe médicale était composée de cinq urgentistes (trois hommes, deux femmes) qui se relayaient dans le service pour assurer une permanence médicale 24h/24h⁹⁵. Le profil de médecins recrutés par la clinique a fait l'objet de nombreuses discussions à l'ouverture du service, en témoigne un médecin urgentiste exerçant à SOS Médecins et au SAMU :

« A Vannes, ils ont créé une clinique qui marche comme l'UPATOU de la clinique, qui marche qu'avec des urgentistes comme nous. Nous, d'ailleurs, on avait proposé à SOS de tourner avec la clinique mais ils n'avaient pas trop voulu. On est en bisbille, il y a des médecins qui ne nous aiment pas, c'est des histoires de jaloux, je ne sais pas. Ils avaient refusé et au début lorsque l'UPATOU était en pourparlers, on avait dit, nous on veut bien assurer les gardes à la clinique et on nous a dit non, il ne faut pas qu'il y ait une connotation SOS à clinique, il faut rester ouvert parce que certains ne vous aiment pas. Donc après on a dit, bah ! Tant pis ! Vous faites ça sans nous.⁹⁶ »

La responsable de l'unité m'a-t-on expliqué, « n'est pas en pratique la chef des urgences ». Elle est au même rang que les autres médecins mais « pour ouvrir un service, il faut avoir un chef sur le papier qui fait l'interlocuteur avec l'extérieur ». Chaque médecin de la clinique exerce en libéral contrairement aux autres professionnels (infirmières, aides-soignantes, ASH, etc...) qui sont tous salariés.

« Elle [l'UPATOU] fonctionne avec une équipe de 4 médecins urgentistes (3ETP) et avec la participation de MG vacataires. La montée en charge de cette unité s'effectue plus rapidement que prévu. Après un mois d'ouverture, les urgentistes de la clinique reçoivent chaque jour en moyenne

⁹⁴ Ce qui n'est pas systématiquement le cas dans le CHU voisin où il existe même une commune d'environ 10 lits appelée « salle marine ».

⁹⁵ Le reste du personnel (aide-soignant et infirmière) est presque exclusivement de sexe féminin. A ma connaissance, il y avait un seul infirmier d'une trentaine d'années qui était également engagé au titre de volontaire dans les sapeurs-pompiers. Il aspirait à entrer au SAMU et en attendant il faisait des remplacements dans la clinique. Nous n'avons pas pris le soin de recenser le nombre de personnel non médical en journée mais d'après les notes de terrain, il s'agit d'une petite équipe (en tout, pas plus de 10 personnes).

⁹⁶ Entretien semi-directif au domicile d'un médecin urgentiste exerçant à la régulation du SAMU et à SOS Médecins.

25 à 30 patients (contre 250 au CHU) l'objectif étant de prendre en charge sur l'année entre 15 et 20000 patients. Les médecins qui y exercent ont, comme les autres praticiens de la clinique, un statut de médecin libéral et sont rémunérés en fonction de leurs actes⁹⁷. »

Hiérarchiquement, les infirmières et aides-soignantes sont sous les ordres non pas des médecins mais de la « Responsable de l'unité de soin » qui m'a accueillie le premier jour. Aussi, la chef des urgences n'a en théorie aucun pouvoir que ce soit sur le personnel salarié de la clinique ou sur les médecins qui exercent en tant que libéraux (payés à l'acte) : « Elle peut tout juste voir les fautes graves et les faire remonter à la direction mais elle ne gère pas leur planning ». Parallèlement à leur activité dans ce service, les médecins travaillent et/ou ont travaillé dans le secteur public d'après le peu d'informations que j'ai recueillies sur ce point au cours de cette enquête⁹⁸ :

« - Un médecin résidant à Paris. Il n'accepte pas n'importe quel cas, il a ses préférences. Il travaille dans ce service pour se faire de l'argent, il fait appeler un taxi à la fin de sa journée ou de sa garde. Il se rend à l'hôtel lorsqu'il reprend une garde dans le service ou à la gare pour prendre un train qui le ramène sur Paris.

- Une femme médecin de 40-45 ans qui travaille uniquement à la clinique. Elle reçoit régulièrement des patients au « bureau de consultation des urgences » dans le bâtiment attenant à la clinique.

- Un jeune médecin (une trentaine d'années) dynamique qui ne cesse d'enchaîner les patients. Il travaille dans ce service parallèlement aux urgences publiques d'un hôpital local situé à 80 km⁹⁹.

- Le médecin « blasé » et cynique est âgé d'environ 50 ans. Sa passion c'est l'avion. Il a travaillé à la régulation du 15, il a arrêté il y a un an : "Il faudrait supprimer le 15 parce que les gens appellent pour tout et n'importe quoi¹⁰⁰ ».

Ces médecins urgentistes ne sont pas, pour la plupart, imprégnés de la culture « commerciale » de la clinique. Ils y travaillent ponctuellement, à un moment de leur carrière, pour diverses raisons et suivent les règles de l'établissement de soins dans lequel ils exercent. Nous y reviendrons dans le paragraphe suivant.

L'essentiel des tâches administratives étant réalisées par l'aide-soignante d'accueil, les médecins de ce service se chargent du recueil d'informations médicales et des papiers afférents (fiche individuelle de soins, ordonnances, cotation des actes). Une fois l'étape de diagnostic franchie, deux options se présentent : soit le patient est soigné aux urgences et il repart chez lui soit, il est hospitalisé dans la clinique.

Dans le premier cas, le patient peut être dirigé vers le service de radiologie pour des examens complémentaires (radio, scanner, échographie)¹⁰¹. Le médecin peut également contacter le

⁹⁷ Tuffreau F., *op. cit.*, p. 5-6.

⁹⁸ L'objectif étant de passer des questionnaires, l'observation menée parallèlement a porté davantage sur l'organisation du service et les pratiques d'accueil du personnel que sur leur profil.

⁹⁹ Il s'agit du service d'urgence de l'hôpital étudié par Jean Péneff dans son premier ouvrage consacré aux urgences, *op. cit.*, (1992).

¹⁰⁰ Journal de terrain, octobre 2007.

laboratoire pour des examens de sang ou urinaires ou bien simplement prescrire des médicaments. Puis le médecin rédige son diagnostic, les actes pratiqués (pose de plâtre, pansements, points de suture, etc...), le traitement qu'il prescrit éventuellement. Le cas échéant, il délivrera une ordonnance ou bien un arrêt de travail. Enfin, il saisit sur un ordinateur la cotation du ou des actes qu'il a réalisés et dont sa rémunération dépend. Lorsqu'il estime qu'une « consultation de suivi » est nécessaire, s'il s'agit par exemple d'une entorse ou d'une fracture ayant nécessité la pose d'un plâtre dans le service, il donne rendez-vous au patient au « bâtiment des consultations ». Ces derniers repartent ensuite soit, par leurs propres moyens soit, en ambulance sur prescription médicale¹⁰², sans avoir à régler sur place la consultation :

« Il est 8h40. Appel d'une dame dont la fille souffre d'une entorse au pouce. Elle veut prendre rendez-vous pour une radio. L'aide-soignante de l'accueil lui explique qu'on ne prend pas de rendez-vous aux urgences de la clinique, il faut aller passer une radio en ville. La dame répond: « Oui mais les cabinets de radio sont saturés ». Puis, elle précise que son mari est médecin. L'aide-soignante dit alors: « Vous pouvez venir ici mais vous serez vue par un médecin urgentiste avant la radio ». Une fois le combiné raccroché, l'AS et l'infirmière commentent: « C'est facile de venir ici. En plus, on n'avance pas les frais! ». A plusieurs reprises, au moment de leur départ, des patients se sont étonnés de ne pas avoir à régler la consultation. L'aide-soignante leur délivrait toujours la même réponse: « Non, non, la clinique vous enverra la facture ». D'autres s'étonnaient qu'une facture leur soit envoyée, ils demandaient alors des explications à l'AS qui devait ainsi répéter le même discours plusieurs fois par jour: « Comme la clinique n'est pas conventionnée avec votre mutuelle, vous devrez faire l'avance de frais¹⁰³ ». »

Après trois jours de passation, je constate en effet que la secrétaire chargée de la facturation prépare et envoie, au domicile des patients, un courrier récapitulatif des frais de soins dispensés dans le service. En revanche, pour les attelles et les béquilles délivrées aux patients sur prescription médicale, une facture est établie au nom de la société privée avec laquelle la clinique travaille. Les patients ont alors le choix de régler sur le champ par chèque, au nom de la société, ou bien plus tard¹⁰⁴. Ils seront ensuite remboursés intégralement grâce à la prescription

¹⁰¹ Si la radio révèle une fracture ou bien une entorse, le patient sera dirigé vers la salle de plâtre. Selon les cas, il appliquera une attelle plâtrée ou bien un strapping.

¹⁰² C'est à l'aide-soignante de l'accueil que revient la tâche d'appeler l'ambulance. D'où l'intérêt, pour les entreprises d'ambulances, de distribuer de menus « cadeaux » (stylos, calendriers, etc...) à ce personnel (cf. supra).

¹⁰³ Journal de terrain, octobre 2007.

¹⁰⁴ La majorité paie immédiatement. Parallèlement à la passation des questionnaires, j'ai très rapidement décidé de consigner quasi systématiquement sur mon carnet de terrain les caractéristiques des patients de traumatologie: motifs de venue, sécurité sociale, tenue vestimentaire, les propos. L'objectif était de dresser un tableau le plus réaliste possible des urgences traumatologiques dans cette clinique. Assise aux côtés de l'aide-soignante d'accueil, j'écoutais l'entretien qu'elle menait avec les patients tout comme je le faisais pour les patients de médecine. De cette façon, environ 75 % des patients de traumatologie ont été saisis et j'ai relevé que la totalité d'entre eux avaient une assurance et une mutuelle.

médicale établie par l'urgentiste. Par ailleurs, conformément aux dispositions légales aucun dépassement d'honoraire n'est pratiqué par les médecins urgentistes¹⁰⁵.

Si le patient doit être hospitalisé, comme dans les cas fréquents d'appendicite observés par exemple, l'infirmière ou un médecin des urgences s'enquiert auprès de « l'ordonnancement » de la disponibilité des lits dans le service correspondant¹⁰⁶ :

« Le service ordonnancement, au-delà de son rôle de gestion des lits, a été conçu comme une véritable « tour de contrôle » de la clinique, ainsi que l'exprime sa responsable. Il assure la coordination de l'ensemble, conçoit les systèmes d'information et définit des procédures permettant une standardisation du travail et une gestion optimale des flux¹⁰⁷. »

Lorsque le service approprié est saturé, on installe le patient dans un des huit lits portes du service d'urgence où il devra patienter quelques heures le temps qu'un lit se libère. A l'instar de ce que Dodier et Camus ont observé dans un service d'urgences publiques, il n'est pas rare que les soignants peinent à « vendre » leur patient à un service d'hospitalisation de la clinique. L'urgence désorganise, en effet, le planning déjà bien chargé des médecins :

« Plus encore que dans les services d'hospitalisation, l'activité du bloc opératoire est à la fois extrêmement rationalisée, quasiment « industrialisée », et en même temps soumise en permanence à l'aléa. Ces perturbations peuvent être de différentes natures. Ce peut être, et c'est la première chose à laquelle on pense, la surprise de ce que le chirurgien va trouver en ouvrant le patient et que les examens n'auront pas permis de déceler, nécessitant l'allongement de la durée d'intervention, des changements de stratégie, du matériel supplémentaire. On imagine facilement la tension des moments où la vie du patient est mise en danger et où il faut réaliser des prouesses techniques pour trouver une solution. Sans parler des gestes malheureux, tant redoutés, qui pourtant arrivent parfois... Il arrive aussi simplement qu'une intervention doive être annulée car le patient ne remplit pas les conditions permettant de l'opérer, ou simplement qu'il ne soit pas prêt à l'heure et retarde ainsi l'ensemble du programme. Les urgences aussi, bien sûr, vont constamment désorganiser le programme opératoire car il va falloir ajouter des patients supplémentaires non prévus, trouver un chirurgien et un anesthésiste qui puisse les prendre en charge, « leur vendre l'urgence » et leur affecter une salle libre.¹⁰⁸ »

En outre ces inconvénients d'ordre organisationnel, les patients des urgences présentent d'autant moins d'intérêt pour les chirurgiens au planning déjà bien chargé, qu'ils ne peuvent pratiquer de dépassements d'honoraire pour ces interventions.

¹⁰⁵ Tout comme il est interdit aux praticiens des services d'hospitalisation de la clinique de demander un dépassement d'honoraire à tout patient hospitalisé en urgence dans la clinique (cf. supra).

¹⁰⁶ Chaque matin, le médecin en chef des urgences s'informe de la disponibilité des lits dans chaque service de la clinique. Cette information est déterminante car elle motive les décisions médicales d'accepter ou de refuser d'admettre certains patients dans le service d'urgence. Par exemple, si le service de cardiologie est saturé, ils refuseront les patients présentant cette pathologie et les réorienteront vers le CHU.

¹⁰⁷ Grévin A., *op. cit.*, p. 281.

¹⁰⁸ Grévin A., *op. cit.*, p. 289.

Le tour d'horizon du service étant achevé, nous proposons au lecteur de poursuivre le chemin en accordant l'attention à présent, aux pratiques d'accueil de ces soignants et au discours qu'ils tiennent à leur propos, afin de saisir *in fine* les critères qui président à leurs décisions d'admission et/ou de réorientation des patients.

2.2. LES PRATIQUES D'ACCUEIL : QUELS SONT LES CRITERES DE RECRUTEMENT DES PATIENTS ?

Du fait même de l'existence d'un réseau médical d'adressage, les pratiques de réorientation sont significativement moindres dans ce service comparé à ce que l'on a pu observer aux urgences publiques. Elles existent néanmoins mais dans des modalités différentes¹⁰⁹.

2.2.1. Les critères « organisationnels »

Le taux d'affluence des patients dans le service ou bien la saturation des lits d'hospitalisation dans une spécialité constituent des variables déterminantes dans les décisions de réorientation des patients :

« Vers 12h45, un médecin de ville appelle le service pour « envoyer une embolie pulmonaire ». Le médecin du service hésite parce que, dit-il, il a déjà « cinq douleurs thoraciques et aucun box de disponible » mais son confrère insiste. Elle demande alors à l'infirmière le bilan des autres patients et celle-ci lui précise qu'un box va se libérer. Le médecin accepte alors l'admission tout en disant à son interlocuteur : « On n'arrive pas à faire tourner parce que les douleurs thoraciques ça demande un temps fou¹¹⁰ ». »

Un autre cas exceptionnel peut conduire à réorienter tous les patients : un matin, le service ordonnancement annonce à la responsable des urgences que l'ensemble des lits d'hospitalisation de la clinique sont occupés. Dès lors, il fallait réorienter tous les patients qui se présentaient aux urgences et refuser l'adressage de tous les médecins de ville :

« 11ème jour de passation aux urgences privées : ce matin tous les lits d'hospitalisation sont occupés. Le Dr Jochum: « Il va falloir qu'on refuse en amont », sous-entendu, le temps que des lits d'aval se libèrent afin de libérer les boxes et les lits d'urgence : « Dans ces cas-là, on ferme la boutique » ajoute t-elle énervée.

Vers 10h30, un médecin appelle pour une confirmation d'appendicite mais le médecin des urgences lui dit que ça ne va pas être possible car il n'y a momentanément plus de lit dans la clinique. Il redirige les personnes vers d'autres cliniques. La chef de service est en colère: « C'est clair, je refuse tout tant que l'ordo ne m'a pas dit que dix lits se libèrent ». Ce jour-là, de nombreux patients

¹⁰⁹ Dans son enquête comparative de l'accueil de 4 services d'urgences hospitaliers et des urgences d'une clinique privée, Carine Vassy aboutit au même constat : « *Il existe des formes de réorientation dès l'accueil. Mais il existe deux différences essentielles par rapport à ce que l'on a pu observer dans l'hôpital général étudié. Les réorientations à l'accueil sont beaucoup moins fréquentes et le rôle des médecins dans ce tri est plus faible* », in Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., *op. cit.*, p. 153.

¹¹⁰ Journal de terrain, octobre 2007.

ont été réorientés vers le service d'urgence public et en conséquence le nombre de questionnaires passés était moins important que les autres jours (11)¹¹¹. »

A l'instar de son homologue du public, le service d'urgence de cet établissement est dépendant et subordonné aux services d'hospitalisation de la clinique dont l'organisation est programmée. Quand les services de spécialités n'ont plus de lits disponibles, ils demandent à leurs patients « programmé » de passer par les urgences pour que le personnel les prépare pour leur opération avant leur montée au bloc. Cet usage du service d'urgence par les spécialistes n'est pas sans provoquer quelques tensions entre le service d'urgences et ceux d'hospitalisation :

« Le troisième jour de passation, l'infirmière me dit que quelqu'un est venu dans le service « pour se faire préparer pour le bloc. C'est totalement hallucinant ». Puis, un couple d'une cinquantaine d'années se présente au service et précise avoir rendez-vous avec tel « docteur » de la clinique. Ils avaient pour consigne, disent-ils, de prévenir de leur arrivée pour la consultation.

5ème jour de passation, un vendredi vers 18h45: Une dame d'une cinquantaine d'années vient par ses propres moyens, elle souffre d'une douleur à l'oeil. La veille, elle a consulté un ophtalmologue de la clinique qui lui a conseillé en cas de problème de s'adresser aux urgences de la clinique.

10 ème jour de passation : vers 16h00, une personne n'arrive pour un traumatisme au bras. Elle a vu SOS Médecins qui a appelé un chirurgien orthopédique de la clinique. Ce dernier lui a donné son accord et lui a demandé d'adresser le patient au service d'urgence. L'urgentiste parisien montre son mécontentement : « On n'est pas leurs internes »¹¹². »

Le service d'urgence semble également remplir une autre fonction dans la clinique, celle de recrutement de malades pour les spécialistes¹¹³, permettant une gestion rationnelle et optimale des lits d'hospitalisation. La création d'un nouveau protocole de prise en charge d'une pathologie par un spécialiste de la clinique en est une autre illustration :

« Un médecin appelle pour une « AIT », le médecin redirige cette fois-ci le patient vers un « circuit » qui vient de se créer en ville. Plus précisément, il s'agit d'une structure qui se spécialise dans la prise en charge de tous les AIT de la région. Elle est hébergée par la clinique dans le bâtiment consultation. Elle établit un bilan et si l'état du patient le nécessite, elle l'envoie ensuite vers un service d'urgence. Le protocole est le suivant : un AVC c'est vers le CHU et désormais l'AIT doit être dirigé vers un médecin qui s'est récemment spécialisé dans cette pathologie¹¹⁴. »

Cette dépendance des urgences par rapport aux autres services se traduit également par l'obligation de refuser les patients relevant d'une spécialité absente de la clinique.

« Le service des urgences accueille les patients qui présentent un trouble particulier (de la petite pathologie type otite à l'urgence vitale) et qui vont devoir être traités ou redirigés vers un autre établissement lorsque le patient souffre d'un problème pour lequel la structure ne peut le prendre en charge (quand la clinique n'est pas dotée des infrastructures ou des spécialistes nécessaires, ou

¹¹¹ Journal de terrain, octobre 2007.

¹¹² Journal de terrain, octobre 2007.

¹¹³ « Ouvrons une parenthèse sur l'importance du service des urgences comme instance de recrutement de clients en réseau pour les spécialistes de la clinique de Longueville. Pour les spécialistes, un service d'urgence présente l'avantage de recruter directement des clients : c'est quotidiennement que les chirurgiens viennent donner des consultations dans les salles du service des urgences », Estèves M., *op. cit.*, p. 17.

¹¹⁴ Journal de terrain, octobre 2007.

encore ne dispose pas des autorisations...: médecine pédiatrique, détresse psychiatrique, urgence ophtalmologique, etc...)¹¹⁵ »

L'observation suivante en fournit une autre illustration :

« Un jeudi matin, comme prévu quelques jours auparavant, les PARM du 15 viennent visiter le service afin qu'à l'avenir « ils sachent mieux vers qui orienter ». La responsable du service leur explique qu'un urologue va bientôt s'installer à la clinique mais qu'en attendant, tant qu'ils n'ont pas cette spécialité, il ne faut pas orienter ce type de pathologie vers le service¹¹⁶. »

Le refus d'admettre le patient dans le service se justifie ici par le rappel des normes médico-légales qui régissent les pratiques médicales. Des décisions de réorientation vers des urgences spécialisées en gynécologie, pédiatrie, stomatologie et vers les cliniques des yeux¹¹⁷ et de la main¹¹⁸ ont également été observées :

« L'aide-soignante raccroche le combiné : « Quelle conne ! ». Une dame a appelé pour se rendre aux urgences, elle a consulté un médecin en ville et ce dernier l'a redirigée vers le service. Toutefois, il s'agit d'un problème gynécologique et la clinique n'a pas de spécialiste correspondant, ce que la personne semblait avoir du mal à comprendre. Puis, un homme accompagné de deux personnes se présente de lui-même pour douleur dentaire. Il s'est adressé à son dentiste qui ne peut pas le prendre tout de suite. Il est réorienté vers l'école dentaire du CHU¹¹⁹. »

A l'occasion d'un transport sanitaire d'urgence nous conduisant à la clinique, j'assiste avec mon collègue à une scène engageant un médecin urgentiste de la clinique et une femme paniquée qui lui demande d'ausculter son enfant. Celui-ci vient de chuter et présente quelques signes traumatologiques inquiétants :

« Une fois arrivés aux urgences privées, nous (mon collègue et moi) attendons notre tour pour les papiers. Après 10 minutes d'attente, nous assistons à l'arrivée d'une jeune femme avec son fils d'environ 6-7 ans dans les bras. Elle s'assied devant l'accueil sur les chaises prévues à cet effet. L'aide-soignante raccroche et demande alors ce qui arrive au petit. La mère lui explique qu'il vient de tomber d'un manège et qu'elle a remarqué très vite qu'il s'endormait dans la voiture au bout de deux trois minutes. Le médecin se joint à la conversation, il demande s'il a eu une perte de connaissance. Non, lui répond-elle, puis si il a une plaie, non également. Il lui dit alors : « bah ! vous allez aux urgences pédiatriques du CHU parce qu'on ne fait pas les urgences pédiatriques ». Le petit garçon n'était pas bien du tout, il somnolait et pouvait à peine marcher. Sans insister davantage, la dame est repartie. Mon collègue voyant cela, décide d'aller aider cette femme et il me dira après qu'elle n'est pas prête de revenir aux UPATOU et qu'il lui a fait comprendre qu'il valait mieux effectivement ne pas venir ici. Il était outré et me dira plus tard dans l'ambulance qu'il considère cela comme de la « non-assistance à personne en danger » et comme de la « discrimination »¹²⁰. »

¹¹⁵ Gentil S., *op. cit.*, p. 326.

¹¹⁶ Journal de terrain, octobre 2007.

¹¹⁷ Une clinique privée à but lucratif internationalement reconnue comme l'un des meilleurs dans cette spécialité. Parmi ses clients se trouvent des personnes riches venant du Moyen-Orient pour se faire soigner par les ophtalmologues les plus réputés.

¹¹⁸ Celle clinique privée à but lucratif se situe en ville à environ 5 kilomètres de ce service.

¹¹⁹ Journal de terrain, octobre 2007.

¹²⁰ Journal de terrain, ambulance, le 26/03/2007.

Cette pratique de réorientation des patients vers des urgences spécialisées, pour des raisons médico-légales, fut également observée par Dodier N., et Camus A. dans un service d'urgence hospitalier :

« L'attaché vient à l'accueil et demande : « Que se passe t-il monsieur ? »
- Elle faisait du sport, elle est tombée et depuis elle a mal à la tête .
- Nous n'avons pas le droit de prendre des enfants, monsieur.
- Qu'est ce que je vais faire ? J'appelle les pompiers ? Je ne vais pas me trimballer dans tous les hôpitaux...
- Ce sont des questions médico-légales, on n'a pas le droit. Vous allez aller au service pédiatrique, on va vous prendre tout de suite.
L'aide soignante lui indique comment se rendre à ce service¹²¹. »

Le CHU voisin accueillant toutes les spécialités, nous n'avons pas observé ce type de réorientations lors de notre enquête au service d'urgences public. Cependant, certains médecins urgentistes de la clinique s'arrangent parfois avec cette règle comme j'ai pu le constater pour certaines « urgences traumatologiques » et non pour des urgences médicales :

« En milieu d'après-midi, une mère et sa fille de 13 ans qui s'est fait mal à la cheville à l'école entrent dans le service. Compte tenu de l'âge, cela relève logiquement de la pédiatrie mais la patiente est tout de même admise¹²². »

On suppose ici que le statut privé des urgentistes et leur mode de rémunération à l'acte dans le service (autonomie) tel qu'on l'a décrit précédemment favoriserait et expliquerait en grande partie, l'existence de cette pratique de contournement de la règle. Les médecins urgentistes libéraux, payés à l'acte, ont en effet financièrement intérêt à admettre ces patients relevant pourtant de la « bobologie » pour les paraphraser :

« L'instrumentalisation des médecins (par les patients) ne constitue toutefois que le pendant de leur coopération tacite, car la ventilation des malades et la transformation de leurs « bobos » en véritables maladies est lucrative pour tous les acteurs rémunérés à l'acte: les manipulateurs en radiologie, les médecins résidents, les chirurgiens et bien sûr la clinique elle-même »¹²³

D'autres sociologues ont observé des pratiques similaires dans le service d'urgences d'une clinique de Seine-Saint-Denis :

« Enfin un médecin laisse entendre que son mode de rémunération à l'acte ne l'incite pas non plus à mettre en place un tri des patients à l'accueil : « on est libéral, on n'est pas payé complètement. On est obligé de faire les actes. On prend tous les patients, on ne refuse personne » (médecin)¹²⁴. »

¹²¹ Dodier N., Camus A., *op. cit.* p. 23.

¹²² Journal de terrain, octobre 2007.

¹²³ Estèves M. *op.cit.*, p.20.

¹²⁴ Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., *op. cit.*, p. 153.

Chaque médecin cote systématiquement ses actes qu'il note sur le dossier du patient aussitôt le soin appliqué. Ainsi, plus ils font d'actes à la clinique, plus leur salaire sera conséquent, ce qui les conduit à admettre des patients même si *a priori* leur venue est inadaptée.

Enfin, deux autres variables structurent également les décisions de réorientation, à savoir l'horaire et la règle médicale du suivi du patient :

« 9ème jour: Nous sommes en « période permanence de soins ». Un monsieur se présente à 9h00 dans le service sur les recommandations de son médecin traitant, pour un orgelet. Le médecin le réoriente vers le service d'urgence public parce qu'ils n'ont « pas d'ophtalmo de garde » dans la clinique.

Le troisième jour de passation, un monsieur vient avec sa femme. Il a été opéré au CHU quatre mois auparavant pour une fracture mais la cicatrice s'infecte. Le médecin l'informe que les chirurgiens de la clinique refuseront de toucher au travail d'un autre chirurgien. Le patient demande alors s'il est possible de sortir son dossier du CHU pour le ramener à la clinique plus tard. Le médecin refuse et le redirige vers les urgences du CHU¹²⁵. »

Dans ce dernier cas, la décision de réorientation du médecin est fondée sur une règle professionnelle à laquelle le patient doit se conformer.

2.2.2. L'usage inapproprié du service par les « médecins de ville »

Les stratégies de « mise en attente » ou « d'évitement » repérées aux urgences publiques sont rares dans la clinique, compte tenu du filtrage médical opéré en amont. Les médecins de ville et du SAMU ont, il est vrai, pour consigne d'appeler le service avant tout envoi de patient comme l'a clairement exprimé la chef de service lors de la visite des PARM :

« Les médecins de ville doivent appeler le service avant d'envoyer un patient pour que les médecins urgentistes puissent prévoir la place. Et, parfois on réoriente un patient parce qu'on considère qu'il n'a pas à être envoyé ici pour un scanner ou une radio. »

Le 7ème jour de passation, un second groupe de PARM vient visiter le service d'urgence de la clinique dans la matinée¹²⁶. Cette visite avait pour objectif de présenter le service aux auxiliaires de régulation afin d'éviter les erreurs d'orientation qui arrivent occasionnellement :

« J'entends une brève de conversation entre deux médecins:
- Médecin 1 : « Mais c'est une erreur de régulation alors !? »
- Médecin 2 : « C'est la patiente qui a dit qu'elle ne voulait pas aller au CHU »
Je comprends qu'une patiente ait été dirigée vers la clinique après son passage aux urgences. Cependant, la clinique ne dispose pas du service de spécialité adapté à sa pathologie.
- Médecin 1 : « Depuis quand c'est les patients qui décident ? »
- Médecin 2 : « C'est une erreur de régulation ». »

¹²⁵ Journal de terrain, octobre 2007.

¹²⁶ Journal de terrain, octobre 2007.

De façon générale, les médecins de ville appellent pour adresser leur patient dans le service. En revanche, comme dans le service d'urgence public, l'utilisation inappropriée des urgences par ces médecins libéraux (et non, par les patients) fait l'objet de plaintes répétées de la part du personnel :

« L'aide-soignante: « Si vous avez une prescription médicale pour une radio, il faut aller la faire en ville ». Elle poursuit : « On vous demandera de régler l'attelle uniquement ». Visiblement la personne a demandé si elle devait faire une avance de frais puis si ça allait être long puisque l'AS répond : « Je ne sais pas, c'est le principe des urgences. Je ne peux pas vous dire combien de personnes vont arriver entre temps ! ». »

Peu de temps après, j'assiste à une discussion entre l'aide-soignante de l'accueil et une infirmière. Cette dernière reproche aux médecins de ville d'envoyer leurs patients aux urgences parce qu'« ils ne peuvent pas le prendre aujourd'hui ». Elle donne l'exemple de ce matin même où une dame a téléphoné pour passer une radio dans le service, elle aurait dit: « Je ne viens pas de moi-même, c'est le cabinet machin qui m'a dit de venir aux urgences de la clinique¹²⁷ ». »

L'adressage d'un patient pour une radio est jugé d'autant plus inapproprié que cette pratique « coûte cher à l'assurance maladie » (selon une aide-soignante) qui rembourse alors une double consultation, celle du médecin de ville et celle de l'urgentiste¹²⁸ :

« Une jeune fille et sa mère d'apparence de classe supérieure entrent dans le service. La jeune fille s'est fait mal la veille, lors de son cours de danse. Elle a eu mal toute la nuit. Elles ont essayé de joindre le médecin traitant mais il ne pouvait pas les prendre alors il leur a dit d'aller faire une radio aux urgences de la clinique. La femme est déjà venue dans ce service. Nous sommes un jour de semaine, il est 12h15, le médecin « parisien » me dit alors: « Tu vois c'est la facilité du médecin qui aurait pu prescrire une radio en ville. On n'est pas là pour ça.¹²⁹ »

La jeune fille est malgré tout admise. La femme médecin de 40-45 ans ajoute alors :

« Les gens ne supportent plus la douleur et ils viennent parfois pour rien. Quand ça fait 2h00 que vous avez mal au côté droit et que vous venez parce que vous avez peur d'avoir une appendicite, on va faire une écho, des examens complémentaires parce qu'on va pas laisser la personne repartir comme ça. On arrive à une médecine de riche ».

Toutefois, les pratiques des médecins urgentistes de ce service varient face à ces usages jugés inappropriés des urgences. Un autre des médecins de la clinique m'explique à la sortie d'une de ses gardes de nuit qu'il a appelé le 15 et SOS Médecins cette nuit-là, pour leur dire qu'il n'y avait plus de place dans le service d'urgence: « En plus, c'était vrai. Comme ça j'étais tranquille pour dormir. C'est ma technique imparable!¹³⁰ ». Le même médecin me raconte un autre jour que deux

¹²⁷ Journal de terrain, octobre 2007.

¹²⁸ Ces pratiques conduisant à une « multiplication des dépenses » ont également été repérées par Michel Estèves dans le service d'urgences de la clinique de Longueville, *op. cit.*, p. 17-18.

¹²⁹ Journal de terrain, octobre 2007.

¹³⁰ Cette pratique peut être analysée comme une forme de « freinage » au travail que permet son statut de médecin libéral et l'autonomie qui en découle. Il faut savoir que les conditions de travail des médecins dans ce service sont rudes. Un médecin urgentiste rencontré lors d'un rapatriement sanitaire m'expliquait qu'il avait démissionné de ce service car les horaires de travail étaient trop importants à cause du manque de médecins (turnover important). Il

jeunes se sont présentés dans le service à 3h00 du matin, l'une pour un certificat suite à une agression datant de trois jours et l'autre pour allergie : « Je ne suis pas descendu, je leur ai dit de revenir aux heures ouvrables, ce qu'ils ont fait le matin même puisqu'ils sont revenus vers 8h45 et je leur ai fait la morale ».

Au fil des journées, je constate que selon les médecins urgentistes qui travaillent dans le service, il y a ainsi plus ou moins d'entrées. Certains donnent leur accord par téléphone dans près de 95% des cas tandis que d'autres acceptent les patients une fois sur deux. S'ils jugent qu'il peut être traité en ville, ils refusent l'admission. Dans ce cadre, même si elle reste rare, la stratégie de mise en attente du patient peut parfois être utilisée :

« Un jeune de 25-30 ans avec des piercings à l'oreille se présente dans le service vers 10h30 au motif d'un trauma suite à une agression subie le dimanche précédent. Il explique que son médecin traitant l'a envoyé ici pour établir un certificat des lésions du corps pour son assurance. L'infirmière et l'aide-soignante lui tiennent le même discours: « Votre médecin traitant est capable de le faire ». Elles autorisent tout de même son admission même si elles restent persuadées qu'il a menti : « Faut le laisser attendre 3h00 comme ça il ne reviendra pas ». L'ensemble du service est agacé par son comportement, le jeune repartira sans soins une demi-heure après son arrivée¹³¹. »

Dans l'anecdote suivante, le patient vient cette fois-ci « de lui-même », son recours est jugé abusif mais l'urgentiste décide de l'admettre pour « lui donner une leçon » :

« Le dernier jour de la passation. 1er novembre. : Une dame se présente avec son fils d'une vingtaine d'années vers 10h00. Il a mal à la gorge et ne peut plus rien avaler. L'aide-soignante lui demande si elle a appelé un médecin (négatif) ou SOS médecins (négatif). Pour les dissuader de rester, elle les informe qu'il y a une heure trente d'attente. Ils préfèrent attendre plutôt que d'appeler SOS Médecins. Vers 11h40, le médecin souhaite aller les voir mais l'aide-soignante lui dit qu'elle aurait préféré qu'il les fasse patienter davantage pour leur faire comprendre « qu'on ne vient pas aux urgences pour un mal de gorge qui dure depuis plusieurs jours ». Il va les voir tout de même tout en lui répondant: « J'ai une technique pour ces personnes : prescrire des médicaments non remboursés. Enfin en fonction des cas, ça dépend ». »

Le critère économique est ici préféré à la stratégie de "mise en attente" pour dissuader ce patient d'abuser à nouveau du service pour un « mal de gorge ». Nous reviendrons dans le paragraphe suivant sur l'importance de ce critère dans les décisions d'admission et/ou de réorientation des patients. Toutefois, dans la majorité des cas observés et rapportés ici, le recours inapproprié à ce service est davantage le fait des médecins de ville que des patients. Certains, sont même connus des urgentistes pour ce type de pratiques :

« 11h20 - Autre coup de fil d'un médecin pour adresser un patient souffrant d'une douleur thoracique. Le médecin urgentiste répond: « Je vous conseille vivement de passer par le 15 parce

travaillait parfois jusqu'à 24h00 d'affilée ce qui l'a conduit à faire des erreurs (Il s'agit du médecin urgentiste grâce à l'intervention duquel j'ai pu accéder à ce terrain d'enquête. Cf. chapitre 5).

¹³¹ Journal de terrain, octobre 2007.

que s'il arrive quelque chose sur le trajet, c'est vous qui allez en prison ». Il raccroche : « Ce n'est pas la première fois que ce médecin fait ça ». »

Il existerait ainsi un réseau médical d'adressage de patients vers les urgences de la clinique. L'existence de tels réseaux a été depuis longtemps théorisé par Eliot Freidson¹³² qui, analysant « l'auto-régulation » de la profession médicale (conséquence de l'autonomie), montre que lorsqu'un confrère a mauvaise réputation, lorsqu'il a des pratiques contraires à la déontologie ou bien insuffisantes en matière de compétence, la régulation se fait en interne essentiellement par la méthode de l'ostracisme. On ne lui adresse plus de patient pour protéger les siens. Ici le médecin urgentiste redirige sa demande vers le SAMU. D'autres propos notés plus loin dans le carnet vont dans ce sens :

« Un médecin généraliste téléphone pour adresser une patiente qui « ne sait pas trop où elle a mal ». Le médecin urgentiste pose le combiné, il nous dit qu'il connaît ce médecin: « C'est un médecin anxieux qui envoie souvent des personnes pour rien ». Il accepte tout de même d'admettre le patient dans le service. »

D'autres observations montrent en outre que les établissements sanitaires privés semblent s'adresser mutuellement les patients :

« 2ème jour de passation: Une vieille dame arrive en ambulance privée, elle a été prise en charge dans un hôpital privé du coin. Elle est adressée pour une radio. Une heure plus tard, il est décidé qu'elle doit se faire opérer, l'infirmière lui administre des calmants.

9ème jour de passation: une patiente arrive pour une plaie au doigt. Elle s'est fait mal quelques jours auparavant, elle a mis des strips qui ont permis de cicatrifier la plaie. Toutefois, il semblerait qu'un bout de verre soit resté dans la plaie. Elle a consulté son médecin traitant qui l'a dirigé vers la clinique de la main¹³³ qui n'ayant plus de place l'a orientée ici¹³⁴. »

L'enquête ethnographique permet ainsi de dévoiler les mécanismes invisibles de recrutement des patients dans ce service. Ce recrutement semble reposer sur une double « sélection » médicale¹³⁵ : tout d'abord, celle du réseau médical d'adressage extérieur à la clinique représenté par les médecins de ville. L'importance d'un tel réseau professionnel de recrutement de patient est par ailleurs corroborée par les quelques questionnaires qui se sont intéressés au fonctionnement de ce type d'établissement sanitaire:

¹³² Eliot Freidson, *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984. Sur ce point, on peut aussi se reporter à l'article de Claudine Herzlich intitulé: « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue Française de Sociologie*, XIV, numéro spécial, 1973, p.47-49.

¹³³ Cette clinique est située à 5 kilomètres du service d'urgence privé.

¹³⁴ Journal de terrain, octobre 2007.

¹³⁵ Sur ce point, Michel Estèves dresse un constat tout autre : La part des patients adressés par un médecin est très faible (de l'ordre de 2%), la grande majorité venant d'eux-mêmes (81% sur un mode direct) et 10% « livrés » par les pompiers. Ce recrutement n'est pas le fait du hasard, la clinique étant implantée à proximité d'une vingtaine d'écoles, et de deux centres commerciaux. Contrairement au service d'urgence étudié dans ce travail, la direction de la clinique a manifestement opté pour une stratégie de visibilité des urgences.

« En effet, si l'on parle de la clinique comme d'un « guichet unique », il n'en reste pas moins que la clinique n'est que le regroupement de praticiens libéraux qui peuvent naviguer d'un établissement à un autre, ce qui conduit à rendre poreuses les frontières organisationnelles de la clinique. En réalité, cette caractéristique fondamentale pour la clinique privée contribue à faire de celle-ci un réseau par nature (Claveranne et Pascal, 2001). Les praticiens libéraux, souvent formés au sein du même CHU, continuent à entretenir des relations professionnelles (adressage de patients notamment) innu mépersonnae en marge, voire en dehors, des relations institutionnelles établies. Tel patient pourra même aller consulter tel docteur à son cabinet situé au sein d'une clinique sans pour autant avoir de relation juridique avec la clinique. Le fonctionnement de la clinique est ainsi fondé ontologiquement sur un mode réseau.¹³⁶ »

Le second mode de « sélection médicale » est celle des urgentistes privés qui disposent d'une marge de manoeuvre pour décider, en derniers recours, d'admettre ou non un patient. Toutefois, cette latitude dont bénéficient les médecins urgentistes privés est limitée par le cadre d'exercice de leur activité. La politique gestionnaire menée par la direction de cet établissement les contraint à admettre parfois, contre leur gré, certains patients. Le médecin « parisien » m'interpelle sur le cas d'un jeune garçon de 13 ans qui se plaint d'une douleur au poignet :

« Medecin- Ca à Paris, dans les grands services, ils les virent car ils n'ont rien à faire là.
- Pourquoi vous ne leur dites pas ?

Médecin- Parce qu'on est dans une clinique privée (il frotte son index et son pouce pour me faire signe d'argent)...et puis ils vont faire tout un bazar. Si les gens écrivent à la clinique, la direction va demander des explications. Là, ils vont attendre et quand ils en auront marre, ils partiront. Moi, je suis dans une clinique privée, je peux choisir ma clientèle, ça c'est pas une urgence... Mais la société se médicalise, se judiciarise ».

En dépit de leur statut libéral, ces médecins doivent tenir compte des directives de l'établissement dans lequel ils exercent s'ils veulent conserver leur poste¹³⁷. Plus généralement, ces contraintes « organisationnelles » se traduisent concrètement par le recrutement et/ou le refus d'admettre certains profils de patients ce qui n'est pas sans susciter quelques résistances de la part des différents professionnels de ce service.

2.2.3. Les contraintes organisationnelles : admettre des patients « rentables » pour la clinique

L'existence d'un filtre médical à l'entrée de la clinique permet de favoriser ou au contraire d'éviter certains profils de patients. Deux faits majeurs concernant les caractéristiques socio-économiques des patients peuvent être dégagés de nos observations. D'une part, une majorité écrasante des patients qui se sont présentés dans le service avaient une couverture sanitaire complète (assurance maladie et mutuelle); d'autre part, les urgences « médico-psy » ou sociales étaient très rares comparées à leur proportion aux urgences du CHU. Aussi, il semblerait que le

¹³⁶ Claveranne J-P., Pascal C., Piovesan D., *op.cit.*, p. 67.

¹³⁷ La dépendance des médecins et, plus largement, du personnel aux contraintes gestionnaires est également observée dans les hôpitaux par de nombreux sociologues en particulier dans les services de spécialité.

critère socio-économique pèse lourdement dans les décisions d'adresser un patient vers ce service¹³⁸. Les données suivantes semblent aller dans le sens de cette hypothèse.

Les aides-soignantes du service « tournent » sur le poste d'accueil ou de « secrétariat » disent certaines d'entre elles, pour qui cette tâche est considérée comme du sale boulot :

« On est samedi, 3ème jour de passation, une personne appelle l'accueil pour son fils. L'aide-soignante répond : « Si vous venez aux urgences, il sera vu par un médecin urgentiste qui verra si il faut un avis orthopédique. Vous ne verrez pas un chirurgien directement (...). Ecoutez, je suis l'aide-soignante des urgences, je ne suis pas secrétaire alors que ne peux pas vous dire s'il prend des dépassements d'honoraires¹³⁹ ». »

Toute la journée, elles répondent aux appels extérieurs provenant de patient ou de professionnels et doivent ainsi « trier » les demandes d'admission. Ce travail est assumé en partie par les médecins à qui elles confient les appels s'il s'agit d'un confrère ou bien si un doute subsiste. Cette position dans le service les expose de façon récurrente aux rebuffades des patients ou de leurs accompagnants qui n'acceptent pas d'être réorientés. Dans ces conflits, il n'est pas rare que des individus fassent valoir leur statut social pour forcer la décision d'admission :

« Il est 9h25, un monsieur « look cadre sup » entre dans le service accompagné de sa femme. Il souffre d'un traumatisme au pied. L'aide-soignante réalise l'entrée, elle me dira plus tard : « Sa femme m'a précisé qu'elle connaît le docteur X... Et alors? Pourquoi les gens précisent toujours qu'ils sont l'ami d'un médecin ? Ca m'énerve ça ! ». Leur ami chirurgien est effectivement « descendu » l'examiner cinq minutes après leur arrivée. Il demande à ce que les radios soient faites rapidement parce qu'il va redescendre les voir. L'infirmière commente : « Ca c'est les chirurgiens : aujourd'hui, tout de suite! Ca m'énerve!¹⁴⁰ ». »

Cette aide-soignante est âgée d'une quarantaine d'année, son mari est routier. Un jour, alors qu'elle termine une conversation téléphonique, elle me confie qu'elle ne « supporte pas les personnes prout-prout » face auxquelles elle se sent toujours « sur la défensive ». Ses propos témoignent de la violence symbolique qu'elle subit quasi quotidiennement dans ce service face à certains profils de patients jouant de leur supériorité sociale et pour certains, de leur accointance avec le monde médical :

« Une fiche SAMU est faxée vers 11h15. Elle indique l'arrivée d'une nouvelle patiente âgée qui a chuté à son domicile hier soir. Elle est adressée dans le service pour une suspicion de fracture du col du fémur. Elle est prise en charge par un VSAB et la VLI de St N. compte tenu de son lieu de

¹³⁸ « Le comportement des prescripteurs de soins d'urgence que sont le SAMU, les pompiers et les médecins généralistes des environs de l'établissement. Ces différents acteurs adressent un grand nombre de personnes à l'hôpital public, et notamment des personnes en situation de précarité. Ils adressent moins de patients à la clinique, où la venue des pompiers, par exemple est beaucoup plus rare. Le statut d'établissement privé à but lucratif amène ces prescripteurs à ne pas adresser des personnes en situation de précarité dans ce service d'urgences. Le personnel rencontre donc moins de personnes qui ont à la fois des problèmes de santé bénins et des difficultés à payer leurs soins », Fassin D., Couillot M-F, Vassy C., *op.cit.*, p.188.

¹³⁹ Journal de terrain, octobre 2007.

¹⁴⁰ Journal de terrain, octobre 2007.

résidence. C'est la famille qui a demandé le transport vers les urgences de la clinique. J'apprendrai par la suite qu'ils tiennent un cabinet d'assurance.

Le même jour, les sapeurs-pompiers amènent une vieille dame « tombée par maladresse »¹⁴¹. Sa fille téléphone quelques minutes plus tard. L'aide-soignante me rapporte ses propos: « Je suis médecin anesthésiste et j'exige que vous m'appeliez pour donner des nouvelles ». L'aide-soignante lui répond: « Non! On ne peut pas appeler chaque famille ». La personne insista sur son statut mais l'aide-soignante ne céda pas. Elle prévient tout de même le médecin. Il la soutient dans sa démarche¹⁴². »

Les proches de la patiente âgée ont ici fait preuve d'autonomie dans le parcours de soin et d'une capacité à imposer au médecin leurs préférences pour l'établissement privé. Or comme l'ont montré de nombreuses études, cette propension à l'autonomie de décision et d'orientation dans le système de soin est différenciée selon les milieux sociaux¹⁴³. Elle est plus précisément un trait caractéristique des patients situés en haut de la hiérarchie sociale. Notons, au passage, que le personnel du service ne semble pas répondre systématiquement aux demandes de traitement privilégié exigées par ces patients. Lorsque l'un d'entre eux fait connaître son mécontentement à se voir réorienter, l'aide-soignante informe le médecin de sa décision afin de s'assurer de son soutien. Si un patient est présent physiquement dans le service, elle recourt ponctuellement aux médecins présents dans l'espace central. Malgré tout, certains patients obtiennent parfois gain de cause :

« Vers 11h00, un monsieur arrive pour un trauma au niveau du pied. Il explique qu'il a été plâtré au CHU et le médecin lui répond que son dossier étant là-bas, il doit retourner se faire soigner au CHU. Le patient sur un ton très ferme lui rétorque qu'il n'y retournera pas parce qu'il pense qu'ils ont fait une « erreur » et qu'ils sont « incapables d'interpréter une radio ». « Je resterai ici parce que je veux des gens compétents ». Il sera admis¹⁴⁴. »

Certains profils socio-pathologiques tels les patients alcooliques, « agités » souffrant d'un problème psychologique, sont clairement étiquetés comme « indésirables » dans ce service :

« Une jeune fille se présente. Elle a fait une « IMV ». Le médecin la réoriente: « Ca c'est des choses qui ne sont pas vues ici. On va vous renvoyer vers le CHU » parce qu'ils n'ont pas de secteur médico-psy.

Le onzième jour de passation : Salle de pause, un médecin urgentiste : « On fait visiter les urgences aux PARM et quelques jours après ils nous envoient un homme ivre par les sapeurs-pompiers. Encore ça va, il n'était pas agité!¹⁴⁵ ».

¹⁴¹ Expression indigène qui signifie que la patiente n'est pas tombée suite à un malaise et qu'elle relève donc de la traumatologie et non de la médecine.

¹⁴² Journal de terrain, octobre 2007.

¹⁴³ Parmi celles-ci, nous pouvons citer: Tain L., « Refus des médecins, abandons des couples: quel contrôle pour la pratique de la pratique de procréation assistée? », *Sciences sociales et santé*, Volume 23, n°3, 2005, p. 20. Bien avant, Herzlich et Pierret (1984) ont montré l'impact du niveau culturel sur la capacité à se distancier de l'espace médicale ; plus récemment, Le Fur P., Paris V., Picard H., Polton D., « Les trajectoires des patients en Ile de France : l'accès aux plateaux techniques », CREDES, Questions d'économie de la santé, *Bulletin d'information en économie de la santé*, juillet 2000.

¹⁴⁴ Journal de terrain, octobre 2007.

¹⁴⁵ Journal de terrain, octobre 2007.

Comme on l'a vu précédemment, l'architecture du service n'est pas adaptée pour recevoir ce type de patients considérés ici comme ingérables. Néanmoins, ils ont été obligés de l'admettre sur ordre du SAMU qui emporte la décision finale car ce service d'urgence privé bénéficie des aides de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et doit, à ce titre, assurer une mission de service public. Toutefois, l'imposition de patients est rare par les médecins régulateurs du SAMU qui évitent, la plupart du temps, d'orienter ce type de patient vers la clinique comme en témoigne cet enquêté :

« - Et qu'est ce qui fait, s'il y a de la place dans les deux services, que vous envoyez quelqu'un à l'UPATOU plutôt qu'au CHU ?

- Ca dépend de la géographie aussi. Comme l'UPATOU c'est Sud-Loire. Ca permet à une ambulance ou un VSAB de ne pas venir à Nantes et de perdre du temps. Y'a aussi si on sent que c'est vraiment très grave derrière, c'est pas très précis, il vaut mieux venir aux urgences parce que aux urgences derrière il y a la REA. Donc y'a la REA, y'a les blocs, il y a toutes ces spécialités alors qu'à l'UPATOU, il faut quand même que ce soit assez ciblé quoi ! parce que quand ils font leur diagnostic, ils appellent le cardio direct....quand ça touche pas mal de choses, ils ont du mal. Et puis ils n'aiment pas trop gérer aussi les cas sociaux. Il faut être franc. Si il y a un clodo qui fait un vomissement, qui a un saignement bah ! ça les intéresse pas trop parce que derrière il va y avoir le problème médical à régler mais il y a le social aussi et eux ils ont moins d'assistante sociale aussi, pas de spécialité du social qui s'occupe de gérer ça, parce que ça prend beaucoup de temps. Parce qu'aux urgences, il y a les surveillantes mais derrière il y a toute une équipe qui gère tout ça, voir comment il est, en maison de retraite, à domicile... Ca prend beaucoup de temps. Et ça, ça rentre en compte. »

- Oui, tous les patients qui ont un problème social, vous savez que...

- Ouais, les agités, la psy tout ça ils en ont pas. La pédiatrie, ils refusent parce qu'ils n'ont pas de service de pédiatrie. Donc voilà ils refusent... en fait l'UPATOU ils aiment bien quand c'est assez précis. Un truc orthopédie, un truc cardio, un truc digestif...ils vont faire le diagnostic, ils vont le donner au chirurgien digestif qui va régler le problème.¹⁴⁶ »

Dans ce cadre, la plupart des patients précaires se présentant au service d'urgence privé arrivent sans adressage médical :

« Il est 16h35, un sans domicile fixe arrive dans le service. Le médecin s'inquiète de l'endroit où il va dormir le soir-même. En revanche, il ne l'admet pas dans le service: le patient est déjà venu et le médecin estime qu'il n'a pas à être ausculté aux urgences. Il le réoriente¹⁴⁷. »

Les médecins pris entre la logique gestionnaire de la clinique et celle du serment d'Hippocrate redirigent alors le patient « indésirable » vers une structure plus adaptée comme l'a également repéré Carine Vassy dans son travail :

« Mis à part les cas cliniques les plus graves, la principale manière de régler le problème de la prise en charge sanitaire des personnes précaires est de les réorienter vers d'autres professionnels, dont les prestations sont moins chères. Cette pratique engendre plus ou moins de mauvaise conscience [...]. La réorientation des patients lors de la consultation médicale représente une manière de gérer la contradiction entre la logique économique d'un établissement de soins relevant du secteur privé

¹⁴⁶ Entretien semi-directif de préparation à l'enquête statistique réalisé, le 2 octobre 2006, au domicile de ce médecin exerçant comme régulateur au Samu et à SOS médecins.

¹⁴⁷ Journal de terrain, octobre 2007.

et la logique sanitaire portée par le personnel du service : confronté à l'impossibilité de soigner le patient sur place, le personnel externalise le problème vers d'autres structures de soins¹⁴⁸. »

Cependant, certains médecins prennent, parfois, des libertés avec cette règle tout en prévenant le service facturation du cas d'un patient peu solvable :

« Il est 11h30, j'entends un des médecins s'énerver au téléphone : « Il faut l'emmener quand même si elle est malade. Ce n'est pas parce que vous n'avez pas de mutuelle... ». Il téléphone alors à la facturation pour prévenir que le patient n'a pas de mutuelle et qu' « ils ne veulent pas qu'on leur envoie de factures » Il raccroche en disant: « C'est n'importe quoi, on aura tout vu aujourd'hui ». Finalement, il ne sait pas si le patient va venir¹⁴⁹. »

Les médecins des urgences privées dont certains travaillent parallèlement dans le service public peinent à composer avec la politique de la direction qui les réprimande s'ils admettent un patient insolvable. Ils se sentent ainsi "coincés" entre la politique de la direction et la déontologie de médecin qui réclame de prendre en charge ces patients, de les examiner a minima :

« Quand le patient n'est pas assuré social, son hospitalisation sur place est encore plus difficile. Un refus est souvent opposé par les surveillantes des services de soins de la clinique. Celles-ci contrôlent les admissions dans leur service et ont pour consigne de s'assurer que les coûts engendrés par l'hospitalisation seront payés: [médecin] « On est un service privé. On est entre le marteau et l'enclume. On ne peut pas hospitaliser ici (les personnes non assurées sociales) car ils n'en veulent pas¹⁵⁰ ». »

Certains médecins tentent de résister en acceptant de faire un « acte gratuit » ou bien paient eux-mêmes le service contentieux tandis que d'autres limitent le nombre d'exams complémentaires. Malgré tout, la marge de manoeuvre des professionnels de ce service reste limitée comme en témoigne le discours de cet infirmier rapporté par C. Vassy :

« Une personne en situation de précarité qui me dit: « Voilà, je ne peux plus poser le pied par terre », soit on fait tout, et elle a une facture de 2000F à la fin de la journée, soit on dit: « Va là-bas, tu vas souffrir encore un peu, mais ça serait mieux pour toi. » [...] Ca pose le problème de l'accès aux soins. On se repose énormément sur l'Assistance Publique pour ça (les soins aux personnes précaires). [...] Dans l'intérêt de la personne, on se retrouve à leur dire: « Allez plutôt à tel endroit ». (- Mais qui fait cette réorientation?) - On filtre énormément. C'est par nous que ça passe, les infirmiers, les aides-soignants. On voit le patient avant le médecin. Déjà les secrétaires filtrent aussi¹⁵¹. »

Parallèlement, j'ai pu observer à de nombreuses reprises, que le personnel est soucieux de traiter, dans la mesure du possible, les patients de façon égalitaire. Lorsqu'une personne se présente comme étant médecin ou directeur, il n'a pas en effet de traitement de faveur de la part du personnel qui souhaite « appliquer la même règle à tout le monde ».

¹⁴⁸ Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., *op. cit.*, p. 163-177.

¹⁴⁹ Journal de terrain, octobre 2007.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 165.

¹⁵¹ Vassy C., *op. cit.*, p. 160.

CONCLUSION

Pour conclure ce chapitre, on souhaiterait attirer l'attention du lecteur sur les pistes de recherche qui émergent de ces deux monographies, au regard de la problématique de départ. L'approche par les lieux, tout d'abord, informe d'emblée le lecteur sur l'ambiance qui règne dans les deux services et la « philosophie » des soins dispensés. L'architecture des urgences publiques apparaît davantage adaptée à la culture des classes populaires ainsi qu'à recevoir des patients « agités », marginaux. Quant au service d'urgence de la clinique, il semble avoir été conçu pour accueillir en priorité des patients sans problèmes sociaux appartenant aux classes moyennes et supérieures.

Sur les modes de recrutement, chaque service semble avoir sa propre « culture organisationnelle¹⁵² ». L'observation des pratiques d'accueil a permis de mettre à jour les normes informelles qui président aux décisions d'admission et/ou de réorientation des patients dans les deux services. Parmi elles, le refus de sélection des patients sur la base de critères socio-économiques semble faire largement consensus parmi les différents professionnels rencontrés à l'accueil du service d'urgence public¹⁵³. Du côté des urgences privées, l'organisation semble toute autre. A l'impression d'ouverture constatée dans le service public, s'oppose celle d'une relative fermeture des urgences de la clinique et d'un accès qui semble être réservé à des « initiés ». Les quelques données ethnographiques recueillies à l'occasion de la passation des questionnaires laissent en effet supposer l'existence, en amont du service, d'un réseau d'adressage médical qui orienterait les patients vers ce service sur la base de critères cliniques certes, mais surtout socio-économiques. Ceci nous amène à la seconde hypothèse relative cette fois-ci au profil socio-pathologique des patients reçus dans chaque service. Les multiples indices collectés sur ce point, tant à partir des observations que de l'écoute des paroles professionnelles, conduisent à formuler l'hypothèse d'une « patientèle » socialement différenciée dans chaque service. Les urgences de la clinique refuseraient les patients ayant des problèmes « sociaux » et seraient majoritairement fréquentées par le haut de la hiérarchie sociale. Inversement, le service d'urgence public accueillerait tous les patients indépendamment de leur situation sociale et pathologique. Il existerait donc deux filières d'accès aux soins d'urgence socialement différenciées. Néanmoins, la méthode par observations trouve ici ses limites puisqu'il ne s'agit en effet la plupart du temps, que d'impressions diffuses et de jugements *a priori* formulés par les professionnels et moi-même

¹⁵² J. Roth (1972b) et D. Hughes (1989).

¹⁵³ Les propos recueillis semblent indiquer qu'il existe toutefois des dissensions avec d'autres groupes professionnels et notamment, les médecins.

sur l'appartenance sociale supposée de tel ou tel patient. De même, rappelons que l'objectif premier de notre présence dans les deux services était de passer les questionnaires. Aussi, les observations menées restent partielles du fait de leur non systématique et d'une immersion de courte durée dans ces deux services¹⁵⁴. D'où la nécessité de recourir à la méthode statistique pour valider ou infirmer les hypothèses précitées.

¹⁵⁴ 12 jours au service d'urgence privée et 10 jours aux urgences du CHU.

CHAPITRE VI.

« DE L'OMNIBUS AU JET PRIVE... » DES SOINS D'URGENCES A PLUSIEURS « VITESSES » SOCIALES !

Parole de médecin urgentiste

Assistance Vannes-Coulommiers avec un médecin urgentiste qui exerce au service d'urgence de Rennes à Pontchaillou.

« Ca fait 20 ans que je travaille dans le milieu hospitalier, j'en ai marre, j'en ai marre de la maltraitance institutionnelle. Dans les six mois je compte partir car les choses s'aggravent. En gueulant, je n'ai récolté que des problèmes ». Il ajoute plus loin: « Les cliniques ne prennent que certaines catégories de patients. Elles ne prendront pas les SDF...on est dans un système à deux vitesses voir même trois, ça fait même un moment que la troisième est enclenchée. Et ça va s'empirer avec la crise, ce sera plus visible et quand les énarques verront cela, ils essaieront de mettre des choses en place. Ils attendront que ce soit bien visible avant de faire quelque chose ». Il poursuit : « Les spécialistes, ils descendent dans le services d'urgence et ils choisissent leurs malades ».

L'enjeu de ce chapitre est d'identifier et de caractériser les différentes filières qui structurent notre système de soins d'urgence. A partir de l'enquête statistique et des multiples matériaux collectés au cours de ces années de recherche, nous allons mettre à jour ces filières et démontrer qu'à chacune d'entre elles correspond des patients aux profils sociopathologiques distincts. Au terme de la démonstration, quatre filières d'accès aux soins d'urgence socialement différenciées apparaissent permettant de conclure, à l'existence en France d'un système de soins d'urgence à plusieurs vitesses socialement réglées.

Ce chapitre s'ouvre sur une étude statistique comparée des modalités de recrutement des patients dans les deux services d'urgence enquêtés. Plus précisément, il s'agit dans cette première partie du chapitre, de caractériser la "trajectoire"¹ suivie par les patients en amont de leur arrivée dans l'un ou l'autre service. Deux modes de recrutement sont ainsi distingués, l'un dominé par un réseau d'adressage médical privé (clinique), l'autre étant composé d'acteurs hétérogènes à la fois

¹ Terme utilisé dans les enquêtes de la Drees consacrées aux usagés des urgences.

publics et libéraux (CHU). A partir de ces constats, l'hypothèse qui émerge alors est la suivante : à ces deux filières² d'accès aux soins d'urgence correspondraient des patients aux profils socio-pathologiques distincts. Pour vérifier cette hypothèse, nous nous livrons dans la seconde partie du chapitre à une analyse statistique comparée des caractéristiques socio-démographiques des patients des deux services au travers de multiples indicateurs : âge, logement, rapport à l'emploi et PCS. Bien qu'instructif et stimulant, ce travail reste néanmoins insuffisant pour valider l'hypothèse et nous invite dans une dernière partie à penser au-delà des catégories génériques en étudiant de façon plus fine, le profil des ouvriers, des cadres, des jeunes, etc... rencontrés dans chacun des services.

Pour rappel, cette enquête comprend un échantillon de 451 patients (215 aux urgences publiques; 236 aux urgences privées). Cette population, aussi réduite soit-elle, correspond à une saisie exhaustive des patients ayant fréquenté le service entre 8h00 et 20h00.

En différents points de l'analyse, nous avons été confrontés aux limites des statistiques qui, en imposant un codage de la réalité sociale en masque les subtilités, la complexité. Voilà pourquoi, il sera fait dans ce chapitre une large place aux données ethnographiques dont l'apport pour l'analyse statistique de la différenciation sociale, ou sa version politique, des « inégalités sociales » s'est avéré précieux voire déterminant³.

² Ce terme se distingue de celui de « trajectoire » car il suppose une prise en charge des patients par des professionnels. A l'inverse, le terme de trajectoire utilisé par la Drees renvoie d'avantage à l'action d'un patient qui choisit son parcours.

³ Sur la complémentarité des approches quantitatives et qualitatives dans l'analyse des inégalités sociales, voir la contribution suivante : Fassin D., « Qualifier les inégalités », in Leclerc A., dir., *Les inégalités sociales de santé*, Inserm, La Découverte, 2000, p. 123-144.

1. DES MODES DIFFERENTIELS DE RECRUTEMENT

Les patients du CHU et de la clinique empruntent-ils le même circuit sanitaire d'urgence pour arriver dans l'un ou l'autre service ? Formulé de manière plus pragmatique, il s'agit, ici, de saisir au travers d'une série de neuf questions (7 fermées, 2 ouvertes), les différentes étapes suivies par le patient entre la survenue de son problème de santé tel qu'il le perçoit et son arrivée dans le service.

1.1. LES PRATIQUES DE RECOURS AUX SOINS D'URGENCES

1.1.1. Des patients aux pratiques d'appel contrastées

Face à la survenue d'un problème sanitaire ressenti, à juste titre ou non, comme urgent que font les patients relevant de chacun des deux services? Qui ont-ils appelé et conséquemment, qui les y a orienté ?

Tableau 1 : Qui avez-vous appelé en première intention⁴ ?

	NR	Aucun	Sos médecin	Samu	Police gendarmerie	Sapeurs pompiers	Médecin généraliste	Autre ⁵	Total %
Public	0,5	9,8	10,7	12	0,5	20,5	44,6	1,4	100
Privé	0	9,3	8,1	5,9	0	5,1	68,6	3	100

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées.

Lecture : 20,5% des patients des urgences publiques ont appelé les sapeurs-pompiers en première intention.

Le résultat qui attire d'emblée l'attention est celui contenu dans la seconde colonne du tableau. On y lit qu'à peine 10% des patients de chaque service enquêté, se sont rendus aux urgences sans contact préalable avec un professionnel quel qu'il soit. Cette donnée contraste avec celles publiées par la Drees, en 2003, à l'occasion de la première enquête nationale consacrée aux « usagers des urgences ». Dans les deux publications issues de cette enquête, les auteurs soulignent à l'inverse qu'une large majorité des « usagers » (« près des trois quarts ») se sont rendus au service d'urgence hospitalier sur un mode direct⁶ :

« Parmi l'ensemble des répondants, 16% des patients ont indiqué avoir été envoyés aux urgences par leur médecin traitant et 10% s'y sont rendus sur l'avis d'un autre praticien (médecin de garde, autre médecin généraliste, spécialiste en ville, hospitalier ou médecin du SAMU). Au total, un quart des patients invoquent un avis médical comme étant à l'origine de leur venue (...) 11% des patients disent en outre avoir été orientés par un professionnel non médical, essentiellement les

⁴ Ce tableau est construit à partir du recodage des questions suivantes : (7) Avez vous appelé un médecin en première intention pour répondre à votre problème ? (10) Si vous n'avez pas essayé de joindre un médecin, qui avez vous appelé en première intention ?

⁵ Public : le CCAS, un patient est allé voir son kinésithérapeute mais son cabinet était fermé (samedi après-midi), des témoins ont assisté au malaise; Privé: spécialiste de la clinique, un pneumologue, service cardio de la clinique (infirmière en stage), infirmière à domicile, pharmacie (4 patients)

⁶ Cf. chapitre 5.

pompiers (8%), les autres interventions (infirmiers, pharmaciens ou police secours) restant marginales. Ainsi, la très grande majorité des usagers enquêtés (62%) ont pris leur décision seuls ou avec leur entourage⁷ ».

Comment comprendre un tel écart entre ces chiffres et ceux de la Drees ? Une première hypothèse tient aux modalités de réalisation des deux enquêtes. L'étude exposée ici porte sur les seules urgences « somatiques » et adultes (plus de 15 ans et 2 mois) alors que l'enquête nationale couvre l'ensemble des urgences : « traumatiques », « somatiques », adultes et « pédiatriques ». Or, selon les auteurs, il existe une nette segmentation du recours aux urgences selon l'âge, les urgences pédiatriques se caractérisant par un mode d'entrée beaucoup plus souvent direct⁸ comparé à celui des personnes âgées⁹. Il semblerait également, au regard de la typologie dressée dans le second volet de l'étude (« Six profils d'usagers des urgences »), que les patients de « traumatologie » (victimes d'un « accident »), le groupe le plus important (38%) de l'échantillon enquêté par la Drees, recourent plus fréquemment aux urgences sur un mode direct. Ayant interrogé uniquement les patients « non traumatiques » adultes, de fait le pourcentage d'entrée sur le mode direct est inférieur dans notre enquête. La structure de l'activité du service enquêté et les caractéristiques des patients de médecine encourage à valider cette hypothèse :

« L'activité du service d'urgences du CHU (de Nantes) se décompose en trois parties: les urgences pédiatriques qui représentent 28% des passages, l'accueil traumatique (36%) et l'accueil non traumatique (37%). Mais chacune de ces activités n'a pas les mêmes conséquences en matière d'organisation hospitalière. Entre 80% et 90% des personnes admises pour un motif d'origine traumatologique ou pédiatrique retournent à leur domicile, après avoir bénéficié des soins adaptés. La situation est tout à fait différente pour les patients admis pour soins médicaux (ou non traumatiques) car, pour ces patients, la proportion de personnes hospitalisées est beaucoup plus importante (près d'un patient sur deux) et il s'agit plus souvent de personnes âgées¹⁰. »

Non seulement, notre enquête ne concerne qu'un tiers de l'ensemble des patients accueillis dans ce service mais, de surcroît, elle porte sur ceux qui ont une plus forte probabilité d'être hospitalisés et donc de se rendre au service sur la prescription d'un médecin.

La seconde hypothèse, non exclusive de la précédente, concerne le caractère déclaratif des réponses recueillies lors de la passation de nos questionnaires. On peut supposer qu'une partie

⁷ Carrasco, Baubeau, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Etudes et Résultats*, n°215, janvier 2003, p. 4.

⁸ « Les parents, confrontés à la survenue d'un problème de santé inopiné chez leur bébé, semblent utiliser les services d'urgence comme une porte d'accès à une consultation médicale de pédiatrie », Carrasco Valérie, Baubeau Dominique, « Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale », *Etudes et Résultats*, n°212, janvier 2003, DREES, p. 7.

⁹ « Ce mode d'arrivée directe concerne au moins 80% des patients dans toutes les tranches d'âge inférieures à 50 ans, puis diminue fortement avec l'âge: au-delà de 80 ans, les deux tiers des patients ont bénéficié d'une orientation médicale préalable [...] Les enfants de moins de 6 ans sont amenés directement par leurs proches (pour plus de 80% d'entre eux) », *ibid.*, p. 4.

¹⁰ Pr. Potel, « Le grand retour de la médecine polyvalente », *Santé Pays de la Loire*, n°58, nov/déc 2004, p. 4.

des enquêtés, n'a peut-être pas toujours répondu avec sincérité. Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, les discours sur les urgences sont hantés par la suspicion d'abus et, conséquemment, par le spectre du patient consommateur « irresponsable ». Dans ce cadre cognitif, il est possible que certains patients aient adopté, face à une « blouse blanche », une « stratégie de présentation de soi¹¹ » en conformité avec ce qu'ils pensent des attentes des soignants. Peut-être n'ont-ils pas été totalement sincères pensant qu'une réponse négative les exposerait à un reproche et à un délai d'attente prolongé. Cette piste d'analyse me semble néanmoins peu pertinente au regard des multiples questions contenues dans le questionnaire dont le croisement permet, dans une certaine mesure, de vérifier la cohérence des réponses. Aussi, le décalage des résultats obtenus entre notre étude et celle de la Drees tient, selon nous, pour l'essentiel aux modalités de réalisation des deux enquêtes.

Intéressons-nous à présent au type de professionnels contactés par les patients lors de la survenue du problème. Aux urgences publiques, ils sont 44,6% à avoir appelé un médecin généraliste tandis qu'aux urgences privées ce taux s'élève à 68,6%. En additionnant ces chiffres aux appels adressés à SOS Médecins, les écarts entre les deux services s'accroissent : aux urgences privées, ils sont 76,3% soit plus des trois quarts, à s'adresser en priorité à des acteurs médicaux libéraux en cas d'urgence tandis qu'aux urgences publiques, ils sont 55,1% à adopter ce comportement. A l'inverse, en additionnant les acteurs publics, on constate que 33% des patients du CHU ont recouru aux professionnels travaillant dans le secteur public¹² et ils sont seulement 11% à être dans ce cas aux urgences de la clinique : 5,9% d'entre eux ont tenté d'appeler le SAMU et 5,1% les sapeurs-pompiers. Ainsi les patients des deux services d'urgence ne recourent pas aux mêmes prescripteurs face à une situation d'urgence sanitaire : les patients des urgences privées recourent davantage à un réseau médical privé (très peu aux 15 et 18) et ceux des urgences publiques à un réseau d'acteur public (médicaux et non médicaux).

Une étude réalisée en Midi-Pyrénées aboutit à des résultats similaires. Ses auteurs constatent que les trajectoires sanitaires suivies par les patients sont différentes en fonction du service d'urgence sollicité, les patients des urgences privées ayant, je cite, « un faible recours au 15 préférant dans 65% des cas un contact médical préalable » :

« Dans le fonctionnement du recours aux urgences en fonction du statut public ou privé de l'établissement, des filières de soins semblent différemment organisées. Les patients se présentant dans un SU public viennent plus après avis médical (49% vs 42% lorsque le SU est privé, p =

¹¹ Goffman E., *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*, Editions de Minuit, 1973.

¹² 12% Samu ; 20,5% les sapeurs-pompiers et 0,5% la police/gendarmerie.

0,01). Cet avis médical est plus souvent téléphonique (52,6%) et essentiellement auprès du SAMU (à 80%). Pour les patients se présentant dans un SU privé, c'est un contact médical (consultation, visite) qui a précédé la venue dans 65% des cas. Lorsque l'avis médical est pris par téléphone, le SAMU n'a été contacté qu'une fois sur quatre.¹³ »

Deux hypothèses complémentaires peuvent être avancées pour expliquer cette différence : on peut supposer, dans un premier temps, que les pratiques d'appels contrastées s'expliqueraient par des profils de patients différents. Cependant dans le cadre d'une situation d'urgence, ce ne sont pas toujours les patients ou bien leurs proches qui appellent les professionnels. Selon le lieu où se produit l'urgence, (domicile, lieu de travail, voie publique, etc...), ce peut être en effet un témoin dans la rue, un professeur ou encore, un chef d'entreprise, etc...

Ceci nous amène à supposer dans un second temps, que les conditions de survenue du problème influeraient sur les pratiques d'appel et expliqueraient en partie les différences relevées précédemment. Pour vérifier cette hypothèse, il convient de se rapporter aux réponses relatives aux lieux d'intervention des « secours ».

1.1.2. Le lieu où se déroule l'intervention influence-t-il les pratiques de recours des patients ?

Tableau 2 : Des lieux d'intervention contrastés en %

	N.I ¹⁴	Domicile	Lieu/voie publique	Lieu de travail	Maison retraite	Cabinet médical	Hôpital	Autre ¹⁵	Total
Public	26,5	36,7	10,7	5,1	8,8	3,3	3,7	5,1	100
Privé	65,7	24,6	2,1	1,7	2,1	3	0	0,4	100

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées

Lecture : Les secours sont intervenus dans un lieu public ou sur la voie publique pour secourir le patient dans 11,2% des cas aux urgences publiques et dans 3% des cas aux urgences privées.

N.I : Non-intervention

Autre : Dépend du service concerné

L'analyse comparée des « lieux d'intervention » révèle une disparité significative entre les deux services, contenue dans la première colonne du tableau intitulée « non intervention » : la grande majorité des patients des urgences de la clinique n'ont pas sollicité l'aide de professionnels du transport sanitaire d'urgence (65,7%) alors qu'ils sont près des trois quarts à l'avoir fait aux

¹³ Franchet F., « Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville », Rapport final, Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées, Toulouse, 2004, p. 23.

¹⁴ Les non-interventions correspondent aux cas où il n'y a pas eu d'intervention des secours, soit des patients venus d'eux-mêmes ou des personnes venues par leurs propres moyens et qui dans la quasi-totalité des cas venaient de leur domicile. Ils ont vu un médecin au cabinet ou bien à leur domicile (SOS Médecins ou autre).

¹⁵ Public: établissement scolaire (3) ; transfert de la clinique parce qu'ils n'ont plus de place ; intervention au domicile d'un ami parce qu'il est SDF ; gendarmerie ; foyer (2) ; commissariat (garde à vue) ; en visite dans la famille (2).

Privé: Vient d'un service de longue durée

urgences publiques. On pourrait alors penser que ce moindre recours aux transports sanitaires reflèterait une moindre gravité de l'urgence pour les patients de la clinique. Cependant, les catégorisations invalident cette hypothèse : dans l'ensemble, les patients du privé sont plus souvent cotés orange ou rouge (84,8%) par les médecins que leurs homologues du public (51,2%).

Note méthodologique

Pour la cotation « gravité », la clinique n'a pas de système couleur comme au CHU. C'est donc en fonction de la modalité de prise en charge du patient dans le service (l'interrogatoire de l'aide-soignante et de l'infirmière ; est-il mis directement dans un box ? Le médecin vient-il rapidement ? etc...), et de l'expérience acquise durant la passation des questionnaires effectuée aux urgences du CHU que je l'ai évaluée.

Tableau 3 : Niveau de gravité en %

	N.R/NSP	Vert	Jaune	Orange	Rouge	Total
Public	0,9	3,7	36,7	43,3	7,9	100
Privé	8,3	1,3	10,2	78	6,8	100

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées

Lecture : Aux urgences publiques, dans 36,7% des cas le motif du patient relevait de la « bobologie » contre 10,2% des cas aux urgences privées.

NSP : Ne sais pas. Lorsque la cotation était impossible à établir par manque d'information sur le motif.

Ainsi, les urgences traitées dans les établissements privés à but lucratif ne sont généralement pas de moindre gravité que celles prises en charge au CHU comme l'indique également les sources institutionnelles :

« La population accueillie ne diffère pas sensiblement de celle qui est prise en charge dans le public. Selon M. Roger Ken Danis, représentant de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP), la proportion de patients en CCMU 1, c'est-à-dire dont les pathologies sont les moins graves, est de 37 % dans le public et de 33 % dans le privé. Pour les urgences vitales qui nécessitent une réanimation, le privé est un peu moins bien placé : 1 % contre 1 à 3 % dans le public, écart qu'il attribue au fait que les SAMU ont tendance à préférer le secteur public pour la prise en charge des urgences vitales¹⁶. »

De plus, les propos recueillis auprès d'une aide-soignante aux urgences de la clinique démontrent qu'il n'existe pas de lien systématique entre les variables « vient par ses propres moyens » et « gravité »:

« Ca m'énerve que les médecins envoient des embolies pulmonaires ou des douleurs thoraciques d'une part, sans appeler et d'autre part, sans les adresser par une ambulance alors que c'est dangereux. L'autre fois J. (l'urgentiste parisien) donne son accord au médecin traitant pour la

¹⁶ M. Georges Colombier, « La prise en charge des urgences médicales », Rapport d'information n°3672, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 février 2007, p. 113-114.

douleur tho., il lui dit d'appeler une ambulance. Le médecin traitant dit : « Oui, oui »... Et finalement, le patient arrive par ses propres moyens¹⁷. »

Inversement, l'arrivée d'un patient en ambulance est loin de signifier automatiquement que son état est grave :

« Ecoute des conversations tenues par les ambulanciers dans la salle de restauration : Jacques (proche de la retraite) et Carole (30 ans, arrivée récemment dans l'entreprise. Elle prépare le concours d'éducateur spécialisé) racontent leurs urgences du matin : « le 15 a appelé pour une plaie au nez et finalement c'était plus une égratignure. Résultat, 89 euros pour le transport alors qu'aux urgences, deux gars d'origine maghrébine arrivaient à pied. L'un d'eux avait reçu un coup de couteau et il est arrivé debout alors que la dame est arrivée sur le brancard ! En fait, comme elle est tombée par terre sur son lieu de travail, ils ont aggravé pour que l'ambulance se déplace!¹⁸ ». »

Au cours de la passation du questionnaire, nous avons relevé de nombreuses anecdotes similaires tant au service d'urgence privé que public. Il n'est pas rare, par exemple, qu'un patient sorte de l'ambulance des sapeurs-pompiers sur ses deux jambes. En revanche, la comparaison des deux anecdotes précédentes fait apparaître un décalage entre le mode d'arrivée des patients dans les deux services qui n'est pas justifié par la gravité de leur état. Aussi, peut-on suggérer que les patients des urgences privées auraient une plus grande autonomie¹⁹ dans leur trajectoire sanitaire comparée à ceux du public. Cette hypothèse apparaît d'autant plus pertinente au regard du pourcentage d'intervention réalisé en maison de retraite dans les deux services : les patients des urgences du CHU proviennent, en effet, quatre fois plus souvent d'une maison de retraite que ceux de la clinique. Or, si on considère que le fait de résider dans ce type de lieu constitue un indicateur partiel de l'âge et de l'autonomie au moins physique des patients, ceux du CHU sembleraient à cet égard, relativement plus âgés et en moins bonne santé physique. Nous reviendrons sur cette hypothèse dans les développements suivants mais avant cela, il convient de s'attarder sur une autre différence sensible.

Les interventions d'urgence ayant abouti aux urgences du CHU ont eu lieu beaucoup plus souvent dans des espaces publics (lieux publics et voie publique, 10,7%) ou bien, sur le lieu de

¹⁷ Journal de terrain, octobre 2007.

¹⁸ Journal de terrain, ambulance, le 21/05/2007.

¹⁹ Ce terme recouvre plusieurs situations : autonomie comme capacité à s'orienter soi-même dans les méandres de l'administration sanitaire française. Cette autonomie est notamment fonction des « compétences médicales » (pour reprendre l'expression de Boltanski, 1971) des patients ou de leurs proches, elle est différenciée socialement. Par exemple, la capacité à choisir et à s'adresser au spécialiste correspondant à son problème de santé augmente avec le niveau social : Breuil-Genier P., « Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent », *Insee première*, n°709, avril 2000. Sur ce point, on peut lire aussi les études du CREDES qui, tous les deux ans, dresse un bilan de l'état de santé, du recours aux soins et de la couverture maladie des personnes vivant en France. Voir notamment : Auvray L., Doussin A., Le Fur P., « Santé, soins et protection sociale 2002 », CREDES, Questions d'économie de la santé, *Bulletin d'information en économie de la santé*, Décembre 2003, p. 5. etc. La notion d'autonomie au sens sanitaire est ici entendue au sens des capacités physiques et psychiques des patients (degré de validité/invalidité physique et psychique).

travail (5,1%) que celles qui ont terminé leur trajectoire à la clinique (2,1% et 1,7%). Ces résultats permettraient d'expliquer en partie, l'écart repéré précédemment dans les pratiques d'appel des patients des deux services mais ils sont loin d'en épuiser les raisons : le recours aux numéros publics (pompiers 20,5% et SAMU 10,7%) par les patients des urgences du CHU est en effet, deux fois plus important que le pourcentage d'intervention dans les espaces publics (lieu/voie public, hôpital). Aussi, les conditions de survenue du problème (lieux d'intervention ici) ne semblent déterminer qu'à la marge les pratiques d'appels des patients. Ces constats nous encouragent à étudier l'autre hypothèse, celle relative aux profils des patients des deux services, pour rendre compte des pratiques d'appel contrastées.

Cette voie d'analyse apparaît d'autant plus pertinente au regard des nombreux travaux consacrés aux pratiques et/ou aux modes de recours aux soins des Français. Parmi ces études, nous pouvons citer dans un premier temps, un article de Luc Boltanski consacré aux « usages sociaux du corps ». Il y démontre l'influence de la catégorie sociale sur les « compétences médicales », la perception du besoin de soins et le type de comportement que l'on adopte face à un problème de santé²⁰. L'article est, certes, ancien mais il garde aujourd'hui toute sa pertinence, comme l'indiquent les études, plus récentes, réalisées par la Drees:

« Au delà même des différences de revenu et de diplôme, la catégorie socio-professionnelle semble donc jouer spécifiquement sur la consommation de soins: les consommations hospitalières sont caractéristiques des milieux ouvriers, alors que les consultations de médecins spécialistes, les soins optiques et la probabilité de recourir aux soins dentaires sont plus importants chez les cadres²¹. »

Dans la lignée de l'analyse menée par Luc Boltanski, ces auteurs constatent une nette corrélation entre les pratiques de recours aux soins des patients et leur catégorie sociale d'appartenance. Enfin, la conclusion d'une autre enquête portant sur la « genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale » apporte une pierre de plus à l'édification de cette hypothèse :

²⁰ Boltanski L., « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1971, Volume 26, n°1, p. 205-233

²¹ Raynaud D., « Les déterminants individuels des dépenses de santé: l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », Drees, *Études et Résultats*, n°378, février 2005, p. 6. Voir aussi, Mizrahi A., Mizrahi A., « Les inégalités d'accès aux soins », *Prévenir*, « Inégalités, Santé, Excursions », 1995/28, p. 12 : « D'une manière générale, les groupes les plus favorisés font plus souvent appel aux soins de ville, et parmi ces derniers aux soins les plus techniques et les plus spécialisés, alors que les groupes les moins favorisés ont plus souvent recours à l'hospitalisation et aux soins généralistes à domicile »; Mizrahi A., Mizrahi A., « Accès aux soins de spécialistes », ARgSES, <http://argses.free.fr>, 2003 ; Mormiche P., « Pratiques culturelles, profession et consommation médicale », *Economie et Statistique*, 1986, volume 189, p. 39-50; Mormiche P., « Consommation médicale: les disparités sociales n'ont pas disparu », *Economie et Statistique*, n°199, 1986, volume 189, p. 19-38 ; Mormiche P., « Les disparités de recours aux soins en 1991 », *Economie et Statistique*, n°265, 1993, p. 45-52.

« La genèse du déclenchement des recours urgents ou non programmés à la médecine de ville ne saurait donc se restreindre au motif médical « profane » (i.e. pathologie perçue par le patient) ou un diagnostic du médecin mais repose également sur des logiques individuelles de soins, en lien avec la perception et le mode de mobilisation face à un problème de santé, les caractéristiques sociodémographiques ou encore la connaissance du système de santé²². »

Même si les auteurs de cette étude mettent de côté, dans leur analyse, l'influence des catégories socio-professionnelles des patients sur le mode de recours aux soins, ils la suggèrent néanmoins en guise de conclusion. A la lumière de ces données, il semblerait donc que les disparités constatées dans les pratiques d'appels puissent s'expliquer, en grande partie, par l'existence de profils de patients distincts dans les deux services.

Enfin, les pratiques d'appels déterminant, en toute logique, le type de professionnel (prescripteurs et transporteurs) qui prend en charge le patient, l'étude des modes d'adressage des patients dans les deux services devrait refléter ces disparités.

1.2. PATIENTS DU PRIVE, PATIENTS DU PUBLIC : DES RESEAUX D'ADRESSAGE DISTINCTS?

1.2.1. Qui a décidé de l'orientation des patients dans l'un ou l'autre service?

Tableau 4 : Un mode d'adressage reflétant largement les pratiques d'appel des patients²³ (%)

	de lui-même	Médecin traitant	Médecin garde	SOS médecin	Samu	Police	Autre ²⁴	Total
Public	10,7	34,9	2,8	12,1	33	1,4	5,1	100
Privé	13,1	59,7	3	7,6	11,9	0	4,7	100

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées

Lecture : 34,9% des patients du service d'urgence public ont été adressés par leur médecin traitant contre 59,7% des patients du service d'urgence privé.

Dans les deux services, la proportion de patients « venus d'eux-mêmes » reste faible au regard des statistiques nationales. Les médecins, quel que soit leur statut (public, privé), sont en effet les

²² Collet M., Gouyon M., « Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale », Drees, *Etudes et Résultats*, n°607, novembre 2007, p. 8. Voir aussi, Praznoczy-Pépin C., « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile de France », ORS Ile-de-France (éditeur), 2007/06, 20 p. : « Cette sous-représentation des patients en CMUC peut s'expliquer par un recours plus élevé de ces patients aux urgences hospitalières. En effet, les patients issus des milieux sociaux ouvriers ou employés représentent une part importante des passages dans les services d'urgences hospitalières et sont également largement bénéficiaires de la CMUC. », p. 7.

²³ Question 12 : Qui vous a adressé dans le service ? Précision méthodologique : il s'agit de l'acteur qui a décidé de l'orientation vers le service. Ainsi, lorsque SOS Médecins, le médecin généraliste, les sapeurs-pompiers, les ambulanciers privés, etc..., sont intervenus, nous avons codé SAMU s'ils avaient appelé ce service car il s'agit dans ce cas de l'acteur décidant, en dernière instance, de l'orientation du patient.

²⁴ Aux urgences publiques : spécialiste (0,5%), hôpitaux (2%), clinique (0,9%=réorientation), travailleurs sociaux (0,9%). Aux urgences privées : spécialiste (2,5%), infirmière à domicile (0,9%), pharmacien (1,3%). Le 7ème jour de passation du questionnaire, je note l'information suivante : « Question 12 du questionnaire, ajouter la variable spécialiste ? ». Je me rendais compte, en effet, qu'un certain nombre de spécialistes orientaient les patients vers ce service ce que je n'avais pas remarqué aux urgences du CHU. J'ai alors ajouté cette modalité sur mon questionnaire.

principaux prescripteurs en la matière, ce sont eux qui décident de l'orientation dans la très grande majorité des cas.

On constate par ailleurs qu'à l'instar des pratiques d'appel, les modes d'adressage sont significativement distincts d'un service à l'autre : aux urgences privées, 62,7% des patients ont été orientés par un médecin généraliste (médecin traitant ou de garde) ce qui est le cas pour seulement 37,7% des patients interrogés aux urgences publiques. En cumulant les pourcentages correspondant aux acteurs médicaux privés²⁵, ce sont ainsi près des trois quarts (72,8%) des patients du privé qui ont été adressés par un réseau médical libéral, alors que la proportion tombe à un peu plus de la moitié (51,2%) dans l'autre service.

Inversement, aux urgences publiques, ils sont un peu plus du tiers (35%) à avoir été orientés par un réseau d'adressage public représenté essentiellement par le SAMU soit, trois fois plus que dans le service privé (11,9%)²⁶. Ce faible pourcentage de patients de la clinique adressés par le SAMU a également été souligné dans un rapport consacré aux urgences médicales publié l'année de notre enquête :

« Les représentants de l'hospitalisation privée regrettent que le centre 15 ne sollicite pas plus leurs structures des urgences. Selon M. Roger Ken Danis, « le centre 15 n'adresse que 15 % de ses patients au secteur privée (...) ; comme le SAMU est souvent installé dans les locaux de l'hôpital public, le centre 15 dirige encore trop peu vers les urgences privées », de sorte que « lors d'une catastrophe, d'un déraillement ou d'un incendie, on assiste à un engorgement momentané, ponctuel, des urgences publiques, alors que les urgences privées qui sont également mobilisées et qui se trouvent parfois à cinq kilomètres des faits ne voient rien passer²⁷. »

A en croire Mr. Ken Danis, président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), ce ne sont pas les établissements privés qui sont à l'origine de cette répartition mais le SAMU lui-même. Toutefois, rappelons qu'aux urgences de la clinique, la règle veut que les médecins de ville, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, appellent, au préalable, le médecin urgentiste de la clinique pour obtenir l'autorisation d'envoyer leurs patients dans ce service. L'analyse de la variable qualitative « motifs et circonstances de venue »²⁸ aux urgences de la clinique confirme

²⁵ Médecins traitant, médecin de garde, SOS Médecins, spécialistes (autre).

²⁶ L'analyse de la variable « autre » va dans ce sens. De même, la police apparaît être un des prescripteurs aux urgences publiques (certes minime) alors qu'elle est inexistante à la clinique.

²⁷ M. Georges Colombier, « La prise en charge des urgences médicales », Rapport d'information n°3672, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 février 2007, p. 116-117.

²⁸ Pour conserver la richesse des matériaux collectés sur le terrain, j'ai ajouté à mon questionnaire une variable codée « circonstances de venue », un espace dans lequel je consignais les brèves observations et conversations menées auprès de chaque patient.

l'existence d'un tel réseau médical d'adressage²⁹. Parmi toutes les notes consignées sur les questionnaires, nous en avons extrait ici quelques-unes pour illustrer nos propos :

- « - Occlusion, elle est cliente de la clinique, suivie par un gastro-entérologue de l'établissement, elle vient pour être hospitalisée en urgence.
- Pose d'un cathéter. Il est venu en France pour se faire soigner, il est assuré dans son pays. Il passe par les urgences pour aller au bloc. L'infirmière n'est pas contente qu'un chirurgien dise à un patient de venir aux urgences pour se faire préparer à aller au bloc: « On n'est pas leurs internes! »
- Douleur gastro. Son médecin spécialiste est de garde à la clinique, il l'oriente ici pour faire un scanner en urgence.
- Tachycardie. Son médecin a appelé les urgences, le patient est suivi par le centre de lutte contre le cancer intégré à la clinique.
- Abcès abdo, vient pour un scanner. Dirigé aux urgences par un spécialiste de la clinique.
- Suspicion appendicite. Son médecin a adressé son courrier directement au chirurgien généraliste de la clinique.
- Cancer. Il est suivi par le centre de lutte contre le cancer intégré à la clinique. Un spécialiste doit passer le voir. Ancien directeur d'hôpital, il est installé directement dans un lit porte parce que le spécialiste n'a pas de place pour le moment dans son service. »

Il semblerait, à la lumière de ces données, que les spécialistes de la clinique utilisent le service d'urgence pour gérer le flux des patients admis au sein de leur service³⁰. Dans ce cadre, il n'est pas rare que les patients des urgences soient également des « clients de la clinique », ce sont alors souvent des « malades du médecin » pour paraphraser Claudine Herzlich³¹.

Note méthodologique « clients de la clinique »

Ma présence auprès de l'aide-soignante d'accueil à la clinique me permettait de savoir systématiquement s'il s'agissait d'un client de la clinique ou non. Lors de l'admission, l'aide-soignante entre le nom et le prénom du patient et peut ainsi rapidement savoir si la personne est déjà venue dans la clinique pour une consultation ou une hospitalisation. Je notais alors sur le questionnaire « Client de la clinique ». L'analyse de la variable « Circonstances et motifs de venue » révèle

²⁹ « La première incertitude du médecin concernant la relation thérapeutique est donc qu'il n'est pas assuré que le patient choisira de venir le consulter ou, ce qui est souvent le cas pour le cancer, lui sera adressé par un collègue. Cette situation implique de ne pas limiter l'analyse de la relation thérapeutique au moment de la prise en charge du patient par un médecin donné, mais de s'interroger en amont sur les conditions par lesquelles le patient est parvenu jusqu'à lui, et partant, sur le système de relations locales entre médecins ». Castel P., « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, 46-3, 2005, p. 451.

³⁰ Sur ce point, voir l'analyse d'Andreo C. sur les critères de « sélection » des « candidats » à l'entrée des services de réanimation et l'importance que prennent, dans le travail des professionnels de ce service, les tâches liées à la gestion du flux des malades : Andreo C., « La gestion des flux de malades dans les services de réanimation », *Sociétés contemporaines*, 2004/2, n°54, p. 99-124. De façon complémentaire, on rappelle entre autre les analyses de Dodier et Camus, portant sur les difficultés rencontrées par le personnel des urgences pour « vendre » certains profils de patients aux services de spécialité, Dodier N., Camus A., « L'admission des malades, histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *op. cit.*

³¹ Herzlich C., « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue Française de Sociologie*, XIV, numéro spécial, 1973, p. 49-50. Les résultats d'une étude de la Drees confirment cette tendance : « *Quel que soit le traceur, lorsque l'acte est effectué dans le secteur privé, les patients choisissent davantage le médecin que l'établissement, à l'inverse de ce qui s'observe dans le public* », Le Fur P., Paris V., Picard H., Polton D., « Les trajectoires des patients en Ile de France: l'accès aux plateaux techniques », CREDES, Questions d'économie de la santé, *Bulletin d'information en économie de la santé*, Juillet 2000, p. 4.

ainsi, que 18,3% des patients des urgences médicales sont clients de la clinique. Soit ils y ont été hospitalisés ou bien, ils y sont suivis par un spécialiste. Enfin, le questionnaire comprenait également une question qui visait à savoir si le patient était déjà venu dans le service (question 16 : êtes-vous déjà venu aux urgences?). L'analyse statistique de cette question révèle que 23,3% des patients interrogés étaient déjà venus dans ce service (70,3% non; 6,4% ne sait pas). A ceux qui ont répondu être déjà venus à la clinique, j'adressais deux autres questions: Quand êtes-vous venu aux urgences (non exploitée ici)? Combien de fois êtes-vous venu aux urgences pour vous-même? Ces données indiquent donc qu'on ne se rend pas par hasard aux urgences privées.

De la même façon, les patients des urgences publiques sont, pour une part non négligeable d'entre eux, déjà venus dans le service : 39,5% des patients de ce service ont affirmé s'y être déjà rendus³² dont 12,6% venus une fois et 15,8% plus d'une fois³³ au point, pour certains, d'être « connus du service » selon l'expression indigène. Ces « habitués » souffrent, pour la plupart, de troubles psychologiques³⁴ ou bien, d'une maladie pour laquelle les médecins n'ont pas encore trouvé de traitement adéquat³⁵. Cependant, même s'ils connaissent le service, il est rare que ces patients soient attendus et/ou adressés par un spécialiste de l'établissement :

« Nez qui coule depuis la veille. Il y a six ans, elle a fait un AVC. Elle a téléphoné au médecin la veille mais il ne voulait pas se déplacer. Ils ont donc appelé SOS Médecins. Il n'arrive pas à mettre en place un traitement adéquat, il vient donc souvent aux urgences. Il est suivi par un neurologue de l'hôpital. »

« Crises de convulsion. C'est une habituée des urgences, le rendez-vous pour l'ambulance a été pris la veille. »

« Perte d'équilibre, chutes à répétition. Il est venu « bien dès fois à l'hôpital ». Le courrier médical indique qu'il est « connu du service ». »

« Crise épileptique. Jeune homme qui fait souvent des crises épileptiques et ne trouve pas de traitement adéquat. Il est connu des urgences ».

« Problème psy, syndrome dépressif. Il est connu des urgences. Son fils veut le faire hospitaliser. Il est suicidaire. Les ambulanciers en ont assez car ils sont appelés toutes les semaines pour aller le chercher. »

Il existe bien, pour conclure, un mode de recrutement propre à chaque service : aux urgences de la clinique, le recrutement des patients se fait principalement par la filière médicale libérale tandis qu'aux urgences du CHU, le mode de recrutement apparaît nettement plus diversifié. Dans

³² 31,6% non; 20% non réponse; 8,8% ne sait pas.

³³ Le reste étant des non réponses

³⁴ Sur l'intérêt financier pour les chefs de service, de désigner ces patients comme « psy », voir Ogien A., « L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers », *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 1986, p. 32-33.

³⁵ A propos des acteurs non médicaux, on constate des différences de nature similaires entre les deux services : il s'agit soit de la police (1,4%) ou bien de travailleurs sociaux (0,9%) qui ont orienté des patients vers les urgences du CHU, alors qu'à la clinique, ce sont des infirmières (0,9%) ou des pharmaciens (1,3%).

ce service, le poids des acteurs publics est, en effet, beaucoup plus prégnant et à peine plus de la moitié des patients ont été adressés par un médecin libéral³⁶. Pour expliquer ces différences, l'hypothèse énoncée précédemment relative aux profils socio-pathologiques et donc à l'existence de filières d'accès aux soins d'urgence socialement différenciées garde toute sa pertinence. L'analyse comparative de la question ouverte « motif et circonstance de recours », bien qu'insuffisante, encourage également à maintenir cette hypothèse.

Le type de transport utilisé par les patients pour se rendre dans le service n'est pas non plus sans distinguer les patients de chaque service. Mais avant, il convient de préciser que la loi de 1986³⁷ a réparti les territoires de compétences entre les deux principaux transporteurs sanitaires dans le domaine de l'urgence de la façon suivante : les ambulances privées doivent intervenir à domicile et plus largement dans les lieux privés (maisons de retraite, etc..), tandis que les sapeurs-pompiers assurent les secours dans les établissements publics et sur la voie publique³⁸. Dans la mesure où ce sont les médecins qui décident *in fine* du choix du transporteur, l'intérêt sera donc, ici, de saisir les logiques médicales d'adressage. Autrement dit, dans quelles circonstances les médecins décident-ils d'adresser le patient aux urgences publiques plutôt qu'aux urgences privées et inversement ?

1.2.2. Quelles sont les logiques médicales d'adressage aux services d'urgence?

Tableau 5 : Type de transport selon la destination des patients en %

	Non réponse	Moyens propres	Taxi	Police	Ambulance privée	Sapeurs-pompiers	Smur	Amb/Branc hospitaliers	Total
Public	0,5	23,7 ³⁹	1,9	1,9	48,4	20,9	0,9	1,8	100
Privé	0,9	64,4⁴⁰	0,4	0	27,5	5,1	1,7	0	100

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées

Lecture : 48,4% des patients des urgences publiques sont arrivés au moyen d'une ambulance privée tandis que 27,5% des patients des urgences privées sont dans ce cas.

Les taux relatifs aux « moyens propres » confirment la faible sollicitation, déjà signalée, des professionnels du transport sanitaire d'urgence par les patients du privé. Ils sont en effet 64,4% à être arrivés par leurs propres moyens⁴¹ alors qu'une large majorité des patients des urgences

³⁶ L'existence d'un lien entre le mode de recrutement (« sélectivité » ou non de la clientèle) d'un service et son type d'adressage (par « un réseau professionnel médical ») a été mis en évidence depuis longtemps par C. Herzlich., *op. cit.*, p. 52-53.

³⁷ Loi n°86-11 du 6/01/1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

³⁸ Malgré tout, dans les faits, la répartition des lieux est loin d'être aussi franche, les sapeurs-pompiers intervenant souvent à domicile en particulier en milieu rural.

³⁹ Voiture particulière (17,7%), transport en commun et/ou à pied (6%).

⁴⁰ Voiture particulière (62,7%), transport en commun et/ou à pied (1,7%).

⁴¹ Accompagné du conjoint ou d'un membre de la famille le plus souvent (fille ou fils).

publiques utilisent les professionnels du transport sanitaire d'urgence qui, additionnés entre eux, représentent 70,2% des cas⁴². Si on postule que le fait de se rendre par ses propres moyens aux urgences est un indicateur d'autonomie alors il semblerait que les patients des urgences publiques soient moins autonomes que leurs homologues du privé. De plus, cumulés entre eux, les véhicules privés représentent 92,3% des moyens de transport utilisés par les patients de la clinique (8,6% ont été transporté par des acteurs publics contre 23,7% au CHU). Les sapeurs-pompiers étant légalement les seuls à pouvoir intervenir sur la voie publique et dans les lieux publics, leur faible présence aux urgences privées confirme les différences relatives aux lieux d'intervention (2,1% lieu/voie public). Le même constat a été d'ailleurs établi par Didier Fassin et son équipe concernant le rapport des sapeurs-pompiers aux urgences privées :

« Le comportement des prescripteurs de soins d'urgence que sont le SAMU, les pompiers et les médecins généralistes des environs de l'établissement. Ces différents acteurs adressent un grand nombre de personnes à l'hôpital public, et notamment des personnes en situation de précarité. Ils adressent moins de patients à la clinique, où la venue des pompiers, par exemple est beaucoup plus rare. Le statut d'établissement privé à but lucratif amène ces prescripteurs à ne pas adresser des personnes en situation de précarité dans ce service d'urgences. Le personnel rencontre donc moins de personnes qui ont à la fois des problèmes de santé bénins et des difficultés à payer leurs soins⁴³. »

D'après ces auteurs, il existe une entente tacite entre les prescripteurs et les cliniques à qui il est convenu de ne pas adresser de patients précaires. Il semblerait donc y avoir un lien entre la faible présence des sapeurs-pompiers aux urgences privées et le type de patients qu'ils transportent. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons croisé⁴⁴ la variable « lieu d'intervention publique, voie publique » et les données de la question ouverte « motifs et circonstances de venue » pour les deux types de patients. Aux urgences publiques, les informations relatives aux profils que nous avons recueillies sont les suivantes⁴⁵ :

« Il n'arrive pas à mettre en place un traitement adéquat, il vient donc souvent aux urgences. Il est suivi par un neurologue de l'hôpital. »

⁴² La proportion importante de transport sanitaire d'urgence réalisé par les ambulances privées s'explique en grande partie par la répartition juridique des compétences entre ces acteurs et les sapeurs-pompiers. Ces transports sont remboursés à 100% (moins deux euros de franchise) lorsqu'ils sont prescrits par un médecin quelque soit son statut (médecin généraliste, SOS Médecins, SAMU, etc...). Toutefois si la prescription est réalisée par le SAMU, l'entreprise d'ambulance est payée par l'hôpital sinon, le patient doit en général faire l'avance des frais. Dans la pratique, il est généralement malaisé pour l'ambulancier de réclamer un paiement dans le cadre d'une situation d'urgence. Bien souvent, la facture est envoyée au domicile du patient.

⁴³ Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., et al., « La question sociale à l'hôpital. Urgences et précarité en Seine-Saint-Denis », Paris, CRES (éditeur), collection *Les rapports d'étude du CRES*, 2001/06, 320 p. p. 188.

⁴⁴ La question ouverte « motifs et circonstances de venue » ne pouvant être codée statistiquement, le croisement exposé ici a été effectué manuellement : pour chaque lieu d'intervention nous avons relevé ici les notes consignées dans la case « motifs et circonstances de venue » correspondante.

⁴⁵ La faiblesse de l'échantillon permet de faire une analyse plus fine. Nous n'avons toutefois retranscrit ici que les trois quarts des patients enquêtés, cela suffit à donner une idée au lecteur. En revanche, l'ensemble des patients concernés aux urgences privées a été restitué.

« Crise épileptique. Jeune homme qui fait souvent des crises épileptiques et ne trouve pas de traitement adéquat. Il est connu des urgences ».

« Sans domicile. La parfumerie de la rue a appelé les pompiers. Il est très sale et sent très mauvais ».

« Epistaxis (saignement de nez) importante. Malaise, il a un traitement. Invalidité longue maladie, il est venu aux urgences la semaine passée ».

« Chute suite à un malaise. Céphalée. Il est venu dans le service il y a moins de six mois ».

« Malaise devant la CAF. »

« Malaise au restaurant, diarrhée, antécédents de phlébite. Il dit avoir des problèmes familiaux ».

« Ingestion volontaire de javel, problème psy. Le médecin n'a pas voulu se déplacer alors il a appelé le 18 ».

« Malaise, suspicion AVC. Femme âgée de plus de 80 ans ».

« Malaise, médicament, alcool. Suivie pour dépression dans une clinique voisine. Elle n'a pas demandé à venir dit-elle, c'est un témoin qui a appelé. Elle veut repartir immédiatement ».

« Problème médico-social. Un témoin a appelé les pompiers ».

« Problème psy. Tétanie, spasmodophilie, syndrome dépressif. Il va directement en secteur psy ».

« Malaise hémiparétique dans un hôtel, il a une maladie orpheline. Il est en vacances avec son père ».

« Malaise dans la rue. Un témoin a appelé le 18 ».

« Connu du service. Alcoolique, chute par maladresse. Problème psy. »

« Malaise sur la voie publique, insolation. C'est un scout qui est en voyage ».

« Vomissements. Il a consommé des stupéfiants, OH++ (alcool). La police était sur place. Il est suivi pour problème psy à l'hôpital ».

Ces données indiquent qu'une proportion non négligeable des patients du CHU transportés par les sapeurs-pompiers souffre d'un problème médico-social ou médico-psychologique et/ou sont connus du service pour une maladie.

- « - Malaise sur la voie publique au sud de la ville. Un témoin a appelé. Il est déjà venu dans le service.
- Malaise cardiaque au sud de la ville. Déjà venu dans le service. Le patient est intubé peu de temps après son arrivée.
- Malaise cardiaque au sud de la ville. Déjà venu dans le service.
- AVC, déjà venu dans le service. Il est suivi à la clinique, antécédents cardiaques.
- Malaise ayant entraîné une chute. «

Il s'agit, pour la plupart, de patients ayant une pathologie ciblée (cardiaque) et de surcroît, « clients de la clinique ». De même, la majorité de ces patients a été prise en charge dans le sud de la ville, soit la zone géographique de recrutement de la clinique, le CHU étant situé plus au nord. Cette logique d'adressage a été confirmée dans un entretien avec un des médecins régulateur du SAMU :

- « - *Qu'est ce qui fait, si il y a de la place dans les deux services, que vous envoyez quelqu'un à la clinique plutôt qu'au CHU ?*
- *Ca dépend de la géographie aussi. Comme l'UPATOU (clinique) c'est au sud, ça permet à une ambulance ou un VSAB de ne pas venir en centre-ville et de ne pas perdre du temps. Il y a aussi, si on sent que c'est vraiment très grave derrière, ce n'est pas très précis, il vaut mieux venir aux urgences parce qu'aux urgences, derrière, il y a la REA. Donc il y a la REA, les blocs, il y a toutes ces spécialités alors qu'à l'UPATOU, il faut quand même que ce soit assez ciblé quoi ! parce que quand ils font leur diagnostic, ils appellent le cardio direct. Quand ça touche pas mal de choses, ils ont du mal. Et puis, ils n'aiment pas trop gérer aussi les cas sociaux. Il faut être franc. Si il y a un*

clodo qui fait un vomissement, qui a un saignement bah ! ça ne les intéresse pas trop parce que derrière il va y avoir le problème médical à régler mais il y a le social aussi. Et eux, ils ont moins d'assistantes sociales aussi, pas de spécialité du social, qui s'occupe de gérer ça parce que ça prend beaucoup de temps. Parce qu'aux urgences, il y a les surveillantes mais derrière il y a toute une équipe qui gère tout ça, voir comment il est en maison de retraite, à domicile... Ca prend beaucoup de temps. Et ça, ça rentre en compte⁴⁶. »

Cependant, loin d'être un critère essentiel d'orientation vers l'un ou l'autre service d'urgence, la logique de proximité géographique semble jouer à la marge seulement dans la décision du régulateur comme l'illustre également le tableau ci-dessous :

Tableau 6: Aire géographique de recrutement des patients selon leur destination⁴⁷ en %

	Agglomération ville	ville	Nord Agglomération	Sud Agglomération	Territoire de santé de la ville ⁴⁸
PUBLIC	74	37,8	15,8	20,4	91,2
PRIVE	72,9	24,1	14	34,7	92,4

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées.

Lecture : 34,7% des patients des urgences privées proviennent du sud de l'agglomération nantaise contre 20,4% des patients des urgences publiques.

Les patients des urgences de la clinique proviennent, certes, nettement plus souvent du sud de la ville que ceux des urgences du CHU. Toutefois, on peut lire ici qu'un quart des patients des urgences publiques a été pris en charge dans le sud de la ville. De plus, le pourcentage de patients provenant du nord de la ville est sensiblement identique dans les deux services⁴⁹.

D'après notre interlocuteur, le type d'urgence semble prévaloir sur le critère géographique dans les décisions d'orientation des patients : les patients présentant des troubles médicaux-sociaux et/ou médico-psychologiques sont manifestement adressés de façon privilégiée aux urgences du CHU, celles de la clinique n'étant pas « adaptées », nous dit-on, pour traiter ce type de patient. Ces pratiques d'adressage ont également été repérées par Michel Estèves au cours de son enquête dans une clinique du sud de la France :

⁴⁶ Entretien semi-directif de préparation à l'enquête statistique réalisé, le 2 octobre 2006, au domicile de ce médecin exerçant comme régulateur au SAMU et à SOS Médecins.

⁴⁷ Ils résidaient tous dans le département à l'exception de deux patients, aux urgences privées, arrivant de départements voisins. Ce tableau n'a pas de colonne « total » car l'objectif ici est de dresser une cartographie rapide de l'origine géographique des patients. La présentation sous la forme d'un tableau nous apparaissait plus claire pour le lecteur qu'une présentation textuelle.

⁴⁸ « Le territoire de santé de Nantes (828 000 habitants) est le territoire le plus peuplé de la région (26 % de la population régionale). A l'intérieur du territoire, deux habitants sur trois (66 %) sont domiciliés dans l'agglomération nantaise », in « La santé observée dans le territoire de santé de Nantes », ORS des Pays de la Loire, avril 2005, p. 9.

⁴⁹ On remarque par ailleurs que le recrutement des deux services est essentiellement local ce qui n'a rien d'étonnant compte tenu du fait qu'il s'agit de services non spécialisés qui occupent (avec la médecine interne) le bas de la hiérarchie médicale. Le lien entre mode de recrutement (local ou non) et spécialisation du service a été bien analysé par Herzlich C., *op. cit.*

« Légalement, le principe de la liberté de choix du patient implique que lui seul choisisse l'établissement hospitalier vers lequel vont le transporter les pompiers et ils ne peuvent s'opposer à la volonté de ce premier s'il exige d'être rendu dans un établissement particulier. Pourtant, à l'encontre de ce principe, un pompier m'a appris que sa garnison a passé une convention avec la clinique : en clair, la clinique paye aux pompiers le matériel qui leur est nécessaire (les pompiers se servent auprès de la pharmacie de la clinique) et, en contrepartie, ces derniers fournissent la clinique en clients. Les pompiers ont donc pour consigne de diriger en priorité des clients vers la clinique, hormis dans le cas où : soit tous les lits de la clinique sont occupés (le cas échéant, un client dont l'état ne risque pas de nécessiter une hospitalisation peut nonobstant y être livré) ; soit le client transporté est « indésirable » (les pompiers demandent au patient sa carte d'assuré social dès qu'ils le prennent en charge : si ce client n'est pas assuré, il sera détourné vers un hôpital public) [...] Néanmoins, dans tous les cas, répétons-le, les pompiers doivent se plier au choix du patient si celui-ci exige d'être déposé dans un établissement particulier : bien entendu, ne soyons pas naïfs, les pompiers savent utiliser les bons arguments pour orienter un patient vers l'établissement pour lequel ils travaillent ou, justement, ne pas les utiliser pour mener leur mission à bien ; avant tout en omettant de demander au patient vers quel établissement il veut être dirigé »⁵⁰.

Dans le cas étudié par Michel Estèves, la convention signée entre la clinique et les sapeurs-pompiers explique leur plus forte présence dans ce service et ce, à tel point que les ambulanciers privés ne sont nullement mentionnés dans son étude. Enfin, nous avons également pu mesurer par nous-même, au cours des années d'ambulance, l'écart entre le principe formel de libre choix du patient et la réalité :

« Intervention d'urgence dans une commune située en périphérie de la ville. La patiente âgée d'environ 75 ans réside dans une maison de plain-pied. La nièce et le mari sont présents. Le médecin s'est déplacé et constatant une tension à 25, il a décidé de la faire conduire aux urgences du CHU. Le mari est très attentif à la façon dont on prend en charge sa femme allant jusqu'à émettre le souhait de la porter à ma place. Nous avons refusé poliment en lui expliquant que nous avons les techniques pour ce faire. Il réitéra sa demande au moment de mettre le brancard dans l'ambulance et essuya un second refus. Une fois les portes de l'ambulance refermées, la nièce monte et durant le trajet, elle me raconte qu'elle a demandé au médecin s'il était possible d'emmener la patiente à la clinique plutôt qu'à l'hôpital. Celui-ci a répondu que les urgences de la clinique n'étaient pas ouvertes la nuit. Je lui précise alors que ce n'est pas vrai car ce service est ouvert 24h/24h d'après mes connaissances. A l'issue de cette intervention, la nièce régla la facture de transport directement, en espèce. Elle avait 110 euros sur elle selon mon collègue⁵¹. »

En pratique, ce sont donc bien souvent les médecins qui choisissent l'orientation du patient d'où la pertinence de l'emploi, ici, de la notion de « filière » plutôt que de « trajectoire ». Aussi, les décisions médicales court-circuitent-elles partiellement les pratiques d'appel des patients. Cette anecdote livre au passage quelques éléments d'information sur le profil de la personne prise en charge qui semble appartenir au haut de la hiérarchie sociale. Différents indicateurs plaident en ce sens : l'attitude du mari, la suggestion faite à l'ambulancier qui doit rester ferme et

⁵⁰ Estèves M., *op. cit.*, p. 16-17.

⁵¹ Il faut savoir que lorsque le transport se fait à la demande d'un médecin de ville, le patient doit faire l'avance de frais même si il s'agit d'une urgence. Si c'est le 15 qui demande à ce que le patient soit transporté aux urgences en ambulance alors c'est l'hôpital qui règle, le patient n'a rien à payer. Certains ambulanciers m'ont fait part de leur malaise à demander un règlement de la facture aux urgences. Journal de terrain, ambulance, février 2007.

professionnel et le souhait d'être dirigé vers un service d'urgence privé beaucoup plus fréquent de la part des classes aisées⁵². Enfin ils règlent la facture sans réticence ni gêne et en espèces. Malgré tout, le médecin n'accède pas à la demande de la famille et oriente la patiente vers les urgences du CHU.

Ainsi, les logiques médicales d'adressage semblent déterminer, pour une large part, l'arrivée du patient dans l'un ou l'autre type de service et ce, sur la base de critères qu'on a ici en partie identifiés : la proximité géographique, le type de pathologie mais aussi, l'âge du patient. On peut, en effet, supposer que le critère économique ne jouant pas dans le cas de cette patiente, son âge avancé et son autonomie limitée ont présidé à la décision médicale. Pour vérifier cette hypothèse, nous allons étudier à présent le profil socio-pathologique des patients des deux services.

2. COMPARAISON DES PROFILS SOCIO-PATHOLOGIQUES DES PATIENTS DES URGENCES PRIVEES ET PUBLIQUES

A partir de plusieurs critères, les patients du privé nous ont semblé jusqu'à présent plus autonomes dans leurs pratiques de recours aux urgences. D'une part, ils font un usage massif de la voiture particulière qui ne s'explique pas par une gravité moindre de l'état de santé et d'autre part, ils résident beaucoup moins souvent en maison de retraite que leurs homologues du public. Qu'en est-il réellement? Le degré de validité physique et psychique constituent-ils des critères qui déterminent le type de filière de soins d'urgence suivie par le patient ?

2.1. LES PATIENTS DES URGENCES DE LA CLINIQUE SONT-ILS PLUS AUTONOMES D'UN POINT DE VUE SANITAIRE?

2.1.1. Les malades des urgences : la problématique des personnes âgées.

Tableau 7 : Age des patients⁵³ selon leur destination en %

	N.R	15-25 ans	26-50 ans	51-70 ans	71-80 ans	+80 ans	Total
Public	0	14,4	32,5	22,8	11,2	19,1	100
Privé	0,4	16,1	34,7	22,5	10,6	15,7	100

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées

Les patients des urgences publiques sont globalement un peu plus âgés que ceux des urgences privées. On remarque que les différences, relativement faibles, entre les deux services

⁵² Cette demande est d'autant plus rare que l'existence des urgences privées est peu connue.

⁵³ Le tableau comparatif du « sexe » des patients n'est pas mentionné ici car dans les deux services les hommes et les femmes se retrouvent dans les mêmes proportions à savoir respectivement 50/50 aux urgences privées et 48,8/51,2 aux urgences publiques. Le nombre un peu plus élevé de femmes au CHU s'explique peut-être par les femmes enceintes qu'on ne peut retrouver dans le privé.

commencent à apparaître à partir de 70 ans et s'accroissent pour les patients de plus de 80 ans, un peu moins présents aux urgences privées. Ces chiffres rejoignent les données établies par la Drees :

« A partir de 70 ans, le secteur privé est moins souvent sollicité, la traumatologie devient nettement minoritaire, les proportions de patients adressés par un médecin et de ceux dont l'état est susceptible de s'aggraver deviennent significatives, les investigations diagnostiques se multiplient et se diversifient (biologie, ECG⁵⁴) et le passage aux urgences débouche plus d'une fois sur deux sur une hospitalisation. Tout se passe comme si les urgences jouaient le rôle de porte d'entrée pour une hospitalisation non programmée⁵⁵. »

La comparaison de ces chiffres avec les caractéristiques démographiques de la population de l'agglomération nantaise fait apparaître un écart significatif : alors que les 71 ans et plus représentent respectivement 30,3% et 26,3% aux urgences publiques et privées, les personnes âgées d'au moins 60 ans ne représentent que 18% de la population de l'agglomération. De même, la part des plus de 75 ans ne représente que 6,4 % de la population totale du territoire de santé de Nantes⁵⁶ (7% dans le département). On constate donc d'emblée que les patients des deux services d'urgence médicaux sont beaucoup plus âgés que la moyenne des patients du bassin de population et du département.

A contrario, le sociologue Jean Péneff⁵⁷, observait à la fin des années 1990, une sous-représentation des plus de 75 ans dans les services d'urgence parisiens⁵⁸. Même si le bassin de population est différent, on est tout de même amenés à penser qu'en l'espace d'une décennie le poids des personnes âgées dans les services d'urgence, a considérablement augmenté ce qu'a notamment suggéré le chef de service des urgences du CHU enquêté :

« En 10 ans la population des urgences a beaucoup changé. On est vraiment con, on n'a pas su prévoir le vieillissement de la population ce qui n'était pourtant pas bien complexe! Cette vieillesse fait qu'il y a plus de malades et donc un besoin accru mais dans le même temps la démographie médicale va commencer à baisser...Les personnes âgées reviennent régulièrement aux urgences, surtout en médecine et dans 50% des cas elles sont hospitalisées».

Les délais de transfert entre les services d'urgence et les unités d'hospitalisation s'allongent avec l'âge du patient surtout lorsqu'il s'agit de poly-pathologies fréquentes chez les patients âgés. Les

⁵⁴ Electrocardiogramme.

⁵⁵ Carrasco Valérie, Baubeau Dominique, « Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale », *Etudes et Résultats*, n°212, janvier 2003, DREES, p. 8.

⁵⁶ « La santé observée dans le territoire de santé de Nantes », *op. cit.*, p. 9. Plus de 90% de notre échantillon réside sur le territoire de santé de Nantes (cf. tableau 6) d'où l'intérêt de cette comparaison.

⁵⁷ Péneff J., *op. cit.*, 2000.

⁵⁸ « De nombreux clichés concernant les malades des urgences sont battus en brèche dès qu'on établit une statistique. Ainsi les urgences ne sont pas un sous-service gériatrique (une étape pour le placement de vieillards), ni un refuge pour les SDF. Les personnes âgées ne sont pas sur-représentées par rapport à leur poids dans la population », *ibid.*, p.52.

services d'urgences hospitaliers ont beaucoup de difficultés à placer ces patients et rudent parfois pour parvenir à les « vendre⁵⁹ » :

« Nous devons effectuer le transfert d'une vieille dame du service d'urgence vers un hôpital long séjour dépendant du CHU. La vieille dame a fait un OAP et respire très mal. Elle a de graves antécédents cardiaques et elle est en fin de vie. L'ambulancier pose quelques questions à l'interne des urgences mais celui-ci lui répond de façon évasive. L'ambulancier : « Est-ce qu'il y a risque de fausse route ? » ; l'interne : « Non, enfin on n'est pas à l'abri ! ». Il nous explique que pour le transport il n'y a pas à s'inquiéter même s'il est très difficile de manipuler la patiente. Arrivés à l'hôpital, l'interne n'était pas contente car dit-elle : « Ca fait depuis ce matin que j'essaie de savoir ce qu'elle a vraiment et ils ne me répondent pas !⁶⁰ »

L'anecdote suivante illustre cette utilisation des services d'urgences hospitaliers par les médecins de ville cette fois-ci :

« Intervention d'urgence chez un monsieur âgé de 80 ans. Le médecin généraliste est passé, il a rédigé une ordonnance de deux pages et demie dans laquelle il explique les raisons pour lesquelles il recommande une hospitalisation de ce patient au CHU par les urgences. Le fils et le patient réclament cette hospitalisation d'un commun accord. Le monsieur est dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne. Une aide-soignante vient tous les jours depuis un mois car sa femme est hospitalisée suite à une chute. Depuis, il se laisse dépérir et il est agressif avec les aides-soignants. Sa famille a recherché en vain une maison de retraite ce qui conduit, aujourd'hui, le médecin traitant à adresser son patient à l'hôpital via les urgences. Lorsque nous arrivons aux urgences, l'aide-soignant nous demande comme d'habitude le motif d'envoi. Je lui réponds : AEG (altération de l'état général). Ils font grise mine mais ne peuvent pas refuser ce patient⁶¹. »

Depuis quelques années, de nombreux professionnels hospitaliers⁶² dénoncent les problèmes liés à l'arrivée massive de ces patients âgés et grabataires par la porte des urgences publiques. Leur état de dépendance nécessite généralement un traitement lourd et une surcharge de travail pour le personnel de santé (faire la toilette, habiller, donner à manger, etc...) :

« Les nourrissons de moins d'un an et les personnes de plus 70 ans et plus sont sur-représentés parmi les personnes hospitalisées après leur passage aux urgences : ils représentent respectivement 4% et 40% des hospitalisations après passage aux urgences, alors qu'ils ne comptent que pour 1% et 12% de la population régionale. La durée d'hospitalisation est plus longue pour les personnes âgées, qui souffrent souvent de plusieurs pathologies, contrairement aux enfants où un seul diagnostic est mentionné: 10 jours en moyenne pour les personnes de 70 ans et plus, contre 4 pour les enfants de moins d'un an⁶³. »

Ces patients sont étiquetés par les professionnels comme étant des « mauvais malades⁶⁴ » car en plus de la surcharge de travail que leur état impose, ils restent en moyenne plus longtemps dans

⁵⁹ Dodier, Camus, « L'admission des malades, histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *op. cit.*

⁶⁰ Journal de terrain, ambulance, mars 2007.

⁶¹ Journal de terrain, ambulance, janvier 2010.

⁶² Dr Pelloux P., *Urgentiste*, Editions Fayard, 2004 ; Dr. Vasseur V., *L'hôpital en danger*, Editions Flammarion, 2005 ; Fernandez C., Pons T., Pedali D., Pr. Soubeyrand J., *On tue les vieux*, Editions Fayard, 2006.

⁶³ Chevalier P. (Insee Pays de la Loire), Massinon V. (Drass Pays de la Loire), « Les passages aux urgences en Pays de la Loire en 2006 », *Informations statistiques*, n°301, mai 2008.

⁶⁴ Vega A., *Soignants/soignés : pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Bruxelles De Boeck université, 2001.

les services. Au terme de leur hospitalisation, il faut en effet leur trouver une place dans un établissement adapté ce qui, dans un contexte de pénurie d'offre de lits dans ce domaine, conduit les infirmières à consacrer beaucoup de leur temps à réaliser ces tâches considérées comme du "sale boulot" (et non rentables pour l'établissement) :

« L'engorgement chronique des services d'urgences n'est pas seulement lié à l'insuffisance quantitative de lits d'aval [...], mais aussi à l'inadéquation croissante entre la demande de soins qui s'exprime dans les structures d'urgence et l'offre d'aval. Cette inadéquation atteint son paroxysme dans les grands centres hospitaliers, où la participation de nombreux services à des activités de référence de plus en plus spécialisées et programmées est de moins en moins compatible avec l'activité des services d'urgence, par nature plus polyvalente et non programmée [...]. Il faudra un jour trouver le courage dans les établissements de se pencher sur ce problème de l'inadéquation entre la nature de la demande s'exprimant dans les services d'urgence et le maintien d'une offre spécialisée ne remplissant pas ses lits⁶⁵. »

Les études sociologiques portant sur les urgences hospitalières confirment ces difficultés liées à la prise en charge des patients âgés poly-pathologiques, dits « démobilisateurs⁶⁶ ». Selon leurs auteurs, ce profil de patient serait adressé prioritairement aux urgences publiques, les cliniques les considérant comme indésirables car non rentables:

« Le service des urgences place à l'extérieur de l'hôpital des malades jeunes sans gravité - ceux-là pouvant être acceptés facilement dans une clinique. Or ces malades peuvent intéresser les services spécialisés de l'hôpital qui regrettent de ne trouver que des malades (âgés) polypathologiques. « L'hôpital peut concentrer les malades les plus lourds et les plus sociaux, polypathologie et difficulté du retour à domicile. La clinique va prendre l'appendicite du sujet jeune et marié, mais pas celle de la personne âgée. En hospitalisation classique, on a 45% de plus de 75 ans » (surveillant en dermatologie). En fait, l'incertitude porte donc surtout sur les personnes âgées: tout le monde se reproche de ne pas vouloir s'en charger, les urgences et l'administration le reprochent aux médecins spécialistes, les spécialistes aux cliniques privées, les soignants se trouvant entre les deux: médecins et administration. »⁶⁷

Ainsi, l'hypothèse d'une plus grande autonomie physique et psychique des patients des urgences de la clinique garde ici toute sa pertinence comme en témoigne le récit suivant d'une intervention d'urgence :

« Intervention pour les urgences du CHU dans un grand pavillon en plein cœur de la ville. La personne que nous devons prendre en charge a chuté dans la nuit de samedi à dimanche. Elle pèse 104 kgs et nous avons un étage à descendre⁶⁸. On demande une équipe supplémentaire. En attendant, mon collègue leur demande si le médecin traitant qui adresse sa patiente aux urgences a établi un bon de transport : « Il n'en avait plus ! ». Gêné de tenir ce genre de conversation en de telles circonstances, mon collègue s'excuse puisqu'il devra demander une « avance de frais » pour le transport. Les personnes (patiente, belle-fille et fils) présentes comprennent. Une quinzaine de

⁶⁵ Potel G., « Les urgences et après ? Le problème de l'aval des services d'urgence », in *ADSP*, « Urgences et demandes de soins en urgence. Quelle prise en charge ? », n°52, septembre 2005, p. 57.

⁶⁶ Dodier, Camus, *op. cit.* Sur ce point, je renvoie le lecteur à l'introduction de ce travail.

⁶⁷ Sainsaulieu I., *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, L'Harmattan, Collection Logiques sociales, 2003, p. 166-167.

⁶⁸ Il s'agit d'une maison « nantaise » c'est-à-dire que le garage est au rez-de-chaussée et toute la partie habitable se trouve à l'étage.

minutes plus tard, l'équipe supplémentaire arrive pour nous aider et nous transférons la patiente sans difficulté.

Mon collègue prend le volant et je reste dans la cellule sanitaire avec la dame dont l'état ne présente aucun caractère d'urgence. Je profite du trajet pour obtenir des renseignements sur le profil socio-professionnel de cette personne (80 ans) : elle était inspectrice à la Sécurité sociale, elle a terminé sa carrière au grade de chef de bureau à la DRASS. Sa belle-fille nous accompagne, elle me dit : « Elle a les moyens ma belle-mère. Ma mère, l'autre fois, j'ai préféré qu'elle aille à la clinique parce que je ne sais pas, c'est... ce n'est pas pareil ! Ma mère est âgée de 83 ans et elle est allée à la clinique l'autre fois pour une infection urinaire mais elle est encore alerte ce qui n'est pas du tout le cas de ma belle-mère⁶⁹. »

Les deux patientes décrites dans ce récit sont âgées et financièrement aisées mais du point de vue de l'autonomie, leur situation diffère : l'une est dépendante et l'autre non ce qui a déterminé leur trajectoire sanitaire d'urgence, la première étant dirigée par le médecin vers les urgences privées et la seconde vers le public. Ce critère qui a présidé à la décision d'orientation du médecin semble avoir été intégré par la famille qui aurait toutefois préféré une orientation de la patiente vers les urgences de la clinique.

2.1.2. Le logement des patients : un indicateur d'autonomie ?

Tableau 8 : Type de logement des patients selon leur destination en %

	N.R	Logement	Maison retraite	Hôpital	Centre/Foyer d'hébergement	Sans domicile	Autre ⁷⁰	Total
Public	1,4	80,4	9,3⁷¹	3,3	1,9	3,2	0,5	100
Privé	0,4	94,9	2,5 ⁷²	0	1,3	0	0,9	100

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées.

Lecture : 9,3% des patients des urgences publiques résident en maison de retraite.

Les patients des urgences privées résident, pour près de 95% d'entre eux, dans un logement personnel que ce soit un appartement ou bien une maison. Ce chiffre tombe à 80% pour les patients du public qui, au regard de leurs conditions de résidence (hôpital, maison de retraite, sans domicile, foyers d'hébergement), témoignent aussi à cet égard d'une moindre autonomie que les patients de la clinique.

La proportion de patients résidant en maison de retraite y est, en effet, presque quatre fois plus élevée que dans le privé. Il semble donc que ces institutions envoient leurs patients majoritairement aux urgences publiques. Si on considère que le fait d'être en maison de retraite est un indicateur partiel d'une moindre autonomie de la personne âgée, on suppose alors que les personnes âgées arrivant aux urgences privées sont généralement moins dépendantes que leurs

⁶⁹ Journal de terrain, ambulance, octobre 2009.

⁷⁰ Caravane

⁷¹ Dont 7,4% ont plus de 80 ans.

⁷² La totalité a plus de 80 ans.

homologues du public. D'autres indicateurs plaident également pour l'hypothèse précitée : le quart des plus de 80 ans interrogés aux urgences privées est arrivé en voiture particulière alors que dans l'autre service la totalité de ces patients est arrivée en ambulance ; aucun patient des urgences privées ne réside à l'hôpital (3,3% aux urgences publiques) ; enfin, aux urgences publiques, la plupart des patients ayant pour domicile un hôpital au moment de l'enquête, sont âgés de plus de 70 ans et/ou sont hospitalisés en psychiatrie, une pathologie traitée uniquement aux urgences du CHU comme l'indiquent les données suivantes⁷³ :

- « - 26-50 ans. Hospitalisé au CHU pour problèmes psy, ce sont les infirmiers qui l'ont envoyé aux urgences.
- Plus de 80 ans. Vient d'un hôpital local situé à 60 km du CHU pour se "faire resonder".
- 71-80 ans. Interné en psy au CHU. Les infirmiers l'envoient aux urgences pour un hématome sous-dural.
- Plus de 80 ans. Vient d'un hôpital local situé dans une commune au sud de la ville. Insuffisance respiratoire.
- 26-50 ans. Suivie dans un centre hospitalier local spécialisé dans les troubles psychiatriques, situé à 40km au nord de la ville. Ils n'ont plus de place pour l'accueillir, elle est donc envoyée dans le service.
- Plus de 80 ans. Occlusion. Vient d'un hôpital local situé dans une commune au sud de la ville.
- 26-50 ans. Convulsions, chutes. Adressé par un centre hospitalier local spécialisé dans les troubles psychiatriques situé à 40 kms au nord de la ville. »

Au regard des données, il semblerait donc que les patients âgés des urgences publiques sont, d'un point de vue sanitaire, moins autonomes (davantage « grabataires » pour reprendre le langage indigène) que leurs homologues du privé. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons recensé les pathologies des patients âgés de plus de 80 ans dans les deux services à partir des données ethnographiques consignées sur les questionnaires (cf. encadré page suivante). Celles-ci révèlent une prévalence des pathologies traduisant une dépendance de la personne âgée parmi les patients du service d'urgence public :

**Les pathologies des patients âgés de plus de 80 ans au service d'urgence public
(Sous-population: 41 patients dont 1 non-réponse)**

- Problème cardio-respiratoire (insuffisance respiratoire, OAP, décompensation cardiaque, infection pulmonaire, etc) : 11 patients (26,8%)
- Altération de l'état général : 6 patients (14,6%)
- AVC: 7 patients (17,1%)
- Malaise (avec antécédents AVC pour deux d'entre eux) : 5 patients (12,2%)
- Gangrène pied : 1 patient (2,4%)

⁷³ Liste exhaustive des patients des urgences publiques résidant dans un « hôpital » au moment de l'enquête. Pour réaliser cette liste, nous avons repris manuellement tous les patients de ce service résidant dans un hôpital et nous avons croisé ces informations avec la question ouverte « motif et circonstances de venue » correspondante. Les données ethnographiques viennent ici « armer » les statistiques et non l'inverse: Weber F., « L'ethnographie armée par les statistiques », in Les terrains de l'enquête, 1, 1995, p. 153-165. <http://enquete.revues.org/272>.

- Anémie, déshydratation : 2 patients (4,9%)
- Diabète lié à l'alcool: 1 patient (2,4%)
- Chutes à répétition/impotence fonctionnelle: 4 patients (9,7%)
- Occlusion : 2 patients (4,9%)
- Hernie Inguinale étranglée: 1 patient (2,4%)

Parmi ces patients, 7 (17,1%) étaient selon les soignants, « désorientés »⁷⁴ dont un souffrait de la maladie d'Alzheimer. Pour ces patients quand je leur demandais s'ils étaient déjà venus aux urgences, ils me répondaient qu'ils ne savaient pas. Je ne suis pas parvenue non plus à connaître leur métier d'avant ce qui témoigne d'une difficulté à parler avec ces patients.

**Les pathologies des patients âgés de plus de 80 ans au service d'urgence privé
(Sous-population : 37 patients dont 1 non-réponse)**

- Problème cardiaques et/ou respiratoires (Infarctus, tachycardie, douleur thoracique, pneumopathie, dyspnées, OAP, embolie pulmonaire.): 14 patients. (37,8%)
- Malaise/vertiges: 7 patients (18,9%)
- Suspicion appendicite: 1 patient (2,7%)
- Anémie: 1 patient (client de la clinique. 2,7%)
- Douleur hanche: 1 patient (2,7%)
- Douleur gastro/abdo/occlusion: 6 patients (dont 3 clients) 16,2%
- AVC: 4 patients dont 2 clients de la clinique. (10,8%)
- AEG: 2 patients dont 1 client de la clinique (5,4%)

Précisions : 11 patients (29,7%) étaient déjà venus dans le service et 6 sont clients de la clinique (dont 2 déjà venus aux urgences) ; Un seul patient était désorienté.

Ces relevés ethnographiques montrent que les pathologies entraînant généralement une importante perte d'autonomie tel l'AVC ou bien, celles qui traduisent une autonomie dégradée (déshydratation, chutes à répétition, altération de l'état général, gangrène) se retrouvent beaucoup plus fréquemment chez les patients des urgences publiques. Leurs homologues du privé souffrent quant à eux de pathologies davantage ciblées (infarctus, pneumopathie, OAP, appendicite, etc...) et sont très rarement « désorientés ». Enfin, ceux qui sont atteints de pathologies traduisant une dégradation de l'autonomie (AVC, AEG) sont, pour la moitié d'entre eux, « clients de la clinique ». Dans ce cas, la règle du suivi du patient impose, en effet, au médecin spécialiste de la clinique d'admettre la patiente dans son service.

⁷⁴ Terme indigène utilisé par les soignants dans le cas où le patient est dans l'incapacité de répondre de façon cohérente à de simples questions : jour, année, lieu où il se trouve.

Après avoir effectué ces quelques tris croisés pour affiner l'étude des patients âgés, il convient de poursuivre encore plus loin l'analyse en allant chercher ce que recouvre, en réalité, le terme générique et commun de « maison de retraite ». Pour ce faire, nous allons recourir au « sens pratique » acquis et intériorisé au fil des années d'enquête sur le terrain ainsi qu'aux notes consignées sur ce point dans l'ambulance⁷⁵.

Note méthodologique

L'ambulancier de par son mandat est mobile, sa fonction dans le système de soin lui permet d'acquérir ainsi une solide connaissance des structures sanitaires ou médico-sociales de la région. Il se doit par ailleurs de connaître les lieux de consultation et les services d'hospitalisation ainsi que leurs modalités administratives d'entrées et de sortie, etc... Aussi contrairement à la majorité des études sociologiques consacrées aux urgences dans lesquelles l'observateur est resté entre les murs de l'hôpital, mon statut d'ambulancière fut l'occasion de recueillir des données plus larges sur l'environnement des deux services choisis pour terrain d'enquête. Autant d'informations qui se sont avérées utiles pour affiner l'analyse des tableaux statistiques relatifs aux modes de recrutement des deux services.

Au fur et à mesure des transports réalisés dans les diverses maisons de retraite de l'agglomération, une typologie de ces lieux s'est progressivement dessinée⁷⁶ : le premier type de maison de retraite repéré est ce que les professionnels eux-mêmes nomment, le « mouvoir ». Il s'agit généralement d'un hôpital de long séjour dépendant du CHU où résident des personnes âgées peu fortunées voire pauvres :

« On transporte une patiente du service d'hématologie (CHU) vers un établissement hospitalier long séjour réservé aux personnes âgées. Elle y est domiciliée actuellement. Elle a environ 70 ans et se fait soigner pour un cancer. En discutant avec elle dans l'ambulance, j'apprends qu'elle était cuisinière dans une école et qu'elle avait quatre enfants dont une qui est atteinte de la maladie d'Huntington (elle est alitée et ne peut presque plus parler). Ses autres enfants sont décédés. Elle a quitté très tôt son mari en partant avec ses enfants car il était alcoolique et violent. Elle a dû se débrouiller toute seule avec ses enfants et son « petit salaire », me dit-elle. Elle avoue n'être pas bien dans cet établissement public long séjour car me dit-elle: « on est tous mélangés. Les autres ce n'est pas leur faute, mais ils ont tous un grain, je ne peux discuter avec personne ». En effet, le

⁷⁵ « La reconstitution d'une biographie ou l'observation d'un quartier ont tôt fait de révéler des éléments assurément utiles à l'étude des inégalités, mais qui ne se laissent guère saisir dans la grille d'un questionnaire, aussi sophistiqué soit-il. Cette part insaisissable, ou tout au moins insaisie, dans les enquêtes statistiques, on peut l'analyser selon deux catégories: ce qui se prête mal à la mesure et que l'on peut désigner comme impondérable (ou difficilement chiffrable); ce qui passe a priori inaperçu et que l'on peut considérer comme invisible (ou partiellement occulté). Les techniques qualitatives peuvent donc avoir cette double fonction d'identifier l'impondérable et de dévoiler l'invisible », Fassin D., « Qualifier les inégalités », *op.cit.*, p.128.

⁷⁶ Cet essai « sauvage » de typologie n'engage que son auteur et mériterait des approfondissements dans le cadre d'un travail consacré exclusivement à cet objet dont les sociologues se sont jusqu'à présent peu emparés.

temps de son traitement cette femme se retrouve en convalescence non pas dans un des établissements de convalescence privés mais dans un établissement hospitalier qui fait office de maison de retraite publique. Dans ce lieu, les résidents sont, pour la quasi-totalité, des personnes âgées n'étant plus autonomes physiquement et/ou mentalement. Les ambulanciers qualifient très souvent cet endroit, de « mouvoir ». Cette dame étant de condition sociale modeste et n'ayant pas de mutuelle, se retrouve alors dans un lieu inadapté pour elle⁷⁷. »

Bien que dans ce récit, il ne s'agisse pas d'une personne âgée, sa lecture est instructive au regard des informations qu'il délivre sur ce lieu : d'une part, il héberge des personnes qui pour la grande majorité ne sont plus autonomes physiquement et psychiquement⁷⁸ ; d'autre part, les patients qui sont adressés à cet établissement n'ont pas les moyens financiers de régler le loyer d'une maison de retraite et sont adressés systématiquement aux urgences publiques⁷⁹.

Le second type de maison de retraite correspond à celles qui coûtent environ 2000 euros par mois et qui hébergent des personnes âgées bénéficiant d'une retraite qui est loin de couvrir la totalité du loyer. Il n'est pas rare que ces dernières s'acquittent du montant du loyer en ponctionnant la rente issue de la vente de leur maison⁸⁰. A l'intérieur de l'établissement, les couloirs bordés par les chambres individuelles numérotées rappellent l'institution hospitalière à ceci près que les patients peuvent jouir de quelques meubles leur appartenant et reconstituer quelque peu l'ambiance de leur ancien domicile.

A l'extrémité de cette échelle, on trouve les maisons de retraite dont les halls d'entrée s'apparentent à de véritables hôtels : moquette rouge, marbre, plantes, salon de détente avec des chaises style empire, réceptionniste en uniforme, etc... Pour la petite histoire, au moment de l'enquête, l'une d'entre elles avait même, en guise de cuisinier, l'ancien chef de Valérie Giscard d'Estaing. Les patients sont d'anciens diplomates, chefs d'entreprise, militaires hauts gradés, ingénieurs, etc..., et ils bénéficient dans ces « résidences », d'appartements dont ils sont pour la plupart, propriétaires. Ils sont généralement « alertes » c'est-à-dire très autonomes physiquement et psychiquement. Le cumul des observations réalisées en ambulance jusqu'à ma sortie du terrain en 2011, démontre que ces patients sont adressés en priorité aux urgences de la clinique. Au cours de ces années, j'ai collecté un certain nombre d'anecdotes d'interventions réalisées en

⁷⁷ Journal de terrain, ambulance, novembre 2008.

⁷⁸ Ce qui frappe quand on rentre dans les services, c'est la vue de tous les fauteuils roulants placés par les soignants les uns à côté des autres. La grande majorité des patients semble souffrir de la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson. Ils ne réagissent pas à notre passage, certains crient ponctuellement et d'autres dorment.

⁷⁹ Dans le cas où des personnes âgées pauvres sont autonomes d'un point de vue santé, il existe parallèlement ce que l'on appelle des « foyers logements ». Leurs résidents sont très souvent sous tutelle et suivis par une assistante sociale.

⁸⁰ Sur ce point, on renvoie à la thèse de Solène Billaud, « Partager avant l'héritage, financer l'hébergement en institution. Enjeux économiques et mobilisations familiales autour de personnes âgées des classes populaires », Thèse de sociologie, sous la direction de Florence Weber, EHESS, novembre 2010.

urgence dans ces maisons de retraites hébergeant les personnes âgées appartenant à la classe supérieure. En voici quelques-unes pour illustrer la typologie précitée et l'existence de réseaux d'adressage vers la clinique:

« Transport d'une patiente vers les urgences privées à la demande de la régulation. Le motif est le suivant : suspicion de fracture de l'humérus consécutive à une chute. C'est le médecin qui a appelé l'ambulance.

Lieu de l'intervention: Une maison de retraite privée. C'est la première fois que je m'y rends.

A notre arrivée, je constate avec étonnement qu'il s'agit d'une maison de retraite dont l'accueil est digne d'un hôtel (moquette rase bordeaux, petit salon à l'entrée, des sculptures, des tableaux et des plantes). J'aperçois un comptoir, une personne en uniforme nous attend. C'est un membre du personnel qui me semble faire office de concierge. Elle porte une tenue spécifique à la maison de retraite: chemisier blanc, jupe noire. Une fois de plus, je constate donc que n'importe quel patient âgé n'est pas dirigé vers les urgences privées⁸¹. »

Dans ce cas, la patiente souffrait d'une simple fracture au bras, une pathologie rentable pour le chirurgien⁸² qui opère puis la renvoie dans la maison de retraite. En revanche, lorsque la pathologie traduit une moindre autonomie de la personne âgée ou bien des problèmes médico-psychologiques, celle-ci, en dépit de son statut social risque fort de se voir orientée vers les urgences publiques. Récit d'une intervention dans la même maison de retraite :

« (Salle de pause) Un jeune collègue raconte une urgence réalisée le matin même dans une maison de retraite privée. Ils ont emmené la patiente vers les urgences du CHU ce qui m'étonne puisque généralement cette maison de retraite huppée envoie ses résidents aux urgences de la clinique. Toutefois, je comprends très rapidement les raisons de l'orientation du patient vers le CHU : « La dame avait avalé 60 cachets de médicament ». Ils ne savent pas s'il s'agissait d'une tentative de suicide (TS), le médecin ne leur a rien dit. La femme n'étant pas démente, tout porte à croire qu'il s'agit d'une tentative de suicide. Or, ce type de patient est refusé par les urgences de la clinique⁸³. »

Dans une autre maison de retraite réputée être la plus chère de la ville :

« A la fin de la journée, on nous demande d'aller chercher une personne aux urgences traumatologie pour un retour à son domicile. Il s'agit d'une personne âgée de plus de 80 ans qu'on a ramené dans la maison de retraite « la plus chère de la ville » selon mon collègue (4000 euros par mois). Cette maison de retraite est spécialisée « dans les Alzheimer » et tous ses résidents sont des anciennes personnes fortunées⁸⁴. »

Là encore, le type de pathologie détermine l'orientation vers l'un ou l'autre service, les urgences privées ne prenant pas en charge les patients suspectés d'avoir attenté à leur vie ou bien souffrant

⁸¹ Journal de terrain, ambulance, le 13/08/2007.

⁸² « *Cependant quand les traumatismes n'engagent pas de risque pour les organes vitaux, les établissements privés en assurent le traitement pour une grande part. En effet, ils prennent en charge 58% des cas d'entorses et luxations et 37% des fractures de l'humérus, du radius et du cubitus et du col du fémur. Toutefois, dès que l'urgence risque de léser les organes vitaux, les patients sont orientés quasiment tous vers le secteur public.* », Guyomar C., « Evolution du partage de clientèle entre hôpital et clinique », *Solidarité Santé, Etudes statistiques*, n°2, 1997, p.15.

⁸³ Journal de terrain, octobre 2009.

⁸⁴ Journal de terrain, septembre 2008.

d'Alzheimer. Ces derniers présentent, en effet, la caractéristique d'être parfois agressifs avec le personnel et dépendant pour les actes de la vie quotidienne.

Aussi, l'hypothèse d'une moindre autonomie physique et/ou psychique des patients âgés des urgences publiques au regard de ceux du privé nous semble, à ce stade, être vérifiée. Au fil de l'analyse, une autre hypothèse a émergé à savoir que les patients âgés des deux services auraient des profils socio-professionnels différents. Plus précisément, les patients du privé sembleraient appartenir plus souvent à la frange supérieure de la hiérarchie sociale comme l'illustre l'anecdote ci-dessous où, là encore, le médecin décide de l'orientation du patient :

« Nous effectuons une assistance pour ramener un monsieur et sa femme à Chalonne/Loire. Le monsieur a eu un « petit » AVC, c'est un retour à domicile. On se rend dans leur résidence secondaire pour chercher sa femme puis nous allons chercher le patient aux urgences de la clinique. Le patient a 83 ans, il est encore très autonome et on apprend par la suite qu'il a fait carrière dans l'armée de l'air en tant que pilote (16 ans). Ils étaient en week-end et voyant que son mari ne cessait de perdre l'équilibre, sa femme a appelé SOS Médecins qui a orienté le patient vers les urgences de la clinique que ce couple ne connaît pas du tout⁸⁵. »

Enfin, l'absence de sans-domicile⁸⁶ dans ce service (versus 3,2% au CHU) encourage à étudier cette hypothèse⁸⁷ en recourant à présent à l'étude des variables « situation professionnelle » et PCS.

2.2. RECRUTEMENT SOCIAL SELON LA DESTINATION

La situation des patients des deux services au regard de l'activité professionnelle ne montre pas de différences sensibles comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau 9 : Statut d'emploi selon la destination en %

	Public	Privé
Inactifs	58	58
Actifs	37,3	41,1
Non réponses	4,7	0,9
Total	100	100

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées.
Lecture : 58% des patients des urgences publiques sont « inactifs »

Les catégories « inactifs » et « actifs » définies par l'Insee recouvrent, dans la réalité, des situations sociales très diverses. Aussi, faut-il s'interroger sur ce qu'elles renferment et procéder à

⁸⁵ Journal de terrain, mars 2009.

⁸⁶ Le pourcentage de sans-domicile étant difficile à recenser compte tenu des méthodes employées par l'INSEE, nous ne pouvons pas comparer ce chiffre à la réalité de ce qu'ils représentent dans l'agglomération nantaise.

⁸⁷ Ce chiffre ne fait que confirmer le phénomène d'évitement de ces patients par leur réorientation vers les urgences du CHU a été repéré dans le chapitre précédent

une analyse plus fine de chacune d'elles. Qui sont les inactifs/actifs du public et du privé? Ont-ils les mêmes caractéristiques socio-professionnelles ?

2.2.1. Qui sont les patients inactifs des urgences privées et publiques ?

Tableau 10 : Répartition des « inactifs » dans les deux services d'urgence en %

	Public	Privé
INACTIFS	58	58
<i>Scolaires</i>	6	9,3
<i>Femmes au foyer</i> ⁸⁸	3,7	5,1
<i>Invalidité</i>	12,5	3,8
<i>Retraités</i> ⁸⁹	33,5	39,8
<i>Aucune activité prof.</i>	2,3	0
ACTIFS	37,3	41,1
NON-REPOSES	4,7	0,9
TOTAL	100%	100%

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées.

Je reviendrais plus loin sur les retraités pour me concentrer d'abord, sur les autres inactifs.

Les patients étant, au regard de l'assurance maladie en « invalidité longue maladie » sont trois fois plus nombreux aux urgences publiques. Une étude plus fine des motifs de leur venue indique que près de la moitié d'entre eux, souffre de deux types principaux de maladie chronique : Alcoolisme et/ou maladie psychique.

Motifs et circonstances de venue des patients en invalidité longue maladie au service d'urgence public (liste exhaustive)

- Début de paralysie côté droit depuis trois jours, antécédent AVC. Désorientée.
- Problème psychologique. Déjà venue plus d'une fois.
- Douleur, angoisse, oppressé, alcoolisé. Il est connu du service et du 15.

⁸⁸ On doit concéder ici une erreur de méthodologie. Lors de la passation du questionnaire aux urgences publiques, nous avons omis de demander la profession du conjoint. Prenant acte de cette lacune, cette information a été systématiquement réclamée lors de la seconde enquête aux urgences privées. Les "femmes au foyer" des deux services se distinguent peu au regard du type de couverture sanitaire même si les pathologies sont quelques peu différentes (moins autonomes physiquement aux urgences du CHU). Elles sont par ailleurs globalement plus jeunes aux urgences privées. Toutefois, en l'absence d'élément comparatif concernant la PCS, nous ne pouvons mener une analyse plus détaillée et pertinente de cette catégorie.

⁸⁹ Dans les deux services, les retraités sont largement sur-représentés par rapport à leur poids dans le département (21,2%). « Région Pays de la Loire. Données sur la précarité », Développement social/statistiques/DRASS, Observation sociale-Précarité, septembre 2007, p. 15. Source : INSEE – population de 15 ans et plus par catégorie socioprofessionnelle au recensement de 1999. Ce pourcentage est comparable à celui de mon échantillon dans la mesure où plus de 90% des patients interrogés provenaient du "territoire de santé" de la ville enquêtée. Or ce territoire de la ville couvre une grande partie du département.

- Crises de convulsion. C'est une habituée du service d'urgences, le rendez-vous pour l'ambulance a été pris la veille.
- Mal au sternum depuis quelques jours. Il est venu plus d'une fois dans le service.
- Détresse respiratoire, cancer du poumon. Il ne peut pas s'exprimer.
- Epistaxis importante, malaise. Il a un traitement. Il est venu la semaine précédente.
- AEG
- Malaise au restaurant, diarrhée, antécédents de phlébites. Il dit avoir des problèmes familiaux.
- Hospitalisation sur demande d'un tiers pour problème psy. Elle a une plaie variqueuse et ne veut pas se soigner. Elle sent très mauvais.
- Pas bien depuis quelques jours, ne va plus à la selle, 35° de fièvre. Handicapé. Venu dans le service il y a moins d'un an.
- Malaise, médicament et alcool. Suivie pour dépression à la clinique psychiatrique en centre ville. Venue plusieurs fois dans le service.
- Beaucoup d'antécédents, alcoolique, tabagique, cancer. AEG.
- Psy. Sevrage alcool.
- Problème psy. Syndrome dépressif, alcoolisé. Connu du service.
- Somnolent, pression à la tête.
- Malaise hémiplegique, il a une maladie orpheline.
- Diabétique, problème poumons. Chute il y a deux jours.
- Vomissements. Il a consommé des stupéfiants, OH ++. La police était sur place. Il est suivi à l'hôpital psychiatrique.
- Suspicion de sclérose en plaque, vertiges, ne peut plus marcher.
- Trois abcès. Elle n'a pas de courrier médical, elle est en invalidité pour schizophrénie.
- Trouble du comportement, violente, dépressive. Elle est suivie dans un hôpital psychiatrique.
- Problèmes respiratoires. Venu plusieurs fois dans le service.
- Alcoolisme, déshydraté. Il a déjà fait plusieurs cures, il est connu du CHU pour le problème d'alcoolisme.
- Crise d'épilepsie, troisième crise en un mois. Il est suivi par un neurologue du CHU. Connu du service.
- Convulsion, chute. Désorienté. Adressé par un centre hospitalier psychiatrique.

De plus, le type de pathologie dont sont atteints les patients traduit très souvent une perte d'autonomie non seulement psychique mais aussi, physique (hémiplegique, handicapé, sclérose

en plaque, AEG). Enfin, parmi ces patients, plus de la moitié d'entre eux (7% sur 12,5%) était déjà venue dans ce service, certains étant même bien connus du personnel des urgences.

Les quelques rares patients de la clinique relevant de cette catégorie souffrent quant à eux d'une pathologie pour laquelle ils sont très souvent suivis par un spécialiste de l'établissement (cancer, problème cardiaque ou gastrique) :

**Motifs et circonstances de venue des patients en invalidité longue maladie
au service d'urgence privé (liste exhaustive)**

- Fécalome, elle est suivie par un médecin de la clinique.
- Malaise cardiaque. Le patient est intubé peu de temps après son arrivée.
- Abscess à la fesse. Son médecin a appelé le service d'urgence pour faire adresser son patient.
- Crise comical. Elle est suivie par un spécialiste de la clinique.
- Cancer métastasé. Elle est déjà venue dans le service. Elle est suivie par un oncologue de la clinique, elle est en attente de place pour une hospitalisation dans son service.
- Cancer oesophage, sensation d'étouffement. Suivi par un oncologue de la clinique.
- Suite d'une opération chirurgicale réalisée à la clinique (pontage, mauvaise cicatrice).
- Douleur fosse iliaque droite.
- Dyspnée sévère; antécédent leucémie, fièvre et douleur osseuse depuis quelques jours.

Ces données ethnographiques démontrent par ailleurs qu'aucun de ces patients ne souffre d'une pathologie liée à un problème d'alcoolisme ou bien psychiatrique. Ainsi, la catégorie « invalidité-longue maladie » revêt une réalité sensiblement différente dans les deux services. Plus précisément, les patients relevant de cette catégorie ont des profils socio-pathologiques très différents dans chacun des services.

Les résultats d'une étude de la Drees incitent par ailleurs à penser que le plus fort taux de patients en invalidité maladie aux urgences publiques traduirait, plus généralement, l'existence dans les deux services de patients aux profils socio-professionnels distincts :

« Ainsi, il se confirme en 2002 qu'à structure d'âge et de sexe comparables, les indicateurs de risque vital et d'invalidité de l'Irdes sont très liés à la catégorie sociale du ménage auxquels les personnes appartiennent. Ce sont les cadres qui présentent le meilleur état de santé [...] suivis des professions intermédiaires [...] alors que les employés [...] et ouvriers [...] ont des indicateurs d'état de santé équivalents moins bons que la moyenne. Enfin, les ouvriers non qualifiés apparaissent clairement comme la catégorie socio-professionnelle dont l'état de santé est le plus dégradé⁹⁰. »

⁹⁰ Raynaud D., *op.cit.*, p. 2.

Pour achever l'étude des inactifs, que révèle l'analyse de la répartition des retraités selon la catégorie socioprofessionnelle?

Tableau 11 : Une forte proportion de retraités ouvriers dans le public⁹¹ en %

	Agriculteur exploitant	Art. Com. Chef d'ent.	Cadres/Prof. Intel. Sup.	Prof. interm.	Employé	Ouvrier	Total
Public	3,3	6,5	8,2	11,5	24,6	45,9	100
Privé	7,4	9,6	12,8	12,8	23,4	34	100

Champ : Retraités. 61 patients des urgences publiques ; 94 patients des urgences privées

Les retraités appartenant au haut de la hiérarchie sociale sont plus souvent orientés vers la clinique. Néanmoins, le cumul des quatre premières colonnes fait apparaître un faible décalage puisqu'ils représentent 29,5% des patients du service d'urgence public et 33,6% dans le privé. C'est au regard de la catégorie ouvrier que la différence est la plus sensible, ces derniers étant nettement plus souvent dirigés vers le CHU.

Ainsi, les résultats des tableaux statistiques donnent certes des indications mais ils ne permettent pas de vérifier l'hypothèse de départ de façon irréfutable. Ils encouragent à aller au-delà des catégories génériques (ouvrier, employé, cadre etc...) pour raisonner à un niveau d'analyse plus fin en croisant ces données avec d'autres indicateurs socio-pathologiques tels le type de couverture sanitaire et le motif de leur venue. Mais avant de procéder à cette analyse, nous allons nous intéresser aux actifs.

⁹¹ A notre connaissance, il n'existe pas de données comparatives à l'échelle du département. L'Insee produit des données sur la répartition des actifs selon la PCS mais pas sur les retraités.

2.2.2. Qui sont les actifs des deux services ?

Tableau 12 : Types d'actifs selon la destination en %

	Public	Privé
ACTIFS	37,3	41,1
<i>Activité temps plein</i>	22,8	33,9
<i>Activité temps partiel</i>	4,7	1,7
<i>Intérimaire</i>	0,5	0,4
<i>Apprentis</i>	0,9	1,3
<i>Chômage</i>	8,4	3,4
<i>Intermittent</i>	0	0,4
INACTIFS	58	58
NON-REPONSE	4,7	0,9
TOTAL	100	100

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées.

Les patients des urgences du CHU ont moins souvent un travail à temps plein que leurs homologues du privé, l'écart étant sur ce point significatif (11 points). Parallèlement, ils sont plus souvent à temps partiel ou au chômage, cette dernière catégorie de patient représentant 8,4% des actifs alors que ce chiffre tombe à 3,4% aux urgences privées. Rapportés aux seuls actifs interrogés au CHU (80 patients), les chômeurs (au nombre de 18) représentent 22,5% de la population active de cette enquête soit deux fois plus que dans la population active de l'agglomération nantaise. A contrario, ils sont sous-représentés aux urgences privées où, rapportés aux seuls actifs, le pourcentage de chômeurs s'élève à 8,3%. Ainsi, en matière d'emploi un clivage relativement net apparaît entre les actifs des deux services, ceux du public étant dans une situation plus précaire que les patients adressés à la clinique. Pour approfondir l'analyse de cette catégorie de patients, nous allons à présent la croiser avec la variable « PCS ».

Note méthodologique

Pour affecter un patient dans une PCS, il est nécessaire de recueillir un ensemble d'informations : métier ou profession, activité de l'établissement où il travaille, le statut (salarié ou à son compte, la fonction principale (notamment pour les « fonctionnaires »). Ainsi, lorsque le patient se déclarait « électricien », « maçon », « chauffeur routier » on prenait soin de lui demander son statut : artisan ou patron, ouvrier ; dans une petite entreprise ou une grande, etc... Lorsque je ne parvenais pas à obtenir ces informations, je classais les patients dans la catégorie « non-réponse »⁹².

Tableau 13 : Distribution des « actifs » selon la PCS⁹³ en %

	Agriculteur exploitant	Art. Com. Chef d'ent.	Cadres/Prof Intel. Sup.	Prof. interm.	Employé	Ouvrier	Total
Public	0	6,1	16,9	20	30,8	26,2	100
Privé	0	8,6	19,3	26,9	23,7	21,5	100
L-A⁹⁴	1,4	5,2	15,5	26,4	28	23,5	100

Champ de l'enquête : Actifs occupés et inoccupés. 65 patients des urgences publiques ; 93 patients des urgences privées.

Champ de la L-A: population totale des 15 ans ou plus.

A la lecture de ce tableau, une tendance se dessine : les classes moyennes et supérieures sont davantage orientées vers le service d'urgence privé. Au total, elles sont présentes dans ce service à hauteur de 54,8% tandis que ce chiffre tombe à 43% au CHU⁹⁵. On remarque néanmoins que cet écart entre les deux services est pour l'essentiel dû à la catégorie des employés et à celle des professions intermédiaires. Cette dernière se distingue par son affinité avec le service d'urgence privé comme l'indique la comparaison des chiffres de l'enquête avec les statistiques du département.

Pour les cadres, artisan, commerçants et chef d'entreprises la différence est beaucoup moins significative voilà pourquoi nous parlons ici de "tendance". Quant aux classes populaires

⁹² Sur ce point, on s'est inspiré de l'article de Péneff J., « La fabrication statistique ou le métier de père », *Sociologie du travail*, 26ème année, n°2, 1984, p. 207-209.

⁹³ Contrairement aux tableaux 9, 10 et 12, les non-réponses ne figurent pas ici. En effet, ne sachant pas si elles correspondent à des actifs ou des inactifs, on ne pouvait les faire figurer dans le tableau des PCS.

⁹⁴ Source : Insee, RP2010 exploitation complémentaire (1er janvier 2010).

⁹⁵ Ces résultats avaient déjà été mis en évidence dans une étude publiée par l'ORS d'Ile de France dans laquelle les auteurs constataient également une sous-représentation des professions intermédiaires dans les services d'urgence publics. Une précision intéressante était néanmoins apportée par ces auteurs qui ajoutaient, « nettement moins à l'AP que dans les hôpitaux généraux ». Autrement dit, il y existerait une hiérarchie sociale entre les services d'urgences publics eux-mêmes. ORS-SESI, « Enquête de morbidité hospitalière (1985-1987) », in Marchand-Buttin F., Medina S., « Les hospitalisations en urgence », ORS Ile de France, 1992.

(employés, ouvriers), elles sont tendanciellemment orientées plus souvent au service d'urgence public (57% et 45,2% dans le privé) où elles sont faiblement sur-représentées comparées à leur poids dans l'agglomération. A l'inverse, elles sont sous-représentées à la clinique. Ces données font ainsi apparaître néanmoins, une affinité relative entre certaines PCS et le type de service d'urgence fréquenté mais elles ne permettent pas, pour autant, de valider l'hypothèse d'un accès aux soins d'urgence différencié socialement.

Ainsi, si on s'en tient aux catégories canoniques, nous ne sommes pas en mesure de faire apparaître des différences qui sont pourtant sensibles lorsqu'on enrichit la donnée par la mutuelle et le motif de venue du patient. D'où la nécessité d'étudier les profils pathologiques des patients.

2.3. LES PROFILS PATHOLOGIQUES DES PATIENTS DES DEUX SERVICES

2.3.1. Situation des patients au regard du motif de venue et de la couverture sanitaire

Définition de la typologie des motifs de recours :

Médico-social : Toutes les personnes dont les conditions de vie insalubres (sans-domicile essentiellement) sont en partie responsables de l'état sanitaire qui les a amenés à fréquenter les urgences. Sont aussi inclus les patients orientés et/ou accompagnés par un professionnel du social (CCAS, éducateur...) et enfin les patients alcooliques quelle que soit leur situation sociale considérant que l'alcoolisme est une pathologie sociale et pas seulement médicale.

Médico-psychologique : Ont été inclus dans cette catégorie tous les patients clairement désignés comme « psy » par les professionnels du service : dépression, tentative de suicide, hospitalisation demandée par un tiers ou le patient lui-même, etc... La frontière avec le social étant poreuse, nous nous sommes appuyés sur les catégories indigènes.

Médico-chirurgical : Le reste des patients c'est-à-dire des pathologies strictement médicales dont certaines nécessitant une intervention chirurgicale.

Tableau 15 : Motif de la venue du patient selon la destination

	NSP	Médico-chirurgical	Médico-social	Médico-psychologique	Total
Public	0	75,4	7,9	16,7	100
Privé	0,4	96,6	1,7	1,3	100

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées

Les résultats de l'enquête par questionnaires concernant les motifs de venue aux urgences sont à la fois édifiants et sans véritable surprise. Edifiants puisque l'écart est manifeste entre les deux services : les patients souffrants d'un problème psychologique et/ou social représentent respectivement 16,7% et 7,9% aux urgences publiques alors que ces chiffres tombent à 1,3% et 1,7% à la clinique ; et sans surprise, dans la mesure où les analyses réalisées jusqu'à présent sur la base des données qualitatives avaient déjà mis en évidence l'évitement de ce type de patients aux urgences de la clinique.

Comme on l'a repéré précédemment, les deux établissements enquêtés ont des logiques différentes : la direction de la clinique n'a clairement pas prévu de traiter des patients ayant une problématique psychologique et/ou sociale, contrairement au CHU. Le témoignage recueilli auprès d'un médecin urgentiste confirme l'évitement de ces profils de patients par la clinique :

« Je me suis engueulé plusieurs fois avec les urgences de la clinique. Leur politique est claire, ils trient les patients. Même nous, on trie parce qu'on sait qu'on ne peut pas envoyer un patient qui a un problème social là-bas. C'est pas possible, ce n'est pas leur politique et ça pose problème ici. Ils reçoivent une grosse somme par la CPAM au titre de la mission de service public parce qu'ils ont un service d'urgence mais ils ne respectent pas le principe du service public car ils trient les patients⁹⁶ ».

Par ailleurs, il existe bien une clinique psychiatrique en centre ville⁹⁷ mais celle-ci ne reçoit pas tous les profils de patients comme en témoigne une enquête auprès d'une psychologue travaillant au CHU :

« Les « UMP⁹⁸ », après leur passage aux urgences, sont orientés différemment selon leur profil. La clinique psychiatrique privée de la ville choisit sa clientèle mais pas seulement sur le critère de l'argent. Dans le service de psychiatrie dans lequel elle travaille, ils suivent depuis 20 ans une patiente fortunée appartenant à la haute bourgeoisie locale. La clinique n'en veut pas malgré son argent car c'est, me dit-elle, « une trouble bipolaire vieillissante ». Je lui parle des chiffres statistiques qui doivent être armés de données qualitatives car la réalité est beaucoup complexe. Elle répond alors que dans les statistiques, en effet, les personnes qui sortent des UMP vont être vues comme ayant été orientées vers un service psychiatrique de l'hôpital : « Cependant aux UMP, ils nous envoient les patients. Durant une semaine, on se fait une idée de la personne et on sait si on peut l'orienter vers la clinique ou bien l'hôpital ».

⁹⁶ Médecin urgentiste, SOS médecin, régulateur SAMU, 12 ans de SMUR. Journal de terrain, ambulance, juin 2009.

⁹⁷ Sur le site internet de cette clinique, il est mentionné qu'elle est hébergée dans un bâtiment classé monument historique entouré d'un espace vert protégé, de la ville, qui dispose de près de 70 essences différentes.

⁹⁸ « Urgence médico-psychologique ».

D'après ce témoignage recueilli en décembre 2013, il existerait un circuit post-urgence psychiatrique différencié socio-pathologiquement, des propos qui sont venus conforter une intuition forgée sur le terrain ambulancier. Au fil des mois, j'avais en effet déjà pressenti que les patients transportés dans cette clinique psychiatrique avaient des profils différents de ceux observés aux urgences du CHU⁹⁹.

Les cliniques semblent ainsi sélectionner leurs patients non seulement sur la base du critère pathologique¹⁰⁰ mais également, sur une base financière. Sur ce dernier point, l'étude du tableau consacré au type de couverture sanitaire laisse peu de place au doute :

Tableau 16 : Type de couverture sanitaire selon la destination en %

	N.R	Assurance mutuelle	Assurance simple	C.M.U CMU-C	A.M.E	Aucune	Total
Public	5,1	75,8	5,6	10,7	1,4	1,4	100
Privé	1,7	94,5	2,1	1,7	0	0	100

Champ : 215 patients des urgences publiques ; 236 patients des urgences privées

Les patients des deux services se distinguent fortement au regard du type de couverture sanitaire: 94,5% des patients des urgences privées bénéficient d'une couverture complète (assurance et mutuelle) alors que seulement 75,8% des patients du public sont dans ce cas. Le fait d'avoir une mutuelle constitue donc un critère de sélection à l'entrée du service d'urgence privé comme l'illustre par ailleurs le récit suivant :

« Intervention d'urgence pour douleur thoracique sur un lieu de travail (banque-assurance). L'ambulancier demande au patient s'il veut aller à la clinique ou aux urgences du CHU. Il lui répond qu'il n'en sait rien alors l'ambulancier lui conseille la clinique : « A la clinique l'avantage c'est que vous attendrez moins ». Il téléphone au SAMU pour le bilan de l'intervention et pour savoir où il doit emmener le patient. Le médecin régulateur du 15 lui demande : « Il veut aller aux urgences du CHU ou à la clinique ? Ne laissant pas le temps à l'ambulancier de répondre, il ajoute : Il a une mutuelle ? », L'ambulancier : « Oui » ; Le médecin régulateur : « Alors il va aux urgences de la clinique »¹⁰¹. »

⁹⁹ Je repérais que ces patients appartenait généralement au haut de la hiérarchie sociale et qu'ils suivaient un circuit de soins privés. Ils étaient généralement adressés pour des consultations à des médecins exerçant en centre ville et conventionnés secteur 2. Les faibles données recueillies sur ce point ne permettent pas de bâtir ici une analyse solide sur l'accès aux soins psychologique/psychiatriques (enjeux de professions, définitions, lutte de légitimité) en France mais elles encouragent à approfondir cet aspect de la problématique dans un travail futur.

¹⁰⁰ Selon cette même professionnelle, il y a des « pathologies de ville » telle la dépression et d'autres, évitées des praticiens de ville ou par les cliniques comme le trouble bipolaire ou la psychose qui sont systématiquement orientées vers l'hôpital. Ces propos sont corroborés par une étude américaine, désormais ancienne, mais à notre sens actualisable pour la psychiatrie française qui est de plus influencée par les Etats-Unis : « *Le fait que 87% des malades atteints de névrose sont soignés dans des services externes alors que 91% des malades atteints de psychose sont hospitalisés, montre que le diagnostic de psychose ou de névrose représente un facteur déterminant dans le choix du lieu où est soigné le malade* », August B. Hollingshead, Fredrick C., Redlich, « Classe sociale et traitement psychiatrique », in Herzlich C., *Médecine, maladie et société*, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Mouton, 1970, p. 104.

¹⁰¹ Journal de terrain, mars 2009.

De même, le cumul des patients bénéficiaires de la CMU-CMU-C, de l'AME et sans couverture sanitaire, révèle un clivage net entre les deux services : ils représentent 14% des patients des urgences publiques alors qu'ils sont 3% parmi les malades du privé. A titre de comparaison, la proportion de bénéficiaires de la CMUC dans la population de l'agglomération nantaise est de 5,9%¹⁰², il y a donc une sur-représentation de ces patients aux urgences publiques et une nette sous-représentation de ces profils aux urgences privées. Ainsi, le service d'urgence public semble accueillir tous les patients sans discrimination alors que les urgences de la clinique opèrent une sélection sur la base de la couverture sanitaire. On relève néanmoins que les patients bénéficiant de la CMU ou d'une simple assurance (sans mutuelle) ne sont pas complètement absents de ce service. A en croire un médecin urgentiste, les patients en CMU ne poseraient pas véritablement de problème à la clinique qui, à moyen terme, sera payée pour les soins dispensés :

« - Et si ils savent que quelqu'un est en CMU par exemple ?

- Non, non, CMU ça ne les dérangera pas, ils les prennent. Non, par contre, c'est s'ils voient que derrière, il est tout seul, misère sociale, même s'il est CMU ou pas, ils ne le prendront pas. C'est derrière, ils vont régler le problème médical mais il y aura derrière tout un travail social à faire et eux ils n'ont pas du tout les services, enfin ce n'est pas prévu. Aux urgences d'ailleurs dans le temps ça n'était pas prévu. Mais maintenant il y en a de plus en plus. Donc on gère le médical mais si il ressort, il ressort il est encadré comment, et là c'est plein de temps à passer au téléphone et c'est vrai que ça, les UPATOU, les cliniques, ne veulent pas trop s'investir là dedans [...] Faut que ce soit assez précis oui. Les trucs ou très grave ou très social... mais le fait que les gens soient en CMU ça ne dérange personne hein ! On est bien payés, on est payés en retard mais on est payés.

- D'accord ! Et quelqu'un qui n'a aucune sécurité sociale ?

- Bah c'est les urgences, ça rentre dans un... parce que la clinique dans ce cas-là, eux ils n'y gagnent rien. Celui qui n'a rien du tout, aucun papier, ça c'est plutôt les urgences et même les urgences, ils gueulent un peu là-dessus parce que ça leur prend dans leur budget sans que l'argent rentre derrière, quoi ! Il ne faut pas en avoir trop. Mais les gens sont soignés ce n'est pas comme aux Etats-Unis. Ils vont être pris en charge et le problème social du paiement sera vu après, quoi ! Mais même si quelqu'un arrive comme ça à la clinique, si c'est grave, ils vont le soigner. Ils ne vont pas s'occuper du... après ils diront, bon bah ! tan pis... ce n'est pas cool mais ils le soigneront quand même. Ici en tous cas. Je ne parle pas ailleurs mais ici je suis persuadé, ceux que je connais là-bas, ils le soigneront très bien et puis après ils diront merde.

- Mais en tant que régulateur, ça rentre en ligne de compte ?

- On ne demande pas aux gens si ils sont CMU... non non, après on voit. Si les pompiers nous disent : On a ramassé un SDF qui vomit du sang, qui est sur la rue. Bon bah ! là on lui dit plutôt d'aller aux urgences. Parce qu'aussi il faut reconnaître qu'ils sont plus nombreux en personnel de

¹⁰² La plus élevée des territoires de Loire-Atlantique (4,7% en moyenne). Sur la ville de Nantes près d'un habitant sur 10 bénéficie de la CMUC (10%), Source : « Observation sociale des territoires de la Loire-Atlantique », INSEE Pays de la Loire, n°16, décembre 2005 ; Par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU sont également nettement sur-représentés aux urgences publiques par rapport à leur poids en France. Selon la DREES en effet, le nombre de bénéficiaires de la CMU en France (DOM compris) au 31/12/2005 était de 1,7 million ce qui, rapporté à la population française, représente à peine 3% des Français contre 10,7% aux urgences du CHU. Par ailleurs, il faut savoir que les plus forts taux de CMU se retrouvent dans les DOM et ils varient fortement d'un département à un autre, celui de l'ouest étant parmi les plus faibles. Source : « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005 », Drees, *Etudes et Résultats*, n°512, août 2006.

*garde, en aide-soignante, infirmière, ils sont beaucoup plus nombreux aux urgences. S'il y a de l'agitation, il y a la police souvent aux urgences*¹⁰³. »

En dépit de ses propos, force est de constater que les patients bénéficiant de la CMU sont, selon nos statistiques, prioritairement orientés vers le CHU. Quant aux bénéficiaires de l'AME et aux patients sans couverture sociale, ils apparaissent exclus des urgences privées. Dans leur étude sur les « urgences et la précarité », Didier Fassin et son équipe constataient également qu'en matière de prise en charge des populations précaires, « si des différences existent ainsi entre tous les établissements, la principale oppose la clinique privée aux hôpitaux publics¹⁰⁴ » :

« Quant à l'établissement hospitalier privé, il a longtemps fonctionné sans politique particulière sur cette question : en l'absence de service social, le principe implicitement appliqué était de soigner tous ceux qui se présentaient et, lorsque le règlement ne se faisait pas immédiatement, d'adresser les factures ultérieurement aux patients. Avec l'accroissement des créances irrécouvrables, des consignes ont été données pour que les patients qui ne présentaient pas de papiers d'identité ou de carte de sécurité sociale ne bénéficient d'une consultation qu'après règlement d'une somme provisionnelle de 50 francs, sauf en cas d'urgence vitale. Plutôt que d'un dispositif d'accueil des malades en situation précaire, on voit qu'il s'agit là d'un dispositif de dissuasion à leur rencontre. S'il est faire référence au rôle historique que la clinique a joué dans la prise en charge des malades de milieux populaires dans cette banlieue ouvrière de l'après-guerre, les temps ont changé et la direction considère qu'elle ne peut se permettre cette « générosité », renvoyée au secteur public¹⁰⁵. »

A l'opposé de cette logique de sélection des patients sur la base de la couverture sanitaire, les auteurs relevaient l'absence de discrimination à l'entrée des patients à l'entrée du service d'urgence public :

« La vérification des droits, par exemple à l'aide médicale, semble n'être que rarement faite et la capacité des personnes à régler leur ordonnance n'est qu'exceptionnellement prise en compte. Une enquête faite sur une centaine de dossiers de patients passés aux urgences de l'un des hôpitaux dans la cadre de notre étude montre que les informations sociales, y compris sur l'accès aux droits et aux soins, ne sont jamais consignées, sauf lorsqu'il s'agit de problèmes psychiatriques, vus par des spécialistes ou de violences conjugales, faisant l'objet d'expertises. Interrogés à ce sujet, les médecins s'en tiennent à l'affirmation que les patients sont soignés de la même manière quelle que soit leur situation sociale, économique et juridique, mais ajoutent éventuellement que celle-ci ne les concerne pas. Lorsqu'on leur demande s'ils savent si le patient qu'ils viennent de voir a les moyens d'acheter ses médicaments, certains répondent "ce n'est pas mon problème"¹⁰⁶. »

Ainsi les analyses précédentes ont permis jusqu'à présent de dresser des tableaux différents des profils de patients pris en charge dans les deux services sur la base de variables telles que le logement, le rapport à l'emploi, le type de couverture sanitaire et le motif de venue. Cependant, la faible différenciation des profils des patients de chaque service au regard de la PCS apparaît

¹⁰³ Entretien semi-directif réalisé, le 2 octobre 2006, au domicile de ce médecin exerçant comme régulateur au SAMU et à SOS médecins.

¹⁰⁴ Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., *op. cit.*, p. 26

¹⁰⁵ *ibid.*, p. 27.

¹⁰⁶ *ibid.*, p. 35.

paradoxe et conduit le chercheur à s'interroger plus finement sur ces catégories qui, du reste, sont relativement floues.

3. DES DESTINEES SINGULIERES SOCIALEMENT MARQUEES

L'absence de clivage net entre les patients des deux services au regard de leur profession et catégorie socio-professionnelle incite le sociologue à ne pas se contenter de ces catégories canoniques qui recouvrent des réalités sociales diverses. Qui sont les ouvriers et employés¹⁰⁷ des deux services? Quel est leur rapport au logement, à l'emploi? Ont-ils des situations comparables en matière de couverture sanitaire? Enfin quels sont leurs motifs et circonstances de venues dans les deux services?

3.1. PATHOLOGIE ET CONDITIONS SOCIALES

*3.1.1. Des classes populaires plus ou moins « respectables »*¹⁰⁸

L'examen de ces catégories au prisme du type de logement ne fait apparaître aucune différence sensible entre les actifs et retraités des deux services. La quasi-totalité d'entre eux réside dans un logement propre ou en maison de retraite (un peu plus souvent aux urgences publiques). Concernant la situation professionnelle des actifs ouvriers et employés, ils sont un peu plus souvent à temps partiel ou bien au chômage mais, là encore, les écarts ne sont pas significatifs. Le même constat vaut quand on compare les « motifs et circonstances de venue » des patients des deux services. Enfin, l'analyse du type de couverture sanitaire des actifs et retraités pris ensemble, révèle une présence un peu plus importante aux urgences privées de patients bénéficiant d'une couverture complète (92,7% versus 81,2% au CHU). Cependant là encore, l'écart est trop faible pour conclure à une réelle disparité des patients des deux services, la grande majorité bénéficiant dans les deux services, d'une couverture complète (assurance et mutuelle).

Néanmoins, la variable mutuelle ne constitue aujourd'hui qu'un indicateur partiel de la situation socio-sanitaire d'un patient. Tout à chacun a pu constater autour de lui que les risques couverts par les mutuelles varient beaucoup en fonction, notamment, du statut socio-professionnel de son bénéficiaire :

¹⁰⁷ Selon A. Chenu, les professions des employés sont très hétérogènes mais pas plus que ne le sont celles de professions intermédiaires et de cadres. Chenu A., *L'archipel des employés*, Paris, INSEE, 1990. Voir aussi, Chenu A., *Sociologie des employés*, Paris, La Découverte, 2005.

¹⁰⁸ Hoggart R., dir., *33 Newport Street. Autobiographie d'un intellectuel issu des classes populaires anglaises*, Seuil, 1991.

« Alors que les couvertures complémentaires devraient refléter la disposition des individus à payer, elles traduisent plutôt leur capacité à payer en fonction de leur revenu et de leur situation sur le marché du travail (Grignon, 2002). Le taux de couverture des assurances complémentaires ainsi que le niveau des garanties des contrats augmentent, en effet, avec le revenu (Bocognano et al., 2000). Henriet et Rochet parlent de « redistribution à l'envers: les effets de risque moral et d'inégalité socioculturelle d'accès aux soins renforcent le caractère faiblement redistributif d'une assurance publique incomplète » (Henriet et Rochet, 1999:128)¹⁰⁹. »

Les ouvriers et employés travaillant dans une grande entreprise privée¹¹⁰ ou bien dans la fonction publique¹¹¹ peuvent bénéficier d'une couverture complémentaire maladie collective dite « de groupe ». Elle est très avantageuse car négociée et, le plus souvent, financée partiellement par leur employeur¹¹². L'étude menée par Pascale Turquet révèle en outre que dans certaines entreprises, la mise en oeuvre d'une couverture maladie complémentaire « haut de gamme » « concerne uniquement les cadres », dans une optique de fidélisation de cette catégorie de salariée¹¹³. A l'inverse, les salariés des petites entreprises doivent s'affilier individuellement à une complémentaire¹¹⁴ moins avantageuse car non négociée et ils doivent, par ailleurs, s'acquitter de la totalité de la cotisation¹¹⁵. Alors que pour les premiers, les dépassements d'honoraires et les frais d'optique ou dentaires sont généralement très bien, voire intégralement remboursés, les seconds ont un « reste à charge » important. Aussi, les uns peuvent rapidement accéder aux soins en passant par le circuit des consultations privées avec dépassement d'honoraires dont les délais

¹⁰⁹ Turquet P., « L'obtention d'une couverture complémentaire maladie dans le cadre de l'entreprise », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 24, n°3, septembre 2006, p. 97.

¹¹⁰ On pense ici à des entreprises de type Airbus qui est un important employeur de la région. Ou encore à des mutuelles d'entreprises d'implantation nationale comme les grandes chaînes agroalimentaires (Leclerc, Carrefour, etc...), la SNCF, la Poste, etc...

¹¹¹ Les enseignants de l'éducation nationale par exemple.

¹¹² « *Les entreprises françaises jouent ainsi un rôle important dans l'accès à une garantie complémentaire santé (et partant, dans l'accès aux soins) [...]. Les travaux de l'IRDES montrent que les contrats d'entreprises se révèlent, en outre, plus avantageux et de meilleure qualité pour leurs bénéficiaires que les contrats individuels (Couffinhal et Perronnin, 2004a)* », Turquet P., op. cit., p. 98.

¹¹³ Ce constat est confirmé dans une étude de l'IRDES : Kambia-Chopin, Perronnin M., Pierre A., Rochereau T., « La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 2006 » (ESPS 2006), IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°132, mai 2008, p. 2.

¹¹⁴ La réalité est plus complexe. Entre les salariés bénéficiant de contrats collectifs avantageux et les salariés couverts par des complémentaires individuelles, on trouve les salariés ayant un contrat collectif dit « faible »: « *Il est assez facile de situer les niveaux de couverture adoptés par « nos entreprises » dans la typologie des contrats établie par l'IRDES (contrats « faibles », « moyens », « forts en dentaires », « forts en optique »). Les contrats « faibles » ou « moyens » concernent les PME régionales de notre échantillon.* », Turquet P., op. cit., p. 107; Marical F., Thibaut de Saint Pol, « La complémentaire santé: une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *Insee Première*, n°1142, juin 2007; Arnould M-L., Vidal G., « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006, DREES, *Etudes et Résultats*, n°663, octobre 2008.

¹¹⁵ En 1997, une étude menée par Blanpain et Pan Ke Shon démontrait que 96% des salariés ayant la possibilité de contracter une assurance complémentaire maladie par leur entreprise étaient couverts, contre 78% des salariés n'ayant pas cet avantage. Dans cette même enquête, les auteurs soulignaient que les salariés bénéficiant d'un contrat d'entreprise étaient, au total, mieux protégés et à moindre coût que les autres assurés. Les enquêtes ESPS 2000 et 2002 (Enquêtes Santé et Protection Sociale réalisées par le CREDES devenu IRDES) démontrent que les contrats collectifs sont de meilleure qualité que les contrats individuels. Pour plus d'informations, cf. document de travail Turquet P., « L'obtention d'une couverture complémentaire maladie dans le cadre de l'entreprise : de fortes inégalités malgré l'existence d'une réglementation plus favorable », (document sans sources ni date).

de rendez-vous sont relativement courts¹¹⁶. Et les autres, auront tendance à emprunter un circuit moins rapide, celui des consultations hospitalières où les délais de rendez-vous atteignent fréquemment plusieurs mois¹¹⁷ ce qui n'est pas sans conséquence sur la santé des patients :

« Jeune femme, employée, smic. Elle est très fatiguée depuis plusieurs mois et les analyses de sang sont mauvaises. Le médecin généraliste, après plusieurs visites, finit par demander une échographie à l'hôpital. Le délai est d'un mois. C'est long mais la jeune femme n'a pas le choix, elle doit attendre. Deux semaines plus tard, son état de santé s'est dégradé et elle vomit tous ses repas. Son ami décide de l'emmener aux urgences. Sur la route, elle étouffe, les sapeurs-pompiers sont appelés. Aux urgences, un scanner révélera que ses organes étaient entourés d'une masse de pus. Les médecins sont formels : « un jour plus tard et elle était morte ». Elle fut opérée aux urgences du CHU¹¹⁸. »

La pratique du métier d'ambulancier m'a permis d'acquérir une connaissance fine des rouages de l'assurance maladie et de l'avantage des différents types de mutuelle. C'est pourquoi, j'ai eu l'idée de demander systématiquement aux patients des précisions quant à leur statut (fonctionnaire ou non) et au type d'entreprise (petite, grande) dans laquelle ils travaillaient. Quand je le pouvais, je notais également le nom de la mutuelle. J'ai pu obtenir ainsi un taux de réponse d'environ 70%. Je formulais l'hypothèse suivante : les ouvriers et employés des deux services se distingueraient par le type de mutuelle, ceux du privé étant plus souvent bénéficiaires de mutuelles de groupe que leurs homologues du service d'urgence public. Une étude de l'ORS d'Ile de France publiée en 1992¹¹⁹ m'avait convaincue de l'intérêt d'émettre une telle hypothèse. Selon ses auteurs, les employés des services publics (PTT, SNCF, RATP, etc...) ainsi que les adhérents de la MGEN (mutuelle des enseignants) sont très largement sous-représentés dans les services d'urgence

¹¹⁶ Ce constat est partagé par de nombreux auteurs : « Reste donc la question des délais de rendez-vous, qui ne sont effectivement pas indépendants de la trajectoire suivie: les délais de rendez-vous sont significativement plus courts dans le privé que dans le secteur public (18 versus 25 jours). Des distances plus longues sont corrélées à des délais plus courts (arbitrage déplacement-rapidité du rendez-vous déjà évoqué plus haut », Le Fur P., Paris V., Picard H., Polton D., *op.cit.*, p. 6. De même, ces dernières années les associations de consommateurs ont à maintes reprises, attiré l'attention publique sur l'accroissement de la fracture sanitaire qui est double à notre sens, c'est-à-dire à la fois géographique et sociale. Bazot A. (Président de l'UFC-Que Choisie), « L'étude que nous venons de réaliser le montre : la généralisation des dépassements d'honoraires des médecins entrave l'égal accès de tous aux soins et creuse dangereusement la fracture sanitaire », in «La fracture sanitaire se creuse », www.quechoisir.org, 23/10/2012 ; Plus récemment : « Le rapport de la conseillère d'Etat Dominique Laurent sur les dépassements d'honoraires à l'hôpital transpire la bienveillance à l'égard des médecins. L'exercice privé au sein de l'hôpital crée deux files d'accès aux soins, l'une rapide mais chère, l'autre bon marché mais souffrant de délais d'attente à rallonge. », Stamane A-S., « Dépassements d'honoraires à l'hôpital. Ça n'est pas près de s'arrêter », www.quechoisir.org, 14/04/2013.

¹¹⁷ Les émissions sur le sujet se sont multipliées ces dernières années. Le 28/03/2007, émission « L'arène de France ». Thème : Faut-il être riche pour être mieux soigné ? Interview d'un médecin de MDM : « S'il faut attendre d'être prêt à mourir pour pouvoir être soigné, c'est quand même un petit peu dommage ». Un conseiller de l'Assurance Maladie précise que le délai pour avoir un rendez-vous dans le privé se compte en quelques jours et, dans le public, on paie 10 fois moins mais ça se compte en quelques semaines voir quelques mois.

¹¹⁸ Anecdote recueillie en janvier 2013 lors d'une conversation informelle. Au cours de cette recherche et lorsqu'elles avaient connaissance de mon sujet de thèse, de nombreuses personnes ont spontanément partagé leur(s) expérience(s) des urgences et plus largement, du système de soins.

¹¹⁹ ORS-SESI, « Enquête de morbidité hospitalière (1985-1987) », in Marchand-Buttin F., Medina S., « Les hospitalisations en urgence », ORS Ile de France, 1992.

publics contrairement aux « non fonctionnaires ». Après avoir examiné un à un les questionnaires des « actifs » et « retraités », voici ce qu'il ressort des données qualitatives dans les deux services :

Urgences publiques

Ouvriers (actifs, retraités) : maraîcher à temps partiel, serrurier, modeleur, agent de maîtrise en boulangerie, ouvrier spécialisé, ouvrier dans le bâtiment (3), ouvrière agricole, mécanographe, ouvrier « un peu partout », **cheminot** (retraité, gangrène pied), routier, cantonnier à la commune, **chef éboueur ville de Nantes**, chauffeur poids lourd, ouvrier dans une usine de métallurgie, peintre en bâtiment, **ouvrier CPIO**¹²⁰, routier, maraîcher, chef d'atelier mécanique, routier, menuisier, ajusteur, ouvrière agricole, ouvrière "dans l'alimentation", **ouvrière manufacture de tabac**, Solier, lingère, **grutier chantier naval** (87 ans), maraicher, chaudronnier, carreleur, **ouvrier BTP**, maçon.

Employés (actifs, retraités) : employée d'usine, aide-soignante en invalidité, aide-soignante, employé logistique CRF, serveuse hôtellerie, employée restauration scolaire, employée auxiliaire puériculture, vendeuse sur le marché, ATSEM, femme de ménage (4), **employée PTT** (63 ans, scission à la tête), ATSEM, agent d'entretien, vendeuse dans un petit commerce, préparateur de commande, femme de chambre, serveur, téléopératrice, magasinier, ambulancière, aide-soignante, employée dans la restauration, **employé SNCF**, employé maison de retraite, agent d'accueil polyvalent, **employée Fleury Michon**, aide-soignante en invalidité, agent d'entretien, aide aux personnes âgées, employée à domicile, employée dans une pharmacie, **employé PTT** (81 ans), ATSEM, agent d'entretien, auxiliaire de puériculture, cuisinière, secrétaire, auxiliaire de puériculture, agent de sécurité, magasinier.

Urgences privées

Ouvriers (actifs, retraités) : plaquiste, ouvrier bâtiment, électricien, couturière, mécanicien, **soudeur « Forminox »**, ouvrière usine de confection, charpentier, couturière, égoutier, maçon, ouvrier dans une scierie, conducteur d'engin agricole, ébéniste, carreleur, carreleur, routier, **ouvrier BTP**, **ouvrier BTP**, maçon, **monteur EDF**, chef de chantier, **mineur**, **ouvrier Aérospatiale**, électromécanicien, plâtrier, cuisinier, rétameur, mécanicien.

Employés (actifs, retraités) : aide à domicile, magasinier, employé hôtellerie, **agent d'exploitation DDE**, **secrétaire (mari chef d'entreprise)**, agent de propreté, aide-soignante (une copine travaille à la clinique), assistante maternelle, **aide-soignante Hôpital local** sud de la ville,

¹²⁰ Ancien d'une usine de la région. Certains sociologues locaux ont d'ailleurs consacré quelques-unes de leurs analyses à ces ouvriers tout comme à ceux d'une autre usine « les Batignolles » : Leneveu C., « Mesure et démesure des cuisines ouvrières: Approche ethnosociologique », in Jean-Claude Croizé, Jean-Pierre Frey, Pierre Pinon, *Recherches sur la typologie et les types architecturaux*, Paris, L'Harmattan, 1991, p. 271-295.

employé de banque, aide à domicile, magasinier en usine, **hôtesse de caisse (3)**¹²¹, **gardien de prison**, assistante maternelle, gardien d'immeuble, brancardier à la clinique, agent d'entretien, employé commercial, assistante maternelle, concierge, secrétaire, **employée fonction publique, fonctionnaire de l'éducation nationale, femme de ménage (son mari était employé aux PTT), femme de ménage (son mari était entrepreneur)**, employé restauration, employé en CAT, cariste, cuisinier collectivité, téléopératrice, **employé SNCF, employé SNCF, secrétaire, ASH au CHU, employé PTT**, assistante maternelle, employé de bureau, femme de chambre (33ans appendicite), employée administrative (facturière), technicien de maintenance dans un collège, vendeuse (responsable de magasin), **employée en centre de rééducation hospitalier, agent PTT, agent d'édition chez Hachette**, guide touristique, **employé AMV service (société d'assurance)**, livreur, employé CAT, **policier, employé AGF assurance**, vendeur, employé dans l'administration, serveuse.

Les employés et ouvriers fonctionnaires qu'ils soient actifs ou retraités (EDF, DDE, PTT, fonction publique hospitalière, éducation nationale, police, administration pénitentiaire) sont sensiblement plus présents au service d'urgence privé. Par ailleurs, il semblerait que la présence de ces profils d'ouvriers et employés (PTT, chantier naval, CPIO, manufacture de tabac) aux urgences publiques soit liée à leur âge avancé. Aussi, en dépit du peu d'effectif concerné dans cette enquête, l'hypothèse précitée semble pouvoir être validée. Le type de mutuelle se révèle en effet constituer un critère discriminant à l'entrée de l'une ou l'autre filière d'accès aux soins d'urgence.

Enfin, une analyse détaillée du type de pathologie des ouvriers et employés confirme, une nouvelle fois, l'influence de cette variable sur l'orientation vers l'un ou l'autre des services : aux urgences privées, les pathologies sont très ciblées avec une large majorité de problèmes cardiaque puis, par ordre décroissant, les pathologies cardio-respiratoires (embolie pulmonaire, dyspnée) et les douleurs abdominales (gastrique, appendicite) ; aux urgences publiques, les pathologies sont beaucoup plus variées : abcès, coma éthylique, crise d'épilepsie, crises de convulsion, allergie, syncope, malaises en tout genre, infection urinaire, Alzheimer, OAP, AVC, problème cardiaque, perte d'autonomie physique (paralysie, chutes à répétition, etc..), problèmes cardiaque, détresses respiratoires, AEG, AIT, embolie pulmonaire, diabète (alcool), etc...

¹²¹ Les grandes chaînes comme Leclerc, Carrefour, Intermarché, Auchan, etc., négocient des contrats avantageux avec les mutuelles. On peut donc supposer ici que ces hôtesse de caisses bénéficiaient d'une très bonne mutuelle.

Ainsi, les profils socio-pathologiques des ouvriers et employés sont d'une part, hétérogènes et d'autre part, différents d'un service à l'autre. Passons à présent, à l'étude des caractéristiques des professions intermédiaires et des cadres interrogés dans cette enquête.

3.1.2. Des classes moyennes et supérieures intégrées et/ou à problème

Les professions intermédiaires des deux services ne se distinguent pas en fonction du type de logement qu'elles occupent, ni de leur rapport à l'emploi ou encore, de leur « couverture sanitaire ». En revanche, quelques différences apparaissent entre les deux services quand on compare le « motif de venue » des professions intermédiaires retraités (pas pour les actifs) : alors qu'un tiers d'entre eux a été orienté au service d'urgence public pour un problème psychologique¹²², ils ont tous été admis à la clinique pour un problème médico-chirurgical.

Poursuivons l'analyse en considérant cette fois-ci, la trajectoire qu'ils ont suivie avant leur arrivée dans les deux services. L'hypothèse que l'on formule est que leur présence dans le service d'urgence public résulterait majoritairement d'une orientation contrainte. Pour ce faire, nous avons comparé, dans un premier temps, le mode d'adressage de ces patients dans les deux services : aux urgences publiques, 50% ont été orientés par leur médecin traitant, 20% par le SAMU, 20% d'eux-mêmes, 10% par SOS Médecins et 10% par la police ; aux urgences privées, 64,2% ont été dirigé par leur médecin traitant, 16,6% par le Samu, 16,6% venus d'eux-mêmes (chiffre étonnant au regard de la faible visibilité de ce service) et 2,4% par un spécialiste de la clinique. Ainsi, les patients de la clinique apparaissent beaucoup plus souvent intégrés dans un réseau médical privé d'orientation que leurs homologues du public dont le mode d'adresse est plus hétérogène. Ces derniers sont, par ailleurs, plus souvent dépendants de la décision de tiers tel le SAMU, la police ou SOS Médecins.

Si on considère à présent, la variable « PDS » (permanence des soins) qui présente l'intérêt d'être une période de mise en veille du réseau d'adressage habituel, on constate un écart important entre les deux services. L'analyse croisée révèle que 45% des patients « professions intermédiaires » interrogés au CHU sont arrivés durant cette période¹²³ alors qu'ils sont 18,9% à être dans ce cas à la clinique. Sachant que le pourcentage des questionnaires passés durant cette période est de 30% aux urgences publiques et de 24,2% aux urgences privées, on constate que les professions

¹²² Ce pourcentage correspond à trois patients.

¹²³ Rappelons que les professions intermédiaires « actifs » représentent 20% des patients des urgences publiques de notre échantillon et les retraités de cette catégorie 11,5%. Leur présence est donc nettement sur-représentée dans ce service en période de PDS. On peut même aller plus loin en affirmant que la majorité des patients profession intermédiaire de notre échantillon sont arrivés dans ce service en période de PDS.

intermédiaires sont nettement sur-représentées au CHU lorsque leur réseau d'adressage est en veille. Elles sont, au contraire, sous-représentées durant cette période à la clinique.

A titre de comparaison, la proportion est inverse pour les ouvriers et les employés confondus (actifs et retraités) : ils sont 27,5% à être entrés dans le service d'urgence public en période de PDS et 42,8% à la clinique. Leur présence aux urgences privées est donc sur-représentée lorsque la décision est dévolue au SAMU, à SOS Médecins ou au médecin de garde¹²⁴.

Pour conclure sur cette catégorie, il semblerait que les patients relevant de la catégorie « profession intermédiaire » soient généralement intégrés dans des circuits de soins privés qui les orientent, tendancielle, vers les urgences de la clinique si toutefois, la pathologie exclut tout problème psychologique ou social. Parallèlement, lorsque leur réseau d'adressage habituel ne peut être activé, ils empruntent plus fréquemment la filière des soins d'urgences publiques :

- « - Samedi après-midi. 26-50 ans, profession intermédiaire, temps plein. « "Je courais et j'ai senti une douleur dorsale et costale ». Il a tenté d'aller voir son kiné mais il était fermé et il n'a pas de médecin traitant : « On est samedi. En semaine, je ne serais pas venu ici ».
- Samedi après-midi. 26-50 ans, profession intermédiaire, temps plein. Elle a vu son médecin généraliste hier, elle a des douleurs au côté gauche depuis la veille. Nausées, elle est enceinte de 4 mois. Elle a pris un rendez-vous pour le lundi avec son médecin traitant. Cependant elle a trop mal, elle ne peut plus attendre alors elle est venue directement avec son mari. »

Qu'ils soient victimes d'un malaise sur le lieu de travail, qu'ils souffrent d'une pathologie uniquement traitée à l'hôpital (gynécologie) ou bien, que leur problème de santé survienne en période de fermeture des cabinets médicaux, c'est le plus souvent de façon contrainte et/ou accidentelle que ces patients recourent aux urgences publiques.

Qu'en est-il des cadres ? Est-ce que les cadres pris en charge aux urgences publiques se distinguent de ceux accueillis à la clinique? Si oui, quel est ou quels sont les facteurs « discriminants » ? Là encore, la faiblesse des effectifs a constitué un atout dans cette enquête pour mener une analyse qualitative des ces catégories.

Le croisement de la variable « cadre » (actifs et retraités confondus) avec les variables logement, situation professionnelle et couverture sanitaire ne fait émerger aucune différence notable. On peut tout juste noter que l'un d'entre eux, interrogé aux urgences publiques, était un étranger bénéficiaire de l'AME¹²⁵.

¹²⁴ Ces derniers doivent généralement appelés le Samu avant toute orientation.

¹²⁵ « Agée entre 26-50 ans, intérimaire, venue d'elle-même en voiture. Venue il y a moins d'une semaine, suspicion d'ulcère. »

Ce qui distingue les cadres des deux services, c'est le motif de leur admission : plus de la moitié des cadres actifs ont été orientés dans le service d'urgence public pour un problème médico-psychologique (4 sur 7) ; de même, deux cadres retraités sur les cinq admis au CHU souffrent de pathologies médico-social ou psychologique (alcoolisme, IMV, dépression, etc...). En voici quelques exemples :

- « - Alcoolique, pertes de mémoire, hallucinations, confusion, agressif. Sa femme veut qu'il se fasse soigner. Il nous dit: « Mon problème c'est ma femme ». Il est magistrat.
- Cadre commercial de 57 ans en invalidité longue maladie. Il a été refusé pour hospitalisation à la clinique (service cancérologie) sous prétexte qu'il n'est pas suivi là-bas. AEG, alcoolique + tabagique, il est déjà venu plusieurs fois aux urgences.
- Expert en bâtiment en invalidité longue maladie, il est très mécontent. Il dit à l'infirmière qu'il n'a pas demandé à venir, c'est un témoin qui a appelé le 18 et on l'a emmené là mais lui il veut repartir, il ne veut pas attendre. Malaise, médicament + alcool, suivi pour dépression à la clinique du Parc¹²⁶. »

Cet ancien cadre admis dans le service pour un problème médico-psychologique est suivi à la clinique psychiatrique évoquée dans les pages précédentes. Ces informations nourrissent l'hypothèse précitée, de l'existence de filières de soins différenciées socialement pour le traitement des troubles psychologiques¹²⁷. De même, les patients qui présentent un problème social ou psychologique, en plus d'un problème médical, se voient systématiquement refuser l'accès à la clinique et ce, quelle que soit leur couverture sanitaire et leur origine sociale. D'ailleurs, aucun des cadres rencontrés au service d'urgence privé ne souffrait de problèmes médico-social ou médico-psychologique.

Ainsi, la présence des cadres aux urgences publiques semble être corrélée au type de pathologie dont ils sont atteints. Une étude de la Drees corrobore cette analyse :

« Ainsi, la part de l'hospitalisation dans les dépenses totales de soins n'est que de 38% pour les cadres et les professions intermédiaires, alors qu'elle est de respectivement 45% et 46% pour les ouvriers qualifiés et les employés, et qu'elle atteint 53% chez les ouvriers non qualifiés. Les explications de ces différences peuvent être diverses. Les disparités des risques professionnels ou de l'environnement peuvent ainsi induire des pathologies spécifiques ou des accidents plus nombreux pour ces catégories socioprofessionnelles. Ainsi, selon une étude de la Dares¹²⁸, les cadres signalent moins souvent un lien entre leur santé et leur travail, sauf pour les dépressions et autres troubles psychiques¹²⁹. »

¹²⁶ On repense ici à l'arrivée un jour, d'un profil de jeune, inhabituel dans le service. Il s'agissait d'un jeune scout dirigé vers les urgences suite à un malaise (coup de chaleur, insolation). Il était en voyage, il habite Paris et son père est dentiste.

¹²⁷ Dans le cadre de mon activité d'ambulance, j'ai pu observer par ailleurs qu'il n'était pas rare que les personnes transportées vers cette clinique résident dans un autre département. Or selon A. Chauvenet et C. Herzlich, un tel rayonnement territorial est un indice de sélectivité du recrutement de l'établissement ou du service concerné.

¹²⁸ « Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq » Premières informations et premières synthèses, Dares, mai 2004, n°19.

¹²⁹ Raynaud D., *op.cit.*, p.2.

Selon ces auteurs, les dépenses hospitalières des cadres sont bien moindres que celles des ouvriers et employés car la structure de leurs dépenses de soins se porte davantage sur la médecine « ambulatoire » sauf, précisent-ils, dans le cas où leur pathologie relève de la psychologie.

De plus, près de la moitié des cadres interrogés au service d'urgence public sont arrivés suite à un « malaise » sur la voie publique ou sur le lieu de travail¹³⁰. Dans ce type de circonstances « accidentelles », non seulement le patient était incapable de formuler son souhait quant au type d'orientation mais surtout, il n'a pas pu mobiliser son réseau d'adressage habituel. Les deux anecdotes suivantes illustrent le cas de ce type de patient :

« Chutes à répétition, très essoufflée, douleur cuisse, ne se sent pas très bien. Elle vient de Paris, elle est accompagnée de son mari. Ils se sont arrêtés dans une commune à 20 km de la ville pour voir un médecin. Ils sont allés directement à la pharmacie, le médecin s'est déplacé. Son mari est un ancien cadre bancaire ».

« Hémorragie, elle s'est faite récemment opérer. Elle est diplomate à Cuba et elle est venue en ville pour rendre visite à une amie médecin. Pour la première fois, je sens une réticence à répondre au questionnaire. Je comprends assez vite qu'elle aurait voulu que je sois infirmière pour ne pas avoir à attendre trop longtemps. »

Les autres patients « cadres » se sont rendus aux urgences publiques car le CHU est le seul établissement sanitaire qui dispose des spécialistes compétents pour traiter leur pathologie médico-chirurgicale :

« Céphalées intenses depuis 30 minutes, perte de la vision, antécédents d'AVC il y a 10 et 4 ans. C'est un avocat. Il annonce qu'il fait partie du Comité AVC 44: « Je sais que c'est dans la première heure que ça se détermine. J'aurais préféré aller à Laënnec, j'y suis allé les deux dernières fois. C'est pour ça que les urgences me font peur, je sais qu'il y a de l'attente ». Il est mécontent, il n'a pas eu le choix de son orientation. »

Ce patient aux antécédents d'AVC est suivi par un spécialiste hospitalier dans un service de pointe réputé pour la qualité de la prise en charge de cette pathologie. On lit par ailleurs qu'il est inscrit dans un réseau de soins et instruit des parcours à suivre. Son état ne lui a manifestement pas permis de s'exprimer au moment de l'orientation ce qui explique sa présence aux urgences en lieu et place du service hospitalier à la pointe dans ce domaine. A l'instar de ce que d'autres auteurs ont repéré avant nous¹³¹, on constate ainsi l'existence de filières socialement différenciées à l'intérieur même de l'hôpital.

¹³⁰ Ces chiffres ont été obtenus en relevant les données correspondantes à la variable « circonstances de venue » pour chaque cadre interrogé aux urgences publiques.

¹³¹ Cf. introduction de cette partie.

D'autres cadres sont par ailleurs arrivés aux urgences du CHU afin d'éviter le service local, le plus proche de chez eux :

« Céphalées. La patient aurait du se rendre au service d'urgence de Challans. Elle n'y est pas allée parce que son frère et sa soeur son médecins à Nantes. Elle habite en Argentine, elle était en visite dans sa famille. »

Ces faits témoignent de l'existence d'une hiérarchisation sociale entre les services d'urgences hospitaliers eux-mêmes opérée par des patients disposant de solides connaissances et/ou réseaux¹³².

Quant aux cadres interrogés à la clinique, une proportion importante d'entre eux était des clients de la clinique, suivis pour un problème d'ordre cardiaque ou un cancer. De même, l'examen de la variable PDS révèle, à l'instar des professions intermédiaires, une sur-représentation de leur présence dans les deux services d'urgences : alors que seulement 30% des questionnaires ont été passé durant cette période aux urgences publiques, ils sont 43,7% (surtout des actifs) à être arrivés durant cette période de mise en veille de leur réseau d'adressage habituel ; aux urgences de la clinique, ils sont 36,7% à avoir été admis en période de PDS tandis que les questionnaires passés durant cette période ne représentent que 23,7% de notre échantillon. Ces résultats nous amènent à supposer que leur présence dans les services d'urgence constituerait le plus souvent un accident dans leur parcours de soins habituels, une étape qu'ils n'ont habituellement pas à franchir pour arriver au service de spécialité correspondant à leur état.

Les données qualitatives consignées dans chaque questionnaire se sont avérées précieuses pour vérifier cette hypothèse. Leur analyse a permis de montrer qu'un certain nombre de ces patients était très contrariés de se retrouver aux urgences de la clinique au lieu d'accéder directement à leur chambre, dans le service de spécialité adapté à leur état :

« Suspicion d'occlusion intestinale. Un ancien directeur d'une grande entreprise de BTP arrive avec sa femme et sa soeur. Sa femme essaie depuis plus d'une heure de joindre l'oncologue de la clinique qui suit son mari pour aller directement en hospitalisation sans passer par les urgences mais en vain. Elle a donc appelé le médecin traitant qui a envoyé son mari aux urgences en attendant. Pendant le trajet et après plusieurs tentatives, la famille réussit à joindre le spécialiste qui leur explique qu'il n'a pas de place dans son service pour le moment mais qu'il fait au plus vite. En attendant le patient devra attendre aux urgences. La famille n'est pas contente et le fait savoir, elle ne comprend pas pourquoi elle doit attendre et elle fait valoir à plusieurs reprises les liens étroits qu'elle a avec le spécialiste. Elle le connaît « personnellement » dira-t-elle à plusieurs reprises. Il semble clair que le passage par les urgences est un accident de parcours. »

¹³² Un fait déjà repéré par les auteurs de l'étude de l'ORS citée précédemment : ORS-SESI, « Enquête de morbidité hospitalière (1985-1987) », in Marchand-Buttin F., Medina S., « Les hospitalisations en urgence », ORS Ile de France, 1992.

Sur la base de ces données, une nouvelle hypothèse a émergé dans ce travail, celle postulant l'existence d'une filière « invisible » de contournement des services d'urgences par les franges les plus hautes de la classe supérieure¹³³. Autrement dit, une poignée de patients accède à des soins d'urgence en passant par une filière qui les conduit directement, sans passer par la case urgence, dans le bon service de spécialité. C'est la filière appelée ici « Jet privé ».

Cette hypothèse a révélé toute sa pertinence, le jour où le personnel du service d'urgence de la clinique a dû faire face à une situation de pénurie de lits d'hospitalisation¹³⁴. Ce que j'ai perçu dans un premier temps, comme un biais préjudiciable pour mon enquête s'est rapidement avérée être une expérience heureuse. A la faveur de ces circonstances particulières, j'ai en effet pu assister, non sans surprise, à l'arrivée de patients qui, en temps normal, n'empruntent pas le circuit des urgences mais celui de l'hospitalisation programmée :

« Un homme de 67 ans, ancien directeur d'hôpital, médecin. Il réside dans le département voisin et il vient pour un AEG suite à une chimio. Il est suivi à la clinique pour un cancer, le spécialiste doit passer le voir. Il est placé en lit porte directement parce qu'il n'y a pas de place dans le service du spécialiste. Il réclame une chambre seule. Après 15 minutes d'attente, il demande pour combien de temps il devra encore patienter. Il explique alors à l'aide-soignante que son médecin traitant est directement en contact avec le spécialiste et que ce n'était pas prévu qu'il passe par les urgences. »
« Une femme de 45 ans, cadre. C'est un spécialiste qui l'a adressée à la clinique pour un hématome à la jambe. L'aide-soignante l'informe : « Il n'y a plus de place dans les étages, vous devez donc attendre aux urgences ». L'opération est prévue pour aujourd'hui mais la chambre n'est pas encore libérée. Elle est installée en « lit porte ». »

Certains de ces patients n'hésitaient pas à manifester leur mécontentement¹³⁵, leur présence dans le service d'urgence constituant clairement pour eux une contrainte, un accident dans leur parcours de soin habituel :

« Une femme de 78 ans, style aisé se présente à l'accueil pour une occlusion. Elle tend le courrier de son médecin destiné à un spécialiste de la clinique tout en s'adressant à l'aide-soignante sur un ton sec : « Le médecin m'attend. Je dois attendre là moi aussi ? ». L'aide-soignante répond par l'affirmative et l'invite à patienter. Cinq minutes plus tard, manifestement agacée par cette attente, la femme sort du service pour se rendre à l'accueil de la clinique. Elle cherche une autre issue à son problème. Elle revient quelques minutes plus tard très agacée. Elle pensait pouvoir passer directement en consultation avec le spécialiste sans passer par les urgences. »

¹³³ Rappelons que les services d'urgences constituent le bas de la hiérarchie des services d'un établissement sanitaire: Danet F., *La médecine d'urgence, vers de nouvelles formes de travail médicale*, Erès, Collection clinique du travail, 2008. Ces services représenteraient ainsi, aujourd'hui, l'équivalent de ce qu'était le service de médecine général étudié par Herzlich au début des années 1970 et la « filière de masse » mise en évidence par Chauvenet.

¹³⁴ Cette situation ne semble pas exceptionnelle dans cette clinique : « *La clinique est actuellement à la limite de ses capacités et le service ordonnancement doit constamment jongler pour trouver des lits pour les patients arrivés aux urgences, quitte parfois à les mettre dans un autre service que celui correspondant à leur pathologie: la semaine dernière on a mis des lits dans la salle de bain. Et avec une pression pour que les gens sortent...* » (Intervenant paramédical). », Grévin A., *op. cit.*, p. 282.

¹³⁵ La quasi-totalité d'entre eux était « clients de la clinique ».

Pour cette poignée de patients appartenant aux franges supérieures de la catégorie de cadres (dirigeants ou anciens dirigeants), le passage par un service d'urgence est difficilement envisageable. Lorsqu'un problème de soin urgent survient, ils mobilisent leur réseau médical¹³⁶ et accèdent rapidement aux services spécialisés correspondant à leur état, à l'instar de cet autre patient interrogé le même jour :

« Un homme de 49 ans originaire d'Afrique subsaharienne arrive en voiture particulière. Il doit se faire opérer aujourd'hui. Le chirurgien lui a dit de passer par les urgences pour se préparer à aller au bloc car le service est complet. Il m'explique qu'il est fonctionnaire dans les mines, il a une très bonne place et une très bonne couverture sanitaire dans son pays. C'est son entreprise qui l'envoie se faire soigner et qui règlera les frais médicaux. »

Cet homme a bénéficié d'un réseau d'adressage qui lui a permis d'une part, de se faire soigner en France et d'autre part, dans une clinique privée¹³⁷. Jean Péneff avait pareillement repéré ce profil de patients étrangers lors de son enquête au sein d'un service d'urgence hospitalier parisien :

« Mais la sur-représentation des étrangers aux urgences cache un autre problème : celui de la présence, dans les services prestigieux, d'étrangers non-résidents venus se faire soigner pour des affections graves (greffes, pontages, cancers). Il s'agit de malades riches venant de pays pauvres : diplomates, membres de la nomenklatura internationale, fonctionnaires, hommes d'affaires, émirs du Moyen-Orient.¹³⁸ »

D'autres expériences vécues en ambulance dans les années qui ont suivi cette enquête ont achevé de confirmer l'existence de cette filière spécifique d'accès aux soins d'urgence :

« Mon collègue raconte que durant sa garde, il a emmené une personne très riche de la ville (« quartier chic », appartement « très chic ») à 4h00 du matin en direction de Pontchaillou à Rennes. Durant le trajet, la patiente avait le spécialiste au téléphone lequel les a directement accueilli à leur arrivée : « Ces personnes (me dit-il) ont une ambulance quand elles le veulent et elles exigent en plus tel et tel ambulancier »¹³⁹. »

Ainsi à l'instar des autres catégories, celle de cadre recouvre un spectre large de situations socio-pathologiques. Non seulement, les cadres accueillis dans les deux services d'urgences n'ont pas les mêmes profils socio-pathologiques mais en outre, une poignée d'entre eux se distingue par l'utilisation d'une filière de contournement des services d'urgence. Plus généralement, une minorité privilégiée de patients en France emprunte une filière d'accès aux soins d'urgence « d'excellence » :

¹³⁶ Ces constats rejoignent ceux de Patrick Castel dans son analyse de la relation thérapeutique médecins-patients : « Dans un territoire donné, le système d'interactions médicales, au sein duquel les médecins évoluent et qu'ils ont contribué à former, est à l'origine de certaines régularités - locales - dans le mode de prise en charge des patients et, plus spécifiquement, dans certaines caractéristiques de la relation thérapeutique. », Castel P., *op.cit.*, p.464.

¹³⁷ L'autre patient de nationalité étrangère interrogé dans ce service réside dans le sud de la ville soit à proximité de ce service. Il bénéficie de la CMU. Transporté en ambulance privée, il a été orienté par SOS Médecins pour une urgence vitale (infarctus). Le service ne pouvait pas refuser ce patient.

¹³⁸ Péneff J., *op.cit.*, p.111.

¹³⁹ Journal de terrain, ambulance, décembre 2008.

« Enfin, les inégalités d'accès aux soins sont en passe de se loger dans des aspects plus insidieux encore en organisant l'inégalité dans l'accès à des soins de qualité. On sait que la qualité des soins est hétérogène. L'accès à des soins de qualité est en passe de devenir un réel enjeu en termes d'équité¹⁴⁰. Certes l'inégalité d'accès à des soins de qualité n'est pas nouvelle, mais elle transitait jusqu'à présent par des réseaux de relations personnelles plus ou moins fiables et, en tout état de cause, d'incidence limitée [...]. Ainsi, pour des pathologies comme le cancer ou certaines opérations chirurgicales, le choix d'une moins bonne filière de soins représente une réelle perte de chance. Une quasi-institutionnalisation de l'inégalité d'accès aux soins a d'ores et déjà failli trouver une expression particulièrement violente avec le contrat dit « Excellence », envisagé un temps par les AGF et qui proposait de garantir, pour la somme de 12 000 euros annuels, l'accès aux meilleurs spécialistes et chirurgiens...¹⁴¹ »

Pour clore ce chapitre, nous allons porter l'attention sur une catégorie de population dont on a peu parlé jusqu'à présent, à savoir les « jeunes » de 15-25 ans. Nous formulons ici l'hypothèse qu'à l'instar de la population adulte des urgences, les profils socio-pathologiques des jeunes seraient différents d'un service d'urgence à l'autre.

3.2. QUELLE JEUNESSE AUX URGENCES?

Représentant respectivement 13,3% et 15,6% des malades aux urgences publiques et privées (Cf. tableau 7), leur proportion dans les deux services est quasi similaire. Toutefois, comme le soulignait Jean Péneff, cette catégorie « jeune » masque la réalité plus qu'elle ne la dévoile :

« De fait, les « jeunes » constituent une fausse catégorie qui masque des situations contrastées (scolaires, apprentis, chômeurs, etc...), rarement isolées dans les enquêtes. Quoi de commun entre les jeunes démunis et les jeunes gens aisés, entre les étudiants et les chômeurs, entre les chômeurs selon qu'ils sont indemnisés ou non? En ce qui concerne la consommation médicale, il y a autant d'écart entre les jeunes eux-mêmes qu'entre les adultes¹⁴² ».

Devant une telle hétérogénéité, on ne peut faire l'économie ici d'une analyse approfondie du profil des jeunes accueillis dans deux services. Pour ce faire, nous allons étudier leurs situations au regard de différents indicateurs tels le logement, l'emploi, le motif de leur venue et la couverture sanitaire.

¹⁴⁰ Ce dont témoigne l'enquête annuelle du Point, « Le Palmarès des hôpitaux »

¹⁴¹ Lenoir D., « Assurance-maladie. Un dilemme difficile », *Etudes*, mai 2007, n°4065, p. 611.

¹⁴² Péneff J., 2000, *op. cit.*, p. 92.

3.2.1. Quel est le profil social des jeunes des deux services ?

Tableau 13 : Type de logement des 15-25 ans selon leur destination en chiffres¹⁴³

	N.R	Logement individuel	Centre d'hébergement	Sans domicile	Foyer	Total
Public	2	27	1	1	0	31
Privé	0	36	0	0	2	38

Champ : Jeunes de 15-25 ans

Population : 31 aux urgences publiques et 38 aux urgences privées

Les jeunes du service d'urgence public sont manifestement plus précaires au regard du logement comparé à leurs homologues du privé. Les sans-domicile et ceux qui résident en centre d'hébergement d'urgence sont en effet systématiquement adressés au CHU. Néanmoins, la clinique reçoit également des patients résidant en foyer qu'il convient d'analyser plus finement :

« - Il est venu de lui-même pour de multiples plaies (visage, mains, pieds). Il est déjà venu une fois dans le service. On lui demande s'il s'est adressé à un médecin de ville. Il aurait pu, dit-il, mais il n'a « pas de sous pour payer le médecin ». Une heure et demie après son arrivée, il attend toujours dans la salle d'attente. Le médecin, étonné de l'attente, fini par aller le voir. Il l'avait oublié. »

- C'est un étranger. Il est allé voir un médecin traitant aujourd'hui. Il est arrivé en voiture particulière. Déjà venu dans le service. Il vient pour la pose d'un cathéter. Il est en France pour se faire soigner, il est assuré dans son pays, il passe par les urgences pour aller au bloc. L'infirmière est mécontente de l'attitude du chirurgien. Le médecin : "On n'est pas leurs internes".

- Malaise sur la voie publique. Amenée par les pompiers. Epilepsie. »

Dans chaque cas présenté ici, les médecins urgentistes du service n'ont pas pu prendre part à la décision d'orientation du patient vers la clinique : soit le patient est venu de lui-même ou bien, l'adressage leur a été imposé par un autre médecin (chirurgien de la clinique et médecins du SAMU). On retrouve par ailleurs, la stratégie de « mise en attente » du patient « indésirable »¹⁴⁴ et d'utilisation du service d'urgence par les chirurgiens pour gérer leur flux de patients. Quant aux médecins du SAMU, ils ont imposé à la clinique le traitement du patient épileptique car le malaise a eu lieu dans l'aire géographique de recrutement de cet établissement¹⁴⁵. Pour finir, l'étude qualitative des « non-réponses » informe sur le profil de ces jeunes accueillis dans le service d'urgence public :

« - Malaise sur la voie publique. Un témoin a appelé. Les sapeurs pompiers ont apporté un sac avec des boîtes de médicaments vides. Il semblerait qu'elle ait fait une IMV.

¹⁴³ L'échantillon d'enquêtés étant faible, nous avons opté pour une présentation de ce tableau en chiffres plutôt qu'en pourcentage.

¹⁴⁴ En faisant montre d'une des qualités qu'on attend d'un « bon malade » (A. Vega, 2001) qui est celle d'être patient, le jeune « indésirable » a su jouer son rôle et répondre ainsi aux attentes des soignants. Dans ce cadre, le médecin ne pouvait lui refuser les soins.

¹⁴⁵ Rappelons que ce service d'urgence bénéficie d'un financement de la CPAM au titre de service public. Dans ce cadre, les médecins ont l'obligation de soigner tous les patients se présentant dans le service quand la pathologie peut être traitée dans ce service. Or la crise épileptique ou bien les multiples plaies, relèvent de soins qui peuvent être effectués dans cette clinique.

- Malaise sur la voie publique. Alcool. Suspicion d'agression sexuelle sur sa personne. Elle devait être dirigée vers les urgences de la clinique car elle réside à proximité. Finalement, il a été décidé de l'orienter vers les urgences du CHU. Elle est directement prise en charge par les urgences médico-psychologiques. »

Ces jeunes ont été orientés vers le service d'urgence public car ils souffrent de problèmes médico-psychologique et sociaux. Il semblerait donc que les jeunes patients adressés au CHU soient dans une situation socio-sanitaire plus précaire que ceux de la clinique. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons comparé leurs situations au regard de l'emploi :

Tableau 14: Situation des jeunes au regard de l'emploi selon leur destination en %¹⁴⁶

	Public	Privé
Inactifs	48,4	63,2
Actifs	41,9	34,2
Non réponses	9,7	2,6
Total	100	100

Champ : jeunes de 15-25 ans

Population : 31 aux urgences publiques et 38 aux urgences privées

La part des « inactifs » est nettement supérieure parmi les jeunes pris en charge au service d'urgence privée, l'écart étant sur ce point significatif (15 points) avec leurs homologues du public. L'étude détaillée de cette catégorie permet de rendre compte de cette différence :

Tableau 15 : Qui sont les jeunes inactifs selon la destination en %?

	Public	Privé
INACTIFS	48,4	63,2
<i>Etudiant/Lycéen¹⁴⁷</i>	42	58
<i>Femmes au foyer</i>	0	2,6
<i>Invalidité</i>	0	2,6
<i>Aucune activité prof.</i>	6,4	0
ACTIFS	41,9	34,2
NON-REPNSES	9,7	2,6
TOTAL	100	100

Champ : jeunes de 15-25 ans

Population : 31 aux urgences publiques et 38 aux urgences privées

Les jeunes interrogés au CHU ont beaucoup plus souvent quitté le cursus scolaire que ceux du privé voilà pourquoi, ils apparaissent moins souvent « inactifs » comparé aux jeunes de l'autre service.

¹⁴⁶ Le nombre des actifs est le même dans les deux services, soit 13. Nous avons donc choisi, pour ce tableau et les suivants, de présenter les résultats en pourcentage afin de mieux rendre compte des écarts existants entre les deux services.

¹⁴⁷ Une autre limite regrettable apparaît ici. Nous n'avons pas pensé à les interroger sur le métier de leur parent quand ils étaient encore élèves ou étudiants.

A la clinique, lorsque les jeunes « inactifs » ont quitté le cursus scolaire, qu'ils soient « femme au foyer » ou bien en « invalidité », ils ont un statut qui leur permet de bénéficier de droits au regard de l'assurance maladie¹⁴⁸. Enfin, parmi ces inactifs, les jeunes se déclarant « sans activité professionnelle » sont uniquement présents au service d'urgence public qui semble ainsi accueillir des jeunes plus « précaires » que les urgences privées. Qu'en est-il à présent, des jeunes « actifs » ?

Tableau 16 : Qui sont les jeunes actifs selon la destination en %?

	Public	Privé
ACTIFS	41,9	34,2
<i>Activité temps plein</i>	16,1	13,2
<i>Activité temps partiel</i>	6,4	2,6
<i>Intérimaire</i>	0	2,6
<i>Apprentis</i>	6,4	7,9
<i>Chômage</i>	13	7,9
INACTIFS	48,4	63,2
NON-REPONSE	9,7	2,6
TOTAL	100	100

Champ : Jeunes de 15-25 ans

Population : 31 aux urgences publiques et 38 aux urgences privées

Si on additionne les catégories chômage et temps partiel, ce sont près de la moitié des jeunes actifs du public qui sont dans une situation relativement précaire au regard de l'emploi (près d'un tiers chômage), tandis qu'au service d'urgence privé ils représentent à peine le tiers des jeunes actifs.

En revanche, l'analyse du profil des apprentis¹⁴⁹ et des jeunes ayant une activité professionnelle (temps plein ou partiel) au regard de la PCS d'appartenance, ne révèle aucune différence : ils relèvent tous des catégories ouvriers et employés¹⁵⁰.

Pour autant, à l'instar des « inactifs », les jeunes « actifs » apparaissent globalement plus précaires aux urgences publiques, comparé à leurs homologues du privé comme le confirme l'étude de leur profil socio-sanitaire.

¹⁴⁸ Grâce au conjoint ou bien, au titre de leur maladie.

¹⁴⁹ Ils représentent un effectif de deux jeunes dans chaque service.

¹⁵⁰ Effectif correspondant : 7 jeunes au CHU (3 ouvriers, 4 employés) et 6 dans à la clinique (3 ouvriers, 3 employés). Malheureusement, la PCS n'a pas été demandée systématiquement aux chômeurs et intérimaires. Dans les deux services, elle n'est mentionnée que pour la moitié d'entre eux et ils appartiennent tous à la catégorie des ouvriers.

3.2.2. Profil socio-sanitaire des jeunes des deux services : type de couverture sanitaire et motif de venue

Tableau 17 : Type de couverture sanitaire en fonction de la destination en %

	N.R	Assurance mutuelle	Assurance simple	C.M.U CMU-C	A.M.E	Aucune	Total
15-25 ans Public	9,7	61,3	3,2	19,3	0	6,5	100
15-25 ans Privé	2,6	89,6	5,2	2,6	0	0	100

Champ : Jeunes de 15-25 ans

Population : 31 aux urgences publiques et 38 aux urgences privées

Au service d'urgence public, les jeunes bénéficiant de la CMU cumulés à ceux n'ayant aucune couverture sanitaire, représentent 25,8% alors que ce chiffre tombe à 2,6% à la clinique. Le constat est donc sans appel, la situation des jeunes des urgences publiques au regard de la couverture sanitaire fait apparaître leur plus grande précarité sociale comparée à ceux de la clinique. On peut penser qu'en passant du régime scolaire à l'activité professionnelle, les jeunes interrogés au service d'urgence public auraient perdu les avantages associés au statut d'étudiant et le bénéfice de la mutuelle de leur parent.

Néanmoins, les jeunes sans couverture complète et plus précisément, ceux qui bénéficient d'une simple assurance (sans complémentaire) sont présents au service d'urgence privé (5,2%) et ce, dans une proportion un peu supérieure aux jeunes du public (3,2%).

Comment expliquer ce chiffre *a priori* paradoxal ? Pour répondre à cette question, nous avons repris un à un les questionnaires de ces jeunes interrogés à la clinique et saisi toutes les informations relatives à leur venue¹⁵¹ :

- « - Apprentis (en contrat de professionnalisation), ouvriers, lombalgie, ambulance privée. Orienté par le SAMU, pris en charge sur le lieu de travail situé au sud de la ville. Il est reparti 2h30 après son arrivée, il ne voulait pas payer le taxi. Le personnel pense qu'il voulait juste avoir une semaine d'arrêt de travail pour un soit-disant accident de travail.
- Ouvrier. Activité professionnelle à temps partiel. Adressé par SOS Médecins, il se rend dans le service en voiture particulière. Suspicion de pyélonéphrite. »

Ces données confirment les analyses formulées précédemment concernant les critères de sélection des patients à l'entrée des urgences privées : dans les deux cas, les patients résident ou travaillent dans l'aire de recrutement de la clinique et surtout, ils souffrent de pathologies

¹⁵¹ Deux jeunes sont concernés. Au service d'urgence public, un seul patient bénéficie d'une assurance simple. Il s'agit d'une jeune au chômage venue d'elle-même après avoir appelé SOS Médecins, sang dans les selles depuis 3 jours.

médico-chirurgicales. Les patients souffrant de troubles psychologiques sont, en effet, immédiatement réorientés vers le CHU comme le confirme cette anecdote :

« - Jeune de 15-25 ans, ouvrier au chômage. Il est allé voir son médecin généraliste à son cabinet le jour même. C'est son médecin traitant qui l'envoie. Ce jeune a un problème psychologique en plus du problème médical, le médecin décide donc d'appeler une ambulance privée pour le rediriger vers les urgences du CHU¹⁵². »

L'étude du motif de la venue des patients dans les deux services confirme l'existence de ces pratiques de sélection/réorientation à la clinique :

Tableau 18 : Motif de venue des jeunes selon leur destination en %

	Médico-chirurgical	Médico-social	Médico-psychologique	Total
15-25 ans Public	71	3,2	25,8	100
15-25 ans Privé	94,8	2,6	2,6	100

Champ : Jeunes de 15-25 ans

Population : 31 aux urgences publiques et 38 aux urgences privées

Les jeunes orientés vers le service d'urgence public souffrent beaucoup plus souvent d'un problème médico-psychologique que leurs homologues de la clinique (25,8% *versus* 2,6%).

Au service d'urgence privé, le patient atteint d'un problème psychologique¹⁵³ a fait l'objet d'une réorientation « passive » : il a été admis dans le service mais il est reparti sans soin. Le jeune relevant d'une problématique médico-sociale est un peu alcoolisé et se plaint d'une douleur dorsale consécutive à l'agression, dit-il, d'une bande de jeunes. Il a dû attendre quelques heures avant d'être vu par un médecin, la stratégie de mise en attente n'ayant pas fonctionné. Enfin, les pathologies médico-chirurgicales prises en charge dans ce service sont toutes ciblées c'est-à-dire uniques et claires¹⁵⁴. J'ai été notamment très surprise de voir arriver, au quotidien, de nombreux jeunes souffrant de l'appendicite (17 sur 38 soit près de 45%), une pathologie réputée pour être rentable :

« Le secteur hospitalier privé a articulé l'essentiel de son activité autour d'un pôle : la chirurgie. Au-delà des missions différentes des deux secteurs (public et privé), des raisons d'ordre économique expliquent ce choix: les actes chirurgicaux sont financièrement plus intéressants que les actes médicaux pour le secteur privé (...). Les établissements privés soignent en premier lieu des pathologies de faible gravité¹⁵⁵, qui n'impliquent que des hospitalisations de courte durée : la durée moyenne de séjour est moindre dans le secteur privé (4,8 jours contre 7,6 en CHR) (...). Le secteur privé soigne 65% des appendicites estimées en France. Une telle fréquence de la prise en charge de

¹⁵² N'ayant pas été admis dans le service, ce patient n'a pas été comptabilisé dans cette enquête.

¹⁵³ « Ne se sent pas bien depuis ce matin, il n'est pas trop capable de dire ce qui l'amène, l'infirmière pense que c'est un psy ».

¹⁵⁴ Il s'agissait pour la plupart d'une suspicion d'appendicite, d'abcès, de suspicions de pyélonéphrite, de douleurs abdominales/bilan épigastrique.

¹⁵⁵ Par exemple, le secteur privé traite 65% des appendicites estimées en France.

cette pathologie conduit forcément à une standardisation (et réciproquement). La durée de séjour à l'hôpital en est diminuée¹⁵⁶. »

Ces patients étant jeunes, les opérations d'appendicites s'annoncent sans complication. Les opérés repartent ainsi très vite chez eux ce qui est rentable pour les chirurgiens de la clinique.

Les pathologies médico-chirurgicales des jeunes adressés au service d'urgence public sont quant à elles, beaucoup plus variées : crises épileptiques, allergie à un médicament, asthénie sévère, comas éthyliques, appendicite (2), trépanocytose, choc anaphylactique, colique néphrétique, problèmes respiratoires, crise d'asthme, de tétanie, malaises au travail ou sur la voie publique, douleur thoracique, etc... La plupart de ces maux ne nécessitent pas d'opération chirurgicale et ne sont pas particulièrement rentables. Enfin, l'alcool et les malaises en tout genre sont fréquents parmi les jeunes patients du CHU ce qui se traduit d'ailleurs, dans les caractéristiques de leur mode d'arrivée dans ce service : sur tous les jeunes de 15-25 ans interrogés aux urgences publiques 25,8% sont arrivés en voiture particulière, 16,2% à pied et transport en commun, 3,2% accompagnés de la police, 19,3% en ambulance privée, 32,3% avec les Sapeurs-Pompiers et 3,2% avec un brancardier de l'hôpital ; aux urgences privées, les jeunes arrivent moins souvent au moyen d'une ambulance qu'elle soit privée (2,7%) ou publique (5,6%). Parallèlement, 86,1% d'entre eux sont arrivés en voiture particulière et 5,6% à pied ou en transport en commun.

Au terme de cette analyse consacrée aux « jeunes », on peut affirmer que l'hypothèse de départ est validée. Les profils socio-pathologiques des patients de « 15-25 ans » adressés dans les deux services sont très distinctes, les jeunes interrogés aux urgences publiques apparaissant beaucoup plus précaires et souffrant davantage de pathologies médico-psychologiques que leurs homologues du privé.

Toutefois, même si certains sont dans une relative précarité, il nous a semblé qu'aucun des jeunes interrogés au CHU n'était dans une situation de grande précarité : deux d'entre eux seulement étaient sans couverture sanitaire et ils avaient tous un logement, ils sont tous accompagnés et l'un d'entre eux travaille à temps plein. Un seul était sans domicile, il s'agissait d'une femme employée à temps plein et bénéficiant d'une couverture sanitaire complète. Il s'avère donc que les jeunes en grande situation de précarité sont absents de ces statistiques.

Selon Jean Péneff, certains jeunes ne consultent que rarement les urgences car d'une part, pour eux cette forme de consommation est coûteuse car ils n'ont pas de couverture sociale et même

¹⁵⁶ Guyomar C., *op. cit.* p. 15-16. Sur ce point, lire aussi Sainsaulieu I., *op. cit.*, p. 48 et p. 166-167.

s'ils en ont une, ils n'ont pas assez d'argent pour payer le ticket modérateur ; d'autre part, ils n'aiment pas se rendre aux services d'urgences hospitaliers car le type d'accueil et la présence fréquente de la police les rebutent. Ces jeunes, il les a rencontrés dans les associations caritatives qui dispensent également des soins d'urgence telles Médecins du monde.

Ce constat d'absence des profils de patients les plus précaires vaut aussi pour les patients adultes rencontrés au service d'urgence public. Les tris croisés révèlent que la plupart des sans-domicile bénéficient d'une couverture sanitaire (assurance maladie simple, CMU) et du statut de chômeurs. Ils sont suivis par le CCAS ou bien sont hébergés chez un(e) ami(e). De même, les personnes bénéficiant de l'AME¹⁵⁷ ont toutes un logement et l'une d'entre elles, travaille en tant que cadre intérimaire. Enfin, le seul patient adulte sans aucune couverture sanitaire¹⁵⁸ est certes, sans domicile mais il réside chez un ami. Ne pouvant joindre son médecin traitant, il a appelé SOS Médecins qui l'a orienté dans le service via une ambulance privée. Il bénéficie par ailleurs du statut de chômeur.

Ces patients ne sont donc pas complètement en dehors du « système », ils sont entourés et restent intégrés dans le circuit hospitalier. Il convient également de souligner qu'aucun des étrangers rencontrés dans cette enquête¹⁵⁹ n'était en situation irrégulière. Ils ont, en outre, pour la grande majorité d'entre eux, un logement (2 SDF), une couverture sanitaire (un seul sans couverture mais il travaille à temps plein) et pour certains, un travail à temps plein (3). Aussi, à l'instar de Dodier N., et Camus A., on s'étonne ici du décalage entre l'ampleur des débats concernant la précarité aux urgences et le faible poids statistique de ces cas dans les résultats de notre enquête¹⁶⁰.

De même, dans la lignée des travaux de Didier Fassin et son équipe, ces résultats montrent qu'il n'existe aucun lien de causalité entre grande pauvreté/précarité et engorgement des services d'urgence :

« L'idée que les pauvres consultent plutôt à l'hôpital public que dans le secteur privé, qu'ils relèvent plus facilement des soins non programmés que de consultations sur rendez-vous, qu'au fond ils sont largement à l'origine de l'accroissement de l'activité des services d'urgences, idée profondément

¹⁵⁷ Les patients bénéficiaires de l'AME représentent 3 patients soit 1,4% de l'ensemble des questionnaires passés aux urgences publiques. Aux urgences privées, aucun n'est bénéficiaire de l'AME.

¹⁵⁸ Au service d'urgence public, trois patients soit 1,4% de notre échantillon n'ont aucune couverture sanitaire : deux jeunes et un adulte. Aucun patient n'est dans ce cas aux urgences privées.

¹⁵⁹ 15 aux urgences publiques soit 7% de l'échantillon et un 2 aux urgences privées (0,8%).

¹⁶⁰ Dodier N., Camus A., « L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'hôpital. Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales », Centre de Recherche Médecine, Maladie et Sciences Sociales, Rapport pour le Ministère de l'Équipement, des Transports et du Tourisme (Plan Urbain), et pour le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 1994, p. 27.

ancrée dans le sens commun aussi bien que dans les commentaires d'experts, on ne peut la prendre pour argent comptant. C'est donc bien cette problématique liaison urgence et précarité que l'on doit examiner à la lumière de la présente étude¹⁶¹. »

Ces patients étrangers en situation irrégulière et/ou sans couverture sanitaire, sans logement, sans travail, nous les avons rencontrés dans un autre circuit d'accès aux soins d'urgence, celui de l'assistance sociomédicale¹⁶². C'est à cette quatrième et dernière filière d'accès aux soins d'urgence que nous allons consacrer la conclusion de ce chapitre.

¹⁶¹ Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., et *al.*, *op. cit.*, p. 18.

¹⁶² Parizot I., *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, PUF, Collection « Le lien social », Paris, 2003.

CONCLUSION

« Recenser les absents (puissants ou faibles) qui restent en coulisses, ou se retirent de la scène, oblige souvent à ouvrir plusieurs sites en parallèle pour ne pas rester prisonnier de la localisation particulière étudiée¹⁶³ »

L'existence de cette quatrième filière de soins d'urgence m'est apparue pour la première fois, au cours d'un transport réalisé en ambulance quelques mois avant la réalisation de l'enquête statistique :

Journal de terrain, ambulance 6/02/2007.

Nous sommes aux urgences, on nous demande de nous rendre dans un immeuble situé à deux pas du service pour une autre intervention. Je découvre les lieux. Plusieurs administrations siègent dans ce bâtiment : un CAPS, une PASS, un centre de dépistage, un centre de vaccination pour les « voyageurs, etc... La dame qui nous accueille est aimable, elle nous informe que cela fait deux fois aujourd'hui qu'elle fait déplacer une ambulance pour emmener quelqu'un aux urgences. Elle a appelé le « garage » (les ambulanciers hospitaliers) car c'est à lui qu'est généralement confié ce type de transport. Ne pouvant l'effectuer, le « garage » a appelé notre entreprise. Puis, elle nous dirige vers la PASS. Nous arrivons dans ce qui ressemble fort à un bureau de consultation médical traditionnel. Une jeune femme est assise derrière un bureau. Quand elle se lève, je lis l'étiquette de sa blouse blanche et je découvre qu'elle est interne en médecine. Son patient est un jeune noir d'environ 30 ans, il se tord de douleur à cause d'une hernie. Il a attendu toute la journée avant d'être ausculté car il n'avait pas pris rendez-vous. L'interne s'adresse à lui : « La prochaine fois, prenez un rendez-vous et on verra toutes les autres choses. Sauf si c'est une urgence, alors là vous pouvez venir directement ! ».

Une fois installé dans l'ambulance, je lui demande depuis combien de temps il a mal et s'il sait d'où proviennent ces douleurs. Il commence alors à me raconter son histoire : il est Guinéen, arrivé en France depuis le 15 janvier 2007. Ce sont les militaires en Guinée qui l'ont blessé : « On faisait une grève pacifique pour changer les choses et ils nous ont frappés puis emmenés en prison ». Un de ses oncles, une des personnalités les plus importantes du pays, est parvenu à le faire sortir de prison à 3h00 du matin et à s'arranger avec un commerçant pour le faire sortir du pays : « Il est méchant le commerçant » me dit-il, parce qu'il l'a

¹⁶³ Péneff J., Becker H., *Le goût de l'observation : comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2009, p. 141.

laissé en France sans rien lui expliquer. Aux urgences, il était attendu, l'admission était déjà faite, il a été pris en charge directement.

La Pass apparaît ici comme une filière hospitalière d'accès aux soins d'urgence conçue et réservée à des patients très précaires comme le confirme les résultats d'une thèse de doctorat de médecine consacrée à l'étude des caractéristiques des patients de cette Pass¹⁶⁴. Cette enquête révèle que parmi les 208 « primo-consultants » interrogés, 75% étaient de nationalité étrangère, le dispositif apparaissant comme un circuit privilégié d'accès aux soins pour ces populations¹⁶⁵. Par ailleurs, 51% des patients interrogés n'avaient aucune couverture sanitaire, 13,5% bénéficiaient de la CMU/CMUC et 16,8% de l'AME¹⁶⁶. Aussi, la PASS semble destinée à accueillir, plus généralement, les patients en grande précarité comme en témoigne l'anecdote suivant :

« Service des urgences du CHU. Un homme alcoolique arrive. Il est visiblement SDF. Au comportement du personnel vis-à-vis de ce patient, je comprends rapidement qu'il s'agit d'un habitué des lieux. Il erre dans la salle où se trouvent les brancards. L'infirmier s'adresse à lui : « Allez au PASS ». Le SDF semble connaître cette structure, ce n'est pas la première fois qu'on le réoriente ainsi¹⁶⁷. »

Le personnel des urgences a manifestement pour consigne de réorienter vers la PASS, les profils de patients les plus précaires qu'ils soient étrangers en situation irrégulière ou sans domicile :

« La première nuit, un jeune homme SDF, bien connu du service arrive à l'accueil. Il se plaint de douleurs dorsales « pour pouvoir dormir aux urgences », selon l'infirmière. Dans le doute, elle fait son admission et, peu de temps après, voyant qu'il s'est endormi, elle nous dit: « Je crois que je me suis faite avoir. Merci le 115 ! ». J'apprends alors que c'est le 115 qui a dirigé le jeune homme vers les urgences faute de lui trouver une place pour la nuit. Après quelques heures, j'interroge ce jeune homme qui me confirme être venu plusieurs fois aux urgences pour des raisons psychologiques ou pour ivresse. Il connaît bien les lieux et ce qu'il faut dire pour être admis. Plus tard, l'infirmière m'expliquera qu'il s'est plaint de douleurs abdos. Elle lui a alors conseillé d'aller voir un médecin et

¹⁶⁴ Ce dispositif a ouvert ses portes en novembre 1999 soit à peine un an après la publication de la circulaire du 17 décembre 1998 qui entérine le nouvel article L711-7-1 du code de la santé publique selon lequel : « les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place les Permanences d'Accès aux Soins de Santé [...] visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits », Peslin N. et al. , « Evaluation d'une nouvelle offre de soins: la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes », S.F.S.P., *Santé Publique*, 2001/4, Vol. 13, p. 350.

¹⁶⁵ Une psychologue travaillant au CHU, enquêtée dans un centre médico-psychologique et une unité de psychiatrie explique que très peu de professionnels connaissent la PASS qui est aujourd'hui un dispositif vers lequel on envoie beaucoup de migrants souffrant de problèmes psy, Elle ajoute que la PASS s'en plaint et les réoriente ensuite vers le service de psychiatrie du CHU. A ce propos, certains auteurs ont montré en effet que l'instauration de la CMU a provoqué un changement de population dans ces dispositifs qui, aujourd'hui, ne voient plus que des étrangers en situation irrégulière mal informés de leurs droits et moins bien couverts par l'AME. Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., « La question sociale à l'hôpital. Urgences et précarité en Seine-Saint-Denis », CRESPI, Juin 2001.

¹⁶⁶ 16,8% ont une sécurité sociale sans couverture complémentaire (CPAM) ; 1,9% ont une sécurité sociale et une couverture complémentaire (CPAM+CC). Cette thèse a été soutenue en 2004.

¹⁶⁷ Journal de terrain, ambulance, février 2006.

ce dernier s'est alors plaint de douleurs abdos : « il a prétexté une douleur à la vésicule. Je me suis faite avoir. J'aurai dû le diriger vers la PASS¹⁶⁸. »

Dès lors, la quasi-absence de ce profil de patients parmi mes enquêtés trouve son origine dans leur réorientation systématique vers une filière restée longtemps invisible dans cette enquête. En tant qu'ambulancière, je ne me suis rendue en effet qu'une seule fois à la PASS car les transports de ces patients vers le service d'urgence public sont dévolus au « garage », c'est-à-dire aux ambulanciers hospitaliers¹⁶⁹. Cette organisation intra-hospitalière du transfert de ces patients de la PASS vers le service d'urgence rend, à notre sens, cette filière invisible pour la majorité des professionnels¹⁷⁰ et plus largement, pour la population :

« Le processus qui conduit à rendre les précaires invisibles ne s'oppose pas à celui de disqualification sociale et contribue même à l'enrichir conceptuellement. La façon dont les pouvoirs publics cherchent à refouler les précaires vers les marges de l'espace public, là où ils ne risquent pas de nuire aux autres couches sociales, me semble être au cœur des régulations contemporaines de la précarité et de la pauvreté [...]. Le traitement catégoriel des précaires dans des institutions spécialisées est également une façon de les faire sortir des services publics ordinaires et de rechercher la paix sociale sans eux. Entre processus d'invisibilité sociale et processus de disqualification sociale, n'est-ce pas, au fond, la même question que l'on traite?¹⁷¹ »

Cette invisibilité contraste avec l'abondante littérature sociologique consacrée à ce sujet¹⁷² que j'ai ignorée, dans un premier temps, mon attention restant centrée sur la question des urgences. Or, il est apparu au cours de l'enquête que les patients accueillis dans ces dispositifs recevaient également des soins d'urgences, la gravité de leurs maux étant bien souvent, aussi importante voire plus que celle des patients empruntant les filières « officielles » de soins d'urgence.

¹⁶⁸ Cette anecdote a été recueillie à l'occasion du volet nuit de l'enquête menée aux urgences publiques qui n'a pas été exploitée dans ce chapitre (extrait de carnet, juin 2007, enquête nuit).

¹⁶⁹ Sauf s'ils ne sont pas disponibles mais d'après mon expérience ces cas restent rares.

¹⁷⁰ En décembre 2013, une psychologue d'une cinquantaine d'années travaillant en centre hospitalier dans le département de la Vendée m'affirme, au détour d'une conversation, n'avoir jamais entendu parler de la PASS. Ce constat d'ignorance des professionnels est partagé par d'autres auteurs : Kotobi L., Lénard C., « Accès aux soins et parcours d'un patient », p. 238-240.

¹⁷¹ Paugam S. et al., « Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie », *Sociologie*, 2011/4, Vol.2, p.425.

¹⁷² Menoret-Calles B., *L'accès aux soins des populations démunies*, Editions Broché, 1997; Parizot I., « Soigner les Pauvres. Rapports sociaux et identités dans les associations humanitaires et le secteur hospitalier », Thèse de sociologie, sous la direction de Serge Paugam, Institut d'études politiques, Paris, 2000; Chauvin P., Parizot I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Editions Inserm, Paris, 2005 ; Carde E., « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane française », Thèse de sociologie de la santé, sous la direction de Fassin D., Université Paris XI, 2006, etc.

« S'il faut attendre d'être prêt à mourir pour pouvoir être soigné,
c'est quand même un petit peu dommage »¹⁷³.
Médecin à MDM

C'est une pensée similaire qui m'est venue à l'esprit face à la mésaventure de ce patient Guinéen. Il est en effet « dommage(able) » que cet homme ait du atteindre un tel seuil de douleur pour être enfin conduit vers le service d'urgence du CHU. Comment ce patient a-t-il eu connaissance de la PASS ? Qui l'a orienté vers ce dispositif ? Quelles structures composent cette filière d'assistance sociomédicale ?

Il se trouve qu'une association Médecin du Monde est implantée à mi-chemin des deux services enquêtés dans cette recherche et donc, à proximité également de la PASS¹⁷⁴. Les bassins de recrutement étant les mêmes, je me suis procurée le rapport 2007 de cette association afin de comparer les profils de leurs patients enquêtés, avec ceux des services d'urgence.

L'introduction du bilan d'activité 2005 de ce centre Médecin du Monde, nous enseigne dans un premier temps que cette association prend en charge des populations considérées comme indésirables par la PASS du CHU¹⁷⁵ :

« L'accès aux soins des plus démunis est assuré par : la PASS au CHU, tous les jours, avec prise en charge sociale pour ceux qui ont des droits ouvrables ; la consultation du CASO à MDM pour les personnes sans droits ouverts, ou ceux qui méconnaissent leurs droits [...]. La PASS de l'hôpital n'accueillant pas les personnes sans couverture sociale, elles sont renvoyées au CASO¹⁷⁶. »

Lorsqu'on s'intéresse ensuite aux profils de patients soignés dans cette association, les résultats témoignent d'une grande précarité de leur public : la proportion de personnes étrangères est de 80% contre 7% dans le service d'urgence public enquêté¹⁷⁷ ; 63% des patients sont sans logement et 62,1% sans travail ; parmi les patients éligibles à la couverture maladie de base, 21,5%

¹⁷³ Le 28/03/2007, Emission « L'arène de France ». Thème: Faut-il être riche pour être mieux soigné ?

¹⁷⁴ Ce centre de consultations destiné aux « plus démunis » a ouvert ses portes en 1986, « dans un contexte de difficultés économiques qui restent d'actualité aujourd'hui », peut-on lire dans son bilan d'activité pour l'année 2005.

¹⁷⁵ De la même façon, Isabelle Parizot a observé des différences entre les populations pris en charge par MDM et le « dispositif Hugo » (hospitalier) : « L'emplacement géographique, les modes de recrutement des centres et leur façade institutionnelle influent sur la composition de leur clientèle [...] », Parizot I., *Soigner les exclus : identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, PUF, 2003, p. 275-276.

¹⁷⁶ Bilan d'activité 2005 pour l'association Médecin du monde de la ville enquêtée, p. 2-15.

¹⁷⁷ Les auteurs d'études consacrées à « l'accès aux soins des migrants » (Carde E., Fassin D., D'Halluin E., Rode A., etc) s'accordent d'ailleurs pour constater l'augmentation de la proportion d'étrangers sans papiers dans les centres de soins associatifs depuis la publication successive de différentes lois visant à restreindre progressivement l'accès à la protection sociale des étrangers en situation irrégulière : « En France, les réaménagements qui sont intervenus depuis 1993, et surtout depuis 2003, ont eu pour conséquence d'accroître le nombre des personnes sans-papiers reçues dans les consultations de soins gratuits des associations ou des ONG : par exemple, la mission France de MDM a reçu 90,2% des patients étrangers en 2009 contre 78,3% en 2000 », Hoyez A-C., « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Espace, Société, Territoire*, n°566, 2011, p. 4-5.

n'avaient pas de droits ouverts, ce chiffre montant à 33,3% pour la couverture complémentaire ; enfin, le taux de « non recours »¹⁷⁸ à l'AME s'élève à 74,3% et la principale pathologie rencontrée par les professionnels de ce centre est de type médico-psychologique (névroses post-traumatiques, dépressions, troubles psychiatriques en particulier chez les migrants).

Les professionnels de ce centre MDM soulignent également la difficulté de réorienter ces patients vers le dispositif de droit commun :

« L'orientation des personnes vers les dispositifs du droit commun, spécialement du secteur psychiatrique, est souvent très difficile du fait de la saturation du dispositif et d'insuffisance de moyens à leur disposition pour accueillir les patients que nous rencontrons (spécialement les migrants et/ou de surcroît non francophones)¹⁷⁹. »

Ainsi, l'hôpital semble éviter de plus en plus aujourd'hui, les patients les plus précaires qui se trouvent réorientés vers la filière « d'assistance sociomédicale » :

« Les acteurs hospitaliers revendiquent volontiers la tradition humaniste que l'hôpital, quoiqu'on en dise, n'a jamais perdu de vue. Mais les impératifs de maîtrise des dépenses de santé tendent à le placer au second plan, faute d'outils d'évaluation pertinents. En effet, les pauvres échappent au « groupes homogènes de malades » qui sont la base des calculs des programmes médicalisés de système d'information (PMSI) à partir desquels sont établis les indices synthétiques d'activités, les fameux points ISA justifiant les dotations budgétaires. Les outils hospitaliers de mesure de l'activité cernent mal les activités de prise en charge induites par les populations précaires alors que l'enjeu financier n'est pas négligeable.¹⁸⁰ »

Ces pratiques de réorientation et/ou de refus sont, plus largement, le fait des médecins dans leur ensemble qu'ils soient hospitaliers ou libéraux comme l'ont montré les multiples enquêtes consacrées, depuis quelques années, au « refus de soins »¹⁸¹.

Toutefois, l'analyse de ce phénomène ne doit pas faire l'économie d'une réflexion sur la part d'initiative qui revient à ces patients. La présence quasi permanente de la police aux urgences du

¹⁷⁸ Telle que cette notion est définie par l'ODENORE (Observatoire des non-recours aux droits et services) créé en 2003 : « A l'origine, la question du non-recours renvoie à toute personne éligible à une prestation sociale, qui – en tout état de cause – ne la perçoit pas. Son approche s'élargit aujourd'hui à une diversité de domaines d'intervention. Entre non-connaissance, non-réception et non-demande, les situations de non-recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation », <http://odenore.msh-alpes.fr>.

¹⁷⁹ Médecin du monde, *op. cit.*, p. 24.

¹⁸⁰ F-X Schweyer, « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », in Cresson G., Schweyer F-X., *op. cit.*, p.39.

¹⁸¹ « Les portes se ferment trop souvent devant les porteurs de la CMU, et encore plus devant les bénéficiaires de l'AME », souligne Médecins du Monde (MDM), dans son rapport sur l'accès aux soins des plus démunis, publié le 17 octobre. Selon MDM qui a procédé à une enquête téléphonique auprès de 725 généralistes dans 10 villes de France, près de 4 médecins sur 10 refusent les soins pour les bénéficiaires de l'AME contre 1 sur 10 pour ceux de la CMU. Les médecins du secteur 2 (honoraires libres) refoulent deux fois plus souvent les sans papiers - 59% d'entre eux refusent les soins contre 34% des médecins en secteur 1 (honoraires conventionnés). « Cela est d'autant plus scandaleux que ces patients sont dans une situation de très grande fragilité, avec des besoins médicaux lourds, comme des maladies infectieuses », dénonce le docteur Mady Denantes, de MDM ».

CHU dissuade en effet les patients en situation irrégulière de recourir à ce service quand bien même, il n'est pas dans les moeurs du personnel de collaborer avec la police¹⁸². Ainsi, comme l'ont également repéré d'autres auteurs, ces patients précaires sont certes écartés du circuit de droit commun mais ils s'en écartent aussi, parfois d'eux-mêmes, préférant soit consulter dans des lieux plus adaptés à leur profil ou bien, ne pas recourir aux soins¹⁸³ :

« Les patients des centres humanitaires ont en effet conscience qu'ils consultent dans une structure spécifique aux pauvres, en marge du système sanitaire. Ils sont conscients également qu'ils n'accèdent à la médecine que grâce à la bonne volonté (des bénévoles des associations). Ceci peut donc renforcer le sentiment d'être exclus des institutions publiques alors même que les certaines personnes concernées ont précisément besoin de retrouver une appartenance citoyenne au travers de la fréquentation de structures de droit commun¹⁸⁴ ».

Ces travaux présentent l'intérêt de sortir d'une lecture du problème de l'accès aux soins en termes financiers, pour une approche multidimensionnelle. Les auteurs repèrent notamment les « barrières psychologiques » (isolement, mal-être, dévalorisation de soi, estime de soi, etc...) qui conduisent certains individus à porter peu d'intérêt à leur corps (« anesthésie ») et à retarder voire à renoncer aux soins, quelle que soit leur situation au regard de leurs droits. Ces barrières d'ordre psychologiques sont aussi, précisent-ils, le fait de certains professionnels réticents (par manque d'information et de formation) à prendre en charge les soins de ces populations.

Ces études rendent également compte des obstacles institutionnels à l'accès aux soins liés à la complexité du système médico-social (éclatement des compétences, cloisonnement des administrations, multiplicité des dispositifs) qui rend difficile l'identification de leurs droits par les populations défavorisées¹⁸⁵.

¹⁸² Les auteurs de l'Irdes remarquent des « logiques de défiance » de ces populations précaires vis-à-vis des personnels de santé: Collet M., Menahem G., Pris V., Picard H., « Précarité, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits », *Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé*, n°63, janvier 2003, p. 4.

¹⁸³ Chauvin P, Parizot I, Lebas J. « Etat de santé, recours aux soins et modes de fréquentation des personnes en situation précaire consultant les centres de soins gratuits : le projet Précar. » in Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, dir., *Précarisation, risques et santé*. Paris, Editions Inserm, 2001, p. 99-117. Ces recherches proposent une approche plus globale en termes de « déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins ». Les auteurs portent leur attention sur les caractéristiques comportementales des individus, leurs représentations de la santé et de la maladie, la hiérarchisation des besoins de santé par rapport aux autres besoins, etc... Ces déterminants renvoient également aux caractéristiques « psychosociales » des individus comme l'estime de soi, les capacités individuelles d'adaptation (coping), etc...

¹⁸⁴ Parizot I., « Recours aux soins et création de lien social », *ibid.*, p. 80.

¹⁸⁵ A l'appui de ces résultats, Philippe Warin et Catherine Chauvaud, fondateurs de l'ODENORE, mènent des travaux qui renseignent simultanément sur la complexité du phénomène de « non-recours » aux soins, définie comme « toute personne éligible à une prestation et qui ne la reçoit pas, quelle que soit la raison » (Warin P., 2006). Ce phénomène ne concerne pas uniquement les plus pauvres mais une part importante de la population exposée à l'« insécurité sociale » (Castel R., 2003), qui sans être pauvre à proprement parler, vit en permanence sur le « fil du rasoir ».

De fait, la filière d'assistance s'est donc progressivement institutionnalisée alors que l'objectif de départ, affiché tout du moins par ses initiateurs, était de dénoncer la discrimination de ces populations en matière d'accès au soin pour disparaître ensuite, le plus rapidement possible du paysage sanitaire¹⁸⁶. De même, la création des PASS visait à faciliter l'accès aux soins des populations précaires, dans un premier temps, pour les remettre ensuite dans le circuit de droit commun.

A cet égard, les résultats sont décevants en témoignent les nombreuses études financées sur ce sujet à partir du milieu des années 1990¹⁸⁷ dont l'existence traduit la persistance de ce problème public qui reste, en effet, en bonne place sur l'agenda du Ministère de la Santé en dépit des multiples mesures prises, au cours des 30 dernières années, pour le résoudre¹⁸⁸. Devant l'échec de ces politiques, MDM attire chaque année, à l'occasion de son rapport annuel, l'attention des pouvoirs publics sur le nombre croissant de patients qui arrivent dans ses centres et dont une part importante se soigne trop tardivement pour des pathologies bien souvent graves (diabète, hypertension artérielle, troubles psychiques)¹⁸⁹. Cette tendance au renforcement de la filière d'assistance sociomédicale s'est encore confirmée récemment avec la publication du rapport sur « l'accès aux soins des plus démunis » remis, le 12 décembre 2013, au premier ministre. Son auteure, Aline Archambault, sénatrice de Seine-Saint-Denis, propose « d'expérimenter » d'autres PASS dans 5 villes d'Ile de France à partir du 1er janvier. Or, il nous semble au regard des données de terrain, qu'une telle mesure qui vise à multiplier ces dispositifs, est contre-productive comme l'énoncent également d'autres auteurs :

« Les dispositifs de prise en charge de la précarité opèrent comme révélateurs des dysfonctionnements du système de soins et de protection sociale. L'existence même des dispositifs

¹⁸⁶ On a évoqué Médecins du monde mais il existe également d'autres dispositifs du même ordre. Les créateurs de l'association Médecins Solidarité Lille notaient, par exemple, en 2011 qu'ils avaient soigné plus de 22000 personnes depuis la naissance de l'association (1996). Dans le domaine de l'urgence sociale, on peut aussi citer les restaurants du coeur qui avait, selon les volontés de son fondateur Coluche, vocation à disparaître et non pas à se pérenniser.

¹⁸⁷ La bibliographie sur ce sujet est en effet particulièrement dense à compter de la fin des années 1990, l'Inserm ayant fortement encouragé les recherches sur les rapports entre situations sociales et santé. Ces études ont emprunté deux voies principales : « Inégalités sociales de santé » et Santé/précarité. C'est la seconde qui nous intéresse davantage ici. Sans être exhaustif, parmi ces travaux nous pouvons citer : Menoret Calles, *op. cit.* ; Berthod-Wurmser, « Inégalités, précarité : vers une nouvelle approche de la connaissance », in Les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002, Paris, La Documentation Française, 2002, p. 497-498 ; D'Halluin Estelle, Hoyez Anne-Cécile, « L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants. » *Humanitaire*, 33, 2012, p. 38-47; etc.

¹⁸⁸ A ce propos, les travaux de Caroline Desprès montrent l'échec des objectifs du dispositif de la CMU dans la résolution du problème de l'accès aux soins. Sur ce point, voir aussi, Grignon M., « L'expérience de la couverture médicale universelle : que peut-on apprendre sur la segmentation dans les politiques sociales? », *Sciences Sociales et Santé*, Volume 23, n°4, 2005, p. 111-120.

¹⁸⁹ Le Point.fr, « Médecins du monde dénonce un « krach sanitaire » en France », publié le 13/10/2011; La Croix.com, « Docteur Olivier Bernard: Nous craignons de glisser vers une crise humanitaire en 2012 », publié le 13/10/2011.

de prise en charge de la précarité est problématique. Elle met en évidence que, dans un système où la protection sociale est censée couvrir la quasi-totalité de la population et appelée à se généraliser en droit à travers une couverture médicale universelle, un nombre significatif de patients ne peut accéder ni aux praticiens libéraux ni au système hospitalier. En ce qui concerne les premiers, le refus de soigner les malades à l'aide médicale est de plus en plus fréquent, de l'aveu même des intéressés, et la méconnaissance des circuits de l'aide sociale rend difficile l'orientation vers des structures adéquates, des enquêtes menées par ailleurs ayant révélé que les plupart des médecins ne connaissaient pas l'existence des CCAS. Pour ce qui est du second, la doctrine consistant à dire que toute personne qui se présente à l'hôpital y est soignée se heurte à une triple limite: sélection plus ou moins active au guichet; facturation immédiate ou différée qui s'avère souvent rédhitoire pour les malades; enfin, non vérification de la capacité des patients à acheter leurs médicaments. Probablement, les réticences des acteurs tant libéraux qu'hospitaliers à l'égard des dispositifs de prise en charge de la précarité s'expliquent-elles en partie par leur difficulté à accepter l'image d'eux-mêmes qu'elles leur renvoient.

Dans cette mesure, loin d'être, comme certains analystes le suggèrent, le signe d'une redécouverte par l'hôpital public de ses missions traditionnelles d'accueil des plus pauvres, la création des dispositifs de prise en charge de la précarité et, à court terme, leur généralisation dans le cadre de la loi sur l'exclusion sous la forme de PASS offrent au contraire la démonstration de son incapacité à traiter de manière ordinaire les personnes en difficulté sociale et économique¹⁹⁰. »

Dans la lignée de ces travaux sociologiques, il nous apparaît regrettable de multiplier ces dispositifs d'assistance et d'institutionnaliser ainsi une filière qui ne fait qu'enraciner ces patients dans une filière « pauvreté (hôpital, ONG, associations)¹⁹¹ » et créer progressivement, un « phénomène de ghetto »¹⁹²:

« Les dispositifs de lutte contre la pauvreté sont souvent accusés d'entretenir l'oisiveté des « privilégiés » qui en bénéficient. Non seulement il est scandaleux de présenter les plus vulnérables comme des paresseux, mais l'assistance ne saurait être confondue avec l'État social. Au contraire, elle résulte de la décomposition de ses protections collectives. Son extension continue marque le passage du système de protections universalistes érigé après-guerre à des politiques ciblées, centrées sur la pauvreté et l'exclusion. Le développement de l'assistance, que la crise amplifie encore, est un choix de société non explicité et non assumé. Il conduit à un délitement progressif de la solidarité, à l'indifférence envers la pauvreté, mais aussi à un double mouvement de responsabilisation de l'individu, d'un côté, et de justification des inégalités, de l'autre. Ce livre vise à conjurer l'engrenage de la stigmatisation des assistés et du recours croissant à l'assistance dans lequel notre pays s'est engagé¹⁹³. »

Si ces auteurs invitent à une critique des pouvoirs publics, il convient également de ne pas oublier comme nous le rappelle, entre autre, Isabelle Parizot, que les professionnels des associations telles MDM ont également « intérêt à leur pérennisation »¹⁹⁴. Il existerait, en effet, une convergence d'intérêts entre les pouvoirs publics et les associations : les premiers (dans un souci d'économie) considèrent les seconds comme de « véritables opérateurs de politiques

¹⁹⁰ Fassin D., Couillot M-F., Vassy C., et al., p. 38-39.

¹⁹¹ Joubert M., « Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins », Revue Prévenir, "Inégalités, Santé, Excursions, 1995/28.

¹⁹² Lebas J, Chauvin P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998, 299 p.

¹⁹³ Nicolas Duvoux, *L'Autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*, PUF, 2009. Sur ce point, voir aussi, Paugam S., dir., *Repenser la solidarité : l'apport des sciences sociales*, PUF, 2011.

¹⁹⁴ Parizot I., *op. cit.*, p. 87-88.

publiques »¹⁹⁵ tandis que les seconds, par le biais des finances publiques, trouveraient là un moyen d'exister et de se pérenniser. Ainsi, en voulant corriger et/ou lutter contre les inégalités d'accès aux soins, toutes ces actions « humanitaires » aussi louables soient-elles, participeraient d'une certaine façon, à leur maintien.

¹⁹⁵ Hély M., Simonet M., *Le travail associatif*, Presses Universitaires de Paris Ouest, 2013.

CONCLUSION GENERALE

« Du système de santé français, on pourrait retenir la version flatteuse du rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en l'an 2000 (qui voudrait que la France ait «le meilleur système de santé du monde») tout en oubliant les réserves qui s'y trouvaient, notamment en matière d'équité. Pourtant, la France est marquée par de fortes inégalités sociales (et spatiales) de santé (HCSP, 2002)¹. »

1. L'URGENCE « MALADE DE SES MEDECINS² » ?

Dans l'un de ses nombreux travaux consacrés à l'accès aux soins, Pierre Lombrail, Professeur universitaire de santé publique, insiste sur l'importance de ne pas confondre « disparité sociale de recours aux soins » et « inégalités sociales d'accès aux soins » :

« L'ensemble de ces variations ne peuvent être en toute rigueur qualifiées d'inégalités. Une partie d'entre elles ne correspond pas nécessairement à des besoins de soins, ni même à une qualité de soins supérieure et il ne s'agit que de disparités. Il en est ainsi de la consommation de soins ambulatoires de spécialistes, dont on ne saurait affirmer que les résultats sanitaires sont, pour la prise en charge de certaines pathologies, préférables à des soins délivrés en médecine générale. Cette consommation semble être essentiellement la conséquence de la possibilité de libre choix par les patients du type de praticien qu'ils souhaitent consulter, libre choix qui est un des piliers de la médecine libérale française. Il semble donc utile de garder le terme de disparités de soins et de n'employer le terme d'inégalités que lorsque des besoins de soins ne sont pas suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques.³ »

Ainsi, entre la mise à jour de l'existence de filières d'urgences différenciées socialement et l'énonciation d'une « inégalité » sociale d'accès aux soins d'urgence, le pas ne peut être franchi ici qu'avec précaution. Encore faut-il en effet, démontrer que la « qualité » des soins dispensés diffère d'une filière à une autre.

L'appréhension et la définition de la « qualité » en santé varie du sociologue aux médecins : n'ayant pas ou peu de compétences en matière sanitaire, le sociologue porte son attention non pas sur les compétences médicales, à l'aune desquelles les médecins apprécient la qualité des soins dispensés par leurs confrères, mais sur d'autres indicateurs liés notamment à la structuration des lieux, aux interactions soignants-soignés et au temps qui nous intéresse plus particulièrement ici. Le temps est en effet reconnu par les médecins comme étant un facteur aggravant et/ou favorisant l'état de santé d'un patient⁴. Pour le désigner ici, nous avons employé le terme de

¹ Lombrail P., Pascal J., Lang T., « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé: Que sait-on de l'accès secondaire? », *Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2004, p. 62.

² En référence à l'ouvrage de Jean Péneff, *La France malade de ses médecins*, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2005. A travers ce livre, l'auteur propose de changer notre regard sur la médecine et la maladie.

³ Lombrail P., Pascal J., Lang T., *op. cit.*, p. 62-63.

⁴ « Définir l'urgence médicale comme « toute situation où l'absence de prise en charge rapide pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables » et bannir les notions de vraie et fausse

« vitesse » qui, rappelons-le, doit être entendu au sens propre : il s'agit bien de parler de temps chronologique et de délai d'accès aux soins d'urgence et non de la qualité des soins dispensés par les soignants dans les différentes filières. Or, à cet égard, on a pu repérer à de multiples reprises au cours de cette recherche que les patients accèdent plus ou moins rapidement aux soins spécialisés correspondant à leur état selon la filière d'urgence empruntée. Une sélection des patients est en effet organisée par la profession médicale et les établissements de soins sur la base de critères socio-pathologiques : certains patients sont orientés directement dans le service de spécialité adapté à leurs besoins de soins tandis que d'autres sont adressés au préalable, à un service d'urgence (public ou privé). Sur ce point, là encore, l'enquête ethnographique montre que l'accès aux soins de spécialité, appropriés à notre état de santé, sera plus rapide si l'on est adressé à un service d'urgence privé. Ce dernier sélectionne en effet les patients sur la base de critères médicaux et sociaux afin de recruter des malades correspondant aux attentes des services de spécialité. De fait, l'attente du patient aux urgences privées est réduite car le personnel, contrairement à la situation qui prévaut aux urgences publiques, parvient à les « vendre⁵ » rapidement aux services d'hospitalisation⁶. Enfin, pour une poignée de patients, l'accès aux soins de spécialité se fait au terme d'un long parcours : adressés en priorité aux structures caritatives, ils arrivent aux urgences dans un état de santé généralement dégradé avant de gagner, enfin, le service de spécialité.

Or, ces étapes qui jalonnent le parcours de soins constituent autant de « pertes de chance »⁷ pour le patient et sont le signe d'une qualité de prise en charge variable selon les filières. Ainsi, il

urgence », Source : « Les 1ères Assises de l'Urgence : Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ? Les urgentistes apportent leurs réponses aux questions du moment sur l'urgence médicale afin d'offrir aux patients des soins de qualité », SAMU-Urgences de France Paris, 13 septembre 2012, <http://www.samu-urgences-de-france.fr>, p. 5.

⁵ Camus A., Dodier N., « L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'hôpital. Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales », Rapport pour le plan urbain et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Paris, CERMES, GSPM, 1994, 141 p.

⁶ L'arrivée du patient au service d'urgence ne signe pas la fin de son parcours de soins d'urgence. Il convient, en effet, de distinguer les notions « d'accès primaire » et « d'accès secondaire » aux soins : « *Nous distinguerons, à la suite de certains auteurs anglo-saxons, l'« accès primaire », c'est-à-dire l'entrée dans le système de soins, de l'« accès secondaire », correspondant à la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact* », Lombrail P., Pascal J., « *Inégalités sociales de santé et accès aux soins* », *Les Tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, 2005/3, n°8, p. 34.

⁷ « *Aujourd'hui, si le poids des déterminants extérieurs au système de santé est bien documenté et paraît effectivement prépondérant, il est difficile d'évaluer précisément ce qui revient aux soins, du fait de l'évolution des techniques et de leur efficacité croissante (Mackenbach, 2003). Quoi qu'il en soit, l'existence d'inégalités de prise en charge est reconnue de longue date dans d'autres pays, notamment aux États-Unis, au point même que l'existence de «pertes de chances» (traduction libre de «achievable benefits not achieved») a été proposée comme méthode de sélection des thèmes de formation médicale continue (Williamson et al., 1968).* » Pascal J., Lombrail P., Agard C., Quélier C., Nguyen J-M., « Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public », <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/JEFS2004>.

apparaît que les disparités sociales d'accès aux soins d'urgences repérées au cours de cette recherche, sont synonymes d'inégalités sociales⁸.

Par ailleurs, l'engagement n°9 du président François Hollande élu en 2012 à savoir, « garantir pour chaque Français un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes », témoigne non seulement de l'importance du facteur temps en matière d'accès aux soins d'urgence, mais également de la persistance d'inégalités géographiques dans ce domaine. Le 13 septembre 2012 soit cinq mois après l'élection présidentielle, les médecins urgentistes français organisent les « 1ères Assises de l'Urgence⁹ » dans l'objectif, précisent-ils, d'apporter « leurs réponses aux questions du moment sur l'urgence médicale afin d'offrir aux patients des soins de qualité ». Le titre de ces Assises à savoir, « Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ? », informe sur les solutions proposées qui restent d'ordre médical. Selon les médecins urgentistes présents lors de ces Assises, le débat ne semble en effet pouvoir s'ouvrir qu'à partir de ce paradigme excluant par là-même, toute ouverture vers des solutions alternatives. Les « soins gradués », terme utilisé pour désigner les soins paramédicaux promus par les directives européennes, ne constituent d'ailleurs pour ces professionnels qu'une solution « dégradée » comme l'indiquent les extraits suivants :

« Les « soins gradués » seraient, en fait des « soins dégradés » pour la partie de la population concernée ; il n'est, en effet, en rien légitime de considérer que certains patients (dans les villes) auraient accès à des médecins spécialisés en médecine d'urgence tandis que d'autres (dans les campagnes reculées) auraient seulement accès à des infirmières; le concept des «soins gradués» est donc totalement « non éthique » .

« Viser l'objectif de rendre possible en deux ans sur l'ensemble du territoire l'accès en 30 minutes à des « soins médicaux spécialisés d'urgence » pour toute urgence vitale ou potentiellement vitale » [Recommandation n°8].

« Exclure, pour les personnes résidant dans les territoires isolés et ayant à faire face à une urgence, toute solution dégradée telles que «soins non médicaux » ou «soins médicaux non spécialisés » [Recommandation n°9].

« Permettre à tous d'accéder en moins de 30 minutes à une prise en charge médicale nécessite donc une réflexion régionale et une organisation des effecteurs de l'Aide Médicale Urgente. La recherche de solutions dégradées, notamment paramédicales, est un faux-fuyant devant la nécessité de nouvelles organisations médicales. L'optimisation des SMUR et surtout le

⁸ Jean Péneff fait une analyse similaire à propos des enjeux financiers de la mort : « *Comment se perpétue le choix d'orientation des personnes en fin de vie qui contribue à la dichotomie entre la catégorie spendieuse et la masse ordinaire? Y a-t-il un classement des malades selon leur valeur sociale, jugés à partir de l'appartenance socio-professionnelle, de l'âge, de la résidence? Une telle sélection organisée est inconcevable si on se fie aux conceptions du travail affirmées et aux discours des soignants, mais les intérêts médicaux et ceux des établissements produisent des inégalités sociales spécifiques superposables et cachées par d'autres. La vraie question n'est donc pas l'argument moral mais l'organisation économique* », Péneff J., *op. cit.*, p. 255.

⁹ « Les 1ères Assises de l'Urgence : Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ? Les urgentistes apportent leurs réponses aux questions du moment sur l'urgence médicale afin d'offrir aux patients des soins de qualité », SAMU-Urgences de France Paris, 13 septembre 2012, <http://www.samu-urgences-de-france.fr>.

développement des Médecins Correspondants de SAMU sont possibles. Ils sont le gage d'efficacité et de qualité des soins. » [Conclusion]

Par ailleurs, les sapeurs-pompiers sont cités à plusieurs reprises dans les recommandations des médecins urgentistes pour rappeler cependant, que leur action de « secours à personne » doit se faire sous leur contrôle et, plus largement, sous la direction du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes :

« Rappeler que l'organisation et la délivrance des soins sont placées sous la responsabilité et l'autorité du Ministre chargé de la Santé, ce qui s'applique notamment à la prise en charge préhospitalière de tous les malades et victimes d'accidents, et donc rappeler que les soins délivrés par les infirmiers Sapeurs-Pompiers, dans le cadre des missions de « secours à personne » doivent être conformes au référentiel de compétence infirmier, protocolés et réalisés en liaison avec le médecin régulateur du SAMU, dans l'attente de la prise en charge médicale du patient. Ne pas accepter que l'intervention d'un « échelon infirmier Sapeurs-Pompiers » induise un retard dans la prise en charge médicale par une structure d'urgence, dont c'est la mission. Rappeler que l'implantation des moyens destinés aux soins d'urgence relève de la compétence et de l'autorité des ARS¹⁰ »

Un mois après ces « 1ères Assises de l'Urgence », Marisol Touraine, s'appuyant sur les « recommandations » des médecins urgentistes, lance le « Chantier des urgences ». Elle y promeut des solutions médicales et hospitalières (création de structures des urgences, développement des SMUR, des HéliSmur, et des Médecins correspondants SAMU¹¹). La convergence notable des discours de ces médecins urgentistes avec les mesures politiques annoncées par la Ministre en charge de la Santé, témoigne en effet de leur influence déterminante sur la sphère politique¹². La Ministre rappellera ces propositions à l'occasion du 8ème Congrès Urgence¹³, le 5 juin 2014, provoquant la colère de la FNSPF qui, s'estimant écartée du débat, décide de « geler les relations avec les SAMU¹⁴ ».

¹⁰ « 1ères Assise de l'Urgence », *op. cit.*, p. 9.

¹¹ Le problème de l'engorgement des urgences est également abordé lors des Assises et dans le programme du « Chantier des urgences ». Toutefois, nous nous intéressons ici uniquement au volet pré-hospitalier de la question des urgences.

¹² « Plus que jamais, on doit considérer le corps médical comme un parti politique et même comme le parti dominant », Péneff J., *op. cit.*, p. 32.

¹³ « Marisol Touraine à la rencontre des professionnels de la médecine d'urgence au Congrès Urgences 2014 », le 5 juin 2014, www.sante.gouv.fr.

¹⁴ « Alors que dans quatre jours, la Nation célèbre ses sapeurs-pompiers, leur Fédération Nationale a pris connaissance avec exaspération des annonces faites par Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé le 4 juin dernier à l'occasion du Congrès « Urgences ». Cette dernière, de toute évidence, persiste dans sa politique unilatérale, dispendieuse et hégémonique afin de mettre en œuvre, seule, la garantie d'accès aux soins urgents en 30 minutes promise par le Président de la République. Or, ce dernier avait aussi précisément demandé le 12 octobre que les sapeurs-pompiers soient associés aux décisions [...] », Communiqué de presse de la FNSPF, Adoption d'une motion et avancées, le 13 juin 2014, www.pompiers-14.org.

Ainsi, force est de constater, qu'un consensus tacite referme l'espace des réalités multiples et des solutions alternatives qui sont pourtant apparues dans cette recherche, au détour d'une brève comparaison européenne.

A rebours des discours politiques « d'excellence¹⁵ » sur un système d'urgence médical, cette recherche montre que le concept de médicalisation, cher au modèle français, non seulement échoue dans sa mise en oeuvre mais court-circuite toute approche alternative (paramédicale) du problème. En effet, bien que ces dernières années, on observe un glissement progressif du référentiel médical vers le paramédical, les médecins urgentistes français semblent refuser tout changement de paradigme. Le verrou politique majeur bloquant toute réforme dans l'approche du problème apparaît donc bien d'ordre cognitif (culturel?) et corporatiste :

« L'organisation des systèmes de santé semble reposer sur une contradiction fondamentale entre deux pôles : accessibilité, proximité, d'une part ; sécurité, qualité d'autre part. Le premier pousse à la diffusion ; le second à la concentration. [...]. Depuis quelques années, on voit émerger le débat sur l'accessibilité et la proximité des soins : les revendications se font chaque jour plus vives, les manifestations publiques des désaccords se multiplient et les tensions s'exacerbent car chacun voit le problème différemment. Les populations et leurs élus locaux revendiquent une proximité maximale des soins, l'administration, dominée par les dogmes de la maîtrise des coûts et de l'efficacité, pousse à la concentration géographique, tandis que les professionnels défendent la qualité du service rendu [...]. Mais comment s'entendre entre protagonistes lorsque derrière la revendication de proximité se cache en réalité la défense de l'emploi, à l'heure où la santé est presque partout le premier et trop souvent, dans bien des villes petites et moyennes, le dernier gros employeur en dehors des services municipaux ? Comment comprendre lorsque derrière l'affirmation du souci du bien public par les autres se cache une volonté mal déguisée de compression des dépenses ou bien que derrière l'affichage de la qualité du service se cache l'immobilisme et la défense du statut social ?¹⁶ »

L'analyse sociologique montre par ailleurs que les inégalités géographiques correspondent aussi en partie à des inégalités sociales. Les données de l'Insee indiquent en effet, que la population rurale est composée majoritairement d'individus situés en bas de l'échelle sociale. Or, l'analyse des mécanismes de production de ces inégalités sociales révèle que l'inscription d'un patient dans une filière de soins d'urgence plutôt qu'une autre relève, dans la grande majorité des cas, du choix du médecin et non du patient. Aussi, là encore, les inégalités sociales dans l'accès aux

¹⁵ « Enfin, je sais que vous réfléchissez de manière responsable à l'allocation optimale des moyens, qu'ils soient financiers, technologiques mais aussi aux évolutions des métiers de l'urgence. Cette réflexion me semble nécessaire pour que l'aide médicale urgente offre toujours le niveau d'excellence que les Français attendent », Lettre de Marisol Touraine adressée à Marc Giroud (président de SAMU-Urgences de France), le 12 septembre 2012, pour s'excuser de son absence aux 1ères Assises de l'Urgence.

¹⁶ Vigneron E., Guigou, *Distance et santé. La question de la proximité des soins*, PUF, 2001, p.7-9.

soins d'urgence apparaissent être le produit des intérêts médicaux (et des établissements de soins) qui, de cette façon, maintiennent, voire aggravent les inégalités sociales de santé¹⁷ :

« La question des inégalités sociales de santé a été abordée sous l'angle réducteur de l'accès aux soins. À l'intérieur de ce cadre, il apparaît nécessaire de réfléchir au-delà de l'accès théorique et de l'accès primaire aux soins. Certes, ces deux premières étapes sont cruciales dans la mesure où elles mettent en contact le patient avec le système de soins. Encore faut-il s'interroger sur la suite de ce premier contact. Les données, en nombre limité, suggèrent que la prise en charge, le suivi et en somme la qualité des soins ne sont pas égales pour tous et que se reproduisent à l'intérieur du système les inégalités constatées en matière d'incidence et de mortalité. Le système de soins pourrait donc, au minimum ne pas contribuer à réduire les inégalités sociales de santé et même dans certains cas les aggraver¹⁸. »

Alors que d'aucuns énoncent le « risque bien réel de voir émerger une médecine à deux vitesses¹⁹ », l'analyse sociologique révèle l'existence d'un système d'accès aux soins d'urgence à quatre « vitesses sociales ».

Dès lors, au terme de cette longue réflexion sur l'organisation des urgences en France, une question nous semble devoir être posée aujourd'hui : l'urgence française ne serait-elle finalement pas malade de ses médecins ?

En effet, au terme des enseignements de cette recherche à laquelle nous avons consacré près de dix années, il apparaît urgent de renouveler la réflexion sur l'organisation des urgences en France. Cette nouvelle lecture du problème de l'accès aux soins d'urgence que l'on soumet dans ce travail, a supposé une patience documentaire et ethnographique ayant permis de se tenir à l'abri des généralités hâtives et des discours politiques convenus largement produits par des médecins « experts » :

« On découvre alors que ce qui paraît aller de soi ne va précisément pas de soi, et ne fonctionnerait pas si des interactants, en coopération ou en opposition avec d'autres, ne travaillaient pas à les maintenir. Qu'il s'agisse de la déviance, des rites de face-à-face ou du prestige des professions, les attributs sociaux les mieux enracinés dans la perception commune n'existent que dans la mesure où ils sont continuellement fabriqués ou refabriqués au cours d'interactions, dont l'enjeu est finalement de stabiliser ou de modifier des définitions toujours plus arbitraires de la vie sociale.

¹⁷ Ces inégalités, qui nous intéressent moins ici, ont fait l'objet d'une intense littérature sociologique qui montre que la France se situe parmi les pays européens où elles sont les plus fortes. L'accès aux soins représente un des angles d'approche dans l'étude de ces inégalités : « *L'Etat de santé d'une population ne dépend de son système médical que pour environ un cinquième, le reste relevant de facteurs proprement sociaux* » Fassin D., « Les lois de l'inégalité », *Mouvements*, n°32, mars-avril 2004.

¹⁸ Lombrail P., Pascal J., Lang T., *op. cit.*, p. 68.

¹⁹ « *Je reçois régulièrement des témoignages enthousiastes de malades sauvés par l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Mais je reçois aussi des lettres me racontant des histoires de patients perdus dans un système de santé devenu trop complexe, opaque, où la moindre erreur d'aiguillage peut marquer le début de grandes difficultés. Des témoignages si différents qui illustrent le risque bien réel de voir émerger une médecine à deux vitesses. Qui montrent que les Français n'ont pas tous les mêmes chances d'être bien pris en charge* », « Marisol Touraine présente les orientations de la loi de santé », 19 juin 2014, www.sante.gouv.fr.

Considérée sous cet angle, l'interactionnisme désubstantialise les propriétés apparemment les plus naturelles de l'ordre établi²⁰. »

A cet égard, on peut mesurer dans ce travail tous les bénéfices de l'enquête ethnographique de longue durée qui a permis d'approfondir les relations avec les enquêtés, de mener avec eux des entretiens répétés, de saisir les changements et les évolutions du métier d'ambulancier et par suite, du champ de l'urgence sanitaire. L'ensemble des matériaux ainsi collectés a permis de dépister d'autres façons de « voir » le problème de « l'accès aux soins d'urgence », de le comprendre et de l'interpréter.

2. LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

*« La réalité est continuellement derrière les rideaux
que l'on soulève. Une quête perpétuelle »
Alberto Giacometti*

Au terme de cette thèse, le lecteur sera peut-être étonné de la place relativement faible accordée aux ambulanciers dans l'ouvrage final au regard des sept années d'enquête passées en immersion à leurs côtés. L'explication ici est purement sociologique. Il s'est agi de rester aussi fidèle que possible au terrain, en ne leur accordant dans ce travail, ni plus ni moins que la place qu'ils occupent dans le champ de l'urgence sanitaire. Aussi, une sociologie des ambulanciers reste-t-elle encore à faire. Partant de l'esquisse d'analyse effectuée dans le chapitre trois, plusieurs perspectives de recherche s'ouvrent à nous : celle de la sociologie du travail en s'intéressant plus particulièrement au profil de ces travailleurs, à leurs trajectoires professionnelles, leurs interactions avec les autres professionnels de santé, etc... ; dans le prolongement, nous pourrions également aborder ce groupe professionnel au prisme de la sociologie du genre. L'absence de données statistiques sur ce sujet et l'opportunité d'une comparaison avec d'autres groupes qui leur sont proches (aides-soignants, brancardiers) rendraient une telle approche heuristique ; celle d'une sociologie politique en portant l'attention notamment, sur le faible taux de syndicalisme repéré au cours de cette recherche ; enfin, l'évolution du nombre de salariés dans l'entreprise enquêtée, passant d'une cinquantaine à plus d'une centaine en l'espace de sept années, encourage à interroger ce groupe professionnel sous l'angle d'une sociologie des entreprises. Dans ce cadre, une comparaison des entreprises urbaines avec leurs homologues rurales serait très certainement riche d'enseignement.

²⁰ Schwartz O., « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? », in Nels Anderson, *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Préface, Nathan, 1993, p. 288.

D'ailleurs, compte tenu du caractère « urbano-centré²¹ » de cette enquête, une ethnographie du monde de l'urgence rurale reste en effet à explorer, d'autant plus que le phénomène de « périurbanisation²² » risque de poser le problème d'inégalité géographique d'accès aux soins d'urgence avec davantage d'acuité dans les années à venir. Concernant les limites d'ordre « spatiales » de cette enquête, on peut aussi relever l'absence de comparaison départementale. A cet égard, il convient de préciser que l'organisation de l'urgence diffère quelque peu d'un département à un autre en fonction notamment, mais pas seulement, de la géographie des lieux (montagne, mer)²³. Toutefois, cette limite est à notre sens partiellement compensée par la variété des profils d'enquêtés interrogés au cours de l'enquête : d'aucuns travaillaient en région parisienne, d'autres en provinces que ce soit en Bretagne, Vendée, dans un département frontalier ou dans le centre de la France. Par ailleurs, l'analyse des deux politiques publiques menées dans les chapitres 1 et 2 a permis de sortir de la simple monographie locale pour adopter un niveau national. Cette étude nous semble donc malgré tout assez représentative de la situation française en matière d'organisation des urgences. La comparaison européenne pourrait également constituer un prolongement utile à notre travail de recherche. Une brève comparaison internationale a montré en effet l'intérêt d'une « variation des échelles²⁴ » d'observation pour dénaturer les évidences et faire émerger des hypothèses hétérodoxes afin de complexifier voire renouveler les analyses appliquées à cet objet d'étude.

Enfin, d'autres pistes de réflexions ont été esquissées dans ce travail, qui mériteraient un prolongement dans le cadre de recherches ultérieures. Il en est ainsi de la question des cliniques privées qui restent encore aujourd'hui un terrain de recherche peu investigué en sociologie. Or, ces établissements sanitaires à but lucratif représentent aujourd'hui des acteurs incontournables du système de soins²⁵ et faire l'économie de leur analyse, c'est se priver d'un pan entier de

²¹ Éditorial, « Mondes ruraux » *Politix*, 2008/3 n° 83, p. 3-5.

²² « Les dynamiques de peuplement actuelles contribuent à renforcer le phénomène de périurbanisation, avec notamment un développement des zones rurales en périphérie des agglomérations. Ainsi si les mouvements de population se concentrent vers les périphéries des zones rurales alors que la densité médicale y est faible, ces zones risquent de souffrir d'un manque de généralistes [...]. D'autant qu'il est observé qu'actuellement les installations des nouveaux inscrits reproduisent le schéma existant et ont donc tendance à maintenir les écarts, voire à les amplifier. Les jeunes généralistes libéraux délaissent la médecine de campagne et la couronne périphérique des pôles urbains. », Alain C., « Les femmes médecins généralistes/médecins de famille exerçant en milieu rural et semi-rural font-elles leurs gardes ? A partir d'une enquête prospective menée auprès de l'ensemble des femmes médecin généraliste/médecin de famille exerçant en milieu rural et semi-rural des départements de Loire-Atlantique et de Vendée », Thèse de médecine Nantes, 2002, p 21.

²³ Nous n'avons par exemple nullement évoqué les secours en mer ou en montagne qui mériteraient une attention particulière.

²⁴ « Aucune échelle n'a de privilège sur une autre, puisque c'est leur mise en regard qui procure le plus fort bénéfice analytique », Revel J., dir., *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Seuil/Gallimard, 1996, p. 13.

²⁵ « Les établissements de santé privés à but lucratif réalisent 35% des entrées de médecine, 49% des entrées de

connaissances nécessaires à la compréhension des phénomènes de santé. On ne peut, par exemple, rendre compte de la complexité du problème de l'accès aux soins sans porter le regard sur le rôle et la place des cliniques privées dans le champ de la santé. De façon complémentaire, c'est aussi la question de l'accès aux soins psychiatriques qui apparaît, elle aussi, en filigrane dans cette recherche. Sur ce point, les quelques données empiriques recueillies conduisent à postuler l'existence de filières de soins psychiatriques différenciées socialement. A ce stade d'investigation embryonnaire, trois filières ont été repérées : les structures d'assistance socio-médicales (MDM) qui accueillent de plus en plus, depuis ces dernières années, les patients étrangers sans couverture social souffrant de problèmes psychologiques ; la seconde filière est celle des hôpitaux publics qui traitent toutes les pathologies et accueillent officiellement tous les patients ; la dernière est composée des cliniques privées qui sélectionneraient leurs patients sur la base de critères financiers et/ou pathologiques. Enfin, ce travail invite également à prolonger la réflexion sur la question du traitement de la vieillesse à travers, notamment, l'analyse du « champ » des maisons de retraite. Derrière une même dénomination se cache en effet une réalité complexe, multiple qu'il nous semble pertinent d'analyser sous l'angle de ses rapports avec le système de soins.

Pour conclure, l'analyse sociologique exposée ici propose une lecture de l'urgence qui pourra surprendre voire heurter certains même si ce n'est pas son dessein. L'objectif ici est de contribuer au débat sur les urgences en faisant entrevoir d'autres perspectives d'analyses et des solutions alternatives que la production du consensus rend invisible²⁶. Même si le sociologue ne fait pas nécessairement de politique, il est engagé au sens d'impliqué du fait, notamment, du rapport étroit qu'il entretient à son objet et du souci qu'il a de la réception d'un travail dont les conclusions ne sont pas neutres politiquement. Il nous semble, en effet, pour paraphraser Durkheim, que « la sociologie ne vaudrait pas une heure de peine si elle n'avait qu'un intérêt spéculatif »²⁷. Aussi, cette recherche académique, conduite en toute indépendance c'est-à-dire en dehors de toute commande sociale, a-t-elle vocation à sortir du cénacle universitaire pour être largement diffusée et discutée avec l'ensemble des professionnels concernés.

*chirurgie et 38% des entrées d'obstétrique. Certaines activités sont réalisées presque en exclusivité dans les cliniques privées : par exemple, les opérations chirurgicales sur la cataracte sont réalisées à hauteur de 76% par les cliniques », Claveranne J-P., Pascal C., Piovesan D., « Les restructurations des cliniques privées. Radioscopie d'un secteur en mutation », *Revue française des affaires sociales*, 2003/3, n°3, p. 55.*

²⁶ « En remettant en cause la rhétorique consensuelle des problèmes sociaux et en stimulant la réflexion, l'enquête et l'imagination, la sociologie se porte du côté de la dispute des significations. Elle renonce aux confort tant de l'expertise technique que de l'activisme radical, mais par son activité, elle remet en cause les lignes de partage du privé et du public, elle bouscule les évidences et les préjugés qui verrouillent l'expérience publique et l'action publique », Cefaï D., Terzi C., *L'expérience des problèmes publics*, EHESS, 2012, p. 111.

²⁷ Durkheim E., *De la division du travail social*, Paris, Alcan, 1895 [introduction].

« S'agissant de penser le monde social, on ne risque jamais de surestimer la difficulté, ou les menaces. La force du préconstruit réside dans le fait que, étant inscrit à la fois dans les choses et dans les cerveaux, il se présente sous les dehors de l'évidence, qui passe inaperçue parce qu'elle va de soi. La rupture est en fait une conversion du regard et on peut dire de l'enseignement de la recherche en sociologie qu'il doit d'abord « donner de nouveaux yeux », comme disent parfois les philosophes initiés. » [Bourdieu P., Réponses, p. 221].

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie générale

Ouvrages

AKRICH Madeleine, Comment la naissance vient aux femmes : Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas, Broché, Coll. « Les Empêcheurs de tourner en rond », 1996.

ADAM Philippe, HERZLICH Claudine (Dir.), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, Coll. « 128 », 1994.

AIACH Pierre, FASSIN Didier (Dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos DL, Coll. « Sociologiques », 1994.

AIACH Pierre, DELANOE Daniel (Dir.), *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, Coll. « Sociologiques », 1998.

ANDREO Christophe, *Déviance scolaire et contrôle social : une ethnographie des jeunes à l'école*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du septentrion, Coll. « Le regard sociologique », 2005.

ARBORIO Anne-Marie, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à travers l'hôpital*, Paris, Anthropos, Coll. « Sociologiques », 2001.

ARBORIO Anne-Marie, FOURNIER Pierre (Dir.), *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, Paris, Nathan, Coll. « 128 », 1999.

ARLIAUD Michel, *Les médecins*, Paris, La Découverte, Coll. « Repères », 1987.

BASTID-BRUGUIERE Marianne, DESCHAMPS Catherine (Dir.), *L'insécurité routière : les accidents de la route sont-ils une fatalité ?*, Paris, PUF, Coll. « Cahier des sciences morales et politiques », 2003.

BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine, PAILLET Anne (Dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, Coll. « Etats des lieux », 2002.

BEAUD Stéphane, CONFRAVREUX Joseph, LINDGAARD Jade (Dir.), *La France invisible*, Paris, La Découverte, 2006.

BECKER Howard S. (Dir.), *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, Coll. « Guides Repères », 2002.

BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le "nouveau management public"*, Paris, La Découverte, série « Enquêtes de terrain », 2010.

BLONDIAUX Loïc, *La fabrique de l'opinion. Une histoire sociale des sondages*, Paris, Le Seuil, Coll. « Science politique », 1998.

BLOY Géraldine, SCHWEYER François-Xavier (Dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, Coll. « Métiers santé, social », 2010.

BOLTANSKI Luc, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991.

BOLTANSKI Luc, *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Métailié, Coll. « Leçons de choses », 1993.

BOLTANSKI Luc, *Rendre la réalité inacceptable : à propos de « La production de l'idéologie dominante*, Paris, Demopolis, 2008.

- BOURDIEU Pierre, WACQUANT Loïc, *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Editions du Seuil, Coll. « Libre examen », 1992.
- BOURDIEU Pierre, *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994.
- BOURDIEU Pierre, BOLTANSKI Luc, *La production de l'idéologie dominante*, Paris Demopolis, Raisons d'agir, 2008
- BOULLIER Dominique, CHEVRIER Stéphane, *Les sapeurs-pompiers. Des soldats du feu aux techniciens du risque*, Paris, PUF, Coll. « Sciences sociales & sociétés », 2000.
- CALLON Michel, LASCOUMES Pierre, BARTHE Yves, *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil, Coll. « La Couleur des Idées », 2001.
- CARRICABURU Danièle, MENORET Marie (Dir.), *Sociologie de la santé : institution, profession et maladies*, Paris, Armand colin, Coll. « U », Série Sociologie, 2004.
- CASTRA Michel, *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, PUF, Coll. « Le Lien social », 2003.
- CEFAI Daniel (Dir.), *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte/M.A.U.S.S., Coll. « Recherches », 2003.
- CEFAI Daniel, TERZI Cédric (Dir.), *L'expérience des problèmes publics*, Paris, Editions EHESS, Coll. « Raisons pratiques », 2012.
- CHAMPAGNE Patrick, *Faire l'opinion : le nouveau jeu politique*, Paris, Editions de Minuit, Coll. « Le sens commun », 1990.
- CHAMPY Florent, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, Coll. « Quadrige », 2009.
- CHAUVENET Antoinette, *Médecines au choix, médecine de classe*, Paris, PUF, Coll. « Politiques », 1978.
- CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle, *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Editions Inserm, Coll. « Questions en santé publique », 2005.
- COCHRANE Archibald Leman, *L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine*, Paris, Editions Galilée, 1977.
- CHENU Alain, *L'archipel des employés*, Paris, INSEE, Coll. « Insee Etudes », 1990.
- CHENU Alain, *Sociologie des employés*, Paris, La Découverte, Coll. « Repères », 2005.
- COENEN-HUTHER Jacques, *Observation participante et théorie sociologique*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques sociales », 1995.
- CONSTANDRIOPOULOS André-Pierre, SOUTEYRAND Yves, *L'hôpital stratège dynamiques locales et offre de soins*, Paris, Montrouge J. Libbey Eurotext, 1996.
- COURS-SALIES Pierre, LE LAY Stéphane, DUBAR Claude, *Le bas de l'échelle : la construction sociale des situations subalternes*, Paris, Eres, Coll. « Questions vives sur la banlieue », 2006.
- CRESSON Geneviève, SCHWEYER François-Xavier (Dir.), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Editions ENSP, Coll. « Recherche, santé, social », 2000.
- CRESSON Geneviève, DRULHE Marcel, SCHWEYER François-Xavier (Dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP, Coll. « Recherche, santé, social », 2003.
- DALMAZ Patrick, *Histoire des sapeurs-pompiers français*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je », 1996.
- DE SWAAN Abraham, *Sous l'aile protectrice de l'état*, Paris, PUF, Coll. « Sociologies » 1995.
- DANET François., *La médecine d'urgence, vers de nouvelles formes de travail médicale*, Paris, Erès, Coll. « clinique du travail », 2008.
- DE CERTEAU Michel, *L'invention du quotidien. 1. arts de faire*, Paris, Gallimard, Coll. « Folio, Essais », 1990.

- DECLERCK Patrick, MALAURIE Jean, *Les naufragés : avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, Coll. « Terre humaine », 2001.
- DEMAZIERE Didier, GADEA Charles (Dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, Coll. « Recherches », 2009.
- DERBOULLES Laurent, *Quel territoire pour le service public d'incendie et de secours ? Réflexion sur la départementalisation*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Administration, aménagement du territoire », 2000.
- DOUGUET Florence, FILLAULT Thierry, SCHWEYER François-Xavier, *Image et santé : matériaux, outils, usages*, Paris, Presses EHESP, Coll. « Recherche, santé, social », 2011.
- DRUHLE Marcel, *Santé et société, le façonnement sociétal de la médecine*, Paris, PUF, Coll. « Sociologie d'aujourd'hui », 1996.
- DUBAR Claude, TRIPIER Pierre, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, Coll. « U », Série Sociologie, 1998.
- DUBET François, *Injustices. L'expérience des inégalités au travail*, Paris, Seuil, Coll. « Points », 2006.
- DUBOIS Vincent, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, Coll. « Etudes politiques », 1999.
- DUVOUX Nicolas, *L'Autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*, Paris, PUF, Coll. « Le Lien social », 2009
- FASSIN Didier, HAURAY Boris (Dir.), *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010.
- FILLIEUL Olivier, MATHIEU Lilian, PECHU Cécile, *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Paris, Presses de Sciences Po, Coll. « Références », 2009
- FAURE Alain, POLLET Gilles, WARIN Philippe (Dir.), *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques politiques », 1995.
- FAURE Olivier, *Les cliniques privées. Deux siècles de succès*, PUR, Coll. « Histoire », 2012.
- FAVRE Pierre, *Sida et politique, les premiers affrontements : 1981-1987*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Dossiers sciences humaines et sociales », 1992.
- FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, Coll. « Médecine et sociétés », 1984.
- GILBERT Claude, HENRY Emmanuel, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, Coll. « Recherches », Série « Territoires du politique », 2009.
- GOFFMAN Erving, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de Minuit, Coll. « Le Sens commun », 1968.
- GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*, Paris, Éditions de Minuit, Coll. « Le Sens commun », 1973.
- GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, Paris, Editions de Minuit, Coll. « Le Sens commun », 1974.
- HATZFELD Henri, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Editions ouvrières, 1963.
- HELY Matthieu, SIMONET Maud (Dir.), *Le travail associatif*, Presses Universitaires de Paris Ouest Nanterre, 2013.
- HENRY Emmanuel, *Amiante, un scandale improbable : Sociologie d'un problème public*, Rennes, PUR, Coll. « Res Publica », 2007.
- HOGGART Richard (Dir.), 33 Newport Street. Autobiographie d'un intellectuel issu des classes populaires anglaises, Paris, Le Seuil, Coll. « Hautes études », 1991.
- HUGHES Everett Cherrington, *Le regard sociologique: essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par CHAPOULIE Jean-Michel, Paris, Editions de l'EHESS, Coll. « Recherches d'histoire et de sciences sociales », 1996.

- ILLICH Ivan, *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, Coll. « 01 techno-critique », 1975.
- JAMOUS Haroun (Dir.), *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Éditions du Centre national de la recherche scientifique, Coll. « Travaux du Centre d'études sociologiques », 1969.
- JOBERT Bruno, MULLER Pierre, *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, PUF, Coll. « Recherches politiques », 1987.
- KERVASDOUE Jean (de), *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, La Mutualité française, 2003.
- LAGROYE Jacques, *Sociologie politique*, Paris, Presses de sciences po, Dalloz, Coll. « Amphithéâtre », 1997.
- LAGROYE Jacques (Dir.), *La politisation*, Paris, Belin, Coll. « Socio-histoires », 2003.
- LAHIRE Bernard, *L'Homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, Coll. « Essais & Recherches », 2001.
- LAHIRE Bernard, *L'esprit sociologique*, Paris, La Découverte, Coll. « Textes à l'appui », 2005.
- LASCOUMES Pierre *L'éco-pouvoir. Environnements et politiques*, Paris, La Découverte, Coll. « Textes à l'appui », Série Ecologie et société, 1994.
- LASCOUMES Pierre, LE BOURHIS Jean-Pierre, *L'environnement ou l'administration des possibles. La création des Directions Générales de l'Environnement*, Paris Montréal, L'Harmattan, Coll. « Logiques politiques », 1997.
- LASCOUMES Pierre, LE GALES Patrick, *Sociologie de l'action publique*, Armand Colin, Coll. « 128 », 2012.
- LASCOUMES Pierre, LE GALES Patrick, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po., Coll. « Académique », 2004.
- LE BART Christian., *Le discours politique*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », 1998
- LEBAS Jacques, CHAUVIN Pierre, *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998.
- LE BLANC Guillaume, *L'invisibilité sociale*, Paris, PUF, Coll. « Pratiques théoriques », 2009.
- LECLERC Annette, et al., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La découverte, Inserm, Coll. « Recherches », 2000.
- KAMINSKI Monique, LANG Thierry, LECLERC Annette, *Inégaux face à la santé, du constat à l'action*, Paris, La Découverte, Inserm, 2008.
- LUSSIER HUBERT, *Les sapeurs-pompiers au XIXème siècle. Associations volontaires en milieu populaire*, Paris, Association des ruralistes français, L'Harmattan, Coll. « Biliothèque des ruralistes », 1988.
- MENORET-CALLES Brigitte, *L'accès aux soins des populations démunies*, Editions l'Harmattan, Coll. « L'éthique en mouvement », 1997.
- MULLER Pierre, *Les politiques publiques*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », 1990.
- MULLER Pierre, SUREL Yves, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, Coll. « Clefs », 1998.
- NEVEU Erik, *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte, Coll. « Repères », 2002.
- NEVEU Erik, *Sociologie du journalisme*, Paris, La Découverte, Coll « Repères », 2009.
- OFFERLE Michel, *Sociologie des groupes d'intérêt*, Paris, Montchrestien, Coll. « Clefs », 1998.
- PADIOLEAU Jean-Gustave, *Le réformisme pervers ; le cas des sapeurs pompiers*, Paris, PUF, Coll. « Sociologies », 2002.

- PADIOLEAU Jean-Gustave (Dir.), *La fin des sapeurs-pompiers républicains ? Politiques et expériences de services collectifs post-modernes de proximité*, L'Harmattan, 2002.
- PADIOLEAU Jean-Gustave, *L'état au concret*, Paris, PUF, Coll. « Sociologies », 1982.
- PAILLET Anne, *Sauver la vie, donner la mort*, Paris, La Dispute, Coll. « Corps, santé, société », 2007.
- PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF, Coll. « Le Lien social », 2003.
- PAUGAM Serge (Dir.), *Repenser la solidarité : l'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, Coll. « Le Lien social », 2011.
- PENEFF Jean, *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*, Paris, Editions Métailié, Coll. « Leçons de choses », 1992.
- PENEFF Jean, *Les malades des urgences une forme de consommation médicale*, Paris, Editions Métailié, Coll. « Sciences humaines », 2000.
- PENEFF Jean, *La France malade de ses médecins*, Paris, Le Seuil, Coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 2005.
- PENEFF Jean, BECKER Howard, *Le goût de l'observation : comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociale*, Paris, La Découverte, Coll. « Grands Repères », 2009.
- PERETTI-WATEL Patrick, *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin, Coll. « U », Série Sociologie, 2000.
- PINELL Patrice, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, Métailié, Coll. « Leçons de choses », 1992.
- REVEL Jacques (Dir.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Gallimard/Le Seuil, Coll. « Hautes études », 1996.
- REYNAUD Jean-Daniel, *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, Coll. « U », Série Sociologie, 1993,
- ROMEYER Hélène, (Dir.), *La santé dans l'espace public*, Presses de l'EHESP, Coll. « Communication, santé, social », 2010.
- ROTH Julius, DOUGLAS Dorothy, *No Appointment Necessary. The Hospital Emergency Department in the Medical Service World*, New York, Irvington, 1983
- SAINSAULIEU Ivan, *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques sociales », 2003
- STRAUSS Anselm, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis par BASZANGER Isabelle, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques sociales », 1992.
- TANTI-HARDOUIN Nicolas, *L'hospitalisation privée. Crise identitaires et mutation sectorielle*, Paris, Editions de la Documentation française, Coll. « Les Etudes de la Documentation française », 1996,
- TONNELIER François, VIGNERON Emmanuel, *Géographie de la santé en France*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je », n°3435, 1998.
- VEGA Anne, *Une ethnologue à l'hôpital l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Editions des archives contemporaines, Coll. « Une pensée d'avance », 2000.
- VEGA Anne, *Soignants/soignés : pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Bruxelles De Boeck université, Coll. « Savoirs & santé. Questions », 2001.
- VIGNERON Emmanuel, GUIGOU Jean-Louis, *Distance et santé. La question de la proximité des soins*, Paris, PUF, Coll. « Médecine et société », 2001.
- VIGNERON Emmanuel, CARTIER Nicolas, *Les inégalités de santé sur les territoires français: état des lieux et voies de progrès*, Elsevier-Masson, 2011.

WARIN Philippe (Dir.), *Quelle modernisation des services publics ? Les usagers au cœur des réformes*, Paris, La Découverte, Coll. « Recherches », 1997.

Articles et contributions

ACKER Françoise, « Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier », *Raisons pratiques*, n°8, 1997, p. 65-93.

ACKER Françoise, « Infirmières : des pratiques en redéfinition », in « La Santé. Un enjeu de société », *Sciences humaines*, 48, hors série, 2005, p. 48-51.

ANDREO Christophe, « La gestion des flux de malades dans les services de réanimation », *Sociétés contemporaines*, 2004/2, n°54, p.103-104.

ARBORIO Anne-Marie, « Quand le "sale boulot" fait le métier les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol.13, n°3, septembre 1995, p. 93-126.

ARBORIO Anne-Marie, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, n°22, mars 1996, p. 87-106.

BARTHE Yves, « Le recours au politique ou la problématisation politique par défaut », in LAGROYE Jacques, *La politisation*, Paris, Belin, Coll. « Socio-histoires », 2003, p. 475-492.

BASZANGER Isabelle, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs spécialistes », *Revue française de sociologie*, vol. 22, n°22-2, 1981, p. 223-245.

BASZANGER Isabelle, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, vol. 31, n°31-2, 1990, p. 257-282.

BECKER Howard, « Inférence et preuve en observation participante. Fiabilité des données et validité des hypothèses », in CEFAL Daniel (Dir.), *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte/M.A.U.S.S., Coll. « Recherches », 2003, p. 350-262.

BESSIN Marc, « Le social aux urgences hospitalières : les enjeux d'une restructuration », *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, 1995, n°22, p. 57-65.

BIZEUL Daniel, « Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause », *Revue Française de Sociologie*, vol. 39-4, 1998, p. 751-787

BLIC, Damien (de), LEMIEUX Cyril, « Le scandale comme épreuve. Eléments de sociologie pragmatique », *Politix*, vol. 18, n° 71, 2005, p. 9-38.

BLOY Géraldine, « La constitution par défaut d'un groupe professionnel », in BLOY Géraldine, SCHWEYER François-Xavier (Dir.), 2010, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, Coll. « Métiers santé, social », 2010.

BLOY Géraldine, « Rémunérer les médecins généralistes : la question des revenus », in BLOY Géraldine, SCHWEYER François-Xavier (Dir.), 2010, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, Coll. « Métiers santé, social », 2010.

BLOY Géraldine, « Que font les généralistes à la faculté ? Retour sur une implantation improbable », in BLOY Géraldine, SCHWEYER François-Xavier (Dir.), 2010, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, Coll. « Métiers santé, social » 2010.

BLOY Géraldine, « Quand les femmes rencontrent la médecine générale », in BLOY Géraldine, SCHWEYER François-Xavier (Dir.), 2010, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, Coll. « Métiers santé, social », 2010.

BLUMER Herbert, RIOT Laurent, « Les problèmes sociaux comme comportements collectifs », *Politix*, vol.17, n°67, 2004, p. 185-199.

BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1971, vol. 26, n°1, p. 205-233

- SCHILTZ Marie-Ange, DARRE Yann, BOLTANSKI Luc, « La dénonciation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 51, n°51, mars 1984, p. 3-40.
- BOULLIER Dominique, CHEVRIER Stéphane, « Grammaire de l'urgence : les sapeurs-pompiers, experts du risque », *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, 1995, n°22, p. 9-21.
- BOURDIEU Pierre, « Comprendre » in Bourdieu Pierre (Dir.), *La misère du monde*, Editions du Seuil, Coll. « Points », 1998.
- BRET Eric, « Plasticité des spécialités. De la ptisiologie à la pneumologie et naissance de la réanimation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°156-157, p. 88-97.
- BROCLAIN Dominique, « La médecine générale en crise ? », in AIACH Pierre, FASSIN Didier (Dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos DL, Coll. « Sociologiques », 1994.
- BUNGENER Martine, « Une éternelle pléthore médicale? », *Sciences sociales et santé*, vol. 2, n°2-1, 1984, p. 77-110.
- BUNGENER Martine, BASZANGER Isabelle, « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine, PAILLET Anne (Dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, La Dispute, Coll. « Etats des lieux », 2002.
- CARRICABURU Danièle, « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : le cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », in GILBERT Claude, HENRY Emmanuel (Dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, Coll. « Recherches », Série « Territoires du politique », 2009. p. 55-71.
- CASTEL Pierre, « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, vol. 46, 2005/3, p. 443-467.
- CAUSSE Lise, « L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées: un travail dévalorisé et occulté », in COURS-SALIES Pierre, LE LAY Stéphane, *Le bas de l'échelle. La construction sociale des situations subalternes*, Editions Erès, 2006, p. 67-79.
- CAZEJUST Didier, « L'urgence, ou la gestion de l'impossible », in « L'hôpital à vif. L'état des lieux », *Autrement*, n°109, septembre 1989, p. 23-27.
- CHABBAL Jeanne, « Le risque invisible. La non-émergence d'un problème public », *Politix*, vol. 18, n°70/2005, p 169-195
- CHAPOULIE Jean-Michel, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, XIV (1), 1973, p. 86-114.
- CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle, LEBAS Jacques, « Etat de santé, recours aux soins et modes de fréquentation des personnes en situation précaire consultant les centres de soins gratuits : le projet Précar », in JOUBERT Michel, CHAUVIN Pierre, (Dir.), *Précarisation, risques et santé*. Paris, Editions Inserm, Coll. « Questions en santé publique », 2001, p. 99-117.
- CHENILLET Philippe, PRETOT Xavier, « La loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires : une consolidation législative ?, *Revue de droit sanitaire et sociale*, n°2, avril/juin, 1986, p. 206-216.
- CHENILLET Philippe, PRETOT Xavier, « Le secours médical d'urgence, Eléments pour une clarification », *Revue de droit sanitaire et social*, vol. 19, n°4, 1983, p. 659-687.
- CICOUREL Aaron, « Contre un empirisme naïf. Une théorie plus forte et un contrôle plus ferme sur les données », in CEFAL Daniel (Dir.), *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte/M.A.U.S.S., Coll. « Recherches », 2003.p. 380-397.
- CLAVERANNE Jean-Pierre, PASCAL Christophe, PIOVESAN David, « Les restructurations des cliniques privées. Radioscopie d'un secteur en mutation », *Revue française des affaires sociales*, 2003/3, n°3, p. 55-78.

- COURNOT Maxime, LANG Thierry, « Maladies coronariennes », in FASSIN Didier, HAURAY Boris (Dir.), *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, Inserm, 2010, p. 109-120.
- DANET François, BREMOND Marc, ROBERT Dominique, « Les urgences, questions au système de santé », *Etudes*, n°5, 2004, p. 599-610.
- DANET François, BREMOND Marc, ROBERT Dominique, « Le travail du médecin aux urgences : reniement, adaptation ou transformation ? », *Nouvelle revue de psychosociologie*, Eres, n°1, 2006, p. 103-116.
- DANET François, « La dramaturgie de l'urgentiste », *Esprit*, n°2, 2007, p. 143-157.
- DESMOND Matthew, « Des morts incompetents », *Actes de la Recherche en Sciences*, n°165, 2006, p. 8-27.
- DATCHARY Caroline (Dir.), *Petit précis de méthodologie. Le sens du détail dans les sciences sociales*, Le Bord de l'eau, coll. « Perspectives anthropologiques », 2013.
- D'HALLUIN Estelle, HOYEZ Anne-Cécile, "L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants." *Humanitaire*, 33, 2012, p. 38-47
- DODIER Nicolas, CAMUS Agnès, « Les urgences à l'hôpital », *Informations Sociales*, n°52/1996, p. 20-21.
- DODIER Nicolas, CAMUS Agnès, « L'admission des malades, histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales HSS*, vol. 52, n°4, 1997, p. 733-763.
- DRUHLE Marcel, CLEMENT Serge, « Enjeux et formes de la médicalisation: d'une approche globale au cas de la gérontologie », in AIACH Pierre, DELANOE Daniel (Dir.), *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, Coll. « Sociologiques », 1998, p. 69-96.
- DUBAR Claude, « La sociologie des professions face à la médecine », *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n°17-1, 1999, p. 35-39.
- EMERSON Robert, « Le travail de terrain comme activité d'observation. Perspectives ethnométhodologistes et interactionnistes », CEFAL Daniel (Dir.), *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte/M.A.U.S.S., Coll. « Recherches », 2003, p. 398-424.
- EYMERI Jean-Michel, « Frontière ou marches? De la contribution de la haute administration à la production du politique », in LAGROYE Jacques (Dir.), *La politisation*, Paris, Belin, Coll. « Socio-histoires », 2003, p. 47-77.
- FASSIN Didier, « Qualifier les inégalités », in LECLERC Annette, et al., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La découverte, Inserm, Coll. « Recherches », 2000, p. 123-144.
- FAURE Yann, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°156-157, 2005, p. 98-114.
- GILBERT Claude, « Définir et occulter. Lorsque la sécurité routière éclipse la santé publique », in GILBERT Claude, HENRY Emmanuel, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, Coll. « Recherches », Série « Territoires du politique », 2009, p. 113-130.
- GOLD Raymond, « Jeux de rôles sur le terrain. Observation et participation dans l'enquête sociologique », in CEFAL Daniel (Dir.), *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte/M.A.U.S.S., Coll. « Recherches », 2003, p. 340-350.
- GOLLAC Michel et al., « Du déni à la banalisation. Sur la souffrance mentale au travail », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°163, 2006, p. 39-45.
- GRIGNON Michel, « L'expérience de la couverture médicale universelle: que peut-on apprendre sur la segmentation dans les politiques sociales? », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n°4, 2005, p. 111-120.
- HARDY-DUBERNET Anne-Chantal, « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence », in CRESSON Geneviève, DRULHE Marcel, SCHWEYER François-Xavier (Dir.),

Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé, Rennes, ENSP, Coll. « Recherche, santé, social », 2003, p. 75-88.

HARDY-DUBERNET Anne-Chantal, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1, 2005, p. 17-33.

HARDY-DUBERNET Anne-Chantal, « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1, 2005, p. 35-58.

HARTMANN Laurence, ULMANN Philippe, ROCHAIX Lise, « Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume Uni et Suède », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2006, 2/3, n°2-3, La Documentation Française, p. 364.

HERZLICH Claudine, PIERRET Janine, « Au croisement de plusieurs : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, vol. 51, n°1, 2010, p.121-148.

HERZLICH Claudine, « Type de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, Hors-série, 1973, p. 41-59.

HOLLONGSHEAD August B., REDLICH Fredrick C., « Classe sociale et traitement psychiatrique », in HERZLICH Claudine, *Médecine, maladie et société*, Paris, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Mouton, Coll. « Les Textes sociologiques », 1970, p. 102-115.

HOYEZ Anne-Cécile, « L'accès aux soins des migrants en France et la "culture de l'initiative locale. Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Espace, Société, Territoire*, n°566, 2011, p. 4-5.

IMBAULT-HUARD Marie-Thérèse, « La réanimation entre mythe et réalité », in GROSCLAUDE Michèle, (Dir.), *Vers une histoire de la réanimation*, Glyphes & Biotem, 2002, p. 203-241

JEANJEAN Agnès, « Travailler à la morgue ou dans les égouts », PUF, *Ethnologie française*, « Anatomie du dégoût », vol. 41, 2011/1, p. 59-66.

JOUBERT Marcel, « Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins », *Prévenir*, « Inégalités, Santé, Excursions », 1995/28.

KUTY Olgierd, « Orientation culturelle et profession médicale. La relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel et son environnement », *Revue Française de Sociologie*, vol.16, n°16-2, 1975, p.189-214.

LAGROYE Jacques, « Le processus de politisation », in LAGROYE Jacques (Dir.), *La politisation*, Paris, Belin, Coll. « Socio-histoires », 2003, p. 359-372.

LAE Jean-François, « Genèse de l'alcool au volant à travers la jurisprudence (1930-1980) », *Droit et Société*, 29, 1995, p. 153-179.

LOMBRAIL P., PASCAL Jean, LANG Thierry, « Accès aux soins et inégalités sociales de santé : Que sait-on de l'accès secondaire ? », *Santé, société et solidarité*, Dossier « Inégalités sociales de santé », n°2, 2004, p. 61-71.

LAPEYRE Nathalie, LE FEUVRE Nicky, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1, 2005, p. 59-81.

LAPEYRE Nathalie, Robelet Magali, « Féminisation des groupes professionnels: en médecine générale comme ailleurs? », in BLOY Géraldine, SCHWEYER François-Xavier (Dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, Coll. « Métiers santé, social », 2010, p. 365-376.

LAROCHE Hervé, « La crise, les rapports et les problèmes. Le cas de la canicule d'août 2003 », in GILBERT Claude, HENRY Emmanuel (Dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, Coll. « Recherches », série « Territoires du politique » 2009, p. 73-90.

LASCOUMES Pierre, « Gouverner par les instruments ou comment s'instrumente l'action publique », in LAGROYE Jacques (Dir.), *La politisation*, Paris, Belin, Coll. « Socio-histoires », 2003, p. 387-401.

- MAITRE Jacques, « Introduction : la conjoncture de la recherche française en sociologie médicale », *Revue française de sociologie*, vol. 14, Hors-série, 1973, p. 3-7.
- MAUGER Gérard, « Enquêter en milieu populaire », *Genèses*, vol. 6, n°6, 1991, p. 125-143.
- METZGER Pascale, « L'épidémie de Chikungunya : un problème de moustiques ? », in GILBERT Claude, HENRY Emmanuel (Dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, Coll. « Recherches », série « Territoires du politique » 2009, p. 175-193.
- MOREL Sylvie, « Lutter contre la mort violente: l'exemple de la politique d'urgence sanitaire au 20^{ème} siècle », Séminaire, *La mort*, MSH, Nantes, mai 2008. Textes réunis, *La mort*, MSH / Ange Guépin Nantes, L'Harmattan, 2010, p. 97-108.
- MULLER Pierre, « Un schéma d'analyse des politiques sectorielles », *Revue Française de Science Politique*, vol. 35, n°2, 1985, p. 165-189.
- MULLER Pierre, « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique. Structures, acteurs et cadres cognitifs », *Revue française de science politique*, vol.55, n°1, février 2005, p. 155-187.
- NOIRIEL Gérard, WEBER Florence, « Journal de terrain, journal de recherche et auto-analyse », *Genèses*, 1990, vol. 2, n°2, p. 138-147.
- OGIEN Albert, « L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers », *Revue Française de Sociologie*, vol. 27, n°27-1, 1986, p. 29-46.
- PARADEISE Catherine, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, vol. 27, n°1, 1985, p. 17-31.
- PAUGAM Serge et al., « Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie », *Sociologie*, vol. 2, 2011/4, p. 417-431.
- PENEFF Jean, « La fabrication statistique ou le métier de père », *Sociologie du Travail*, n°2, 1984, p. 195-211.
- PENEFF Jean, « La face cachée d'Urgences. Le feuilleton de la télévision », *Genèses*, vol. 30, n°30, 1998, p.122-145.
- PENEFF Jean, « Mesure et contrôle dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service », *Sociétés contemporaines* n°21, 1995, p. 119-138.
- PENEFF Jean, « Les débuts de l'observation participante ou les premiers sociologues en usine », *Sociologie du Travail*, vol. 31, n°2, 1996, p. 25-44.
- PINELL Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°156-157, 2005, p. 4-36.
- POLLET Gilles, « Analyse des politiques publiques et perspectives théoriques », in FAURE Alain, POLLET Gilles, WARIN Philippe (Dir.), *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques politiques », 1995, p. 133-154.
- PONET Philippe, « La guerre des mondes: de quelques rapports entre univers sociaux différenciés. Le cas des palmarès des hôpitaux », *Politix*, vol. 18, n°72, 2005, p 125-154.
- PONET Philippe, « Les logiques d'une consécration journalistique. L'exemple des 50 meilleurs hôpitaux de France », *Questions de Communication*, n°11, 2007, p. 91-110.
- POUCHELLE Marie-Christine, « Tout compliquer ou quand l'ethnographe interroge la réanimation et son histoire », in GROSCLAUDE Michèle, *La réanimation : histoire des origines*, Paris, Glyphe & Biotem, 2002, p. 313-339.
- PRETOT Xavier, « L'organisation des secours médicaux d'urgence », *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, n°22, 1995, p. 66-76.
- PUDAL Romain, « Ni professionnel, ni bénévole : être pompier volontaire aujourd'hui », *Socio-logos, Revue de l'Association française de sociologie*, 5, 2010.

- PUDAL Romain, « Du "Pioupiou" au "Vieux Sarce" : ethnographie d'une socialisation chez les pompiers », *Politix*, n°93, 2011, p.167-194.
- PUDAL Romain, « La politique à la caserne. Approche ethnographique des rapports à la politique en milieu pompier », *Revue française de science politique*, vol. 61, n°5, 2011, p. 917-944.
- RETIERE Jean-Noël, « Etre sapeur-pompier volontaire. Du dévouement à la compétence », *Genèses*, vol. 16, n°16, 1994, p. 94-113.
- RETIERE Jean-Noël, « La contribution de profanes à l'œuvre de justice », BARTHELEMY Tiphaine, COMBESSIE Philippe et al., *Ethnographies plurielles. Déclinaisons selon les disciplines*, Comité des travaux historiques et scientifiques, Coll. « Orientations et méthodes », n°28, 2014.
- SAINT-ANDRE Jean-Paul, RICHARD Isabelle, « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, 2007/1, p. 65-75.
- SARDAN Jean-Pierre-Olivier (de), « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », in *Les terrains de l'enquête*, n°1, Parenthèses, 1995, p. 71-109.
- SCHWARTZ Olivier, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? », in Nels Anderson, *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, 1993, p. 335-384.
- SCHWEYER François-Xavier, « Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale », in BLOY Géraldine, SCHWEYER François-Xavier (Dir.) *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, Coll. « Métiers santé, social », 2010, p. 379-402.
- SCHWEYER François-Xavier, « Professions de santé », in FASSIN Didier, HAURAY Boris, (Dir.), *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, p. 329-340.
- SCHWEYER François-Xavier, « Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public », in CRESSON Geneviève, SCHWEYER François-Xavier (Dir.), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Editions ENSP, Coll. « Recherche, santé, social », 2000, p. 37-54.
- SUREL Yves, « Les politiques publiques comme paradigme », in FAURE Alain, POLLET Gilles, WARIN Philippe (Dir.), *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques politiques », 1995.
- TAIN Laurence, « Refus des médecins, abandons des couples : quel contrôle pour la pratique de la pratique de procréation assistée? », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n°3, 2005, p. 5-30.
- TURQUET Pascale, « L'obtention d'une couverture complémentaire maladie dans le cadre de l'entreprise », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, n°3, septembre 2006, p. 95-120.
- VASSY Carine, Renard Frédéric, « Quels malades pour l'hôpital public ? Deux stratégies de segmentation », *Annales des Mines*, Coll. « Gérer et comprendre », 1992, p. 29-39.
- VASSY Carine., « Vraies et fausses urgences : comment trier les usagers ? », in CRESSON Geneviève, SCHWEYER François-Xavier (Dir.), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Editions ENSP, Coll. « Recherche, santé, social », 2000, p. 193-212.
- VASSY Carine, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, n°32, 2004, p. 67-74.
- VEDELAGO François, « L'usager comme atout stratégique du changement dans le système de santé », in CRESSON Geneviève, SCHWEYER François-Xavier (Dir.), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Editions ENSP, Coll. « Recherche, santé, social », 2000, p. 55-74.
- WEBER Florence, « L'ethnographie armée par les statistiques », in *Les terrains de l'enquête*, n°1, Parenthèses, 1995, p. 153-165.
- WILLEMEZ Laurent, SURDEZ Muriel, PAVIS Fabienne, CHAMBOREDON Hélène, « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par les sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, vol. 16, n°16, 1994, p. 114-132.

Thèses, mémoires et rapports

BAJOS Nathalie, *Les logiques sociales et institutionnelles de l'aide médicale urgente extra-hospitalière à Paris : analyse de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris et du Samu de Paris*, Thèse de doctorat de Santé Publique. Sous la direction de THEBAUD Annie, Université Paris XI, 1990.

BEREND Pierre-Alain, *Les secours d'urgence en France. Etude économique et propositions concrètes*, Mémoire de l'IEP de Paris. Sous la direction de MORIN Roland, Paris, 1976.

BILLAUD Solène, *Partager avant l'héritage, financer l'hébergement en institution. Enjeux économiques et mobilisations familiales autour de personnes âgées des classes populaires*, Thèse de sociologie. Sous la direction de WEBER Florence, EHESS, 2010.

BLAIS Rosalyne, *Socio-ethnographie du métier d'ambulancier. Ambulancier, un métier au carrefour du transport privé et d'une mission d'intérêt général*, Mémoire de Maîtrise de sociologie. Sous la direction de LAZUECH Gilles, Université de Nantes, 2003.

BOURIAUD Antoine, *Le droit à l'épreuve de l'AMU*, Mémoire de Master 2 recherche en droit social et droit de la santé. Sous la direction de CADEAU Emmanuel, Université de Nantes, 2005.

CARDE Estelle, *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Etude en France métropolitaine et en Guyane française*, Thèse de doctorat de Santé publique option sociologie. Sous la direction de FASSIN Didier, Université Paris XI, 2006.

CHEVRIER Stéphane, DARTIGUENAVE Jean-Yves, *Les sapeurs-pompiers volontaires en France. La place et le rôle des sapeurs-pompiers volontaires dans l'encadrement des SDIS en France. Une approche sociologique*, Lares, Rapport final, Direction de la Défense et de la Sécurité Civile, INESC, FNSPF, mars 2000, 81 p.

CHEVRIER Stéphane, DARTIGUENAVE Jean-Yves, *Les sapeurs-pompiers volontaires en France. Le tissu associatif des sapeurs-pompiers volontaires en France. Le rôle des amicales au sein des corps*, vol. 2, MANA-Lares, Direction de la Défense et de la Sécurité Civile, INESC, FNSPF, janvier 2001, 74 p.

CHEVRIER Stéphane, *Quels rôles peut-on attribuer aux centres de première intervention non intégrés. Enquête sociologique*, Rapport final, INESC/IHESI, septembre 2001, 28 p.

CHEVRIER Stéphane, DARTIGUENAVE Jean-Yves, *Les sapeurs-pompiers volontaires en France. Les sapeurs-pompiers volontaires de moins de 30 ans*, vol.3, Rapport final, MANA-Lares, Direction de la Défense et de la Sécurité Civile, INESC, FNSPF, janvier 2002, 50 p.

COUSTEAUX Anne-Sophie, *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, thèse de doctorat de science politique. Sous la direction CHENU Alain, IEP Paris, 2011.

COUSIN Marie-Thérèse, *Contribution à l'histoire de l'anesthésie-réanimation en France*, Thèse de doctorat de Sciences historiques et philologiques, sous la direction du Professeur GOUVERITCH Danielle, [président de jury Maurice CARA], École pratique des hautes études, Paris, 2004.

DANET François, *La quête de professionnalisation de la médecine d'urgence*, Thèse de doctorat de psychologie. Sous la direction de LHUILIER Dominique, Université Paris 7 Denis Diderot, 2006.

DEPLAUDE Marc-Olivier, *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, Thèse de doctorat de science politique. Sous la direction de GAXIE Daniel, Université Panthéon-Sorbonne Paris, 2007.

CAMUS Agnès, DODIER Nicolas, *L'intérêt pour les patients à l'entrée de l'hôpital. Enquête sociologique dans un service d'urgences médicales*, Rapport pour le plan urbain et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Paris, CERMES, GSPM, 1994, 141 p.

ESTEVES Michel, *Les urgences dans une clinique privée des Bouches-du-Rhône*, Mémoire de maîtrise de sociologie. Sous la direction de PENEFF Jean, Université de Provence, 1998.

FASSIN Didier, COUILLOT Marie-Françoise, VASSY Carine et al., *La question sociale à l'hôpital. Urgences et précarité en Seine Saint-Denis*, CRESPI, Coll. « Les rapports d'étude du Cresp », Juin 2001, 320 p.

GENTIL Stéphanie, *Gérer l'événement dans un contexte d'industrialisation des soins une approche par l'activité de la coordination au bloc opératoire*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion. Sous la direction de DETCHESSAHAR Mathieu , LEMNA, Université de Nantes, 2012.

GREVIN Anouk, *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail. L'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Etude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée à but lucratif malades de « gestionnites »*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion. Sous la direction de DETCHESSAHAR Mathieu, Université de Nantes, LEMNA, Institut d'Economie et de Management de Nantes (IEMN-IAE), 2011.

HAMONOU Denise, *Organisation des départements d'anesthésie-réanimation*, Thèse de doctorat Économie et administration des entreprises, Rennes, 1975.

KANZARI Ryad, *Les sapeurs-pompiers, une identité temporelle de métier*, Thèse de doctorat de sociologie. Sous la direction de THOEMMES Jens, Université Toulouse Le Mirail, 2008.

MOREAU Régis, *Les accidents de la route en France de 1968 à 1992*, Mémoire de maîtrise fondamentale de sociologie. Sous la direction de CAM Pierre, Université de Nantes, 1998.

MOREL Sylvie, *Les logiques individuelles de l'engagement bénévole. L'exemple des bénévoles de la Croix-Rouge française*, Mémoire de Maîtrise de sociologie. Sous la direction de RETIERE Jean-Noël, Université de Nantes, 2004.

MOREL Sylvie, *Socio-histoire des services civils du secours mobile d'urgence individuelle (1930-1975) : Genèse d'une cause commune ? Volontaires, bénévoles et professionnels ; Institutions publiques, associations, entreprises privées*, Mémoire de Master 2 recherche. Sous la double direction de SUAUD Charles, RETIERE Jean-Noël, Université de Nantes, 2005.

MOREL Sylvie, *Comparaison statistique des patients des urgences médicales publiques et privées. Pratiques d'appel, motifs de recours, trajectoire sanitaire d'urgence et profil socio-démographique*, Rapport d'enquête, Mars 2008.

PARIZOT Isabelle, *Soigner les Pauvres. Rapports sociaux et identités dans les associations humanitaires et le secteur hospitalier*, Thèse de doctorat de sociologie. Sous la direction de PAUGAM Serge, Institut d'études politiques, Paris, 2000.

RICHEUX Jean-Yves, *Les caractéristique de l'Aide médicale urgente depuis la réforme de 1986. Etude générale et application locale*, Mémoire de maîtrise de droit, Université de Nantes, 1992.

ROHART Ludovic, *Le sapeur-pompier. Technicien du risque*, DEA mention Science politique, Université Lille 2, septembre 1997.

ROHART Ludovic, *La représentation politique et professionnelle des Sapeurs-Pompiers de la troisième République à nos jours. Contribution à la sociologie politique des groupes professionnels*, Thèse de doctorat de sociologie. Sous la direction de SAWICKY Frédéric, Université Lille 2, 2005.

ROSSIN Evelyne, *La chaîne de l'urgence médico-hospitalière parisienne*, Mémoire de D.E.A de sociologie. Sous la direction FRIEDBER Erhard, IEP Paris, 1999.

VIDAL Claude, *Développer les hommes par les compétences pour développer le volontariat, vers de nouvelles limites du volontariat. Evaluation, prospective et avenir du volontariat chez les sapeurs-pompiers*, Thèse de doctorat, spécialité Sciences de l'Education. Sous la direction de JORRO Anne, Université Toulouse Le Mirail, 2009.

WANECK Charles-Antoine, *Le 15 contre le 18. Histoire de l'urgence médicale (1965-1979)*, Master de recherche en histoire. Sous la direction de ROSENTAL Paul-André, I.E.P. Paris, 2012.

Bibliographie spécialisée

Ouvrages

- BROC André-Pierre, *La protection civile*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », 1977.
- BURLET Michel, *Batailles pour le SAMU. Entretiens avec Louis Lareng*, Toulouse, Editions Milan, 1995.
- CART-TANNEUR Philippe, LESTANG Jean-Claude, *Sapeurs-pompiers de France*, B.I.P./SOLO, 1988.
- DAUXOIS Jacqueline, ANDRONIKOF Marc, *Médecin aux urgences*, Paris, Editions du Rocher, 2005.
- DURAND DE BOUSINGEN Denis, *Histoire de la médecine et des secours routiers. Des hommes, des techniques, des combats*, Editions Beauchesne, 2010.
- DYE Vincent, *La sécurité civile en France*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », 1995.
- DEVILLE Joan (Dir.), *Le feu sacré. La grande histoire des sapeurs-pompiers*, Editions Ouest-France, 1994.
- EMMANUELLI Xavier, *Médecine et secours d'urgence*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », 1979.
- EMMANUELLI Xavier, EMMANUELLI Julien, *Au secours de la vie. La médecine d'urgence*, Paris, Gallimard, Coll. « Découvertes », 1996.
- FONTANELLA Jean-Michel, AMMIRATI Ch., et al., *Les Samu-centre 15. Organisation, activités, techniques de régulation médicale, éléments historiques*, SFEM Editions, Coll. « Médecine d'Urgence SAMU », 1998.
- GARAY Alain, PELLOUX Patrick (Dir.), *Urgences, médecine et droit*, Editions ENSP, 2001.
- HUGUENARD Pierre, *Mes combats pour la vie. Du maquis au SAMU*, Editions Albin Michel, 1981.
- LA COUSSAYE Jean-Emmanuel (de), *Les urgences préhospitalières, organisation et prise en charge*, Paris, Editions Masson, Coll. « Pratique en anesthésie, réanimation, urgences », 2003.
- LEMAIRE Jean-François, *Les accidents de la route*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », 1975
- MANEVY Jean V., *J'ai vécu avec les SAMU*, Paris, Editions France-Loisirs, 1981.
- PELLOUX Patrick., *Urgentiste*, Paris, Fayard, Coll. « Littérature générale », 2004.
- PELLOUX Patrick., *Histoires d'urgence*, Le Cherche Midi, 2007.
- PELLOUX Patrick., *Urgence pour l'hôpital*, Le Cherche midi, 2008.
- POIRSON-SICRE Sandrine, *La médecine d'urgence pré-hospitalière à travers l'histoire*, Glyphe & Biotem, Coll. « Société, histoire et médecine », 2000.
- VASSEUR Véronique, *L'hôpital en danger*, Editions Flammarion, Coll. « DOCS TEMOIGNAG », 2005.

Articles et contributions

- Adnet F., Lapandry Cl., Lapostolle F., « Comparaison des systèmes d'urgences préhospitaliers en France, en Europe et aux Etats-Unis », LA COUSSAYE Jean-Emmanuel (de), *Les urgences préhospitalières, organisation et prise en charge*, Paris, Editions Masson, Coll. « Pratique en anesthésie, réanimation, urgences », 2003, p.101-116.
- ARNOULD Marie-Laure, VIDAL Guillaume, « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », DREES, *Etudes et Résultats*, n°663, octobre 2008.
- AUVRAY Laurence, DOUSSIN Anne, LE FUR Philippe, « Santé, soins et protection sociale 2002. Enquête sur la santé et la protection sociale France 2002 », CREDES, *Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé*, Décembre 2003.

- BAUBEAU Dominique, DEVILLE Annie, et *al.*, « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », DREES, *Etudes et Résultats*, n°72, juillet 2000.
- BERTHOD-WURMSER Marianne, « Inégalités, précarité : vers une nouvelle approche de la connaissance », in *Les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002*, Paris, La Documentation Française, 2002, p. 493-501.
- BESSIN Christophe, CAREL Didier, LUCAS-GABRIELLI Véronique, TONNELIER François, « L'accès aux soins en milieu rural », in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°29, 1999/12, p. 23-25.
- BOISGUERIN Bénédicte, « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005 », Drees, *Etudes et Résultats*, n°512, août 2006.
- BOTTO E., CETTOUR-BARON Gérard, et *al.*, « L'Urgence hospitalière extra-muros: Service d'aide médicale urgente (S.A.M.U.), service mobile d'urgence et de réanimation (S.M.U.R.) », *La Revue hospitalière de France*, vol. 6, 1979, p. 241-276.
- BOUREAU Jacques, « La réanimation des accidentés n'est-elle pas une tâche d'anesthésiologiste? », *Anesth Analg*, Paris, 1956, 13, p. 546-549.
- BRAU François, « Un bilan des bilans : la conduite des travaux préparatoires aux SROS dans les régions françaises » in VIGNERON Emmanuel, BRAU François, « Approches géographiques de la planification sanitaire, concepts et méthodes », *Cahiers Géos*, n°33, 1996, Université P. Valéry, Montpellier, p. 31-47.
- BREUIL-GENIER Pascale, « Généraliste puis spécialiste: un parcours peu fréquent », *Insee première*, n°709, avril 2000.
- BRUN Nicolas, « Les urgences : point de vue des usagers », in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, « Urgences et demandes de soins en urgence. Quelle prise en charge ? », n°52, septembre 2005, p. 58-59.
- BRUNET F. et *al.*, « Le Service d'Accueil des Urgences : un nouveau concept pour une réforme », *Bulletin Académique Nationale de Médecine*, vol. 184, n°2, 2000, p.379-402.
- CARRASCO Valérie, BAUBEAU Dominique, « Les SAMU et services mobiles d'urgence et de réanimation en 1998 », *Document de travail, Collection Statistique*, n°19, mai 2000, DREES.
- CARRASCO Valérie, BAUBEAU Dominique, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Etudes et Résultats*, n°215, janvier 2003.
- CARRASCO Valérie, BAUBEAU Dominique, « Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale », *Etudes et Résultats*, n°212, janvier 2003, DREES.
- CARRASCO Valérie, « L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passage », *Etudes et Résultats*, n°524, septembre 2006, DREES.
- CETTOUR-BARON Gérard, « Les services d'aide médicale urgente... à la recherche d'une loi », *Techniques hospitalières*, n°487, 1986, p. 49-62.
- CETTOUR-BARON Gérard, « Les transports sanitaires de l'application des articles L 51-1 et L 51-3 du Code de la Santé publique concernant les transports sanitaires aux sapeurs-pompiers et aux services d'ambulances hospitalières », *La revue hospitalière de France*, n°331, mai 1980.
- CHANTELOUP Monique « Généralisation des centres 15 : en 1990, 80% des SAMU sont dotés du numéro 15 », *Informations Rapides, SESI*, n°18, 1992/04, 4p.
- CHANTELOUP Monique, JALLET Françoise, « La prise en charge de l'urgence », *Solidarité Santé, Etudes et Statistiques*, n°2, avril-juin 1993, p. 81-87.
- CHANTELOUP Monique, « La prise en charge de l'urgence à l'hôpital, 1997 », *Solidarité Santé, Etudes et Statistiques*, n°2, avril-juin 1997, p. 107-116.
- CHANTELOUP Monique, « Les services d'aide médicale urgente (SAMU) : un doublement en six ans », *Informations Rapides, SESI*, 1998/09 (101), 4p

- CHANTELOUP Monique, GADEL Georges, « Les appels d'urgence au centre 15 », Drees, *Etudes et Résultats*, n°55, mars 2000.
- CHEVALIER Pascale, MASSINON Viviane, « Les passages aux urgences en Pays de la Loire en 2006 », *Informations statistiques*, n°301, mai 2008.
- CHEVREUIL Sébastien, « Manager l'implication du volontaire : le cas des sapeurs-pompiers », *Revue internationale de psychologie*, vol. XVI, 2010/40, p. 119-141.
- COLLET Marc, MENAHEM Georges et al., « Précarité, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits », *Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé*, n°63, janvier 2003, 4p.
- COLLET Marc, GOUYON Marie, « Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale », *Etudes et Résultats*, DREES, n°607, novembre 2007.
- CORVEZ Alain, VIGNERON Emmanuel, « Pistes de réflexion pour l'action » in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, « Santé publique et aménagement du territoire », n°29, décembre 1999, p. 20-22.
- DEVREAU Michel, CROZATIER Michel, « L'organisation des transports », in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, « Urgences et demandes de soins en urgences. Quelle prise en charge ? », n°52, Septembre 2005, p. 38-40.
- DRIEU C., BRIQUET E., LETEURTRE H., « Un réseau d'aide médicale urgente pour la Normandie », *Gestions hospitalières*, n°351, décembre 1995, p. 757-763.
- HELARY Jean-Pierre, « L'autre versant de la technique: Le retour à la relation humaine", in « L'hôpital à vif. L'état des lieux », *Autrement*, n°109, p. 41-47.
- JEAN Olivier, « Les passages aux urgences en 2005 », DRASS Pays de la Loire, Service Etudes et Statistiques, *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n°41, avril 2007.
- KIHL Jean-Paul, « Les sapeurs-pompiers en France », *Regards sur l'actualité*, n°259, La Documentation Française, mars 2000, p. 43-54.
- LARENG Louis, « Les médecins face à l'urgence pré-hospitalière », *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, n°22, 1995, p. 36-46.
- GOUYON Marie, LABARTHE Géraldine, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats », *Etudes et Résultats*, DREES, n°471, mars 2006.
- GOUYON Marie, « Les urgences en médecine générale », Document de travail, Drees, n°94-avril 2006.
- GOUYON Marie, « Les recours aux médecins urgentistes de ville », *Etudes et Résultats*, DREES, n°480, avril 2006.
- GUYOMAR Christine, « Evolution du partage de clientèle entre hôpital et clinique », Solidarité Santé, *Etudes statistiques*, n°2, 1997.
- KAMBIA-CHOPIN Bidénam, PERRONNIN Marc, PIERRE Aurélie, ROCHEREAU Thierry, « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 2006 », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°132, mai 2008.
- LANG Thierry et al., « Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction de "dispensaires" », *Revue médicale de l'assurance maladie*, n°3, 1998, p.72-78.
- LARDE Philippe, PAIX Yves « Les inégalités territoriales d'accès aux soins dans la perspective des SROS de 3^{ème} génération », XXVIIèmes Journées des économistes français de la santé, « Approches économiques et inégalités de santé », Paris 17-18 juin 2004.
- LENOIR Daniel, « Assurance-maladie. Un dilemme difficile », *Etudes*, n°4065, mai 2007, p. 605-614.
- LUCAS-GABRIELLI Véronique, TONNELIER François, « Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités », *Données sociales*, Paris, Insee, 1996, p. 259-264.

- LUCAS-GABRIELLI Véronique, TONNELIER François, CHABRUN-ROBERT C., « Les nouvelles inégalités géographiques d'accès aux soins », *Le Concours Médical*, 1996, p. 1409-1412.
- LUCAS Véronique, TONNELIER François, « Les indicateurs de santé en milieux urbains et zones rurales aujourd'hui » in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°19, juin 1997, p. 15-20.
- LUCAS Véronique, TONNELIER François, « Santé et milieu rural – Une démarche exploratoire menée par trois Urcam : Urcam Franche-Comté, Urcam Aquitaine, Urcam Languedoc-Roussillon », CCMSA, CREDES, 2002/09, 90p.
- MANTZ Jean-Marie, « Maladies en voie de disparition (diphthérie, poliomyélite, tétanos, avortements septiques) », in GOULON Maurice (Dir.), *La réanimation : naissance et développement d'un concept*, Editions Maloine, 2004, p. 19-37.
- MARICAL François, DE SAINT POL Thibaut, « La complémentaire santé: une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *Insee Première*, n°1142, juin 2007.
- MIZRAHI Andrée, MIZRAHI Arié, « Les inégalités d'accès aux soins », *Prévenir*, "Inégalités, Santé, Excursions", 1995/28, p. 7-18.
- MIZRAHI Andrée, MIZRAHI Arié, « Les comportements et les pratiques des usagers du système de soins », *Arguments socio-économiques pour la santé (ARgSES)*, 1999.
- MIZRAHI Andrée, MIZRAHI Arié, « Accès aux soins de spécialistes », *Arguments socio-économiques pour la santé (ARgSES)*, 2003.
- MORMICHE Pierre, « Consommation médicale: les disparités sociales n'ont pas disparu », *Economie et Statistique*, n°199, vol. 189, 1986, p. 19-38.
- MORMICHE Pierre, « Pratiques culturelles, profession et consommation médicale », *Economie et Statistique*, n°199, vol. 189, 1986, p. 39-50.
- MORMICHE Pierre, « Les disparités de recours aux soins en 1991 », *Economie et Statistique*, n°265, vol. 265, 1993, p. 45-52.
- PELLERIN Denys (Pr), « Organisation préhospitalière des Urgences », *Bulletin académique national de médecine*, 1995, 199, p. 1823-1833.
- PESLIN N. *et al.*, « Evaluation d'une nouvelle offre de soins: la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes », S.F.S.P., *Santé Publique*, vol. 13, 2001/4, p. 349-357.
- POTEL Gilles, « Le grand retour de la médecine polyvalente », *Santé Pays de la Loire*, n°58, nov/déc 2004.
- POTEL Gilles, « Les urgences et après ? Le problème de l'aval des services d'urgence », in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, « Urgences et demandes de soins en urgence. Quelle prise en charge ? », n°52, septembre 2005, p. 55-57.
- RAYNAUD Denis, « Les déterminants individuels des dépenses de santé: l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », DREES, *Etudes et Résultats*, n°378, février 2005, 11p.
- REVEL Myriam, « L'organisation de la prise en charge des urgences », in *Actualité et Dossier en Santé publique* « Urgences et demandes de soins en urgences. Quelle prise en charge », n°52, septembre 2005, p. 27-29.
- SCHMAUCH Jean-François, « L'organisation des sapeurs-pompiers dans 25 pays d'Europe », *Revue Sécurité. Revue de Préventive*, n°10, volume 2, Janvier-Février, 1994.
- SCHMAUCH Jean-François, « Essai sur les services de secours et de lutte contre l'incendie dans 19 pays d'Europe », EDI 18, Collection « Documents », 2000.
- SOULIER E., GRENIER C., LEWKOWICZ M., « La crise du médecin généraliste: une approche cognitive de la profession », *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, vol. 37, n°2, avril/juin 2006.

STEG Adolphe, « Les experts médicaux : à propos des rapports sur les urgences », in DURAND-ZALESKI Isabelle, *Politiques de santé en France : quelle légitimité pour quels décideurs ?*, Médecine-Science Flammarion, Paris, 1997.

STEG Adolphe, « La restructuration des urgences, un impératif de sécurité », *Bulletin Académique National de médecine*, 1994, 178 (8), p. 1475-1492.

STEG Adolphe, « Urgences hospitalières : problèmes socio-économiques », *Bulletin Académique National de médecine*, 1991, 175 (3), p. 421-426.

Syndicat national de l'aide médicale urgente (SNAMU), « Le point de vue sur l'aide médicale urgente », *Gestions hospitalières*, 1985, vol. 245, p. 309-314.

TONNELIER François, « Accès aux soins : inégalités géographiques et justice sociale » *International Journal of Bioethic*, VII, n° 2, 1996, p. 94-98.

TONNELIER François, "Approches géographiques de la planification sanitaire. II. Applications". *Cahiers Géos*, n° 33, Université P. Valéry, Montpellier, 1996, 72 p.

TUFFREAU François, « Les urgences hospitalières de plus en plus attractives », *Actualité Santé Pays de la Loire*, n°38, décembre 2000, p. 2-6.

TUFFREAU François, « Urgences : le grand retour de la médecine polyvalente », *Santé Pays de la Loire*, 2004, n°58, p. 3-5.

Thèses et mémoires

ALAIN Claudie, *Les femmes médecins généralistes/médecins de famille exerçant en milieu rural et semi-rural font-elles leurs gardes ? A partir d'une enquête prospective menée auprès de l'ensemble des femmes médecin généraliste/médecin de famille exerçant en milieu rural et semi-rural des départements de Loire-Atlantique et de Vendée*, Thèse de doctorat de médecine. Sous la direction de LE MAUFF Pierre, Université de Nantes, 2002.

BELLIER Jean-Dominique, *Les secours sanitaires d'urgence préhospitaliers en France et en Angleterre : état des lieux, organisation et fonctionnement en Ille et Vilaine et dans le West country*, Thèse de doctorat de médecine. Sous la direction de BRAJEUL Jean-Paul, Université Rennes I, 2001.

FAIVRE Isabelle, *Bilan et intérêt de l'activité opérationnelle des médecins généralistes sapeurs-pompier dans le domaine du secours à personne en Loire-Atlantique*, Thèse de doctorat de médecine générale, Sous la direction de SENAND Rémy, Université de Nantes, 2003.

HERNANDES Stéphane, *Département médecine urgences de Châteaubriant : justification, intérêts et limites*, Thèse de doctorat de médecine. Sous la direction de GRAAL Jean-Yves, Université de Nantes, 2003.

KRICHI Najib, *Contribution à l'étude des secours d'urgence extra-hospitaliers à partir de l'exemple du Maroc et de différents pays*, Thèse de doctorat de médecine, Université Hassan II, Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, 1987.

RENAUD David, *Zones blanches en Pays de la Loire : état des lieux et perspectives*, Thèse de doctorat de médecine. Sous la direction de BERTHIER Frédéric, Université de Nantes, 2003.

TREWICK David, *Aide médicale urgente : comparaison du système français (Nantes) au système britannique (Southampton) au travers de deux pathologies cibles : l'arrêt cardio-respiratoire et la douleur thoracique, d'origine cardiaque, extra-hospitaliers mise en œuvre du protocole*, Thèse de doctorat de médecine. Sous la direction de BERTHIER Frédéric, Université de Nantes, 2000.

Etudes et Rapports publics

- BARRIER Geneviève, *Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences*, Paris, 1994.
- BERLAND Yvon, GAUSSERON Thierry, *Mission démographie des professions de santé*, Paris, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, décembre 2002.
- BERLAND Yvon, *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Paris, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, octobre 2003.
- BERLAND Yvon, *Commission démographie médicale*, Paris, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, mai 2005.
- COLOMBIER Georges, *La prise en charge des urgences médicales*, Rapport d'information n°3672, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 février 2007.
- Comité des transports sanitaires associant les représentants des structures de médecine d'urgence, des transporteurs sanitaires et des établissements de santé, la DHOS et la CNAMTS, *Organisation de la réponse ambulancière à l'urgence hospitalière. Référentiel commun*, avril 2009.
- DESCOURS Charles, *La permanence des soins*, Rapport remis à J-F MATTEI, ministre de la santé, le 22 janvier 2003.
- ESPINOZA Pierre, *Les urgences : une observation de santé publique pour quelle assurance qualité ?*, Rapport, Paris, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 1995, 20p.
- FERRY Luc, *Rapport de la Commission « Ambition Volontariat »*, Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, mai 2010.
- FNAA&FNAP, *Le livre Blanc des ambulanciers*, mars 2007.
- FOURNIER Jean-Paul, *Sapeurs-Pompiers : état des lieux et réflexion prospective sur l'avenir du volontariat*, Ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, avril 2003.
- FOURNIER Jean-Paul, *La Mission volontariat. Les principales propositions*, Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles, Communications, septembre 2003.
- FRANCHET F., *Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale adulte à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville*, Rapport final, Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées, Toulouse, 2004.
- GRALL Jean-Yves, *Les Maisons Médicales de Garde*, Ministère de la santé et des solidarités, Juillet 2006.
- LALANDE Françoise et al., *Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, septembre 2003.
- LUCAS Jacques, et al., *L'exercice médical face à la permanence des soins*, Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des médecins. Juin 2001
- RAINHORN Jean-Daniel, GREMY François, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, HCSP, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Rapport remis en février 1998.
- STEG Adolphe, *L'urgence médicale*, Rapport du Conseil Economique et Social, Paris, 1985, 240 p.
- STEG Adolphe, *L'urgence à l'hôpital*, Rapport du Conseil Economique et Social, Paris, 1989, 92 p.
- STEG Adolphe, *La médicalisation des urgences*, rapport de la commission nationale de restructuration des urgences, Paris, 1993, 77 p.
- DIEDERICHS Olivier, PAULOT Jean-Marie et al., *Secours à personne*, IGAS, juin 2006.
- UNOF (Union nationale des omnipraticiens français), Livre blanc, *Organisation de la PDS en médecine libérale*, Rapport pour la Conférence des Présidents des U.R.M.E.L, juillet 2001.
- URCAM Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, CREDES, MSA, *Le projet Santé et milieu rural. Point de situation en 2002, « Vivre et comment agir en milieu rural »*, avril 2002, 12 p.

URMEL, *Livre blanc sur l'organisation de la permanence des soins*, Rapport pour la Conférence des Présidents des URMEL, juillet 2001.

VIVIEN Eric, RANNER Gauthier, *Comparatif de formations des ambulanciers en Europe*, UNAH-France, 2004.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	4
Remerciements.....	7
Sigles.....	9
Avant-propos.....	11
Introduction	13
1. Du sujet de société médiatique à l'objet d'étude sociologique.....	13
2. L'état des savoirs sur l' « urgence sanitaire ».....	19
3. Présentation de la problématique.....	29
4. Retour réflexif et critique sur une recherche : Un récit d'enquête autobiographique et méthodologique.....	31
5. D'un problème géographique à une question de sociologie des professions.....	38
6. Une extension pertinente de la problématique ? L'inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence.....	47
7. Plan de la thèse	50
PREMIERE PARTIE SOCIOLOGIE D'UNE QUESTION TERRITORIALE DE SANTE PUBLIQUE : « L'ACCES AUX SOINS D'URGENCE ».....	53
CHAPITRE I. LA CONSTRUCTION MEDICALE DU PROBLEME D'INEGALITE GEOGRAPHIQUE DANS L'ACCES AUX SOINS D'URGENCE.....	59
1. COMMENT S'EST FORGE LE PRINCIPE DE MEDICALISATION DES SECOURS ? LA CONSTRUCTION SOCIALE D'UNE SINGULARITE FRANÇAISE.....	64
1.1. Genèse et segmentation de l'anesthésie-réanimation française.	64
1.1.1. L'épidémie de poliomyélite : La création et le développement des transports « secondaires » .	66
1.1.2. La médicalisation des « accidents de la route »: Une lutte définitionnelle autour du problème - Santé publique versus Protection civile	72
1.1.3. L'institutionnalisation des smur ou la politisation d'un enjeu politico-corporatiste.....	81
1.2. La lutte pour le monopole de l'offre de soins d'urgence « médicale » : « santé publique » versus « Secours routier ».....	87
1.2.1. « Le 15 contre le 18 » : Quand l'argument de la « qualité » s'oppose à celui de la « proximité » des soins d'urgence.....	87
1.2.2. La loi de 1986 : Le choix en faveur de « l'idéologie » médico-hospitalière	94
1.2.3. La colère de la FNSPF : « Nous refusons d'être sous la coupe d'un toubib »	97
2. LA PROBLEMATISATION POLITIQUE DE LA QUESTION D'INEGALITE GEOGRAPHIQUE DANS L'ACCES AUX SOINS D'URGENCE HOSPITALIERS.....	99

2.1. La « restructuration » des services d'urgences hospitaliers.....	100
2.1.1. La concentration médicale versus proximité.....	101
2.1.2. La publicisation du problème : De la « restructuration » au « scandale » des urgences.....	102
2.2. La « force instituante » du scandale des urgences : de l'alerte à la réforme de « restructuration » des urgences	109
2.2.1. Un problème d'expert : Le rapport de 1993	109
2.2.2. La politisation de la « restructuration » : « Une urgence de santé publique »	112
2.3. Les médecins généralistes et l'urgence « pré-hospitalière ».....	114
2.3.1. La définition politico-administrative de la question des urgences médicales « préhospitalières » : La « permanence des soins »	114
2.3.2. L'urgence « médicale » en milieu rural : Médecins Samu contre Médecins pompiers	118
2.3.3. Le meilleur système d'urgence médicale au monde ? Entre mythe et réalité.....	121
3. LA POLITISATION DE LA QUESTION DE L'INEGALITE TERRITORIALE DANS L'ACCES AUX SOINS (D'URGENCE) EN FRANCE	124
3.1. La rencontre entre géographie et santé	124
3.1.1. Un retard français ?.....	125
3.1.2. L'ouverture du débat sur les urgences aux géographes	127
3.1.3. L'effet canicule : la problématisation politique de la question de l'accès à l'offre de soins d'urgence libérale.....	131
3.2. Le versant « libéral » de l'approche médicale du problème d'accès aux soins d'urgence : la « permanence des soins »	132
3.2.1. Les médecins généralistes et l'urgence : Une question ancienne	132
3.2.2. Une repolisation de l'offre de soins de premier recours.....	137
Conclusion.....	145
CHAPITRE II. LES SAPEURS-POMPIERS ET LE TERRITOIRE. LA PROXIMITE GEOGRAPHIQUE COMME GARANTIE D'UNE EGALITE D'ACCES AU « SECOURS A PERSONNE ».....	147
1. L'ORGANISATION GEOGRAPHIQUE DES SAPEURS-POMPIERS : FORCE ET FAIBLESSES DE LA LOGIQUE COMMUNALE.....	152
1.1. Une logique d'implantation communale : entre humeurs politiques locales et initiatives individuelles.....	152
1.1.1. Un « ancrage localiste » et une répartition inégalitaire dès ses origines.....	152
1.1.2. Départementaliser pour réduire les inégalités géographiques.....	154
1.2. La problématisation politique de l'organisation des « secours aux civils ».....	156
1.2.1. De l'incendie des Nouvelles Galeries à la « Défense passive »: L'émergence factice de la question des secours aux civils	156
1.2.2. La genèse de la politique publique de « protection des civils ».....	158

1.2.3. L'enjeu de la départementalisation des sapeurs-pompiers : pallier les lacunes d'une organisation communale inégalitaire	161
2. UNE POLITIQUE D'EXTENSION DU « TERRITOIRE » DES COMPETENCES (1960-1990)	164
2.1. Des « soldats du feu » aux « techniciens secouristes »	165
2.1.1. « Tous les sapeurs-pompiers doivent être secouristes » : L'alliance avec les associations de secourisme.....	165
2.1.2. L'autonomisation de la FNSPF en matière de secourisme	168
2.2. L'élaboration concurrente de deux politiques publiques d'urgence sanitaire	173
2.2.1. La « guerre » du 15 contre le 18	173
2.2.2. La loi de 1987 : Une politique offensive de médicalisation du « Secours à personne »	178
2.3. La problématisation politique de la question de l'inégalité territoriale : une restructuration menée au nom de l'égalité des citoyens devant les secours	181
2.3.1. Des SDACR à la réforme de départementalisation des secours	181
2.3.2. Les limites de la réforme de départementalisation : l'impact sur le volontariat	184
3. QUAND PROXIMITE NE RIME PAS AVEC ACCESSIBILITE ! L'ENJEU DU VOLONTARIAT	189
3.1. L'émergence publique du problème du « volontariat » au tournant des années 1990	190
3.1.1. Une interprétation du problème en termes de manque de « disponibilité »	190
3.1.2. Une « crise de recrutement »?	194
3.1.3. Une double crise de « désengagement »	197
3.2. L'enjeu du discours de la crise: l'hégémonie dans le domaine du secours en France	202
3.2.1. Le volet volontariat de la loi de départementalisation: l'enjeu des effectifs	203
3.2.2. « Les sapeurs-pompiers sont en mesure de créer le service de secours public de l'an 2000 » : l'enjeu de la médicalisation des secours	206
Conclusion.....	215
 CHAPITRE III. DU DEVANT DE LA SCENE AUX « COULISSES ». LA FACE CACHEE DU SYSTEME D'URGENCE SANITAIRE FRANÇAIS.....	
221	
1. LES AMBULANCIERS PRIVES : LES « INVISIBLES » DU CHAMP DE L'URGENCE SANITAIRE.....	225
1.1. Des transporteurs-soigneurs	226
1.1.1. Un statut juridique ambigu	226
1.1.2. Un métier aux contours flou	230
1.2. Une identité professionnelle instable.....	234
1.2.1. Un faible poids syndical	234
1.2.2. Une position subordonnée dans le champ de la santé.....	238
1.2.3. Un simple emploi et moins souvent une « vocation » : un « groupe professionnel » aux profils hétérogènes	245

1.3. De l'évitement du « sale boulot » à la recherche d'une légitimité sociale	250
1.3.1. Quelques ruses d'évitement du « sale boulot »	250
1.3.2 L'enjeu des transports sanitaires d'urgence : la quête d'une légitimité sociale	253
2. L'EXPERIENCE DU PROBLEME : ENJEUX ET CONFLITS AUTOUR DES TERRITOIRES DE COMPETENCES	257
2.1. Les limites du principe de médicalisation des soins d'urgence	257
2.1.1. L'impasse de la politique de permanence des soins	257
2.1.2. « C'est le système médical qui est en cause ! » : Une autre vision des SMUR	262
2.2. L'épreuve de la comparaison internationale : le « meilleur système d'urgence au monde ! ». Du mythe à la réalité.	267
2.2.1. La promotion publique de l'exception française ou la fabrique médicale d'un mythe	267
2.2.2. L'envers du décor : les limites du système d'urgence médical français	271
2.2.3. L'ambulancier « paramedics » : un professionnel de santé reconnu en Europe et outre- atlantique	276
2.2.4. Vers un changement de référentiel ? La paramédicalisation du système d'urgence sanitaire français	282
Conclusion	289

**DEUXIEME PARTIE SOCIOLOGIE D'UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE :
UN ACCES AUX SOINS D'URGENCE A PLUSIEURS « VITESSES » SOCIALES EN
FRANCE**

1. Etat de la littérature	295
2. Enjeu de ce travail	301

**CHAPITRE IV. ENQUETER LES PATIENTS DES « URGENCES ». CHRONIQUE D'UNE
DOUBLE ENQUETE STATISTIQUE**

1. DE LA RECHERCHE DE STATISTIQUES INSTITUTIONNELLES	306
1.1 Etat des lieux critique des sources institutionnelles	306
1.1.1. Les apports des statistiques nationales	306
1.1.2. Limites des sources nationales : les enjeux politiques et corporatistes du problème de « l'engorgement des services d'urgence »	311
1.2. Des données institutionnelles locales	315
1.2.1. L'apport des sources chiffrées locales	315
2. A LA PRODUCTION DE MES PROPRES DONNEES	317
2.1. L'élaboration du protocole d'enquête	317
2.1.1. La construction du questionnaire	317
2.1.2. Le choix de la population enquêtée	319

2.1.3. Un infléchissement de l'hypothèse de départ ?	323
3. SORTIR DE L'HOPITAL	324
3.1. L'ouverture d'un second terrain	324
3.1.1. Saisir relationnellement l'accès aux urgences	324
3.1.2. L'entrée dans les services : de l'ambulancière à la sociologue	327
4. A L'AISE DANS LE SERVICE: L'ENQUETE EN BLOUSE BLANCHE	330
4.1. Une passation facilitée par l'acquisition d'une double compétence pratique : sociologue et ambulancière.....	330
4.1.1. Endosser un rôle : aide-soignante pour enquêter	331
4.1.2. Aux urgences publiques : l'ambulancière « au secours » de la sociologue.....	334
4.1.3. Des conditions d'enquête « idéales » au service d'urgence privé	339
Conclusion.....	341
CHAPITRE V. ETHNOGRAPHIES COMPAREES DES SERVICES D'URGENCE PUBLIC ET PRIVE.....	343
1. DANS LE SERVICE D'URGENCE PUBLIC	344
1.1. Une médecine accessible à tous.....	344
1.1.1. Un service visible et ouvert à la population	344
1.1.2. L'accueil des patients	347
1.2. Le principe d'accès aux soins pour tous à l'épreuve des pratiques : le tri des patients à l'entrée des urgences.....	350
1.2.1. Les résidus du rôle social de l'hôpital	350
1.2.2. Les pratiques de réorientations « actives » et « passives »	353
2. DANS LE SERVICE D'URGENCE PRIVE	361
2.1. Une médecine « commerciale » ?.....	361
2.1.1. Un service hébergé dans une clinique privée à but lucratif	361
2.1.2. Un accueil (s)électif ?	366
2.1.3. La prise en charge médicale.....	373
2.2. Les pratiques d'accueil : quels sont les critères de recrutement des patients ?	378
2.2.1. Les critères « organisationnels »	378
2.2.2. L'usage inapproprié du service par les « médecins de ville »	382
2.2.3. Les contraintes organisationnelles : admettre des patients « rentables » pour la clinique	386
Conclusion.....	391
CHAPITRE VI. « DE L'OMNIBUS AU JET PRIVE ». DES SOINS D'URGENCE A PLUSIEURS « VITESSES » SOCIALES.....	393
1. DES MODES DIFFERENTIELS DE RECRUTEMENT.....	395
1.1. Les pratiques de recours aux soins d'urgences	395

1.1.1. Des patients aux pratiques d'appel contrastées	395
1.1.2. Le lieu où se déroule l'intervention influence-t-il les pratiques de recours des patients ? ...	398
1.2. Patients du privé, patients du public : des réseaux d'adressage distincts?.....	402
1.2.1. Qui a décidé de l'orientation des patients dans l'un ou l'autre service?.....	402
1.2.2. Quelles sont les logiques médicales d'adressage aux services d'urgence?.....	406
2. COMPARAISON DES PROFILS SOCIO-PATHOLOGIQUES DES PATIENTS DES URGENCES PRIVEES ET PUBLIQUES	411
2.1. Les patients des urgences de la clinique sont-ils plus autonomes d'un point de vue sanitaire.....	411
2.1.1. Les malades des urgences : la problématique des personnes âgées.	411
2.1.2. Le logement des patients : un indicateur d'autonomie ?	415
2.2. Recrutement social selon la destination.....	421
2.2.1. Qui sont les patients inactifs des urgences privées et publiques ?	422
2.2.2. Qui sont les actifs des deux services ?	426
2.3. Les profils pathologiques des patients des deux services	428
2.3.1. Situation des patients au regard du motif de venue et de la couverture sanitaire.....	428
3. DES DESTINEES SINGULIERES SOCIALEMENT MARQUEES	433
3.1. Pathologie et conditions sociales.....	433
3.1.1. Des classes populaires plus ou moins « respectables ».....	433
3.1.2. Des classes moyennes et supérieures intégrées et/ou à problème	438
3.2. Quelle jeunesse aux urgences?.....	445
3.2.1. Quel est le profil social des jeunes des deux services ?	446
3.2.2. Profil socio-sanitaire des jeunes des deux services : type de couverture sanitaire et motif de venue.....	449
Conclusion.....	454
CONCLUSION GENERALE	463
1. L'urgence « malade de ses médecins » ?.....	463
2. Limites et perspectives de recherche	469
BIBLIOGRAPHIE	473
TABLE DES MATIERES.....	493
ANNEXES.....	499

ANNEXES

1- QUESTIONNAIRE

Numéro de questionnaire :

Date & Heure d'arrivée dans le service :

1) Date de naissance :

2) Sexe : Masculin Féminin

3) Nationalité :

4) Domicile

- Logement
- Maison de retraite
- Centre d'hébergement, CCAS
- Sans domicile
- Autre (*précisez*)

5) De quelle commune arrivez-vous ?

6) Comment êtes-vous arrivé dans le service ?

- A pied, à vélo Ambulances privée (*nom del'entreprise*)
- Transports en commun Sapeurs-pompiers (*nom de la caserne*)
- Voiture particulière Smur
- Taxi Helismur
- Police
- Gendarmerie

7) Avez-vous appelé un médecin en première intention pour répondre à votre problème ?

- Oui Non

8) Si oui, êtes-vous parvenu à le joindre ?

- Oui Non

8a) Si oui, est-ce qu'il y a eu

8b) Si non, pourquoi

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Une consultation au cabinet | <input type="checkbox"/> Absent |
| <input type="checkbox"/> Une consultation au domicile | <input type="checkbox"/> Ligne occupée |
| <input type="checkbox"/> Une consultation téléphonique | <input type="checkbox"/> Surchargé |
| <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) | <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) |

9) Si vous n'avez pas essayé de joindre un médecin, Pourquoi ?

.....

10) Si vous n'avez pas essayé de joindre un médecin qui avez-vous appelé en première intention ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Personne | <input type="checkbox"/> Médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> SOS médecin | <input type="checkbox"/> Ambulances privée (<i>Quelle entreprise</i>) |
| <input type="checkbox"/> Samu | <input type="checkbox"/> Sapeurs-pompiers (<i>Quelle caserne</i>) |
| <input type="checkbox"/> Police/gendarmerie | <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste de garde | |

11) Etes-vous régulièrement suivi par le même médecin ?

- Oui Non

12) Qui vous a adressé aux urgences de l'hôpital ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vient de lui-même | <input type="checkbox"/> Le Samu social |
| <input type="checkbox"/> Sa famille ou ses amis | <input type="checkbox"/> Médecins du monde |
| <input type="checkbox"/> Son médecin traitant | <input type="checkbox"/> La police |
| <input type="checkbox"/> Le médecin de garde | <input type="checkbox"/> La gendarmerie |
| <input type="checkbox"/> SOS médecins | <input type="checkbox"/> La PASS ¹ |
| <input type="checkbox"/> Le Samu (15) | <input type="checkbox"/> Autre (<i>Précisez</i>) |

13) Quelle est votre couverture maladie (*plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assurance maladie | <input type="checkbox"/> AME |
| <input type="checkbox"/> Mutuelle ou assurance complémentaire | <input type="checkbox"/> aucune |
| <input type="checkbox"/> CMU | <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) |
| <input type="checkbox"/> CMU complémentaire | |

¹ Permanence d'accès aux soins de santé

14) Quelle est votre situation professionnelle :

- Etudiant
- Exerce une activité professionnelle à temps plein (*précisez la profession*)
- Exerce une activité professionnelle à temps partiel (*précisez la profession*)
- Intérimaire (*précisez la profession*)
- Au chômage(*précisez l'ancienne profession*)
- En invalidité ou longue maladie
- Retraité (*précisez l'ancienne profession*)

15) Etes-vous venu accompagné par des proches :

- Oui
- Non

16) Etes-vous déjà venus aux urgences ?

- Oui
- Non

17) Pour quel motif et dans quelles circonstances êtes-vous venu à l'hôpital ?

.....
.....

18) Entre le moment où vous avez appelé les « secours » et leur arrivée, il s'est écoulé :

- Moins de 20 minutes
- Entre 20 et 40 minutes
- Entre 40 min et une heure
- Plus d'une heure

19) Où a eu lieu l'intervention des « secours » ?

- Domicile
- Lieu de travail
- Autres (*précisez*)
- Voie publique
- Maison de retraite
- Lieu public
- Cabinet médical

20) Cotation

- Vert
- Jaune
- Orange
- Rouge

2- LE MANIFESTE DE LA FNSPF



Sauver le secours à personnes Manifeste de la FNSPF

**Argumentaire médiatique
Septembre 2007**



1°) Le secours à personnes va mal en France.

Les SP le constatent tous les jours sur le terrain, car ils sont les 1ers acteurs du secours aux côtés des victimes avec 2,8 millions d'interventions.

Le problème : les moyens sont là, mais l'organisation est technocratique et confuse, ce qui entraîne des dysfonctionnements au détriment des victimes (de manière générale, l'allongement des délais de réponse aux appels au secours et des délais d'interventions, voire parfois des décès).

2°) La cause du problème ?

On mélange tout, les missions comme les acteurs. Par exemple, on demande aux SP d'effectuer de simples transports entre hôpitaux à la place des ambulanciers, alors que ces mêmes ambulanciers prétendent développer leurs activités et faire du secours routier ! C'est la voie ouverte à la privatisation du secours !

3°) Ce que veulent les sapeurs-pompiers

Les SP pensent que l'on peut faire mieux, à coût égal. Après une large enquête de terrain, nous formulons 24 propositions concrètes pour sauver le secours à personnes dans un manifeste que nous remettrons au Président de la République samedi 29 septembre.

Le fondement de nos propositions réside dans la distinction du secours et du soin. Ce sont des missions et donc des compétences bien différentes, et tout le monde ne peut pas prétendre tout faire. Le soin relève de l'hôpital bien sûr, mais la responsabilité des secours doit être laissée aux spécialistes de l'urgence que sont les sapeurs-pompiers, car ils en ont les moyens et les compétences, notamment 6000 médecins et 4000 infirmiers spécialement formés.

Ils doivent pouvoir le faire sans être sans cesse entravés dans leur action par une toute puissante régulation du centre 15 sous prétexte qu'un médecin assis derrière un téléphone peut et doit tout décider mieux que les urgentistes présents sur place au chevet du malade. Surtout quand on doit faire face à un grave manque de médecins dans le pays, et que l'on sait que leur présence n'est nécessaire que dans 5% des interventions de secours d'urgence.

Quel est le problème ? Pourquoi les sapeurs-pompiers sont-ils mécontents ?

Comment s'exprime le mécontentement de la population ?

Les sapeurs-pompiers, 1ers acteurs du secours à personnes (2,8 millions d'interventions par an, 70% de leur activité) constatent chaque jour sur le terrain les dysfonctionnements d'une organisation complexe et dépassée qui

- Gêne la rapidité et l'efficacité des secours apportés aux victimes,
 - mécontente la population, qui l'exprime en direct lors des interventions
- + exemples régulièrement soulevés par les médias, voire qui font l'objet de procédures judiciaires.

Quelles en sont les causes ?

- la régulation préalable et systématique,
- l'augmentation des sollicitations (demande de sécurité, manque de médecins...),
- la multiplication des acteurs aux missions mal définies les unes par rapport aux autres,
- une organisation désormais mal adaptée à la réalité.

Que demandez-vous ? / Que voulez vous ? Que proposez-vous ?

Les sapeurs-pompiers, 1^{ers} acteurs du secours à personnes (2,8 millions d'interventions par an, 70% de leur activité...). Qu'on nous laisse libres et responsables de faire ce que nous savons très bien faire : sauver les gens ! La preuve : 97% de satisfaction de la population dans tous les sondages.

+ à développer en fonction du temps disponible (cf messages principaux)

Pourquoi s'exprimer maintenant ?

FNSPF alertée de manière de plus en plus pressante par le terrain – Elle a procédé à une enquête nationale en 2007, puis en a fait la synthèse, publiée à l'occasion de ce grand rendez-vous qu'est le Congrès.

Le constat est d'ailleurs partagé, puisque plusieurs rapports officiels ont également été réalisés sur le sujet ces derniers mois.

Pourquoi vous ?

En quoi les sapeurs-pompiers seraient-ils plus légitimes sur ce sujet que les médecins / l'hôpital ?

Pourquoi ne pas plutôt développer les moyens du centre 15 et du Samu ?

Les sapeurs-pompiers, 1ers acteurs du SECOURS à personnes (2,8 millions d'interventions par an, 70% de leur activité...), au plus près du terrain, disposent d'atouts uniques (maillage, effectifs, équipes médicales, savoir-faire spécialisés, coût raisonnable...) et distribuent des secours publics gratuits au nom de l'Etat. A différencier des acteurs de la SANTE que sont l'hôpital et le Samu, qu'il convient de recentrer sur sa mission première : gérer la permanence des soins et l'orientation des victimes vers l'hôpital + déjà de grandes difficultés dans ce domaine, qu'il faudrait veiller à solutionner et au contraire à ne pas répandre par contagion dans le domaine des secours d'urgence.

Quelles seront les prochaines étapes ?

L'Etat doit assumer son rôle et clarifier qui fait quoi. Nous comptons bien exercer une pression amicale pour que les lois et les règles évoluent. Concrètement, nous allons rencontrer les représentants du gouvernement et les élus très prochainement. Nous avons aussi sollicité des rencontres avec les principaux acteurs concernés, pour leur présenter notre Manifeste et engager le débat.

La pénurie de médecins et d'infirmiers ne touchera-t-elle pas aussi les sapeurs-pompiers ?

Les sapeurs-pompiers comptent parmi eux plus de 6000 médecins et 4000 infirmiers, pour la plupart volontaires, spécialistes de l'urgence, disponibles 24h/24 au plus près de la population. Bien sûr, il faut préserver cette force exceptionnelle. Le nombre d'infirmiers ne cesse d'augmenter. Par ailleurs, sachant que le médecin n'est indispensable que dans 5% des cas, nous préconisons la mise en place d'une réponse graduée en fonction de la situation, c'est-à-dire que les sauveteurs puissent effectuer des gestes paramédicaux définis à l'avance par protocole selon leur compétence, qu'ils soient secouriste, chef d'équipe ou encore infirmier.

N'est-ce pas là un discours corporatiste ?

Nous sommes conscients qu'en demandant une plus large autonomie pour les sapeurs-pompiers, certains nous accuseront de corporatisme. Soit parce qu'ils n'auront rien compris, soit parce qu'ils auront intérêt à noyer le débat. Ce discours est tenu dans l'intérêt général, celui de la population. Il faut l'écouter et la comprendre.

N'êtes vous pas en train de rallumer l'éternelle guerre entre rouges et blancs ?

C'est une vue manichéenne des rapports sociaux : dénoncer ce qui ne va pas n'est pas faire la guerre. Il s'agit de pointer du doigt les problèmes d'organisation qui touchent tous les acteurs concernés, et bien sûr les victimes, vers qui toutes nos propositions sont tournées. Même si nous avons des propositions divergentes, les acteurs du SECOURS que sont les sapeurs-pompiers et les acteurs du SOIN que sont l'hôpital et le samu doivent bien sûr travailler ensemble. Nous sommes tous d'accord au moins sur une chose : ça ne va pas bien et il faut agir rapidement.

Ce que vous proposez, c'est la disparition du Samu ?

NON. Dans la pratique, le Samu prétend régir à distance, par téléphone, jusqu'au déroulement des opérations de secours qu'il ne peut mener lui-même sur le terrain car il n'en a ni les moyens ni toujours le savoir-faire. Plutôt que tout le monde fasse un peu de tout, nous demandons que chacun se concentre sur une mission bien définie.

Quel serait alors le rôle des autres acteurs ?

Avez-vous consulté / quel est l'avis des autres acteurs sur le sujet ?

Nous avons sollicité des rencontres avec les principaux acteurs concernés, pour leur présenter notre Manifeste et engager le débat. Comme les sapeurs-pompiers, tous les autres acteurs subissent eux aussi les problèmes d'organisation que nous pointons du doigt et même si nous avons des propositions divergentes, nous sommes tous d'accord au moins sur une chose : ça ne va pas bien et il faut agir rapidement. Plutôt que tout le monde fasse un peu de tout, il faut que chacun se concentre de manière efficace sur sa mission et son domaine de compétence.

Est-il plus facile de joindre le 18 que le 15 ?

Oui, moins d'encombrement, le nombre des stationnaires est en adéquation avec le nombre d'appels, il n'y a pas de saturation sauf cas exceptionnel. Par ailleurs il existe des procédures de débordement en cas de crise.

Situations fréquentes

- un médecin sapeur-pompier, anesthésiste-réanimateur expérimenté, présent sur les lieux d'intervention, doit pour faire transporter la victime à l'hôpital attendre et se soumettre à l'autorisation d'un médecin du Samu... simple interne frais émoulu de l'école.
- les sapeurs-pompiers subissent les insultes de la population (voire sont sifflés par les spectateurs à leur arrivée dans un stade de football dans une commune des Pyrénées) à leur arrivée sur place une heure ou plus après l'appel des secours. En réalité, le centre 15 ne les a contactés que quelques minutes plus tôt, constatant que les autres moyens n'étaient pas disponibles ou que l'ambulance privée initialement prévue n'arrivait pas.
- le Samu fait intervenir en premier lieu les sapeurs-pompiers pendant plusieurs heures avant de finalement faire appel à un ambulancier privé, et donc payé, pour assurer le transport vers l'hôpital (ex : tentative de suicide par pendaison en Dordogne - 2007).
- le Samu demande systématiquement aux SP des bilans téléphoniques ; ainsi le CTA Codis n'a plus suivi de l'opération et ne peut donc pas envoyer son SSSM en renforts. A contrario, le Samu n'envoie son médecin qu'en cas de détresse vitale. Conclusion : pour une jambe cassée par exemple, la victime est transportée sans médicalisation.

Seine et Marne, 2007

- . Accident grave sur autoroute au Sud de Paris. . Par anticipation, un hélicoptère de la sécurité civile se pose sur place.
 - . 1 victime polytraumatisée nécessite un transport dans un hôpital spécialisé, qui se trouve à 2h de route ou 12mn de vol. Au vu de son état, le médecin SP présent sur place autorise son transport par l'hélicoptère déjà présent sur place.
 - . Le centre 15, dont l'autorisation est sollicitée par téléphone, refuse et exige un transfert par route.
- Résultat : suite à un embouteillage, le transfert dure 3h au lieu de 12mn. Séquelles pour la victime ?

Manche, 2007

- Un livreur de pizza est brûlé au second degré sur les jambes suite à un accident de motocyclette. Les sapeurs-pompiers présents sur l'intervention décident de le transporter à l'hôpital sans attendre l'autorisation du centre 15, injoignable par radio ou téléphone.
- Le Samu se plaint auprès de la Préfecture pour non respect de la procédure.

Vosges, novembre 2006

- . Un jeune homme de 32 ans souffre de maux de tête
 - . 1^{er} appel au centre 15 – celui-ci envoie un ambulancier privé. Dans l'attente, la victime perd conscience
 - . 2nd appel au centre 15 : la famille demande l'intervention des sapeurs-pompiers. Le centre 15 refuse.
 - . 3^{ème} appel au centre 15 : 25 minutes après, arrivée de l'ambulancier qui sollicite un SMUR – nouveau refus du centre 15 qui demande à l'ambulancier de transporter lui-même la victime à l'hôpital.
- Conséquence : suite à rupture d'anévrisme non traité à temps, la victime est handicapée à vie.

Cuen, 2004

- Une personne âgée chute et se brise le fémur dans un jardin public.
 - Le centre 15 décide l'envoi d'un ambulancier privé.
- Temps d'attente : 45 minutes, alors qu'un centre de secours sapeurs-pompiers se situait à 20m de là.

Cher, 2002 ou 2003

- Plusieurs appels désespérés d'un enfant au 18 pour son père. Le 18 transmet chaque fois au 15 (obligation car malade à domicile). Le 15 opère chaque fois un transfert vers le médecin généraliste de garde... obstinément sur répondeur.
- Résultat : décès sans secours. Tout cela à quelques centaines de mètres du centre de secours des pompiers volontaires de la commune, lequel dispose d'un VSAV.

Var, Barjols

- Une octogénaire a du être amputée d'une jambe pour n'avoir pu être opérée qu'au terme de 5h d'attente et de pérégrinations.

1°) Maillage du territoire (CIS + effectifs) : proximité, rapidité, connaissance du terrain et de la population (seuls avec la Poste)

2°) Compétence médicale d'urgence (rien à envier au Samu) : médecins, infirmiers, formation, matériel etc...

3°) Savoir-faire uniques : capable de vous secourir partout en toutes circonstances (tôle, milieux périlleux etc...) + continuité logique opérationnelle de l'intervention pour résoudre une situation dans son ensemble (ex : victime incarcérée, victime au cœur de l'incendie...).

4°) Implication historique de facto des sapeurs-pompiers dans le SAP.

→ les SP sont les seuls / les mieux placés pour répondre à la demande de secours, mais pour le faire efficacement dans l'intérêt de la population il faut clarifier les missions, réorganiser le dispositif et utiliser les moyens de la Nation avec discernement.

5°) Compétence légale : loi du 3 mai 2005 art.2

La distribution des secours relève du pouvoir de police relève du maire et du préfet et donc des sapeurs-pompiers.

Activité

3 800 000 interventions / an - soit 1 toutes les 8 secondes
dont 2,8 millions SAP *contre 650 000 pour le Samu*
soit 70% des interventions et + 180% en 10 ans
5% des interventions seulement nécessitent une médicalisation

et 19 millions d'appels / an *contre 21 millions pour le 15*

Effectifs

252 000 sapeurs-pompiers
dont 80% SPV
dont 11 000 / 5% SSSM (dont 6000 médecins et 4000 infirmiers)
61 000 généralistes
5500 ambulanciers privés

Maillage

8100 centres de secours
93% du territoire est couvert par des VSAV à moins de 20mn

Coût

83 € / an / habitant

- *Rapport d'information n° 3672 déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale sur la prise en charge des urgences médicales et présenté par M. Georges Colombier, député (février 2007).*
- *Rapport de la Cour des Comptes relatif aux urgences médicales, 9 janvier 2006.*
- *Mission CULTIAUX de la Cour des Comptes sur les urgences médicales.*
- *Rapport n° 2006 – 029 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de l'Administration (IGA).*
- *Vœu de la Conférence nationale des services d'incendie et de secours (CNSIS) du 11 juillet 2007.*
- *Rapport de la mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins, Dr Jean-Yves Grall (Conseiller général des établissements de Santé) à Mme la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – juillet 2007.*
- *Articles de presse.*

Quelles questions sont posées par le journaliste ? que lui répondre ? une mauvaise réponse est-elle possible ? Ces interrogations sont couramment à l'esprit de tout futur interviewé. Mais l'exercice est étonnamment simple à réussir ! Un rappel de quelques usages des médias et l'appui sur des pistes de réponses peut également y contribuer.

L'argumentation

→ Vous vous exprimez en qualité de représentant des sapeurs-pompiers et de l'une de leurs institutions (FNPSF, Udsp...).

Le journaliste utilise votre interview pour présenter une problématique ou illustrer une polémique. Vous devez donc le convaincre, ainsi que le lecteur / spectateur, dans un temps limité, et sans que vos interlocuteurs aient forcément une connaissance du sujet.

Afin de présenter vos arguments de manière percutante, pensez à formuler vos arguments par des phrases courtes, positives et concrètes.

Le témoignage

→ Vous vous exprimez, en qualité de sapeur-pompier bien sûr mais aussi –et surtout- en tant qu'individu.

Le journaliste utilise simplement votre témoignage pour illustrer son sujet afin de le rendre attractif, humain et vivant. Contrairement à une idée trop souvent reçue, il ne cherche pas forcément à « vous piéger ». L'expérience démontre que les questions sont centrées sur le quotidien : les interventions, la formation, l'organisation des gardes, le temps consacré à l'activité, la façon de concilier l'engagement avec sa vie familiale (ou ses études, sa profession)...

Les questions sont donc simples. Elles permettent au journaliste de faire connaître à la population ce qu'elle ignore et ce qui l'intéresse. C'est la raison pour laquelle les questions d'ordre technique, administratif ou financier, sont rarement abordées : il est difficile d'y intéresser le public et ces sujets n'entrent pas dans le cadre du témoignage. Et si, malgré cela, une question de ce type survient, n'hésitez pas à répondre que vous ne maîtrisez pas ces aspects à votre niveau de responsabilité. En revanche, incitez votre interlocuteur à prendre contact avec la FNPSF / le Sdis / l'Udsp qui lui fournira les éléments de réponse. Vous démontrez ainsi la volonté de transparence et l'aptitude à communiquer.

Expression

Rappelez vous que votre interlocuteur n'a aucune culture du secours et des sapeurs-pompiers (même si le journaliste semble en avoir, ce n'est pas le cas de 99% des téléspectateurs ou auditeurs). Faites donc très attention à votre vocabulaire mais surtout plus généralement à la formulation de vos explications : elles doivent pouvoir être comprises sans référence à un contexte ou une culture commune sous jacente.

<i>On ne dit pas (sauf presse spécialisée)</i>	<i>On dit</i>
SSSM	« Service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers », voire « service médical des sapeurs-pompiers » ou « notre service médical », « nos médecins, nos infirmiers sapeurs-pompiers ».
Finances publiques	L'argent du contribuable
SDIS	« direction départementale des services de secours », « direction départementale d'incendie », « direction départementale sapeur-pompier »
CODIS / CTA	Le centre 18, le 18
La régulation	Le centre 15, le 15, le Samu
Chef d'agrès	Chef d'équipe sapeur-pompier, responsable de l'intervention...
SPV, SPP, IDESP	Sapeur-pompier, volontaire, infirmier...
CPI, CIS, CSP, Centre	Centre de secours, caserne
VSAV	Véhicule de secours aux victimes, ambulance de sapeur-pompier
SMUR	Samu, véhicule ou ambulance du Samu
AMU, secours extra hospitalier	Aide médicale urgente, secours d'urgence...
<i>On n'en parle pas du tout : ARH, DHOS, SDACR, SROS, CNSIS, primo-secondaire etc....</i>	

SAUVER LE SECOURS A PERSONNES

**Telle est la priorité urgente
pour laquelle les sapeurs-pompiers de France se mobilisent
à l'occasion de leur Congrès national,
du 26 au 29 septembre à Clermont-Ferrand.**

Les secours à personnes en France vont mal. Fort mal.

Face à un système lourd, coûteux et dépassé, les sapeurs-pompiers de France ont pourtant des solutions afin que chacun puisse, partout, recevoir des secours rapides et efficaces.

Après une vaste enquête de terrain, leurs propositions sont réunies dans un Manifeste pour sauver le secours à personnes qui sera présenté, en particulier à Monsieur Nicolas Sarkozy, président de la République, à l'occasion du Congrès national des sapeurs-pompiers.



Est-il normal qu'une personne âgée attende près d'une heure l'arrivée des secours après s'être cassé le col du fémur dans un jardin public ? Qu'une victime d'un accident de la route passe 3 heures dans une ambulance alors qu'un hélicoptère était prêt à l'acheminer en 12 minutes à l'hôpital ? Qu'un homme décède chez lui d'un malaise cardiaque, faute d'avoir reçu à temps les secours maintes fois appelés par son fils ?

Exagération ou accroche racoleuse ? Malheureusement pas. De tels exemples, les sapeurs-pompiers en recensent de plus en plus nombreux.

Eux, qui réalisent près de 2,8 millions d'interventions de secours à personnes par an¹, sont les premiers confrontés aux multiples dysfonctionnements du système – comme ils sont témoins au quotidien des conséquences parfois dramatiques pour les victimes et du mécontentement grandissant de la population².

Eux, qui ont vu le nombre de leurs interventions de secours à personnes littéralement exploser (+180 % en 12 ans), doivent aujourd'hui tout assurer, de l'urgence vitale aux simples transports entre hôpitaux, dans des conditions d'organisation souvent inéptes, pour pallier aux carences d'un système de soins qui ne peut plus répondre aux besoins des Français.

Que dénoncent-ils ?

Un système défaillant, gangrené par des dogmes et des logiques souvent aberrants, excessivement technocratique et hospitalo-centré, fort coûteux, multipliant les dysfonctionnements (parfois graves)... alors que les moyens sont là qui permettraient de fournir aux Français un service public de bien meilleure qualité.

- La confusion entre les acteurs (publics et privés) et le chevauchement de leurs missions, qui occultent la différence fondamentale entre SECOURS et SOINS (on demande aux sapeurs-pompiers d'assurer de simples transports sanitaires, pendant que les ambulanciers prétendent effectuer des secours routiers...). Ce mélange engendre désordre, perte de temps et perte d'efficacité au détriment des victimes – qui en cas d'urgence ne savent même plus quel numéro appeler !
- En dépit de leurs moyens, de leurs savoir-faire, de leur expérience du secours et de leurs équipes spécialisées (incluant 11 000 médecins et infirmiers), l'action des sapeurs-pompiers sur le terrain reste trop souvent entravée (y compris lorsqu'elle n'apporte aucune valeur ajoutée) par la régulation exercée par le Centre 15, qui ne peut pas juger, contrôler et diriger à distance, par téléphone, la situation d'une victime mieux que le secouriste ou le médecin présent à son chevet !
- On voit dans certaines zones rurales les ambulanciers privés s'immiscer, au prix fort, dans le secours d'urgence et ouvrir ainsi la porte à une transformation du service public de secours en marché ouvert à la concurrence...

¹ Soit 70% de leurs interventions (secours à personnes + secours routier), contre 650 000 interventions par an pour les Samu. Source : statistiques 2006 de la sécurité civile, ministère de l'Intérieur.

² Un constat d'ailleurs partagé : l'Association des maires ruraux de France (AMRF), l'Assemblée des départements de France (ADF), la Conférence nationale des services d'incendie et de secours (CNSIS) se sont exprimées en ce sens ; l'Assemblée Nationale, la Cour des Comptes, l'IGA et l'IGAS... ont publié des rapports sur le sujet.
FNSPF-CN 27/09/2007

Que proposent-ils ?

Forts de leur place de premiers acteurs du secours à personnes, les sapeurs-pompiers de France et leur Fédération sont persuadés qu'il est possible de **faire mieux, à coût égal, avec pour premier critère l'intérêt de la victime.**

Pour cela il faut prendre le problème à bras de corps, vite et sans tabou, avant que le système de secours ne succombe à une asphyxie catastrophique (dont sont déjà victimes l'hôpital et l'ensemble du système de soin).

Ce qu'ils veulent est simple : un dispositif de secours qui garantisse partout et pour tous un accès et une qualité de secours équitables. Pour cela, ils ont formulé 24 propositions concrètes dont voici les principales orientations.

- **Que l'on pense à la victime avant tout autre préoccupation.**
- **La recherche de solutions pragmatiques et de bon sens, souples et adaptables.**
Les problèmes ne sont pas les mêmes en ville et à la campagne, ni dans tous les départements.
→ Il faut notamment admettre la nécessaire fin du dogme du « tout médical » dans un pays qui connaît de graves difficultés à assurer la permanence des soins, et stopper la contagion de ces difficultés vers le domaine des secours d'urgence, alors qu'un médecin n'est nécessaire que dans 5% des interventions de secours à personnes.
- **Une organisation clarifiée, avec des acteurs³ aux missions et compétences bien définies, et des relations fondées sur la complémentarité plutôt que la redondance.**
→ En particulier, il convient de reconnaître les compétences respectives des sapeurs-pompiers dans le domaine du SECOURS et celles du Samu et de l'hôpital dans le domaine du SOIN, deux activités successives (et donc coordonnées) mais bien différentes dans la prise en charge de la victime. Même si un acteur peut contribuer aux actions mises en œuvre par l'autre, chacun doit rester le chef de file du domaine qui lui est propre.
- **Des secours plus rapides et donc plus efficaces, dès la réception de l'appel au secours.**
→ Notamment en déclenchant automatiquement les secours les plus proches (grâce aux 8100 centres de sapeurs-pompiers) dans tous les cas d'urgence – et ce même en cas de doute sur la gravité de la situation. Il sera possible ensuite de compléter et graduer les moyens envoyés en fonction des besoins avérés. Le principe est simple : le doute doit bénéficier à la victime.
→ Mais aussi en facilitant le travail des équipes sur le terrain : durant l'intervention, le contact téléphonique auprès de la régulation du Centre 15 ne doit avoir lieu que lorsqu'il est nécessaire (et non être systématique) ; les demandes de renforts émanant du terrain doivent être automatiquement satisfaites (et non soumises au jugement d'un permanencier au téléphone) ; les compétences et l'autonomie doivent être reconnues (et non l'avis d'une lointaine régulation téléphonique primer sur celui d'un médecin urgentiste présent sur place)...

Soyons clair : il ne s'agit pas de réveiller une soi-disant guerre Blancs/Rouges⁴ mais bien de construire un dispositif moderne, adapté aux réalités d'aujourd'hui, dans l'intérêt général. La route est tracée. Les sapeurs-pompiers sont prêts à s'y engager.



Monsieur Nicolas Sarkozy, Président de la République,
sera accueilli au Congrès national des sapeurs-pompiers
le samedi 29 septembre en fin de matinée à Clermont-Ferrand.

A l'occasion d'un échange d'allocutions avec le Colonel Richard Vignon, Président de la FNSPP, il se verra officiellement remettre le *Manifeste pour sauver le secours à personnes.*

En savoir plus : www.pompiers.fr

³ sapeurs-pompiers, Samu, ambulanciers, associations...

⁴ Santé / Sapeurs-pompiers
FNSPP-CN 27/09/2007



Communiqué de presse
25 septembre 2007

SAUVER LE SECOURS A PERSONNES

**A la veille de l'ouverture de leur Congrès national,
et contre les accusations qui tentent de rabaisser leur démarche d'intérêt public
à une stérile « guerre » de corporations
les sapeurs-pompiers de France réaffirment leur objectif :
sauver un système au bord du gouffre, dans l'intérêt des victimes.**

C'est fidèle à sa tradition et à sa mission fondatrice de contribution au débat public que la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France publie à l'occasion de son 114^e congrès national son manifeste « *Sauver le secours à personnes* ».



Ce manifeste est issu d'une longue et vaste enquête de terrain. Il est le reflet de l'expérience quotidienne des 250 000 sapeurs-pompiers de France, et des quelque 2,8 millions d'interventions par an qui en font les premiers acteurs du secours à personnes⁵ - et les premiers récipiendaires des griefs de la population et des élus locaux qui acceptent de moins en moins l'allongement des délais de réponse à ses appels au secours, dus à l'engorgement croissant des centres 15.

Cette expérience concrète et incomparable leur permet d'affirmer haut et fort pour alerter leurs concitoyens : oui, le système de secours à personnes français est aujourd'hui à bout de souffle ! Il souffre de nombreux et réels dysfonctionnements.

On ne peut pas traiter de la même manière permanence des soins, aide médicale urgente et authentique urgence. Il faut donc se démarquer d'un système qui voudrait imposer à l'urgence de terrain les contraintes et les dogmes de l'hôpital - alors que seuls 5% des interventions de secours à personnes nécessitent un médecin - et qui ainsi dégrade la réactivité et la qualité des secours. **Le seul objectif du manifeste de la FNSPF est donc bel et bien de faire évoluer l'organisation du système pour mieux placer la victime au cœur des préoccupations.**

Il ne s'agit donc pas pour les sapeurs-pompiers de remettre en cause la nécessité des Samu et des Smur mais bien d'intégrer tous les acteurs dans un système réellement adapté au secours de terrain, et de définir clairement les responsabilités. Car le problème réside bien dans l'organisation du système, pas dans l'importance relative des prérogatives de telle ou telle corporation, ni dans la compétence de leurs personnels, liés sur le terrain par leur respect réciproque et leur fraternité de sauveteur (nombre de personnels hospitaliers- y compris médecins -figurent d'ailleurs parmi les rangs des sapeurs-pompiers volontaires).

Enfin, si par un incroyable paradoxe les 1ers acteurs du secours à personnes ne seraient pas aptes à s'exprimer justement et objectivement sur le sujet, soulignons que leur constat est, faut-il le rappeler, largement partagé : par de multiples rapports officiels (Cour des comptes, Assemblée nationale, Santé...), par l'Assemblée des départements de France⁶ (qui a créé un groupe de travail ad hoc et dont le Président viendra s'exprimer devant les sapeurs-pompiers), par la Conférence nationale des services d'incendie et de secours⁷, par l'Association des maires ruraux de France⁸...

⁵ soit 70% de leurs interventions - contre 650 000 pour les Samu-Smur

⁶ ADF - Claudy Lebreton sera présent au Congrès le vendredi 29 septembre à 11h.

⁷ CNSIS (rassemble Etat, élus et sapeurs-pompiers) dans son vœu adopté le 11 juillet 2007

⁸ AMRF (voir notamment le magazine 36000 communes de septembre 2007)

FNSPF-CN 27/09/2007

SAUVER LE SECOURS A PERSONNES

Coût des secours et secret médical : des vérités à rétablir !

La Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France a pris connaissance avec stupéfaction ce matin des déclarations des représentants de l'AMUHF (en particulier monsieur Pelloux) concernant le débat ouvert cette semaine par les sapeurs-pompiers autour de la nécessaire réforme de notre système de secours à personnes.

Face à une démarche relevant de la désinformation et à ce qu'ils considèrent comme des tentatives inacceptables de manipuler l'opinion publique, nous tenons à réaffirmer haut et fort :

Les sapeurs-pompiers ont toujours défendu sans relâche la gratuité des secours

Fiers du service public dont ils ont la charge, les sapeurs-pompiers de France s'attachent sans relâche à en préserver les principes fondateurs :

- la gratuité,
- l'égalité des citoyens.

C'est le monde à l'envers : la Fédération nationale des sapeurs-pompiers se voit obligée de rappeler que dans le domaine du secours à personnes, seules les interventions de sapeurs-pompiers sont gratuites (alors que celles des Samu sont payantes et à charge de la Sécurité sociale, et que la régulation du 15 ne se prive pas de laisser des acteurs privés tels que les ambulanciers empiéter sur le service public).

A titre d'exemple supplémentaire, rappelons qu'il y a quelques mois à peine, la Santé en créant les « médecins correspondant de Samu » n'a fait que recréer, sans aucune concertation, le réseau déjà existant depuis fort longtemps avec les médecins de sapeurs-pompiers volontaires, mais avec une rémunération très supérieure pour la même mission.

Les sapeurs-pompiers sont eux aussi tenus par le secret médical, que ce soit leur personnel du Service de santé et de secours médical (SSSM - 6000 médecins et 4000 infirmiers, des pharmaciens et vétérinaires) , comme tout le personnel qui coopère aux opérations de secours.

En publiant ce Manifeste, les sapeurs-pompiers de France ont souhaité poser des problèmes de fonds, en premier lieu dans l'intérêt des victimes et pour répondre aux besoins de la population.

Plutôt que de leur faire un procès en sorcellerie car ils osent remettre en cause un système par trop dogmatique, les représentants de la Santé seraient bien mieux inspirés de lire les propositions des sapeurs-pompiers afin de contribuer au débat constructif que la FNSPF appelle de ses vœux, préalable à une véritable et nécessaire réforme,

3- LE CHANTIER DES URGENCES

Marisol Touraine lance le chantier des urgences

Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a réuni ce jour le Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH), pour évoquer la mise en œuvre de ses deux priorités : la garantie pour chaque Français d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes et le désengorgement des services d'urgences.

1 - La garantie pour chaque Français d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes :

Afin de concrétiser l'engagement de François Hollande de rendre accessibles pour chaque Français des soins d'urgence à moins de 30 minutes, et sur la base du diagnostic mené par les agences régionales de santé (ARS) et les urgentistes, la Ministre a annoncé trois axes de travail :

3. la mise en place de nouveaux services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ou antennes de SMUR,

4. la rénovation du statut de « médecins correspondants du SAMU », pour inciter des médecins généralistes à rejoindre le dispositif,

5. la coopération entre services d'urgence pour conserver le maillage du territoire et la qualité des prises en charge.

Marisol Touraine a indiqué que ces mesures seraient concertées avec les représentants des élus locaux en novembre, pour une mise en œuvre concrète au début de l'année 2013.

2 - Le désengorgement des services d'urgences :

Marisol Touraine a annoncé vouloir agir à 2 niveaux :

Avant de se rendre aux urgences : faciliter la consultation d'un médecin de ville. L'organisation en équipes des médecins de villes permettra d'accroître les horaires d'ouverture, de prendre en charge les demandes de soins dans des délais raisonnables et d'éviter ainsi tout passage inutile aux urgences. Le PLFSS 2013, en valorisant le travail en équipe dans la rémunération des médecins qui répondront à ces engagements, constitue une 1ère étape de cette politique.

Une fois aux urgences : la réorganisation des services au sein de l'hôpital doit être engagée pour réduire le délai d'attente des patients. Marisol Touraine a indiqué « ne plus vouloir voir des patients attendre des heures sur des brancards dans les couloirs ». Elle a notamment annoncé la priorité donnée à la gestion de lits au sein de l'hôpital.

La Ministre a demandé à l'ensemble de la communauté hospitalière de se mobiliser à ses côtés pour élaborer, avant la fin de l'année, un plan d'action pour les urgences.

Contact presse (cabinet de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé) : Tél. : 01 40 56 60 65.

Le 16 octobre 2012, <http://www.social-sante.gouv.fr>.