

Impact de l'organisation sur la définition d'une profession au sein du SAMU : le cas des assistants de régulation médicale

Céline Matuszak, Aurélia Lamy, Florence Thiault, Amandine Kervella, Eric Kergosien, Bernard Jacquemin, Natalia Grabar, Pierre Valette.

Biographies :

Céline Matuszak est maître de conférences en SIC à l'université de Lille au sein du laboratoire GERIICO. Ses recherches portent sur les écrits de professionnels dans des contextes normés et sur les dispositifs techniques qui encadrent et prescrivent le travail. (celine.matuszak@univ-lille3.fr)

Aurélia Lamy est maître de conférences en SIC à l'université de Lille au sein du laboratoire GERIICO. Ses recherches portent sur l'analyse des discours et la circulation de l'information dans les médias et au sein de dispositifs numériques d'interaction en ligne. (aurelia.lamy@univ-lille1.fr)

Florence Thiault est maître de conférences en SIC à l'Université de Lille au sein du laboratoire GERIICO. Ses travaux portent sur les thèmes de l'innovation par l'usage des dispositifs numériques, sur les pratiques et les cultures du numérique en ce qu'elles interrogent les rapports traditionnels au savoir et à la connaissance. (florence.thiault@univ-lille3.fr)

Amandine Kervella est maître de conférences en SIC à l'université de Lille au sein du laboratoire GERIICO. Ses recherches portent sur l'étude de discours médiatiques et les pratiques audiovisuelles des jeunes. (amandine.kervella@univ-lille1.fr)

Eric Kergosien est maître de conférences en SIC à l'université de Lille au sein du laboratoire GERIICO. Ses travaux portent essentiellement sur l'étude des dispositifs numériques de construction, d'analyse et de gestion de l'information et sur la fouille de données. Ses principaux domaines d'applications sont la valorisation du patrimoine, l'aménagement du territoire et la santé. (eric.kergosien@univ-lille3.fr)

Bernard Jacquemin est maître de conférences en SIC à l'université de Lille au sein du laboratoire GERIICO. Ses travaux portent essentiellement sur l'étude des dispositifs numériques de construction et de gestion de l'information et sur la construction collaborative de l'information. (Bernard.Jacquemin@univ-lille3.fr)

Natalia Grabar est chargée de recherche au CNRS et affiliée au laboratoire UMR 8163 STL à l'université Lille 3. Elle travaille en Traitement Automatique des Langues. Une de ses thématiques de recherche porte sur la communication entre les patients et le personnel médical. (natalia.grabar@univ-lille3.fr)

Pierre Valette, Docteur en médecine, docteur en philosophie. Praticien hospitalier en médecine d'urgence. Chef de service SAMU-Centre15-112 SMUR SSE CESU. Auteur de l'ouvrage « Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique », PUF, 2013. (Pierre.valette@ch-arras.fr)

Résumé :

Au sein du SAMU, les assistants de régulation médicale (ARM) sont en première ligne lorsqu'il est question de gérer les urgences. L'ARM est le premier interlocuteur à prendre en charge les appelants. Cette fonction, au cœur du fonctionnement et des prérogatives du SAMU est donc au carrefour des services de prise en charge médicale d'urgence de la zone couverte. Si les objectifs et les prérogatives des ARM sont définies nationalement, il s'avère que les compétences et les responsabilités associées à cette fonction peuvent varier d'une région à l'autre, d'un SAMU à l'autre. Dans le cadre de nos travaux, nous proposons de questionner le processus de professionnalisation des ARM en menant une enquête ethnographique et des entretiens au sein du SAMU du centre hospitalier D'Arras. Dans cet article, il s'agira de mettre en lumière le processus par lequel les ARM construisent eux-mêmes des compétences et des savoirs. Nous montrerons également que cette professionnalisation, qui s'inscrit textuellement dans les documents produits par le secteur, nécessite une constante adaptation aux contraintes techniques, territoriales et organisationnelles. Cette analyse s'inscrit dans le cadre du projet EQU 2 (Éthique, Qualité, Urgence) faisant collaborer les laboratoires GERiiCO (Sciences de l'information et de la communication ; Université de Lille) et STL (Savoirs, Textes, Langage ; Université de Lille) ainsi que le SAMU du Centre Hospitalier d'Arras.

Abstract :

Within the Emergency Medical Service (EMS), Medical Regulation Assistant (MRA) are in the front line when it comes to managing emergencies. MRA is the first point of contact to take charge of callers. This feature, in the heart of the functioning and prerogatives of EMS is at the crossroads of medical emergency services in the covered area. Even if the objectives and prerogatives of MRA are set nationally, it appears that the skills and responsibilities associated with this function may vary from one region to another and from one EMS to another. In our work, we propose to question the ARM professionalization process by conducting an ethnographic survey and interviews within the EMS from the Arras Hospital. It will highlight the process by which MRA build their own skills and knowledge. We also show that this improving professionalism is literally described in the documents produced by the sector. Furthermore, professionalism requires constant adaptation to the technical, organizational and territorial constraints. This issue is being addressed in the EQU 2 project (Ethics, Quality, Emergency) which is a collaboration of two laboratories (GERIICO and STL, University of Lille) and the EMS from the Arras Hospital.

Mots-clés : urgence, rôle propre, professionnalisation, SAMU

Keywords : emergency, specific role, professionalization, EMS

Au sein des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), l'assistant de régulation médicale (ARM) est le premier intervenant lors des appels d'urgence médicale, le premier interlocuteur des personnes qui composent le 15 ou le 112 sur leur téléphone (ce qui donne son nom à cette unité fonctionnelle du SAMU : « centre de réception et de régulation des appels » [CRRRA] *alias* Centre 15). A travers une série de questions, lui permettant de compléter les informations factuelles et identitaires des appelants (adresse, nom, antécédents médicaux...), l'ARM procède à la qualification de l'appel puis présente la situation à l'un des médecins régulateurs. Agent de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, en fonction du protocole du SAMU où il exerce, il est susceptible de prendre certaines décisions selon le contexte et la façon dont il a qualifié l'appel : conseiller la mise en jeu de gestes élémentaires de survie et les guider, envoyer des secours (SMUR accompagné d'une ambulance privée ou des Sapeurs-pompiers), transférer l'appel à un médecin généraliste de la permanence des soins ambulatoire (PDSA). L'assistant de régulation médicale peut aussi être amené à accompagner les équipes médicales et/ou un médecin régulateur. Ce médecin devient alors le directeur des secours médicaux (DSM) sur le terrain lors d'événements de grande ampleur – festival par exemple – ou en cas d'événements exceptionnels du type accident ferroviaire ou crash aérien... regroupés sous la mention « situations sanitaires exceptionnelles (SSE) ». Il assiste alors le DSM et s'occupe de la régulation ainsi déportée. Ce métier, au cœur du fonctionnement et des prérogatives du SAMU, est donc au carrefour des services de prise en charge médicale d'urgence. Si les missions des ARM sont définies nationalement, il s'avère que les compétences et les responsabilités associées à cette fonction peuvent varier d'un SAMU à l'autre.

Cette analyse s'inscrit dans le cadre du projet établissement EQU 2 (Éthique, Qualité, Urgence) bénéficiant d'un financement de l'université de Lille et mené en collaboration avec le laboratoire STL (Savoirs, Textes, Langage) et le SAMU du centre hospitalier d'Arras. Elle vise à questionner le processus de professionnalisation des ARM. Dans la typologie de Wittorski, nous choisirons d'axer notre propos sur la professionnalisation de ces acteurs particuliers, « au sens à la fois de la transmission/production de savoirs et de compétences (considérées comme nécessaires pour exercer la profession) et la construction d'une identité de professionnel » (Wittorski, 2003). Il s'agira de mettre en lumière le processus par lequel les ARM construisent eux-mêmes des compétences et des savoirs. Cette professionnalisation s'inscrit textuellement dans les documents produits par le secteur et par eux-mêmes (contenus de formation, fiches métiers, textes diffusés *via* l'association nationale des ARM...). Elle est plus particulièrement mise en actes dans les interactions avec les médecins régulateurs, les appelants et les collègues. Nous posons en effet l'hypothèse que la structuration professionnelle des ARM, parce que la formation au métier n'est pas sanctionnée d'un diplôme d'état, est largement dépendante du contexte d'intervention (identité du service, trajectoires des professionnels, organisation du lieu de travail...). Nous visons ainsi à questionner l'émergence d'un métier au sein d'un univers professionnel de l'urgence – le SAMU – en interrogeant l'impact de la structure organisationnelle sur la définition des missions et des compétences associées.

Nous tenons à préciser que notre terrain d'étude se situe exclusivement au SAMU du centre hospitalier d'Arras. Cette précision est importante tant les pratiques et les compétences associées peuvent varier d'un SAMU à l'autre. Le SAMU du centre hospitalier d'Arras dispose de 37 ARM permanents (nous ne comptabilisons pas ici les ARM en formation par exemple) qui traitent environ 630.000 appels par an (2014 : 648.703 ; 2015 : 623.883)¹. Face aux requérants, les ARM sont acteurs d'une « relation administrative de secours d'urgence » tout autant que d'une « relation de service » comme ont pu l'identifier Mélanie Hénault-Tessier et Sophie Dalle-Nazébi (2012). Ainsi, notre enquête au sein du service nous montre la complexité du statut et des fonctions allouées à l'ARM largement dépendants de la structure organisationnelle qui les accueille.

¹ Chiffres donnés par les responsables du SAMU d'Arras.

Méthodologie de la recherche

Dans un premier temps, il nous paraît essentiel de confronter les perceptions individuelles et collectives du métier aux textes structurant la fonction. Les programmes de formation, les fiches de poste, des textes produits par l'Union Nationale des Assistants de Régulation médicale (UNARM) constituent notre premier matériau. Ensuite, afin de mieux cerner les perceptions de la profession par les ARM eux-mêmes et comprendre comment le contexte organisationnel contribue à redéfinir les rôles et les fonctions des ARM au sein du SAMU du centre hospitalier d'Arras, nous avons choisi d'adopter une double méthodologie :

1/ Une analyse *in situ* des pratiques professionnelles effectives

Cette analyse est réalisée par observation directe dans la lignée des travaux de Miczek (2003). Le chercheur est ainsi en immersion dans la salle de régulation (le Centre 15) du SAMU du centre hospitalier d'Arras. L'observation directe est une méthode d'enquête plébiscitée par les ethnologues et les sociologues lorsqu'ils s'intéressent à des espaces circonscrits qui permettent l'analyse d'« un ensemble fini et convergent d'interactions » (Arborio et Fournier, 2014 : 14). Elle semble donc tout à fait adaptée à une étude qualitative d'un espace professionnel complexe (Grosjean et Lacoste, 1999). L'objectif de ces observations est de mieux cerner les interactions en contexte professionnel et la posture adoptée par les ARM dans un espace de travail situé – la salle de régulation (usage des outils, marge d'autonomie, pratiques genrées...). Il est important de préciser que les résultats présentés concernent un travail en cours et reposent sur des observations qui se sont déroulées durant 4 jours et 1 nuit entre novembre 2015 et avril 2016 ; nous prêtons une attention particulière à varier les moments d'écoutes afin d'être au plus près des pratiques effectives notamment dans les moments « chauds »².

2/ Des entretiens semi-directifs auprès des ARM du SAMU du centre hospitalier d'Arras

Nous proposons de rencontrer individuellement des ARM volontaires dans le cadre d'entretiens semi-directifs qui ont pour objectif de nous permettre de comprendre les parcours des ARM, leurs choix professionnels et leur engagement dans leur activité professionnelle. Pour ce faire, l'approche compréhensive (Kaufmann, 2014) nous paraît la plus adaptée. Ainsi, le guide d'entretien utilisé porte autant sur leur parcours de vie (notamment professionnel) que sur leur appréhension de leurs pratiques professionnelles.

Cette méthode, si elle présente de fait les biais relatifs aux approches sociologiques et ethnologiques (présence du chercheur dans un espace de travail susceptible de modifier l'attitude et les pratiques des actants, risque de « non-dits » lors d'entretiens se déroulant sur le lieu de travail....) n'en est pas moins féconde, en ce qu'elle permet – à l'instar d'autres recherches menées sur les aides soignantes par exemple (Arborio, 2012) – d'interroger aussi bien les situations de travail, que les dispositions professionnelles, les positions et trajectoires des travailleurs (Avril et al., 2010), les compétences techniques et relationnelles des ARM (Hénault-Tessier, 2011).

Une profession aux contours flous et en constante redéfinition

- Une évolution de la mission

Dans cette médecine d'urgence, le PARM (Permanencier auxiliaire de régulation médicale), appelé ARM (assistant de régulation médicale) depuis 2012, est le premier niveau d'interface avec ce dispositif d'urgence. Ce dernier prend sens dans une médecine d'urgence qui « se partage entre une

² Perçus comme tels par les professionnels, parce qu'ils amènent un grand nombre d'appels (week-end et notamment samedi soir).

part non négligeable de pathologies médicales à hospitaliser d'urgence, de pathologies à hospitaliser mais qui s'inscrivent difficilement dans la dynamique professionnelle des spécialités, et une grande proportion de personnes âgées en rupture, de patients en crise psychosociale et de consultations non urgentes au sens médical strict, qui annoncent les multiples facettes d'une dépendance sociale et médicale » (Danet, 2006).

La constitution de la profession est marquée par deux étapes institutionnelles importantes. D'abord, un décret du 21 septembre 1990³ officialise les fonctions de permanencier auxiliaire de régulation médicale : « ils assurent la réception et l'orientation des appels parvenant au standard des services d'aide médicale urgente, sous la responsabilité des médecins régulateurs de ces services ainsi que l'enregistrement des appels reçus ». Ces éléments sont complétés par un référentiel métiers⁴ paru en mai 2007 précisant leur condition de recrutement et le corps d'emploi.

Ce statut est réévalué en 2010 suite à l'évolution des SAMU amenant un élargissement des attendus professionnels des ARM. D'abord fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière, le statut a évolué suite à un mouvement social de grande ampleur entre 2009 et 2010⁵. Le protocole d'accord FPH du 2 février 2010 prévoit alors l'organisation de concours et examens professionnels pour l'intégration des PARM en catégorie B de la filière administrative dans le corps des secrétaires médicaux qui sera renommé AMA-ARM pour tenir compte de la pluralité des métiers exercés dans ce nouveau corps. En effet, le métier d'assistant médico-administratif (AMA) remplace celui de secrétaire médicale et comporte désormais 2 branches, la branche « secrétariat médical (SM) » et la branche « assistant de régulation médicale (ARM) ». Les ARM sont des AMA-ARM pour ne pas les confondre avec les AMA-SM.

Enfin, les perspectives d'avenir dans le service varient selon l'ancienneté des ARM. En effet, les premiers arrivés, pour certains il y a 25 ans, ont eu le temps de s'approprier le service et de s'adapter aux fluctuations et à l'évolution des activités associées au poste d'ARM. Ils sont donc pour beaucoup satisfaits de cet emploi et s'imaginent le conserver longtemps - d'autant plus qu'une majorité d'entre eux ont occupé un autre poste avant celui-ci n'ayant souvent aucun lien avec le secteur médical (poste de commercial, d'ouvrier travaillant à la chaîne en usine par exemple). Pour les « nouveaux » qui n'ont connu que le rythme soutenu des activités actuelles du SAMU, beaucoup ne s'imaginent pas « ARM jusqu'à 60 ans ». Cet emploi est alors souvent envisagé comme un emploi de transition permettant d'accéder ensuite à d'autres fonctions dans le secteur paramédical (aide soignant, secrétaire médical, conducteur ambulancier SMUR...).

- Une définition de l'urgence à géométrie variable

Le métier a beaucoup changé techniquement à travers les évolutions des moyens de communication et a connu une véritable transformation devant l'afflux de la demande sociale et médicale. En effet, si à l'origine le 15 était réservé aux « vraies urgences »⁶, ce numéro est aujourd'hui utilisé pour répondre à des demandes en principe jugées médicales par l'appelant mais qui n'ont en aucun cas un caractère d'urgence⁷. Le caractère d'urgence peut ainsi être « ressenti » par les appelants, parce que sa qualification a pris une valeur subjective à laquelle les ARM font face jour après jour (Berthet, 2011).

³ Décret n° 90-839

⁴ D'après le référentiel métiers de mai 2007, « leur recrutement et leur corps d'emploi sont définis depuis 1990 par les conditions d'accès aux emplois de la Fonction Publique Hospitalière et plus particulièrement par les décrets du 21/10/1990 et du 14/05/1991, complétés par circulaires de 1990 et de 1995 ».

⁵ <http://jihuss.blog.lemonde.fr/2009/12/31/du-b-pour-les-parm/>

⁶ Cette formule revient très souvent dans les discours des professionnels.

⁷ Le blog d'Hubert Favier témoigne de manière humoristique des multiples demandes d'appelants pour des conseils, orientation, n'indiquant pas de caractère d'urgence au sens médical, mais plus dans l'idée d'une réponse sociale rapide. <http://favier.hubert.free.fr/betisier.htm>

Aujourd'hui, le sentiment d'une grande partie des ARM est le fait d'être dans l'obligation de donner une réponse qui doit satisfaire l'appelant.

« Si vous voulez quand vous envoyez 50 ambulances sur une heure et qu'il y en a 25 qui sont justifiées, légitimes je dirais (...), on a envie de... comment dire ? on aimerait que les gens soient un peu plus débrouillards parfois. Ou qu'ils s'adressent aux bons services ». (ARM, homme, 3ans 1/2 d'expérience)

Certains avangent aussi les menaces faites par les personnes s'ils ne proposent pas une solution :

« un appel qui a pas été régulé et qui a eu un dépôt de plainte qui a mal tourné c'est vous qui allez en prison !(...) sur dix appels il y a six personnes qui vont vous dire "bah écoutez si vous n'envoyez rien je vais déposer plainte!" » (ARM, femme, 3 ans 1/2 d'expérience)

Pour Danet (2006), le phénomène est grandissant et s'explique par « une subjectivité de l'utilisateur qui prévaut par rapport à sa catégorisation a priori dans un cadre », en effet, « les acteurs du soin se plaignent d'être les victimes d'une instrumentalisation utilitariste de l'urgence par les patients, qui abuseraient de cet outil technique dans une logique de consommation gratuite et démesurée » (Danet, 2006).

Les raisons invoquées par les ARM sur le nombre d'appels exponentiels depuis une dizaine d'années concerneraient la précarité d'un grand nombre d'habitants du département qui ne trouvent pas de réponse dans leur environnement proche (pas d'accès aux moyens de transports pour se déplacer à l'hôpital, pas de moyens financiers pour aller voir un médecin traitant...). A noter que les situations des migrants de Calais amènent aussi des appels de détresse au quotidien....

« Ce que je dois prendre en charge tous les jours et ce ne sont pas des urgences [...]

Un événement sur un lieu de travail, une garderie d'enfants, une école... Le 15 est un numéro qui rassure et vers lequel on dépose parfois une inquiétude jugée trop lourde, dans la crainte du reproche hiérarchique procédurier d'une faute d'évaluation ; [...]

Mais de plus en plus, des appels ont une forme d'exigence quant à la réponse souhaitée. "Envoyez-nous les pompiers! Ils viennent pour bien moins que ça habituellement!" Il faut faire vite, dégager le problème, le professionnaliser. Ainsi une modeste plaie du doigt devient insurmontable en dehors de l'intervention d'un équipage de deux à trois personnes, pour rassurer tout le monde et préserver du risque de responsabilité. La crise d'angoisse ("tétanie", "spasmophilie") peut finir sur un brancard des urgences, faute de temps et de pondération pour la désamorcer sur place. Alors comment s'y retrouver, entre la sécurité sociale me pointant les "abus" d'utilisation d'ambulance, et des demandes toujours plus pressantes pour avoir accès à ces prestations? ». (Article de Sébastien⁸)

Technologiquement aussi, un plus grand nombre d'appels serait dû à l'équipement massif en téléphonie mobile d'une majorité de la population. Ainsi, environ 40 % des appels donneraient lieu à une intervention médicale (chiffre non-officiel, mais transmis par des directions des SAMUs), les autres appels concerneraient de l'orientation, vers des services compétents, de la réassurance sur des problématiques sociales.... Par ailleurs, l'organisation même du SAMU conduit à une évolution de la fonction, au SAMU du centre hospitalier d'Arras par exemple, en plus du 15, les ARM réceptionnent les appels du 112 (numéro international d'urgence) ainsi que les appels destinés aux médecins de garde (CRRAL) le week-end.

Devant ces évolutions, le besoin d'instaurer une formation plus spécialisée a été formulée aussi bien au sein de la profession, par exemple via l'UNARM⁹, qu'au niveau ministériel.

⁸ http://www.huffingtonpost.fr/sebastien-m/sante-samu-urgences-medecin-secourisme_b_9347664.html, consulté la dernière fois le 12 avril 2016.

⁹ L'UNARM, Union Nationale des Assistants de Régulation Médicale, est une association professionnelle des ARM, www.unarm.fr

Un dispositif de formation axé sur les compétences et savoirs présumés des ARM

- Une offre de formation géographiquement limitée

En 2016, pour exercer la fonction d'ARM, le Certificat d'Exploitant Hospitalier en Télécommunication (CEHT) est le seul diplôme exigé (Circulaire 95-93 du 27 octobre 1995 des Ministères de l'Intérieur et de la Santé Publique). En dépit de la circulaire DHOS/P2, n° 2005-32 du 18 janvier 2005, instaurant la Formation d'Adaptation à l'Emploi (FAE) des PARM, aucune formation initiale dédiée n'est obligatoire (Berthet, 2011). Il est néanmoins recommandé d'avoir une expérience hospitalière dans un service de soins et/ou d'urgence. De cette façon, plusieurs prérequis doivent être satisfaits pour mener à bien le métier d'ARM, dont le personnel n'est pas issu de la filière médicale mais rattaché aux fonctions de secrétariat et d'accueil dans le secteur hospitalier. En 2016, seulement deux centres proposent la formation d'ARM à Paris et La Madeleine (près de Lille). La formation dure 6 mois, elle comporte 455h d'enseignements théoriques et d'ateliers pratiques. Cette formation est composée de trois grands modules portant sur :

- l'enseignement médical : AFPS, pathologies cardio-vasculaires, pathologies respiratoires, neurologie, pathologies abdominales et diabétologie, psychiatrie, pathologies circonstancielles, obstétrique, médecine d'urgence et de catastrophes, pédiatrie, médecine de précarité, radiologie ;
- les sciences humaines et sociales : protection sociale et organisation hospitalière, psychologie et techniques de communication, responsabilité professionnelle ;
- les techniques de régulation et de transmission : ateliers de gestion d'appels en langue française et anglaise, procédure de régulation, téléphonie et bureautique, radiotransmission, anglais ciblé, cartographie.

En plus de ces contenus de cours, la formation propose 245h de stages (3 semaines : stage découverte, 4 semaines : stage SAMU).

Les personnes interrogées qui sortent de cette formation la jugent globalement en phase avec les attentes du métier :

« Je pense que sans la formation j'aurais été incapable de faire ce métier. Elle nous prépare aussi bien à tout ce qui est ...médical que vraiment la partie ... gestion du stress et cetera. Alors bien évidemment on n'arrive pas ici avec une armure et ce genre de chose mais ça nous donne des outils, ça nous prépare à mieux gérer son stress, si j'avais pas fait la formation, je pense que j'aurais perdu mes moyens, à chaque appel, enfin un grand nombre d'appels ici. » (ARM, femme, 3 ans 1/2 d'expérience) ;

« La formation ça se rapprochait beaucoup de la réalité », « La formation aide beaucoup », « C'est vrai qu'on apprend beaucoup de choses moi qui vient pas du tout du médical [...] j'ai appris en six mois plein de choses sur le médical » (ARM, femme, 5 mois d'expérience)

Cette formation, qui peut également être suivie en parallèle de l'activité professionnelle pour les ARM en poste, ne leur permet pas de prétendre à intégrer le corps des professions du paramédical mais elle leur apporte une certification les autorisant à intégrer la catégorie B de la fonction publique. Par ailleurs, certains ARM, plus anciens, ont été embauchés sur entretiens et ont ensuite eu la possibilité de passer un concours en interne pour être titularisés. Le concours d'Assistant médico-administratif comporte deux filières, l'une de secrétariat médical et l'autre d'assistance de régulation médicale. Le recrutement des ARM dans la fonction publique hospitalière se fait donc par voie de concours externe et interne selon le niveau et le parcours.

- De l'urgence et du médical : avoir les bons réflexes ?

Les missions associées aux profils de postes d'ARM contenus dans les offres d'emploi portent sur l'accueil téléphonique de l'appelant et l'orientation selon la gravité et l'urgence de l'appel vers la structure adaptée ou vers le médecin régulateur. Quant à la maîtrise de la notion de l'urgence, les discours des différents professionnels pointent l'acquisition des bons réflexes à avoir en confrontant les professionnels avec le terrain. Cet élément fait partie des exercices mettant en situation les stagiaires. En effet, la maîtrise de la communication avec les appelants est renforcée par la pratique. Ce point est relatif à différents aspects, en premier lieu l'aptitude à pouvoir faire le lien entre les énoncés des patients, souvent vagues et imprécis, et les éléments médicaux nécessaires au diagnostic. Pour ce faire, l'ARM doit faire preuve d'une capacité à obtenir les informations nécessaires, les retranscrire dans une fiche informatisée tout en gérant l'appelant malgré le stress et les émotions qu'il peut manifester. La maîtrise des conditions et du contexte de travail sont ainsi acquis majoritairement grâce à l'expérience. Cette valorisation de l'expérience est d'autant plus forte chez les professionnels plus anciens (plus de 10 ans d'expérience) qui n'ont pas bénéficié de formation. La primauté de l'expérience est une donnée que l'on retrouve dans un grand nombre de professions, notamment les sapeurs-pompiers (Rétière, 1994), pour lesquelles une grande adaptabilité est demandée.

Au sein du service coexistent donc des ARM aux formations différentes qui pourtant exercent les mêmes fonctions, avec un salaire et des perspectives professionnelles identiques. Ces différences peuvent ainsi provoquer certaines incompréhensions. En effet, on observe un décalage de vision entre les nouveaux et les anciens notamment sur les compétences acquises dans le domaine médical. Certains « anciens » ne comprennent pas le « remplissage médical » de la formation pour les nouveaux ARM alors que l'apprentissage du métier il y a quelques années se construisait plutôt sur du « bon sens ». Ces ARM, critiques envers le dispositif de formation, amènent l'idée d'une orientation plus médicale, qui serait contre-productive sur le terrain. A l'inverse, les étudiants en stage que nous avons eu l'occasion de rencontrer se sentent valorisés par ce type d'enseignements dispensés par des médecins les considérant non pas comme des étudiants mais comme de futurs professionnels de santé.

- Produire de l'information : une « compétence communicationnelle » ?

Avant l'entrée en formation, les enseignants énoncent un certain nombre de savoir-être et de compétences associées au métier d'ARM¹⁰ : « Compétences : s'exprimer clairement en toute circonstance, maîtriser les outils de communication, maîtriser l'outil informatique. Savoir être : politesse, respect de l'autre, gestion du stress, disponibilité, rapidité d'analyse ».

De fait, l'observation des pratiques effectives *in situ* nous a permis de constater ces compétences à l'œuvre¹¹. Ces dernières correspondent à ce que nous appelons des compétences communicationnelles « qui sont à la fois peu visibles et peu objectives et par conséquent non reconnues. Elles apparaissent le plus souvent réduites à des capacités de transmission d'information ou encore liées à des qualités relationnelles propres à la personnalité des individus, laissent un flou entre la reconnaissance de l'activité et celle de l'individu en charge de la mener » (Lépine, Parent, 2015 : 128). Ce que Mélanie Hénault-Tessier et Sophie Dalle-Nazebi (2012) ont également pointé lors de leur recherche en insistant sur le travail de « production, de circulation et d'archivage de l'information ». Cette information est « fabriquée au travers d'une relation téléphonique avec un appelant lors de laquelle sa parole est transformée en catégories administratives qu'il appartient aux opérateurs d'évaluer et de rendre visibles en tant qu'urgence. [...] L'information produite dans les

¹⁰ Ces éléments sont transmis par le professeur référent de la formation lorsqu'il présente le métier et la formation à des candidats potentiels.

¹¹ Avec trois écrans à suivre en permanence, la maîtrise de l'outil informatique est essentielle ; une certaine forme de contrôle de soi est primordiale notamment dans le cas d'appels qui a priori ne sont pas destinés au SAMU (des canulars par exemple).

CAU est le résultat d'un travail de collecte, de tri, de traduction et de hiérarchisation de données qui une fois assemblées la constituent » (91).

Cette notion de traduction et production d'informations dans un temps contraint, aidant à la décision, est peu présente dans les différents référentiels. Elle fait pourtant partie des compétences, « au sens des savoirs opératoires, non repérable par le biais des niveaux de qualification ou de classification » (Osty, 2010 : 63), qui sont aussi « des éléments subjectifs par lesquels la qualification se négocie, s'opérationnalise et s'actualise dans un poste de travail »¹², éléments les plus significatifs de la professionnalité de l'ARM. Ces « savoirs d'action » (Barbier, 2004) correspondraient au rôle propre, caractérisé par l'autonomie de ces professionnels dans leurs « compétences organisationnelles » (Grosjean, Lacoste, 1999 : 173).

- Une profession en constante négociation

Une des questions qui oriente notre étude est celle de la spécificité de la profession et de la détermination des « savoirs d'action » (Barbier, 2004) qui la sous-tendent. Ces savoirs d'action, que l'on pourrait assimiler aux « savoirs combinés »¹³ analysés par Grosjean et Lacoste sont d'une part explicités dans les textes fondant la profession en interne au SAMU, d'autre part mis en œuvre dans l'action, dans les pratiques quotidiennes et effectives des ARM. Au delà des écrits professionnels structurant le métier (textes officiels, fiches de poste, informations médicales retranscrites sur le logiciel par l'ARM...), les savoirs d'action seraient des savoir-faire, des « réflexes professionnels » (ARM), des routines peu verbalisables mais observables, « des énoncés associés à des représentations ou systèmes de représentations provisoirement stabilisés, relatifs à la génération de séquences actionnelles produits ou construits par l'acteur énonciateur, considérés par lui comme efficaces c'est-à-dire susceptibles de faire l'objet d'un engagement ultérieur » (Barbier, 2004 : 23-24). Les médecins appellent cela le « rôle propre »¹⁴ expression caractéristique de la profession d'infirmier, également utilisée pour les ARM. Comme ont pu le constater Couthon, Martineau et Salembier (2014) « les textes de référence (SAMU de France, 2009), charte interne, fiches de poste, procédures, etc.) ne couvrent explicitement pas ou très peu le travail d'articulation nécessaire et essentiel à la coordination des activités. Les connaissances et compétences que les acteurs doivent mettre en œuvre pour gérer la coopération sur la plateforme sont ainsi méconnues ou ignorées ». Lors des entretiens, nous avons pu constater que la tendance des ARM est de construire leur(s) identité(s) professionnelle(s) en référence aux métiers du médical (infirmier, aide soignant, plus largement de médecin) en reproduisant partiellement leurs attitudes.

Ainsi, en adaptant leurs pratiques à celles des médecins régulateurs notamment – à travers la reproduction des discours médicaux ou les réflexes d'interprétation des symptômes – les ARM enrichissent ce rôle propre et optimisent leurs pratiques, tout en prenant le risque de brouiller les frontières entre les métiers médicaux et le statut d'ARM qui en est aujourd'hui distingué. Cette forme de négociation de la fonction se retrouve dans l'articulation et la coopération avec les différents « partenaires » de l'ARM. Le métier se trouve pris dans une mise en relation permanente « des équipements et des actions dans lesquelles les rôles et les responsabilités sont distribués et clairement dissociés à la fois au niveau des tâches effectives que de leur localisation spatiale » (Hénault-Tessier, Dalle-Nazebi, 2012).

¹² Cité par Florence Osty (p.63), D. Courpasson et Y-F. Livian, Le développement récent de la notion de compétence, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°1, octobre 1991.

¹³ Ces opérations correspondent à ce que Grosjean et Lacoste (2001) nomment des savoirs-combiner qui s'appuient sur « des agencements organisationnels, de la programmation, des activités, des séries et donc sur des référentiels temporels et objectifs partagés ».

¹⁴ Parlant de l'infirmière, Florent Lheureux précise que « l'autonomie correspond en France (cf. loi du 31 mai 1978) au concept de « rôle propre », qui institue la reconnaissance des compétences spécifiques des infirmiers, faisant d'eux des collaborateurs privilégiés des médecins et non leurs exécutants ».

Nous reviendrons sur cette dissociation qui n'est pas si claire que cela pour des ARM et des médecins au sein de notre terrain. Cette coordination ne relève pas seulement de l'interaction au quotidien mais également de l'interprétation des attendus de la mission et de ce qui est exigé par le médecin régulateur en poste sur le même créneau horaire. En effet, l'écart entre la tâche prescrite et le réel de l'activité réside essentiellement dans la « description de la coopération inter-opérateurs et plus particulièrement des mécanismes de coordination, qui sont généralement fondés sur des connaissances tacites, constituées dans la pratique des acteurs. » (Couthon, Martineau, Salembier, 2014).

Le développement d'un "rôle propre" garantissant l'efficacité du travail

Le rôle propre dont il est ici question correspond à des pratiques professionnelles quotidiennes, non inscrites dans les fiches de postes, mais toutefois nécessaires au bon fonctionnement du service. Ce rôle propre résulte principalement d'une adaptation du professionnel à son environnement de travail. L'autonomie développée en fonction de l'expérience de l'ARM, mais aussi de son expérience professionnelle antérieure, va se développer et s'apprendre (De Terssac, 2012 : 5). Cette autonomie se développe avec une adaptation au cadre organisationnel, technique et géographique.

- Une nécessaire adaptation aux contraintes organisationnelles

L'identité professionnelle des ARM se structure par les tâches qui leur sont allouées et décrites nationalement ; toutefois, les différences de pratiques effectives entre les différents SAMU de France conduit les ARM à développer un « rôle propre » leur permettant de s'adapter à leur environnement de travail. Si au SAMU de Lille les ARM ont essentiellement un rôle de secrétariat - ils notent les noms, prénoms, adresses et symptômes décrits, dans le logiciel prévu à cet effet puis font réguler la grande majorité des appels -, au SAMU du centre hospitalier d'Arras, les ARM sont amenés à prendre plus de responsabilités. Ceci est d'une part facteur d'un stress supplémentaire, d'autre part motive leurs actions. En effet, davantage de responsabilités signifie plus de risques mais aussi une meilleure reconnaissance des compétences et de la fonction. Ici, la structure organisationnelle influence fortement la définition des fonctions et des compétences associées. En général, le service dispose de 2 médecins régulateurs (3 le week end) pour une dizaine d'ARM, ces derniers sont donc amenés à prendre des décisions sans l'avis du médecin régulateur lorsque le cas le permet.

Par ailleurs, les absences répétées de différents ARM conduisent le service à devoir gérer de manière récurrente le problème de sous effectif. Ceci a des conséquences notables sur leurs manières de travailler. Concernant la gestion de l'organisation du travail, la gestion des temps de pause notamment est un point à interroger. Les ARM travaillent suivant un système d'organisation horaire spécifique le jour, la nuit et le week-end. Ils disposent de temps de pauses réduits : 20 minutes lorsqu'ils travaillent 7h30, 40 minutes lorsqu'ils travaillent 12h de suite. Or, il s'avère que tous les ARM ne s'octroient pas véritablement de pause repas. Beaucoup d'ARM préférant déjeuner dans la salle de régulation, avec la possibilité de répondre au téléphone. Il peut s'agir pour eux d' « économiser » leur temps de pause, par exemple pour prendre le temps de fumer ou de sortir de la salle quelques instants après un appel difficile à gérer émotionnellement : *« si vraiment j'ai eu un gros appel qui a posé problème, je vais prendre quelques minutes de mes fameuses 20 minutes auxquelles j'ai droit sur mon poste, là je vais sortir je vais aller fumer une petite cigarette me calmer, souffler un petit peu et puis quand je reviens, c'est reparti ! En règle générale ça se passe comme ça. Sauf dans les moments de pics »*. Par ailleurs, les durées sont rarement respectées. En effet, la majorité des ARM interrogés préfèrent ne pas prendre de pause pour ne pas surcharger les collègues : *« Moi souvent je mange [...] sur mon poste de travail parce que [...] les collègues ils sont dans le rouge et puis ils ramassent, ils ramassent »* (ARM, femme, 2 ans ½ d'expérience).

Même si le service est dans une période calme, il existe toujours une incertitude quant aux appels à venir. Cette organisation des temps de pause est toutefois principalement liée, aux dires des ARM à une prise de conscience forte de leur rôle social – sauver des vies – ils se sentent ainsi investis d'une « mission » dont ils peuvent difficilement se détacher :

« c'est un métier qui prend aux tripes en fait, concrètement, je pense que c'est ça, on découvre quelque chose qui devient une passion en fait, en fin de compte on est vraiment pris dedans. [...]c'est très utile aussi finalement même si les demandes de secours sont pas toujours entre guillemets très justifiées on se sent malgré tout utile à la fin de sa journée de travail » (...)

« C'est vraiment un temps de pause qui nous est imparti si l'activité le permet parce que c'est pareil si l'activité ne le permet pas, ça se comprend on peut pas dire aux gens "veuillez mourir dans dix minutes nous allons fumer une cigarette" concrètement (rires) on ne peut pas dire ça ! » (ARM, femme, 3 ans 1/2 d'expérience).

➤ Adaptation à l'outil informatique et aux procédures

La maîtrise du logiciel métier apparaît comme primordiale pour pouvoir prendre efficacement les appels. Ces logiciels dédiés à la prise de renseignements pour les appels SAMU sont différents selon le Centre 15 (Applisamu, Samuscript, Goss, Centaur15). Notre observation d'un stagiaire en phase d'apprentissage du logiciel nous montre la complexité de ce processus. L'ARM doit à la fois répondre au téléphone et remplir la fiche de renseignement dans le logiciel. La place du vocabulaire utilisé et notamment des abréviations est importante et doit faire consensus pour que les différents intervenants sur la fiche appel puissent comprendre la nature du problème à traiter. Dès l'appel, l'ARM saisit une fiche lui permettant de composer les données qui devront être transmises ou non à un médecin régulateur. A partir d'un entretien bref (que s'est-il passé ? quel est votre âge ? votre nom ? Où avez-vous mal ?) ces données, retranscrites en temps réel, fabriquent une information qui permettra de donner une suite à cet appel.

« Chute – trauma épaule – suspicion luxation
Épaule
Pas de malaise
Pâle »

(Éléments tirés de la fiche d'appels informatique, observations du 4 mars 2016)

« Cette fiche d'appel » est à la fois un document à remplir et à faire circuler, un environnement informatique de travail et un objet à manipuler. Cette mise en tension du travail est ce que Josiane Boutet appelle « l'interdépendance entre les activités verbales et les outils, les machines, les technologies ; interdépendance entre les différents modes de représentations de la réalité que sont la parole, les écrits, les chiffres, les tableaux, les graphiques, les maquettes : tous ces phénomènes construisent des modes spécifiques de contextualisation de l'activité verbale au sein des contextes d'action » (Boutet, 2008 : 124).

Au SAMU du centre hospitalier d'Arras, les ARM disposent d'un logiciel de collecte des dossiers nommé Centaure. Ils ont également à leur disposition le « lutin », un espace en ligne leur permettant de visualiser très rapidement les services de secours (numéros d'ambulances), les numéros utiles (SOS suicide) ou les informations pratiques en lien avec leurs fonctions (procédures, liste des ARM...). Un troisième écran leur permet de suivre en temps réel la disponibilité des dispositifs de secours.



Figure 1 – Poste de travail ARM

Ces logiciels sont spécifiques au SAMU du centre hospitalier d'Arras et nécessitent une acculturation qui passe notamment par un système de tutorat avec double écoute. Concernant les procédures, la nature même du travail attendu des ARM nécessite la présence de documents officiels garantissant une prise de décision adaptée. Ainsi, les décisions à prendre sont-elles consignées dans un document détaillant les situations rencontrées et les procédures à adopter. Il existe différents degrés de priorité dans la régulation médicale. Le référentiel et guide dévaluation édité par le Samu-Urgences de France (SUdF) et la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), en mars 2015¹⁵, distingue trois catégories de priorités, qui vont permettre de regrouper les situations rencontrées :

- P0 = déclenchement réflexe d'une équipe SMUR suivi d'une régulation prioritaire (absence de signes de vie, difficulté respiratoire, altération sévère de la conscience, circonstances singulières du type pendaison, accident de train ou d'avion, incendie avec victime potentielle, etc.),
- P1 = régulation prioritaire,
- P2 = régulation qui peut être mise en attente, sans risque pour le patient, d'autres régulations étant en cours.

Si ces listings permettent aux ARM de « se couvrir » juridiquement, la décision nécessite toutefois que l'ARM appréhende la situation. Si les « nouveaux » ont tendance à s'en tenir aux procédures, les anciens ont développé, grâce à l'expérience, un savoir sur les pathologies et les conséquences associées, qui les conduit parfois à prendre des décisions sans respecter *stricto sensu* les procédures. Ainsi, une situation peut paraître bénigne et l'ARM va cependant décider d'envoyer des moyens immédiatement, il n'a alors aucun signe rationnel et concret lui permettant de le faire mais il « sent que quelque chose ne va pas ». Appelons cela intuition, expérience, anticipation... ces pratiques n'en relèvent pas moins d'un rôle propre de l'ARM qui s'attribue une autorité d'action sans forcément avoir recours à l'avis du médecin régulateur.

➤ Adaptation aux spécificités territoriales et aux pathologies associées

La connaissance du territoire est nécessaire au bon exercice de la fonction d'ARM. En effet, les spécificités territoriales ne sont pas abordées dans le cadre de la formation si ce n'est lors du stage. Celui-ci donne lieu à un apprentissage collectif sur le « tas » axé sur le partage d'expérience entre différents professionnels avec les dangers d'imitation que cela suppose. La construction du savoir, des connaissances du territoire peut ainsi résulter d'une production collective permettant le développement d'un « feeling », d'une intuition convoquée dans la définition d'une situation d'urgence. Une bonne connaissance des spécificités territoriales constitue ainsi une compétence relevant du rôle propre de l'ARM, compétence non travaillée dans le cadre de la formation mais qui

¹⁵ http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf

s'acquiert par l'expérience ou résulte d'une connaissance préalable souvent liée à une bonne connaissance du territoire par l'ARM résidant en région. Ainsi, un ARM du SAMU d'Arras sera sans doute plus prompt à suspecter des maladies cardio-vasculaires chez des sujets jeunes, qui ne sont pas les premiers concernés au niveau national par ce type de pathologies, au regard de la surmortalité qui leur est associée en région Nord-Pas-de-Calais ou de l'importance des facteurs de risques liés aux conduites addictives (alcool, tabac) sur le territoire¹⁶.

- Des procédés d'ajustement aux contraintes

- Une contrainte forte qui structure l'exercice quotidien du métier : la relation aux médecins régulateurs

L'exercice quotidien de la profession d'ARM suppose une relation constante aux médecins régulateurs. Le cœur même du travail des ARM consiste en effet à transmettre un appel à l'un des médecins régulateurs pour que celui-ci procède à la « régulation médicale ».

« La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur. L'acte médical est une décision médicale qui implique la responsabilité individuelle du médecin.

Cette décision s'appuie sur l'ensemble des éléments dont dispose le médecin. Sa finalité est d'apporter au patient le juste soin et de ne pas lui faire perdre de chance. La régulation médicale assure une écoute et une réponse permanente dans un centre d'appels dédié aux urgences médicales et/ou aux demandes de soins non programmées. La régulation médicale a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à chaque situation »¹⁷.

A l'instar des constats effectués par Dominique Bessières et Céline Matuszak (2016) concernant les relations magistrats/éducateurs, les relations ARM/médecin régulateur s'inscrivent « dans des environnements où les frontières et conventions sont laissées à l'interprétation de chacun en fonction d'un grand nombre de paramètres » que nous avons identifié lors de nos observations : la place de l'ARM dans la salle de régulation, le médecin régulateur de garde, l'expérience de l'ARM, son genre également¹⁸.

Or, il apparaît très clairement que, pour les ARM interrogés, la relation aux médecins régulateurs constitue une contrainte qui structure fortement l'exercice quotidien de leur profession. Les ARM décrivent en effet des rapports tendus aux médecins régulateurs et semblent se sentir déconsidérés par certains d'entre eux. Pour certains ARM la relation aux médecins régulateurs est d'ailleurs présentée spontanément comme la facette de leur métier qu'ils apprécient le moins. Ceci est particulièrement vrai pour les nouveaux embauchés, les anciens quant à eux estiment que leur ancienneté leur confère une légitimité leur permettant de s'adresser sans retenue aux médecins. Garder la face par rapport aux médecins apparaît alors comme une compétence permettant aux ARM de perdurer dans le métier et de renforcer une autonomie contribuant à la reconnaissance de la fonction.

¹⁶ Selon l'ARS, en 2015, au niveau régional la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes et pour les femmes est de 25% plus élevée par rapport à celle de l'ensemble de la France métropolitaine. L'ARS estime également que la région est particulièrement touchée par les problématiques liées aux addictions qui constituent des facteurs de risques essentiels de différentes pathologies et contribuent à renforcer la surmortalité régionale. (Atlas Régional et Territorial de Santé du Nord-Pas-de-Calais, avril 2015, http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/ARS_Actu/DSEE_-_Atlas_2015.pdf)

¹⁷ Les missions de l'assistant de régulation médicale sont décrites dans le guide des « bonnes pratiques » des « Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale », conçu par la Haute Autorité de Santé.

Cf : http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/677/regulation_medicale_recommandations.pdf

¹⁸ En fonction des médecins et des ARM, de la coopération, de la proximité peuvent être observées, des relations hiérarchiques et descendantes plus classiques sont présentes.

Ces rapports aux médecins régulateurs induisent deux ajustements liés. A un premier niveau, quelques ARM, surtout les moins expérimentés, semblent tenter de contourner la régulation médicale, pour ne pas entrer en conflit avec certains médecins. Il apparaît en effet que ceux-ci reprochent aux ARM de leur passer trop d'appels pour lesquels une régulation médicale ne leur semble pas nécessaire. A un second niveau, cette tension autour de l'acte de régulation constitue une source de stress particulièrement forte pour plusieurs ARM, voire comme la source principale.

➤ S'ajuster à des conditions matérielles psychologiquement éprouvantes d'exercice du métier

Ce premier élément contraignant, à travers la question du stress, laisse entrevoir un autre élément qui structure au quotidien l'exercice de la profession d'ARM : des conditions matérielles qui rendent l'exercice de la profession éprouvante et auxquelles les ARM doivent s'adapter.

Le travail d'ARM tel qu'il est exercé au SAMU du centre hospitalier d'Arras apparaît en effet éprouvant psychologiquement. La nature même de la profession - gérer des appels de détresse à distance - génère du stress. Mais l'organisation du travail semble également jouer en ce sens et induit des situations considérées comme des injustices et génératrices de stress au quotidien :

- Injustice vis-à-vis du salaire au regard des exigences du métier. En effet un ARM débutant touche environ 1200 euros par mois, un ARM confirmé atteint après 14 ans d'exercice un salaire allant de 1600 à 1700 euros mensuels selon le nombre de weekend travaillés. Cette injustice est souvent associée aux perspectives professionnelles limitées de la fonction, en effet, l'ARM peut, avec l'expérience, devenir ARM référent, fonction qui ne semble pas recherchée compte tenu de la charge de travail qu'elle suppose.
- Injustice vis-à-vis des responsabilités pénales associées à la fonction. Comme nous l'avons déjà signalé, le poste d'ARM est un poste à responsabilité et par là même porteurs de risque en cas d'erreur pour l'opérateur, beaucoup d'entre eux évoquent cette peur de la condamnation (pénale, financière...) souvent largement médiatisée¹⁹.
- Injustice face au collectif de travail. Comme nous l'avons noté le nombre conséquent d'arrêts maladie et de désistements des ARM débutant dans la fonction conduit les ARM à devoir adapter leur emploi du temps au risque d'accentuer leurs difficultés à gérer vie professionnelle et vie privée.
- Injustice vis-à-vis d'autres corps professionnels à l'activité similaire, c'est le cas notamment des sapeurs-pompiers, dont les fonctions de réception d'appel sont similaires, mais qui bénéficient d'avantages supplémentaires – un temps de pause plus long par exemple. Cette injustice, exprimée à plusieurs reprises par les ARM, qu'ils soient pompiers volontaires par ailleurs ou non, accentue les divergences entre deux services aux objectifs similaires : « Dans un système de traitement des appels d'urgence où les deux organisations (15-18) se font concurrence et où la définition de leurs missions comporte encore des zones floues, la bonne information peut aussi être celle qui va dans le sens de la structure opérationnelle pour laquelle travaille l'opérateur » (Hénault Tessier, Sophie Dalle Nazebi, 2012).

Face à des conditions de travail épuisantes sur le plan psychologique, les ARM semblent développer des compétences spécifiques et des stratégies individuelles et collectives qui varient en fonction des opérateurs. Certains fument pour évacuer le stress, d'autres évoquent des pratiques de relaxation : « moi je m'aide de ce que je fais en dehors : du yoga, beaucoup d'activités de détente, [...] j'ai une salle de sport où je vais pour me défouler [...] et je sais que ça sert énormément parce que quand j'ai des appels difficiles, je prends cinq minutes, soit je sors ou je reste sur ma chaise, je respire et j'essaie de me détendre de me vider la tête » (ARM, femme, 5 mois d'expérience). On observe enfin des pratiques collectives de gestion du stress qui passent par l'humour et les discussions entre ARM qui apparaissent comme une manière de mieux gérer les difficultés de leur quotidien professionnel : «

¹⁹ Jean-Bart, Josué. Permanencière du Samu et CHU poursuivis. Ouest France Pays de La Loire, 21 juin 2014. <http://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/permanenciere-du-samu-et-chu-poursuivis-2645678>

quand j'ai eu un appel un peu pénible, pas difficile à vivre hein mais pénible, je raccroche, on évacue ça tout de suite entre nous, on en parle on rigole, on rit beaucoup entre nous » (ARM, femme, 3 ans 1/2 d'expérience).

Conclusion

L'analyse des pratiques professionnelles ne peut se concevoir sans une prise en compte des identités en jeu et des représentations associées qui font partie intégrante de l'*habitus* de professionnels exerçant un même métier. Ici le terrain d'étude est circonscrit ce qui nous a permis d'appréhender les fonctions des ARM en lien avec la structure organisationnelle qui les accueille. Au SAMU du centre hospitalier d'Arras, le métier d'ARM nécessite une constante adaptation aux contraintes techniques, territoriales, organisationnelles permettant d'optimiser les pratiques professionnelles. Ces procédés d'adaptation aux contraintes et le développement d'un rôle propre, s'ils apparaissent pour certains valorisants et contribuent à la reconnaissance de la profession notamment dans le secteur médical, n'en sont pas moins porteurs de stress et engendrent des difficultés d'adaptation auxquelles le service doit faire face.

Ainsi, plusieurs problématiques ont vu le jour. Tout d'abord, il apparaît aujourd'hui essentiel pour les cadres du SAMU et les fondateurs de l'Union National des ARM (UNARM) de repenser le dispositif de formation. En effet, l'offre de formation aux fonctions d'ARM est aujourd'hui limitée, il n'existe à l'heure actuelle que deux sites de formation dont celui de la Madeleine près de Lille, de même la formation n'est proposée qu'en formation initiale ce qui conduit les ARM déjà en poste et désireux de la suivre à adapter leur emploi du temps moyennant une perte de salaire mineure. En termes de contenu on remarque que les compétences communicationnelles, pourtant au cœur des pratiques professionnelles des ARM, restent marginales et nécessiteraient d'être développées au-delà du « savoir bien communiquer » dont il est aujourd'hui question. Repenser le dispositif de formation amène à réfléchir plus largement au positionnement de la profession dans un domaine d'activité partagé par les acteurs. Aujourd'hui, si les pratiques des ARM et les langages qu'ils utilisent dans le cadre de leurs fonctions sont explicitement associés au secteur médical, les ARM ne sont pas encore intégrés aux statuts du paramédical. Proposer une formation ou un diplôme d'état idéalement reconnu par le ministère de la Santé amènerait plus de cohérence entre l'affichage des fonctions et les pratiques réelles des acteurs (utilisation d'un langage médical, collaboration avec des acteurs médicaux, opération de pré-diagnostic). Finalement, notre étude intitulée « Ethique, Qualité, Urgence » traite frontalement les questions de qualité de service et de traitement de l'urgence en situation de travail, toutefois, les questions d'éthique restent marginales dans les analyses que nous avons jusqu'alors proposées. Et pourtant cette question est centrale tant lorsqu'il s'agit d'analyser des pratiques professionnelles qui la portent, que lorsque l'on s'interroge sur la posture du chercheur impliqué dans un terrain de recherche à la fois objet et commanditaire de l'étude. En perspective à ces travaux, nous prévoyons d'approfondir notamment ces questions d'éthique en collaboration avec les experts de terrain du SAMU du centre hospitalier d'Arras.

Bibliographie indicative

AVRIL Christelle, CARTIER Marie, SERRE Delphine, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, La Découverte, Paris, 2010.

ARBORIO Anne-Marie, FOURNIER Pierre, *L'enquête et ses méthodes. L'observation directe*, 3^{ème} édition, Armand Colin, 2014.

BARBIER Jean-Marie, GALATANU Olga (coord.), *Les savoirs d'action : une mise en mot des compétences ?*, L'Harmattan, Paris, 2004.

BERANGER Jérôme, *Modélisation éthique de la recherche collaborative d'information - Cas de la relation médecin-patient-système d'information*, *Les Cahiers du numérique*, 2012, 8 (1-2), pp. 39-62.

BERTHET Jean-Pierre, *Du permanencier auxiliaire de régulation médicale à l'assistant de régulation médicale : historique de la profession et perspectives d'avenir*, chapitre 112, colloque SAMU Urgences 2011.

BESSIERES Dominique, MATUSZAK Céline, *La communication autour des rapports des éducateurs destinés aux magistrats : attentes et évaluations croisées, interprétations localisées de la mission d'aide à la décision*, dans *Ecrire au magistrat, nouvelles normes, nouvelles contraintes*, sous la direction de Delcambre Pierre et Matuszak Céline, Presses Universitaires du Septentrion, 2016.

BOUTET Josiane, *La vie verbale au travail*, Octarès, 2008.

COUTHON Christopher, MARTINEAU, Régis, SALEMBIER, Pascal, *De la qualité de la coopération à l'identification d'indicateurs de pilotage*. Catherine Faron-Zucker. 25èmes Journées francophones d'Ingénierie des Connaissances, Clermont-Ferrand, France. pp.119-124, 2014. <hal-01015958>.

DANET François, *La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital*, *Communication et organisation* [En ligne], 29 | 2006, mis en ligne le 21 juin 2012, consulté le 24 février 2016. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/3405>

DUCOULOMBIER Anaïs, *Le sens du rôle propre dans la profession infirmière*, Mémoire de fin d'études d'infirmière, IFSI de Versailles, 2013. Consulté le 30 mars : <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-anais-ducoulombier.pdf>

GROSJEAN Michèle, LACOSTE Michèle, *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, *Le Travail Humain*, 1999.

HENAUULT-TESSIER Mélanie, *Permanenciers assistants de régulation médicale au travail : quelles pratiques de communication sur une plateforme multimédia ?*, *Recherches sur la société du numérique et ses usages*, Dinan, France. L'Harmattan, 2011, pp. 111-132.

HENAUULT-TESSIER Mélanie, DALLE-NAZEBI Sophie, *Traiter les appels d'urgence. Fabriquer une information pour l'action*, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2012/1 (Vol. 6, n° 1), pp. 89-114.

KAUFMANN Jean-Claude, *L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif*, 3ème Edition, Armand Colin, 2014.

MICZEK Sophie, *Analyse ergonomique du travail et de la charge mentale en salle de régulation du SAMU régional de Lille*, thèse du diplôme d'état de docteur en médecine, sous la dir. de X. Vaxevanoglou, 2003, Université Lille 2.

OSTY Florence, *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, PUF, 2010.

PUDAL Romain, *Ni professionnel, ni bénévole : être pompier volontaire aujourd'hui*, *Socio-logos* [En ligne], 5 | 2010, mis en ligne le 04 juin 2010, consulté le 08 mars 2016. URL : <http://socio-logos.revues.org/2465>

RETIERE Jean-Noël, *Etre sapeur-pompier volontaire : du dévouement à la compétence*, *Genèses*, n°16, 1994.

TERSSAC de Guy, *Autonomie et travail*, *Dictionnaire du travail*, PUF, 2012, pp. 47-53.

WITTORSKI Richard, *L'écriture sur la pratique comme outil de professionnalisation (la contribution de l'écriture sur la pratique professionnelle à la fabrication des savoirs et des compétences)*, Olivier Douard, L'Harmattan, 2003, pp. 47 à 63, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00172711>