

Limiter la liberté du soignant ou celle du patient ? Les enjeux éthiques du (dé)conventionnement des soignants

Isabelle Dagneaux

Paru dans Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W. (éd.), *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins. Réflexions pour la pratique quotidienne*, Paris, Seli Arslan, 2015, p. 133-147.

Abstract

La loi belge sur les droits du patient affirme le droit au libre choix du praticien professionnel par le patient. Dans les faits, ce choix peut se voir limité par différentes choses, en particulier par le coût des soins. En Belgique, un médecin déconventionné fixe lui-même le montant de ses honoraires alors qu'un médecin conventionné s'engage à respecter les tarifs de la convention nationale médico-mutualiste (CNMM). La question de la liberté tarifaire révèle des enjeux sociaux et économiques, qui vont au-delà de la relation médecin-patient. A travers l'accessibilité aux soins, s'engage une certaine conception de la justice, de la dignité et de la solidarité.

1 Introduction

Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. C'est une dure réalité pour certains patients, car ce prix est parfois élevé, et le plus souvent imprévisible. Les soins de santé ne sont pas une priorité pour certaines familles de nos pays : elles ne peuvent se permettre de sombrer dans l'endettement pour aller chez le médecin – et je ne parle pas du dentiste ! Lorsque l'on voit certains patients faire le tri dans leur ordonnance à la pharmacie, il n'est pas étonnant que l'imprévisibilité des coûts de consultations, examens, ou hospitalisations soit un obstacle à l'accès aux soins pour certaines personnes, de plus en plus nombreuses.

La loi belge sur les droits du patient précise que « le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix » (art. 6). Outre une série de raisons pratiques, ce choix peut se voir limité par la difficulté à assurer le montant des honoraires, surtout lorsque ceux-ci dépassent largement le remboursement par l'assurance soins en santé. La liberté du médecin à fixer le montant de ses honoraires trouve une première limite dans le code de déontologie de l'ordre belge des médecins : « le médecin fait preuve de modération et de discrétion dans la fixation des honoraires relatifs à ses prestations. » (OM, 2014, art. 71). Sommes-nous dans une situation où une liberté se joue contre une autre – celle du patient contre celle du médecin – et où le seul enjeu serait de faire appel à l'éthique et à la conscience des médecins ? L'État et les assurances « soins de santé » constituent le troisième pôle d'acteurs de la question.

Notre réflexion s'inscrit dans une expérience personnelle de médecin généraliste et l'interrogation de collègues¹. Elle prend donc son point de départ en Belgique, dans la première ligne de soins. La littérature francophone trouvée sur le sujet est principalement française. La situation des deux pays diffère sur une série de points, mais des parallélismes peuvent être établis, et les enjeux de fond se traduisent dans les mêmes termes. Nous précisons autant que faire se peut les dénominations propres à chaque pays, et brosserons rapidement les principales caractéristiques de deux pays voisins (voir paragraphe 4). Commençons par examiner la situation belge.

2 Le conventionnement en Belgique

2.1 Qu'est-ce que le conventionnement ?

La commission nationale médico-mutualiste (CNMM) rassemble tous les deux ans les représentants des médecins et ceux des mutualités (assureurs) sous l'égide de l'INAMI (Institut National d'assurance maladie-invalidité), représentant de l'État. Il en découle un accord, dit « accord national médico-mutualiste » (ANMM), sur des mesures budgétaires et tarifaires, ainsi que sur un programme d'actions à mener dans l'organisation des soins de santé. En particulier, l'accord fixe le montant des honoraires médicaux et paramédicaux que s'engagent à pratiquer les soignants dits

1. Nous avons interrogé par courriel quelques confrères et consœurs médecins généralistes. Ils participent tous à la formation de futurs médecins, comme enseignants ou comme maîtres de stages. Ils pratiquent dans différentes régions du pays, en cabinet solo (S), en cabinet de groupe (G) ou en maison médicale au forfait (MMF). Ces lettres sont précédées par une lettre désignant le médecin.

« conventionnés ». Le conventionnement, c'est l'adhésion à l'accord et l'application des taux d'honoraires fixés dans l'accord peut être complet, partiel ou nul². Les médecins qui ne comptent pas respecter la convention, ou seulement partiellement, le signalent à l'INAMI. En cas de conventionnement partiel, il s'agit de préciser les lieux, jours et heures de respect ou non-respect des tarifs conventionnés. Selon le principe « qui ne dit mot, consent », ceux qui n'ont pas renoncé à l'accord sont censés y adhérer.

2.2 Quel est l'objectif d'un tel accord ?

L'objectif est double dans le chef de l'État. Le premier est économique, à savoir la maîtrise des coûts de la santé : les nouvelles mesures, les indexations, les restrictions doivent participer à équilibrer le budget des soins de santé (INAMI, 2013a, p.1). La seconde préoccupation réside dans l'accès à des soins pour la population à coût raisonnable (p.1) par des incitations à adhérer à l'accord (p. 6 et 10), et en contrôlant son application. En effet, le supplément demandé par le médecin non conventionné est à charge du patient puisque le remboursement reste équivalent. Selon la loi, le respect des tarifs conventionnés doit être accepté par 60 pc au moins des médecins par spécialité et par arrondissement. Faute de quoi, le « roi » (en l'occurrence le ministre de la santé) peut imposer des tarifs fixes et obligatoires pour tous les médecins de la spécialité dans la zone en question. De nombreuses exceptions sont prévues qui autorisent le médecin à dépasser le tarif conventionné (revenus du patient, exigence particulière de ce dernier,...), ce qui rend le contrôle très difficile.

2.3 Quel est l'intérêt pour le médecin d'être conventionné ?

L'État encourage les médecins à être conventionnés en leur attribuant ce que l'on appelle les « avantages sociaux », à savoir un montant utilisable pour une assurance de pension ou de revenu garanti. Lors du dernier accord (2013-14), un montant forfaitaire perçu directement par le médecin qui est *totale*ment conventionné a été ajouté à cet avantage.

Les autres motivations à être conventionné seraient à explorer, mais la volonté

2. Ainsi, un médecin généraliste conventionné complet est défini comme « le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire (...) les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique » (accord MM 2013-2014, p. 10, § 8.2.1.).

d'accessibilité en est sans aucun doute une, d'après les collègues interrogés.

3 Passer des chiffres au vécu de soignants

L'INAMI se félicitait d'un taux de conventionnement de 83% des médecins au terme de l'accord 2013-14 (communiqué de presse). Ce taux global cache en fait des disparités assez importantes entre les spécialités et les régions du pays.

Relevons dans les chiffres publiés par l'INAMI (2013b) un taux de conventionnement supérieur à 90 pc chez les internistes, pneumologues, oncologues, gériatres, biologistes, en radiothérapie, en médecine nucléaire et en médecine d'urgence. 87 pc des généralistes sont conventionnés (INAMI, 2013b). En chirurgie, le taux varie de 60 à 80 pc selon les spécialités. Si on peut se dire que tout le monde n'a pas forcément besoin de chirurgie plastique (32 pc de médecins conventionnés), d'autres chiffres interpellent : seule la moitié des gynécologues-obstétriciens sont conventionnés, 67 pc des radiologues, 40 pc des ophtalmologues et 30 pc des dermatologues.

Notre lecture des chiffres nous fait voir un plus faible taux de conventionnement dans les spécialités à nombreux actes techniques, dont on sait par ailleurs qu'ils rapportent déjà plus à ces spécialistes. L'acte dit « intellectuel » est réputé mal rémunéré mais les médecins qui les pratiquent le plus sont majoritairement conventionnés (sauf les dermatologues) et respectent l'ANMM : psychiatres, pédiatres, internistes, neurologues, pneumologues (Mutualité chrétienne, 2013, p. 12). L'accent mis sur la relation avec le patient rend-il plus sensible à la question de l'accessibilité financière ? Le choix de certaines spécialités se fait-il pour des raisons financières ? Ceci mériterait de plus amples recherches afin de comprendre les motivations de (dé)conventionnement selon les spécialités.

Quelques situations vécues viennent s'ajouter à l'analyse des chiffres pour nous interpeller. A la sortie d'une hospitalisation en pédiatrie, l'assistante (l'interne) prévoit un rendez-vous en consultation pour contrôler l'évolution de l'enfant quelques jours plus tard. Il ne s'agit pas du pédiatre habituel, en congé, et la note d'honoraires est plus élevée que d'habitude (32 euros au lieu de 24 : + 33 pc) : il s'avère que le médecin n'est pas conventionné à cette heure de la journée. Les parents n'en ont pas été informés.

Le patient a parfois l'impression d'être piégé : Que faire dans un hôpital qui est le plus proche pour votre patient, où vous prenez le soin de vérifier si le médecin chirurgien est conventionné mais se rend

compte une fois sur place oùque être piégé il prend le soin de vérifier si le médecin chirurgien est conventionné mais se rend compte une fois sur place que tous les radiologues sont déconventionnés ? Dans le même hôpital, aucun ORL n'est conventionné, et seul un des douze gynéco l'est. Il est difficile pour un patient de changer d'hôpital en fonction de ces données, cela nuirait d'ailleurs à la continuité des soins (disponibilité des informations dans son dossier).

La préoccupation pour la question du tarif des soins varie d'un médecin généraliste à l'autre, allant du constat chez certains...

« Je n'ai que très rarement cette info et je dois aller la chercher (par exemple pour les radiologues). Dans ma région, les spécialistes sont conventionnés à l'hôpital mais pas en 'privé' alors que leurs consultations à l'hôpital sont souvent 'full' des mois à l'avance : médecine à 2 vitesses donc. J'ai déjà eu des retours de patients qui ne s'attendaient pas à de tels honoraires » (H, S)³.

« Les patients savent que quand ils vont en privé, ils vont 'banquer'... Seuls quelques patients en précarité et avec suffisamment de réflexion me demandent combien cela va coûter. (...) je ne me sens pas l'âme d'un sélectionneur sur une base financière. Mais je ne travaille pas à Bruxelles, donc même déconventionnés, les prix ne sont pas 'explosés' » (L, S).

... à un net agacement chez d'autres.

« Oui, cela a souvent posé problème à des patients. D'autant que dans la clinique la plus proche l'opacité est complète et malgré des années de négociations, c'est toujours aussi nébuleux. Chaque service fait comme il lui plaît et la variété des solutions est telle que s'y retrouver est impossible. Par exemple en endocrino certains médecins sont conventionnés, d'autres à temps partiel, d'autres pas ; (...) Certains service refusent les paiements par cartes et exigent du cash... Bonjour la fraude et l'impossibilité d'accès pour les plus démunis. » (V, MMF)

Ceci nous donne un exemple des répercussions sur le quotidien des soignants et des patients. D'autres réactions ont inspiré notre analyse : nous les retrouverons dans la suite du texte. Précisons d'abord les termes de la situation dans deux pays voisins.

3. Notre recherche nous a montré que beaucoup de spécialistes de cette région sont partiellement ou pas conventionnés, même à l'hôpital. De nombreux médecins et patients divisent ainsi les lieux, bien que cela ne reflète pas la réalité, ce qui signe une manque d'information.

4 Note comparative

Pour faire court, le médecin belge dit « déconventionné » est un médecin dit « du secteur 2 » en France. Le secteur 2, créé en 1980, porte le nom de « secteur conventionné à honoraires libres » (Santé-Médecine, 2014). Les tarifs y sont fixés par le médecin, avec « tact et mesure » (Leicher, 2012). Le secteur 1 rassemble les médecins conventionnés qui respectent la convention, même si des dépassements d'honoraires⁴ sont autorisés en cas d'exigences particulières du patient. Le remboursement du dépassement dépend de la couverture de l'assurance complémentaire. Le secteur 3 rassemble un faible nombre de médecins, non conventionnés, pour les prestations desquels le patient n'obtient pas de remboursement.

Au Luxembourg, tous les médecins se doivent de respecter les tarifs fixés. Ce qui ne va pas sans des suppléments payés « en noir » dans des centres privés, ou, dans des hôpitaux publics, le regret de voir partir ailleurs (e.a. en Belgique ou en France) certains patients qui cherchent un confort hôtelier plus grand et peuvent le payer (sources orales).

Le terme général de « liberté tarifaire » nous permet de rassembler déconventionnement, dépassement d'honoraires, non conventionnement, exceptions,... pour aborder les questions liées à ces pratiques.

5 A quel(s) niveau(x) situer notre analyse éthique ?

Dans un premier temps, nous avons été interpellée par les enjeux d'accessibilité aux soins et d'information du patient qu'impliquent le déconventionnement des soignants. Ces enjeux pourraient être lus uniquement ou principalement au niveau de la relation soignant – patient. Sur un mode contractuel, il y a rétribution d'un service, au tarif fixé par celui qui le preste, et qui en a informé le « consommateur » du service.

Cette posture implique le risque d'isoler la relation médecin – patient du système de soins, ainsi que de la politique et de l'économie des soins. Il ne faut pas s'y tromper : la « convention » qui désigne l'accord national médico-mutualiste ne se réfère pas à la relation soignant – soigné, il ne s'agit pas d'une convention entre le corps médical et des représentants des patients. Il s'agit d'un accord négocié entre les représentants des soignants (médecins, kinésithérapeutes et infirmiers) et les organismes assureurs, sous l'égide de l'État. Ce fait a de l'importance pour

4. Il s'agit des « exceptions » dans le vocable belge.

les enjeux que nous allons pointer, car ceux-ci concernent non seulement la relation soignant – soigné ou la relation entre soignants (lors de l’envoi de patients à d’autres soignants) mais constituent également des enjeux fondateurs de notre système de soins de santé et de notre sécurité sociale.

Nous sommes ainsi amenés à passer du point de vue de la relation soignant–patient à une analyse au niveau collectif des enjeux de la liberté des tarifs des soins. Penser à l’échelle collective n’est pas uniquement un supplément à une réflexion sur la capacité de prendre soin du singulier, et moins encore un risque de diluer le singulier dans le collectif (Dupuis : *cf. conférence d’introduction aux journées du Gefers, mai 2014*). Pour certaines questions, telle que la nôtre, il faut penser et interpellier au niveau collectif afin de pouvoir assurer des soins individuels de qualité.

6 Conflits d’intérêts

L’OMS considère l’accessibilité aux soins comme un critère de qualité d’un système de santé (OMS, 2013 ; KCE, 2008, p. 16). On ne peut qu’acquiescer à cette vision, tout en reconnaissant que la mise en œuvre de cette accessibilité est loin d’être aisée. Ce constat invite à s’interroger sur ce qui lui fait obstacle. Autrement dit, quels sont les intérêts qui entrent en jeu et même en conflit ⁵ ?

On parle de conflit d’intérêts lorsqu’une personne se trouve concernée par des intérêts multiples et qu’ils entrent potentiellement en concurrence, en particulier des intérêts liés à la profession et des intérêts particuliers ⁶.

6.1 Quels intérêts ?

Plusieurs éléments peuvent entrer en conflit dans le chef des soignants, en particulier : la volonté d’assurer une accessibilité aux soins à un maximum de personnes ; une qualité des prestations offertes, qui passe régulièrement par un supplément de temps ; le désir d’un confort de vie, grâce à un certain revenu.

5. Merci au prof. Michel Dupuis qui nous a suggéré le concept de conflit d’intérêts, qui rassemble et structure les enjeux dégagés par l’analyse.

6. Étonnamment, il est difficile de trouver une définition du conflit d’intérêt dans les traités ou dictionnaires de bioéthique francophones courants, alors que cette notion intervient à chaque publication de recherche. Il faut se tourner vers les sciences politiques, par exemple, pour en trouver une définition (OCDE, Conseil de l’Europe,...). Retenons la définition du Service central de prévention de la corruption en France : « Un conflit d’intérêts naît d’une situation dans laquelle une personne employée par un organisme public ou privé possède, à titre privé, des intérêts qui pourraient influencer ou paraître influencer sur la manière dont elle s’acquitte de ses fonctions et des responsabilités qui lui ont été confiées par cet organisme » (SCPC, 2004).

Le domaine de soins est de plus en plus gagné par une logique libérale, selon Batifoulier (2011). Cette approche libérale insiste sur les libertés du soignant : liberté thérapeutique, liberté tarifaire, etc. Cela s'oppose-t-il à ce que l'on attend comme détachement et dévouement de la part d'un soignant ? « La revendication libérale n'est pas opposée au devoir de générosité ou de charité du médecin, à condition qu'il le décide seul et non en application d'un tarif administratif. Le libéralisme médical ne contrevient pas au principe de justice distributive, il en propose une version décentralisée. (...) L'égalité, induite par l'uniformité d'un tarif d'autorité (...) ne peut primer sur l'idéal de la liberté » (Batifoulier, 2011, p. 211). Cette logique serait de plus en plus présente.

Cette façon de concevoir son métier au sein d'une société amène à considérer les conflits d'intérêts potentiels dans le chef de l'État. En Belgique, l'État a le pouvoir d'imposer les tarifs s'il se trouve trop peu de médecins conventionnés pour assurer une accessibilité à la population. Or, les seuils sont atteints dans certaines régions et pour certaines spécialités, sans provoquer de réaction. La volonté d'assurer une accessibilité financière aux patients, est-elle freinée par la crainte d'un refus massif des soignants devant cette intrusion de l'État ? Mais le rôle de l'État ne tient-il pas également dans le fait de limiter les libertés ? En ce sens, la réflexion sur la liberté tarifaire mériterait un parallèle avec celle sur la liberté thérapeutique⁷ et la façon dont elle est encadrée (Herry, 1998) : on y retrouve les enjeux d'une juste relation entre préoccupations collectives et individuelles autour du soin.

Un autre conflit dans le chef de l'État se situe entre le fait d'assurer une accessibilité et le contrôle des dépenses liées au soins de santé. En France, la création du secteur 2 a permis à l'État de continuer à limiter les dépenses de la sécurité sociale tout en accédant à la revendication d'un meilleur revenu de la part des médecins, en particulier lors de l'inflation du début des années 1980 (Batifoulier, 2011, Coudreau, 2006). Mais il y a toujours quelqu'un qui paie les dépassements d'honoraires. Il ne suffit d'ailleurs pas de fixer un tarif pour chaque acte pour limiter les dépenses, puisque le volume des actes augmente : il y a lieu de penser aussi à un autre mode de rémunération des soignants, sur base forfaitaire (Perneger, 2009).

Arrêtons-nous à deux notions importantes dans ces conflits d'intérêts : l'accessibilité et les revenus des soignants.

7. Possibilité qu'a le médecin de choisir les examens complémentaires et les traitements qu'il pense être les plus adaptés à la pathologie.

6.2 Accessibilité

Un collègue écrit : « Il nous semble que la convention est une exigence éthique pour les soignants que nous sommes car l'accessibilité est une caractéristique essentielle des systèmes de santé si nous voulons aller vers plus de justice sociale » (P, MMF). Attelons-nous ici à bien comprendre ce que recouvre et implique cette accessibilité.

6.2.1 Une médecine « à deux vitesses » ?

C'est une expression qui revient chez plusieurs de mes collègues interrogés, plus dans le sens de pointer une risque que pour dénoncer une réalité bien installée. L'expression sous-entend en général une qualité de soins différente selon l'endroit où l'on se trouve. Prenons l'expression au sens premier : on peut être soigné plus vite si l'on peut payer plus. Or, la clinique nous a appris que si la nature est parfois bien faite et permet des guérisons spontanées, il est parfois important d'intervenir sans traîner au risque de voir augmenter le taux de complications. Ph. Batifoulier évoque les retards de soins et le recours accru aux services d'urgences, source de soins plus lourds et de coûts augmentés (Batifoulier, 2013, p. 86-87). Le lien entre qualité des soins et solvabilité du patient est difficile à aborder : tabou, évaluation complexe,... Pourtant, un lien subjectif entre coût et qualité est repérable : le faible coût est parfois perçu par les patients comme le signe d'un médecine de moindre qualité, alors que le fait de payer plus les assurerait de meilleurs soins (Urasadettan, 2011 ; Batifoulier, 2011)). C'est le risque que courent les lieux de soins entièrement conventionnés.

6.2.2 Qualité des soins et accessibilité

L'accessibilité fait partie intégrante du droit à la santé défini par l'OMS : « La Constitution de l'OMS consacre le droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Le droit à la santé suppose de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée » (OMS, 2013). Elle est définie comme suit : « Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement :

- la non-discrimination ;
- l'accessibilité physique ;
- l'accessibilité économique ;

– l’accessibilité de l’information » (OMS, 2013).

Étant donné l’importance de l’accessibilité, une démarche d’amélioration de la qualité se doit d’« aller plus loin qu’une simple réponse à la demande, pour étudier ce qui peut la freiner et comment lever ces obstacles » (Prevost, 1999, p.5). Par exemple, l’information sur les tarifs incombe normalement aux médecins, mais dans les faits, c’est plutôt au patient de penser à chercher l’information. De plus, nombreuses sont les personnes qui ignorent tout simplement ce qu’est un soignant conventionné.

La question de l’accessibilité révèle au moins deux enjeux éthiques, que je lirai l’un au niveau collectif et l’autre au niveau individuel : les enjeux de dignité et de justice.

6.2.3 Dignité

Oser demander des soins quand on n’est pas sûr de pouvoir les payer relève parfois du défi. Un collègue envisage la question de la dignité des patients en lien avec leur précarité : « Les patients précarisés sont, chez nous, en maison médicale au forfait, dans des conditions que je trouve plus acceptable car leur dignité n’est pas diminuée par le fait de devoir communiquer leur situation financière souvent désastreuse. » (P, MMF). Selon un autre collègue, des spécialistes non conventionnés argumentent qu’ils respectent les tarifs de la convention si le médecin généraliste réfèrent en fait la demande. Et il ajoute : « Mais où est la dignité pour le patient ? » (V, MMF).

6.2.4 Justice, « côté patients »

Assurer à toutes les personnes vivant sur un territoire un accès aux soins de santé relève d’une certaine conception de la justice. Assurer aux soignants des conditions de travail décentes et un revenu adéquat l’est aussi, mais laissons ceci pour un second temps (voir § 6.3.3).

On peut envisager la « juste accessibilité » comme la possibilité d’offrir à tous la même chose (égalité), ou, mieux encore, à chacun ce dont il a besoin (équité) pour atteindre le meilleur état de santé possible. On sait que les populations en situation de précarité socio-économique ont un moins bon état de santé. En France, elles sont aussi moins assurées en termes d’assurance complémentaire car « les individus ne s’assurent pas en fonction de leur risque mais de leur revenu » (Batifoulier, 2013, p. 87). En Belgique, les différences d’assurabilité sont mineures, liées à l’assurance complémentaire de chaque mutuelle. D’autres mécanismes de

protection des patients interviennent pour éviter que les frais de santé ne pèsent trop lourds dans le budget des ménages, en particulier le MàF (Maximum à facturer) : au-delà d'un certain montant annuel déboursé par le patient, variable en fonction de ses revenus, les soins lui sont intégralement remboursés selon le tarif officiel. Cependant, il y a toujours quelqu'un qui paie les frais : si ce n'est pas le patient, c'est l'assurance complémentaire (en France) ou l'assurance obligatoire, donc l'État, dans le cas du MàF en Belgique. Cela n'empêche pas le report de soins pour raisons financières d'exister et il serait intéressant de l'évaluer.

6.3 Rémunération des soignants

La question du déconventionnement, vue du côté des soignants et des choix qu'ils posent, renvoie à la question de leur rémunération. Un de mes collègues dépasse mes questions initiales en m'écrivant : « Le problème du déconventionnement pose surtout la question de l'adéquation ressentie par le médecin entre ce qu'il pense devoir toucher pour son expertise et ce que la société/le patient est prêt à lui donner » (J, MMF). En ce sens, Batifoulier fait remarquer que la question du prix contient un « pouvoir de révélation des représentations des médecins sur ce qu'est une activité médicale juste ou adéquate » (2011, p. 207). Les praticiens de l'art de guérir ont une position particulière : ils sont reconnus comme profession libérale, mais leurs revenus sont en partie assurés par l'État et les assurances de santé. C'est au nom du contrôle des dépenses et de l'accessibilité aux soins que l'État participe à la détermination des honoraires conventionnés. Mais c'est au nom du même contrôle financier qu'il peut s'en décharger : la création du secteur 2 en France en est un bon exemple (cf. § 6.1).

6.3.1 Justifications de la liberté tarifaire

La liberté tarifaire peut se justifier de plusieurs façons (Batifoulier, 2011, Cou-dreau, 2006)

- éviter que les médecins ne multiplient les actes pour parvenir aux mêmes revenus ;
- permettre aux médecins déconventionnés d'augmenter leurs revenus sans peser sur la sécurité sociale ;
- pour les médecins, le déconventionnement peut résulter d'une volonté d'offrir une meilleure qualité de soins en prenant plus de temps par consultation, sans diminution de revenus.

L'argument de la qualité liée au temps de consultation trouve sa limite dans l'analyse géographique des dépassements d'honoraires en France ou du conventionnement en Belgique : les tarifs appliqués par les collègues proches ont aussi de l'importance (Batifoulier, 2011 ; l'analyse des chiffres du conventionnement belge va dans le même sens). Le lien entre prix et qualité est au moins subjectif comme nous l'avons vu (Urasadettan, 2011). Mais comme le souligne un des confrères : « A moins d'être exceptionnel, qu'est-ce qui me permet de demander 50 euros quand pour le 'même' service, mon confrère demande 23 euros ? » (J, MMF). Les arguments avancés pour justifier la liberté tarifaire rejoignent les intérêts potentiellement en conflit que nous avons mentionnés (§ 6.1). On ne peut en tout cas nier la place importante de la question des revenus, et celle d'une logique marchande (rentabilité, contrôle financier) à l'œuvre dans le secteur des soins de santé.

6.3.2 Conséquences et valeurs mises en jeu

Selon Batifoulier, l'approche libérale de la médecine prend le pas sur l'approche hippocratique (2011, p. 208), celle-ci étant caractérisée par le « care » incluant un certain paternalisme bienfaisant, par la non-malfaisance, par la bienveillance,... Cette visée libérale et la progression de l'individualisme font que la confiance entre patient et médecin devient plutôt consumériste qu'hippocratique (Batifoulier, 2011).

Ce changement qui modifie la relation soignant-patient constitue également un enjeu de société. « Cette évolution [progression du secteur 2 et des dépassements d'honoraires] va à rebours des fondements de la sécurité sociale, visant à solvabiliser la patientèle et à neutraliser le rôle du prix par un tarif unique selon le type de soins » (Batifoulier, 2011, p. 206). La liberté tarifaire reporte l'augmentation des coûts des soins sur les patients et les assurances complémentaires : or, les patients moins nantis sont aussi les moins couverts, et en moins bonne santé. « La liberté des tarifs généralisée est incompatible avec l'égalité d'accès aux soins, à laquelle par ailleurs, les médecins et les français sont, sur le plan des principes, très attachés » (Coudreau, 2006, p. 14). Comment tenir ensemble un revenu jugé « correct » par le médecin et la limitation des ressources de l'État et donc de la « Sécu » ?

Fondamentalement, c'est la valeur de solidarité qui est remise en question et avec elle, le fondement de la sécurité sociale. Dans le cadre d'une liberté tarifaire, comme dans une logique de marché (Perneger, 2009), tous les citoyens ne sont plus égaux : les mêmes soins sont obtenus plus lentement ou ne sont tout simplement pas accessibles si l'on ne peut y mettre le sou. Il n'est pas étonnant que certaines

mutuelles aient mis la solidarité à l'honneur dans leur slogan : « La solidarité, c'est bon pour la santé ».

6.3.3 Justice, « côté soignants »

Cette question de la solidarité est peut-être une clef intéressante pour aborder la notion de justice du côté des médecins. Un de mes collègues écrit : « personnellement, je ne comprends pas les écarts de revenus entre un chirurgien vasculaire (super mécano) et moi (médecin généraliste). Pourquoi le fait de faire des actes techniques difficiles (le matériel leur étant fourni par ailleurs) leur permet-il de gagner la « blinde » ? (...) Pas un médecin généraliste ne peut gagner ça, même en travaillant 24h/24. Je serais favorable à un revenu équitable entre tous les médecins, quelle que soit leur spécialité » (J, MMF).

La question pécuniaire se double d'une question touchant au partage des tâches difficiles. En particulier, le travail avec des populations précarisées, où les soins sont en général moins bien suivis, les situations plus complexes, les progrès de santé plus faibles (manque de résultats gratifiants) et la rémunération plus faible. « Travaillant essentiellement avec une patientèle défavorisée, c'est un réel problème pour moi [de référer des patients en seconde ligne]. J'ai des collègues [spécialistes] qui m'ont fait savoir qu'il ne fallait pas trop que je leur envoie mes patients... donc j'évite, ou sélectionne. Cela donne un peu l'impression que c'est toujours les mêmes qui s'y collent » (J, MMF). Tous les médecins ne sont pas égaux en termes de difficulté de travail et de « performance de pratique »⁸. S'il peut y avoir là un choix de certains soignants (lieu d'installation, type de rémunération,...), le refus de soigner certaines personnes selon des critères socio-économiques doit nous interpeller vigoureusement. Répartir la difficulté du travail et le travail moins bien payé est de l'ordre d'une certaine justice, tout au moins d'une solidarité.

7 Pistes concrètes

Certains moyens concrets pourraient améliorer la situation. Ce n'est pas le lieu ici d'en approfondir la pertinence, la faisabilité ou l'efficacité. Ils sont dans les propositions de mes collègues ou sur la table des mutuelles, de la CNMM,... Un regard sur la réalité des pays voisins, et une évaluation des réalités en place ici

8. Résultats obtenus dans un groupe de patients par l'intervention dans différentes pathologies, et en prévention. Ils sont souvent moins bons dans les populations précarisées. Par exemple, taux moyens d'hémoglobine glyquée chez les diabétiques, taux de dépistage des cancers, etc.

ou ailleurs, a tout son intérêt dans cette démarche. On peut citer en vrac quelques propositions :

- une information sur les tarifs par différents moyens
- une éducation à la santé qui inclue une meilleure connaissance du système de soins
- une séparation des lieux de soins conventionnés ou pas
- une facture claire, reprenant les frais couverts par la mutuelle ou le patient, et les suppléments
- une suppression des exceptions et des conventions partielles, dans le double but d'améliorer la visibilité des tarifs appliqués et de rendre possible leur contrôle
- une augmentation des rémunérations forfaitaires
- ...

Arrêtons-nous sur la question de l'information et de la séparation des lieux

La loi belge relative à l'assurance soins de santé précise que la charge de l'information revient aux dispensateurs de soins (art. 73). Certains hôpitaux donnent les informations relatives au conventionnement sur leur site internet, mais ce n'est pas une règle générale, et il faut bien chercher l'information.

L'information sur les coûts des soins fait partie des droits du patient précisés dans la loi belge de 2002 (art. 8, § 2 et 3). En particulier, « Les informations visées au § 1er sont fournies préalablement et en temps opportun » (art. 8 § 3.) L'idée d'un « devis » avant une hospitalisation prévisible (en sachant qu'il y a toujours des imprévus) a été lancée par les mutuelles, qui tentent l'exercice sur leurs sites internet. Mais il est encore difficile d'obtenir cela à l'hôpital. Les mutuelles proposent aussi sur leurs sites internet des moteurs de recherche afin de déterminer le statut d'un médecin, ou de trouver un médecin conventionné dans les environs. La difficulté est de tenir à jour ce genre de données.

Par ailleurs, il ne suffit pas de savoir : reste la question de l'applicabilité, car il y a une variabilité des jours et des lieux de conventionnement, des différences entre médecins au sein d'un même service,... Un collègue suggère : « Il serait temps que toute consultation en milieu hospitalier se fasse au tarif conventionné si l'hôpital s'affiche comme tel et que les médecins qui veulent consulter à un autre prix le fasse dans un autre lieu. Il faut des lieux conventionnés et d'autres non, c'est impossible pour un patient et pour un médecin qui réfère de s'y retrouver dans d'autres modalités » (V, MMF). La question de la séparation des lieux est intéressante pour la transparence, mais comporte sans nul doute des inconvénients, entre autres le

risque pour des lieux conventionnés de se voir attribuer une moindre qualité de soins (Urasadettan, 2011). Il importe donc d'évaluer de façon précise différentes pratiques possibles.

8 Conclusion

Des enjeux importants se trament à travers la question des tarifs de soins. Il y a lieu de reconnaître une logique marchande à l'œuvre, et de s'interroger sur la place à lui laisser. Si les valeurs de charité, de justice distributive, de « care » ne sont pas forcément mises à mal dans la médecine libérale, celle de solidarité l'est. L'individualisme renforce ce mouvement. Avec la solidarité, c'est l'accès aux soins de toute une partie de la population qui est mise en jeu. Le risque est de perdre les bénéfices de la sécurité sociale en perdant les fondements.

La liberté thérapeutique est légitimement limitée par un souci scientifique et par la préoccupation d'une juste allocation des ressources. Une telle responsabilité socio-économique doit être pensée pour la liberté tarifaire si nous voulons préserver la solidarité et l'accès aux soins pour tous. Il ne s'agit pas d'abroger cette liberté, mais de la limiter, au nom de valeurs tout aussi importantes qu'elle. Ceci ne peut se faire uniquement en comptant sur la conscience morale des soignants, car les intérêts en conflit sont majeurs : l'État a un rôle à jouer dans une telle régulation.

Références

- Batifoulier, P. (2011). Prix, marché et liberté tarifaire en médecine. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 29(5), 204–215.
- Batifoulier, P. (2012). Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin. *Revue française de socio-économie*, 10(2), 155-174.
- Batifoulier, P. (2013). Faire payer le patient : une politique absurde. In A. Caillé, P. Batifoulier, & P. Chanial (Eds.), *Marchandiser les soins nuit gravement à la santé* (p. 77-92). Paris : La Découverte.
- Benaïche, L., & Lassalle, M. (2013). Conflits d'intérêts et sphère sanitaire. *Presses de sciences po*, 39, 29-48.
- Coudreau, D. (2006). Le gestionnaire de santé et la liberté thérapeutique du médecin. *Journal français de psychiatrie*, 27(4), 12–14.

- Herry, F. (1998). La liberté de prescription du praticien face aux exigences de l'AMM, des références médicales et des contraintes socio-économiques. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 182, 1395–1406.
- INAMI. (2013a). *Accord national medico-mutualiste 2013-2014*.
- INAMI. (2013b). *Adhésion à l'accord medico-mutualiste 2013-2014*.
- Leicher, C. (2012). Dépassements d'honoraires : le secteur 2, carré VIP des médecins. *Le nouvel observateur*, 14/07/2012.
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. (2002). Moniteur belge p. 43719–43724.
- Mutualité Chrétienne. (2013). *Enquête : combien payez-vous chez un médecin spécialiste ?* ([http ://www.mc.be/actualite/enquete/index.jsp](http://www.mc.be/actualite/enquete/index.jsp), consulté le 12 mai 2014)
- Nations Unies. (2009). Le droit à la santé. *Fiches d'information sur les droits de l'homme*, 31.
- OM – Conseil national de l'ordre des médecins (Belgique). (2014). *Code de déontologie médicale*.
- OMS. (2013). Le droit à la santé. *Aide-Mémoire*, 323.
- Perneger, T., & Herrmann, F. R. (2009). Tarifs, forfaits et économicité [Journal Article]. *Revue médicale suisse*, 225(41), 2254–2257.
- Prévost, M., Gosselain, Y., Laperche, J., & Roland, M. (1999). *Carnet de bord assurance de qualité*. Bruxelles : Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de santé Francophones.
- Santé-Médecine. (2014). *Site internet santé – médecine*. (Consulté le 17.06.2014 sur [http ://sante-medecine.commentcamarche.net](http://sante-medecine.commentcamarche.net))
- SCPC – Service central de prévention de la corruption. (2004). *Rapport 2004*. (Consulté le 05.08.2014 sur [http ://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000473/index.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000473/index.shtml))
- Urasadettan, J. (2011). Sensemaking et évolution des pratiques éthiques : le cas d'une clinique mutualiste en contexte de généralisation du dépassement d'honoraires. *Humanisme et Entreprise*, 303(3), 25–40.