



HAL
open science

Politiques d'incitation du médecin et motivation intrinsèque

Nicolas da Silva

► **To cite this version:**

Nicolas da Silva. Politiques d'incitation du médecin et motivation intrinsèque. Crise, inégalités et pauvretés, XXXIème journées de l'Association d'économie sociale, 2011. hal-01480867

HAL Id: hal-01480867

<https://hal.science/hal-01480867v1>

Submitted on 4 Mar 2017

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

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

Politiques d'incitation du médecin et motivation intrinsèque

Da Silva Nicolas
Doctorant en sciences économiques
ÉconomiX
Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France

Résumé

Une des raisons invoquées pour expliquer les effets limités des incitations financières sur le comportement du médecin tient à l'hypothèse de substituabilité des motivations. Les motivations extrinsèques évinceraient les motivations intrinsèques (MI) : c'est le « crowding out effect » (COE). Nous cherchons ici à mettre en avant les conditions théoriques du COE. Dans un premier temps il semble que le COE soit imputable à une asymétrie d'information entre la tutelle et le médecin. Ce dernier est alors susceptible d'interpréter l'incitation comme une mauvaise nouvelle sur ces capacités à réaliser la tâche ou bien comme un signal négatif source de perte de prestige social. Dans un second temps nous mettons en avant les difficultés soulevées par l'hypothèse de MI. Elle suppose en effet que l'effort ne soit pas strictement « désutile » et que le médecin soit capable d'un authentique désintéressement.

Summary

One reason cited for the limited effect of financial incentives on physician behavior is the assumption of substitutability of motivations. Extrinsic motivations crowd out intrinsic motivation (IM) : it is the « crowding out effect » (COE). We seek to highlight the theoretical conditions for this COE. At first time it seems that the COE is consequently to an asymmetry of information between the authority and the physician. The latter is then likely to interpret the incentive as a bad news on his capabilities to succeed the task or as a negative signal source of loss of social prestige. In a second step we highlight the difficulties raised by the assumption of IM. It assumes that the effort is not strictly « unuseful » and that the doctor is able of genuine selflessness.

Introduction

Depuis le milieu des années 1970 le débat sur la régulation des systèmes de santé en Europe s'est focalisé sur le problème de la hausse incontrôlée des dépenses socialisées. Afin d'assainir les comptes publics, une attention particulière a été portée au rôle stratégique du médecin. En effet, théoriquement, il semble spécifiquement avantagé par un surplus d'information au détriment du patient qui n'a pas d'autre choix que de suivre ses indications. Cette situation asymétrique entraîne ainsi du côté de l'offreur de soin un comportement opportuniste qui peut porter préjudice au bien être collectif.

La solution proposée par la théorie des contrats pour se rapprocher de l'optimum social repose dans le partage du risque entre le médecin et les autres acteurs du système de santé (Rochaix, 1997). Dès lors, en mettant en place toute une série d'incitations financières, le régulateur parviendrait à substituer le comportement opportuniste du médecin par un comportement prosocial à la fois économe en ressources économiques et hautement qualitatif. Plus pratiquement, il est recommandé au législateur de remplacer ou de compléter les systèmes de rémunération traditionnels (capitation, salariat et, surtout, paiement à l'acte) par des mécanismes d'incitation à la performance (Bras, 2009).

En France cette tendance s'est clairement renforcée ces dernières années. On peut à ce titre citer la mise en place d'incitations financières à l'installation des médecins dans des zones de sous densité médicale¹. Dans une certaine mesure on peut également interpréter le forfait des médecins s'occupant de patients atteints par une ALD comme une incitation à leur prise en charge². De même d'autres mécanismes incitatifs ont été décidés par le régulateur pour améliorer les performances en terme de prévention. Plus particulièrement, depuis 2009, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) a été proposé aux médecins. Il s'agit, au moyen d'incitations financières basées sur plus de 16 indicateurs de performance, d'infléchir le comportement des médecins pour qu'ils développent les soins de prévention, le suivi des maladies chroniques et l'optimisation des prescriptions³.

Pour autant, l'efficacité de tels mécanismes pose problème. En effet, les nombreuses études qui cherchent à établir une corrélation entre rémunération à la performance et résultats (financiers et/ou qualitatifs) ne permettent pas d'établir une conclusion définitive (Chaix-Couturier et al., 2000). Par exemple, il n'est pas apparu que l'introduction d'incitations financières ait modifiée considérablement les performances des systèmes de santé catalan (Géné-Badia, 2007), américain, ou anglais (Bras et Duhamel, 2008).

Ces résultats, pour le moins mitigés, invitent à remettre en cause les hypothèses habituelles du cadre standard de l'agence. L'une des pistes de recherche, qui prend de l'épaisseur, suppose l'existence de plusieurs registres de motivation (Frey, 1997). Le comportement individuel serait en tension entre une motivation intrinsèque (MI) et une motivation extrinsèque (ME). Plus précisément, il s'agit de contester l'additivité des différents registres de motivations et de poser l'hypothèse de substituabilité des motivations. L'idée, basée sur des travaux en psychologie (Deci et Ryan, 2002), est alors que l'introduction d'un schéma d'incitation serait à l'origine de ce qu'on appelle un effet d'éviction (« crowding out effect » ; COE) des MI (par les ME). Cette hypothèse, *a priori* pertinente, est reprise par les économistes de la santé qui insistent notamment sur le caractère normatif du bien santé (Harrison et Marschall, 2004 ; Batifoulier et al., 2011). Le médecin aurait donc plus de chance d'être intrinsèquement motivé et donc plus facilement sujet au COE.

Cependant, même si cette théorie fait preuve d'un potentiel explicatif important, elle demeure difficilement vérifiable. En effet, l'obstacle sous-jacent à cette hypothèse tient aux possibilités de mesurer la MI et le COE. Certains travaux en économie de la santé ont déjà essayé de répondre à cette question. En particulier Videau et al. (2010) cherchent à démontrer l'existence d'un COE chez les médecins libéraux de la région PACA. De la même façon, l'analyse de l'érosion des actes gratuits au profit des actes payant peut être expliquée par un mécanisme d'éviction des MI par les ME (Batifoulier et al. 2009 ; Lievaut, 2010). Ce type de travaux essaie, pas à pas, de fournir des éléments de preuve empiriques du COE. Mais, du fait de la difficulté à définir les différents registres de motivations, les résultats restent limités.

C'est pourquoi il nous semble nécessaire de retravailler l'arrière plan théorique, source de l'hypothèse de substituabilité des motivations, ce travail étant le préalable nécessaire à de futures études empiriques. Pour cela une attention toute particulière aux définitions princeps proposées par les psychologues s'impose

Si le concept de MI fait l'objet d'une littérature croissante en économie de la santé, peu de développements ont cherché à tirer toutes les conséquences de cette notion sur la conception ordinaire du comportement économique du médecin. Seul, à notre connaissance,

¹ Dans ce type de zones les médecins peuvent bénéficier depuis 2006 de majoration d'honoraire, d'aide à l'exercice regroupé, d'aide au remplacement et d'autres types d'incitation à l'installation.

² Les médecins prenant en charge des patients de plus de 16 ans atteints par une ALD (affection longue durée) reçoivent 40€ par mois.

³ Cette rémunération complémentaire du paiement à l'acte repose sur le volontariat et permettrait, si tous les objectifs sont atteints par le médecin, de recevoir 7€ par patients.

Videau (2010) a cherché à identifier les perturbations de la notion de MI sur l'arbitrage travail loisir du médecin. C'est dans cette perspective que s'inscrit notre travail. Il cherche à montrer que la notion de MI ne fait pas bon ménage avec la conception standard de la rationalité médicale, avec ou sans altruisme, et tout particulièrement avec l'hypothèse d'une désutilité de l'effort du médecin. A rebours de certaines conceptions de la MI qui cherchent à la ré-encadrer dans la théorie du choix rationnel, nous cherchons au contraire à montrer que la compréhension des motivations médicales exige de prendre ses distances avec les conceptions standards pour s'appuyer sur une approche institutionnaliste. La démonstration est menée en revenant à la source de la notion de MI développée par les psychologues

Selon Deci et Ryan l'activité humaine peut être motivée par deux sources distinctes : la motivation intrinsèque (MI) et la motivation extrinsèque (ME) :

- Motivation intrinsèque : l'action est entreprise pour la satisfaction inhérente à son accomplissement. L'individu la trouve attractive en soi, et, de ce fait, aucune récompense extérieure n'est nécessaire : c'est un comportement spontané.

- Motivation extrinsèque : si la MI est d'une importance primordiale dans le processus de croissance individuelle, force est de constater que la majorité des interactions sociales ne sont pas attrayantes en soi. Un très grand nombre d'actions sont, en effet, extrinsèquement motivées. Elles sont poursuivies dans une optique instrumentale au sens où elles visent l'obtention d'un résultat extérieur à l'action elle-même.

C'est à partir de cette dichotomie que Deci (1971) met en évidence pour la première fois le comportement d'éviction en fondant la théorie de l'évaluation cognitive. Un individu, s'il est intrinsèquement motivé à l'accomplissement d'une tâche, peut réduire sa motivation globale lorsqu'un régulateur (public ou privé) lui impose un schéma d'incitation : on dit que la ME évince la MI. Ce mécanisme d'éviction, que les économistes appellent COE, s'explique par la capacité d'interprétation des individus. Lorsqu'une ME est introduite, le sens de l'action change ce qui peut la rendre moins attrayante.

Le problème de l'économiste est alors de savoir comment utiliser efficacement les mécanismes incitatifs sachant que ceux-ci peuvent s'avérer contre productifs. En effet la littérature traditionnelle en économie énonce qu'aucune préférence ne peut résister à bon schéma d'incitation. Notre objectif ici est l'étude des conditions théoriques d'émergence d'un COE chez le médecin. Dans quelles situations peut-on s'attendre, après introduction d'un mécanisme d'incitation, à l'éviction des MI médicales ? Il apparaît dans un premier temps que le COE soit le résultat d'un problème d'information modifiant la stratégie des individus (1.). Pourtant, dans un second temps, nous verrons que l'hypothèse de substituabilité des motivations, en posant la question du sens des activités humaines, est difficilement incorporable au cadre standard d'analyse économique basé sur la désutilité de l'effort (2.).

1. L'éviction : une réponse rationnelle dans un monde gouverné par les asymétries d'information

Frey (1997) et Kreps (1997) ont offert les premières contributions en économie portant sur la substituabilité des registres de motivation. Récemment ces analyses pionnières ont été synthétisées par Bénabou et Tirole (2003, 2006) en recentrant le problème d'éviction dans le cadre d'une relation d'agence. Dès lors l'incitation, dans un contexte d'asymétrie d'information, va être interprétée comme un signal sur d'éventuelles informations cachées. Le COE peut ainsi être expliqué soit par un problème de confiance (1.1.), l'incitation est un signe de perte de confiance du principal sur les capacités de l'agent, soit par un problème de prestige (1.2.), l'incitation est un signal négatif sur la personnalité de l'agent.

Confiance et COE

Traditionnellement les économistes considèrent que le médecin (agent) dispose d'une position avantageuse sur le marché du soin puisqu'il est détenteur d'un stock d'information plus important que le principal (demandeur de soin). Une telle conception peut être remise en cause en supposant que c'est le principal qui dispose d'une information privée sur le médecin. Celle-ci porte sur un élément déterminant le paiement de l'agent, c'est à dire soit sur ses caractéristiques (compétence, expérience, formation...) soit sur la tâche elle-même (difficulté, intérêt...). L'agent ignore cette information mais en reçoit tout de même un signal imparfait qu'il pourra utiliser par la suite. Ces hypothèses sont au cœur du modèle de principal informé présenté par Bénabou et Tirole (2003) dans le quel c'est un problème de confiance, comme chez Frey et Kreps, qui provoque le COE⁴.

Le principal, ayant intérêt à ce que l'agent essaie et réussisse la tâche proposée, peut chercher à l'inciter financièrement. En plus des effets habituels de l'incitation sur les contractants, Bénabou et Tirole mettent en évidence l'existence d'un « confidence-management motive ». Il s'agit de la confiance accordée par l'agent à la gestion de leur relation par le principal. L'agent sait que le principal est informé et qu'il peut utiliser cette information à son désavantage. Donc, de son point de vue, l'incitation est un signal de l'information cachée qu'il convient d'interpréter. Il ajuste alors ses croyances en fonction de l'interprétation qu'il se fait de la régulation et choisit son comportement en conséquence. L'effet d'éviction émerge lorsque l'agent voit dans l'incitation du principal un signal négatif sur l'information cachée. L'incitation est considérée comme une mauvaise nouvelle qui décourage l'action.

Parmi la diversité des relations d'agence liant le médecin au système de santé on ici peut simplement prendre en compte celle qui l'unit à la tutelle. Ainsi nous pouvons circonscrire notre application au cas où les pouvoirs publics offrent au médecin une récompense extrinsèque en échange d'un surplus d'efforts (orientés vers la prévention notamment). Dans cette perspective, pour qu'il y ait COE sur la base d'un problème de confiance, le régulateur doit détenir une information sur le médecin suffisamment importante pour que celle-ci ait une influence sur sa rémunération. Nous proposons plusieurs pistes d'investigation :

- Capacité des médecins à atteindre les objectifs affichés par le régulateur. Sachant que ceux-ci sont fixés librement par la tutelle (pas de négociation), les médecins peuvent être incertains quant à la possibilité d'atteindre les objectifs. Nous savons, par exemple, que depuis 1996 le parlement vote l'ONDAM qui a pour particularité de ne jamais être respecté⁵. Si l'objectif n'est pas crédible, à quoi bon faire des efforts que l'on sait d'avance voués à l'échec ?

- Difficultés administratives liées à l'enregistrement des objectifs. Les médecins français, n'étant pas suffisamment dotés en technique d'information (Bras, 2011), peuvent interpréter les incitations comme une preuve de la lourdeur administrative du dispositif. Pourquoi s'investir dans des tâches supplémentaires (la prévention par exemple) si, en plus d'un labeur déjà fort contraignant, viennent s'ajouter des difficultés techniques d'enregistrement des résultats ?

Ces informations semblent répondre aux exigences imposées : elles sont en possession des pouvoirs publics mais pas nécessairement des médecins et elles influent sur la rémunération de ces derniers. Le médecin peut ainsi interpréter l'incitation comme une information sur la difficulté de la tâche. Et, en conséquence, il va, malgré un revenu potentiellement croissant, réduire son niveau de motivation et donc son effort. La MI à l'atteinte d'un objectif est évincée

⁴ Frey, Kreps, Bénabou et Tirole ne s'intéressent pas directement au cas du médecin. Nous proposons dans cette étude d'appliquer leurs intuitions au domaine médical.

⁵ Objectif national des dépenses d'assurance maladie. Selon les chiffres donnés par la commission des comptes de la sécurité sociale (2009), le dépassement de l'objectif est la règle et le respect de l'objectif l'exception.

par la ME. Cependant ce n'est pas la seule explication au COE. En effet, accepter une incitation change aussi le sens des actions.

Prestige et COE

L'exercice de la médecine est une source de prestige qu'un comportement purement et ouvertement opportuniste remettrait en cause. Pour prendre en compte ces effets, il est possible de se référer à la distinction de Frey entre service public et organisation privée ou bien au modèle à extraction de signal de Bénabou et Tirole (2006) tous deux reposant sur l'hypothèse d'« overjustification effect ». Ici, en plus de la MI et de la ME, les individus sont mûts par une motivation réputationnelle (MR). Cette dernière est associée aux aspirations qu'ont les individus à être reconnus socialement. C'est une mesure de leur sensibilité au prestige social. La motivation d'un individu est alors le résultat d'un savant calcul entre les différentes utilités que celui-ci retire, compte tenu de ses préférences, des politiques d'incitations (ME) et de la double influence de la société (MR) d'une part et de son être intérieur (MI) d'autre part. À partir de ce cadre d'analyse, on peut distinguer deux types d'effets.

D'une part, on observe un effet des récompenses sur la motivation. Les ME compromettent la valeur réputationnelle de la bonne action. Accepter une incitation pour une tâche quelconque revient à « surjustifier » son comportement et ainsi à en modifier le sens. L'individu en question, afin de ne pas paraître avide, préfère refuser une rémunération supplémentaire (ME) plutôt que de risquer l'opprobre (MR). La ME change la signification de l'acte ce qui le rend moins attrayant. En effet, l'utilité retirée de la ME ne suffit pas à compenser la désutilité engendrée par la mauvaise opinion que se font les autres de moi (MR)⁶.

Du point de vue de l'économie de la santé, cette construction se rapproche de l'idée selon laquelle la déontologie professionnelle est une condition essentielle des libertés dont bénéficie la profession médicale (Hassenteufel, 1997). Les médecins, dans leur quête de pouvoir face à l'État et aux caisses d'assurance maladie, mettent en avant le prestige social de la profession. Cette dimension éthique leur permet aujourd'hui de défendre un ensemble de libertés coûteuses pour la collectivité (dépassements d'honoraires, libre prescription, paiement à l'acte, liberté d'installation...). Dans cette perspective, il est important pour la corporation que le médecin ne soit pas assimilé à un simple marchand ce qui se traduit par le refus rationnel des incitations. Selon le principe d'« overjustification effect », ce type de dispositif serait interprété par les médecins comme une injonction malencontreuse des pouvoirs publics. Offrir une incitation à la prévention revient, du point de vue du médecin, à admettre la croyance selon laquelle il faut impérativement le payer plus pour qu'il fasse son travail. La tâche, de prévention par exemple, n'est plus justifiée en elle-même ; elle est surjustifiée par l'incitation. Or le médecin ne veut pas apparaître comme un opportuniste que l'on doit sur-payer pour faire son travail. En fait, même s'il aimerait accepter cette rémunération (il est rationnel), il ne le fait pas pour ne pas être sujet au « déshonneur ».

D'autre part, on peut mettre en avant l'effet des normes sociales sur la motivation. L'action individuelle dépend non seulement des préférences mais aussi des normes sociales, de ce qui est le comportement usuel (approprié). Dans ce contexte, une action qui est considérée normale prend force de règle-contraignante. En effet, si une telle action existe alors elle est suivie collectivement, et, le fait de refuser de suivre la norme engendre une stigmatisation. À l'inverse, si une action est jugée collectivement utile mais très peu suivie alors le fait de ne pas la suivre n'aura pas d'effets négatifs (ce n'est pas une norme). La décision stratégique

⁶ La ME est un signal pour autrui (MR) ou pour soi (MI) qui engendre une baisse de la motivation.

d'accomplir ou pas une action repose sur la complémentarité ou la substituabilité de l'action individuelle avec les normes sociales.

Concernant l'activité médicale il semble bien que l'altruisme, l'attention du médecin à l'égard de son patient, n'est pas un acte héroïque mais plus tôt une attente sociale. Ainsi, le médecin se doit de refuser les incitations pour ne pas être rejeté par la société. Être un médecin attentif est un comportement normal qui n'est pas valorisé. À l'inverse, l'opportunisme est sanctionné par le discrédit social. De ce point de vue, l'incitation n'est pas nécessaire et moins efficace que la publicité des médecins ouvertement opportunistes. Ici la pression sociale est tellement forte (pairs, patients...) qu'il est impossible d'accepter une rétribution ouvertement opportuniste au risque d'être stigmatisé par la société.

2. La dissolution des motivations intrinsèques dans le calcul rationnel

Si l'on suit les modèles présentés ci-dessus, le médecin est réduit à un calculateur acheteur de prestige alors que la MI devrait sortir l'individu du monde de l'incitation et de la contrainte financière. En effet elle doit poser la question du déclenchement de l'action (intrinsèque ou extrinsèque) et de l'orientation des actions (vers quel objet est tournée son action). Dans le cadre des formalisations précédentes, le déclencheur de l'action ne peut être que l'intérêt (ME) donc la désutilité de l'effort reste la règle (2.1.). Or c'est bien ce que remet en cause l'hypothèse de MI. Le corollaire à la réduction du déclenchement du comportement au seul intérêt, est l'obligatoire réduction de l'orientation du comportement. Le désintéressement est impossible (2.2.).

Le mythe du tire au flanc

La première difficulté théorique rencontrée est celle de la réduction des motifs du déclenchement de l'action chez les individus. Plus précisément, l'introduction de la MI devait pouvoir assumer l'hypothèse d'un médecin naturellement volontaire à l'accomplissement d'une tâche (MI) ce que ne permettent pas les modèles précédents. De façon traditionnelle, l'agent est considéré comme un tire au flanc et le COE présenté n'a pas de ressorts psychologiques : c'est une logique d'intérêt (ME) qui pousse l'agent à refuser l'effort. Il ne fait que réviser la probabilité qu'il a de réussir la tâche qu'on lui a assigné grâce à l'information contenue dans la ME. Où se trouve alors la MI à la tâche ? Si avant l'introduction de la ME sa motivation était plus élevée ce n'est pas parce qu'il était intrinsèquement motivé mais parce qu'il avait une meilleure probabilité subjective de réussite (et donc une meilleure espérance de gain).

À l'inverse nous considérons que ce qui est renfermé dans l'hypothèse de MI est une critique du principe de désutilité de l'effort sur lequel la théorie de l'agence est construite. Être motivé intrinsèquement revient à ne pas compter son effort. De ce point de vue Berthe (2001) montre de façon très pertinente les insuffisances de cette conception économique où le travail est uniquement désagréable. Elle nous rappelle les origines lointaines de la notion d'effort au travail avec Jevons pour qui il s'agit d'une souffrance. Cependant cette définition doit être remise dans un contexte où le travail était exclusivement quantitatif et physique. Or depuis la société de service s'est développée où les individus ont un travail dont les tâches se sont enrichies. La grande majorité des tâches accomplies par les salariés mettent en œuvre l'intelligence composante essentielle de la notion économique d'effort.

C'est ainsi que certains auteurs reposent la question de la désutilité de l'effort comme par exemple Liebenstein (1969) qui construit une fonction d'utilité de l'effort. Ici le comportement salarié n'est plus à la minimisation de l'effort mais à une maximisation de son utilité de l'effort parce que « l'individu n'est pas heureux quand il n'a rien à faire » (Berthe, 2001, p.55). L'effort n'est alors plus une souffrance, il est confortable. Dans le cas du médecin, celui-ci est chaque

jour confronté à une multitude de patients avec des besoins et des attentes aussi diverses que complexes. D'ailleurs certains travaux ont mis en avant cette dimension intellectuelle du travail du médecin pour expliquer la pratique des actes gratuits⁷ (Batifoulier et al., 2009). L'hypothèse d'un médecin naturellement réticent à l'effort devient problématique.

Malgré ces développements, force est de constater que tous les modèles classiques actuels, du modèle canonique d'arbitrage travail-loisir aux modèles plus développés d'agence, sont fondés sur l'effort-souffrance. Le modèle de principal informé, présenté par Bénabou et Tirole, n'échappe pas à cette tradition. Il n'est à aucun moment question d'une MI du médecin. Ce modèle ne peut prendre en compte l'hypothèse de MI puisqu'il réduit les éléments déclencheurs de l'action au seul intérêt (ME) au lieu de les étendre (à la MI). Cette réduction est d'autant plus significative qu'elle implique une nécessaire réduction des orientations du comportement.

L'impossible désintéressement

Prétendre qu'il existe une force intérieure permettant de motiver les individus en plus de la force extérieure revient à postuler l'existence de deux déclencheurs du comportement (MI et ME). Cependant on ne peut en rester là puisqu'il reste à déterminer ce qui oriente l'action, son contenu concret. Dans le cas d'une action déclenchée par la ME il est incontestable que ce soit l'intérêt lucratif. Prendre en compte l'hypothèse de MI veut dire que les individus peuvent avoir des comportements orientés spontanément vers autre chose que l'intérêt lucratif. À ce stade de l'argumentation un éclaircissement sur la notion d'intérêt doit être donné.

Selon Caillé (2009), il est possible de distinguer deux formes d'intérêt qui, bien que recouvrant des conceptions très différentes, tendent à être systématiquement confondues dans l'intérêt bien compris. D'une part, « l'intérêt à » est un intérêt instrumental au sens où l'action est accomplie par stratégie ou par contrainte. D'autre part, « l'intérêt pour » est lui passionnel au sens où l'action est plaisante en soi. Dans le premier cas ce qui est recherché est le gain dans le second c'est la réalisation de la tâche elle-même. De ce point de vue, l'action désintéressée⁸ n'est pas une action sans intérêt mais, une action relevant de « l'intérêt pour »⁹.

À ce titre la théorie du prestige présentée précédemment relève de l'« intérêt à ». En effet, on pourrait croire le médecin désintéressé puisqu'il refuse une incitation qui modifie le sens de son action. Mais, en réalité, s'il refuse cette récompense c'est pour ne pas subir une perte en termes de prestige social. On en revient au simple bilan coût avantage. Dans le modèle à « surjustification » ce qui motive (et entraîne un COE) est la recherche intéressée d'une utilité maximale obligeant un arbitrage entre profit monétaire et prestige social. Ici les MI et MR fonctionnent sur le registre de la contrainte. Le médecin refuse d'augmenter son niveau d'effort pour ne pas apparaître aux autres (ou à lui-même) comme un opportuniste (qu'il sait être en réalité). Ce type d'argumentation fait déjà l'objet de discussion en économie de la santé. Pour expliquer la réticence des médecins à user de leur pouvoir d'induction, le prestige peut être intégré dans leur utilité de façon indirecte avec une préférence éthique (Batifoulier, 2004)¹⁰.

Les difficultés de la théorie standard à l'intégration de mécanismes nomades comme la MI provient de l'hypothèse même d'individu intéressé. Tout désintéressement, affiché ou non,

⁷ La sévérité de la maladie permet de sélectionner les patients par une certaine forme d'attraction intellectuelle.

⁸ Dorénavant, nous parlerons de désintéressement au sens « d'intérêt pour ».

⁹ Avant de poursuivre il faut écarter une possible confusion entre les concepts de motivation (MI/ME) et d'intérêt (intérêt/désintéressement). Plus qu'une distinction concrète, il s'agit d'une distinction théorique entre deux moments de la motivation. Le premier est le déclenchement de la motivation qui peut être intrinsèque ou extrinsèque. Le second moment est l'orientation qui peut être intéressée ou désintéressée.

¹⁰ Un médecin qui abuse de son pouvoir discrétionnaire est immédiatement sanctionné par les patients qui le stigmatisent. Le prestige devient alors une contrainte de marché.

est impossible puisqu'en dernière analyse il s'agit pour l'économiste d'intéressement déguisé. Cette tendance à négliger les actions désintéressées vient de ce que Elster (2009) appelle l'herméneutique du soupçon. L'économiste, par définition septique et cynique vis-à-vis du comportement humain, passe à côté de ce qui constitue une très grande partie de ce comportement, le désintéressement. Pour expliquer cette posture méthodologique Elster explique, en paraphrasant Tolstoï, que « tous les acteurs intéressés le sont de la même façon, tandis que tous les acteurs désintéressés le sont chacun à leur façon » (p. 14).

Le modèle de l'« overjustification effet » est à l'opposé de ce genre de conception. En effet, c'est par intérêt que les individus s'engagent dans une action désintéressée. On entrevoit tout de suite le paradoxe qui ne peut être résolu qu'en substituant le désintéressement (MI) par un désintéressement instrumental, et, *in fine*, par un pur intéressement (ME). Or l'idée même de MI est de postuler l'existence de comportements totalement désintéressés.

Ainsi, du point de vue médical, de la même façon que la critique la désutilité de l'effort implique que travail ne soit pas une peine exclusive, la mise en cause du pur intéressement nous oblige à reconsidérer la nature de ce que vend le médecin. En effet, l'objet du transfert entre un médecin et son patient n'est pas une marchandise au sens courant du terme. Pour que ce travail soit correctement accompli il faut chez le médecin une dimension de don de soi qui ne peut se réduire au strict échange marchand. Ce point de vue confirme encore une fois la nécessité de dépasser le cadre de l'analyse économique standard.

Conclusion

Dans la perspective de Bénabou et Tirole, le travail du médecin reste, comme n'importe quelle autre tâche, une activité dominée par la recherche de l'intérêt et du prestige social. Ainsi le COE n'est qu'une conséquence d'un transfert d'information qu'occasionne la mise en place d'incitation. Soit l'information est directement interprétée par le médecin comme une mauvaise nouvelle sur ses capacités à atteindre les objectifs, et c'est en révisant ses probabilités de réussite qu'il décide de ne pas faire l'effort. Soit l'information est interprétée indirectement, par l'intermédiaire de la collectivité ou du soi intérieur du médecin. Dans ce cas il estime que l'incitation, risquant d'être perçue par les autres comme un signe d'avidité, nuit à son prestige social.

Cependant, c'est l'essence même de la MI qui est niée par la philosophie utilitariste des modèles classiques d'agence. Il devient difficile de pousser l'analyse à son terme puisque l'on omet alors une grande partie de ce qu'est l'activité médicale. Elle n'est pas une peine que l'on vend sur un marché comme un autre. Il s'agit plutôt d'une activité qui a des aspects stimulants et intrinsèquement motivants au cours de laquelle plus qu'un service, c'est une forme de don de soi qui est vendu. Dans ce contexte la théorie standard montre ses faiblesses et doit s'ouvrir à d'autres méthodes.

Le retour aux intuitions de Frey (1997) sur la question des motivations¹¹ et de Arrow (1963) sur la nature de l'activité médicale semble être particulièrement judicieux. En effet, la question posée par l'hypothèse de substituabilité des motivations ouvre de nouvelles perspectives quant à la notion de même MI et de travail. Être intrinsèquement motivé c'est voir dans son travail autre chose qu'un simple gagne pain. Dès lors l'introduction, dans une théorie de l'action, de considérations authentiquement éthiques paraît inévitable.

Bibliographie :

¹¹ Les individus sont liés par un contrat « moral » implicite basé sur une confiance mutuelle.

- Arrow J.K. (1963), « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *The American Economic Review*, n° 5, volume 53, pp. 941-973.
- Batifoulier P. (2004), « L'économie contre l'éthique. Une tentative d'analyse économique de l'éthique médicale », *Journal d'économie médicale*, n° 4, volume 22, pp. 163-176.
- Batifoulier P., Buttard A. et Domin J-P. (2011), *Santé et Politiques Sociales : entre Efficacité et Justice. Autour des Travaux de Maryse Gadreau*, Paris, Editions ESKA.
- Batifoulier P., Gadreau M. et Lievaut J. (2009), « La décision tarifaire : des actes gratuits aux actes chers. Les effets pervers de la politique publique », *Journal d'économie médicale*, n° 4, volume 27, pp. 222-234.
- Bénabou R. Tirole J. (2003), « Intrinsic and extrinsic motivation », *Review of Economic Studies*, n° 3, volume 70, pp. 489-520.
- Bénabou R. Tirole J. (2006), « Incentives and Prosocial Behavior », *American Economic Review*, n° 5, volume 96, pp. 1654-1678.
- Berthe B. (2001), *L'effort au Travail. Analyse d'un Concept Économique*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, Collection Les Sociétés.
- Bras P.L. et Duhamel G. (2008), « Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères », Paris, Inspection générale des affaires sociales.
- Bras P-L. (2009), « La rémunération des médecins libéraux », in *Traité d'Économie et de Gestion de la Santé*, ss la dir. de P-L. Bras, Pouvourville G. et Tabuteau D., Paris, Presse Fondation Sciences Politiques.
- Bras (2011), « Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise », Communication au colloque Les Transformations des Professions de Santé, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 13 janvier.
- Caillé A. (2009), *Théorie anti-utilitariste de l'action, fragments d'une sociologie générale*, Paris, Edition La Découverte, MAUSS.
- Chaix-Couturier C., Durand-Zaleski I., Jolly D. et Durieux P. (2000), « Effect of financial incentives on medical practice : results from a systematic review of the literature and methodological issues », *International Journal for Quality in Health Care*, n° 2, volume 12, pp. 133-142.
- Commission des comptes de la sécurité sociale (2009), Regard sur 12 ans d'ONDAM (1997-2008), n° 14.
- Deci E.L. (1971), « Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation », *Journal of Personality and Social Psychology*, n° 1, volume 22, pp. 105-115.
- Deci E.L. et Ryan R.M. (2002), *Handbook of Self Determination*, Rochester, University Rochester Press.
- Elster J. (2009), *Le désintéressement. Traité critique de l'homme économique I*, Paris, Édition du seuil.
- Frey B.S. (1997), *Not Just For The Money*, Cheltenham, Edward Elgard Publishing.
- Gene-Badia J., Escaramis-Badiano G., Sans-Morales M., Sampietro-Colom L., Aguado-Menguy F., Cabezas-Pena C. et Gallo de Puelles P. (2007), « Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care », *Health Policy*, n° 1, volume 80, pp. 2-10.
- Harrison S. et Marshall M. (2004), « It's more than money : financial incentives and internal motivation », *Quality and Safety in Health Care*, n° 1, volume 14, pp. 4-5.
- Hassenteufel P. (1997), *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.
- Liebenstein H. (1969), « Organizational or frictional equilibria, X-efficiency, and the rate of innovation », *The Quarterly Journal of Economics*, n° 4, volume 83, pp. 600-623.

- Lievaut J. (2010), *Le « maillon faible » de la régulation des dépenses de santé en France : Les comportements inattendus des médecins libéraux*. Thèse de Doctorat de Science Économique, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Nanterre.
- Rochaix L. (1997), « Asymétrie d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Économie et Prévision*, n° 129-130, pp. 11-24.
- Videau Y (2010), *Essai sur l'offre de travail en médecine générale. Du rôle des incitations et des motivations*. Thèse de Doctorat de Sciences Economiques, Université de la Méditerranée – Aix Marseille (II).
- Videau Y., Batifoulier P., Arrighi Y., Ventelou B., et Gadreau M. (2010), « Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n° 5, volume 58, p. 20-311.