HAL
open science

Ethique professionnelle et régulation économique du marché des soins ambulatoires : de la théorie des contrats à l'économie des conventions

Maryse Gadreau

To cite this version:

Maryse Gadreau. Ethique professionnelle et régulation économique du marché des soins ambulatoires : de la théorie des contrats à l'économie des conventions. [Rapport de recherche] Laboratoire d'analyse et de techniques économiques(LATEC). 1992, 25 p., bibliographie. hal-01545587

HAL Id: hal-01545587

https://hal.science/hal-01545587v1

Submitted on 22 Jun 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.

LATEC

LABORATOIRE D'ANALYSE ET DE TECHNIQUES ÉCONOMIQUES

UMR 5601 CNRS

DOCUMENT DE TRAVAIL

CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

Pôle d'Economie et de Gestion

2, boulevard Gabriel - 21000 DIJON - Tél. 03 80 39 54 30 - Fax 03 80 39 54 43

ISSN : 1260-8556

9201

ETHIQUE PROFESSIONNELLE ET REGULATION ECONOMIQUE DU MARCHE DES SOINS AMBULATOIRES

De la théorie des contrats à l'économie des conventions

Maryse GADREAU*

Août 1992

* *Université de Bourgogne*
Laboratoire d'Analyse et de Techniques Economiques

SOMMAIRE

Introduction

1. Le marché des soins ambulatoires : de la concurrence imparfaite au conflit stratégique.
    1.1 Des rigidités
        11.1 intrinsèques...
        11.2 ...mais aussi tutélaires
        11.3 ...et corporatistes.
    1.2.Une représentation multiforme.
        12.1 Concurrence monopolistique?
        12.2 Monopole discriminant?
    1.3 L'information, facteur déterminant d'une analyse stratégique.
        13.1 La concurrence imparfaite reformulée : asymétrie d'information et déséquilibre.
        13.2 Quelle régulation? Théorie des contrats et des incitations.

2. Ethique professionnelle et régulation sur le marché des soins ambulatoires.
    2.1 L'éthique professionnelle, facteur interne ou nécessité exogène d'une régulation sur le marché des soins ?
        21.1 L'éthique professionnelle, variable de contrôle interne d'une régulation utilitariste.
        21.2 L'éthique professionnelle, nécessité externe d'une régulation conventionnaliste.
    2.2 Une illustration : la nouvelle régulation du marché des soins ambulatoires en France.
        22.1 Des incitations individuelles et collectives nécessaires mais pas suffisantes.
        22.2 Parier sur l'éthique professionnelle et encourager la confiance?

Bibliographie.

RESUME

Quel est le rôle de l'éthique professionnelle dans la régulation économique d'un marché des soins ambulatoires caractérisé par des rigidités intrinsèques (hétérogénéité, incertitude, interdépendance, asymétrie d'information...) et extrinsèques (corporatistes et tutélaires)? Est-ce la variable de contrôle interne d'une autorégulation "intéressée" qui repose implicitement sur une conception "téléologique" de la morale? Ou l'essence d'un ensemble de conventions "d'activité" et "de qualité" qui, par le cycle de l'économie du don, instaurent un ordre spontané, dans une perspective de morale "déontologique"? Quel usage peut-on faire de telles approches théoriques pour la compréhension et l'orientation de la nouvelle politique de régulation en médecine de ville?

Mots clés : Médecine ambulatoire - Ethique - Régulation - Contrat - Incitation - Don - Convention.

ABSTRACT

What is the part played by professionnal ethics in the economic regulation of the market for ambulatory care (heterogeneity, uncertainty, information asymmetry...) and extrinsic rigidities (imposed by medical corporation and public authorities) ? Is it the internal control variable from "interested" self-regulation that implicitly relies on teological conception of ethics ? Or, the essential being of conventions for "quality" and "activity" that, through the cycle of gift economics, set up spontaneous order, with respect to professional ethics ? What use can we do with such theoritical approach for the understanding and the trend of politics in ambulatory care ?

Key words : ambulatory care - ethics - regulation - contract - incentive - gift - convention.

"Après avoir procédé à un examen du mal depuis son début et, à la fois, selon ce qu'exige la nature d'un tel examen, entrant en conversation tant avec le patient lui-même qu'avec ses amis, ainsi en même temps que du malade il apprend personnellement quelque chose, en même temps aussi, dans toute la mesure où il le peut, il instruit à son tour celui qui est en mauvaise santé; bien plus, il n'aura rien prescrit qu'il n'ait auparavant gagné sa confiance".

Platon. Les lois. Trois siècles et demi avant Jésus-christ.

Le marché des soins ambulatoires est caractérisé par des *rigidités*, certaines *intrinsèques* qui l'écartent d'une autorégulation au sens néo-classique, d'autres *extrinsèques, tant corporatistes que tutélaires*, qui s'analysent tout à la fois comme facteurs d'aggravation d'une concurrence imparfaite et instruments d'une régulation exogène.

La représentation de ce marché peut se faire en référence à *certains régimes formels tels que la concurrence monopolistique, ou le monopole discriminant*. Mais ce type de formulation s'avère bien mal adapté aux spécificités du service rendu, des agents, et de leurs relations. *La théorie de l'information, des contrats et des incitations*, de développement récent, semble plus appropriée, qui met l'accent sur l'asymétrie d'information entre acteurs pour expliquer l'existence de dysfonctionnements, et sur le rôle des incitations dans une démarche stratégique correctrice.

Sur la base de ces caractéristiques et de ces représentations nous nous interrogeons sur *la place de l'éthique professionnelle dans la régulation du marché des soins ambulatoires.* L'éthique professionnelle s'inscrit-elle dans une *rationalité de type utilitariste* qui se rattache à une perspective de morale "téléologique" reprenant la problématique aristotélicienne du Souverain Bien? Ou dans une *logique du don* qui ressortit à la morale "déontologique" refusant, dans la tradition kantienne, de dériver la loi morale de la notion de bien et postulant un impératif "catégorique" qui transcende tout calcul du bien ou du bonheur? Le premier postulat conduit à faire de l'éthique la *variable de contrôle interne d'une auto-régulation "intéressée"*. Le second l'inscrit dans le cycle de l'économie du don où la triple obligation de donner, recevoir et rendre, instaure un ordre spontané et débouche sur l'existence de *conventions "d'activité" et "de qualité"* qui assurent la coordination par des attentes réciproques et des comportements allant de soi.

Nous tenterons, à travers l'analyse succincte de la nouvelle politique de régulation en cours de négociation en médecine de ville en France, de montrer l'impact respectif et la complémentarité éventuelle de *mesures incitatives* tablant sur la maximisation par chacun des acteurs de leur intérêt individuel, et de *conventions* qui, en s'apparentant à des normes allant de soi favorisent par apprentissage, la responsabilité et la confiance.

1. Le marché des soins ambulatoires : de la concurrence imparfaite au conflit stratégique.

1.1 Des rigidités...

11.1...intrinsèques.

Le secteur des soins ambulatoires comporte des rigidités intrinsèques très marquées qui excluent dans ce domaine peut-être davantage que dans d'autres la possibilité d'une régulation optimale par le marché.

Le service de santé, *objet de l'échange*, est caractérisé par une *hétérogénéité* liée à la complexité de sa définition et de sa mesure. Si l'on adopte de la santé et du produit d'une action de santé, les définitions suivantes conceptuellement satisfaisantes, on réalise que dans les faits, il est quasiment impossible de déterminer un produit homogène. Si la santé est "un état de complet bien être physique,mental et social" et si le produit d'une action de santé est l'amélioration de l'état de santé qui résulte de cette action pour un individu, quel est le bien homogène, identique à lui-même à travers l'espace et le temps, indispensable à un marché parfait, sur lequel il devrait être indifférent à quiconque de fournir ou de se procurer ce bien? On sait les difficultés que rencontre l'évaluation économique dans le secteur de santé; précisément lorsque l'économiste, suppléant ainsi aux carences du marché, cherche à évaluer de l'extérieur l'opportunité relative d'une action de santé. L'évaluation porte dans la plupart des cas sur les moyens mis en oeuvre et sur la façon dont ils sont combinés, davantage que sur un produit hypothétique. Un produit dont certains médecins ne sont pas très éloignés lorsqu'ils affirment que "chaque malade est un cas". Mais alors c'est l'homogénéité même du marché qui tue le marché... et toute possibilité d'évaluation!

A l'hétérogénéité du produit s'ajoute une *incertitude irréductible au simple aléa probabilisable.* Malgré l'évolution de la technique et de la science, maladie et médecine restent des phénomènes sociaux encore largement imprévisibles. L'incertitude inhérente à l'apparition de la maladie comme à l'efficacité des traitements (les mêmes causes ne produisant pas toujours les mêmes effets) introduit sur le marché une viscosité contraire à la condition de fluidité et de liberté requise par un marché parfait et qu'une procédure d'assurance ne peut éliminer totalement.

Produit hétérogène en univers incertain, la santé est aussi marquée par des *interdépendances* qui limitent la portée d'un

éventuel prix du marché quant à son rôle d'indicateur de rareté. Interdépendances de nature "micro" tenant à la contagion et à son interface, la prévention. Mais aussi interdépendances de nature "macro" : l'amélioration de l'état de santé d'une population bénéficie non seulement aux individus soignés mais aussi à la communauté toute entière par les gains de productivité que l'on peut en attendre.

A ces imperfections relatives à l'objet de l'échange et que l'on pourrait qualifier *"d'imperfections de la nature"* s'ajoute une *"imperfection du comportement"* relative aux sujets de la rencontre et qui constitue dans les années récentes la pierre angulaire d'une analyse stratégique du secteur de santé. Opacifié par l'incertitude qui entoure l'intervention médicale, le marché des soins ambulatoires l'est aussi par *l'information imparfaite* des agents et plus précisément par l'*asymétrie d'information*, au détriment du patient dans une relation médecin-malade où l'expert, le médecin, dispose d'un pouvoir discrétionnaire potentiel.

11.2...mais aussi tutélaires.

La théorie économique d'obédience néo-classique légitime l'intervention de l'Etat lorsque le marché ne fonctionne pas correctement c'est-à-dire lorsque l'équilibre atteint n'est pas Pareto-optimal. Dans une perspective restrictive l'Etat est cantonné dans la production de *services collectifs indivisibles* dont les consommations individuelles ne peuvent être techniquement ni rivales ni exclusives et dont on ne trouve pas d'exemples dans le secteur de santé. De façon moins étroite l'existence d'externalités (*biens collectifs divisibles* dans la classification des biens publics) liées à l'interdépendance des fonctions d'utilité, justifie l'intervention des pouvoirs publics qui suppléent l'absence de marché spontané pour ces externalités; c'est ainsi que les interdépendances relevées précédemment en matière de santé légitiment l'existence d'un dispositif de santé publique principalement ciblé sur l'épidémiologie et la prévention. Plus largement encore le champ d'intervention de l'Etat s'étend à l'existence d'imperfections de comportement dont l'asymétrie d'information en santé constitue un exemple éclatant, sans qu'on préjuge des modalités de cette intervention. S'agit-il de remplacer totalement le marché ou simplement de mettre en place un ensemble de règles et d'incitations permettant de restaurer la transparence?

Nous sommes là à la *frange d'une conception individualiste de l'Etat, et à la source d'une conception tutélaire* qui s'épanouit, en

rupture avec la rationalité parétienne, dans le passage de la sphère de la production à la sphère de la distribution, par l'affirmation d'un *impératif de justice*. L'intervention tutélaire des pouvoirs publics dans l'organisation et la régulation des services de santé se justifie tout autant par le souci d'égalité dans l'accès aux soins que par les carences "parétiennes" du marché. La Sécurité Sociale et le conventionnement en médecine de ville, en solvabilisant la demande, limitent les inégalités dans le recours aux soins... Mais l'ambiguïté n'est pas mince autour d'une intervention qui simultanément restaure les conditions d'une "situation parétienne" par la mise en place de règles du jeu régulatrices, et les affaiblit par la dissociation de la demande et du financement,... tout en favorisant l'essor économique du secteur de santé !

11.3... et corporatistes.

L'ambiguïté n'est pas moindre sur l'intervention de la profession médicale rassemblée autour de l'ordre des médecins et des syndicats médicaux. Si la dimension corporatiste des syndicats médicaux mobilisés dans la défense des intérêts matériels de leurs membres, en référence parfois à une idéologie floue hésitant entre la sauvegarde des utilités individuelles et celle de l'utilité sociale, est incontestable, la nature de l'ordre des médecins est plus complexe.

Lorsqu'un économiste lit le code de déontologie dont l'ordre des médecins est le garant, sa formation l'incite à en interpréter le contenu comme *source de rigidités supplémentaires sur le marché des soins* : pratique médicale conditionnée par l'obtention d'un diplôme, installation régie par des règles précises, publicité personnelle interdite, une recherche d'informations contradictoires par le patient rendue théoriquement difficile par l'obligation faite aux médecins successivement consultés de s'en informer mutuellement et de ne jamais expliciter un éventuel différend devant le patient, un mode de rémunération à l'acte excluant la possibilité d'un contrat entre le médecin et son patient limitant ainsi la visibilité du service rendu et aggravant le pouvoir discrétionnaire du médecin... La théorie des institutions nous dit que toute organisation tant publique que privée cherche en premier lieu la satisfaction de ses membres ; en cela l'ordre des médecins ne se distinguerait pas des syndicats médicaux (R.J. Launois 1985).

Mais au premier degré le code de déontologie se présente comme un ensemble de règles évitant une concurrence sauvage entre praticiens, qui nuirait à des usagers en position d'infériorité du fait de leur état ou de leurs ressources. En ce sens ne pourrait-

on pas avancer que le code de déontologie constitue, tout comme l'intervention tutélaire des pouvoirs publics, *une réponse aux imperfections intrinsèques du marché des soins?* Alors, les règles de déontologie, aggravation des imperfections du marché ou prévention de leurs conséquences néfastes?

Il faudra s'interroger ultérieurement sur la nature de ces règles privées et sur leur rôle dans la régulation du marché des soins ambulatoires.

1.2 Une représentation multiforme.

A la lumière de quelques unes des spécificités intrinsèques dégagées et en l'absence d'interventions extérieures tutélaires et déontologiques, on peut dire, en référence à la classification formelle des marchés, que le marché des soins ambulatoires tient à la fois de la concurrence monopolistisque et du monopole discriminant.

12.1 Concurrence monopolistique ?

L'indétermination du produit, sur le marché des soins ambulatoires, donne au médecin la *possibilité de différencier son activité* pour répondre à un besoin approximativement identique, cherchant ainsi à déplacer la demande en sa faveur. La spécialisation en médecine s'analyse ainsi non seulement comme un phénomène exogène, conséquence du progrès technique et médical, mais aussi comme le résultat interne d'une stratégie de différenciation du produit. Bien qu'il ne soit pas seul sur le marché, le médecin se crée un monopole de fait en agissant sur les conditions de son activité au lieu de subir passivement l'influence du milieu extérieur. Et même si d'autres médecins entrent sur le même créneau, l'équilibre qui en résulte est tel que le prix est plus élevé et la quantité plus faible qu'en régime de concurrence.

Si par ailleurs la plupart des médecins adoptent un comportement semblable de différenciation, l'augmentation de la demande qui s'adresse à un médecin ne se fera plus au détriment des autres; la demande globale augmentera parallèlement à l'offre et on ne pourra plus postuler l'autonomie des courbes d'offre et de demande. On peut ainsi trouver dans la théorie de la concurrence monopolistique établie par E.H. Chamberlin (1958) dans la première moitié des année cinquante, une *ébauche inconsciente de l'hypothèse d'induction* développée par R.G. Evans (1974) pour le

marché des soins, deux décennies plus tard. On comprendrait ainsi que l'hypothèse d'induction se vérifie davantage pour les spécialistes qui différencient leur activité que pour les généralistes.

12.2 Monopole discriminant ?

Si on admet le caractère monopolistique du marché des soins médicaux, on peut s'interroger sur la nécessité d'un prix unique. Au même instant et pour un même produit le médecin peut, en pratiquant des *prix multiples ou différenciés,* réaliser un revenu supérieur. On peut imaginer que le médecin, ayant la possibilité de distinguer plusieurs clientèles différentes à élasticités-prix de la demande sensiblement identiques mais à revenus différents, pratique un tarif d'autant plus élevé que le revenu du client est important (R.A. Kessel 1958, J.P. Newhouse 1970).

La différenciation du produit par des caractéristiques telles qu'une attente écourtée, une priorité assurée, une durée de consultation accrue... peut alors apparaître comme autant de stratagèmes employés pour faire plus facilement admettre aux patients aisés des prix plus élevés. On peut par exemple interpréter le fonctionnement du secteur 2 à honoraires libres en médecine ambulatoire en France, comme la conjugaison d'une différenciation par les produits et par les prix. On comprend ainsi que l'appartenance au secteur 2 soit plus développée chez les spécialistes d'une part et dans les zones urbaines à forte densité de population où le niveau de revenu est plus élevé d'autre part.

La différenciation simultanée du produit et du prix peut conduire à autant de produits que de patients. La rencontre d'un médecin et d'un patient constitue bien un "colloque singulier" irréductible à tout autre. Le degré de différenciation attteint dépendra en fait du pouvoir respectif des deux parties.

Dans le duo médecin-malade assimilé à un marché où se combinent les connaissances techniques du professionnel et les préférences du patient, lesquelles, des préférences du médecin ou de celles du client l'emporteront? Le médecin est-il un expert objectif fournissant un simple service de renseignement sur la nature du problème posé et les différentes solutions qui permettent de le maîtriser, laissant ainsi au patient l'entière responsabilité de son choix? C'est la thèse du*"consentement éclairé"*. Le médecin n'est-il pas au contraire le véritable décideur? Mais alors sur quels critères se décide-t-il? Soit, muni des renseignements voulus sur l'état du patient il devient le représentant des intérêts de son client; c'est la *thèse de la défense des intérêts du malade.* Soit, au delà du bien fondé de la demande de soins émanant du patient, il répond à cette sollicitation en

subordonnant sa pratique médicale aux désirs du malade; c'est la *thèse du "contrôle profane"*. Soit il a la possibilité d'induire la demande, au delà du besoin révélé et en dehors de toute sollicitation du patient ; c'est la *thèse de l'induction* liée à l'hypothèse d'un pouvoir discrétionnaire. Dans les deux derniers cas de figure, le médecin agit dans son propre intérêt, dans un cas par crainte de perdre sa clientèle ou par volonté d'accroître sa notoriété, dans l'autre pour maximiser directement son revenu en manipulant la demande (S. Darbon et A. Letourmy 1983, P. Giraud et R. Launois 1985).

Le test empirique des différentes hypothèses en présence s'avère pour le moins délicat compte tenu des difficultés de modélisation et de mesure particulièrement grandes dans le secteur de santé (S. Béjean 1991), et voire même logiquement impossible si on privilégie l'hypothèse du produit unique d'un colloque singulier médecin-malade !

1.3 L'information, facteur déterminant d'une analyse stratégique.

La théorie de l'information, des contrats et des incitations, de développement récent, présente l'avantage de réduire les imperfections d'un marché à leur plus petit dénominateur commun: *l'imperfection de l'information* (J.J. Laffont 1985). Dans sa version normative, appliquée au marché des soins ambulatoires, elle interprète l'équilibre réalisé comme une situation non Pareto-optimale et les dysfonctionnements constatés comme le résultat de comportements stratégiques des agents. Elle permet par ailleurs de tracer les grandes lignes d'une politique de régulation reposant sur la mise en place d'incitations susceptibles d'induire un redressement du comportement des agents (M. Mougeot 1986, S. Bejean et M. Gadreau 1992a).

13.1 La concurrence imparfaite reformulée : asymétrie d'information et déséquilibre.

Sur le marché des soins ambulatoires, en l'absence d'interventions extérieures tutélaires ou corporatistes, trois acteurs se confrontent : le patient, le médecin et l'assurance, dans un double contexte d'incertitude et d'asymétrie d'information. Le patient sollicite les soins, le médecin révèle les besoins du patient et décide des traitements et prescriptions, et l'assurance finance.

Les relations qu'ils entretiennent sont interprétées comme des *relations d'agence* dans lesquelles le pôle le moins informé, le *principal*, requiert les services d'un expert disposant de connaissances spécifiques, *l'agent*. Une double délégation de pouvoir s'établit. D'une part dans la couverture du risque maladie, entre l'assurance-principal et le patient-agent de l'assurance. D'autre part dans la prestations de services de santé entre le patient-principal et le médecin-agent du patient. Comme le principal observe imparfaitement l'agent, du fait même d'une asymétrie d'information que l'on peut réduire mais pas totalement annuler, le principal contrôle imparfaitement l'agent qui développe des *comportements stratégiques à l'origine de distorsions dans l'allocation des ressources.*

Si l'observation imparfaite porte sur l'objet de l'échange (l'état de santé assuré ou le service de santé rendu) apparaît un *effet pervers de sélection adverse* (les mauvais risques chassent les bons, les mauvais médecins supplantent les bons) : pour le prix de marché qui s'établit, les mauvais agents attirés par un bénéfice potentiel, se précipiteront sans pouvoir être démasqués par les principaux (G.A. Akerlof 1971).

Si l'observation imparfaite porte sur le comportement de l'agent (le risque pris par l'assuré ou son comportement de consommation médicale, l'activité du médecin) apparaît un *effet pervers de risque moral* : les assurés surconsomment, les médecins surproduisent (J.J. Laffont 1987).

Sélection adverse et risque moral reformulent ainsi respectivement l'impact des imperfections de la nature et du comportement, sur un équilibre de concurrence imparfaite que la théorie néoclassique des marchés ne faisait qu'approcher grossièrement.

Une attention particulière doit être accordée à la relation d'agence entre le patient et son médecin. Par cette relation complexe avec risque moral et sélection adverse on retrouve la *thèse de l'induction* développée indépendamment de la théorie de l'agence, sur la base de l'hypothèse du pouvoir discrétionnaire : le médecin peut satisfaire directement son intérêt personnel en manipulant la demande, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer le risque d'une perte de clientèle s'il ne cède pas aux sollicitations du patient, comme le suggère la thèse de la menace et de la recherche de marché (L. Rochaix 1987 et 1989) issue de la notion de contrôle profane. La thèse de l'induction ainsi revisitée présente malheureusement les mêmes difficultés de test empirique que la formulation initiale, dans la mesure où elle a à sa disposition les mêmes outils statistiques.

13.2 Quelle régulation ? Théorie des contrats et des incitations.

La théorie de l'agence permet de fonder des *contrats incitatifs* qui, en favorisant la réappropriation de l'information par le principal, devraient théoriquement contribuer à la disparition des effets pervers et à la réalisation d'une situation Pareto-optimale. Il s'agit en fait de spécifier un contrat ou un ensemble de contrats dont les termes explicites ou implicites encourageront le partage optimal des risques entre principaux et agents, qui consacre la disparition des biais discrétionnaires.

Tel est le rôle des pouvoirs publics qui trouvent là, dans la fixation de règles du jeu incitatives, une légitimité d'intervention qu'ils tenaient, dans la théorie néo-classique de l'Etat, de l'existence d'imperfections de la nature et du comportement dans le fonctionnement des marchés.

Ainsi par exemple la tutelle peut intervenir dans la relation médecin-malade en achetant la bonne information c'est-à-dire en instaurant un mode de rémunération de l'activité médicale qui lie le revenu du médecin à l'effort qu'il fait dans la réalisation de l'objectif fixé par la collectivité. Un *système de bonus malus* (P. Picard 1987) ristourne au médecin une partie de la différence entre le coût réel de son activité et le coût supporté par la collectivité lorsque le premier est inférieur au second et inversement applique une pénalité lorsque le premier est supérieur au second. Il doit être conçu pour déjouer le comportement stratégique du médecin vis-à-vis du patient tout en décourageant les comportements stratégiques de coalition entre agents. Le *système allemand* de rémunération des médecins libéraux constitue dans ses grandes lignes une bonne illustration de cette démarche. Une enveloppe globale est négociée entre la tutelle et les représentants des médecins. La rémunération de chaque médecin est proportionnelle au nombre d'actes réalisés, mais sur la base d'un tarif unitaire qui varie de façon inversement proportionnelle au nombre d'actes collectivement réalisés puisque ce tarif est le résultat du quotient entre l'enveloppe globale et l'activité de l'ensemble des médecins. Lorsqu'il augmente son activité, apparemment dans son intérêt et au détriment éventuel de ses collègues, le revenu du médecin s'accroît en fait de façon marginalement décroissante alors qu'inversement s'il modère son activité l'avantage monétaire marginal qu'il en retire s'élève. Encore faut-il que pour chaque médecin les avantages à rester dans le contrat l'emportent sur les inconvénients, sinon une coalition entre médecins poussant un nombre de plus en plus grand d'entre

eux à sortir du contrat mettra la tutelle en échec. Il semble qu'il en soit ainsi actuellement en Allemagne où une discipline contractuelle de moins en moins bien respectée conduit à un objectif budgétaire de moins en moins bien tenu alors même que l'inégalité dans l'accès aux soins s'accroît du fait d'un nombre croissant de médecins non contractuels.

Une autre politique peut consister à placer les médecins en *concurrence explicite*, par un *mécanisme d'enchères* évitant en partie le piège de la coalition(M. Mougeot et F. Naegelen 1984, F. Naegalen 1988, M. Mougeot 1989). Ainsi par exemple dans les marchés publics l'enchère de Vickrey : chaque candidat au marché remet une "offre sous pli cacheté" à la tutelle; l'enchère est attribuée à la meilleure offre (au moindre coût pour la réalisation du marché) mais sur la base de l'offre du deuxième "mieux disant" ; on démontre que l'annonce de la vérité devient la stratégie dominante des candidats au marché. Les *nouveaux systèmes anglais et hollandais* s'inspirent d'une certaine manière de cette stratégie. En Grande Bretagne depuis la réforme Thatcher la tutelle attribue le marché des soins ambulatoires par contrat à des groupements de médecins qui organisent leur activité dans le cadre des ressources attribuées et pour les clients inscrits sur leur liste annuelle. Aux Pays Bas le "système Dekker", dont la mise en oeuvre a été retardée en raison d'un changement de majorité mais non remise en cause, encourage la concurrence, non pas des prestataires de services, mais des organismes d'assurance. Tenu à deux règles : l'interdiction du refus d'assurance et la non différenciation des primes, les assureurs indifféremment publics ou privés devront proposer, pour attirer la clientèle, des contrats offrant la couverture légale au meilleur coût ; pour cela ils passeront des accords sélectifs avec des professionnels dont la valeur des actes ou des forfaits cessera d'être fixée au niveau national. Il faut souligner que ces systèmes, surtout le britannique, diffèrent dans leur essence des H.M.O. américains puisqu'un commisaire priseur bien réel, extérieur au marché, orchestre l'attribution des contrats ou surveille leur régularité alors que la régulation par les H.M.O. relève en théorie d'un marché spontané... et en pratique de multiples chefs d'orchestre : des assurances sociales Medicare et Medicaid, aux grands groupes d'assurances privées, en passant par les entreprises.

2. Ethique professionnelle et régulation sur le marché des soins ambulatoires.

2.1 L'éthique professionnelle, facteur interne ou nécessité exogène de régulation ?

La question que l'on se pose alors est la suivante : un système d'incitations tutélaires est-il véritablement à même de dissoudre l'impact d'imperfections de la nature et du comportement particulièrement coriaces dans le secteur de santé ? Quel est le rôle de l'éthique professionnelle dans la régulation du marché des soins ambulatoires ? N'est ce qu'un *argument supplémentaire dans une fonction d'utilité à maximiser,* celle du médecin ? Autrement dit une variable de contrôle comme une autre, interne au marché, au service d'une régulation fondamentalement guidée par une *rationalité individuelle substantielle* ? Ou au contraire la nécessité exogène d'une régulation conventionnaliste relevant d'une *rationalité procédurale*, en rupture avec la logique utilitariste ?

21.1 L'éthique professionnelle, variable de contrôle interne d'une régulation utilitariste.

L'éthique professionnelle, source de satisfaction pour le médecin.

La théorie des contrats conçoit l'Etat comme l'instrument de reconstitution d'une optimalité parétienne qui fait abstraction de la dimension éthique. En ce sens ses enseignements risquent fort d'entrer en conflit avec certaines formes d'un impératif de justice affirmé collectivement de façon variable dans le temps et dans l'espace selon les systèmes socio-économiques : l'égalité dans l'accès aux soins, l'égalité de traitement, ou dans une perspective rawlsienne, une inégalité qui apporte aux plus désavantagés les meilleures chances.

L'éthique professionnelle n'est pas ignorée par l'approche contractuelle; mais elle est assimilée d'un point de vue utilitariste, à un élément parmi d'autres du processus d'optimisation développé par des individus égoïstes.

Les règles de la déontologie sont respectées parce qu'elles sont *sources de satisfaction* pour le médecin, directement ou indirectement. *Directement* : des comportements tels que la compassion pour ceux qui souffrent, le dévouement aux plus pauvres, la charité,... sont des éléments non monétaires qui s'ajoutent aux arguments monétaires d'une fonction d'utilité qualifiée alors de "médico-sociale" (M.O. Carrère 1987). *Indirectement* : ces éléments non monétaires se ramènent à des

arguments monétaires par l'intermédiaire soit d'un "marché de la réputation" soit de "comportements stratégiques de menace" qui conditionnent le revenu du médecin; dans le premier cas l'éthique professionnelle est l'un des inputs d'une production de "biens de réputation" (M.V. Pauly et M.A. Satterthwaite 1981) qui eux-mêmes entrent dans la fonction de production du médecin et influencent son revenu ; inversement dans le second cas, c'est la crainte de voir sa clientèle lui échapper et donc son revenu diminuer qui pousse le médecin à respecter les règles de la déontologie (L. Rochaix 1986 et 1989).

Cette internalisation de l'éthique en fait la variable de contrôle privilégiée d'une régulation utilitariste. Elle permet entre autres de conclure à une *autorégulation "intéressée" de l'induction,* soit parce que dans l'éventualité où l'éthique professionnelle est source directe de satisfaction pour le médecin, on comprendrait mal qu'il y renonce en exerçant sans limite son pouvoir discrétionnaire (P. Zweifel 1981)... soit parce qu'un comportement inducteur excessif, perçu par ses clients comme non déontologique, lui ferait perdre le bénéfice même de l'induction (L. Rossiter et G. Wilensky 1984, L. Rochaix 1986 et 1989).

Une morale "téléologique".

Cette conception de l'éthique professionnelle rejoint la morale "téléologique" où l'objectif de la vie morale est de rendre le monde aussi bon que possible pour l'ensemble des êtres exposés à souffrir, sur la base d'une maximisation du bien (A. Fagot-Largeault 1991). Ainsi pour le philosophe britannique Richard Hare (1975) l'interruption de grossesse est moralement bonne lorsqu'un couple qui ne peut élever qu'un enfant choisit de supprimer un foetus mal formé pour faire un enfant normal, remplaçant ainsi, conformément au principe du meilleur, une vie déficiente par une vie de bonne qualité. Les tentatives d'internalisation de l'éthique professionnelle par la théorie des contrats relèvent d'un utilitarisme sophistiqué, traditionnaliste ou distingué : l'objectif d'un médecin dans sa pratique est de maximiser l'estime de lui-même, la reconnaissance qu'il reçoit de la part des autres, quant il ne s'agit pas, de manière encore plus distinguée, de maximiser les plaisirs de la bienveillance et de l'altruisme (A. Caillé 1991).

Mais cette conception utilitariste se heurte à l'indétermination irréductible du produit de l'échange. Comme nous l'avons écrit prédédemment l'incertitude en matière de santé dépasse l'aléa probabilisable. Les agents de l'échange ignorent non seulement quel état de la nature se réalisera mais aussi la liste de

tous les états de la nature : le patient parce qu'il est en asymétrie d'information par rapport au médecin, le médecin parce que le savoir médical est toujours provisoire, lié à l'irréversibilité du temps. L'existence innée d'un pré-ordre complet sur tous les actes individuels est alors exclue... et l'hypothèse de rationalité tombe, qui définit l'individu "substantiellement" rationnel par la possibilité qu'il a de classer ses décision et de les comparer deux à deux dans tous les états possibles de la nature (P. Batifoulier 1990 et 1992, S. Béjean et M. Gadreau 1992b).

Le produit de santé n'est pas défini ex ante préalablement à l'échange, mais dans le cours de l'échange, au gré d'une rationalité procédurale (H.A. Simon 1978) ou *cognitive* (B. Walliser 1989) où les préférences sont révisées en fonction des observations passées, par adaptation. *L'hypothèse d'induction de même que sa réfutation par l'internalisation de l'éthique tombent. Et l'éthique professionnelle devient une règle exogène indispensable à la coordination* sur le marché des soins médicaux, une *convention* n'ayant de sens que si elle est suivie par tous, autrement dit un *"objet collectif".*

21.2 L'éthique professionnelle, nécessité externe d'une régulation conventionnaliste.

Une morale "déontologique", une logique du don.

Cette hypothèse de convention et de rationalité procédurale (Revue Economique, numéro spécial sur l'économie des conventions mars 1989) rejoint une *autre grande tradition de philosophie morale : la morale "déontologique",* où l'individu se tient responsable de sa propre attitude, non des conséquences qu'elle a sur l'état du monde, où l'impératif "catégorique" d'un être qui se respecte transcende tout calcul du bien ou du bonheur (A. Fagot-Largeault 1991). La sagesse welfariste bute sur une revendication de justice. Si avec John Rawls (1971) on postule que le juste a priorité sur le bien et qu'on doit corriger les inégalités naturelles en restituant une égalité des chances et des libertés, alors les atteintes à la santé en ce qu'elles sont des inégalités naturelles seront abordées en dehors d'une logique utilitariste. La santé et la vie sont des "biens premiers" c'est-à-dire "tout ce qu'on suppose qu'un être rationnel - protégé par le voile d'ignorance - désirera, quels que soient ses autres désirs". La vie n'a pas de valeur, elle est la condition des valeurs.

On aborde alors l'économie de la santé comme une *économie du don*, le don non pas au sens de désintéressement absolu, gratuit et sans retour, mais au sens de Marcel Mauss (1950), le don qui est un cycle impulsé par la triple obligation de donner, recevoir et rendre et qui constitue un ordre spontané. Ceci implique le postulat que, dans les économies développées où le marché fonctionne de manière dominante à l'intérêt calculé et l'Etat au pouvoir, les individus avant d'être des acteurs économiques et politiques se structurent dans une relation de personne à personne où le don occupe une place déterminante et garantit la coordination des comportements socio-économiques.

Conventions d'activité et conventions de qualité.

Une première tentative d'application de l'économie des conventions à l'économie de la santé (P. Batifoulier 1990 et 1992) conduit à reformuler les principes de régulation d'une organisation de soins en termes "*d'objets collectifs*", de conventions "d'activité" et de "qualité". Ces objets collectifs jouent un rôle de médiation indispensable dont *l'efficacité est inséparable de leur spontanéité et du lien social* qu'ils induisent. Jean-Pierre Dupuy (1982) trouve dans l'image primale du commissaire priseur chez Adam Smith l'illustration du fait qu'un équilibre ne saurait s'établir sans médiation : la main invisible serait en fait une "poignée de main invisible" et tous les théorèmes de points fixes ne changeraient rien à l'affaire. Plus prosaïquement l'efficacité des règles incitatives apparaît alors subordonnée à l'existence d'une confiance résultant d'un processus d'apprentissage, où l'éthique professionnelle joue un rôle fondamental (S. Béjean et M. Gadreau 1992b).

La convention d'activité ou convention d'effort évite le risque moral et infirme l'hypothèse d'induction qui s'y rattache sur le marché des soins ambulatoires, tandis que la convention de qualité empêche la sélection adverse qui conduit à terme à la disparition du marché.

La convention d'effort (H. Leibenstein 1987) explique que des solutions de coopération non rationnelles au sens d'un équilibre de Nash, prévalent sur le marché des soins médicaux. Dans sa pratique le médecin se conforme aux règles de l'éthique professionnelle par un comportement de don qui appelle en retour une "juste rétribution" faite à la fois de revenu monétaire, d'indépendance et de gratification.

La convention de qualité constitue "l'épreuve de réalité" (P. Batifoulier 1992) sans laquelle la convention d'activité ne

pourrait perdurer. Elle satisfait l'exigence de qualité alors même que le médecin a droit à des prérogatives indépendantes du résultat de son activité. En deçà de l'éthique professionnelle la convention de qualité se réfère alors à la notion *"d'investissement de formes"* (L. Thévenot 1986, L. Boltanski et L. Thévenot 1987, F. Eymard-Duvernay 1989) qui catalyse la relation médecin-malade. Il peut s'agir de *"formes industrielles" standardisées* telles que la qualification et la spécialisation du médecin, la marque qui repère l'acte médical (les lettres clés), ... mais aussi de *"formes domestiques" personnalisées* reposant sur la confiance que le patient accorde à son médecin ou à des tierces personnes qui le renseignent.

Mais ces conventions, qui assurent la coordination en reposant sur des attentes réciproques et sur des comportements spontanés, laissent en suspens deux questions qui atténuent considérablement leur portée quant à l'utilisation opérationnelle qu'on peut en faire dans l'élaboration d'une politique de santé.

Tout d'abord d'où viennent-elles ? L'observation historique et sociologique du système de santé et de protection sociale (H. Hatzfeld 1963 et 1971, M. Foucault 1963, C. Herzlich 1969, J.C. Stephan 1978) montre que les normes diffèrent dans le temps et dans l'espace; l'éthique médicale évolue en fonction des progrès techniques et des conditions socio-économiques. La théorie de la régulation (R. Boyer 1989) insiste sur le rôle de l'ajustement temporel des normes de production et des normes de consommation dont font partie précisément la santé et la protection sociale, dans la régulation de l'ordre économique et social. Comment admettre qu'une convention soit *simultanément un impératif catégorique* garant de coordination par un effet d'imitation et d'apprentissage assimilable sous certains aspects à une prophétie auto-réalisatrice, *et un produit de l'histoire* daté et marqué d'irréversibilité (R. Boyer et A. Orléan 1991) ? *Il faudrait admettre que la norme se construit par autoréférence,* qu'elle est à la fois intérieure et extérieure au système qu'elle régit, ... et qu'elle est nécessairement bonne...

Par ailleurs comment tester l'hypothèse conventionnaliste alors que la démarche et les outils économétriques ressortissent à une rationalité substantielle et à une logique optimisatrice que son paradigme contestent ? Si la théorie conventionnaliste est un guide pour l'action c'est *davantage par sa réthorique et sa capacité descriptive que par son pouvoir prédictif* (L. Rochaix 1992).

2.2 Une illustration : la nouvelle régulation du marché des soins ambulatoires en France.

L'accouchement difficile de la nouvelle régulation en médecine de ville en France montre, à travers l'analyse de la dernière convention remise en cause par le rejet de la loi qui devait la consacrer, que le succès de l'entreprise dépendra tout autant des modalités de la convention que de l'adhésion qu'elle rencontrera auprès des professionnels. Le terme même de "convention" médicale n'indique-t-il pas par un heureux hasard linguistique, qu'au delà des "règles-contraintes" et des "règles-contrats" (O. Favereau 1989) qu'elle comporte, c'est sa dimension de "règle-convention" qui fera le succès d'une convention renégociée ?

22.1 Des incitations individuelles et collectives, nécessaires mais pas suffisantes.

L'avenant n°2 (mars 1991) à la dernière convention médicale (mars 1990) provisoirement gelée instaure un *contrat de santé individuel facultatif* entre patients et médecins, qui peut s'analyser comme un contrat incitatif visant à une redistribution de l'information favorable à la maîtrise de l'induction. Selon les termes de ce contrat, le médecin, toujours rémunéré à l'acte, reçoit un forfait supplémentaire annuel en contrepartie d'une activité de prévention et d'évaluation concrétisée par la tenue d'un dossier médical individualisé et normalisé. Le patient, toujours libre de choisir son médecin, est dispensé de l'avance de frais lorsqu'il consulte le médecin avec lequel il a contracté. Le premier terme s'analyse comme un argument explicite incitant le médecin à contracter; le second terme est un argument explicite pour le patient mais aussi implicite pour le médecin puisque le tiers-payant fidélise sa clientèle et donc garantit son revenu. Par ce contrat qu'elle propose, la tutelle au nom des patients qu'elle représente, favorise une redistribution de l'information à son profit ; la réappropriation de l'information par les pouvoirs publics porte à la fois sur la qualité des services rendus aux usagers à travers les informations enregistrées au dossier individuel, et sur le comportement du médecin à travers le tiers-payant ; en ce sens le contrat de santé peut être interprété comme une *"règle-contrat", source d'un contrôle externe de type contractuel,* des effets de risque moral et de sélection adverse qui coexistent dans l'induction.

L'avenant n°3 (mai 1992) substitué au second dans le texte de loi, instaure un *contrat collectif obligatoire* entre la Sécurité Sociale et les médecins libéraux. Il prévoit que chaque année

médecins et Sécurité Sociale déterminent avec l'accord de la tutelle un "taux national prévisionnel de croissance des dépenses médicalement utiles "spécifié par discipline et déconcentré à l'échelon local sur la base de contrats locaux établis entre les caisses primaires d'assurance maladie et des "unions départementales de médecins libéraux" élues ; ces contrats sont validés au niveau national pour que la cohérence d'ensemble soit garantie. En cas de dérapage les unions locales désignent aux caisses primaires les praticiens devant faire l'objet d'une "contribution financière" : les médecins du secteur 1 qui appliquent les tarifs de la Sécurité Sociale verront diminuer les avantages sociaux dont ils disposent (prise en charge de leurs cotisations sociales) au titre du conventionnement à part entière, alors que les médecins du secteur 2 pratiquant des honoraires libres devront rétrocéder le trop perçu. Ce contrat collectif est une *"règle-contrainte"* qui, en l'absence de consensus et d'autodiscipline, instaure un *contrôle externe de type rationnement.*

Au terme de trois années de discussion qui ont concerné quatre syndicats médicaux, quatre ministres et trois régimes d'assurance maladie ce système a été abrogé par défaut de consensus ; le Conseil d'Etat ne pouvait qu'annuler la convention et les avenants qui n'ont pas été signés par les mêmes personnes morales ; quant au projet de loi il est suspendu pour cause de majorité introuvable.

22.2 Parier sur l'éthique professionnelle et encourager la confiance.

La négociation reprendra ; les partenaires ont conscience de l'importance des enjeux et de la nécessité d'adapter à la fois les conditions d'exercice de la médecine ambulatoire et de régulation des dépenses de santé. Sans faire de pronostic on peut avancer que le consensus s'établira sur la base de certaines *"règles-conventions"* qui parient sur l'éthique professionnelle et encouragent la confiance. Ainsi le *choix d'une assiette "juste"* pour l'application du "taux de croissance médicalement utile", le passage d'une régulation administrée à une *régulation professionnelle*, l'encouragement d'une *relation durable* entre le patient et son médecin, ou l'établissement d'une politique d'évaluation par conférences de consensus.

Le premier point suppose que l'assiette englobe toutes les dépenses et pas seulement les dépenses remboursables : si les dépassements d'honoraires échappent au taux directeur la politique de régulation se résume à l'équilibrage financier de la Sécurité

Sociale et le risque n'est pas nul que certains médecins arbitrent dans leur pratique en faveur d'une clientèle susceptible d'accepter des dépassements légaux ou illégaux.

Le second point suppose que les médecins bénéficient d'une représentation forte, crédible, capable de discipline ; l'idée d'unions départementales de médecins libéraux élues susceptibles de conclure des contrats locaux est certainement à renforcer.

Le troisième point implique que la possibilité d'un contrat de santé individuel, abandonnée avant même le rejet de la loi, soit réenvisagée. Car un contrat individuel permet non seulement une régulation externe fondée sur la réappropriation de l'information par la tutelle, mais aussi une *coordination interne spontanée* entre le médecin et le patient : à la faveur de la relation durable qui s'établit entre le patient et son médecin, la *confiance qui s'instaure par apprentissage et rétroagit sur la durée et l'intensité de la relation*, décourage le "nomadisme" de la clientèle, le recours abusif aux spécialistes en premier ressort, l'induction et la surconsommation. A l'appui de cette hypothèse on peut citer l'exemple des maladies chroniques où une relation durable de fait s'établit entre le médecin et le patient, dans une modération réciproque remarquable des comportements de prescription et de consommation.

Le dernier point se rapporte aux modalités d'une évaluation en médecine de ville. L*a médicalisation des Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens*, dans une perspective qui s'apparenterait à la *construction empirique de Groupes Homogènes de Malades* à l'hôpital butera inévitablement en ambulatoire davantage encore qu'à l'hôpital, sur l'hétérogénéité intrinsèque du produit. Il conviendra de développer, parallèlement à cette approche, *l'élaboration de normes d'activité et de prescription par conférences de consensus* mobilisant les différents acteurs dans une démarche inter-disciplinaire. La discussion sur les différences qui surgiront éventuellement entre règles empiriques et règles normatives permettra peut-être de lever certains malentendus qui tiennent tout autant de l'impérialisme de la technique que de la sacralisation de la médecine.

Pour autant il est clair que l'invocation exclusive, soit du contrat et des incitations, soit de la déontologie et du consensus implicite, ne peut fonder une politique de santé. Théorie des contrats et économie des conventions correspondent, en l'état actuel des recherches, à des paradigmes radicalement différents, utilitariste et instrumentaliste pour l'un, transcendental et

réthorique pour l'autre... Mais aussi à des sensibilités qui coexistent dans une société et parfois chez un même individu. La morale médicale elle-même est un mélange de préceptes déontologiques (respect de la vie privée, non discrimination) et téléologiques (ne pas nuire, tout faire pour que la santé du malade s'améliore, contribuer à la santé publique...). La décision collective, en politique de santé, ne peut être que procédurale, favorisant par le dialogue le rapprochement maximum des points de vue, pour trancher par le vote si un désaccord persiste. Sans doute rien d'autre qu'un débat démocratique...

BIBLIOGRAPHIE

AKERLOF G.A. (1971). *"The market for "lemons" : quality, uncertainty and the market mechanism".* Quarterly Journal of Economics, vol 74, août, p 488.5OO.

BATIFOULIER P. (1990). *"Incitations et conventions dans l'allocation des ressources. Une application à l'économie de la santé".* Thèse, Université Paris X.

BATIFOULIER P. (1992). *"Le rôle des conventions dans le système* de santé". Sciences sociales et santé, vol 10, n°1, mars, p 5.44.

BEJEAN S. (1991). *"Asymétries d'information et induction de la demande de santé : une étude économétrique appliquée à la médecine de ville".* Journal d'Economie Médicale, vol 9, n°1, janvier-février.

BEJEAN S. et GADREAU M. (1992a). *"Asymétries d'information et régulation en médecine ambulatoire".* Revue d'Economie Politique, vol 102, n°2, mars-avril, p 207.227.

BEJEAN S. et GADREAU M. (1992b). *"Nouvelles approches théoriques des organisations publiques : leurs implications pour la politique hospitalière".* Politiques et Management Public, n°3, septembre.

BOLTANSKI L. et THEVENOT L. (1987). *"Les économies de la grandeur".* Cahiers du Centre d'Etudes de l'Emploi, vol 31. PUF.

BOYER R. (1989). *"Les théories de la régulation : Paris, Barcelone, New York,...Réflexions autour du colloque international sur les théories de la régulation, Barcelone,16.17.18 juin 1988".* Revue de Synthèse, n°2, avril-juin, p 277.291.

BOYER R. et ORLEAN A. (1991). *"Les transformations des* conventions salariales entre théorie et histoire". Revue Economique, n°2, mars, p 233.272.

CAILLE A. (1991). *"Notes sur le concept d'utilitarisme, l'antinomie de la raison utilitaire normative et le paradigme du don".* Revue du MAUSS, 4e trimestre.

CARRERE M.O. (1987). *"Le médecin ambulatoire et la réalité économique".* Journal d'Economie Médicale, vol 5, n°4.

CHAMBERLIN E.H. (1958). *"La théorie de la concurrence imparfaite".* PUF, collection Theoria, Paris.

DARBON S. et LETOURMY A. (1983). *"La microéconomie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néoclassique ?* Sciences Sociales et Santé, n°2, mars, p 31.75.

DUPUY J.P. *(1982). "Ordre et désordre. Enquête sur un nouveau paradigme".* Seuil, Paris.

EVANS R.G. (1974). "*Supplier induced demand : some empirical evidence and implications*". Mark Perlman Ed, *"The economics of health and medical care"*. Proceeding of a conference held by the International Economic Association, Tokyo, p 162.173.

EYMARD-DUVERNAY F. (1989). *"Convention de qualité et formes de coordination"*. Revue Economique, vol 40, n°2, p329.359.

FAGOT-LARGEAULT A. (1991). *"Réflexions sur la notion de qualité de vie*". Archives de philosophie du droit, Sirey, tome 36, p 135.153.

FOUCAULT M. (1963). *"Histoire de la clinique. Une archéologie du regard médical"*. PUF. Paris.

FAVEREAU O. (1989). *"Marchés internes, marchés externes"*. Revue Economique, vol 40, n°2, p 273.328.

GIRAUD P. et LAUNOIS R. (1985). *"Les réseaux de soins, médecine de demain"*. Economica, Paris.

HARE R.M. (1975). *"Abortion and the golden rule"*. Philosophy and Public Affairs, n°4, p 201.222.

HATZFELF H. (1963). *"Le grand tournant de la médecine libérale"*. Editions Ouvrières, Paris.

HATZFELF H. (1971). *"Du paupérisme à la Sécurité sociale"*, Armand Colin, Paris. Nouvelle édition actualisée en 1989, Presses universitaires de Nancy.

HERZLICH C. (1969). *"Médecine et maladie. Analyse d'une représentation sociale"*. Mouton, Paris.

KESSEL R.A. (1958). *"Price discrimination in medicine"*. The Journal of Law and Economics, octobre, p 20.53.

LAFFONT J.J. (1985). *"Cours de théorie microéconomique"*, vol 2 : *"Economie de l'incertain et de l'information"*. Economica, Paris.

LAFFONT J.J. (1987)." *Le risque moral dans la relation de mandat"*. Revue Economique, no1, janvier, p 5.23.

LAUNOIS R.J. (1985). *"La médecine libérale a-t-elle jamais existé ?"* Politiques et Management Public, vol 3, n°4, décembre.

LEIBENSTEIN H. (1987). *"Inside the form : the inefficiencies of hierarchy"*. Harvard University Press.

MAUSS M. (1950). *"Sociologie et anthropologie*". PUF, Paris.

MOUGEOT M. (1986). *"Le système de santé*". Economica, Paris.

MOUGEOT M. (1989). *"Economie du secteur public"*. Economica, Paris.

MOUGEOT M. et NAEGELEN F. (1984). *"Les marchés hospitaliers*". Economica, Paris.

NAEGELEN F. (1988). *"Les mécanismes d'enchères"*. Economica, Paris.

NEWHOUSE J.P. (1970). *"A model of physician pricing*". Southern Economic Journal, n°2, octobre.

PAULY M.V. et SATTERTHWAITE M.A. (1981). *"The pricing of primary care physicians services".* Bell Journal of Economics, vol 12, p 488.506.

PICARD P. (1987). *"On the design of incentive schemes under moral hazard and adverse selection".* Journal of Public Economics, vol 33.

RAWLS J. (1971). *"A theory of justice".* Cambridge, Mass., Harvard University Press, Traduction française *"Théorie de la justice".* Seuil, Paris, 1987.

ROCHAIX L. (1986). *"Asymétries informationnelles et comportement médical".* Thèse, Université Rennes I.

ROCHAIX L. (1987). *"De la difficulté d'un arbitrage entre intérêt collectif et intérêt individuel : un dilemme de plus pour le médecin".* Journal d'Economie Médicale, vol 5, n°4, p 221.243.

ROCHAIX L. (1989). *"Information asymmetry and search for the market for physicians services".* Journal of Health Economics, vol 8, no1, p 53.84.

ROCHAIX L. (1992). *"Valeur descriptive, valeur prédictive".* Sciences Sociales et Santé, vol 10, n°1, mars.

ROSSITER L. et WILENSKI G. (1984). *"Identification of physician induced demand".* The Journal of Human Resources, vol 19, n°2.

SIMON H.A. (1978). *"Rationality as process and as product of though".* American Economic Review, vol 68, n°2.

STEPHAN J.C. (1978). *"Economie et pouvoir médical".* Economica, Paris.

THEVENOT L. (1986). *"Les investissements de forme ".* Cahiers du Centre d'Etudes de l'Emploi", n° spécial "Les conventions économiques, PUF, Paris.

WALLISER B. (1989). *"Instrumental rationality and cognitive rationality".* Theory and Decision, vol 27.

ZWEIFEL P. (1981). *"Demande médicale induite par l'offre : chimère ou réalité ?".* Consommation, n°4, octobre-décembre.