



Covid-19 et aménagement du territoire

Appel à contributions du Cercle pour l'aménagement du territoire

Urgences médicales et aménagement du territoire

Sylvie Morel*

Juillet 2020

Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en l'an 2000 a longtemps servi de point d'appui aux pouvoirs publics pour présenter le système de santé français comme « le meilleur système de santé du monde ». Toutefois, au-delà de cette image flatteuse, il convient de ne pas oublier les réserves émises dans ce même rapport en matière d'équité tant sociale que spatiale. Comme l'a confirmé par la suite, en 2002, le rapport du Haut comité de la santé publique¹, la France reste en effet très marquée par des inégalités sociales et spatiales de santé.

Vingt ans plus tard, la pandémie du COVID-19 a permis de mettre en évidence la permanence de ces inégalités et l'importance d'agir dans ce domaine. Dans un discours qui s'est tenu au Collège de France, le 16 avril 2020², le sociologue Didier Fassin a alerté sur l'inégalité des populations face au COVID-19 (« toutes les vies ne se valent à l'évidence pas ») et rappelle les tristes résultats français en matière de mortalité prématurée. Outre la question des inégalités sociales qui a fait l'objet de nombreuses analyses ces derniers mois, la pandémie pose aussi celle des inégalités spatiales d'accès aux soins d'urgence sanitaire. La crise sanitaire a en effet révélé des disparités d'offres de soins de réanimation entre la France et l'Allemagne par exemple : 7 000 lits de réanimation en France contre 25 000 en Allemagne. Cette disparité a été à l'origine des transports sanitaires de patients entre les deux pays. Ces transferts, présentés publiquement comme des « innovations », ont été l'occasion pour le gouvernement de souligner à maintes reprises « l'excellence médicale française » faisant presque oublier qu'ils étaient dus à une pénurie de lits de réanimation. Certains médecins ont par ailleurs souligné les limites de ces transferts médicalisés précisant que d'un point de vue médical, ils sont peu recommandés pour les patients intubés. Parallèlement, dans les services

* **Sylvie Morel**, Maîtresse de conférences en sociologie à l'Université de Nantes, Chercheure au Centre nantais de sociologie (UMR 6025)

¹ Haut comité de la santé publique (2002). La santé en France, 2002, La Documentation française, Paris.

² <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/L-illusion-dangereuse-de-legalite-devant-lepidemie.htm>

du même nom, les soignants se sont organisés pour répondre aux besoins de soins d'urgence. Face à la pénurie de personnel, des médecins ont par exemple enseigné « sur le tas » à des infirmier.e.s, des gestes techniques de réanimation qui relèvent pourtant en France d'un savoir et d'un savoir-faire relevant strictement de la profession médicale.

Ces quelques éléments conduisent à porter notre attention sur le problème des inégalités territoriales dans l'accès aux soins d'urgence en France. En prenant appui sur une recherche menée durant plusieurs années sur le terrain de l'urgence, l'analyse qui suit invite à questionner l'approche française du problème et à envisager des pistes de réflexion alternatives pour réduire ces inégalités³.

Une approche « médico-centrée » du problème

En 2012, à l'aube des élections présidentielles qui ont consacré sa victoire, François Hollande s'engage à « Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015 » portant ainsi dans l'espace public, le problème de l'inégalité territoriale des Français.e.s dans l'accès aux soins d'urgence.

À l'issue de son élection, il lance le « Chantier des urgences » dont les objectifs sont de « Garantir pour chaque Français, dès 2013, un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes et désengorger les services d'urgences⁴ ». Dans la perspective de ce Chantier, le SAMU-Urgences de France, le syndicat des professionnels des structures de médecine d'urgence, organise ses « 1ères Assises de l'Urgence » cinq mois après l'élection présidentielle. L'objectif est d'apporter « leurs réponses aux questions du moment sur l'urgence médicale afin d'offrir aux patients des soins de qualité ». Un mois après ces 1ères Assises et à l'occasion d'une réunion du conseil national des urgences hospitalières, Marisol Touraine lance le « Chantier des urgences ». Elle y promeut des solutions médicales et hospitalières (développement des Structures mobiles d'Urgence et de Réanimation, des Hélicoptères et des Médecins correspondants SAMU) reprenant en tout point les recommandations du SAMU-Urgences de France pour qui, seuls des médecins spécialisés (les urgentistes) peuvent assurer un accès aux soins d'urgence de qualité. L'intervention d'autres professionnels de santé (non médecins) constitueraient selon eux une « perte de chance » pour les patients. Selon cette approche, les compétences en matière de soins d'urgence doivent rester concentrées entre les mains de médecins urgentistes. Pourtant, il importe de rappeler que ces professionnel.le.s sont géographiquement concentrés en ville et dans les services d'urgence hospitaliers. Dès lors, la concentration médicale des « compétences » conduit mécaniquement à une inégalité territoriale dans l'accès aux soins d'urgence de qualité. Loin de souligner ce paradoxe, les pouvoirs publics reprennent l'argumentation du SAMU-Urgences de France et la présentent comme une évidence.

A rebours de ces discours publics, la recherche sociologique encourage à prendre de la distance vis-à-vis de cette approche médico-centrée du problème. En déplaçant le regard vers d'autres pays et d'autres époques, elle invite plus précisément à déconstruire ces évidences naturalistes et essentialistes pour faire émerger de nouvelles voies.

Repenser les relations entre les professionnel.le.s de santé pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins d'urgence

³ Cette analyse a été réalisée par l'auteure dans le cadre d'un doctorat de sociologie : « 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 », 2014, Université de Nantes.

⁴ Le 9 août 2013 <http://sante.gouv.fr>.

La recherche menée auprès des professionnel.le.s du champ de l'urgence sanitaire a permis d'entendre des voix qui restent aujourd'hui largement inaudibles dans l'espace public. Ces professionnel.le.s de terrain enseignent au sociologue ou à toute autre personne à l'écoute de leur expérience, que dans la plupart des autres pays, des actes de soins d'urgence réalisés en France par des médecins, comme poser des perfusions, le sont par des professionnel.le.s de santé non médecins. Il s'agit notamment des ambulanciers *paramedics* qui désigne une profession et ne doit pas être confondu avec l'adjectif français « paramédical ». Un rapport européen mettant en évidence la faiblesse de la formation des ambulanciers dans l'Hexagone entérine les propos de ces professionnel.le.s. Pour ne prendre que l'exemple de la Suisse, il existe dans ce pays deux échelons de formation : le premier de 1.800 heures, le second de 5.000 heures. En France, on oscille entre 70 et 600 heures, c'est pourquoi un segment de la profession ambulancière propose de rapprocher sa formation de celle de leurs homologues suisses, allemands, autrichiens, canadiens, etc. Il convient par ailleurs de préciser que l'analyse des discours de ces professionnel.le.s qu'ils soient médecins, infirmier.e.s ou ambulancier.e.s, montre qu'ils ne se positionnent pas contre le principe de médicalisation mais qu'ils en soulignent les faiblesses, à savoir des délais d'intervention incompatibles avec l'urgence vitale. Pour résoudre ce problème, ils proposent entre autres, de renforcer la formation des ambulancier.e.s français pour la rapprocher du niveau de leurs homologues européens et outre-Atlantique. Ils appellent ainsi à de nouvelles formes de coopérations professionnelles qui permettraient selon eux de sauver plus de vies en apportant aux Français.e.s les soins d'urgence appropriés à leur état grâce à l'intervention rapide de professionnel.le.s mieux formés et répartis de façon plus équitable sur le territoire. En somme, ils proposent une définition alternative du problème des inégalités géographiques : plutôt que de lier ce problème à l'inégale répartition des médecins compétents sur le territoire, ils invitent à porter l'attention sur la question de la répartition des territoires de savoirs et de savoir-faire entre les professionnel.le.s de santé.

La comparaison avec les pays voisins présente donc l'intérêt de faire apparaître la relativité culturelle de la frontière entre acte médical et non médical qui, en France, tend trop souvent à être naturalisée alors qu'elle est le produit d'une construction socio-culturelle. En complément, une analyse socio-historique (comparaison diachronique) du problème montre aussi que cette division médicale du travail sanitaire résulte non pas du seul résultat logique de développements technologiques dans le domaine de l'urgence, mais avant tout de pressions politiques de la profession médicale dominante qui a su imposer sa définition des « compétences » relevant du médical auprès des pouvoirs publics ainsi que sa définition (médicale) du problème de l'inégalité géographique dans l'accès aux soins d'urgence. L'historicisation des catégories d'acte médical ou non médical se révèle elle aussi précieuse pour mettre en évidence leur dimension culturelle, construite et donc politique.

Il est vrai néanmoins que les politiques menées depuis quelques années semblent aller dans le sens d'une reconfiguration des relations entre les professionnel.le.s de santé. En effet, la nécessité de répondre aux multiples défis posés au système de santé a conduit récemment les pouvoirs publics à repenser l'organisation des soins en modifiant le partage des « compétences » entre les médecins et d'autres professionnel.le.s : les infirmier.e.s (pratiques avancées), les sages-femmes, ou encore, les pharmaciens. S'agissant des ambulancier.e.s, encouragés par les pouvoirs publics, ils expérimentent depuis 2015 la télémédecine (lunettes et tablettes connectées) dans certains territoires, en collaboration étroite avec des médecins régulateurs de Samu-Centre 15 dans le cadre de l'urgence préhospitalière (UPH). L'objectif est « d'améliorer la réponse à l'urgence médicale » et de relever le « challenge d'un accès égal aux soins pour tous ». L'usage de ces outils doit permettre de réaliser à distance un premier diagnostic médical précis grâce aux informations télétransmises par l'ambulancier

« connecté » : données cliniques (saturation, tension, etc.) et flux vidéo (plaies, fractures, pâleurs, etc.). La tablette connectée est composée d'un ensemble de « dispositifs médicaux connectés » : tensiomètre, saturomètre, scope, électrocardiographe. Cet outil prévoit ainsi la possibilité pour un ambulancier de réaliser un nouvel acte, l'ECG, jusqu'à présent strictement réservé aux médecins. Sur ce point, il existe néanmoins un clivage interne au groupe des ambulanciers, certains ne souhaitant pas élargir leurs compétences dans ce domaine. Ils avancent la crainte que représente pour eux cette responsabilité. De la même façon, il n'y a pas davantage de consensus au sein de la profession médicale : dans certains départements, les médecins urgentistes refusent cette délégation quand d'autres forment les ambulancier.e.s à la réalisation de l'ECG. Ce type d'acte est alors réalisé sur prescription médicale.

Toutefois, ces « virages numériques et ambulatoires » ne s'accompagnent pas d'un véritable changement culturel dans l'approche française des professions de santé. La lecture des rapports politiques montre qu'il s'agit le plus souvent, comme dans le cas de la télémedecine d'urgence, de « déléguer des gestes techniques » qui étaient considérés jusqu'à présent comme relevant strictement de la formation médicale. Or la notion de « délégation » (« actes délégués », « délégation de tâches », « délégation de compétences ») qui est d'ailleurs régulièrement présentée comme une solution pour « libérer du temps médical », véhicule implicitement l'idée de hiérarchie et ce faisant, maintient voire reproduit l'ordre et la domination médical sur l'ensemble des professions de santé. Par ailleurs, cette « délégation de tâches techniques » s'accompagne rarement de l'enseignement des savoirs qui sous-tendent la réalisation des gestes techniques ainsi délégués puisque, dans les faits, les médecins en restent souvent les « prescripteurs ». Cette absence de savoir lié à la réalisation du « geste technique » ou de la « compétence », peut expliquer en partie les craintes et résistances de certain.e.s ambulancier.e.s et médecins.

Aussi, pour conclure, nous invitons à prendre de la distance avec le médico-centrisme qui caractérise les politiques de santé en France. Cette posture implique de rompre avec le langage dominant utilisé ces dernières décennies pour parler des professions de santé non médicales : les notions de « délégations de tâches » ou de « compétences » doivent laisser leur place à celles de connaissances, de savoir et de savoir-faire. En ce sens, repenser les relations entre les professionnels engage dans le même temps à revenir à une définition des professions de la santé au sens noble du terme, avec leurs cultures professionnelles propres c'est à dire non définies en fonction de la profession médicale comme le traduit l'usage répandu et impensé, du qualificatif français « paramédical ».

* * *