

# XXIX<sup>èmes</sup> Journées des Économistes de la Santé Français

Université Catholique de Lille. Décembre 2007

## Prévention médicalisée : les médecins généralistes sont-ils sensibles aux motivations intrinsèques ?

**BATIFOULIER Philippe**, EconomiX, Université Paris X-Nanterre.

**COMBES Jean Baptiste**, ENSAI & INSERM ORS PACA

**GADREAU Maryse**, LEG, Université de Bourgogne.

**VENTELOU Bruno**, INSERM ORS PACA

**VIDEAU Yann**, INSERM ORS PACA

L'accent mis sur les comportements stratégiques en économie de la santé a largement occulté la possibilité que les acteurs pouvaient ne pas chercher à tirer systématiquement profit d'une asymétrie d'information. Les patients comme les médecins peuvent être animés par d'autres logiques.

L'une des façons de prendre en considération la pluralité d'attitudes possibles au travail est de considérer la notion de « motivation professionnelle », que l'on peut décliner en motivations intrinsèques et extrinsèques. Une activité entreprise pour elle-même relève de la motivation intrinsèque. S'il semble raisonnable de considérer que les motivations intrinsèques (MI) ne sont pas étrangères à un secteur largement chargé en valeurs comme celui de la santé, il est ardu d'intégrer ce type d'argument dans le langage de l'économie pour trois types de raisons :

- La notion de MI est mal définie et il est difficile de déterminer les forces internes qui animent un comportement. La notion d'altruisme médical peut offrir une piste de réflexion.
- La notion de MI souffre d'un déficit de mesure car il est malaisé d'observer les motivations d'une personne et donc de donner une importance quantifiable à la notion de MI. Seules des expériences de laboratoires, construites par des psychologues, ont pu montrer l'existence de MI et leur rôle sur la performance des individus. La mesure de la baisse de la performance suite à l'introduction d'une perturbation (généralement une récompense extrinsèque) est interprétée comme une détérioration de la MI.
- Cette notion se heurte à la conception standard en économie (la théorie de l'agence en particulier) selon laquelle si les MI existent, elles ne changent rien à l'analyse et aux recommandations de politique économique. L'incitation monétaire qui vise à aligner l'intérêt de l'agent sur celui du principal n'est pas perturbée par l'existence préalable de MI car MI et ME sont supposées indépendantes. A l'inverse, l'usage des MI et ME dans la théorie de Déci –l'auteur psychologue fondateur des notions de MI et ME– repose sur la contre hypothèse selon laquelle les deux types de motivations sont nettement interdépendantes, parfois même dans une relation d'éviction de l'une par rapport à l'autre.

En prenant appui sur des pratiques des médecins libéraux français, nous proposons ici une contribution à la levée de ces trois obstacles. Dans une première partie, on cherche à définir la notion de MI en partant de la littérature sur l'altruisme médical. La notion de motivation permet d'une part d'échapper à la difficulté de donner un contenu opérationnel à la notion d'altruisme en économie de la santé et, d'autre part de prendre en compte simultanément deux registres d'intentions présidant aux comportements. La deuxième partie cherche à éclairer et à comprendre l'existence d'une pluralité de motivations économiques des médecins (motivations intrinsèques et extrinsèques) par l'analyse des actes de prévention réalisés par les professionnels. Elle s'appuie sur

une enquête du Panel MG PACA (ORS-INSERM-URML PACA) et met en évidence l'importance des MI. La troisième partie prend au sérieux la double hypothèse selon laquelle les MI sont source de performance et/mais les ME peuvent contrarier cette performance par « effet d'éviction ». On cherche à étayer cette hypothèse théorique dans le cas des médecins et à lui donner un premier élément de preuve empirique en exploitant les réactions déclarées des médecins à des instruments incitatifs mis en oeuvre par la puissance publique.

## **1. De l'altruisme médical aux motivations intrinsèques**

L'économie de la santé a pris acte de l'existence d'une éthique professionnelle qui interdit de concevoir le médecin comme un maximisateur pur, soucieux uniquement de son propre bien-être. Ainsi, si l'on suit Arrow, l'existence d'obligations sociales interdit de concevoir le médecin comme un simple vendeur ou comme un « barbier » (1963 p.949). L'éthique professionnelle est alors une composante incontournable du service rendu par le médecin. « Institution de la confiance », elle permet de répondre à l'incertitude des patients concernant la qualité du service médical rendu.

La théorie économique de l'altruisme initiée par Harsanyi (1955) où l'altruisme est signalé par l'interdépendance des fonctions d'utilité a permis de donner une consistance économique à cette notion d'éthique et a nourri de nombreux développements théoriques autour de la notion de demande induite (Bloche, 2001). Ainsi, grâce à la mobilisation d'un argument d'altruisme dans la fonction d'utilité du médecin, il a été possible de mieux interpréter l'existence de limites à l'exercice de son pouvoir discrétionnaire, tout en préservant le résultat d'une « demande induite » générée par l'asymétrie d'expertise (De Jaegher et Jegers, 2000). L'altruisme médical, ainsi défini, devient donc une ressource patrimoniale de l'économie de la santé. En général, le médecin est doté de préférences individuelles « classiques » (par exemple dans un cadre d'arbitrage travail-loisir) auxquelles on adjoint des préférences « sociales » ; ces secondes, exogènes<sup>1</sup>, ont le même statut que les premières. Puis, au nom de l'altruisme, le médecin va brider l'exercice de son pouvoir discrétionnaire : il va s'interdire la sur-prescription et l'augmentation artificielle des volumes et des prix (dépassement d'honoraires, multiplication des consultations) payés par le malade car cette « médecine maximale » lui est coûteuse sur le plan psychologique (Domenighetti 1995).

Cet altruisme égocentrique<sup>2</sup> (Khalil, 2003) est la conséquence du postulat selon lequel la théorie du choix rationnel est suffisante (même s'il faut l'amender) pour expliquer le comportement non égoïste. Le tout est de réduire les avantages et inconvénients du respect d'une norme comme l'éthique médicale à une seule grandeur homogène : l'utilité, en intégrant les valeurs dans une analyse coût-avantage. Cette force est aussi une faiblesse car ceci conduit à dissoudre le jugement moral dans le calcul et à réduire les valeurs à l'intérêt (Batifoulier et Gadreau, 2006 ; Batifoulier, Eymard-Duverney et Favereau, 2007).

Cette faiblesse théorique se double d'une défaillance pratique quand il s'avère difficile d'éclairer la politique économique faute d'une connaissance précise de la part altruiste du médecin. S'il semble raisonnable de supposer que le comportement médical se situe quelque part entre l'opportunisme pur et l'altruisme pur, il est difficile de donner un contenu opérationnel à cette notion. Comment conduire le médecin, ordonnateur de la dépense de santé, à adopter un comportement honnête si le respect d'un certain degré d'altruisme lui impose déjà l'honnêteté ? Un médecin, uniquement sensible à son intérêt privé serait à la limite plus facile à orienter vers les choix de la puissance publique. Il suffit de le dédommager pour la désutilité de son effort. Mais si le médecin est altruiste, même à dose réduite, cette politique peut être difficile à mettre en oeuvre car l'aléa moral qu'il faut contrecarrer n'est plus certain mais seulement éventuel. On devrait alors distinguer les médecins par leur degré d'altruisme (Bardey, 2002). Un médecin concerné par l'état de santé de ses patients

---

<sup>1</sup> On peut aussi supposer que le patient oblige le médecin à un comportement honnête (via la menace d'aller en consulter un autre par exemple).

<sup>2</sup> L'altruisme égocentrique est « bon » d'un point de vue personnel et non en tant que tel.

produit de la « haute » qualité sans incitation. Si la discrimination était possible, un tel médecin recevrait alors une moindre compensation financière que le médecin totalement égoïste.

Une voie de sortie possible à ces difficultés de théorie et de politique économiques consiste à s'appuyer sur les travaux de psychologie économique qui mettent en avant le rôle des mobiles de comportement permettant d'identifier les préférences sociales (Levy Garboua, 1998). On met alors l'accent sur les intentions, la sympathie, les sentiments moraux, sur la réciprocité ou les dispositions morales. Parmi ces éléments susceptibles de déclencher les comportements, la notion de motivation présente l'intérêt de prendre en considération deux cas binaires : les motivations intrinsèques et extrinsèques. Conformément à la définition traditionnelle (Déci, 1971), les motivations intrinsèques sont à rattacher à des activités que l'on pratique pour la « satisfaction directe » que l'on en retire : la personne est motivée pour l'activité elle-même sans attendre de récompense ni chercher à éviter un quelconque sentiment de culpabilité. Une motivation ou incitation extrinsèque se définit comme suit : le sujet agit dans l'intention d'obtenir une conséquence qui se trouve en dehors de l'activité même. Par exemple, être rémunéré, éviter de se sentir coupable, gagner l'approbation ...

Cette dualité permet de prendre acte de la pluralité de comportements tout en la restreignant à un cadre malléable. Alors que l'altruisme médical, tel qu'il était formalisé, ne pouvait s'exprimer que par degré « d'utilité » (dans la fonction du même nom) et était difficilement identifiable, les deux registres de motivations sont de nature différente et donc séparables lorsqu'il s'agit de les analyser. Il devient possible de les comparer et d'évaluer le rôle de chacun de ces types de motivations sur la performance des individus. La problématique du « crowding out effect » (effet d'éviction) radicalise cette pluralité de motivations, en remettant en avant leur possible opposition (Frey, 1997, Kreps, 1997). Les incitations monétaires peuvent envoyer un signal sur la façon dont le principal perçoit le niveau d'effort et d'aptitude de l'agent, notamment son incapacité à réaliser efficacement une tâche sans récompenses monétaires (Bénabou et Tirole, 2003). Elles peuvent diminuer la performance des individus en affectant leurs motivations intrinsèques<sup>3</sup>. Les deux registres de motivations sont alors substituables et non complémentaires et les conséquences en termes de politique économique sont considérables : quels types d'incitations doit développer la tutelle si les incitations extrinsèques (les récompenses financières) peuvent entrer en conflit, voire détruire, les motivations intrinsèques ?

La partie suivante cherche à éclairer l'existence d'une pluralité de motivations par l'étude des actes de prévention réalisés par les médecins.

## **2. Une décomposition motivations intrinsèques / motivations extrinsèques dans l'analyse des actions de prévention des médecins généralistes libéraux de la région PACA**

La réalisation d'actes de prévention peut avoir deux motivations.

- a) Elle peut résulter d'incitations financières proposées par la puissance publique. Dans ce cas, le médecin va considérer la prévention et les objectifs de santé publique en termes « coût/avantage », ceci –essentiellement– pour un coût d'opportunité du temps médical valorisé en équivalent monétaire (en paiement à l'acte, c'est le temps médical qui fait le revenu). L'accroissement artificiel des actes, le dépassement d'honoraires ou le faible

---

<sup>3</sup> Cette problématique fait suite à celle de la relation d'agence « multi tâches » (Rochaix, 1997 pour une lecture en économie de la santé) qui reconnaît la multidimensionnalité de l'activité médicale : diagnostic, écoute, temps de consultation, saisie des informations, facturation, documentation et mise à niveau, etc. Le contrat incitatif est relativement simple quand les tâches sont complémentaires car on peut identifier une tâche principale et faire porter le schéma de rémunération dessus. Quand les tâches sont substituables, ce qui semble être le cas pour l'activité médicale, inciter le médecin à accomplir une tâche peut, en retour, le décourager d'en faire une autre. Dans cette perspective, le principal n'élabore qu'un contrat imparfaitement incitatif (incomplet), et le schéma de rémunération peut être contre-productif car il va conduire l'agent (le médecin) à ajuster les tâches pour contourner le contrat.

recours à la gratuité en seront alors les principaux signaux. On est ici dans une optique de ME;

- b) L'action de prévention peut provenir d'un comportement volontaire et désintéressé du médecin. Dans ce cas, la prévention est plus fréquemment associée à des motivations, telles que l'intérêt pour la santé publique, le sentiment d'efficacité dans la démarche d'éducation à la santé, etc., un ensemble de facteurs intrinsèques qui restent cependant à identifier plus précisément.

Pour évaluer ces deux registres de motivation, nous avons pu nous appuyer sur une enquête téléphonique réalisée en 2006 auprès d'un panel de 600 médecins généralistes libéraux exerçant en Provence Alpes Côte d'Azur et consacrée à la « santé publique, la prévention et l'éducation à la santé ». Les actions de prévention des médecins généralistes ont fait l'objet d'une étude spécifique, cherchant à quantifier ces pratiques, que l'on sait très utiles, mais pas forcément mises en œuvre par tous les médecins avec la même intensité. Un score synthétique de prévention a été construit, afin d'établir un classement des médecins concernant la fréquence de mise en œuvre de 16 actions de prévention différentes, pour lesquelles ils devaient se positionner selon l'échelle suivante : très souvent, souvent, parfois, jamais (voir annexe et aussi, Aulagnier et alli, 2007). Ces items étant valorisés de 1 (jamais) à 4 (très souvent), le score obtenu en sommant les réponses pour chacune des actions varie en théorie de 16 à 64. Ensuite, selon leur « score de prévention », les médecins ont été regroupés en deux classes: [16-50] et [50-64] concentrant respectivement 75% et 25% des individus<sup>4</sup>. Un modèle logistique simple permet de modéliser, dans un premier temps, la probabilité que le médecin ait un score appartenant à l'intervalle [50-64].

## 2.1 Modèle de régression et regroupement de variables

La sélection des régresseurs a été effectuée par une procédure automatique pas à pas sur l'ensemble des variables fournies par le questionnaire. Le tableau ci-dessous renseigne sur les variables explicatives du modèle logistique et leur degré de significativité.

Tableau 1 : Les déterminants de la prévention.

Tests de type III		
Variable	DDL	Pr > F
temps de travail supérieur à 45h/semaine	1	0.0002
participation à l'évaluation des pratiques professionnelles	1	0.0006
suivi d'une formation sur les psychothérapies cognitives et comportementales	1	0.0010
utilisation de référentiels et guides de bonnes pratiques comme source d'information	1	0.0011
part dans le revenu du ménage supérieure à 70%	1	0.0015
devoir mieux tenir compte de la dimension santé publique	1	0.0033
réalisation d'actes gratuits	3	0.0059
sexe	1	0.0186
résistance des patients comme frein à la réalisation d'activités de prévention	1	0.0203
manque de formation comme frein à la réalisation d'activités de prévention	1	0.0232
favorable à la réforme du médecin traitant	1	0.0278
besoin d'aide en personnel pour se lancer dans des activités de santé publique	1	0.0352
utilisation de revue médicale d'abonnement payant comme source d'information	1	0.0388
absence de rémunération comme frein à la réalisation d'activités de prévention	1	0.0567
avoir une durée de consultation supérieure à 15 minutes	1	0.0741

Source :  
Panel Vague 6  
ORS PACA.

<sup>4</sup> Pour fixer les idées, les « médecins à score de prévention élevé » (deuxième classe) sont ceux qui déclarent réaliser « souvent », voire très souvent, l'ensemble des 16 actions ( $14 \times 3 + 2 \times 4 = 50$ ), mais d'autres distributions sont possibles.

Les résultats du modèle de régression ont mis en évidence plusieurs variables explicatives, jouant comme des déterminants des actions de prévention en médecine générale. La méthode a ensuite consisté à regrouper celles-ci en trois catégories –les MI, les ME et des variables de contrôle– afin d’estimer l’importance relative des motivations et des incitations dans les comportements effectifs des médecins.

Les variables de contrôle correspondent à des déterminants de la pratique de prévention qui sont « indépendantes » des motivations du médecin : par exemple, le genre du médecin va principalement retracer la composition de la patientèle (les femmes médecins généralistes ont une patientèle plus féminine) et déterminer la fréquence élevée de certaines actions de prévention (dépistage gynécologique) sans qu’il y ait un véritable rapport avec les motivations.

Parmi les variables explicatives retenues par le modèle, cinq variables ont été isolées comme « marqueurs » de la motivation intrinsèque des médecins à réaliser certaines actions de prévention : « Penser que les médecins devraient mieux prendre en compte la dimension de santé publique dans leurs pratiques de soins », « Le fait d’avoir suivi une formation sur les thérapies cognitives et comportementales », « Ne pas considérer certains obstacles à la prévention comme des freins à l’implication du médecin dans une démarche de prévention » (trois variables, pour trois types d’obstacles : résistance des patients, manque de formation sur la prévention, non rémunération). Les médecins répondant positivement à ces questions sont supposés intrinsèquement motivés par les démarches de santé publique et de prévention.

Les variables d’incitations extrinsèques (appréhendées ici par leur versant négatif, elles sont des « désincitations ») sont au nombre de trois : « une aide en personnel devrait être apportée pour que le médecin s’engage dans une démarche de santé publique », « réaliser rarement des actes gratuits », « avoir une durée de consultation inférieure à 15 minutes ». Ces trois variables résument l’idée que la prévention « prend du temps », sans rien rapporter d’autre qu’un supplément de qualité des soins fournis aux patients (répondre oui à ces questions sous-entend que la qualité de soins n’est pas en tant que telle une source de motivation –intrinsèque). Elles relèvent donc typiquement des incitations extrinsèques (négatives, vu le sens de la question). Les deux dernières variables sont très directement une évaluation de la « valeur d’opportunité » que chaque médecin accorde à son temps d’activité médicale. Les retrouver dans une régression expliquant la probabilité d’être plus ou moins actifs en prévention retrace, selon nous, l’importance de l’obstacle « perte de temps/ perte d’argent » existant en médecin libérale pour des activités chronophages telle que la prévention.

## 2.2 Calcul du poids relatif de chaque type de motivations

Après regroupement des variables en trois vecteurs distincts tels que décrits ci-dessus, le modèle logistique s’écrit de la manière suivante :

$$\text{Ln}\left(\frac{P}{1-P}\right) = X \cdot \beta + M^{\text{int}} \cdot \gamma^{\text{int}} + M^{\text{ext}} \cdot \gamma^{\text{ext}} + \mu$$

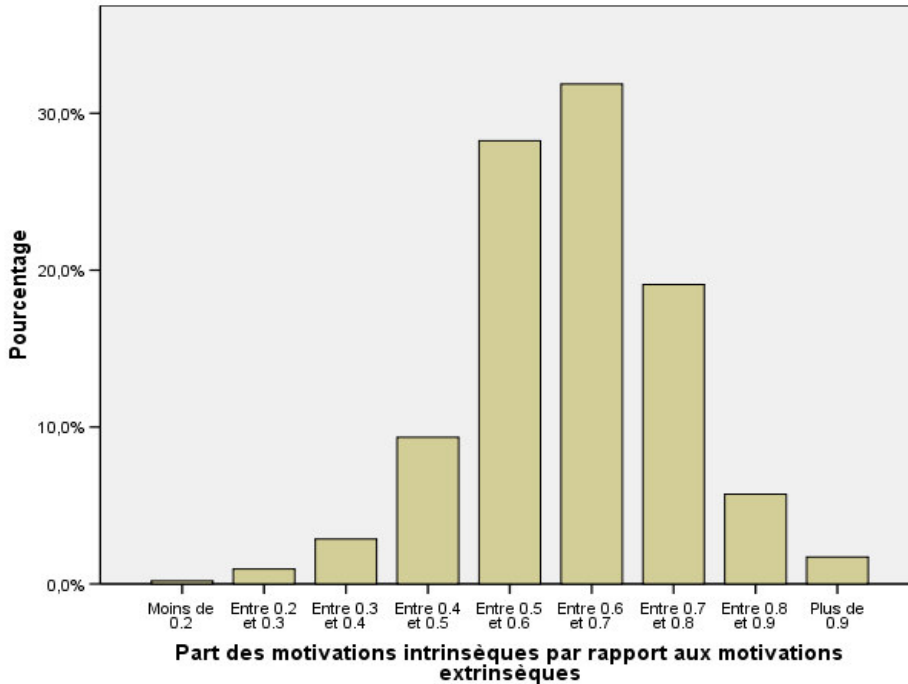
...où  $X$  est l’ensemble des variables de contrôle ;  $M^{\text{int}}$  le bloc de variables de motivation intrinsèque (cinq vecteurs colonnes), et  $M^{\text{ext}}$  le bloc de variables des incitations extrinsèques (trois vecteurs colonnes). Une fois estimé le modèle, et déterminée la valeur des vecteurs de régression  $\beta$ ,  $\gamma^{\text{int}}$ ,  $\gamma^{\text{ext}}$ , on peut alors calculer pour chaque médecin la quantité suivante :

$$\frac{M_i^{\text{int}} \gamma^{\text{int}}}{M_i^{\text{int}} \gamma^{\text{int}} + M_i^{\text{ext}} \gamma^{\text{ext}}} = \text{partint}, \text{ avec } \text{partint} \in [0,1]$$

$M^{\text{int}}$  et  $M^{\text{ext}}$  sont évidemment différents d’un médecin à l’autre, selon la présence ou l’absence des 8 (5+3) motivations élémentaires sous-jacentes à leur construction. La quantité *partint* mesure alors, pour chaque médecin  $i$ , la part prise par les motivations intrinsèques dans sa probabilité d’appartenir à la classe des médecins fortement actif en prévention. Il s’agit d’une mesure individuelle de la

contribution des motivations intrinsèques à la propension  $P_i$  de chaque médecin à réaliser certaines actions de prévention (relativement au total formé par les incitations extrinsèques et les motivations intrinsèques). On peut ici fournir quelques statistiques descriptives de cette quantité et montrer que la part des MI est non négligeable<sup>5</sup>.

Tableau 2 : Histogramme de distribution de *partint*



Source :  
Panel Vague 6  
ORS PACA.  
Population :  
524 médecins

### 2.3 Modélisation de la part des motivations intrinsèques relativement aux motivations extrinsèques

On constate que, distribuée entre 0 et 1, la part prise par les motivations intrinsèques, relativement au total, varie fortement d'un individu à l'autre. Au-delà de la simple mesure de cette hétérogénéité interindividuelle, il est intéressant d'identifier à quelles variables (à quels déterminants) s'associe un jeu de motivations intrinsèques dominant pour un niveau de prévention donné. Un second modèle de régression est maintenant proposé afin de déterminer les variables explicatives de la part des motivations intrinsèques.

On considère la part de l'intrinsèque dans les motivations du médecin, comprise entre 0 à 1, comme variable d'intérêt. La série est tronquée, à gauche et à droite, ce qui justifie d'utiliser un modèle TOBIT. Nous obtenons la régression suivante (sélection backward, p seuil=0,10) :

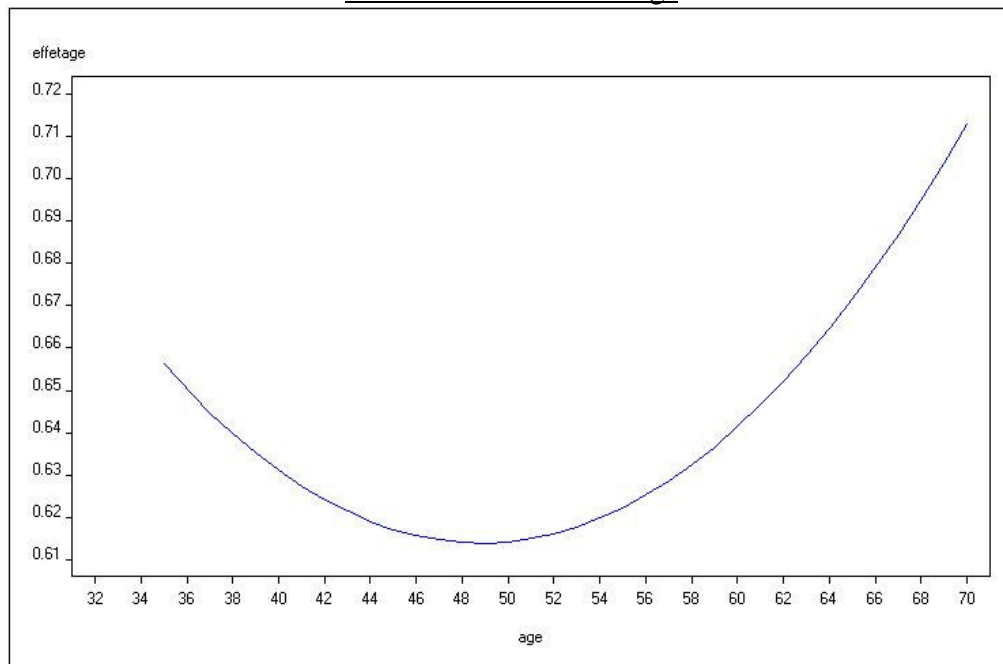
Tableau 3 : Résultats de la modélisation

Paramètre	Comparaison	Estimation	Erreur standard	P-valeur
Constante		1,19470	0,32485	0,0002
Age		-0,02483	0,01256	0,0480
Carré de l'âge		0,00025	0,00012	0,0378
Secteur d'activité	<i>1 vs 2</i>	0,02878	0,01549	0,0633
Agglomération	<i>&gt; vs &lt; 200k. Hab.</i>	0,02094	0,01186	0,0774
Sentiment d'injustice	<i>Oui vs Non</i>	-0,02506	0,01144	<b>0,0285</b>

Le secteur d'activité tarifaire 1 –secteur des tarifs opposables– est positivement corrélé au MI (et donc l'appartenance au secteur 2 a un effet péjoratif sur les MI) ; chose qui pourrait traduire un effet d'auto-sélection. Cependant, l'estimation n'est pas significative à 5% ce qui limite sa portée. Il en va de même pour la situation géographique et la localisation du cabinet médical dans une grande agglomération, qui semble avoir un effet positif sur les MI. Nous choisissons de commenter les deux effets (significatifs à 5%) destructeurs de MI : l'âge et le sentiment d'injustice.

Examinons d'abord l'effet de l'âge. Durant leur période d'activité, c'est autour de 49 ans que la part de l'intrinsèque dans la motivation totale des médecins est la plus faible. La courbe représentative de l'effet de l'âge est convexe : on observe une décroissance de la part de l'intrinsèque au profit de l'extrinsèque (toutes choses égales par ailleurs) entre 35 (borne inférieure) et 49 ans, puis une inversion du phénomène au-delà.

*Partint en fonction de l'âge*

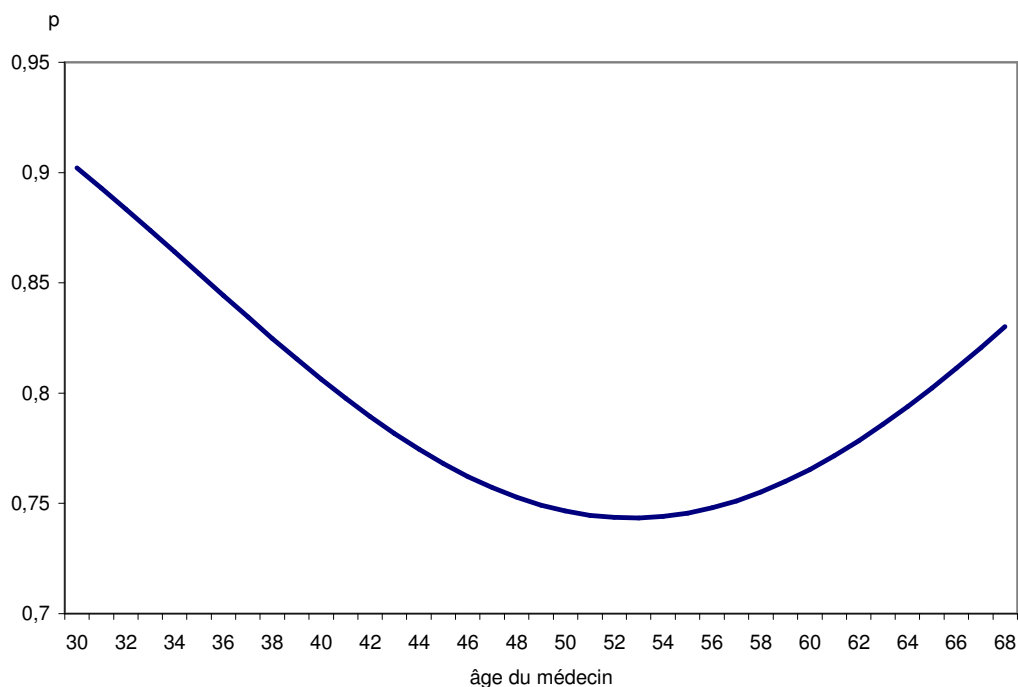


*Source :  
Panel Vague 6  
ORS PACA.  
Population :  
524 médecins*

Ces résultats peuvent signaler un « cycle de vie des motivations médicales », avec, dans un premier temps, un effet pervers de la montée en charge de l'activité du médecin sur les MI (la phase où les contraintes financières sont les plus prégnantes), puis, passé 50 ans, l'âge et le desserrement des contraintes financières l'amènent à retrouver une attitude plus favorable à l'expression des MI. Mais on peut également faire valoir que ce graphique, obtenu en coupe transversale, retrace un effet génération. Il révélerait que les plus âgés sont davantage animés de MI. Les jeunes médecins semblent davantage baigner dans une atmosphère (effet d'éducation et de formation, rôle de la politique économique et de la prégnance du discours sur les dépenses, etc.) qui développerait la recherche de ME. Les données ne permettent pas de départager ces différentes hypothèses. Il est cependant intéressant de comparer ce graphique avec celui obtenu dans l'analyse de la question portant sur la « satisfaction professionnelle » des médecins (profil obtenu en coupe transversale, sur

un panel de médecins identique, mais étendu à 5 régions).

Probabilité de se déclarer satisfait de son activité professionnelle, en fonction de l'âge



On constate, sur un autre échantillon de médecins (1901 médecins, France entière), un profil par âge de la satisfaction professionnelle relativement similaire à celui établi pour *partint*. Ceci tendrait à conforter la méthodologie retenue ici : lorsqu'on demande directement à des médecins leur niveau de satisfaction professionnelle, il semble bien que celle-ci reproduise ce que, par notre méthode, nous avons identifié comme l'importance des motivations intrinsèques dans les choix de pratiques de prévention.

### 3. Effet d'éviction des motivations intrinsèques et sentiment d'injustice

L'étude a permis jusqu'ici de montrer l'importance des MI dans les comportements de prévention des médecins et d'en faire l'analyse. Elle ne permet pas pour le moment de valider l'hypothèse d'une destruction des MI par l'activation des ME. Au plus peut-on dire que l'étendue des MI mise en évidence ici rend potentiellement dangereuse toute politique économique axée sur les récompenses financières. Comme le souligne la littérature sur le sujet, les MI sont fragiles. Elles peuvent s'altérer voire disparaître sous l'effet d'une activation des ME. Cet effet d'éviction ou « crowding out effect » a été mis en évidence dans de nombreuses expériences (Voir Narcy 2007 pour une revue<sup>6</sup>). Elles rejoignent l'exemple fameux de Titmuss sur le don de sang<sup>7</sup> qui souligne

<sup>6</sup> Celle de Gneezy et Rustichini (2000) sur les gardes d'enfant est particulièrement révélatrice. L'expérience se déroule sur 20 semaines. A la quatrième, on introduit une amende quand les parents viennent chercher leur enfant en retard à la garderie, à la dix septième, on la supprime. Un « groupe de contrôle » est constitué sans amende. Pour le groupe test, le nombre de retard augmente avec l'instauration de l'amende puis se stabilise à un niveau élevé (plus important que celui du groupe de contrôle). La suppression de l'amende ne change rien. Les auteurs en déduisent une destruction durable des MI où l'amende a à la fois légitimé le retard (payer pour être en retard) et détruit l'adhésion à une norme sociale.

<sup>7</sup> Pour Titmuss, le don de sang britannique dans le cadre d'une « politique socialiste » est plus efficace que la commercialisation du sang aux E.U.

qu'une politique commerciale, dans un domaine où les normes sociales jouent un grand rôle, peut non seulement activer les comportements égoïstes mais aussi avoir des conséquences irréparables à long terme, le prix à payer pour l'introduction d'un prix étant celui de la disparition d'une norme efficace d'approbation sociale (Janssen et Mendys-Kamphorst, 2004).

### 3.1 Un crowding out effect médical ?

Les travaux de Bénabou et Tirole (notamment 2003) ont donné une légitimité économique à cette problématique largement documentée et validée par les travaux empiriques en psychosociologie cognitive<sup>8</sup>. Les incitations extrinsèques rentrent en conflit avec les motivations intrinsèques quand l'agent mobilise la politique du principal pour découvrir la façon dont le perçoit le principal (« looking-glass-self »). Une politique incitative présente des « coûts cachés » en révélant à l'agent une information sur la confiance accordée par le principal. Elle modifie la représentation de l'interaction du côté de l'agent, qui peut utiliser la politique du principal comme un signal de la façon dont le principal le « calcule ». Cependant, une politique incitative n'a pas, par définition, des effets négatifs et toutes les récompenses ne sont pas contreproductives. Quand les incitations sont perçues comme un « défi à relever » (forfait si un seuil élevé de dépistage est atteint par exemple), MI et ME sont complémentaires, et les ME sont en fait des encouragements à l'effort (effet crowding in). Les effets incitatifs peuvent aussi, tout simplement, l'emporter sur l'effet « crowding out » ; selon Frey, 1997, l'intervention du principal ne détériore la performance de l'agent qu'en cas d'effet disciplinant nul ou d'effet crowding out supérieur à l'effet disciplinant<sup>9</sup>.

Les rares études appliquées aux médecins révèlent que certains types d'incitation peuvent engendrer un effet « crowding out », en dégradant les conditions de travail perçues par le médecin, alors que d'autres types d'incitation peuvent être à la source d'un effet « crowding in », en améliorant les compétences des médecins au travers d'une « politique de développement personnel (Gené-Badia et alii, 2007) ou en créant les conditions d'une plus grande autonomie, valorisant « les valeurs professionnelles » (McDonald et alii, 2007).

L'économie de la santé s'est ainsi saisie récemment de cette problématique non seulement du fait de la prégnance des motivations intrinsèques mais aussi parce que les conditions de validité de l'effet d'éviction résonnent à l'économiste de la santé soucieux d'application de politique publique<sup>10</sup>. En l'absence d'études expérimentales appliquées aux médecins français, on peut s'appuyer sur les réactions déclarées des médecins suite aux différents mécanismes incitatifs introduits en France ces dernières années dans le secteur ambulatoire. La politique publique d'incitation du médecin a connu des évolutions contrastées depuis 20 ans. Avec la création du secteur 2, il s'agit de satisfaire la revendication de liberté tarifaire de la profession sans alourdir les prélèvements publics. La hausse des prix est présentée comme la contrepartie d'une médecine de qualité : l'effort d'allongement de la durée de consultation dans un cadre de paiement à l'acte reçoit un dédommagement financier. Dans les années 90, la politique visant à influencer sur les négociations entre partenaires sociaux et à les orienter vers la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (MMDS) a laissé place à une intervention plus directe de l'État. En médecine ambulatoire, il s'agit d'acheter la coopération des médecins à la politique d'encadrement et de codification des soins, dans le cadre de l'assignation d'un objectif de dépenses. Dans les années 2000, l'accent est mis sur la prescription de médicaments et l'encouragement de pratiques moins coûteuses à l'assurance maladie (génériques, protocoles)<sup>11</sup> et à la coordination des soins dans le cadre des dispositifs « médecins référent » et

---

<sup>8</sup> « Given the large body of evidence that accumulated in this area over the last three decades, economists have, in our view, ample reason to take the possibility of crowding out intrinsic motivation seriously » (Fehr et Falk, 2002, p. 716).

<sup>9</sup> Selon la terminologie introduite par B. Frey, l'effet disciplinant porte sur le coût de la tricherie alors que l'effet crowding out » porte sur la MI de l'agent.

<sup>10</sup> « plusieurs économistes se sont employés à souligner l'effet d'éviction de bonne volonté que pouvait avoir la mise en concurrence d'acteurs mus par des considérations autres que purement égoïstes » (Rochaix, 2004, p. 575).

<sup>11</sup> Respect et développement des accords de « bon usage de soins » mais aussi diminution des prescription d'arrêt de travail.

« médecin traitant ».

Cette politique d'« effort for the money » selon l'expression de B. Frey est efficace si elle s'adresse à des individus qui sont effectivement très sensibles à l'incitation financière. Or, il semble que les médecins témoignent d'un certain inconfort face à la politique qui cherche à les récompenser ; celle-ci serait perçue comme un contrôle et comme une perte de liberté. Cette monétarisation des récompenses peut être jugée inique et, de ce fait, affecter la motivation intrinsèque. Cette critique se repère quand les médecins déclarent trouver injuste la politique incitative qui leur est destinée.

### **3.2 Fragilité des motivations intrinsèques et rôle du sentiment d'injustice : retour aux données**

Le sentiment d'injustice exprimé peut être perçu comme un biais inhérent aux données déclaratives et de ce fait être considéré comme peu fiable. Pourtant, un nombre de travaux croissant, dans la lignée de certains résultats fournis par la sociologie compréhensive tendent à donner du crédit aux dires des acteurs (Boltanski et Thévenot, 1991, Dubet, 2006). Ces enquêtes montrent, en effet, que lorsque l'on interroge des individus, ceux-ci parviennent à justifier le caractère injuste d'une situation. Ce faisant, ils modélisent « en creux » une théorie de la justice en se conduisant, en quelque sorte, comme des philosophes même si leur théorie de la justice est spontanée ou profane. Ainsi, nous considérons que les critères de justice peuvent être vus comme une référence normative qui encadre les modèles d'action et que les acteurs sont capables de justifier. Une telle référence normative fournit le ressort à l'activation des différentes sortes de motivation.

Il est temps maintenant de revenir aux données statistiques et au dernier résultat du tableau 3. Notre but est ici de montrer qu'un médecin trouvant injuste la mise en place par l'Etat de mécanisme de régulation tend à perdre en motivations intrinsèques. Pour poursuivre et étendre ce raisonnement, nous utiliserons la question suivante ; « trouvez-vous la mise en oeuvre des actions de bon usage des soins, visant à endiguer l'augmentation des dépenses de soins, injuste à votre égard ? ».

Le coefficient associé à cette question est négatif et fortement significatif ( $p=0.02$ ) : un médecin jugeant être injustement traité par les pouvoirs publics s'avère moins motivé intrinsèquement qu'un médecin n'éprouvant pas ce sentiment. La modélisation Tobit montre donc que l'expression d'un sentiment d'injustice est associée, toutes choses égales par ailleurs, à une minoration des MI engagées dans une action de prévention. Faute de données temporelles, la statistique ne permet pas d'identifier le sens de la causalité : une faible MI peut venir majorer le sentiment d'injustice, tout autant que le sentiment d'injustice pourrait bien –comme dans la théorie– détruire les MI. Nous ne pouvons ici que relever la *corrélation* entre injustice ressentie et motivations intrinsèques.

## **Conclusion**

Les actions de « bon usage des soins » font partie des mécanismes d'incitations économiques visant à endiguer l'augmentation des dépenses de santé. Or quand la politique économique est jugée « injuste », selon la théorie, elle renforce la saillance de l'extrinsèque dans les motivations du médecin. Le médecin est par exemple amené à modifier son attitude en adoptant un raisonnement économique, alors que celui-ci pouvait rester relégué en arrière plan au profit de l'intrinsèque. L'un des avantages de la notion de MI est de souligner que les individus peuvent mettre en avant différentes facettes de leur identité. Celle-ci n'est donc pas unique et invariante (Bessis et alii, 2006). Si l'on dote les individus d'une capacité réflexive, il est possible d'imaginer que les individus modifient l'équilibre de leurs motivations sous l'effet de mesures nouvelles de politique économique. Ils sont conduits à ré-agencer les deux types de motivations pour prendre leur décision. Ce recadrage de la situation les amène dans certains cas à activer les motivations extrinsèques et à rejeter dans l'arrière plan les motivations intrinsèques.

Ces hypothèses, ainsi que les résultats statistiques trouvés sur le panel de médecins, sont en phase avec la littérature qui met en avant trois facteurs aggravant du mécanisme d'éviction qui semblent jouer en économie médicale :

- C'est plus la saillance du bonus que le bonus lui-même qui joue un rôle d'éviction (Croxson et alii, 2001). En exhibant les revalorisations tarifaires comme contrepartie d'un engagement dans la MMDS, la politique publique incitative révèle la faible confiance accordée au médecin pour adopter spontanément un comportement pro social. L'affichage de la suspicion des pouvoirs publics rejaillit négativement sur l'engagement du médecin.
- La perception des récompenses comme un contrôle (James, 2005). L'éviction de motivations intrinsèques est d'autant plus forte que les récompenses sont perçues comme du « monitoring », ce qui semblent être le cas pour les médecins. La dénonciation d'une maîtrise comptable par la profession quand les pouvoirs publics cherchent à s'attacher son soutien par l'expression « maîtrise médicalisée » en constitue une illustration.
- L'effet de « locus-of-control » (Garrouste et Smirnova, 2004). Quand l'agent attribue sa performance à l'environnement plus qu'à son propre effort (autodétermination), une incitation extrinsèque signale la difficulté de la tâche à réaliser et indique un fort doute du principal en la capacité de l'agent à réaliser cette tâche. Cette configuration de « locus-of-control » externe<sup>12</sup> accélère l'effet d'éviction. Par ex., le discours médical ordinaire attribue le nombre d'actes médicaux réalisés non pas à un « effet médecin » mais à un effet de la morbidité du moment et attribue à l'environnement (« l'épidémie de grippe »), un rôle central sur les dépenses.

Nous sommes évidemment bien loin de pouvoir retrouver ces différentes dimensions du « crowding out effect » dans l'étude statistique réalisée, mais il nous semble que celle-ci constitue une première contribution à l'évaluation (quantitative...) du phénomène : le sentiment d'injustice apparaît effectivement lié à une péjoration des motivations intrinsèques dans les pratiques de prévention médicalisées ; ce qui donne corps à la théorie.

#### Annexe :

Liste des questions utilisées pour construire le score de prévention :

Avec quelle fréquence réalisez-vous les actions de prévention suivante ?

Proposer une mammographie de dépistage du cancer du sein à vos patients entre 50 et 75 ans, tous les deux ans

Proposer un sevrage tabagique chez vos patients fumeurs

Repérer des problèmes de poids chez l'enfant

Relever l'Indice de Masse Corporelle des patients et le situer au regard des seuils

Proposer l'utilisation d'un carnet alimentaire chez vos patients obèses

Informers les jeunes patients sur la contraception

Proposer un test Hemocult à tous vos patients et patientes entre 50 et 75 ans, tous les deux ans

Proposer une information aux patients sur les risques de l'automédication

Repérer les éventuels effets iatrogènes des polyprescriptions chez les personnes âgées

Proposer une consultation annuelle de prévention

En cabinet, utilisez-vous des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risques ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles ?

Demandez-vous à vos patients s'ils fument ?

A quel rythme posez-vous cette question à vos patients ?

Demandez-vous à vos patients fumeurs s'ils ont l'intention d'arrêter de fumer ?

A quel rythme posez-vous cette question à vos patients fumeurs ?

Lors de la prise en charge d'un sujet tabagique, évaluez-vous le degré de dépendance de vos patients fumeurs ?

Pour toutes ces questions (à l'exception des questions 4 et 6) l'échelle de réponse proposée était : très souvent (4), souvent (3), parfois (2), jamais (1), ne sais pas (0), non réponse (0). Pour les questions 4 et 6 l'échelle de réponse était : à chaque consultation (4), fréquemment (3), pas de rythme précis (2), à l'occasion d'un problème de santé lié au tabac (1), ne sais pas (0), non-réponse (0). Le score a été obtenu en faisant la somme des réponses à ces 16 questions. L'alpha de Cronbach des 16 questions s'élevait à 0,744 permettant de conclure à la fiabilité du score de prévention.

<sup>12</sup> Dans une configuration de « locus-of-control » interne, l'agent croit que sa propre action détermine la récompense.

## Bibliographie

- ARROW K.J. (1963), « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American economic review*, n°53, p. 941-973.
- AULAGNIER, M. VIDEAU, Y, COMBES, JB, VENTELOU, B., (2007), « Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence Alpes Côte d'Azur », *Revue Pratiques et Organisation des Soins*, à paraître.
- BARDEY D. (2002), « Demande induite et réglementation de médecins altruistes », *Revue économique*, Vol 53, n°3, p. 581-588.
- BATIFOULIER P., EYMARD-DUVERNAY F, FAVEREAU O. (2007), « Etat social et assurance maladie. Une approche par l' Economie des conventions », *Economie Appliquée*, 60 (1), mars, pp. 203-229.
- BATIFOULIER P., GADREAU M. (2006), « Comportement du médecin et politique économique. Quelle rationalité pour quelle éthique ? », *Journal d'Economie Médicale*, 24 (5), pp. 229-240.
- BÉNABOU R., TIROLE J. (2003), « Intrinsic and extrinsic motivation », *Review of economic Studies*, 70, pp. 489-520.
- BESSIS, F, CHASERANT C., FAVEREAU O., THEVENON, O. (2006), « L'identité sociale de l'homoconventionalis » in Eymard-Duvernay F. (Éd.), *L'Économie des conventions, méthodes et résultats*, Tome 1. Débats, Paris, La Découverte, pp. 181-198.
- BLOCHE M. G. (2001) "The market for medical ethics", *Journal of health politics, policy and law*, Vol. 26, n°5, pp. 1099-1112.
- BOLTANSKI L., THEVENOT L. (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Gallimard.
- CROXSON B., PROPPER C., PERKINS A. (2001), "Do doctors respond to financial incentives ? UK family doctors and the GP fundholder scheme", *Journal of public economics*, 79, pp. 375-398.
- De JAEGHER K. et JEGERS M. (2000) "A model of physician behaviour with demand inducement", *Journal of health economics*, n° 19, p. 231-258.
- DECI E. L. (1971), « Effect of externally mediated rewards on intrinsic motivation », *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, pp. 105-115.
- DOMENIGHETTI G. (1995), " Incertitude médicale : justification éthique de la demande induite ", *Journal d'économie médicale*, T.13, n°7-8, p.353-362.
- DUBET F. (2006), *Injustices. L'expérience des inégalités au travail*, Seuil,
- FEHR E., FALK A. (2002), "Psychological foundations of incentives", *European economic review*, Volume 46, pp. 687-724.
- FREY B.S. (1997 ) "Not just for the money : an economic theory of personal motivation", Edward Elgar, Cheltenham, UK.
- GARROUSTE P., SMIRNOVA M. (2004), « Locus of control et crowding out effect », Communication au colloque « Coordination failures : theories and policies », Université Paris X-Nanterre, juin.
- GENE-BADIA. J., ESCARAMIS-BADIANO G., SANS-MORALES M., SAMPIETRO-COLOM L., AGUADO-MENGUY F., CABEZAS-PENA C., GALLO de PUELLES P. (2007), "Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care", *Health Policy*, 80, pp. 2-10.
- GNEESY U., RUSTICHINI A. (2000) « A fine is a price », *Journal of Legal Studies*, 24, pp. 1-17.
- HARSANYI J. (1955), "Cardinal welfare, individualistic ethics, and interpersonal comparisons of utility", *Journal of Political Economy*, 63, p 309-321.
- JAMES H. (2005), "Why did you do that? An economic examination of the effect of extrinsic compensation on intrinsic motivation and performance", *Journal of economic psychology*, 26, pp. 549-566.

JANSSEN M., MENDYS-KAMPHORST E. (2004), "The price of a price : on the crowding out and in of social norms", *Journal of economic behavior and organization*, Vol. 55, pp. 377-395.

KHALIL E. (2004), « What is altruism ? », *Journal of economic psychology*, vol. 25, p. 97-123.

KREPS D.M. (1997) "Intrinsic motivation and extrinsic incentives", *AER, Papers and Proceedings*, 87 (2), pp. 359-364.

LEVY-GARBOUA L, MEIDINGER C. et RAPOPORT B. (2006), « The formation of social preferences: some lessons from psychology and biology » in *Handbook of economics of giving, reciprocity and altruism*, S.C. Kolm et J. Mercier-Ythier eds., Vol. 1, North Holland, pp. 545-613.

McDONALD R, HARRISON S., CHECKLAND K., CAMPBELL S., ROLAND M. (2007), "Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care : ethnographic study", *British Medical Journal*, 334, pp. 1357-1359.

NARCY M. (2007), « *Motivation intrinsèque et équité salariale. Une comparaison ente le secteur associatif et le secteur privé* », Thèse de doctorat de sciences économiques, Paris II.

ROCHAIX L. (1997), « Asymétrie d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Economie et prévision*, n°129-130, p. 11-24.

ROCHAIX L. (2004), "Concurrence et assurance santé, entre vœux pieux et vieux démons", *Revue d'Economie Politique*, n° 5, Volume 114, pp. 575-576.