



HAL
open science

Revue Social Science & Medicine Inégalités et discriminations dans l'accès aux soins d'urgence en France

Sylvie Morel

► **To cite this version:**

Sylvie Morel. Revue Social Science & Medicine Inégalités et discriminations dans l'accès aux soins d'urgence en France. Social Science and Medicine, 2019. halshs-02340043

HAL Id: halshs-02340043

<https://shs.hal.science/halshs-02340043>

Submitted on 30 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Revue Social Science & Medicine

Morel Sylvie, docteure en sociologie, CENS, Université de Nantes
Post-doctorante CNRS (Projet MIGSAN), Laboratoire Espaces et Sociétés (UMR 6590),
Université Rennes 2.

Le projet MISGAN (migrants et santé) est financé par l'Agence Nationale de la Recherche et coordonné par Anne-Cécile Hoyez, chercheuse CNRS au laboratoire Espaces et Sociétés (UMR 6590), Université Rennes 2.

<https://migsan.hypotheses.org/>

Inégalités et discriminations dans l'accès aux soins d'urgence en France Ethnographie de trois structures sanitaires et de leurs publics

Keywords : Emergency care, Health access, Discrimination, Inequality, Precarity, Migrants, HIV.

Abstract

Dans l'imaginaire social, l'urgence dite « médicale » n'attend pas car il semble évident, pour tout un chacun, que « sauver des vies » ne se discute pas. Dans le cadre d'un tel consensus social, interroger l'accès aux soins d'urgence au prisme de la discrimination et des inégalités sociales relève de l'impensable. Or ces représentations sociales de l'urgence ne résistent pas à l'enquête ethnographique. Une plongée de plusieurs années dans les coulisses de ce monde révèle en effet qu'il existe, en matière d'urgence, en France, des pratiques de sélection sociale. Plus précisément, cette étude montre que les intérêts médicaux et ceux des établissements de soins qu'ils soient public ou privé, conduisent à produire des filières d'accès aux soins d'urgence socialement différenciées : une filière composée des cliniques privées à but lucratif ; une seconde constituée d'hôpitaux publics ; une troisième filière de « contournement » des services d'urgences ; une dernière enfin, réunissant les structures d'assistance socio-sanitaires. Dans cet article, on souhaite revenir sur les mécanismes concrets de sélection des patients et montrer comment l'organisation des soins d'urgence en France participe à reproduire voire aggraver les inégalités de santé et d'accès aux soins.

1. INTRODUCTION

1.1. Urgence et inégalités

En 1992, Jean Peneff publie le premier ouvrage consacré aux coulisses des services d'urgences publics hospitaliers qui, depuis quelques années, dans un contexte de précarisation de nombreux segments de la société, attirent l'attention des pouvoirs publics (Peneff, 1992). Empruntant à la sociologie du travail et aux concepts forgés par les interactionnistes, il décrit minutieusement les contraintes du travail des soignants, leurs rapports avec les patients et l'hétérogénéité de leurs profils. Sur ce dernier point, il émet une hypothèse qui, toutefois, reste à l'état d'intuition, celle d'une « clientèle » différenciée socialement selon le statut privé ou public du service d'urgence. A sa suite, d'autres sociologues investissent cet objet d'étude le plus souvent à la demande des pouvoirs publics qui veulent comprendre les facteurs à l'origine du problème « d'engorgement » de ces services.

Ces recherches mettent en exergue la situation de « porte-à-faux » (Bessin, 1995) dans laquelle se trouvent ces services 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 » ; 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 contraintes gestionnaires. 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, l'intérêt intellectuel pour la pathologie, l'âge et la couverture sanitaire (Camus et Dodier, 1994). Au regard de ces critères, une partie non négligeable du flux de patients drainé par les urgences intéresse peu les spécialistes : les malades chroniques vieillissant, les alcooliques, les toxicomanes, les sans domicile fixe, les dépressives psychologiques, les migrants en situation irrégulière, les personnes âgées. L'hôpital est donc certes exposé au « social » à travers les urgences, mais il s'en protège en sélectionnant les patients à l'entrée des services spécialisés. A la suite de ces travaux, Marc Bessin a pointé l'inadaptation des réponses apportées par les urgentistes à ces urgences « sociales » qui, conscients de ne pas y répondre efficacement, affirment *in fine* que cela ne relève pas de leur compétence. C'est dans ce contexte que sont progressivement apparues au sein des hôpitaux, des consultations précarité spécialisées dans la prise en charge des « exclus » (Parizot, 2003). En 1986, Médecins sans frontières et Médecins du monde décident d'ailleurs de diriger leurs actions vers la France, en ouvrant des dispensaires (Vassy, 2000, 2004).

1.2. Urgence et précarité : la construction d'une filière de soin spécifique

Parallèlement à ces recherches, les travaux consacrés aux questions de santé et d'accès aux soins des populations précaires font une percée importante (Menoret-Calles, 1997 ; Parizot, 2003 ; Chauvin et Parizot, 2005 ; Carde, 2006, etc.). L'inscription de ce problème sur l'agenda politique au cours des années 1990 s'est traduite notamment par le vote de la loi de lutte contre les exclusions de 1998 qui généralise les consultations précarité, désormais appelées Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), à l'ensemble des hôpitaux. C'est en 1998 également qu'est mis en place le droit au séjour pour soins des étrangers. S'en suit, la loi de 1999 sur la couverture maladie universelle [*Universal Health Cover*] (CMU) et complémentaire (CMU-C) qui permettent respectivement, l'affiliation de l'ensemble des résidents (français et étrangers en situation régulière) à l'assurance maladie sans condition de niveau de ressource et, l'accès à une complémentaire pour une partie de la population en dessous d'un certain plafond de ressources. Enfin, l'aide médicale prend le nom d'aide médicale d'État (AME) [*traduit par State Medical Assistance dans les articles en anglais - it was created as health protection for undocumented migrants*]. It covers all medical treatment resulting from illness or childbirth within tariffs determined by the Social Security. Fees are not paid out in advance. All healthcare professionals are obliged to accept State Medical Assistance beneficiaries. The period of entitlement is one renewable year.

Entre 1998 et 2000, une recherche collective dirigée par Didier Fassin consacre l'un de ses volets à l'étude de cette filière de soin spécialisée dans la prise en charge des patients précaires. Les auteurs de cette étude invitent 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. D'après cette étude, l'encombrement de ces services est 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 Peneff dans son second ouvrage publié en 2000 et consacré, cette fois-ci, aux « malades des urgences » (Peneff, 2000). Il observe, dans les services d'urgence public hospitaliers, une sur-représentation des patients issus des classes populaires ainsi que du bas de la classe moyenne. Puis, s'intéressant aux profils absents de ces services, il déplace son regard pour le porter sur d'autres lieux de prise en charge. 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. Quant à la frange la plus précarisée de la

population, sans couverture sanitaire, elle est orientée (ou s'oriente) vers la « médecine caritative ». Au terme de cette étude, Jean Peneff soumet une hypothèse originale qu'il invite à approfondir par d'autres recherches, celle d'une médecine, non pas à deux, mais à plusieurs vitesses sociales,.

En complément de ces études, d'autres auteurs soulignent qu'en matière d'accès aux soins, l'analyse ne doit pas faire l'économie d'une réflexion sur la question du « non recours » (Warin, 2007) de certains profils de patients et notamment des migrants, aux services d'urgence public hospitaliers. En effet, la présence quasi permanente de la police dissuade les patients en situation irrégulière d'y recourir quand bien même il n'est pas dans les mœurs du personnel de collaborer avec la police (Collet et al., 2003). Ainsi, ces patients sont certes écartés du circuit de droit commun mais ils s'en écartent aussi, parfois d'eux-mêmes, pour de multiples raisons, préférant soit consulter dans des lieux plus adaptés à leur profil ou bien, ne pas recourir aux soins (Parizot, 2003). D'autres études montrent parallèlement 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 (Fassin *et al.*, 2001). Elles soulignent aussi l'entrée en collusion des politiques migratoires et des politiques de santé publique dans les processus d'exclusion ou de discrimination (Carde, 2006 ; Fassin, 1998, 1999) en France, tout comme dans d'autres pays européens. Plus largement, les chercheurs s'accordent aujourd'hui 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 l'accès à la protection sociale des étrangers en situation irrégulière (Izambert, 2014 ; Hoyez, 2011). Ainsi, de fait, la filière d'assistance s'est progressivement institutionnalisée alors que l'objectif de départ était de dénoncer la discrimination, entendue ici comme une distinction de traitement intentionnelle de ces populations en matière d'accès au soin, pour disparaître ensuite du paysage sanitaire.

Dans la lignée de ces travaux, cet article vise à montrer comment l'organisation des soins d'urgence en France participe à reproduire voire aggraver les inégalités de santé et d'accès aux soins. L'analyse se déploie en trois parties et permet de dévoiler les ressorts du processus de production de filières d'accès aux soins d'urgence différenciées socialement ou dit autrement, d'une médecine à plusieurs vitesses sociales. L'analyse comparée de l'organisation de deux services d'urgence, l'un privé, l'autre public, révèle dans un premier temps l'existence de politiques d'accueil différentes, le service d'urgence privé sélectionnant ses patients. L'analyse statistique des profils des patients permet ensuite, non seulement de

confirmer l'existence de pratiques de discrimination à l'entrée des urgences privées, mais aussi de suggérer l'existence de telles pratiques aux urgences hospitalières au regard de l'absence de certains profils de population dans ce service. L'analyse révèle alors que dans un contexte de restriction budgétaire, les professionnels hospitaliers réorientent les populations les plus précaires, et notamment sans couverture sanitaire, vers une filière de soin spécifique d'assistante socio-médicale abordée dans la dernière partie de l'article.

2. METHODS

L'analyse prend appui sur des données issues de deux recherches complémentaires menées à dix ans d'intervalle : la première fut réalisée en 2007 dans le cadre d'une thèse de sociologie consacrée aux inégalités territoriales et sociales dans l'accès aux soins d'urgence en France. La seconde recherche, inscrite dans le cadre du programme MIGSAN, traite des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins des migrants « primo-arrivants » en France.

2.1. Data collection : Ethnographic and statistic studies dans les services d'urgence

L'analyse repose sur la combinaison de trois enquêtes ethnographiques réalisées au sein (i) d'une entreprise privée d'ambulance (ii) d'un service d'urgence public hospitalier puis, (iii) d'un service d'urgence situé dans une clinique privée à but lucratif.

De 2005 à 2011, l'auteure a endossé l'uniforme d'ambulancière dans une entreprise privée de transport sanitaire située en milieu urbain. Cette immersion ethnographique a permis d'observer *in situ* des interventions d'urgence réalisées à la demande du Service d'aide médicale d'urgence (SAMU [*French Emergency Medical Services. French people call the SAMU 15 pour une urgence médicale and the 18 for the firefighters*]) et d'interroger des ambulanciers sur leurs pratiques. Les caractéristiques sociales des patients pris en charge, le type de pathologie étaient également consignés sur le journal de terrain. L'objectif était de saisir les trajectoires d'accès aux soins d'urgences suivies par des patients avant leur arrivé dans le service.

En dépit de l'intérêt qu'a revêtu cette méthode de l'observation « participante » (Peneff, 1996) le faible nombre de cas observé s'est avéré insuffisant pour établir des régularités et vérifier l'hypothèse d'un accès aux soins d'urgence à plusieurs vitesses « sociales ». Les statistiques institutionnelles restant lacunaires (Carrasco et Baubeau, 2003), il m'a fallu produire mes propres chiffres en recourant à l'enquête par questionnaire. Construit à partir de l'expérience acquise sur le terrain ambulancier, il comportait une vingtaine de questions portant d'une part, sur les différentes étapes de la trajectoire sanitaire suivie par les patients en amont des

services d'urgence ; et d'autre part, sur leurs caractéristiques sociodémographiques et sanitaires. Dans le service d'urgence public, l'enquête s'est déroulée au mois de juin 2007 à raison de 2 jours par semaine de 8 heure à 20 heure et, dans le privé, en octobre 2007, trois jours par semaine suivant les mêmes modalités horaires. Au total, l'échantillon était composé de 451 patients soit 215 au service d'urgence public et 236 dans le privé.

La passation du questionnaire a souvent été l'occasion de mener des discussions avec les patients et ce, en particulier aux urgences publiques où l'attente est plus longue. Le personnel des urgences quant à lui n'était pas avare d'anecdotes et sa collaboration lors de l'enquête fut très appréciable. Ces entretiens informels ont permis d'enrichir les questionnaires de données qualitatives. Enfin, l'attente entre deux patients a été mise à profit pour observer l'architecture, le travail des différents professionnels, l'organisation du service, les relations entre les professionnels ainsi que les relations soignants/soignés. L'enquête statistique s'est ainsi doublée d'une enquête ethnographique dans les deux services.

2.2. Data collections : Healthcare professionals and migrants interviews

Cette recherche a débuté en septembre 2017 pour se clore en août 2018. L'objectif était d'une part, de comprendre les expériences de santé et d'accès aux soins du point de vue des populations primo-arrivantes atteintes du VIH-Sida et d'hépatites (B, C) ; et d'autre part, d'analyser les pratiques des professionnels hospitaliers intervenant auprès de ces patients au sein des services de maladies infectieuses. Les questions qui ont guidé notre démarche de recherche étaient les suivantes : Comment la chronicisation de la maladie est-elle vécue par les migrants dans les établissements de soins et à l'extérieur ? Quelles ressources mobilisent-ils au quotidien et dans la perspective d'un mieux-être ? Comment les professionnels hospitaliers prennent en charge les primo-arrivants ? Comment se mobilisent-ils pour assurer la coordination de soins pour des malades aux conditions de vie précaires ? Comment s'articule la prise en charge sanitaire et social ?

Cette étude a été menée par deux sociologues et une géographe dans quatre villes de France. Dans le cadre de l'article, seules les données concernant les patients atteints du VIH-Sida et les professionnels hospitalier d'une seule ville, celle dans laquelle fut réalisée la première recherche, ont été exploitées. Précisons que le service de maladies infectieuses est hébergé dans le même centre hospitalier universitaire (CHU) que le service d'urgence public enquêté dans la première étude. Une approche qualitative et inductive a été retenue afin de recueillir le vécu et les perceptions des enquêtés (patients et professionnels) à partir d'entretiens semi-directifs suivant des grilles élaborées et partagées par toute l'équipe. Quant aux professionnels

hospitaliers, la recherche leur a été présentée lors d'un staff en juillet 2017. Ils étaient recrutés par les Techniciens d'Études Cliniques (TEC) qui, en fonction des disponibilités, fixaient les rendez-vous. Les entretiens se sont déroulés au sein du service de maladies infectieuses.

Au total, l'analyse prend appui sur des entretiens menés auprès de 14 personnes migrantes, 13 étaient des femmes âgées de 27 à 51 ans et principalement originaires d'Afrique de l'ouest ; de 16 professionnels hospitaliers (assistante sociale, psychologue, infectiologues, médecins généralistes vacataires, infirmières d'éducation thérapeutique) exerçant à temps plein ou réalisant des vacations dans le service ; de 4 salariés de l'association locale de lutte contre le VIH et les hépatites (AIDES) et d'un médecin exerçant à la PASS du centre hospitalier.

2.3. Recruitment and sampling

Dans les deux services d'urgence, seuls les patients adultes (âgés de plus de 15 ans et 3 mois selon les critères des établissements) d'une part, et les patients atteints d'une pathologie somatique (et non traumatique) d'autre part, ont été inclus dans l'échantillon. Les personnes entrées dans le service pour une urgence vitale ou bien, les patients relevant d'une pathologie psychiatrique ne leur permettant pas d'exprimer un consentement éclairé, ont été exclu de notre échantillon. Néanmoins, leur venue a été systématiquement consignée dans le journal de terrain. Ces situations étant plutôt rares, leur non inclusion n'a pas impacté la qualité du recueil des données et par suite, des résultats.

La seconde étude portait son attention sur les migrants « primo-arrivant », qualificatif qui selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) « *est appliqué à toute personne étrangère qui arrive pour la première fois en France en provenance de l'étranger [...]* » Étaient donc inclus dans l'étude :

- Les personnes arrivées en France et entrées en contact avec le système de soin (droit commun, associations ou ONG) à partir du dernier trimestre 2016 ;
- Les personnes majeures, de toutes origines nationales hors espace Schengen

L'accès aux personnes a été négocié grâce aux contacts établis avec les professionnels de santé et leur recrutement a été réalisé par les TEC. Ces professionnels « screenaient » les patients à partir d'une base de données médicale en fonction des critères de l'étude MIGSAN. Puis, ils disposaient une note d'information rédigée par les membres de la recherche MIGSAN, dans les dossiers médicaux correspondants. A l'issue de la consultation, le médecin informait le patient de l'étude et ce dernier acceptait ou non d'y participer. Si le patient acceptait, il lui était précisé de se rendre dans le bureau des TEC afin de convenir d'un rendez-vous.

2.4. Ethics and informed consent

Dans les deux recherches, les enquêtés ont été systématiquement informé verbalement des objectifs et du cadre de la recherche. Les données ont été anonymisées en cours de collecte, lors de la saisie, de l'analyse et maintenues confidentielles. Le consentement a été obtenu auprès de chacun des enquêtés avant la passation du questionnaire et les entretiens. Sur le plan éthique, dans le cadre de la première recherche, l'obtention d'une approbation éthique n'a pas été nécessaire, l'accord du chef de service et/ou de la direction de l'établissement ainsi que la garantie du respect des règles déontologiques propres à la recherche en sociologie ayant suffi pour mener ces recherches.

S'agissant de la seconde recherche, l'équipe a travaillé avec un réseau d'interprètes formés pour intervenir dans le domaine de la santé et du social et répondant à une charte déontologique qui fait foi en France. Sur le plan éthique, les chercheurs ont suivi les recommandations relevant de l'institution de rattachement du programme (CNRS). Le protocole de recherche pouvait être soumis, le cas échéant, à des comités éthiques en lien avec les institutions de santé publique. Avant chaque entretien, le chercheur rappelait le cadre et les objectifs de la recherche, le contenu de l'entretien et son enregistrement à des fins de recherche. A l'issue de cette présentation, le consentement du patient ou du professionnel était à nouveau demandé.

2.5. Data analysis

Dans la lignée de la tradition américaine du *Field work* (Olivier De Sardan, J-P., 1995), les données recueillies sur le terrain de l'ambulance ont été systématiquement consignées dans un journal de terrain. Ces matériaux ethnographiques ont ensuite fait l'objet d'une analyse qualitative empruntant largement aux concepts issus de la sociologie du travail et des professions, visant notamment à saisir le rôle des ambulanciers dans le système d'urgence français ainsi que leur perception du métier et de l'organisation des urgences. Au terme de plusieurs années « d'engagement ethnographique » (Cefai, 2010), ce carnet de terrain a aussi constitué un outil précieux pour analyser *a posteriori* la démarche de recherche (Morel, 2018b).

Les données du questionnaire ont été traitées et analysées à partir du logiciel modalisa. L'analyse statistique a consisté pour l'essentiel en tris à plats et tris croisés (Morel, 2014). Quant aux données ethnographiques issues de l'enquête dans ces services, elles ont fait l'objet d'une analyse inductive et thématique inspirée de la Grounded Theory (Barney, Glaser

et Strauss, 1967). Le croisement de l'ensemble de ces matériaux issues de terrains variés et de postures différentes du chercheur sur ces terrains, appelée « technique de triangulation » (Olivier De Sardan 1995 : 92), a permis d'aboutir à l'analyse exposée en partie dans cet article.

La seconde recherche est marquée par une volonté de proposer des études qualitatives sur les expériences de la santé et de l'accès aux soins du point de vue des primo-arrivants et des professionnels de santé. Bien que la catégorie de primo-arrivant soit difficile à borner, elle est utilisée ici car elle revêt un sens pour les professionnels de la santé et de la santé publique. Les particularités des situations ont nécessité d'interroger conjointement les caractéristiques individuelles des personnes, les relations des primo-arrivants aux organisations qui leurs sont dédiées et les caractéristiques de l'environnement ou de l'espace de vie dans lequel ces personnes évoluent. L'ensemble des entretiens a été retranscrit intégralement et a fait l'objet d'une première analyse thématique et inductive. Enfin, la notion de « trajectoire » (Strauss, 1992) (p. 29) se réfère aux chaînes d'organisation des soins. Elle comprend l'organisation de la prise en charge de la maladie par les acteurs impliqués à savoir d'une part, les professionnels de la santé et du social, et d'autre part, le patient et ses proches.

3. RESULTS

3.1. « 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

Au cœur de la ville enquêtée, les « Urgences » hospitalières sont signalées par de multiples panneaux. On y entre par une baie coulissante vitrée qui s'ouvre sur un large hall où se croisent différents publics (soignants, malades, familles, professionnels du transport, etc.). En second plan, se trouve la « salle de tri », lieu où tous les patients arrivent et dont l'ouverture est commandée par un interrupteur situé à l'intérieur de l'« aquarium », terme indigène désignant le local soignant. Une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) procède ensuite au « tri » des patients qu'elle oriente vers les urgences médicales, traumatologiques ou psychiatriques.

Plusieurs fois par jour, la police entraine avec un individu menotté pour se diriger vers une salle réservée aux consultations de gardes à vue appelée le « local police », une présence policière quotidienne qui n'est pas sans poser problème au personnel des urgences.

Il est 6h30, je discute avec l'infirmière d'accueil « Parfois, ils [les policiers] téléphonent en disant : vous pouvez nous prévenir quand untel sortira ? Moi je leur réponds : s'il est en garde

à vue mettez 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 service. » [Carnet de terrain, juin 2007]

Dans ce service, les aides-soignants chargés de l'accueil sont exclusivement des hommes ce qui s'explique tant par les qualités physiques que requiert ce poste pour « brancarder » les patients parfois très corpulents, ou pour gérer les malades agressifs (Arborio, 2001) (p. 261-267), que pour faire face aux multiples conflits survenant dans cet espace frontière entre la ville et l'hôpital. Cette ouverture les expose en effet à une variété de situations génératrices de stress et dont la dangerosité s'accroît la nuit d'où la présence continue de professionnels de la sécurité aux abords du service. Les médecins régulateurs du Samu-Centre 15 orientent d'ailleurs systématiquement les patients ayant des problématiques sociales et/ou psychologiques vers ce service :

« 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 [publiques]. Parce qu'aussi, il faut reconnaître qu'ils sont plus nombreux en personnel de garde, en aide-soignant, 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. A la clinique, ils n'ont pas la police. » [Médecin régulateur au SAMU, SOS médecins, Mars 2007].

Entrons à présent dans le service d'urgence privé qui, étant situé à proximité du CHU, partage avec lui le même bassin de recrutement. Cet établissement à l'architecture moderne est de taille importante - sa capacité est proche de celle du CHU voisin – mais son service d'urgence, qui a ouvert en 2004, est relativement invisible au public : situé à l'arrière de l'établissement, son accès est indiqué par un seul panneau placé à l'entrée de la clinique. On y pénètre par une porte vitrée coulissante dont l'ouverture est automatique en journée et contrôlée par l'aide-soignante de l'accueil durant la nuit. 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. Contrairement à son homologue du public, ce service ne bénéficie pas d'un large hall d'entrée jouant le rôle de sas entre la ville et la zone de travail des professionnels. L'architecture du bâtiment et la présence d'un personnel majoritairement féminin révèlent ainsi que ce service n'a pas été conçu pour accueillir les mêmes patients que son homologue du public.

« Aux urgences de la clinique ils sont snobs, c'est pour les bourgeois [...] 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 » [Carnet de terrain, Ambulancier privé, octobre 2007].

La clinique a une politique de recrutement ciblée voire sélective, qui contraste avec l'ouverture et l'accessibilité du service d'urgence public. Pensée comme une véritable entreprise de production de soins qui se doit d'être rentable pour ses médecins propriétaires-actionnaires (Tanti-Hardouin, 1996) (p. 38.), elle se veut attractive pour capter et fidéliser une clientèle solvable et rentable (Grévin, 2011) (p. 268). De fait, les spécialités considérées comme non rentables sont absentes de l'organigramme et plus particulièrement, ce qui relève du médico-social (alcoolisme, sans domicile fixe, etc.) et du médico-psychologique. Cette politique de recrutement est bien connue des médecins régulateurs du SAMU-Centre-15.

« A la clinique, il faut quand même que ce soit assez ciblé quoi ! 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. Et ça, ça rentre en compte. » [Médecin régulateur au Samu/SOS médecins, décembre 2006].

Le chef de service m'a d'ailleurs expliquée que les médecins de ville ont pour consigne d'appeler le service avant tout envoi de patient. Enfin, c'est à la faveur de circonstances exceptionnelles que j'ai pu repérer l'existence d'une filière d'accès aux soins d'urgence destinée à une population minoritaire. Nous sommes à la veille du 1^{er} novembre, le personnel doit refuser toute admission car les services d'hospitalisation de la clinique sont complets. J'ai pu alors 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 [altération de l'état général] 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 à l'aide-soignante que son médecin traitant est en contact avec le spécialiste et que ce n'était pas prévu qu'il passe par les urgences. » [Notes de terrain, octobre 2007, clinique privée].

Certains de ces patients n'hésitaient pas à manifester leur mécontentement, leur présence aux urgences constituant pour eux un accident dans leur parcours de soin habituel. Pour cette poignée de patients appartenant aux franges supérieures de la catégorie de cadres, le passage par ce service est difficilement envisageable : lorsqu'un problème de soin urgent survient, ils mobilisent leur réseau médical et accèdent rapidement aux services spécialisés correspondant à leur état de santé sans passer par les urgences. C'est la filière « invisible » de contournement des services d'urgences qui se caractérise par un accès direct aux soins d'urgence. L'analyse

des logiques d'accueil révèle ainsi que les deux services d'urgence enquêtés accueillent des populations différentes, ce que confirme l'étude statistique des profils des patients.

3.2. Des patients aux profils distincts dans les deux services

La principale fonction du service d'urgence de la clinique est de constituer - pour les médecins spécialistes actionnaires - un vivier de recrutement d'une clientèle. Ce contexte de travail contraint les urgentistes qui, le plus souvent, sont vacataires dans ce service, à sélectionner les patients visés par les spécialistes :

« Conversation téléphonique entre le médecin urgentiste et un médecin généraliste de ville qui souhaite adresser son patient au service. L'urgentiste s'enquiert du type de pathologie dont souffre le patient mais également, de sa couverture sanitaire : « Il a une mutuelle ? ». On apprend aussi au cours de l'échange que ce patient est architecte. » [Notes de terrain, octobre 2007, urgences de la clinique privée].

Loin d'être un fait isolé, cet échange atteste de l'importance du critère socio-économique dans la décision d'admission du patient mesuré, ici, à l'aune de sa couverture sanitaire et de sa catégorie socio-professionnelle (CSP). Sur le premier point, l'analyse statistique des profils des patients admis aux urgences privées montre en effet que 94,5 % d'entre eux ont une couverture complète (assurance et mutuelle), alors qu'ils sont seulement 75,4 % dans ce cas aux urgences publiques. Sur le second point, la comparaison ne révèle pas une très forte différence entre les patients des deux services. Pour ne prendre que les actifs au sens de l'INSEE - population ayant un emploi et chômeurs -, nous repérons certes une présence plus importante de « professions intermédiaires » (26,9 % versus 20 % au CHU) dans le privé ainsi qu'une moindre proportion d'ouvriers (21,5 % versus 26,2 %) et d'employés (23,7 % versus 30,8 %), mais ces écarts restent peu significatifs. Par ailleurs - et toujours concernant les seuls patients actifs - aucune différence sensible n'apparaît lorsque l'on compare la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures » (8,6 % versus 6,1 % au CHU), et celle des « artisans, commerçants et chefs d'entreprise » (19,3 % versus 16,9 %). Si l'on veut comprendre les logiques de sélection de la clinique, il convient donc d'aller au-delà des catégories habituellement utilisées pour appréhender les groupes sociaux. Une analyse plus fine révèle alors que les « ouvriers » et les « employés » des deux services ne sont pas les mêmes au regard de leur statut : aux urgences privées, ils sont beaucoup plus souvent fonctionnaires ou encore salariés de grandes entreprises du secteur public ou privé. Or, ces statuts différenciés engendrent, en France, des situations sensiblement différentes au regard du type de mutuelle dont les patients peuvent bénéficier. Les couvertures complémentaires collectives, dites « de groupe », sont très avantageuses car elles sont négociées et, le plus

souvent, financées partiellement par l'employeur (Turquet, 2006) (p. 97). A l'inverse, jusqu'en 2016, les salariés de petites entreprises étaient contraints de s'affilier individuellement à une complémentaire (Marical et de Saint Pol, 2007), moins avantageuse car non négociée. Ils s'acquittaient de la totalité de la cotisation dont le montant - fixé en fonction de critères tels que l'âge et l'état de santé - empêchait les patients ayant des revenus faibles (puisque c'est un obstacle pour payer une mutuelle) et un état de santé dégradé (puisque cela fait monter la cotisation) d'accéder à une complémentaire. Un tel système entretient voire aggrave les inégalités sociales de santé (Batifoulier, 2013).

A la clinique, les patients grabataires et/ou polyopathologiques sont évités car d'une part, ils augmentent la charge de travail des soignants et d'autre part, ils restent plus longtemps dans le service surtout s'ils nécessitent des « soins de suite ». Ces patients sont considérés comme non-rentables au regard des contraintes financières instaurées par le système de la « durée moyenne de séjour » (DMS) issu de la tarification à l'activité (T2A) instaurée en 2003, qui codifie les délais d'hospitalisation en faisant fi de la situation sociale des patients. Dans ce cadre, la clinique évite ces « mauvais » malades au profit de patients non seulement solvables mais aussi, plus « rentables » car souffrant d'un problème organique ciblé:

En fait la clinique, 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. » [Médecin régulateur au Samu et à SOS médecins, octobre 2006].

Certes tous les médecins qui, pour certains exercent parallèlement dans un service d'urgence public ou comme régulateur au Samu-Centre 15, ne se plient pas mécaniquement à ces logiques de tri des patients. Certains prennent parfois des libertés avec les règles en acceptant l'admission d'un patient non solvable tout en prévenant le service facturation. D'autres décident parfois de payer eux-mêmes les soins qu'ils ont réalisé auprès de ces patients. Mais au-delà de ces pratiques isolées, les statistiques indiquent que ces logiques de tri s'imposent bel et bien à ces médecins comme des pratiques structurantes dans le fonctionnement du service. La comparaison statistique du type de pathologie rencontré révèle ainsi que les urgences médico-psychologiques ou sociales sont très rares dans ce service (respectivement 1,7 % et 1,3 %) comparées à leur proportion aux urgences hospitalières (7,9 % et 16,7 %). Il convient enfin de préciser que ces patients se voient refuser l'accès à la clinique quelle que soit leur couverture sanitaire et leur origine sociale. En effet, ce qui distingue les cadres des deux services, c'est le motif de leur admission : près de la moitié des cadres admis aux urgences hospitalières souffrent de pathologies médico-sociales ou psychologiques

(alcoolisme, Intoxication Médicamenteuse Volontaire, dépression, etc.). Ainsi, l'existence d'un filtre médical à l'entrée de la clinique permet de favoriser ou au contraire d'éviter certains profils de patients, sur la base de critères socio-économiques.

Cependant, le service d'urgence public est certes plus ouvert mais des pratiques de sélection existent, les professionnels hospitaliers étant eux-aussi pris dans un système de contraintes imposé par la logique gestionnaire (Sainsaulieu 2003 ; Belorgey 2010). En effet, le discours opposant un service public ouvert à tous et un service privé sélectionnant les patients est présent chez de nombreux professionnels hospitaliers.

*« Aide soignant 1- « Aux urgences de la clinique, ils prennent que du beau monde, c'est trié [...] s'ils sentent qu'il y a un problème social derrière, ils l'envoient ici »
Aide soignant 2- « Nous, on accueille tout le monde. Ils n'acceptent pas tout le monde, ils sélectionnent »*

Mais en dépit du principe d'accès aux soins pour tous, cher aux professionnels, les pratiques de sélection ne sont pas absentes de ce service (Izambert, 2016). Le personnel est en effet confronté au quotidien à un « dilemme » (Camus et Dodier, 1994) (p. 141) : d'un côté, il doit accueillir tout individu qui se présente pour des soins, mais de l'autre, il est soumis aux contraintes d'économie budgétaire imposées par la direction hospitalière (Batifoulier, 2014) 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. »* (Tuffreau, 2000). Dans ce contexte, le personnel a pour consigne de « réorienter » les patients les plus précaires vers une autre structure de soins hospitalière, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), créée en 1999.

« Un homme alcoolique arrive. Il est SDF. Le comportement du personnel vis-à-vis de ce patient indique qu'il s'agit d'un habitué des lieux. L'IAO lui dit : « Allez à la PASS ». L'homme semble connaître cette structure, ce n'est visiblement pas la première fois qu'on le réoriente ainsi. »

Une quatrième filière d'accès aux soins d'urgence se dessine. Composée de structures hospitalières (PASS) et d'associations humanitaires (Médecins du Monde, etc.), elle est spécialisée dans la prise en charge des patients les plus précaires (sans domicile, sans couverture sanitaire, AME, etc.). Cette filière d'« assistance socio-médicale » (Parizot, 2005) permet d'expliquer la quasi-absence de personnes sans assurance maladie (1,4%) et de bénéficiaires de l'AME (1,4%) parmi les patients interrogés aux urgences du CHU, comparée à leur forte proportion d'une part, à l'association Médecins du monde (16,8 %), située à proximité de ce service et dont nous nous sommes procurés le rapport d'activité pour l'année

2007. Et d'autre part, à la PASS où, la même année, les patients sans assurance maladie et bénéficiant de l'AME représentaient respectivement 60% et 13% des patients pris en charge.

3.3. La filière d'assistance socio-médicale : le réceptacle des patients « indésirables » au regard des critères gestionnaires.

L'existence de cette quatrième filière de soins d'urgence m'est apparue pour la première fois, à l'occasion d'un transport sanitaire d'urgence réalisé le 6 février 2017 à la demande du SAMU. L'intervention avait lieu ce jour-là à la PASS. A notre arrivée, le personnel de l'accueil nous informa qu'il s'agissait de la seconde ambulance demandée le jour même pour transférer un patient aux urgences. D'origine congolaise, l'homme était âgé d'environ 30 ans, il était arrivé en France le 15 janvier 2007. Très algique, suite à des coups reçus dans son pays par des militaires, il avait attendu toute la journée avant d'être ausculté sans rendez-vous. Au moment de partir, l'interne s'adressa 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 ! ». La PASS semblait ainsi jouer le rôle de porte d'entrée pour des soins d'urgence destinés à des migrants en situation irrégulière qui avaient visiblement pour consigne de se diriger vers la PASS (« si c'est urgent ») et non, vers le service d'urgence public.

En 2017, soit dix ans après cette observation, les patients primo-consultants sans couverture sanitaire ou bénéficiant de l'AME représentent respectivement 81% (60% en 2007) et 1,9% (13% en 2007) des primo-consultants de la PASS. La diminution du nombre de patients bénéficiant de l'AME s'explique notamment par la « politique » de la structure selon laquelle tout patient ayant des droits ouverts doit être (ré)orienté vers les médecins libéraux (« en ville »). Par ailleurs, selon un médecin qui exerce dans cette structure depuis 2005, au début de la création de la PASS les français précaires représentaient environ 50% des consultants, l'autre moitié étant composée principalement de patients roumains¹ puis des étrangers hors Union européenne. Prenant appui sur le rapport d'activité, elle m'indique que ces derniers sont, en 2017, largement majoritaires : sur une file active de 2472 consultants, elle relève 1692 primo-consultants « *qui sont généralement des primo-arrivants. Dans cette file active, 7% sont français, 12% de l'Union européenne, principalement des Roumains et 80% sont des étrangers hors Union européenne* ». Elle ajoute qu'il est désormais très difficile de « capter les patients grands précarisés français car une population en chasse une autre ». Le profil des consultants a ainsi évolué au fil du temps, la part des migrants hors union européenne ayant augmenté surtout à partir de 2015.

¹ En 2007, la Bulgarie et la Roumanie sont entrés dans l'Union Européenne. En 2007, la Pass a connu une augmentation de 14,8% de Roumains comparé à l'année 2006.

« Il y a eu une forte demande en 2015, des arrivées de migrants plus importantes. Des arrivées de mineurs isolés, c'est une population qu'on ne connaissait pas. Des arrivées de migrants qui arrivaient par bateaux, par la Lybie. On a découvert un peu. Nous, avant, les migrants, ils n'arrivaient pas par avion ». [Médecin généraliste, PASS, entretien semi-directif, juillet 2018]

S'agissant du mode d'adressage de la population migrante, ce médecin évoque en premier lieu « le bouche à oreille » des compatriotes puis, les structures associatives telles l'Association insertion demandeurs d'asile (Aïda, aujourd'hui France Terre d'Asile), Médecins du monde. Ses propos sont corroborés par les données recueillies auprès des migrants primo-arrivants. Assiatou, 31 ans, Guinéenne réside chez un compatriote depuis son arrivée en France, c'est ce dernier qui l'a orientée vers la PASS.

Quand je suis venue à Nantes, comme j'étais malade, je suis tombée malade, malade donc celui qui m'hébergeait, lui il me dit, il me donnait de...je prenais des médicaments, il me donnait du paracétamol tout le temps. Mais comme ça persistait, on est venu à l'hôpital.

Vous êtes venue directement à l'hôpital ?

Oui. A la PASS

Ce mode d'adressage privilégié vers la PASS des patients sans couverture sanitaire est attesté, entre autres, par l'assistante sociale du service de maladies infectieuses.

De toute façon à la PASS, c'est un peu obligatoire c'est à dire que les personnes voient le médecin et l'assistante sociale pour faire un point parce que s'ils sont à la PASS c'est qu'il y a pas de sécu. Donc euh...le but c'est qu'il...c'est qu'au bout d'un moment ils ne relèvent plus de ce dispositif-là. Donc mes collègues elles les voient systématiquement et c'est parfois là qu'ils apprennent soit que la personne est séropositive et qu'elle savait ou pas enfin.... Soit que là c'est une découverte enfin...et dans ces cas-là, après c'est moi qui prend le relai.

Ceux qui, minoritaires, bénéficient de l'AME, sont orientés directement (par Aïda, les compatriotes, etc.) vers les services hospitaliers spécialisés (maladies infectieuses, gynécologie, urgences) qui sont, il est vrai, contraints par les politiques gestionnaires de limiter autant que possible la prise en charge des patients sans couverture sanitaire pour éviter les impayés (Izambert, 2016).

C'est comme le fonctionnement des urgences ! Hein, ça c'est...l'autre jour, on a été et y'avait 5h d'attente pour la personne ! Une prostituée sud-américaine donc...voilà ! Et la dame de l'accueil, il a fallu que j'insiste parce que j'étais là, autrement elle était obligée de retourner à la PASS. Elle avait pas d'AME, elle avait rien ! Mais elle pouvait pas marcher, elle avait...elle était voilà ! Elle avait...je sais pas ce qu'elle avait mais...[...] Elle était...voilà, elle avait. Donc j'allais pas, je ne me voyais pas aller la transbahuter encore à la PASS. [Salarié de l'association AIDES]

Sur ce point, le médecin de la PASS précise que sa structure n'est pas (ou moins) soumise à ces contraintes de rentabilité car elle est financée par une enveloppe budgétaire spécifique

délivrée par l'Agence régionale de Santé. Aussi, selon ce professionnel, le service d'urgence hospitalier n'a pas intérêt à voir la PASS disparaître car il serait alors exposé à cette population migrante sans couverture sanitaire qu'il réoriente aujourd'hui systématiquement vers la PASS : « Il [le chef de service] considère qu'il y a trop de migrants qui viennent aux urgences et qu'ils doivent aller à la PASS [...] il se dit envahi par les migrants alors même que seuls deux migrants par jour s'y présentent. Ceux qu'on ne peut pas absorber ».

Concernant les personnes sans couverture sanitaire, soit qu'elles n'ont pas encore l'AME ou bien, qu'elles sont en rupture d'AME – le titre de séjour est arrivé à son terme ou bien, la personne n'a pas encore pu faire les démarches administratives pour renouveler l'AME dont la validité est limitée à un an – (Vignier, Chauvin, Dray-Spira, 2017), il existe deux solutions : (i) l'AME pour soins urgents qui n'est délivrée qu'à l'issue du refus d'AME notifié par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et, selon l'assistante sociale, « cela peut mettre un bout de temps » ; (ii) l'« étiquette PASS » qui permet aux personnes sans couverture sanitaire « *d'avoir une prise en charge de tous les soins, de la consultation avec le médecin, toutes les analyses biologiques, tout ce qui est fait, les examens sont pris en charge par la PASS, sauf les traitements [VIH]* ». Ses propos sont corroborés par un infectiologue du service de maladies infectieuses du CHU :

Mais là, [pour les migrants sans couverture sanitaire] on peut faire un bilan à minima qui coûte pas trop cher à la personne et euh...on sait s'il y a urgence ou pas. Si y'a urgence, on passe par l'AME soins urgents.

Mais qui paye le bilan ?

Ca dépend. S'ils peuvent passer par la PASS à ce moment-là, c'est étiquette PASS. Et donc nous, dans ces cas-là, on fait juste attention dans notre bilan. On met pas tout quoi ! [...] Là, on fait un bilan à minima et on prescrit le bactrim s'il faut parce que ça coûte rien. Et puis on s'arrête là. Mais on sait qu'on peut pas mettre d'ARV [traitements antirétroviraux] quand ils sont sous étiquette PASS.

Elle explique ensuite que s'ils ne peuvent pas « jongler avec le temps » ils s'organisent. Pour les patients non solvables qui doivent commencer un traitement dont le prix est trop élevé pour être pris en charge par le budget de la PASS ou encore, par la pharmacie de l'hôpital où ces patients essuient des refus, les professionnels développent des formes de résistances : ils rusent, « bidouillent », inventent des solutions « miracles » dont certaines doivent être tenues secrètes. Le médecin de la PASS me confiera ainsi « je ne sais pas comment ils font ». Ces pratiques buissonnières qu'on ne détaillera pas dans cet article pour des raisons éthiques, permettent à de nombreux patients d'accéder *in fine* aux traitements. Elles soulignent aussi l'importance de restituer les contraintes dans lesquelles se déploient les pratiques des

professionnels de santé, du public et du privé, qui sont, faut-il le préciser, nombreux à souffrir de la politique d'austérité budgétaire (Sainsaulieu, 2003).

Au regard des logiques de tri et de discriminations à l'œuvre dans l'organisation des soins en France (Izambert, 2016), il n'est donc pas étonnant qu'en cas d'urgence les personnes étrangères sans couverture sanitaire s'orientent (ou sont orientées) vers la PASS comme ce fut le cas du patient congolais transporté en ambulance vers le service d'urgence. Ou encore, de ce migrant qui, la semaine qui a précédé l'entretien avec le médecin de la PASS, a poussé les portes de la structure dans un état critique. L'examen clinique a immédiatement révélé un infarctus. Là aussi, le Samu a été appelé pour envoyer en urgence une ambulance qui a conduit le patient au bloc opératoire.

4. Conclusion

Dans l'un de ses nombreux travaux consacrés à l'accès aux soins, Pierre Lombrail insiste sur l'importance de ne pas confondre « disparité sociale de recours aux soins » et « inégalités sociales d'accès aux soins » (Lombrail, Pascal, Lang, 2004)(p. 62). Suivant son raisonnement, entre la mise au jour de l'existence de filières d'urgences différenciées socialement et l'énonciation d'une inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence, le pas doit être franchi avec prudence. Encore faut-il démontrer que la « qualité » des soins dispensés diffère d'une filière à une autre (Lombrail, et al., 2004)(p. 62). Sur ce point, l'enquête ethnographique montre que l'accès aux soins de spécialité appropriés à l'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 y est réduite car le personnel, contrairement à la situation qui prévaut aux urgences publiques, parvient à les « vendre » (Camus A., Dodier N., 1994) rapidement aux services d'hospitalisation. D'autres patients, minoritaires, savent mobiliser leur réseau médical pour contourner les urgences et accéder directement au service de spécialité. Enfin, pour les patients sans couverture sanitaire, l'accès aux soins de spécialité se fait au terme d'un long parcours : adressés en priorité aux structures d'assistance socio-médicale, ils arrivent aux urgences dans un état de santé généralement dégradé avant de gagner, enfin, le service de spécialité où les médecins relèvent une proportion élevée de besoin de soins urgents (Boisguérin, Haury, 2008). Comme le souligne, un médecin infectiologue, « le problème c'est d'arriver au médecin spécialiste ».

Or ces étapes qui jalonnent le parcours de soins constituent autant de « pertes de chance » pour le patient et sont le signe d'une qualité de prise en charge variable selon les filières d'urgence (Lombrail et al., 2004). Le temps, selon qu'il est long ou réduit, est en effet reconnu par les médecins comme un facteur aggravant ou favorisant l'état de santé d'un patient. Sur la base de ces données, il apparaît donc que les disparités sociales d'accès aux soins d'urgences repérées sont bien synonymes d'inégalités sociales. Ces résultats invitent donc à aller au-delà des cadres d'analyse binaires, simplistes, « médecine de riche, médecine de pauvre » mobilisés dans les discours politiques et médiatiques, pour conclure comme d'autres auteurs l'ont fait, à l'existence en France de filières d'accès aux soins (d'urgence) graduées socialement, dit autrement, d'une médecine à plusieurs vitesses sociales.

Au terme de cette analyse, le « meilleur système de santé au monde » apparaît ainsi reproduire voire aggraver les inégalités sociales de santé dont on sait d'une part, qu'elles sont parmi les plus élevées en France et d'autre part, qu'elles prennent racine essentiellement en amont du système de soins, dans les conditions d'existence des individus (Leclerc et al., 2000). Sur ce point, il importe de rappeler que la situation des migrants est aujourd'hui particulièrement inquiétante en France au regard non seulement du durcissement de la politique migratoire qui complexifie l'obtention du droit d'asile mais aussi, de la politique de santé qui, parallèlement, durcit les conditions d'obtention de l'AME (Cognet et al., 2009). Ces politiques amplifient la précarité et les problèmes de santé des personnes migrantes dont on sait pourtant aujourd'hui qu'une part importante contracte le virus du VIH et/ou de l'Hépatite dans l'hexagone (Desgrées du Loû, Lert, 2017) et voit sa santé se dégrader au fil des années passées en France (Khalt, 2012). Force est ainsi de constater, pour paraphraser le psychologue A. Lazarus, que « *chaque pays, en fonction de son système de soins « choisit » ses morts* ».

References

- Arborio, A-M., 2001. Un personnel invisible. Les aides-soignantes à travers l'hôpital, Paris. Economica.
- Glaser B., Strauss A., 1967. The Discovery Of Grounded Theory ; Strategies for Qualitative Research, Aldine.
- Batifoulier, P., 2013. Faire payer le patient : une politique absurde, Revue du MAUSS, 41, 77-92.
- Batifoulier, P., 2014. Capital santé, quand le patient devient client, Paris. La Découverte.
- Beauchemin C., Hamel C., Simon P., 2010. Enquête « Trajectoires Et Origines : La Diversité Des Populations En France », Premiers Résultats, INED.
- Belorgey, N., 2010. L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public, Paris. La Découverte.

- Bessin, M., 1995. Le social aux urgences hospitalières, les enjeux d'une restructuration. Les cahiers de la sécurité intérieure, 22, 57-65.
- Boisguérin, Haury, 2008, Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, DREES, Etudes et résultats, n° 645
- Camus A., Dodier N., 1994. 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.
- Carde, E., 2006. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Étude en France métropolitaine et en Guyane française. Thèse pour le doctorat de sociologie de la santé, Université Paris XI.
- Carrasco, V., Baubeau D., 2003. Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale. Études et Résultats, 212, DREES.
- Carrasco, V., Baubeau D., 2003. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Études et Résultats, 215, DREES.
- Cefai, D., (dir.), 2010. L'engagement ethnographique. Paris, EHESS.
- Chauvin, P., Parizot, I., 2005. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Paris, Inserm.
- Cognet, M., *et al.* 2009. Entre droit aux soins et qualité des soins, Hommes et Migrations, 1282, 54-65.
- Collet M., Menahem G., Pris V., Picard H., 2003. Précarité, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits », Bulletin d'information en économie de la santé, 63.
- Desgrées du Loû, A., Lert, F., (dir.), 2017. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France, Paris, La Découverte.
- Fassin, D., 1998. Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? Plein Droit, 38, 29- 35.
- Fassin, D., 1999. L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida » Sciences sociales et santé, 17, 4, 5- 36.
- Fassin, D., *et al.* 2001. La question sociale à l'hôpital. Urgences et précarité en Seine-Saint-Denis. CRESP.
- Grévin, A., 2011. Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail », Thèse Sciences de gestion, Université de Nantes.
- Grignon M., 2005. « L'expérience de la couverture médicale universelle : que peut-on apprendre sur la segmentation dans les politiques sociales ? Sciences Sociales et Santé, 23, 4, 111-120.
- Hoyez, A-C., 2011. 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, 566.
- Izambert, C., 2014. Les limites de l'universel. L'accès des sans-papiers à une couverture maladie en France depuis 1999 », in Lachenal, G., *et al.* La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie. Paris, PUF.
- Izambert, C., 2016. Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? Agone, 58, 89-104.
- Khalt M. Editorial, 2012. Santé et recours aux soins des migrants en France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 1-2.
- Leclerc, A., *et al.*, 2000. Les inégalités sociales de santé, Paris, La découverte, Inserm.
- Lombrail, P., *et al.* 2004. Accès aux soins et inégalités sociales de santé : Que sait-on de l'accès secondaire ?, Santé, société et solidarité, 2.

- Marical, F., de Saint Pol, T., 2007. La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités. Insee Première, n°1142.
- Menoret-Calles, B., 1997. L'accès aux soins des populations démunies, Broché.
- Morel S., 2014. 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, Thèse de sociologie, Université de Nantes.
- Morel S., « Défaire le savoir savant. Réflexions autour d'un engagement ethnographique avec les ambulanciers », Genèses, 2018b.
- Olivier De Sardan, J-P., 1995. La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie, Enquête, n°1, 71-109.
- Parizot, I., 2003. Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits, Paris, PUF.
- Pascal, J., *et al.* 2004. Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public, <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/JEFS>.
- Peneff, J., 1992. L'hôpital en urgence, Paris. Métailié.
- Peneff J., 1996. Les débuts de l'observation participante ou les premiers sociologues en usine, Sociologie du Travail, 38, 25-44.
- Peneff J., 2000. Les malades des urgences, Paris. Métailié.
- Sainsaulieu, I., 2003. Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital, Paris, L'Harmattan.
- Tanti-Hardouin, N., 1996. L'hospitalisation privée. Crise identitaires et mutation sectorielle, Paris, Editions de la Documentation française..
- Tuffreau, F., 2000. Les urgences hospitalières de plus en plus attractives », Actualité Santé Pays de la Loire, 38, 2-6.
- Turquet, P., 2006. L'obtention d'une couverture complémentaire maladie dans le cadre de l'entreprise, Sciences Sociales et Santé, 24, 3, 95-120.
- Vassy, C., 2000. Vraies et fausses urgences : comment trier les usagers ? in Cresson, G., Schweyer, F-X., Les usagers du système de soins, Rennes, ENSP, 193-212.
- Vassy, C., 2004. L'organisation des services d'urgence, entre le social et le sanitaire », Mouvements, n°32, 67-74.
- Vignier, N., Chauvin, P., Dray-Spira, R., 2017. Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses, In : Desgrées du Loû, A., Lert, F., (dir.). Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France, Paris, La Découverte, 113-135.
- Warin P., 2007. L'accès aux droits sociaux, PUG.