



HAL
open science

Les médecins sont-ils intéressés à l'intéressement ?

Nicolas da Silva

► **To cite this version:**

Nicolas da Silva. Les médecins sont-ils intéressés à l'intéressement ?. Revue du MAUSS, 2012, supplément. hal-01480874

HAL Id: hal-01480874

<https://hal.science/hal-01480874v1>

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.

Les médecins sont-ils intéressés à l'intéressement ?

Da Silva Nicolas

Introduction

En France comme ailleurs, les réformes du secteur de la santé prennent appui sur des dispositifs marchands ayant pour but de modifier le comportement des individus. Elles s'inspirent de la théorie économique standard où les individus sont supposés être opportunistes, réticents à l'effort et intéressés. L'idée est alors de promouvoir, tant du côté de l'offre (les médecins et les hôpitaux) que de la demande de soins (les patients), un comportement entrepreneurial qui incite à la responsabilisation financière tout en cherchant à améliorer la qualité des soins.

En médecine de ville cela s'est traduit depuis 2009 par la possibilité pour un médecin français de signer le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) et d'être rémunéré à la performance. Ce mécanisme prévoit un intéressement financier lorsque des objectifs prédéfinis sont atteints. Le cas de la France s'inscrit dans une dynamique internationale qui est pourtant à questionner. Aussi bien théoriquement qu'empiriquement, la démonstration du bien-fondé de ce mode de rétribution reste à faire. Le développement de ce type de dispositif appelle donc une discussion critique.

Il semblerait en effet que les dispositifs d'intéressement n'améliorent pas ou peu la performance. Les médecins réagissent de façon inattendue aux incitations économiques et les résultats obtenus sont rarement à la hauteur des résultats escomptés par la puissance publique (1.). Cet état de fait invite à questionner les motivations médicales. L'appropriation ou le rejet des mécanismes de paiement à la performance, ainsi que leurs faibles résultats dit quelque chose de leur motivation. Les médecins ne paraissent pas exclusivement intéressés par l'intéressement (financier) et la rationalité du dispositif n'est pas là où on l'attend (2.).

1. La performance du paiement à la performance

1.1. *Quelle définition de la performance et de sa rémunération en médecine ?*

Si l'on suit la théorie économique standard, le médecin est un individu intéressé comme les autres. La particularité de son activité ne change pas l'analyse de son comportement. Il reste

un *homo economicus*. A ce titre, il cherche dans toutes circonstances à tirer la couverture à lui et à satisfaire son bien être personnel. On pourrait croire que la théorie économique a relativisé ce point de vue dans le cas du médecin qui, au moins dans l’imaginaire collectif, n’est pas considéré comme l’archétype de l’individu froid et cynique qui n’a l’égoïsme que pour mot d’ordre. Il n’en est rien et c’est même le contraire (Batifoulier, 2004).

Parce que le médecin dispose d’un savoir rare et difficilement accessible, il va chercher à rentabiliser toutes les situations où il peut tirer un avantage de cette asymétrie d’information. Dans le système de soin, il peut ainsi chercher à spolier le patient et/ou la tutelle. Agissant en leur nom, le médecin peut utiliser son savoir pour les manipuler. C’est un opportuniste réticent à l’effort qui risque, s’il en a l’occasion, d’exploiter l’ignorance des autres (patients et tutelle), par exemple en prescrivant au-delà de ce que nécessite l’état de santé du patient.

L’accent étant mis sur l’opportunisme du médecin, décuplé par les asymétries d’information, le problème du théoricien est de trouver une méthode de rémunération capable de contrer cet opportunisme naturel. Il faut limiter son pouvoir discrétionnaire. Or, toujours selon l’analyse standard, les modes de rémunération traditionnels du médecin (paiement à l’acte, salariat et capitation) lui fournissent des incitations perverses car elles alimentent son opportunisme.

Le mode de rémunération optimal est alors le paiement à la performance (*pay for performance* ou P4P). En effet, le médecin étant réticent à l’effort et intéressé, il faut l’inciter à l’effort. Il est nécessaire de relier strictement la performance observée avec la rémunération. C’est un mécanisme d’intéressement. En payant le médecin au niveau de la production observée, on s’assure de ne pas être spolié au cas où il ne produirait pas d’effort. Afin de réorienter le comportement du médecin, il faut contrer ses tendances naturelles à l’opportunisme par l’incitation financière. En plus de la rémunération traditionnelle, il faut désormais calculer une part variable.

Ce discours économique a un impact sur l’ensemble des politiques publiques. Ainsi, selon le rapport¹ Bureau et Mougeot (2007) sur la performance de la gestion publique en France, le régulateur étant incapable de gérer convenablement les deniers publics il est nécessaire (c’est un « impératif démocratique », p.7) de réorienter l’action publique vers la performance. Dans le cadre de la santé, que cela soit à l’hôpital ou en médecine de ville, il devient nécessaire d’intéresser les acteurs à la performance.

¹ Ce rapport a été réalisé au sein du Conseil d’Analyse Economique et présenté en janvier 2007 à Jean-François Copé à l’époque ministre délégué au Budget et à la Réforme de l’Etat (soit deux ans avant la promulgation de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire).

Au plan international, Schoen et al. (2009) nous permettent de mesurer à quel point les mécanismes d'incitation financières auxquels sont soumis les médecins se sont développés tout en se diversifiant. En effet, en plus des mécanismes de P4P, qui font l'objet de notre étude, les pouvoirs publics introduisent d'autres types d'incitations financières comme les forfaits qui, à la différence du P4P, sont des rémunérations non conditionnées à des résultats. En France par exemple, les médecins prenant en charge des patients atteints d'une affection longue durée (mucoviscidose, paraplégie, etc.) bénéficient d'un forfait de 40 € par an et par malade sans que cette rémunération ne soit conditionnée à l'atteinte d'objectifs prédéfinis. Le Tableau 1, qui est construit à partir de leur analyse, donne la probabilité, dans différents pays en 2009, que le médecin se voit proposer une incitation forfaitaire selon différents objectifs : la prise en charge d'une maladie chronique, la satisfaction des patients ; la réalisation d'un objectif de performance de type P4P.

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

Type d'incitation Pays	Maladie chronique (%)	Satisfaction des patients (%)	P4P (%)	Toutes incitations confondues (%)
USA	17	19	28	33
Suède	2	4	5	10
Norvège	9	1	1	35
Royaume Uni	82	49	84	98
Pays-Bas	61	4	23	81
Italie	56	19	51	70
France	42	2	6	50
Allemagne	48	4	6	58

Nous pouvons noter la faiblesse de la probabilité pour un médecin de percevoir une incitation de type P4P. Même si cette probabilité dépasse les 50% pour les médecins italiens et est supérieure à 80% pour les médecins britanniques, le P4P semble assez peu répandu dans les autres pays. Remarquons cependant que depuis la date de l'étude (2009) le régulateur français a expérimenté le P4P à très grande échelle et que la particularité du cas britannique s'explique par la récente mise en place du P4P. C'est cette dynamique qui nous intéresse ici. Attardons-nous particulièrement sur les systèmes de P4P français et britannique. Ce travail d'approfondissement est nécessaire pour répondre à une question centrale : que veut dire « performance » dans « paiement à la performance » ? Ces deux cas vont nous permettre de voir que cette définition n'a rien d'évident ni de consensuel.

Au Royaume-Uni, le *National Health Service* a introduit dès 2004 un programme de P4P nommé le *Quality Outcome Framework* (QOF)². Ce nouveau mode de rémunération a pour objectif, d'une part, d'améliorer la qualité des soins, et d'autre part, de réorganiser la gestion et l'administration des cabinets médicaux. La performance est mesurée (et donc définie) par cinq types d'indicateurs : clinique, organisation du cabinet, services additionnels, satisfaction des patients et performance globale. Par exemple, pour le domaine clinique, plus de quatre-vingt indicateurs portent tant sur des domaines cliniques (hypertension, diabète, asthme, etc.) que de santé publique (obésité, tabagisme, etc.). Chaque indicateur fixe un pourcentage minimum de patients qui doivent être traités pour percevoir la rémunération à la performance. Au dessus de ce seuil minimal, plus le cabinet augmente son pourcentage de patients traités plus la rémunération est importante (jusqu'à un seuil maximal). À ces différents objectifs sont attribués des points qui eux-mêmes correspondent à une rémunération supplémentaire pour les cliniques. Tous objectifs confondus, les cabinets peuvent, pour un taux de réalisation de 100 %, obtenir près de 1 000 points. Financièrement, la valeur du point est de 133,76 £, soit un maximum de 133 760 £ de rémunération à la performance en cas d'atteinte complète des objectifs pour l'année en cours.

En France, le dispositif de P4P, en vigueur dès 2009, s'appelle le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)³. Ce contrat individuel a pour objectif, sur la base du volontariat, d'introduire une dose de P4P dans la rémunération du médecin⁴. Le CAPI prévoit des contreparties financières pour les médecins qui parviennent à atteindre des objectifs prédéfinis dans deux « champs » : « Dépistage et prévention – suivi des pathologies chroniques » (dépistage et suivi) et « Optimisation des prescriptions » (optimisation). À l'intérieur de ces champs, seize indicateurs sont définis pour mesurer la performance des médecins. À condition d'atteindre au moins 25 % de réalisation globale, la rémunération à la performance est égale à 7 € par patient multiplié par le taux de réalisation global. Par exemple, dans le champ optimisation, la performance du médecin est calculée à partir d'un indicateur de taux de prescription d'antibiotique dans le répertoire officiel des génériques. Si le taux de prescription en nombre de boîte d'antibiotiques figurant dans le répertoire des génériques dans la prescription totale des génériques est supérieur ou égal à 90 % (taux de

² Pour une description détaillée du QOF, on pourra se référer au récent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (Bras et Duhamel, 2008).

³ Pour une description plus complète du CAPI, voir la décision du 9 mars 2009 parue au Journal Officiel de la République Française le 21 avril.

⁴ Notons dès maintenant que la Convention Médicale de juillet 2011 a élargi le P4P à tous les médecins. Cet élargissement s'est fait sur la base du CAPI mais avec de nouveaux indicateurs. Nous présentons ici uniquement le CAPI puisque les données de la nouvelle convention ne sont pas encore disponibles.

réalisation cible), alors le médecin est dit performant et peut percevoir la rémunération correspondante.

La comparaison des mécanismes britanniques et français met en évidence les difficultés liées à la définition de la performance du médecin. Il y a autant de définition que d'indicateurs. Cependant, les pouvoirs publics se sont engagés sur la voie de P4P. Il convient alors d'évaluer ce dispositif empiriquement.

1.2. Des médecins dorénavant performants ? Une évaluation des dispositifs de P4P

L'évaluation des politiques de P4P peut se faire à partir de trois critères : efficacité, efficience et effets pervers.

L'efficacité d'une politique économique se définit comme l'atteinte des objectifs fixés. Dans le cas de la santé, nous avons vu que les objectifs sont différents selon les pays. Mais globalement le P4P a deux objectifs principaux. D'une part, le but est de réduire les dépenses de santé. C'est par exemple l'effet attendu du champ optimisation du CAPI. D'autre part, le second but est d'améliorer la qualité des soins en incitant notamment à la prévention, au suivi des pathologies chroniques, etc. La politique de P4P peut alors être qualifiée d'efficace si et seulement si elle atteint ses objectifs.

Or, le point d'accord majeur entre les différentes revues de la littérature sur le sujet porte sur l'incapacité actuelle à prouver un effet strictement positif (ou négatif) du P4P tant sur la dimension qualitative qu'économique. Plus ou moins optimistes sur le développement des mécanismes de P4P, elles ne peuvent cependant prétendre donner une réponse claire quant à l'efficacité de ce dispositif (Van Herck et al. 2010). La qualité des données et des méthodes statistiques sont un rempart difficilement surmontable pour donner des résultats dénués d'ambiguïté.

Du point de vue de l'efficacité clinique (dimension qualitative), les résultats des expériences varient de négatifs à très positifs, en passant par aucun effet ou faiblement positifs. Dans les cas, minoritaires mais existants, où les effets sont négatifs, cela ne signifie pas forcément qu'il y a une dégradation de la qualité mais que celle-ci est moins importante que dans un groupe test non soumis au P4P. En général, les auteurs trouvent une amélioration de la qualité, définie par l'atteinte des objectifs cliniques, d'à peine 5 %. Comme le confirme la revue systématique de Bruin et al. (2011), les effets du P4P sur la prise en charge des maladies chroniques restent également mitigés. Alors que ce mode de rémunération améliore

légèrement la prise en charge du diabète et de l'asthme, il n'a pas d'effet sur les maladies cardiaques. Du point de vue de l'économie en ressource, la revue de Van Herck et al. (2010) fait apparaître des résultats soit faiblement positifs soit négatifs.

Dans le cas du QOF britannique, même si depuis la mise en place de ce nouveau mode de rémunération des cliniques on observe une amélioration globale de la qualité des soins, il n'est pas possible de l'attribuer au P4P. En effet, étant donné le fait que presque toutes les cliniques suivent le programme à la performance, il n'y a pas de groupe test permettant de s'assurer du rôle moteur du QOF. Cette idée renvoie à la critique plus générale selon laquelle les dispositifs d'intéressement ne font qu'accompagner la hausse tendancielle de la qualité des soins. Les bonus attribués au titre de la performance peuvent être en grande partie considérés comme un effet d'aubaine, l'amélioration de la qualité étant expliquée par d'autres facteurs. Dès lors, il est possible de qualifier l'impact du QOF sur la qualité des soins de « modeste » (Bras et Duhamel, 2008). Cela ne veut toutefois pas dire que les médecins sont en cause mais simplement que les incitations viennent rémunérer un travail déjà fait ou qui aurait été fait quoi qu'il arrive (Galvin, 2006).

Ces résultats qualitatifs permettent aussi de mettre en exergue les résultats financiers du QOF tant sur le plan de l'efficacité que de l'efficience. D'abord, sur le plan de l'efficacité, il faut noter que le projet politique de Tony Blair avec le QOF était de revaloriser le budget global du *National Health Service* (NHS), celui-ci étant jugé trop faible. L'objectif initial était donc d'augmenter le budget du NHS de 41 % entre l'exercice 2002-2003 et l'exercice 2005-2006 soit une augmentation de 1 Mds de livres sterling pour le seul QOF. Le résultat final étant une augmentation de 64 % du budget du NHS (près de 23 points de plus que prévu), on peut raisonnablement qualifier la politique de P4P d'inefficace sur la question de l'allocation des ressources⁵.

Mais, l'atteinte des objectifs n'est pas le seul critère d'évaluation. En plus d'être efficace la nouvelle politique publique se justifie par son efficience, c'est-à-dire qu'elle doit atteindre ses objectifs à moindre coût. Il faut alors se demander si une autre politique que le P4P aurait pu obtenir les mêmes résultats à moindre coût. Très peu d'études s'intéressent à l'efficience des politiques de P4P en raison de la difficulté à la mesurer. Pour ce faire il faudrait en effet pouvoir mettre en place deux types de politiques publiques différentes dans deux situations très semblables. A notre connaissance, dans le champ de la santé, la question de l'efficience

⁵ Rappelons qu'ici inefficace signifie simplement l'atteinte des objectifs fixé. Il ne s'agit pas de condamner l'augmentation du budget, bien au contraire, mais de constater que le résultat final est différent de l'objectif initial.

n'a jamais été posée aux politiques de P4P. Cependant, bien qu'il n'y ait pas eu d'autres politiques de régulation mise en place permettant la comparaison, on peut essayer de commenter l'efficacité du QOF. Au regard de résultats qualitatifs et économiques assez minimes, le coût engendré ne peut apparaître que prohibitif. Entre l'exercice 2002-2003 et l'exercice 2005-2006, le surcoût du QOF s'élevait à plus de 500 millions de livre sterling. On peut raisonnablement supposer qu'à la vue de résultats aussi modestes, tant sur le plan économique que qualitatif, d'autres types de régulations auraient pu être mises au point pour un coût inférieur. L'efficacité du QOF est, pour le moins, douteuse.

Enfin, la politique publique de P4P doit être jugée à l'aune de ses effets inattendus. Il s'agit d'effets qui n'étaient pas prévus par la théorie (comme par le législateur) et qui doivent entrer en ligne de compte pour l'évaluation des mécanismes de P4P. Même si théoriquement les effets inattendus peuvent être positifs ou négatifs, dans le champ qui nous intéresse ici, il s'agit essentiellement d'effets pervers.

L'un des premiers effets pervers que l'on peut mentionner est l'existence d'un phénomène de sélection des patients où les médecins peuvent exclure de leurs indicateurs certains patients jugés peu coopératifs ou trop malades parce qu'ils risquent de dégrader leur performance. Dans le cas du QOF, les médecins ont la possibilité, dans quelques cas, d'exclure certains patients du calcul qui détermine le niveau de leur rétribution au titre du P4P. Doran et al. (2006) démontrent qu'une augmentation du taux d'exclusion (nombre de patients exclus des critères de performance dans la population totale) de 1 % entraîne une augmentation de la performance de 0.31 %. L'exclusion d'une partie de la patientèle pose alors un problème de justice sociale. Une étude ultérieure montre qu'entre 2005 et 2006 les médecins ont exclus une médiane de 5,3 % de patients ceci représentant un gain supplémentaire pour les cliniques (ou un coût supplémentaire pour le NHS) de 1.5 % (Doran et al., 2008).

L'introduction du P4P pose également un problème de définition de la qualité des soins (Peckham et Wallace, 2010). Peut-on réduire la définition de la qualité aux seuls critères de performance ? Ces derniers sont d'ailleurs assez différents selon les systèmes de santé qui les impose. Dans le cas français, la performance se définit par 16 indicateurs (dont seulement 10 sont des indicateurs cliniques, pondérés à 60 % du total) alors que dans le cas britannique la performance se définit par plus de 130 indicateurs (dont près de 80 indicateurs cliniques). Il y a alors deux risques : sous-définir la performance et la sur-définir. Dans les deux cas, la notion de qualité risque d'être diluée dans la notion de performance et plus encore dans les indicateurs eux-mêmes. L'une des conséquences pratiques de cette dissolution est l'effet de distorsion. Dans le cas du suivi des maladies chroniques par exemple, l'intéressement

contribue à délaissier les tâches qui ne sont pas rétribuées (Bruin et al., 2011). Il y a alors un risque que le médecin, en jouant l'objectif de performance, délaissier certaines activités non rétribuées et qui font la qualité de la relation médicale comme par exemple, le temps d'écoute du patient et globalement tout ce qui n'est pas mesurable tout en étant essentiel. L'écart entre ce que l'on entend par qualité des soins et les objectifs des mécanismes d'intéressement peut alors conduire à réduire la qualité tout en augmentant la performance.

Cette incitation à manipuler l'indicateur plutôt qu'à améliorer la qualité peut prendre d'autres formes. L'une d'entre elles est baptisée par Bacache-Beauvallet (2010) l'effet « salami ». L'effet salami énonce que la mise en place d'un indicateur de performance est toujours suivi de l'amélioration de l'indicateur sans pour autant entraîner une amélioration de la performance. Des individus soumis à un nouvel indicateur vont chercher à jouer l'indicateur plutôt que la performance. Cet effet tire son nom du constat fait dans une boucherie spécialisée dans la confection de salami en tranche. Afin d'améliorer sa production le manager a introduit une rémunération à la performance fondée sur le nombre de tranches découpées. Alors que l'objectif initial de ce manager était d'augmenter sa production en volume, le résultat observé a été la multiplication du nombre de tranches. Les salariés ont découpé des tranches plus fines mais pour un volume constant. Le manager a ainsi dû payer plus cher des salariés performants sans toutefois augmenter son chiffre d'affaire.

Il est alors possible de mettre en évidence un décalage entre la notion de performance telle qu'elle est mesurée par les indicateurs (performance mesurée) et la notion de performance telle qu'elle est imaginée et souhaitée par le régulateur (performance idéale). On peut interpréter l'effet salami comme une mauvaise traduction de l'objectif (performance idéale) par l'indicateur (performance mesurée) ayant pour résultat une hausse de la performance mesurée sans effets positifs sur la performance idéale.

Ce type de problème existe également dans le cadre de la santé. Roski et al. (2003) ont testé l'effet du P4P sur la prise en charge du tabagisme. L'incitation était conditionnée à la distribution de documents sur les risques liés au tabac. Les auteurs ont alors observé une amélioration de la performance mesurée mais sans incitation réelle à adopter une attitude proactive du personnel de santé envers les patients (performance idéale). Cet effet est d'autant plus important que dans le domaine de la santé la performance idéale correspond en grande partie à la qualité des soins. Or, cette notion est particulièrement difficile à définir ce qui rend impossible la construction d'indicateurs de performance (mesurée) performants (idéale).

Au final, les études analysant les effets du P4P sur le comportement médical parviennent à des résultats mitigés. Du point de vue de l'efficacité (qualité et coûts) il semble que l'amélioration de la qualité des soins est modeste et que les coûts sont souvent plus importants que prévus. L'efficacité du P4P donc est faible. Dès lors, on peut se demander s'il n'existe pas d'autres politiques publiques permettant d'atteindre ces résultats (qualitatifs et économiques) à moindre coût. L'efficience du P4P est douteuse. Enfin, l'intéressement produit des effets inattendus qui peuvent remettre en cause sa pertinence. Il est paradoxalement possible qu'un médecin performant soit peu performant. En d'autres mots, il peut atteindre ses objectifs sans toutefois produire une pratique de qualité et économe. Le P4P est source d'effets pervers.

2. L'intérêt des médecins pour l'intéressement

2.1. De l'intérêt à la motivation

Pour promouvoir le développement du P4P en France certains auteurs ne s'appuient pas tant sur son efficacité prouvée que sur la nécessité de revaloriser les revenus des médecins (Bras et Duhamel, 2008). Or, au vu de l'évaluation qui vient d'être faite, on peut se demander quelle est la pertinence de ce dispositif incitatif ? La rationalité du dispositif n'est peut être pas là où on la pense. Dans ce cadre, il semble que la rémunération, liée à la performance, ne soit pas le mobile décisif des médecins. Que peuvent alors chercher les médecins dans la souscription où le rejet du P4P ? Quel (autre) intérêt peuvent-ils avoir pour l'intéressement ? Afin de comprendre ces comportements face au P4P nous pouvons recourir à l'analyse des motivations professionnelles.

La littérature grandissante en économie sur les motivations s'appuie notamment sur la distinction entre motivation intrinsèque (MI) et motivation extrinsèque (ME) issue de psychologie sociale (Deci et Ryan, 2002). Dans cette optique, une action est intrinsèquement motivée si elle est entreprise pour la satisfaction inhérente à son accomplissement. Elle est son propre but. Par exemple, lire un livre pour le plaisir de la lecture est une action relevant de la motivation intrinsèque. À l'inverse, la ME est une motivation instrumentale, au sens où la tâche est réalisée dans un but extérieur. Il s'agit d'obtenir une récompense ou d'éviter une sanction. Par exemple, lire un livre dans l'optique de la préparation d'un examen est une tâche extrinsèquement motivée. Dans ce cadre théorique, le P4P est l'exemple typique de la ME car la tâche est rendue attrayante par l'intéressement financier. Seule la récompense est valorisée

et non l'objectif lui-même. Si l'on prend l'exemple du CAPI, il faut prescrire des génériques non pas parce que c'est valorisant en soi mais parce que c'est profitable. Ou bien, il faut entreprendre des actions de dépistage et de prévention parce que c'est intéressant financièrement et non parce que cela rentre dans la définition d'une bonne pratique professionnelle ou dans un souci de santé publique.

En contraste, il est possible de soutenir que la pratique de la médecine peut être intrinsèquement motivée notamment si l'on donne toute épaisseur à l'hypothèse d'éthique médicale (Batifoulier, 2004, Da Silva, 2012a). L'exercice de la médecine est intéressant 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'existence de plusieurs registres de motivation pose néanmoins un nouveau problème à l'économiste. En effet, l'hypothèse de substituabilité des motivations semble contraire au cadre économique standard où les motivations sont complémentaires (Da Silva, 2011). On dit qu'il y a *crowding out effect* (COE) lorsque l'introduction d'une ME, alors que l'action visée par l'incitation était auparavant intrinsèquement motivée, détruit les MI. Dans notre exemple, il y a COE si l'individu qui lisait un livre pour le plaisir perd son plaisir lorsqu'il est payé pour le lire. La ME a détruit la MI. Dans le cas de la santé, le P4P pourrait avoir pour effet de démotiver les médecins en évinçant les MI. L'incitation peut « désinciter ». Il s'agit alors pour comprendre l'effet du P4P de déterminer sous quelles conditions les motivations sont complémentaires (*crowding in*) ou substituables (*crowding out*).

De cette littérature on peut retenir que, contrairement aux présupposés théoriques issus de la théorie économique standard, le P4P ne s'installe pas sur un terrain vierge de valeurs (Batifoulier, 2011). Les médecins ont différents mobiles pour l'action, dont les MI font partie, et le succès ou le rejet du P4P est le fruit de la rencontre de ces motivations et du dispositif incitatif qui les conforte ou les modifie. Les médecins interprètent le P4P en fonction de leurs motivations professionnelles.

En analysant les différentes formes de motivations médicales et leurs interactions, la littérature empirique sur les motivations permet de comprendre le comportement des médecins à l'égard des dispositifs de P4P. Le rôle des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, région d'exercice, etc.), habituellement déterminant, ne permet pas d'expliquer l'adhésion ou le rejet du CAPI en France (Barley et al., 2011). Il n'y a pas en effet de profil type du médecin acceptant ou ayant une préférence exogène pour le P4P. Les médecins sont

diversement intéressés par l'intéressement et leur intérêt (ou désintérêt) pour l'intéressement dépend globalement de deux grandes caractéristiques (Da Silva, 2012b) :

- L'autonomie des pratiques

L'un des enseignements des études empiriques testant la motivation des médecins face à des mécanismes de P4P est le rôle majeur de l'autonomie des pratiques. Il est possible de souligner le caractère contreproductif de ce type de mécanisme sur le comportement du médecin. On peut alors étayer l'hypothèse de *crowding out effect*. En réduisant l'autonomie du professionnel, l'intéressement aurait pour effet de réduire sa MI.

Ce premier point n'est pas original tant il confirme les conclusions de la sociologie des professions. Qu'elle soit fondée par son rôle dans l'organisation sociale et économique des sociétés (approche fonctionnaliste) ou pour sa maîtrise de la technique de travail (approche interactionniste) l'autonomie accordée aux individus est un trait caractéristique de la profession. Plus récemment, le concept de profession à pratique prudentielle forgé par Champy (2009) met également en avant le rôle de l'autonomie. En plus de savoirs complexes dans un contexte d'incertitude, c'est l'impératif d'autonomie qui interdit au professionnel d'appliquer des règles normalisées. Dès lors, les mécanismes de P4P, par l'existence et le rôle central d'objectifs prédéfinis, semblent entrer en contradiction avec l'autonomie professionnelle. C'est pourquoi, les guides de bonnes pratiques peuvent être jugés de façon négative et réduire la motivation des médecins car ils remettent en cause l'autonomie (Forest, 2008, Videau et al., 2010). C'est dans cette perspective que des chercheurs italiens ont montré que l'introduction de ce type de mécanismes réduit l'autonomie des praticiens et, en conséquence, les décourage à prendre en charge convenablement le diabète de type 2 (Bruni et al., 2008). L'importance de l'autonomie perçue dans la motivation des médecins est confirmée par Spooner et al. (2001), pour lesquels la relative réussite de certains programmes de P4P britanniques à la fin des années 1990 provient de la large place faite à l'autonomie professionnelle. Ce qui est intéressant ici est que la mise en place du P4P ne semble plus vécue comme une remise en cause de l'autonomie professionnelle parce qu'elle ne concerne pas le cœur de métier (associé à une normalisation des actes) mais l'organisation du cabinet.

- Le contexte institutionnel

Au-delà de l'autonomie des pratiques, l'intérêt des médecins pour l'intéressement est conditionné par le contexte institutionnel. Pour le même type de P4P, deux contextes institutionnels différents peuvent avoir pour effet de produire des résultats positifs comme négatifs pour un même objectif. Cette idée peut être illustrée par le contraste entre les cas

français (CAPI) et britannique (QOF). La réticence plus virulente des médecins français au P4P peut ainsi s'expliquer par la justification et la construction institutionnelle de l'outil. Les objectifs initiaux et la relation entretenue entre médecins et tutelle sont en effet bien différents dans les deux cas (Bras, 2011). Alors que le QOF avait pour objectif d'augmenter le budget du National Health Service, le CAPI s'inscrit dans le contexte d'une réduction des dépenses socialisées de santé. Ayant pour but de faire des économies, l'existence du champ « optimisation des prescriptions », cadre le dispositif comme un outil de réduction des dépenses. Or, il apparaît contradictoire, dans le cadre des valeurs médicales, de réduire les dépenses et d'améliorer la qualité. Par ailleurs, il faut noter que les médecins britanniques entretiennent des rapports plus pacifiques avec la tutelle que les médecins français. L'une des explications tient au fait que le mécanisme de P4P britannique a été créé en partie par les représentants de médecin (ce qui n'est pas le cas en France).

L'effet des dispositifs de P4P dépend aussi des représentations que se font les médecins sur le contexte institutionnel (Batifoulier et Gadreau, 2007) et pas seulement du contexte lui-même. C'est en partie en ce sens que l'on peut comprendre les travaux sur les justifications des médecins à la signature ou non du CAPI. Ceux-ci montrent de façon tout à fait étonnante que les signataires se justifient à partir des mêmes éléments que les non signataires. Ainsi, l'introduction de la notion d'objectifs associés à une rémunération supplémentaire est interprétée par certains comme une amélioration du dialogue entre tutelle et médecin. Mais, le même fait est interprété par d'autres comme dans la continuité de rapports durablement mauvais avec l'assurance maladie (Saint-Lary et al., 2011). On voit ici, comme cela peut être le cas pour la question de l'autonomie, que ce qui importe pour comprendre l'effet du P4P est l'interprétation que se font les individus du dispositif. Celui-ci n'a pas de qualités en soi.

Pour comprendre la rationalité cachée du dispositif il convient alors d'examiner les représentations qui y sont associées. Dans le cas du CAPI, 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, etc.). Lorsqu'il est rejeté par une partie de la profession c'est qu'il véhicule d'autres valeurs jugées antinomiques à l'activité médicale (standardisation des pratiques, marchandisation du soin, soumission à une autorité tierce, etc.).

La bonne réception des mécanismes de P4P dépend donc de l'adéquation entre les valeurs qu'il véhicule et les valeurs médicales. La difficulté pour le régulateur vient alors du fait qu'il existe une pluralité de valeurs médicales parfois conflictuelles (Batifoulier, 2011). L'exercice d'une médecine sociale peut ainsi s'opposer à une médecine libérale. S'il faut souligner que ni

les unes ni les autres ne sont naturelles et qu'elles relèvent d'un construit social, le P4P n'est pas neutre. En effet, ce mécanisme d'intéressement véhiculé, par construction, une rationalité marchande qui semble s'opposer à la conception traditionnelle de la relation patient-médecin. Le P4P jette alors un flou sur la nature l'activité médicale qui peut conduire à une situation de *crowding out effect*. On comprend alors mieux la dynamique de marchandisation des comportements (Batifoulier et Ventelou, 2003). On voit ainsi, à travers l'étude des motivations, se brouiller l'analyse du comportement médical par le monisme de l'intérêt.

2.2. De quel intérêt parle-t-on ?

Les résultats de l'analyse des motivations médicales face au P4P fait ressortir la diversité des mobiles de l'action chez les médecins. L'hypothèse de substituabilité des motivations fait même apparaître des difficultés à la conjuguer aux différents registres de motivations. Ces résultats semblent incompatibles avec les hypothèses habituelles du cadre économique standard (Da Silva, 2011). Postuler qu'une action est intrinsèquement motivée implique qu'un individu puisse valoriser une activité en elle-même. Or, en économie standard, le travail n'a pas de valeur, il est « désutile ». L'individu étant intéressé, seule la rémunération compte. L'intérêt intrinsèque pour la tâche semble une caractéristique superflue à l'analyse. L'hypothèse d'intéressement pose également un problème et mérite une discussion afin de comprendre quel est l'intérêt des médecins pour l'intéressement.

En théorie économique standard, tout désintéressement est impossible puisqu'il s'agit en dernière analyse d'intéressement déguisé. A la suite de Ricoeur, Elster nomme cette tendance à réfuter tout comportement désintéressé l'herméneutique du soupçon (Elster, 2009). Selon lui, l'économiste, par définition septique et cynique vis-à-vis du comportement humain, néglige ce qui constitue une grande partie de son comportement, le désintéressement. Une reconstruction théorique permettant de comprendre la pluralité de mobiles d'action du médecin doit alors passer par la distinction entre intérêt et désintéressement.

Dans l'optique de cette reconstruction théorique, nous pouvons nous appuyer sur les travaux anti utilitariste d'Alain Caillé (2009). Ses travaux permettent en effet de distinguer quatre formes d'intérêt. L'*intérêt pour soi* est un *intérêt à instrumental*, stratégique, égoïste et actif. L'*intérêt obéissance* est lui aussi un *intérêt à instrumental* mais passif. L'*intérêt pour autrui* est lui un *intérêt pour* les autres qui relève d'une certaine forme de sympathie. L'*intérêt passionnel* est un *intérêt pour* une activité plaisante.

De cette typologie, les modèles économiques standards, à l'origine du P4P, ne retiennent que l'*intérêt à utilitariste*. C'est lui qui pousse les médecins à l'opportunisme. Ainsi, certaines théories mettent en avant comme mobile d'action l'*intérêt obéissance* du médecin. Dans cette perspective, le médecin peut avoir *intérêt à* adopter un comportement plutôt qu'un autre parce qu'il serait menacé par le pouvoir de marché des patients (celui de consulter un autre médecin et de faire jouer la concurrence). Le deuxième type de théorie utilitaire du médecin fait de lui un pur maximisateur de revenu ou à l'inverse un altruiste. Dans le premier cas, le médecin use de son pouvoir discrétionnaire pour accroître son utilité individuelle : il peut manipuler la demande que lui adresse le patient. Dans le second cas, il est altruiste parce que son bien être est dépendant du bien être du patient. Ce type d'altruisme est un altruisme intéressé et c'est toujours l'*intérêt à* qui guide l'action.

Ces théories ne peuvent pas prendre en compte les comportements désintéressés. Il faut alors pour comprendre la pluralité des motivations recourir à des théories anti utilitaires de l'action médicale (Batifoulier, 1992). Dans cette perspective, le médecin peut, par exemple, être considéré comme « un spécialiste de la manipulation des dons » sujet à l'*intérêt pour autrui* (Caillé, 2003). Le médecin est ici un humaniste capable de faire don de soi au patient. L'*intérêt passionnel* peut également servir à construire une théorie anti utilitaire du médecin. La relation médicale n'est pas en effet seulement construite sur le souci de l'autre (*intérêt pour autrui*) mais également sur le souci de soi (*intérêt passionnel*) (Chanial, 2010). Les médecins ont dans cette perspective un *intérêt passionnel* pour leur activité.

Ces différentes formes d'intérêts se prêtent bien à la comparaison avec la dichotomie des motivations étudiées précédemment. L'*intérêt à* peut ainsi être assimilé aux MI et l'*intérêt pour* aux ME. Dans ce cadre on peut réinterpréter l'intérêt des médecins pour l'intéressement. Il convient pour cela de ne pas confondre les intérêts au sens large et l'intéressement. Les intérêts étant de natures différentes, il faut se munir de plusieurs hypothèses pour comprendre les mécanismes d'intéressement (P4P). L'hypothèse la plus répandue pour étudier le P4P est celle d'*intérêt pour soi*. Le médecin s'engage alors pour maximiser son revenu ou il refuse parce qu'il considère que la rémunération est trop faible (voir tableau 3). Le médecin peut également être guidé par son *intérêt obéissance*. Il peut alors chercher à afficher son volontarisme ou son opposition dans le seul but d'attirer la patientèle. Pour autant, comme nous l'avons remarqué plus haut, l'hypothèse d'*intérêt à* n'est pas entièrement convaincante. Pour comprendre l'effet caché du dispositif de P4P il faut adjoindre aux motivations utilitaires des motivations anti utilitaires. Si l'on donne du crédit à l'hypothèse d'*intérêt pour autrui* on peut considérer que le médecin, en acceptant le P4P, cherche à améliorer la qualité de ses

pratiques (cas britannique). Pour les mêmes raisons il peut également refuser le P4P (cas français). Par ailleurs, cette forme d'intérêt permet de prendre en compte la recherche de reconnaissance. Enfin, à partir de l'hypothèse d'*intérêt passionnel*, on peut enfin considérer que le médecin cherche à développer une meilleure pratique ou à protéger sa profession de pratiques jugées inappropriées.

Tableau 3 : L'intérêt médical pour le P4P

	<i>Intérêt à</i>		<i>Intérêt pour</i>	
	<i>Intérêt pour soi</i>	<i>Intérêt obéissance</i>	<i>Intérêt pour autrui</i>	<i>Intérêt passionnel</i>
Accepte le P4P	Le médecin veut maximiser son revenu	Le médecin affiche son volontarisme pour améliorer la qualité du soin	Le médecin pense que le P4P peut permettre d'améliorer la qualité	Le médecin pense qu'il peut développer une meilleure pratique
Refuse le P4P	Le médecin calcule que les coûts engendrés par le P4P sont plus importants que les gains espérés	Le médecin affiche son opposition avec un soin gestionnaire	Le médecin pense qu'une pratique gestionnaire peut être préjudiciable pour le patient	Le médecin pense qu'une pratique gestionnaire peut être préjudiciable pour la qualité de son travail

Conclusion

L'économie standard rapporte la régulation de l'activité médicale à la question des *intérêts à*. Naturellement opportuniste, le comportement du médecin ne peut être régulé que par le réagencement de ses intérêts instrumentaux. C'est la politique de la carotte et du bâton. Pourtant cette hypothèse peine à expliquer les faibles résultats du P4P ainsi que l'attitude des médecins face à ce type de mécanisme. On peut alors se demander si le médecin a un *intérêt à* l'intéressement et/ou l'*intérêt pour* l'intéressement ? L'examen des motivations médicales ne peut exclure aucune des deux solutions. Mais, il semble que les questions anti utilitaires, au sens du M.A.U.S.S., soient au centre des préoccupations médicales : définition de la bonne pratique professionnelle, définition de la profession, relation avec les patients, reconnaissance, etc.

La problématique qui demeure en suspend après ce travail de reconnaissance des intérêts anti utilitaires est celle de l'articulation des intérêts. Il s'agit certainement de la question primordiale. Les débats suscités par la mise en place du CAPI en France en témoignent. Comment doit-on envisager l'intégration des intérêts instrumentaux dans le cadre d'une profession où le désintéressement est un principe structurant ? Dans quelle mesure la nécessaire conjugaison des intérêts se fait-elle au détriment d'un des deux ? Est-ce que récompense rime avec reconnaissance ?

De futures recherches devront s'emparer de ces questions notamment à partir de la littérature sur les motivations. En effet, le concept de *crowding out effect* permet d'articuler les deux types d'intérêts et d'en proposer une dynamique.

Bibliographie

- Bacache-Beauvallet M. (2010), « Concurrence et performance dans la recherche : l'effet des indicateurs », *Géoéconomie*, volume 2, n°53, pp. 45-54.
- Barlet M., Bellamy V., Guillaumat-Tailliet F. et Jakoubovitch S. (2011), « Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? », *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, p. 123-155.
- Batifoulier P. (1992), « Le rôle des conventions dans le système de santé », *Science sociale et santé*, volume 10, numéro 1, p.5-44.
- Batifoulier P. (2004), « L'économie contre l'éthique. Une tentative d'analyse économique de l'éthique médicale », *Journal d'économie médicale*, volume 22, pp. 163-176.
- Batifoulier P. (2011), « Valeurs et conventions. Une économie politique de la santé », dans *Santé et politiques sociales. Entre efficacité et justice, autour des travaux de Maryse Gadreau*, dans Batifoulier P., Buttard A. et Domin J-P. (Eds), Eska.
- Batifoulier P. et Gadreau M. (2007), « Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique », dans *L'économie des convention. Méthode et résultats*, Eymard-Duvernay F. (Ed), pp. 453-468.
- Batifoulier P. et Ventelou B. (2003), « L'érosion de la parat gratuite en médecine libérale. Discours économique et prophéties autoréalisatrices », *Revue du MAUSS*, volume 1, numéro 21, pp. 313-329.
- Bras P-L. et Duhamel A. (2008), *Rémunérer les médecins selon leurs performance : 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.
- Bureau D. et Mougeot M. (2007), *Performance, incitations et gestion publique*, Conseil d'analyse économique, La documentation française.
- Caillé A. (2003). « Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine », *Revue du MAUSS*, n°21, pp. 330-335.
- Caillé A. (2009). *Théorie anti utilitariste de l'action : fragments d'une sociologie générale*. Paris: La Découverte.
- Champy F. (2009), *Sociologie des professions*, Paris, PUF.
- Chanial P. (2010). « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? ». *Revue du MAUSS*, 1: 135-50.
- Da Silva N. (2011), « Motivations médicales et politiques d'incitations. La motivation intrinsèque contre la théorie de l'agence ? », *Journal d'Economie Médicale*, volume 29, numéro 8, pp. 351-365.
- Da Silva N. (2012a), « Quelle éthique médicale ? Une relecture à partir de l'hypothèse de 'crowding out effect' », *Ethique et Economique – Ethics and Economics*, volume 9, numéro 2, pp. 65-84, <http://ethique-economique.net/>.
- Da Silva N. (2012b), « Motivation et performance des médecins. Un examen de la littérature empirique », *Travail, organisations et politiques publiques : quelle soutenabilité à l'heure de la mondialisation ?*, Petrella F. et Richez-Batesti N. (Ed), pp. 371-587.
- De Bruin S., Baan C. et Struijs J. (2011), « Pay for performance in disease management: a systematic review of the literature », *BMC Health service research*, volume 11, n°272.
- 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. (2006), « Pay for performance programs in family practices in the United Kingdom », *The New England Journal of Medicine*, n°355, pp. 375-384.

- Doran T., Fullwood C., Gravelle H. et Roland M. (2008), « Exclusion of patients from pay for performance targets by English physicians », *The New England Journal of Medicine*, volume 359, pp. 274-284.
- Elster J. (2009). *Traité critique de l'homme économique. Le désintéressement I*. Paris: Édition du Seuil.
- 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.
- 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.
- Peckham S et Wallace A. (2010), « Pay for performance in primary care : what have we learnt ? », *Quality in Primary Care*, volume 18, numéro 2, pp. 111-116.
- Roski J., Jeddloh R., An L., Lando H., Hannan P., Hall C. et Zhu S.H. (2003), « The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality : increasing provider adherence to evidence-based smoking cessation practice guidelines », *Preventive Medicine*, volume 36, pp. 291-299.
- 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.,PeughJ. 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 practitioner stake 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.

