



**HAL**  
open science

# Motivation et performance des médecins. Un examen de la littérature empirique

Nicolas da Silva

► **To cite this version:**

Nicolas da Silva. Motivation et performance des médecins. Un examen de la littérature empirique. Richez-Battesti N, Petrella F. et Gianfaldoni P. Travail, Organisations et Politiques Publiques : "Quelle 'Soutenabilité' à l'Heure de la Mondialisation ? Actes des XXXIIème journées de l'Association d'Economie Sociale, Presses Universitaires de Louvain, pp.577-695, 2012. hal-01480872

**HAL Id: hal-01480872**

**<https://hal.science/hal-01480872>**

Submitted on 1 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.

# Motivation et performance des médecins. Un examen de la littérature empirique

Da Silva Nicolas  
EconomiX  
Bâtiment G, Bureau 301  
Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France  
200 avenue de la république,  
92 001 Nanterre Cedex

## Résumé

L'introduction de mécanisme de paiement à la performance dans la rémunération des médecins, qui se répand au niveau international, est censée inciter les médecins à l'efficacité et à l'efficacités. Or, les études empiriques ne vérifient pas systématiquement cette hypothèse alors qu'elles mettent en évidence des dégâts collatéraux en termes de justice sociale. Nous proposons une explication qui repose sur l'existence d'une pluralité de motivations dont l'agencement est sensible au contexte institutionnel ainsi qu'à la logique professionnelle des médecins qui privilégie l'autonomie des pratiques.

## Summary

The introduction of pay for performance mechanisms in physician compensation, which is spreading internationally, is intended to induce physicians to efficiency and effectiveness. However, empirical studies do not consistently verify this hypothesis as they reveal collateral damage in terms of social justice. We propose an explanation based on the existence of a plurality of motivations whose arrangement is sensitive to the institutional context and the professional autonomy.

## Introduction

La réforme de l'assurance maladie se traduit par l'introduction de dispositifs marchands destinés à modifier le comportement des acteurs. En promouvant un comportement entrepreneurial du côté de l'offre de soin, le régulateur entend, parvenir à améliorer l'allocation des ressources ainsi que la qualité des prestations. Il le fait notamment en mettant en place des mécanismes de paiement à la performance (*pay for performance* ; P4P). Il s'agit d'intéresser les médecins à leurs résultats, définis en termes qualitatifs et quantitatifs.

C'est à partir de ce cadre théorique que de nombreux pays occidentaux ont engagé une politique de P4P comme en France avec le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) et en Angleterre avec le programme Quality Outcome Framework (QOF). Le développement de ce type de dispositif appelle une discussion critique.

Il semblerait que les dispositifs d'intéressement n'améliorent pas ou peu la performance, ils peuvent même la réduire. Les résultats obtenus sont rarement à la hauteur des résultats escomptés par la puissance publique (1.). Cependant, le dispositif est populaire chez certains médecins qui y voient autre chose qu'une incitation à la performance. Le P4P rencontre des motivations professionnelles hétérogènes qui en font son succès ou son rejet. A partir de la littérature empirique relative aux motivations médicales, on cherche à comprendre en quoi les effets observés du P4P révèlent les différents registres de motivations médicales. L'appropriation des mécanismes de P4P par une partie des médecins dit quelque chose sur

leur motivation même si les objectifs d'efficacité ne sont pas atteints. La rationalité du dispositif n'est pas là où on l'attend (2.)

## **1. Le paiement à la performance pour les médecins : une évaluation**

### **1.1. La performance : de sa définition à sa rémunération**

Les mécanismes de P4P sont une réponse à un débat récurrent en économie de la santé sur le mode de paiement optimal du médecin. Les trois mécanismes traditionnels de paiement (capitation, paiement à l'acte et salariat<sup>1</sup>) sont jugés fournir de mauvaises incitations aux médecins ce qui a pour conséquence une réduction du bien-être social (Albouy et Déprez, 2009). Le médecin, selon les cas, use de sa rente informationnelle au détriment de l'économie en ressources publiques (multiplication des consultations, adressage vers d'autres professionnels...) et de la qualité de la prestation (non prise en charge des soins de prévention, réduction de la durée de consultation...). Le salariat, même s'il réduit les risques induits par les autres modes de paiement, pose un problème classique en économie du travail, celui de l'incitation à l'effort. C'est en substance le problème central qui guide les discussions autour du mode de paiement optimal. Comment encourager le médecin à l'effort sans toutefois risquer l'exploitation de ses rentes informationnelles ?

Si toutefois le mode de rémunération théoriquement optimal est un paiement mixte (Eggleston, 2005), l'une des réponses apportées à cette question est le P4P. Pour s'assurer d'un comportement conforme aux attentes du régulateur il suffirait de corréliser la rémunération du médecin à l'atteinte d'objectifs chiffrés. La rémunération viendrait récompenser la « bonne action », c'est-à-dire celle décidée par la tutelle, et seulement celle-là. Le P4P est donc fondé sur une logique d'intéressement financier. L'objectif est de contrer la naturelle désutilité de l'effort au travail en liant la rémunération aux résultats. Si le médecin exerce un effort coûteux pour lui, il sera récompensé.

C'est dans cette voie que se sont engagés de plus en plus de pays. On observe en effet depuis une vingtaine d'années le développement considérable de politiques publiques destinées à modifier la structure d'incitation des médecins par le P4P.

Ainsi, en France, dès 2009, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) est la première tentative majeure pour implanter une part de P4P dans la rémunération des médecins. Ce contrat, dont la signature était initialement basée sur le volontariat, a été étendu à l'ensemble de la profession après la signature d'une nouvelle convention médicale le 26 juillet 2011. Celle-ci précise dans son article 26 qu'« au regard des résultats encourageants de cette expérience, les partenaires conventionnels estiment qu'il est désormais possible de généraliser ce mode de rémunération complémentaire à l'ensemble des médecins, dans un cadre désormais conventionnel » (Convention, 2011, p. 33).

Dans ce cadre, le CAPI prévoit la mise en place de contreparties financières lorsque les médecins parviennent à atteindre les objectifs prédéfinis dans deux « champs ». Le premier champ est appelé « dépistage et pathologies chroniques » et le second s'intitule « optimisation des prescriptions ». Dans chaque champ sont définis une série d'indicateurs permettant de mesurer la performance du médecin dans un « thème » donné du champ. A partir de ces différents indicateurs, la puissance publique décide des objectifs chiffrés au-dessus desquels

---

<sup>1</sup> La capitation est un mode de rémunération fondé sur l'existence de liste d'individus susceptible de recourir à des soins attachés à un médecin ou à une clinique. Dans ce cas, l'offre de soin est rémunérée par un forfait par patient (per capita) indépendamment du nombre d'actes effectués. Le paiement à l'acte est une rémunération délivrée à chaque fois que le médecin effectue un acte médical quel que soit le nombre d'acte pour un même patient. Le salariat est une rémunération cyclique indépendante d'une liste de patient ou du nombre d'acte effectué.

le médecin traitant est jugé performant. Les médecins peuvent alors percevoir jusqu'à 7 € par patient, en fonction de leur taux de réalisation des objectifs.

Par exemple, dans le champ dépistage et pathologies chroniques, la performance concernant le thème grippe est mesurée pour un médecin traitant par la propension de patients vaccinés dans l'ensemble de patients âgés de 65 ans ou plus. Le médecin est jugé performant s'il atteint 75% de patient âgés de 65 ans ou plus vaccinés. Dans le champ optimisation des prescriptions, le médecin est jugé performant lorsque, par exemple, il prescrit 90% d'antibiotiques (en nombre de boîtes) dans le répertoire officiel des génériques.

En Angleterre, le P4P des cabinets généralistes a été généralisé en avril 2004 par le programme Quality Outcome Framework également basé sur le volontariat (Bras et Duhamel, 2008). L'objectif était double : inciter les professionnels de santé à délivrer un soin de meilleure qualité, et réorganiser le travail des cabinets médicaux. La performance est mesurée par des indicateurs auxquels sont attachés des points qui correspondent à une rémunération supplémentaire (125£ par point pour un cabinet de taille moyenne sur un total maximum de 1000 points). Les indicateurs regroupent quatre champs : la clinique (655 points), l'organisation du cabinet (181 points), la satisfaction des patients (108 points), les services additionnels (36 points) et la performance globale (20 points). De la même façon que pour le CAPI, les cabinets sont rémunérés lorsqu'ils atteignent l'objectif fixé par la tutelle.

Avant de poursuivre l'analyse, il est nécessaire de faire deux remarques dans le but de relativiser la comparaison entre les dispositifs anglais et français. D'une part, le dispositif anglais propose une incitation à la performance bien plus importante que le dispositif français. D'autre part, il faut rappeler que les incitations sont versées aux cabinets dans le cas anglais, qui ensuite décident de la répartition des ressources entre les professionnels de soins (médecins, infirmière...). Dans le cas français, ce sont les médecins qui perçoivent directement les rémunérations variables. Ces deux différences peuvent avoir un effet plus ou moins important lorsque l'on cherche à expliquer les comportements médicaux face au P4P.

Au niveau international, on peut se reporter au travail de Schoen et al. (2009) pour mesurer l'importance et la diversité des mécanismes d'incitations financières, dont le P4P, proposés au médecin par les différents Etats. Les auteurs calculent, par exemple, la probabilité pour un médecin d'être soumis à une incitation financière quel que soit son type (PI, voir tableau 1) et la probabilité de percevoir une incitation de type P4P (PP4P). Cette dernière est très disparate selon les pays : il y a 84% de chance pour un médecin Britannique de recevoir une telle rémunération contre seulement 1% de chance pour des médecins Norvégiens ou Suédois. L'existence d'une grande diversité de mécanismes incitatifs et leur croissance rapide implique un besoin d'expertise. Il existe des configurations institutionnelles différentes et un manque de consensus. Les politiques incitatives atteignent-elles leurs objectifs à moindre coût ?

Tableau 1 : Incitation et P4P dans les grands systèmes de santé internationaux

Pays	USA	Suède	Norvège	GB	Pays-Bas	Italie	France	Allemagne
PI (en %)	33	10	35	98	81	70	50	58
PP4P (en %)	28	5	1	84	23	51	6	6

## **1.2.Des résultats contrastés : efficacité faible, efficience douteuse et effets pervers**

La question de l'efficacité du P4P peut être posée à partir des deux critères qui avaient justifié la mise en place de ces modes de paiement : la qualité des soins et l'économie en ressources financières. Le constat fait par la littérature est mitigé (Van Herck et al., 2010 ; Peckman et Wallace, 2010).

Sur le plan qualitatif, il est possible de tirer quelques premiers enseignements de l'expérience de grande envergure menée en Angleterre depuis 2004. Il semble que l'introduction de P4P sur la période est concomitante à une amélioration de la qualité des soins. Cependant, ces résultats ne peuvent être imputés de façon certaine à la mise en place de l'intéressement. En effet, la quasi-totalité des cabinets médicaux ayant choisi de suivre le programme QOF, aucun groupe de contrôle ne permet de savoir si l'amélioration de la qualité observée a une autre explication. Plus généralement, ce fait renvoie à une critique importante selon laquelle les incitations ne font qu'accompagner les améliorations « naturelles » de la qualité (Hilman et al., 1998). Dès lors, il est possible de qualifier l'amélioration de la qualité des soins dans le cadre du QOF de modeste. Ce problème n'est pas lié au niveau des incitations mais au fait que celles-ci viennent rémunérer en grande partie un travail qui était déjà accompli par les médecins ou qui aurait été accompli (Galvin, 2006). Les médecins améliorent « spontanément » leur pratique.

Sur le plan économique, les résultats du programme Outcome Quality Framework ont engendré une hausse considérable du budget du National Health Service. Dès la première année les cabinets ont atteint en moyenne 958.7 points sur 1000 possibles (soit 91,3% du total maximum) alors que les prévisions étaient de 75% d'objectifs atteints la première année. Même s'il faut rappeler que l'objectif initial de Tony Blair, premier ministre d'alors, était de revaloriser substantiellement le budget de la santé du National Health Service, l'augmentation des dépenses liées à la mise en place du OQF a été bien plus importante que prévue. Alors que l'augmentation du budget prévue entre l'exercice 2002-2003 et l'exercice 2005-2006 était de l'ordre de 41%, elle a été en réalité de près de 64% (soit un budget final de 7.7 Mds de £ au lieu de 6.9 Mds de £ dont 1 Mds pour le seul P4P). Au vu des faibles résultats qualitatifs, cette hausse substantielle des dépenses est difficilement justifiable. L'efficience du dispositif, c'est-à-dire le rapport entre les coûts engagés et les résultats obtenus, est faible.

S'il faut souligner la modestie des résultats des différents programmes de P4P tant sur le plan de la qualité des soins que de l'économie des ressources, nous ne pouvons pas en rester là. La littérature sur le P4P montre en effet que ce type de rémunération peut provoquer des effets pervers. Dans le cas du QOF, on peut souligner un fait majeur qui doit retenir l'attention du régulateur. Les cabinets peuvent « exclure » certains patients du décompte des indicateurs afin d'améliorer artificiellement leur performance (Doran et al., 2006). Il est même démontré que l'augmentation du taux d'exclusion de 1% entraîne une augmentation de la performance de 0.31%. L'exclusion d'une partie de la population (6% des patients en moyenne la première année), ou plus globalement la question de la sélection des patients, pose alors un problème de justice sociale.

Dans cette perspective, la méta-analyse de Chaix-Couturier et al. (2000), étudiant l'effet des mécanismes d'incitation financière dans leur ensemble, liste un certain nombre d'effets pervers inattendus très dissuasifs pour la puissance publique : faible continuité du soin ; réduction de services offerts aux patients ; sous-utilisation (ou mauvaise utilisation) des services d'urgence ; réduction de la confiance des patients ; risque de conflits éthiques ; réduction des temps d'enseignements et de recherche ; conflit d'intérêt entre médecin et patient (notamment arbitrage entre faibles et fort risques).

Etant donné la faible efficacité, la faible efficience et les effets pervers provoqués par les mécanismes de P4P, on peut se demander quelle est la pertinence de ce type de dispositif. Pour soutenir la mise en place du P4P en France certains auteurs ne s'appuient pas tant sur l'efficacité de ce type de paiement que sur de la nécessité de revaloriser les revenus des médecins (Bras et Duhamel, 2008).

Malgré ces résultats mitigés, nous ne pouvons pas nier le succès en France du CAPI<sup>2</sup>. Il s'agit un succès en terme de signataire : 14 800 des médecins éligibles soit près d'un tiers de la population (Polton et Aubert, 2010). Mais, il existe également un grand nombre de médecins montrant une forte opposition et rejetant toute forme de rémunération à la performance. L'Ordre des médecins notamment, à travers son président le docteur Michel Legmann, a fortement contesté le CAPI et la convention médicale signée en juillet 2011. Par ailleurs, un décret paru au Journal Officiel le 8 mai 2012 modifiant l'article 83 du code de déontologie médicale est désormais utiliser pour contester le P4P. Selon cette modification, les médecins ne peuvent pas signer de contrat altérant leur « indépendance » ou instituant une rémunération fondée sur « des critères de rendement ». Le P4P serait contraire au code de déontologie. Le dispositif, fortement débattu au sein de la profession, est loin d'être pérennisé.

Dans ce contexte, nous pouvons pointer un paradoxe entre, d'une part, le fait que l'intéressement ne produise pas la performance et, d'autre part, l'attrait du P4P pour certaines catégories de médecins. Que recherchent ces médecins dans les mécanismes de P4P, qui ne soit pas la performance elle-même ? La rationalité du dispositif n'est peut-être pas là où on la pense. C'est ce que nous recherchons en analysant les motivations médicales à travers les enseignements des études empiriques disponibles.

## **2. Paiement à la performance et motivation médicale : les enseignements des études empiriques**

### **2.1. De la performance à la motivation**

Le fait que le P4P soit relativement bien accepté par certains médecins mais qu'il ne conduise pas à la transformation de ceux-ci en « médecins performants » nous invite à chercher la rationalité cachée du dispositif. Notre objectif ici est d'apporter des éléments de réponse à ce paradoxe par l'analyse des motivations professionnelles des médecins. Il nous faut déterminer quelles sont les motivations des professionnels de santé afin d'étudier comment elles sont activées ou non par les dispositifs de P4P.

Pour cela nous pouvons nous appuyer sur une littérature en extension relative à la motivation (Rebitzer et Taylor, 2010). Selon la théorie de la motivation issue de psychologie sociale (Deci et Ryan, 2002), les individus seraient en tension entre une motivation intrinsèque (MI) et une motivation extrinsèque (ME). Dans cette optique, une action est intrinsèquement motivée si son accomplissement dépend de la satisfaction apportée par l'action elle-même. Elle est son propre but. A l'inverse, la ME est une motivation instrumentale au sens où l'accomplissement de la tâche ne se fait que pour un motif extérieur à la tâche elle-même. Il s'agit alors d'obtenir une récompense ou d'éviter une sanction.

Les mécanismes de P4P sont clairement des ME puisqu'ils consistent à rendre la performance intéressante financièrement. L'atteinte d'un objectif chiffré n'est pas valorisée en soi mais seulement parce qu'elle permet d'obtenir une récompense. A l'opposé, on peut considérer que les médecins sont également intrinsèquement motivés lorsque, par exemple, leur comportement relève d'une certaine forme d'éthique médicale (Da Silva, 2012). Depuis l'article princeps d'Arrow (1963), on sait que le médecin n'est pas un simple

---

<sup>2</sup> Et du QOF en Angleterre.

« barbier ». L'exercice de la médecine peut avoir un intérêt en soi. Prendre en compte l'existence d'une MI chez le médecin revient alors à se dégager d'une vision unilatérale de la motivation où seules les ME comptent. L'une des pistes de recherche, développée dans la section suivante, consiste alors à expliquer l'attrait des médecins pour les mécanismes de P4P, non par l'intéressement, mais par la sollicitation des MI.

L'existence de plusieurs registres de motivation pose un problème nouveau lorsque l'on pose l'hypothèse de substituabilité des motivations (Da Silva, 2011) contrairement au cadre standard en économie où les motivations sont complémentaires. On dit qu'il y a *crowding out effect* lorsque l'introduction d'une ME, alors que l'action visée par l'incitation était auparavant intrinsèquement motivée, détruit les MI. Ainsi, le P4P pourrait avoir pour effet de démotiver les médecins en évinçant les MI : l'incitation peut dés-inciter. Il s'agit de déterminer sous quelles conditions les motivations sont complémentaires (*crowding in*) ou substituables (*crowding out*).

## **2.2. Les enseignements de quelques études empiriques**

Le P4P ne vient pas sur un terrain vierge de valeurs. Les médecins ont différents mobiles pour l'action et le succès ou le rejet du P4P est le fruit de la rencontre de ces motivations et du dispositif qui les conforte ou les modifie. Les médecins interprètent le P4P en fonction de leurs motivations professionnelles. Pour appréhender ces motivations, nous proposons une revue de la littérature empirique sur le sujet. On peut répertorier trois types d'études empiriques sur les motivations professionnelles.

On mobilise dans le tableau 2, les études empiriques sur les effets du P4P pour en tirer des enseignements sur les motivations professionnelles. Le tableau 3 rassemble les études empiriques cherchant à déterminer les effets de dispositifs incitatifs autres que le P4P sur la motivation des médecins. Enfin, le tableau 4 reprend les grandes lignes méthodologiques et théoriques des travaux empiriques cherchant directement à tester la MI ou le COE.

**Tableau 2 : Ce que révèle le paiement à la performance sur la motivation médicale**

Auteur	Champ d'étude	Population étudiée	Problématique	Dispositif étudié	Effets majeurs du P4P
<b>Géne-Badia et al. (2007)</b>	Satisfaction des professionnels de santé (infirmier et médecins) et des patients	257 Primary Care en Catalogne (Espagne) entre 2002 et 2003	Quelle efficacité des incitations sur la qualité des utilisateurs finaux ?	P4P et paiement après décision d'une commission de professionnels	Augmentation du stress Hausse du bien être si rémunération par commission
<b>Bruni et al. (2008)</b>	Prise en charge du diabète de type 2	Médecins de la région Emilie Romagne	Quelle efficacité qualitative selon différents modes de paiement ?	P4P, 'pay for compliance', 'pay for participation'	Sans P4P, hausse de l'autonomie et, en conséquence, de la qualité
<b>McDonald et Roland (2009)</b>	Effet du P4P sur les pratiques médicales	Enquête auprès 20 Primary Care Britanniques et 20 Primary Care Californiens	Quelles sont les conséquences involontaires du P4P ?	P4P	Menaces sur la relation patient – médecin ; perte d'autonomie perçue ; changement dans la nature de la visite
<b>McDonald et al. (2007)</b>	Effet du P4P sur les pratiques médicales	2 Primary Care Britanniques	Effet du QOF sur la qualité des soins, la MI et l'autonomie de la clinique	P4P (QOF)	Pas d'effets pervers si : incitations faibles ; performance sur la qualité (pas économies) et organisation autonome
<b>Spooner et al. (2001)</b>	Appétence pour le P4P	Enquête auprès 36 Primary Care Britanniques (East Kent)	Pour quoi les médecins ont adhéré volontairement à un programme de P4P ?	P4P auprès des médecins et infirmier	Pas d'effet pervers si : amélioration des soins ; faible incitation financière ; autonomie ; reconnaissance
<b>Saint Lary et al. (2011)</b>	Appétence pour le P4P	Enquête auprès de 15 médecins généralistes franciliens	Quels sont les déterminants de l'adhésion au CAPI ?	Rapport aux caisses ; jugement porté sur le CAPI ; Effets sur la pratique clinique et sur la relation avec le patient	Dichotomie : dépend de la perception de l'environnement institutionnel (notamment rapport avec les caisses)

**Tableau 3 : Ce que révèlent les effets d'autres types d'incitation sur la motivation médicale**

Auteur	Champ d'étude	Population étudiée	Problématique	Dispositif étudié	Effets majeurs
<b>Ammi (2011)</b>	Politique de prévention	301 médecins généralistes libéraux de Bourgogne	Quel type d'incitatif serait le plus efficace pour inciter à la prévention ?	Incitation : monétaire ; non monétaire : organisationnelle	Guide de bonnes pratiques non participatives mal perçu ; 25% des médecins ont une appétence pour le P4P ; 60% veulent du personnel médical
<b>Belorgey (2011)</b>	Qualité des soins hospitaliers	Service des Urgences de l'hôpital Maubourg	Effet pervers du management par objectif	Objectif de réduction du temps de passage des patients en urgences	Baisse de la qualité avec management par objectif : opposition established / outsiders
<b>Barley et al. (2011)</b>	Préférences en termes de rémunération	1900 médecins généralistes Français (2008)	Que pensent les médecins de leur rémunération ?	Pas de dispositif spécifique	Les médecins exerçant en groupe préfèrent le changement ; pas de caractéristiques socio démographiques déterminantes
<b>Franc et al. (2009)</b>	Prévention de l'obésité infantile	611 pédiatres Français	Quelle perception des contraintes économique chez les pédiatres ?	Durée de consultation ; tarif conventionnel ; Formation ; perception sur son efficacité	Problème de formation ; Causalité entre optimisme sur son efficacité et efficacité dans la prévention
<b>Bachimont et al. (2006)</b>	Prévention du diabète de type 2	Médecins généralistes de la région centre	Pourquoi les médecins ne suivent pas les recommandations de bonnes pratiques ?	Recommandations de bonnes pratiques	Problème si : Prescription de norme opposé aux valeurs libérales ; objectif économique ; maladie sociale

**Tableau 4 : Les tests sur le niveau de motivation intrinsèque des médecins et sur le *crowding out effect***

Auteur	Champ d'étude	Echantillon	Problématique	Dispositif étudié	Résultats majeurs
<b>Forest (2008)</b>	Motivation des praticiens hospitaliers	Médecin hospitaliers Français	Quelle relation entre job design, motivation autonome et satisfaction au travail ?	Structure des tâches	Forte motivation autonome (MI) des médecins
<b>Lievaut (2011)</b>	Pratiques tarifaires considérées comme 'justes'	7896 omnipraticiens observés entre 1980 et 2000	Quelle sont les pratiques tarifaires?	Nombre de dépassements d'honoraires et d'actes gratuits	Ouverture secteur 2 et politique publique sur l'offre de soin développe la marchandisation
<b>Lievaut et Batifoulier (2011)</b>	Pratiques tarifaires considérées comme 'justes'	7896 omnipraticiens observés entre 1980 et 2000	Comment expliquer l'érosion des actes gratuits au profit d'actes chers ?	Nombre d'actes gratuits	Politique sur l'offre de soin (discours gestionnaire) développe la marchandisation
<b>Videau et al. (2010)</b>	Promotion de la santé (prévention et éducation à la santé)	528 médecins généralistes libéraux de région PACA (2002)	Part des MI dans la motivation totale et COE	Pas de dispositif spécifique	Juger les recommandations de bonnes pratiques injustes est un signe de faible MI ; cycle de vie des MI
<b>Videau et al. (2011)</b>	Promotion de la santé (prévention et ETP)	1 875 médecins généralistes libéraux du panel 5 régions	COE	Incitation, niveau de l'incitation et engagement professionnel	Pas de COE sauf si situation burnout (épuisement professionnel)

### 2.3. Une analyse des résultats empiriques

La lecture des différentes expériences empiriques sur les motivations médicales permet de comprendre l'effet caché des dispositifs de P4P. Cette revue de la littérature permet d'écarter le rôle des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, région d'exercice...) dans l'adhésion ou le rejet du P4P (Barley et al., 2011). Il n'y a pas de profil type du médecin acceptant ou ayant une préférence exogène pour P4P. Les médecins sont diversement intéressés par l'intéressement et leur intérêt pour l'intéressement dépend globalement de deux grandes caractéristiques :

- L'autonomie

La question de l'autonomie de la pratique médicale semble transversale à toutes les études empiriques étudiées. L'effet souvent contreproductif des mécanismes de P4P sur l'autonomie du médecin est en effet souligné par un grand nombre d'études.

Par exemple, il apparaît que les mécanismes de P4P réduisent considérablement l'autonomie des médecins italiens ce qui, en conséquence, les décourage à prendre en charge la prévention du diabète de type 2 (Bruni et al., 2008). Par ailleurs, les guides de bonnes pratiques peuvent être jugés de façon négative et réduire la motivation, justement parce qu'ils remettent en cause l'autonomie des médecins (Ammi, 2010 ; Videau et al., 2010). Ce sont alors les valeurs libérales de la médecine qui sont contrariées par la prescription de normes (Bachimont et al., 2006). Cette logique d'autonomie est confirmée par Spooner et al. (2001) pour lesquels les programmes volontaires de P4P implantés à la fin des années 1990 en Angleterre ont été plébiscités par les médecins du fait de l'encouragement des cliniques à l'autonomie.

L'importance de l'autonomie perçue dans ces études empiriques renvoie au concept de profession. Florent Champy (2009) introduit le concept de profession à pratique prudentielle. Les professionnels doivent, d'une part, mobiliser des savoirs complexes dans un contexte d'incertitude et, d'autre part, faire preuve d'autonomie car il est impossible d'appliquer des règles normalisées. Ainsi, remettre en cause l'autonomie, comme peut le faire le P4P, c'est remettre en cause le socle de la profession.

- Le contexte institutionnel

Il semble que le contexte institutionnel conditionne la bonne ou la mauvaise réception des mécanismes de P4P. Si les médecins Français sont plus réticents au P4P que les médecins anglais c'est notamment du fait d'objectifs initiaux différents et de relations différentes avec la tutelle (Bras, 2011). Alors que le mécanisme anglais avait pour objectif d'augmenter le budget du National Health Service, le mécanisme français s'inscrit dans le contexte d'une réduction des dépenses socialisées de santé. La mention d'un champ « optimisation des prescriptions » cadre le dispositif comme un outil de réduction des dépenses. Par ailleurs, si le mécanisme de P4P anglais est plus facilement accepté que le mécanisme français, c'est du fait de rapports plus pacifiés avec la tutelle.

Pourtant, le fait qu'une partie des médecins Français aient choisi de signer le CAPI nous montre qu'en plus d'un contexte institutionnel, assez objectif, ce sont les représentations que se font les médecins du contexte institutionnel qui déterminent les effets du P4P. Les dispositifs de P4P n'ont pas de qualités intrinsèques. Ils ne valent que par les représentations qui y sont associées (Saint-Lary et al., 2011). Ce n'est que de cette façon que l'on peut comprendre leur rationalité cachée. Dans le cas du CAPI, par exemple, ce n'est pas exclusivement l'intéressement qui intéresse les médecins signataires mais aussi les valeurs véhiculées par le

dispositif (amélioration de la qualité des soins, changement dans la relation avec la tutelle, reconnaissance du travail accompli...). A l'inverse, s'il est encore vivement rejeté par une autre partie de la profession c'est justement parce que d'autres représentations véhiculées par lui sont antinomiques de l'activité médicale.

## Conclusion

La bonne réception des mécanismes de P4P dépend de l'adéquation entre les valeurs qu'il véhicule et les valeurs médicales. Or, ni les unes ni les autres ne sont naturelles. Elles relèvent d'un construit social. Le P4P n'est pas un dispositif neutre. Ce mécanisme d'intéressement véhicule par construction une rationalité marchande. Mais, cette perspective marchande semble s'opposer à la conception traditionnelle de la relation patient-médecin. Le P4P jette alors un flou sur l'activité médicale. Cette situation, intenable tant du côté de l'offreur que du demandeur de soin, risque fort, à terme, de contrarier durablement tant l'efficacité que l'équité du système de santé.

## Bibliographie

Albouy V. et Déprez M. (2009), « Mode de rémunération des médecins », *Economie & Prévision*, n°188, volume 2, pp. 131-139.

Ammi M. (2011), *Analyse économique de la prévention. Offre de prévention, incitation et préférence en médecine libérale*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Bourgogne.

Arrow K. (1963), « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *The American Economic Review*, n°5, volume 53, pp. 941-973.

Belorgey N., (2011), « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences. Une entreprise de 'réforme' d'un service public et ces effets sociaux », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°189, volume 4, pp. 16-33.

Bachimont J., Cogneau J. et Letourmy A. (2006), « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques ? L'exemple du diabète de type 2 », *Sciences Sociales et Santé*, n°2, volume 24, pp. 75-104.

Bras P-L. et Duhamel A. (2008), *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, rapport de l'IGAS.

Bras P-L. (2011), « Le contrat d'amélioration des pratiques médicales (CAPI) à la lumière de l'expérience Anglaise », *Journal d'Economie Médicale*, n°5, volume 29, pp. 216-230.

Bruni M., Nobilio L. et Ugolini C. (2008), « Economic incentives in general practice ; The impact of pay-for-participation and pay-for-compliance programs on diabetes care », *Health Policy*, n°2-3, volume 90, pp. 140-148.

Chaix-Couturier C., Durand-Zaleski I., Jolly D. et Durieux P. (2000), « Effects 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.

Champy F. (2009), *Sociologie des professions*, Paris, PUF.

Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, 26 juillet 2011.

Da Silva N. (2011), « Motivations médicales et politiques d'incitations. La motivation intrinsèque contre la théorie de l'agence ? », *Journal d'Economie Médicale*, à paraître.

Da Silva N. (2012), « Quelle éthique médicale ? Une relecture à partir de l'hypothèse de 'crowding out effect' », *Ethique et Economique – Ethics and Economics*, à paraître.

Deci E. et Ryan R.(2002), *Handbook of self-determination research*, Rochester, University of Rochester Press.

Doran T., Fullwood C., Gravelle H., Reeves D., Kontopantelis E., Hiroeh U. et Roland M.(2005), « Pay for performance programs in family practices in the United Kingdom », *The New England Journal of Medicine*, n°355, pp. 375-384.

Eggleston K.(2005), « Multitasking and mixed systems for provider payment », *Journal of Health Economics*, n°1, volume 24, pp.211-223.

Forest V.(2008), *Nouvelle gestion publique et comportement au travail : l'exemple des médecins de la fonction publique hospitalière*, Thèse de sciences de gestion, Université Lumière Lyon 2.

Franc C. Renard E., Le Vaillant M. et Pelletier-Fleury N. (2009), « La perception par les pédiatres des contraintes économiques. Quelle incitation dans la prise en charge de l'obésité infantile », *Revue Economique*, n°2, volume 60, pp. 507-520.

Galvin R.(2006), « Pay for performance : too much of a good thing ? A conversation with Martin Roland », *Health Affairs*, n°5, volume 25, pp. 412-419.

Géne-Badia J., Escaramis-Babiano G., Sans-Corrales M., Sampietro-Colom L. Aguado-Menguy F., Cabezas-Pena C. et Gallo de Puellas 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.

Hillman L. Ripley, K., Goldfarb N., Nuamah I., Weiner J. et Lusk E. (1998), « Physician financial incentives and feedback : failure to increase cancer screening in medicaid managed care », *American Journal of Public Health Briefs*, n°88, volume 11, p. 1699-1701.

Lievaut J.(2011), « La déformation des comportements médicaux en faveur d'une logique de marchandisation », Working Paper EconomiX 2011-19.

Lievaut J. et Batifoulier P.(2011), « La transformation des actes gratuits en actes payant en médecine libérale. Une étude micro-économétrique longitudinale », Working Paper EconomiX 2011-12.

McDonald R., Harrison S., Checkland K., Campbell S. et Roland M.(2007), « Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study », *British Medical Journal*, volume 334, pp. 1357-1359.

McDonald R. et Roland M. (2009), « Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences », *Annals of Family Medicine*, n°2, volume 7, pp. 121-127.

Polton D. et Aubert J-M. (2010), « Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? », *la lettre du Collège des Économistes de la Santé*, n°3.

Rebitzer J. et Taylor L.(2010), « Extrinsic rewards and intrinsic motives : standard and behavioral approaches to agency and labor market. Levy Economics Institute of Bard College », Working Paper 2010(607).

Saint-Lary O., Plu I. et Naiditch M.(2011), « Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le P4P est-il le révélateur ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2-3, pp. 180-209.

Schoen C., Osborn R., Doty M., Squires D., Peugh J. et Applebaum S. (2009), « A Survey Of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And Experiences », *Health Affairs*, n°6, volume 28, pp. 1171-1183.

Spooner A. Chapple A. et Roland M. (2001), « What makes British general practitioners take part in a quality improvement scheme? », *Journal of Health Service Research & Policy*,

Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal M. et Sermeus W. (2010),« Systematic review : Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care », *BMC Health Services Research*, n°1, volume 10.

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°58, volume 5, pp. 301-311.

Videau Y., Clerc I. et Ventelou B. (2011), « L'effet d'éviction des motivations intrinsèques par les motivations extrinsèques ? Une expérimentation par assignation aléatoire pour les médecins généralistes libéraux français », Communication au Séminaire d'Economie Politique de la Santé, 1<sup>er</sup> avril.