

# Contrainte budgétaire, accès aux soins et inégalités sociales de santé

NICOLAS BELORGEY  
Post-doctorant, centre  
Maurice-Halbwachs  
(équipe ETT)

Les hôpitaux français font face à une contrainte budgétaire qui se resserre. « En 2005, plus d'un hôpital sur trois est déficitaire, ils n'étaient qu'un sur quatre en 2002<sup>1</sup>. » Ces déficits font l'objet de deux grandes interprétations. La première dénonce la raréfaction des crédits qui serait responsable de cet état de fait<sup>2</sup>. La seconde affirme la nécessité de « réformer » la sécurité sociale afin de réduire ces déficits essentiellement par l'ajustement à des recettes considérées comme peu souples et de dépenses vues comme excessives<sup>3</sup>. On ne souhaite pas ici rentrer dans ce débat, mais plutôt se pencher sur les conséquences pratiques de ces déficits croissants pour les patients.

En effet, que ce soit par manque de ressources ou par excès dans la dépense, par une dépense « inefficente », le creusement des déficits a comme conséquence une tension sur les capacités productives des hôpitaux, qui se répercute à son tour sur la façon dont les soins sont délivrés aux patients. On voudrait montrer ici que l'accès à certains soins en est rendu plus difficile, et que ce sont les catégories déjà défavorisées de la population qui en pâtissent le plus.

Ce texte s'appuie sur une enquête menée au début des années 2000 dans des hôpitaux français<sup>4</sup>, et plus particulièrement sur des observations réalisées dans le service d'urgence d'un grand hôpital de la région parisienne, que nous nommerons Larrey<sup>5</sup>.

Aux urgences de Larrey, les soins sont paradoxalement une denrée relativement rare, dans le sens où les soignants ne sont pas toujours disponibles immédiatement pour les

1. N. Dumontaux, B. Le Rhun, M.-C. Legendre et S. Villeret, « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005 », *Études et Résultats*, 2007, n° 576.
2. J. Duval, « Une réforme symbolique de la Sécurité sociale. Les médias et le "trou de la Sécu" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, n° 143.
3. B. Palier, *Gouverner la sécurité sociale : les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Puf, 2005, XIX-502 p.
4. N. Belorgey, « Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public », thèse de sociologie, sous la direction de F. Weber, Paris, 2009, EHESS.
5. Les noms de personnes et d'institutions sont rendus anonymes.

patients et où ceux-ci doivent par conséquent les attendre, parfois longtemps. Pour savoir s'ils vont prendre en charge tel ou tel usager qui se présente à eux, et dans quel ordre de priorité ils vont le traiter par rapport à d'autres, les soignants ont recours à différents critères. Le plus légitime d'entre eux est la gravité de la pathologie. Une suspicion d'infarctus passe avant une entorse de la cheville, qui devance une gorge irritée. Mais on en trouve d'autres, comme l'âge du patient, qui joue comme un indicateur non seulement du précédent mais aussi du travail que le soin du patient va demander au service, de l'intérêt qu'il représente d'un point de vue médical et, de plus en plus avec les actuelles « réformes », de ce qu'il va « rapporter » ou « coûter » financièrement au service. Ces différents jugements, produits de surcroît par différentes personnes, se cumulent, pour déboucher sur un certain ordre de passage des patients. Cet ordre n'est pas déterminé *a priori* mais négocié et renégocié tant que dure l'interaction entre soignants et soignés.

Dans les services d'urgence soumis aux actuelles « réformes », le renforcement de la contrainte de ressources se traduit par une incitation pesant sur les soignants pour qu'ils augmentent leur « productivité », autrement dit pour que chacun d'eux traite plus de patients dans un laps de temps donné, ou encore pour que chaque patient soit vu plus rapidement. Or, une attente réduite pour les patients peut signifier une meilleure qualité de soins, par exemple par une prise en charge plus rapide de la douleur, mais aussi le contraire : des examens plus superficiels, un diagnostic moins étayé. Les réformateurs s'appuient parfois, dans cette démarche, sur l'appartenance professionnelle et la responsabilité juridique des soignants, qui les empêchent de dire ou de reconnaître qu'ils peuvent éventuellement faillir à leur obligation de délivrer des soins de qualité. Il n'en demeure pas moins que cette incitation à examiner les patients plus vite, pour les faire sortir plus vite du service, conduit à relever le seuil de reconnaissance de la maladie. Dans un service d'urgence plus « avancé » que Larrey sur la voie des « réformes », les patients qui sont vus plus vite sont ainsi également ceux qui doivent revenir plus souvent. Ainsi, les réformes managériales ont pour conséquence que les patients doivent négocier plus âprement pour se faire soigner.

Or, la capacité à mener à bien cette négociation est inégalement distribuée dans la société. Certains patients sont dotés de ressources importantes qui leur permettent de bénéficier d'une attention particulière des soignants, comme l'illustre le cas d'un mannequin aux urgences de Larrey. Après le tsunami qui a frappé l'Asie du Sud-Est en décembre 2004, des médecins de cet établissement, situé près d'un aéroport, accueillent certains rescapés à leur descente d'avion. Parmi eux, un psychiatre rend compte en réunion de *staff* de paroles entendues à cette occasion. « Si nous ne sommes pas morts, estimerait certains survivants, c'est que nous sommes des élus, Dieu nous a choisis pour vivre encore. » Ces figures encore abstraites de miraculés prennent corps peu après dans le service sous la forme de patients recevant différents soins. L'une d'entre eux focalise particulièrement l'attention ce jour-là. Il s'agit d'une jeune femme, que je découvre au détour d'un couloir, assise dans un fauteuil roulant. Elle est entourée de quatre ou cinq personnes qui font cercle autour d'elle en plaisantant, notamment des membres de la société « Aéroports de Paris » (ADP) revêtus de leurs badges. Ils portent des habits de ville de marque, parlent d'une voix forte, d'un air assuré, échangeant des sourires entendus entre eux au sujet de la longueur de l'attente, qu'ils trouvent manifestement excessive après tout ce qui a déjà été enduré depuis le tsunami. La scène est assez inhabituelle aux urgences de Larrey, où les patients sont rarement entourés d'une telle « cour » et où ceux qui parlent fort sont aussi parfois violents, éthyliques, ou les deux, et ne portent de vêtements de marque que s'ils sont aussi de sport.

Au fil de la journée, les relations s'enveniment entre cette patiente – appelons-la Johana – et le service, notamment Samira, une jeune médecin qui laisse libre cours à son exaspération en salle de détente. Ils auraient eu, elle et son fils qui se trouve à ses côtés, « tout ce qu'ils voulaient » : alors que les accompagnants ne sont en principe pas autorisés à pénétrer dans le service afin de ne pas interférer avec l'action des soignants, une exception a été faite pour eux ; de même pour leur tabagisme dans ce lieu public non fumeur ; « on les a laissés manger leurs sandwiches pendant l'examen » ; etc. Et pourtant, ils ne cesseraient de « rouspéter », estimant que les choses ne vont pas assez vite et qu'ils ne sont pas traités

correctement. Samira est particulièrement excédée par l'insistance dont ferait preuve la jeune femme, depuis le matin, à rappeler qu'elle fait partie de l'agence de mannequins « Élite », comme si cela devait lui donner un droit de préséance sur les autres patients. Le cadre supérieur du service renchérit: ils interpréteraient le grand nombre de soignants mobilisés autour d'eux comme un signe que « tous ces gens n'ont pas grand-chose à faire ». L'incident éclate un peu plus tard dans la journée, alors que Johana est examinée par un chirurgien *senior*, descendu de son étage pour elle, d'où peut-être aussi sa durée d'attente élevée. Elle aurait déclaré: « Je suis fatiguée », le médecin dérangé dans un programme déjà chargé lui ayant alors répondu « moi aussi ». Johana aurait ensuite « fait un scandale », appelant depuis son téléphone portable une chaîne de télévision nationale volontiers critique des services publics, où elle aurait « des relations ». L'incident se répand comme une traînée de poudre dans les urgences et une partie des autres services, remontant et redescendant la chaîne hiérarchique médicale et administrative, sans qu'il soit possible de déterminer précisément jusqu'où il va. Le lendemain, Maurice, le directeur général de l'hôpital évoque l'affaire en réunion: il aurait effectivement été appelé par le média à sensation, qui l'aurait menacé d'envoyer une équipe sur place pour témoigner de l'incurie de son établissement dans le soin des victimes du tsunami. Il aurait eu le plus grand mal à apaiser « l'affaire », en prenant toutefois la défense des soignants et de leurs contraintes de fonctionnement. Johana a très vite quitté les urgences puis le service de chirurgie où elle avait été admise.

On ne peut être étonné par la disproportion entre les mots d'apparence anodine qui déclenchent la crise et l'ampleur de celle-ci que si on oublie qu'ils condensent toute l'incompréhension qui sépare parfois patients et soignants. On trouve en effet d'un côté une patiente traumatisée (au sens médical du terme) physiquement et probablement psychologiquement par un événement grave, qui requiert des soins, et de l'autre un professionnel qui doit arbitrer l'énergie qu'il consacre entre différents patients et ne peut malgré tout regarder cette patiente que comme une profane qui serait dès lors mal placée pour émettre un jugement sur sa conduite. Chacun s'énerve

de l'ignorance de sa situation qu'il suppose chez l'autre, ou du manque d'égards qu'il lui témoigne étant donné celle-ci.

Mais cet incident renseigne surtout sur le caractère socialement construit de l'interaction entre soignant et patient. Johana possède un niveau de capital particulièrement élevé : économique, comme le signalent ses vêtements ; symbolique, par son appartenance à l'agence « Élite », et dont elle ne voit pas le sens négatif dans le contexte égalitariste des urgences de Larrey, établissement situé dans une banlieue ouvrière, comme l'illustre particulièrement la réaction de Samira ; social enfin par les relations dont elle dispose dans le milieu des médias, en lien probablement avec sa profession. Ces différents capitaux se conjuguent pour lui assurer une prise en charge exceptionnelle : par les soins dont l'entoure ADP à sa descente d'avion en lui fournissant des accompagnateurs, par les dérogations dont elle bénéficie lors de son séjour dans le service, par la rapidité de sa prise en charge à la suite de la menace médiatique qu'elle agite. En dépit de ses protestations, nulle autre patiente, même rescapée du tsunami, n'a été finalement entourée de tant d'égards, ni n'a reçu de soins aussi rapides, vu les données du problème (pathologie, disponibilité des soignants...).

Le caractère exceptionnel de cette situation ressort encore mieux si on le compare aux nombreux cas d'usages minimaux des services de soin. Un cas extrême à cet égard est bien sûr l'absence de soins, c'est-à-dire la situation où la personne ne se présente pas, ou se présente tardivement, son cas ne lui semblant pas grave, comme le montre l'exemple de M. Driss. Celui-ci est ouvrier d'origine comorienne. Quand il se présente aux urgences, accompagné de son fils qui lui sert d'interprète, il déclare souffrir de maux de ventre et de diarrhées depuis plusieurs jours. Les examens qui sont faits et les médecins qui se succèdent à son chevet tout au long de la journée tâtonnent longtemps. Il n'aurait, dit un médecin « rien d'urgent apparemment, mais je le sens pas, c'est pas le genre de mec qui vient pour rien ». Les examens concluent finalement, le soir, à la nécessité de l'opérer en urgence. M. Driss a fait un usage réduit du service d'urgence dans un double sens. D'une part, il aurait moins souffert s'il était venu plus vite. D'autre part, il se serait ainsi épargné les critiques de certains hospitaliers, qui face à des cas comme le sien, ont souvent une

position paradoxale: selon eux, soit un tel cas mérite de venir aux urgences, et la personne n'aurait pas dû attendre, elle a en quelque sorte failli à l'obligation médicale et sociale de se soigner<sup>6</sup>, soit le fait qu'elle ait pu attendre signale qu'elle n'est pas une « vraie urgence ».

Le défaut dans le soin peut provenir aussi des soignants eux-mêmes, par exemple quand l'intéressé est « réorienté » à l'entrée du service, ou quand il y est admis mais que sa pathologie est mal diagnostiquée, ou encore bien diagnostiquée mais traitée lentement, etc. M. Dupond est également ouvrier. Admis le même jour que Johana, il est l'objet de beaucoup moins d'attention(s) que celle-ci. Il est d'abord confié aux soins d'un interne. Ce médecin en formation ne parvient pas à établir lui-même le diagnostic. Après différents examens biologiques, il fait appel au *senior* qui le supervise, lui-même très occupé. Celui-ci ausculte M. Dupond et demande une IRM. L'encombrement des urgences et du service d'imagerie conduit à ce que cet examen ne soit pas obtenu avant plusieurs heures. Ensuite, le *senior* demande que le patient soit transféré d'urgence dans un autre établissement pour y subir une opération qui ne peut être réalisée sur place, ce qui prend à nouveau du temps. Au total, sept heures environ s'écoulent entre son arrivée aux urgences et son opération. Celle-ci, intervenant tardivement, ne peut l'empêcher de rester paralysé. L'agitation causée par Johana n'a vraisemblablement pas ralenti le diagnostic de M. Dupond, qui était de toute façon médicalement compliqué, mais la concomitance des deux cas montre à quel point les patients peuvent adopter des attitudes différentes face à un même service de soin.

En résumé, en incitant les soignants des services d'urgences à traiter les patients plus vite, le renforcement de la contrainte budgétaire durcit aussi les conditions de la négociation que les patients doivent mener pour accéder aux soins. Or, les chances de succès du point de vue sanitaire de l'interaction entre soignants et patients dépendent en partie des trajectoires sociales de ces derniers; elles sont moindres notamment quand ils appartiennent à des catégories défavorisées de la population. À partir de ces prémisses, on déduit logiquement que ce sont les catégories déjà défavorisées de la population qui sont le plus exposées au durcissement de l'accès aux soins causé par le renforcement de cette contrainte budgétaire. ■

6. E. Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 [1970], « Médecine et sociétés », 369 p.