

Les incitations « explicites » à la prévention peuvent-elles être efficaces en médecine libérale ?

Communication aux XXIX^{èmes} Journées des Economistes de la Santé Français

AMMI Mehdi, BEJEAN Sophie

Equipe d'Economie de la Santé

Laboratoire d'Economie et Gestion, LEG UMR CNRS 5118, Université de Bourgogne

La participation des médecins libéraux aux actions de prévention est aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Comme l'attestent les lois d'août 2004¹, le médecin libéral, avec la réforme du médecin traitant, se voit confier de nouvelles missions d'organisation du suivi préventif du patient. Le concept de consultation de prévention est introduit. Le suivi et la coordination des soins positionnent le médecin traitant au cœur de la prise en charge du patient dans un parcours individualisé. Cette position lui assure une connaissance de l'histoire de son patient, et il est ainsi le mieux à même de repérer les facteurs de risques et mettre en place les mesures préventives nécessaires. Ce rôle pivot du médecin traitant dans les actions de prévention est en outre confirmé par l'avenant à la convention nationale de mars 2006² signé entre les représentants des médecins et l'Assurance Maladie.

Or, en France, le système de rémunération à l'acte est adapté à une relation bilatérale entre le médecin et le patient ancrée sur le curatif (Majnoni d'Intignano [1999], Franc et Lesur [2004]). Ainsi la participation des médecins libéraux n'est-elle pas acquise dans ce système. Il faut alors soit trouver d'autres modes de rémunération, soit mettre en place des incitations qui visent une action définie, par exemple la réalisation d'un acte de prévention. Nous allons nous intéresser à cette deuxième solution dans le contexte du système de santé français.

Nous utiliserons le terme incitations « explicites » pour les incitations qui visent une action définie. Ces incitations « explicites » se distinguent des incitations « implicites » inhérentes aux différents modes de paiement de l'activité des médecins libéraux. Le système de rémunération est en effet une forme d'incitation qui a des conséquences sur les pratiques des médecins (Robinson [2001], Rochaix [2004]). Le caractère stratégique du choix du mode de paiement par la tutelle est avéré (Grignon et al. [2002]). Toutefois, la pratique des médecins est orientée de façon implicite car les autorités de tutelle ne choisissent pas un mode de paiement en l'assortissant d'un objectif (meilleure qualité pour le paiement à l'acte, limitation des surconsommations avec le système à la capitation) mais souhaitent bénéficier des conséquences de ce choix sur le comportement des acteurs. L'incitation « explicite » concerne précisément une action. Elle ne peut constituer un mode de paiement à part entière pour les médecins et intervient en sus de l'incitation « implicite » du système de rémunération principal, pouvant d'ailleurs ainsi entrer en complément, en concurrence voire en conflit avec les incitations « implicites ».

Les incitations « explicites » à la prévention s'inscrivent dans la catégorie plus large des « paiements à la performance ». Cette catégorie de rémunération émerge comme alternative aux trois modes traditionnels de paiement du médecin. On en distingue deux grands types selon qu'ils sont fonction de la performance financière, liée à la maîtrise des

¹ Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO du 11 août 2004. Loi 2004-809 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, JO du 17 août 2004.

² Avenant n°12 à la convention nationale des médecins libéraux, arrêté du 23 mars 2006.

coûts et utilisée notamment dans les organisations de *managed care* américaines, ou fonction de la performance sanitaire, comme c'est le cas notamment au Royaume-Uni avec les « *target payments* » visant des objectifs de prévention (vaccins et dépistages). Les incitations « explicites » à la prévention relèvent donc des paiements à la performance sanitaire.

Traditionnellement, les économistes se sont intéressés à la prévention à travers l'étude de la demande, par l'analyse du risque moral, de la myopie temporelle ou des externalités, et des correctifs pouvant y être apportés par les politiques publiques, taxes et subventions en tête. En revanche le rôle du médecin dans la prévention a souvent été négligé (Loubière et al. [2004]), en raison principalement du postulat d'absence de distinction entre les services préventifs et les autres services médicaux fournis par le médecin (Kenkel [2000]). Or l'interrogation de la nature même de la prévention souligne une différence de logique entre préventif et curatif. La prévention s'inscrit dans une démarche proactive alors que le curatif appartient à une logique réactive. De plus, les résultats de la prévention sont différés dans le temps alors que ceux du curatif sont plus immédiats (Colombet et Ménard [2007]).

L'offre de prévention du médecin est pour une part « technique » et pour l'autre « comportementale ». « Technique », elle est proche de l'exercice habituel des médecins et comprend notamment les vaccinations et les dépistages. « Comportementale », elle est plus éloignée de leur pratique traditionnelle et concerne les addictions ou les conseils de nutrition. Ces deux types de prévention sont offerts différemment par les médecins qui rencontrent plus de difficulté avec la prévention « comportementale » en raison d'un faible sentiment d'efficacité (Buttet et Fournier [2003], ORS PACA [2006]). De plus la prévention « comportementale » est plus consommatrice de temps médical que la « technique ». L'offre de prévention « comportementale » demande alors un effort plus important au praticien que celui de prévention « technique » qu'il conviendra de prendre en compte lors de la définition de l'incitation.

Notre papier est centré sur le rôle du médecin dans l'offre des soins préventifs et vise à établir les conditions d'une plus grande participation des médecins libéraux aux actions de prévention. Nous nous plaçons délibérément dans le cadre de la théorie de l'agence pour analyser l'efficacité des incitations mises en place par la tutelle (principal) pour amener les médecins libéraux (agents) à participer à la prévention. Selon cette théorie, inciter financièrement les médecins est un moyen de les amener à agir dans le sens souhaité par la tutelle et le recours aux incitations « explicites » est ainsi un levier pertinent.

Nous mettrons en exergue les conditions de l'efficacité des incitations « explicites » à la prévention. Béjean [2004] rappelle que « *la théorie des contrats et des incitations démontre que l'efficacité de l'incitation sera obtenue sous les conditions suivantes (Laffont [1983]) : si le résultat de l'action de l'agent est observable ; si le résultat dépend directement de l'action de l'agent, même si il comporte une part aléatoire* » (p.2). En outre, l'efficacité de l'incitation dépend fortement du contexte dans lequel elle s'inscrit. Il est alors légitime de penser que son utilisation en médecine libérale et pour un service de prévention nécessitera une structure particulière pour respecter la spécificité de ce contexte.

Notre objectif est in fine de construire une typologie des critères d'efficacité de l'incitation « explicite » à la prévention fondée sur une analyse de la littérature théorique et empirique. Les incitations effectivement mises en œuvre présentent en effet une grande variabilité dans leur montant comme dans leur structure. Nous discuterons donc des différents critères d'efficacité des mécanismes incitatifs avant de construire notre typologie.

Les critères d'efficacité relèvent d'une part de la forme des incitations utilisées par rapport à l'action de prévention (section 2). D'autre part, l'incitation dépendant du contexte dans lequel elle s'inscrit, il est nécessaire de considérer l'effet de ce contexte sur son efficacité (section 3). Cette analyse des critères d'efficacité en fonction de la forme de l'incitation et du contexte qui la caractérise permettra de construire notre typologie avant de la discuter (section 4).

Forme de l'incitation pour une action de prévention

La particularité de l'activité de prévention dans l'exercice du médecin nous a amené à réfléchir sur la forme que doit prendre le mécanisme incitatif pour être adapté. La forme de l'incitation dépend de son montant, de la façon dont le résultat est mesuré, de l'indexation au résultat et de la temporalité de l'incitation.

Niveau de rémunération

Les incitations diffèrent en fonction du niveau de rémunération offert. Le montant tant absolu que relatif de l'incitation est primordial pour amener le médecin à pratiquer la prévention en raison notamment de l'intensité de l'effort qu'elle demande.

L'effort du médecin pour la fourniture d'un service préventif est supérieur à celui d'un service curatif en raison de la nature proactive de la prévention. Alors que le médecin répond à un besoin exprimé par le patient dans le cas du soin, il doit devancer l'expression de ce besoin pour la prévention et convaincre le patient de l'intérêt de son action. L'idée communément admise que la prévention est consommatrice de temps médical renforce la dimension supplémentaire de l'effort à fournir. Pour compenser cette difficulté, le montant du paiement doit être suffisamment élevé.

Le mode français du paiement à l'acte appelle en particulier une rémunération importante puisque, dans ce système de paiement, médecine préventive et médecine curative entrent directement en concurrence (Franc et Lesur [2004]). L'acte préventif y nécessite une rémunération au moins aussi importante que l'acte curatif. En effet, si l'incitation proposée est d'un montant trop faible, l'effet sur le comportement de prévention sera nul. Ce problème est renforcé dans le cas de l'offre de prévention « comportementale » qui nécessite un effort plus élevé de la part du praticien que celle de prévention « technique » : le montant de l'incitation doit alors être plus important.

Les travaux d'Hillman et al. [1998, 1999] et de Grady [1997] réalisées dans le cadre d'organisations de *managed care* auprès de médecins de première ligne montrent la nécessité d'un montant élevé. Dans ces travaux, les actions de prévention encouragées sont des vaccinations et des dépistages. Ces études sont des expériences naturelles³ qui permettent de dégager l'effet de l'introduction d'une incitation financière grâce à un groupe de contrôle. Or, dans ces trois études, aucune différence significative n'apparaît entre les groupes d'intervention et les groupes de contrôle dans l'offre de prévention. Les auteurs attribuent notamment ce manque de résultat à la faiblesse des montants proposés.

³ Affectation aléatoire de médecin d'une clinique ou d'un groupe de pratique à des modes de paiement ou d'organisation. Les effets de confusion propres à la diversité des interventions, des objectifs et des populations sont ainsi limités.

Le montant relatif de l'incitation par rapport au revenu du médecin est également à envisager puisqu'il faut une rémunération plus grande pour induire un effort des travailleurs à revenu élevé (Scott et Farrar [2003]). Magnus [1999] souligne que l'importance de cet élément est largement reconnu en dehors de la sphère médicale : « *According to both Stiglitz and Holmstrom, the more income that is at stake in a compensation scheme, the greater the incentive effect* » (p.63). Autrement dit, plus le montant de l'incitation sera important par rapport au revenu du médecin, plus il sera susceptible d'y répondre.

Une étude empirique soutient cette assertion (Lynch [1994]). Elle s'intéresse aux « *target payments* » introduits en 1990 au Royaume-Uni pour la vaccination des enfants de deux ans et de ceux d'âge préscolaire. L'auteur trouve une relation positive significative entre l'importance du paiement pour la vaccination et le nombre de vaccinés en pédiatrie. Les comparaisons « avant-après » semblent montrer que les incitations ont eu des effets positifs sur les taux de vaccination et de dépistage réalisés par les médecins généralistes anglais (Scott et Hall [1995]). L'interprétation de simple comparaison « avant-après » est soumise à caution, mais ces paiements à la performance sanitaire ont probablement pu orienter la pratique de prévention car ils concernaient une part non négligeable du revenu des généralistes anglais. A titre d'exemple, la proportion de leur revenu attribuée aux paiements sur objectif sanitaire s'élevait à 19% en 2002 (Durieux [2003]).

L'efficacité du paiement à la performance préventive nécessite donc un montant suffisamment conséquent pour compenser l'effort de prévention à la fois en valeur absolue et en valeur relative par rapport au niveau de revenu du médecin concerné. Evidemment, l'efficacité de l'incitation sera avérée si le service préventif a effectivement été réalisé par le médecin, ce qui suppose une mesure du résultat de prévention.

Mesure du résultat

Selon la théorie des contrats (Scott et Farrar [2003]), la performance préventive doit pouvoir être mesurée de façon objective. En effet, le résultat de prévention qui déclenche l'incitation doit être mesuré en fonction des performances propres du médecin ou relativement aux résultats de ses confrères. L'effort de prévention n'est en lui-même pas observable et seul le résultat de l'effort l'est. L'évaluation objective du résultat de prévention est alors une condition d'efficacité de l'incitation.

Si cette mesure ne pose pas de problème particulier pour la prévention « technique » (vaccins, dépistages), aisément observable par un tiers dans la mesure où elle se traduit par la réalisation d'un acte technique et l'utilisation d'un matériel, il en est autrement pour la prévention « comportementale ». La réalisation de ce service est difficilement estimable puisqu'il consiste en une activité d'écoute et de conseil. Comment par exemple mesurer les conseils de nutrition prodigués au patient ? Ce type de prévention étant consommateur de temps, la durée de consultation pourrait constituer un indicateur de sa réalisation. Toutefois, cette mesure donne certes une idée du temps passé avec le patient mais n'indique en rien le contenu de la consultation. Bien qu'il ne soit pas possible de l'évaluer directement, ce type de prévention est mesurable à l'aide d'indicateurs intermédiaires, tels que les questionnaires préétablis. Notamment utilisés dans le domaine des addictions, ils sont généralement constitués de deux volets (un pour le médecin et l'autre pour le patient) pour réaliser un bilan auprès du patient et assurer son suivi. Ils permettent ainsi de vérifier l'action préventive du médecin. Ces outils peuvent être étendus à l'ensemble de la prévention « comportementale » (nutrition, activité physique). Dès lors qu'il est possible de dresser un bilan de santé du patient

en fonction de critères préétablis et de fournir des conseils en conséquence, l'offre de prévention « comportementale » peut être mesurée objectivement. Ces mesures donnent alors une indication de la performance du médecin, en quelque sorte de sa performance en « valeur absolue ».

Une mesure relative compare les résultats obtenus par le médecin à ceux de ses confrères et le paiement est alors fonction de l'écart à la référence. La comparaison est faite avec des médecins participant également au paiement à la performance ou avec des médecins d'une même zone géographique hors contrat.

La mise en oeuvre d'un paiement relatif est un paiement fonctionnant sur le mode du tournoi (Kane et al. [2004]) dans lequel seule une partie des participants, les plus performants, est éligible à la rémunération. Les modèles qui utilisent la théorie du tournoi expliquent que les individus sont motivés par une comparaison avec leurs pairs pour obtenir une récompense (Scott et Farrar [2003]). Ce moteur agit également pour un paiement relatif de manière moins marquée en raison d'un enjeu moins important. Cette théorie est confirmée empiriquement dans le domaine du sport (Prendergast [1999]), mais le recours à un tournoi risque d'être peu efficace pour inciter l'ensemble des médecins à offrir de la prévention. En effet, le paiement au tournoi risque d'exclure des médecins dès le départ dans la mesure où le médecin n'a plus seulement à estimer son aptitude à atteindre l'objectif donné mais doit estimer sa capacité à faire mieux que ses confrères. Les paiements au tournoi fonctionnent alors plus comme des « contrats séparateurs » (Salanié [1994]), révélateurs de la perception des médecins sur leur capacité à faire mieux que les autres, que comme une incitation à offrir un service de prévention.

Les études d'Hillman et al. [1998, 1999] offrent une illustration d'un paiement au tournoi dans le cadre d'une incitation à la prévention. Ces expériences naturelles ne constatent pas d'amélioration significative de l'offre préventive dans les groupes d'intervention par rapport aux groupes de contrôle. Ces études ne comparant pas les effets d'un paiement au tournoi avec ceux d'un paiement plus classique, il n'est pas possible d'en dire plus d'un point de vue empirique. Cependant, les paiements au tournoi et plus largement à la mesure d'une performance relative ne semblent pas adaptés et il semble préférable de se tourner vers des paiements fondés sur la performance individuelle du médecin.

Une mesure de la performance propre au médecin permet selon les études réalisées d'assurer l'efficacité de l'incitation. L'incitation aura bien sûr un effet différent en fonction de son indexation au résultat de prévention.

Indexation au résultat

L'incitation varie selon la manière dont le paiement est lié au résultat. L'indexation au résultat peut être nulle (paiement fixe), totale (paiement à l'unité ou à l'objectif) ou combiner les deux (fixe + résultat).

Comme le rappelle Rochaix [2004], l'analyse économique distingue deux types de rémunération, l'une fixe portant sur la ressource nécessaire à la production (le temps) et l'autre variable portant sur le résultat de la production. Rémunérer l'offre de prévention de façon fixe revient à proposer au médecin un forfait qui tiendra compte du temps nécessaire à la pratique préventive (et des coûts supportés par le médecin pour ses locaux, ses équipements...). Mais la qualité incitative de ce paiement est faible, sinon nulle, puisque le

médecin bénéficie du paiement qu'il réalise la tâche ou non. En raison de coûts de surveillance élevés, la tutelle n'est pas en mesure d'observer les causes de l'absence de prévention. Les médecins peuvent alors « tricher » et justifier cette absence par des motifs hors de leur portée, comme un refus des patients. Proposer un paiement uniquement fondé sur l'efficacité de la prévention lève cette difficulté, l'obtention de la rémunération n'ayant lieu qu'une fois le résultat avéré. Le problème d'une telle rémunération est d'obtenir la participation des médecins en particulier dans le cas d'un système de paiement à l'acte.

Le phénomène d'induction de la demande par l'offre (Evans [1974]) indique l'existence d'une marge de manœuvre sur les volumes prescrits particulièrement dans le cas d'une rémunération à l'acte⁴ (Grignon et al. [2002]). Le médecin peut alors augmenter son revenu soit en multipliant les actes « traditionnels » (il s'agirait alors d'actes curatifs non souhaités ou souhaitables), soit en réalisant des actions de prévention. La réalisation d'actions de prévention lui demande un effort supplémentaire (service proactif et résultat de long terme) vis-à-vis de sa pratique curative traditionnelle. Il est donc plus aisé pour le praticien d'augmenter son revenu par induction de la demande que par offre de prévention. Il convient alors de recourir à un contrat de rémunération mixte (Rochaix [2004]) combinant une part indépendante du résultat qui assure la participation du médecin et une part indexée pour inciter à la prévention.

Dans un schéma de rémunération mixte de ce type, la part de paiement indexée au résultat est soit unitaire (par vaccin par exemple), soit conditionnée à l'atteinte d'un objectif de prévention (une couverture vaccinale pour une population). Nous pouvons penser que le paiement unitaire est le plus incitatif des deux dans la mesure où le médecin aura intérêt à multiplier les actes pour améliorer sa rémunération, le caractère inflationniste du paiement à l'acte allant en ce sens (Robinson [2001]). De plus, les paiements à l'objectif peuvent être soumis aux effets pervers des effets de seuil avec une diminution de l'effort une fois le palier atteint. Toutefois, les « *target payments* » anglais, fonctionnant sur le système d'objectif de prévention⁵, paraissent efficaces au Royaume-Uni. L'application en France de ce type de paiement semble difficile dans la mesure où il est lié à l'existence d'un paiement à la capitation et d'une liste définie de patient. Notons cependant que la réforme du médecin traitant permettra sans doute de lever cette difficulté en attribuant une patientèle à chaque praticien, d'autant qu'une large part des assurés a déjà choisi son médecin traitant⁶.

Deux études par essai randomisé suggèrent une supériorité des paiements à l'objectif dans le cadre de vaccination infantile. Le travail de Fairbrother et al. [1999] concerne des enfants d'assurés Medicaid. Les auteurs comparent dans leur travail un groupe bénéficiant d'un paiement unitaire avec un groupe à paiement à l'objectif. Les médecins des deux groupes reçoivent en outre des retours d'information sur leur pratique individuelle. Les auteurs observent qu'à la fin de l'étude deux tiers des médecins ont suffisamment amélioré leur performance pour obtenir la rémunération dans le groupe payé à l'objectif, alors qu'ils n'étaient que 13% à atteindre un niveau de couverture vaccinale similaire dans le groupe payé à l'unité. Dans une autre étude, les mêmes auteurs (Fairbrother et al. [2001]) enregistrent une

⁴ Dans les modes de paiement au salariat et à la capitation, le médecin n'a pas d'intérêt à la multiplication des actes puisqu'il n'est pas remboursé proportionnellement aux ressources qu'il engage

⁵ Par exemple, les paiements pour les vaccinations sont déclenchés lorsque le médecin atteint une couverture de 70% (objectif bas) ou de 90% (objectif haut) des enfants de deux ans inscrits sur sa liste (Redbook [2000]).

⁶ Depuis la réforme de 2004, les assurés sociaux de 16 ans et plus doivent choisir un médecin traitant pour bénéficier d'un remboursement inchangé de l'acte médical. A la mi-2006, 80% des assurés avaient choisi un médecin traitant (Dourgnon et al. [2007]).

hausse significative du nombre moyen de vaccinations dans le groupe payé à l'objectif mais pas dans le groupe payé à l'unité. Il semble alors qu'une rémunération conditionnée à l'atteinte d'un objectif soit plus adaptée qu'un paiement unitaire dans le cas d'un service préventif.

La combinaison d'une part fixe et d'une part indexée au résultat, part indexée prenant la forme d'un paiement à l'objectif, peut garantir l'efficacité de l'incitation explicite. L'équilibre entre ces deux parts pourra être précisé par des études ultérieures. L'incitation varie par ailleurs selon la durée dans laquelle elle s'inscrit et la fréquence à laquelle elle est attribuée.

Temporalité

Nous allons montrer que l'incitation doit s'inscrire dans une période de temps suffisamment longue pour permettre au médecin de modifier sa pratique et pour observer des résultats de prévention. Une durée trop longue peut toutefois réduire l'intérêt du médecin pour la compensation alors que des incitations réparties fréquemment sont en mesure de maintenir la motivation du praticien.

La prévention s'inscrit dans une logique différente du soin et nécessite une modification de la pratique du médecin en particulier dans le système français ancré sur le curatif. L'efficacité du mécanisme incitatif dépendra de l'intégration de la prévention dans l'exercice habituel du médecin car celui-ci est plus susceptible de répondre à une incitation lorsqu'elle concerne sa pratique courante (Boyden et Carter [2000]). Or, l'évolution de la pratique médicale nécessite une période de temps suffisante que l'incitation doit prendre en compte en particulier pour la prévention « comportementale ». Ce type de prévention éloigné de l'exercice médical traditionnel est plus difficilement mis en œuvre par le praticien (Buttet et Fournier [2003], ORS PACA [2006]) et son intégration nécessitera un temps conséquent.

La durée de l'incitation est donc importante dans la mesure où la prévention se situe dans une optique de long terme. Fairbrother et al. [1999] et Grady et al. [1997] notent la durée insuffisante des mécanismes incitatifs utilisés comme une des raisons du manque de résultats positifs en termes de vaccination et de dépistage observé dans leurs études. Bien qu'une incitation de long terme soit une condition d'efficacité de l'incitation, elle n'en est pas moins soumise à effet pervers. Son efficacité peut être réduite par un « effet de cliquet » (Béjean [1994]) : l'agent peut anticiper l'utilisation de son nouveau niveau de performance comme niveau de base de l'incitation future et il élaborera une contre stratégie en limitant son effort actuel pour être en mesure de progresser à la période future. Le médecin peut alors réduire volontairement son effort préventif pour continuer de bénéficier de l'incitation, diminuant le bénéfice d'un mécanisme de long terme qui reste malgré tout nécessaire à l'efficacité de l'incitation.

Au-delà de cet effet pervers, une difficulté liée à une incitation sur le long terme est un risque de déclin de la motivation des médecins. Cette érosion est d'autant plus importante que l'objectif encouragé par l'incitation est éloigné dans le temps, le médecin arbitrant en faveur d'une activité plus attractive à court terme. Recourir à des versements fréquents peut permettre de maintenir l'intérêt du médecin pour son activité. Ainsi, la fréquence des incitations est un facteur de réussite du mécanisme pour la prévention d'après Kane et al. [2004]. Toutefois, aucune des études empiriques ne donne de précision sur la fréquence d'attribution des incitatifs et il n'est donc pas possible d'évaluer l'impact d'incitations

fréquentes sur les comportements de prévention des médecins. Notons cependant que Grady et al. [1997] remarquent une baisse de l'enthousiasme des médecins sur une période relativement courte (un an) qui peut être interprétée comme un indice de la nécessité d'une incitation pluriannuelle.

Une forme adaptée de l'incitation explicite permet d'assurer l'efficacité du mécanisme pour l'offre de prévention. Cette incitation s'inscrit dans un contexte qui est susceptible d'influencer sa réussite.

Contexte et efficacité de l'incitation

L'attribution individuelle ou collective de l'incitation est évidemment un critère déterminant de son efficacité. Dans le contexte de développement de l'exercice en groupe en France (Barnay et al. [2007]), ce critère doit être étudié soigneusement. Nous analyserons également les effets de l'information accompagnant l'incitation.

Incitation individuelle et collective

Les médecins pratiquent en cabinet individuel ou au sein d'un collectif, en cabinet de groupe ou en réseau. Dans le cadre d'une pratique collective, l'incitation peut être adressée soit au groupe, soit directement au médecin.

La théorie économique met en garde contre les écueils liés au travail de groupe, lorsque le produit résulte de l'action collective et que la compensation concerne le groupe dans son ensemble, et insiste notamment sur les problèmes de passager clandestin (Scott et Farrar [2003]). Ainsi, si l'incitation est assise sur les services préventifs offerts par le groupe, un médecin pourra adopter un comportement de « free rider » et se reposer sur le travail des autres membres.

Inversement, adresser le mécanisme incitatif de manière individuelle lie directement le résultat personnel et la rémunération suscitant l'effort individuel. Les incitations apparaissent alors plus influentes lorsque elles sont adressées individuellement plutôt qu'à un groupe. Magnus [1999] défend cette idée pour les médecins exerçant dans des HMOs.

Le travail en groupe présente néanmoins des avantages. Le premier est de permettre au médecin d'adapter son travail à de nouvelles demandes de la tutelle en comparaison à un exercice individuel (Lynch [1994]). La pratique individuelle laisse moins de marge de manœuvre au praticien car elle est associée à une charge de travail plus élevée. La pratique de groupe est susceptible d'améliorer ses conditions de travail (Barnay et al. [2007]) et de lui libérer du temps pour répondre à l'incitation et réaliser la prévention, ce qui est plus difficile à faire dans le cadre d'une pratique individuelle. Le deuxième avantage est de permettre une diffusion des bonnes pratiques au sein du groupe. Une pression des pairs s'exerce dans la pratique de groupe en particulier pour les professionnels de santé pour lesquels l'intérêt pour le patient est une composante forte de la motivation (Scott et Farrar [2003]) qui peut renforcer l'adoption des pratiques encouragées par l'incitation.

Pour la prévention, les avantages d'une pratique collective semblent dépasser ses inconvénients comme le montrent certaines études empiriques. Hillman et al. [1998] relèvent une amélioration des dépistages plus marquée dans les groupes que dans les pratiques individuelles. Les mêmes auteurs (Hillman et al. [1999]) notent que les groupes atteignent des

taux de vaccination plus élevés que les médecins exerçant de manière individuelle. Ritchie et al. [1992] observent dans une étude menée en Ecosse deux ans après l'introduction des « *targets payments* » que l'objectif haut de vaccination infantile est plus largement atteint par les médecins pratiquant en groupe (3% d'échec) que par ceux travaillant seuls (22% d'échec). Notons cependant que ces études ne précisent pas si l'incitation monétaire est versée directement au groupe ou individuellement au médecin, ce qui rend l'appréciation d'impact de l'incitation délicate. Elles éclairent néanmoins l'avantage potentiel d'une pratique de groupe pour l'amélioration de l'offre de prévention.

Il faut également préciser que l'efficacité de l'incitation dépendra de la taille du groupe. Hellinger [1996] note que les incitations ont un impact plus important dans les groupes de médecins de petite taille. Un groupe de taille réduite est préférable pour plusieurs raisons. Il permet d'avoir un effet de l'incitation plus important sur chaque membre du groupe : la responsabilité individuelle se diluant dans le groupe avec l'augmentation de sa taille, un groupe d'effectif modéré est souhaitable pour que le médecin se sente impliqué (Grignon et al. [2002]). De plus, un collectif de taille limitée permet d'obtenir des groupes plus homogènes rendant la diffusion des bonnes pratiques plus aisée et la pression des pairs plus efficace. En conséquence, les phénomènes de passager clandestin sont limités, assurant ainsi une efficacité plus grande de l'incitation.

Il apparaît donc que l'incitation collective est plus efficace pour encourager la pratique préventive, en particulier lorsque le groupe est de taille réduite. Une incitation « explicite » à la prévention pourrait alors être développée en phase avec l'émergence d'une pratique de groupe dans le système français⁷.

Information

L'information sur l'existence de l'incitation est un préalable nécessaire à la réussite du mécanisme. Elle doit préciser les objectifs de l'incitation. La clarté et la simplicité de l'information donnée au médecin conditionnent sa réponse à l'incitation.

La théorie des contrats souligne l'importance de la compréhension du mécanisme incitatif par l'agent et de la crédibilité de l'incitation. La crédibilité de l'incitation tient en premier lieu à la possibilité d'atteindre les objectifs de prévention. Les praticiens ne réaliseront en effet l'effort que si les objectifs sont à leur portée, ils ne participeront pas à l'action dans le cas contraire. Les études de Fairbrother et al. [1999, 2001] rapportent que les médecins participant percevaient les objectifs de vaccinations déclenchant l'incitation comme inatteignables. Les auteurs expliquent notamment le manque de résultats par la faible crédibilité des objectifs auprès des médecins dont certains ont ainsi renoncé à l'incitation.

Cette possibilité « objective » de réalisation de la mission de prévention n'est pas nécessairement suffisante. Boyden et Carter [2000] notent en effet une certaine méfiance des médecins de première ligne quant à la qualité des indicateurs de performance sur lesquels la rémunération est fondée. L'information des agents sur les objectifs à atteindre doit alors être accompagnée d'une information sur la qualité des mesures pour permettre de convaincre les médecins de l'intérêt de leur participation à l'action de prévention.

⁷ Entre 2000 et 2003, le nombre de médecins libéraux travaillant en cabinet de groupe ou en société a augmenté de 18% (Audric [2004]).

En outre, les médecins, en tant que professionnels de santé, portent un intérêt particulier pour la santé des patients : ils ne réaliseront pas l'acte préventif si celui-ci ne présente pas de bénéfice pour leur patientèle. L'exercice de la prévention demandant de plus un effort supplémentaire, le médecin peut préférer réaliser un acte curatif pour lequel il est convaincu de l'intérêt pour la santé du patient plutôt qu'un acte préventif. L'adhésion des praticiens aux objectifs de prévention qui leur sont assignés est nécessaire à la réussite du mécanisme incitatif (Boyden et Carter [2000]). L'accompagnement de l'incitation par une information sur les bénéfices potentiels de la pratique préventive pour la patientèle est un moyen d'assurer cette adhésion.

La simplicité de l'information est également un élément de réussite dans la mesure où le médecin fait déjà face à une abondance d'information et de sollicitations de la part des laboratoires pharmaceutiques ou des caisses d'assurance maladie, ou encore de différents réseaux. Les incitations à la prévention entrent en compétition avec les différentes recommandations données aux médecins (Kane et al. [2004]). Devant arbitrer dans l'utilisation de son temps, le médecin ne pourra répondre à toutes les recommandations et choisira celles qui seront les plus accessibles. L'information accompagnant le mécanisme incitatif doit tenir compte de ces autres recommandations, expliquer l'intérêt du programme d'incitation tout en restant suffisamment simple pour ne pas décourager le praticien.

Discussion

La littérature empirique anglo-saxonne (Etats-Unis et Royaume-Uni) présente des résultats contradictoires concernant l'efficacité des incitations « explicites » à la prévention. Parmi les huit expériences naturelles répertoriées dans la revue de littérature de Town et al. [2005], seule l'étude de Kouides et al. [1998] note une hausse significative de l'offre de prévention consécutive à l'introduction d'une incitation. La réforme du National Health Service de 1990 a introduit des incitatifs aux médecins généralistes (« *target payments* ») pour plusieurs actes de prévention (vaccination infantile et dépistage). Les résultats de comparaisons « avant-après » au Royaume-Uni semblent montrer que les « *target payments* » ont eu des effets positifs sur les taux de vaccination et de dépistage (Scott et Hall [1995]). Notons cependant que ce type de comparaison ne permet pas de dégager l'effet pur de l'incitation financière de celui d'autres facteurs explicatifs tels que l'évolution de la demande. Ce manque de résultats probants rappelle l'intérêt d'une réflexion sur la structure des incitations utilisées. Conformément à la théorie des contrats nous avons fait l'hypothèse selon laquelle le manque de résultats clairs était imputable à des incitations « explicites » inadaptées à l'offre de prévention des médecins libéraux.

Notre objectif était alors de construire une typologie des critères d'efficacité de l'incitation « explicite » à la prévention, permettant d'assurer son adaptation à l'objectif visé. Les analyses qui précèdent ont permis de mettre en avant ces différents critères d'efficacité, qui sont présentés dans notre typologie au tableau suivant.

Tableau 1 : Typologie des critères d'efficacité de l'incitation « explicite » à la prévention

		<i>Facteur d'efficacité</i>	<i>Facteur d'inefficacité</i>
<i>Forme de l'incitation</i>	Niveau de rémunération	-Montant absolu élevé -Montant relatif élevé	
	Mesure du résultat	-Evaluation objective : directe pour la prévention technique, intermédiaire pour la prévention comportementale -Mesure de performance propre au médecin	-Mesure de performance relative -Paieement au tournoi
	Indexation au résultat	-Mixte : combinaison d'une part fixe et variable -Part variable : paiement à l'objectif sanitaire	-Forfait pur -Variable pur
	Temporalité	-Paieement sur le long terme -Paieement distribué fréquemment	-Paieement sur court terme -Paieement final unique
<i>Contexte de l'incitation</i>	Individuelle ou collective	-Versement au groupe de pratique -Groupe de petite taille	-Versement individuel au praticien
	Information	-Information simple et claire sur les objectifs -Information sur la fiabilité des indicateurs -Information sur l'intérêt de la mesure préventive pour les patients	

A l'heure d'une réflexion sur des nouvelles formes de rémunération alternatives au paiement à l'acte dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2008, cette typologie pourrait être utile aux décideurs pour apprécier l'efficacité de ce levier d'action.

La piste actuellement suivie par les autorités est celle d'une consultation spécifique de prévention par les médecins généralistes pour une population, les 70 ans et plus. Cette consultation d'une durée de quarante cinq minutes par patient est rémunérée à hauteur de 2,5C (52,50€). L'analyse de cette procédure à travers le prisme de notre typologie fait apparaître une faible efficacité potentielle. La consultation de prévention est annuelle alors que nous avons signalé l'importance d'une distribution fréquente de l'incitation. D'un montant forfaitaire, elle ne présente pas d'indexation au résultat pourtant susceptible d'encourager l'offre du médecin en combinaison avec un montant forfaitaire. Enfin, elle est adressée individuellement au médecin alors que l'incitation d'un collectif de petite taille semble plus adaptée. Bien entendu, tous les médecins français ne pratiquent pas en groupe et il n'est donc pas possible d'attribuer ce mécanisme collectif à tous les médecins. Toutefois, cette incitation ne prévoit pas une attribution spécifique aux groupes lorsque cela est réalisable et limite ainsi son efficacité potentielle. Cette consultation a été expérimentée dans trois départements (Finistère, Val de Marne et Bas-Rhin) au cours du premier semestre 2007 et doit faire l'objet d'une évaluation, qui sera utile pour apprécier l'efficacité de ce dispositif dans le contexte français.

Trois remarques s'imposent à ce stade. La première tient à l'absence d'études empiriques françaises sur l'utilisation d'un incitatif du médecin à la prévention. Au niveau national, il n'existe pas d'incitation dédiée à la prévention sauf expériences locales et ciblées. Toutefois de nouvelles incitations conventionnelles subordonnent des avantages financiers à des engagements de meilleure pratique (Barnay et al. [2007]) dont la prévention peut faire partie. En tout état de cause, ces dispositifs n'ont pas encore fait l'objet d'évaluation.

Au niveau local, les réseaux sont des terrains d'expérimentations de nouvelles formes d'organisation au sein desquels ce type d'incitation pourrait être employé. Il apparaît en fait que ce type d'incitation est très peu utilisé, une large préférence étant accordée aux incitatifs non monétaires tels que les actions de formations, dans les réseaux à thématique prévention. Pour les rares expériences relevées⁸ l'impact des incitations monétaires n'a pas encore été évalué. Nos analyses et conclusions sont donc basées sur des études principalement anglo-saxonnes. Les incitations étudiées ont ainsi été mises en place dans des contextes différents du contexte français, ce qui est susceptible de limiter la portée de nos illustrations, sans toutefois remettre fondamentalement en cause notre typologie.

La deuxième remarque traite des limites inhérentes à l'incitation. Un des problèmes fondamentaux des incitatifs porte sur les conséquences non souhaitées par le principal, qui présentent un bénéfice pour l'agent mais pas pour le principal (Scott et Farrar [2003]). Dans le cas d'un travail complexe, où le travail de l'agent est défini par une multiplicité de tâches, récompenser l'agent pour une action peut l'amener à se détourner d'autres d'aspects de son travail qui peuvent néanmoins être importants pour le principal : c'est le problème classique d'une délégation « multitâche » (Holmstrom et Milgrom [1991]). Le travail médical étant caractérisé par des tâches multiples, inciter le praticien à la prévention peut l'amener à réduire son activité curative, activité curative pourtant souhaitée par la tutelle. Il convient alors d'examiner les coûts d'opportunité de l'introduction d'une incitation à la prévention en termes d'action curative.

A ce problème, s'ajoute celui de la dépendance de l'action au mécanisme incitatif (Robinson [2001]). L'incitation « explicite » peut être efficace sous certaines conditions et est susceptible d'améliorer la pratique préventive du médecin. Cependant, l'incitation ne peut être ponctuelle pour encourager l'offre de prévention dans la mesure où, en raison de la dépendance de l'action visée au mécanisme, retirer l'incitation risque d'avoir pour effet l'arrêt du comportement préventif du médecin. La question est alors de savoir si la tutelle souhaite engager des dépenses sur le long terme avant de recourir à ce type de levier pour agir sur la pratique préventive. Il convient naturellement de comparer les coûts de l'incitation aux avantages attendus d'une amélioration de ces pratiques avant d'engager de telles dépenses.

La troisième et dernière remarque, plus fondamentale, porte sur la capacité d'un mécanisme incitatif monétaire à encourager l'offre préventive du médecin. Nous nous sommes placé dans le cadre de la théorie des contrats et avons admis que les incitations monétaires étaient aptes à améliorer la prévention réalisée par le médecin. Nous avons donc attribué la réussite contrastée des mécanismes incitatifs expérimentés à leur définition

⁸ On citera notamment en région Rhône-alpes les réseaux diabète Dedicas et Dialogs, et le réseau Spiro sur le thème de l'insuffisance respiratoire. En région Bourgogne, le réseau de tabacologie Tabagir. Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal prévoit une rémunération forfaitaire des médecins participants. Toutefois, cette rémunération est complétée par des actions de formation des médecins participants et les patients sont invités à participer au dépistage par voie postale. Il n'est alors pas possible de dégager l'impact des incitations financières.

inadéquate et avons établi les conditions de leur efficacité. Or, une explication alternative peut être trouvée dans la théorie du « crowding out » (Frey [1997], Kreps [1997]). Elle s'appuie sur la distinction entre deux formes de motivations inspirées de la psychologie, l'une « intrinsèque » et l'autre « extrinsèque ». La motivation « intrinsèque » est définie comme la motivation de l'acteur propre à l'activité qui provient de la satisfaction retirée de l'activité elle-même, et la motivation « extrinsèque » désigne la motivation résultant de facteurs extérieurs à l'activité, ces facteurs relevant aussi bien de récompenses que de sanctions (Ryan et Deci [2000]). Selon cette théorie, les incitations monétaires, leviers de la motivation « extrinsèque », peuvent se révéler inutiles, voire néfastes sous certaines conditions, en affectant la motivation « intrinsèque » des acteurs. Or, une large littérature empirique, dont une revue est réalisée par Frey et Jegen [2001], soutient l'existence du « crowding out effect ». Les résultats contrastés des incitations explicites à la prévention proviendraient alors non plus de la définition du levier utilisé mais du levier lui-même. Notons cependant que toutes les interventions extérieures ne sont pas néfastes, et ce dès lors qu'elles renforcent la motivation « intrinsèque » des acteurs (Frey et Jegen [2001]). Les incitations non monétaires, telles que les guides de bonnes pratiques, les formations et les retours d'information sur la pratique individuelle du médecin pourraient être des leviers adaptés à l'amélioration de leur motivation « intrinsèque ». Cette analyse pourra ainsi être utilement complétée par une recherche sur les effets du « crowding out » et ses implications dans une optique d'amélioration des pratiques préventives en médecine libérale.

Bibliographie

Barnay, T., L. Hartmann, et al. (2007). "Réforme du "médecin traitant" et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France." Revue Française des Affaires Sociales **1**: 109-126.

Béjean, S. (1994). Economie du système de santé. Du marché à l'organisation, Economica.

Béjean, S. (2004). "Inciter les médecins libéraux à participer aux actions de santé publique ? Heurs et malheurs de la mise en pratique des recommandations de la théorie économique." Communication au colloque de l'ALASS, Bucarest

Boyden, A. et R. Carter (2000). "The appropriate use of financial incentives to encourage preventive care in general practice." Working Paper, Centre for Health Program Evaluation, Melbourne.

Buttet, P. et C. Fournier (2003). Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens? Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. INPES. Saint-Denis, Gauthier, A.

Colombet, I. et J. Ménard (2007). "Consultation de prévention en médecine générale : quel cahier des charges ?" Médecine **3**(2): 79-82.

Durieux, B., B. Cozzarolo, et al. (2003). Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères. Inspection Générale des Finances.

Evans, R. (1974). Supplier-induced demand : some empirical evidence and implications. The Economics of Health and Medical Care. M. Perlman (eds). Macmillan, International Economics Association.

Fairbrother, G., K. L. Hanson, et al. (1999). "The impact of physician bonuses, enhanced fees, and feedback on childhood immunization coverage rates." American Journal of Public Health **89**(2): 171-175.

Fairbrother, G., M. J. Siegel, et al. (2001). "Impact of financial incentives on documented immunization rates in the inner city: results of a randomized controlled trial " Ambulatory Pediatrics **1**(4): 206-212.

Franc, C. et R. Lesur (2004). "Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention." Revue Economique **55**(5): 901-922.

Frey, B. (1997). "On the relationship between intrinsic and extrinsic work motivation." International Journal of Industrial Organization **15**: 427-439.

Frey, B. et B. Jegen (2001). "Motivation Crowding Theory: A Survey of Empirical Evidence." Journal of Economic Surveys **15**(5): 589-611.

Grady, K. E., J. P. Lemkau, et al. (1997). "Enhancing mammography referral in primary care." Preventive Medicine **26**(6): 791-800.

Grignon, M., V. Paris, et al. (2002). L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Etude n°35. CREDES.

Hellinger, F. J. (1996). "The impact of financial incentives on physician behaviour in managed care plans: a review of the evidence." Medical Care Research Review **53**: 294-314.

Hillman, A. L., K. Ripley, et al. (1998). "Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care." American Journal of Public Health **88**(11): 1699-1701.

Hillman, A. L., K. Ripley, et al. (1999). "The use of physician financial incentives and feedback to improve pediatric preventive care in Medicaid managed care." Pediatrics **104**: 931-935.

Holmstrom, B. et P. Milgrom (1991). "Multitask principal – agent analyses: Incentive contracts, asset ownership, and job design." Journal of Law, Economics, and Organization **7**: 24-52.

Kane, R. L., P. E. Johnson, et al. (2004) Economic Incentives for Preventive Care. Evidence Report/Technology Assessment n°101

Kenkel, D. (2000). Prevention. Handbook of Health Economics. A. J. Culyer et J. P. Newhouse. **1B**: 1676-1720.

Kouides, R. W., N. M. Bennet, et al. (1998). "Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly." Am J Prev Med **14**: 89-95.

- Kreps, D. M. (1997). "Intrinsic motivation and extrinsic incentives." American Economic Review **87**: 359-364.
- Loubière, S., A. Parent, et al. (2004). "L'économie de la prévention. Enjeux et problématiques." Revue Economique **55**(5): 831-847.
- Lynch, M. L. (1994). "The uptake of childhood immunization and financial incentives to general practitioners." Health Economics **3**(2): 117-125.
- Magnus, S. (1999). "Physicians' Financial Incentives in Five Dimensions: A conceptual Framework for HMO Managers." Health Care Manager Rev **24**(1): 57-72.
- Majnoni d'Intignano, B. (1999). La performance qualitative du système de santé français. Régulation du système de santé français, Rapport du conseil d'analyse économique, La documentation française. **13**.
- ORS PACA - INSERM U379 (2006). "Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur." RegardSanté **16**.
- Prendergast, C. (1999). "The provision of incentives in firms." Journal of Economic Literature **37**: 7-63.
- Redbook. (2000). "List of fees and allowances." Retrieved Septembre 2007, from http://www.redbook.i12.com/rb/Docs/rb4.htm#JD_para1sch1.
- Ritchie, L. D., A. F. Bisset, et al. (1992). "Primary and preschool immunisation in Grampian: progress and the 1990 contract." British Medical Journal **304**(6830): 816-819.
- Robinson, J. C. (2001). "Theory and practice in the design of physician payment incentives." Milbank Quaterly **79**: 149-177.
- Rochaix, L. (2004). "Les modes de rémunération des médecins." Revue d'Economie Financière **76**: 223-240.
- Ryan, R. et E. Deci (2000). "Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions." Contemporary Educational Psychology **25**: 54-67.
- Salanié, B. (1994). Théorie des contrats. Paris, Economica.
- Scott, A. et J. Hall (1995). "Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects." Health Policy **31**: 183-195.
- Scott, A. et S. Farrar (2003). Incentives in Health Care. Advances in Health Economics. A. Scott, A. Maynard et R. Elliot, Wiley: 77-98.
- Town, R. J., R. L. Kane, et al. (2005). "Economic Incentives and Physician's Delivery of Preventive Care. A Systematic Review." American Journal of Preventive Medicine **28**(2): 234-240.