

Intervention de Charles-Antoine Wanecq

Charles-Antoine Wanecq est docteur et professeur agrégé d'histoire, chercheur rattaché au Centre d'histoire de Sciences-Po (CHSP). Il a soutenu en octobre 2018 sa thèse « Sauver, protéger et soigner. Une histoire des secours d'urgence en France (années 1920-1980) » sous la direction de Paul-André Rosental. Il a récemment publié plusieurs articles au sein de la revue numérique du CHSP, *Histoire@Politique*, sur le sauvetage-secourisme dans le monde du travail (1947-1969) et l'histoire de la notion de temps comme enjeu politique et scientifique.

Sa thèse sur la naissance des services d'urgences médicales est d'ailleurs l'objet de son intervention lors de la séance sur les temporalités de l'urgence à l'occasion du colloque « À la croisée des urgences » organisé par Béatrice Touchelay (IRHIS, ULille) avec la collaboration de Vanessa Stettinger (CeRIES, ULille), Hélène Gorge (LSMRC), Christelle Lemaire (Réseau santé solidarité Lille Métropole), Émilie Duvivier (Institut Universitaire Santé Social) et Jérôme Rybinski (Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation Samu Social) et le soutien de la Région Hauts-de-France.

En s'appuyant sur ses travaux de thèse, il propose de s'intéresser cette fois à l'histoire de la notion d'urgence vitale pour enrichir les propos sur l'urgence sociale développés par les autres intervenants. Il questionne l'évidence de l'urgence vitale, de l'intervention urgente, car il rappelle que la notion d'urgence relève d'une construction médicale, politique et socio-culturelle. S'interroger sur les temporalités de l'urgence en histoire, c'est rappeler que l'historiographie du temps est récente, la notion est apparue dans les années 1970 et surtout travaillée par les historiens du monde du travail comme le britannique Edward Thompson. Cependant, dans la définition de l'urgence, la notion de temps est omniprésente, elle façonne d'ailleurs les réflexions des acteurs médicaux et politiques sur les bons temps de secours.

Ainsi l'objet de son intervention repose sur le processus long de la définition de l'urgence. L'urgence vitale est selon lui la tâche des médecins mais elle repose également sur un ensemble de dispositions politiques, sociales et techniques qui rendent possible l'intervention rapide. Mais il est difficile d'isoler l'urgence vitale des autres urgences pour les acteurs du secours, les institutions et les services qui prennent en charge les patients car il y a le croisement de plusieurs

formes de vulnérabilités et de détresse qui caractérisent chacune des situations et qui rendent difficile la mesure d'urgence de ces dernières. Ainsi Charles-Antoine Warnecq souhaite rendre compte des décalages entre les temps physiologiques et les temps des sociétés et des institutions.

En s'appuyant sur l'histoire qui mène à la naissance du samu et du système du 15, l'historien souhaite montrer comment le corps médical est parvenu à imposer leur expertise du temps pour la prise en charge de l'urgence et quels effets cette expertise médicale a eu sur la définition de l'urgence même. Pour mener ses recherches, il s'est appuyé sur des sources institutionnelles (ministérielles, locales et associatives) mais aussi sur des sources orales du monde médical et des sources savantes

L'historien définit trois temps pour sa démonstration : d'abord comment l'urgence était d'abord une lutte contre la mortalité puis comment elle est devenue un « problème de santé publique » afin d'arriver aux catégorisations de l'urgence.

Jusque dans les années 1950, l'urgence était donc définie comme une lutte contre la mortalité et était prise en charge non pas par le monde médical mais par la police (qui devient police-secours) et les pompiers. L'intervenant s'appuie sur trois exemples précis : la noyade, l'accident de travail (pour lequel il s'agit surtout de prévenir l'aggravation de la blessure plus que la mort) et les accidents de la voie publique. La lutte contre les épidémies priorisées par les pouvoirs municipaux mène à développer des services publics d'ambulances pour assurer le transport des malades, un phénomène que j'ai pu observer dans les archives du bureau d'hygiène lillois lorsqu'il s'agissait du transport d'urgence à l'hôpital pour les femmes sur le point d'accoucher. À Lyon, ce système d'ambulance voit au moment de la crise économique des années 1930 une population spécifique se dessiner qui fait appel à leur service : les sans professions, les retraités et les personnes âgées. Une population bien spécifique qui se reflète aussi dans les archives lilloises.

La construction savante de l'urgence apparaît avec les chirurgiens de la Première guerre mondiale, il cite Paul Santy considéré comme père fondateur de la notion de *golden hours* (terme employé lors de la guerre du Vietnam qui descend de ces idées) c'est-à-dire les premières cruciales pour la survie du patient auxquelles il faut adapter des savoirs physiologiques, médicaux et de réanimation. Cette conception savante et médicale de l'urgence se précise après

la Seconde guerre mondiale mais elle est en décalage avec les moyens et les possibilités techniques et institutionnelles de l'époque.

En s'appuyant sur les travaux de Claude Gilbert qui problématise la notion de santé publique, Charles-Antoine Warneck montre comment l'urgence devient un problème de santé publique à partir des années 1960. C'est avec l'augmentation des accidents de la route meurtriers dans les pays industrialisés que l'urgence s'invite dans l'arène politique. Décrit comme « holocauste routier » par le démographe Alfred Sauvy, ce phénomène grandissant met en évidence plusieurs problèmes (un problème territorial car souvent les accidents ne sont pas recensés immédiatement mais aussi la question du transport et du temps de transport) et fédère un sentiment national « d'indignation publique ».

Jusqu'à la loi SAMU en 1985, l'intervenant montre comment les pouvoirs publics commencent à s'organiser pour mettre en place les services d'urgences et comment ils définissent la notion d'urgence à partir de calculs sur la rationalité et la rentabilité d'une intervention (comment sauver le plus de gens possibles par exemple).

Enfin, l'intervenant vient à parler des catégorisations de l'urgence qu'il décrit comme une enquête difficile avec des sources éclatées. En effet, il y a l'urgence vitale qui n'attend mais en même temps d'autres multiples recours à la notion d'urgence dans les services de secours. On assiste également au début des années 1970 à la spécialisation des services d'urgence dans les hôpitaux. Il y a un triage des cas pour optimiser les soins de secours mais il faut pour les services d'urgence différencier les vraies urgences des fausses urgences qui engorge le système. Car le service d'urgence apparaît comme un refuge pour des marginalisés à partir des années 1970.

Il met en lumière un paradoxe : au moment où l'hôpital se technicise dans les années 1960 – 1970, la création du service d'urgence institutionnalise l'hôpital dans une fonction d'hospitalité peu admise encore aujourd'hui car ces services reçoivent un ensemble de population qui n'a pas d'autre lieux où aller : les personnes âgées, les sans domiciles fixes, les personnes en détresse psychologique ou addictes (l'alcoolisme), etc. Les services d'urgences traitent finalement de formes de détresse variées qui problématissent la définition d'urgence.

Cette intervention sur la définition de la notion d'urgence dans l'histoire m'a permis en premier lieu de revoir des situations que j'avais déjà rencontrées lors de mes recherches dans les archives du bureau d'hygiène de la municipalité lilloise avec le système d'ambulance municipal et la lutte prophylactique contre les maladies vénériennes. Dans le cadre de mes recherches sur la santé des femmes/patientes, certaines situations qui touchent l'ensemble de la population féminine ne se définissent pas comme des situations d'urgence vitale mais elles sont des situations de détresse rampantes peu reconnues et peu traitées par les pouvoirs publics par exemple la charge mentale ou autrement dit la double journée de travail (boulot-maison dit familièrement), les agressions sexuelles ou encore les violences conjugales qui entraînent des féminicides qui auraient pu être évités.

Je rencontre également une autre forme de temporalité de l'urgence dans l'étude des patientes atteintes par les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Temps du diagnostic, temps de traitement, temps de rémission, temps de rechute : ces différents rythment et impactent la vie des patientes. D'ailleurs elles adaptent leur vie et leur quotidien à ce rythme imprévisible. Dans une focale encore plus précise, le temps de l'urgence pour la patiente se définit quand la maladie fait son apparition et comment dans certains cas en public cela mène au sentiment de honte quand par exemple, selon le témoignage de Manon Lefort influenceuse sur le réseau social Instagram, le kinésithérapeute lui refuse l'accès aux toilettes.