

# LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

## LE MOT DU PRÉSIDENT

Ce numéro de La Lettre du Collège paraît avec quelques mois de retard. Le lecteur voudra bien nous en excuser tant la période récente a été compliquée et lourde sur le plan matériel. C'est en fait une sorte de nouveau Collège qui est né au début de 2012 avec de nouveaux locaux et un nouveau « modèle économique », plus économe et plus proche de la « société savante » traditionnelle que le précédent. Chacun connaît les raisons de cette mutation structurelle. Ne pouvant plus compter sur des subventions publiques ou privées et ne voulant pas se transformer en prestataire de services à la quête permanente de contrats d'étude ou de recherche, le CES a dû mettre son mode de fonctionnement en accord avec des ressources limitées. La nécessité de cette évolution, à laquelle le CA réfléchissait depuis longtemps, a été précipitée par un incroyable événement survenu au cours de l'année 2011. Une salariée, assistante de gestion en contrat de préprofessionnalisation, a détourné à son profit et au détriment du collège, plus de 15.000 euros sur les 6 premiers mois de l'année. Le mode opératoire de cette escroquerie, par prélèvements répétés de petits montants égaux à des factures réelles, en a rendu difficile la détection. Alertés par une baisse plus rapide que prévue de la trésorerie, le secrétaire général et le trésorier ont finalement découvert l'ampleur de l'escroquerie en pointant tous les paiements de l'association. Le processus a été très long – et coûteux – car il a fallu obtenir de la banque les copies de tous les chèques suspects. Bien entendu, une plainte avec constitution de partie civile a été déposée au Commissariat du 12<sup>ème</sup> arrondissement. L'Affaire est en cours d'instruction. Parallèlement, il fallait colmater la brèche dans la trésorerie qui pouvait conduire à une situation de cessation de paiement. Nous avons négocié, à court terme un prêt bancaire et, à cette fin, élaboré un véritable plan de retour à l'équilibre financier pour le début 2012. Nous comptons pour cela sur les recettes prévisionnelles des colloques organisés par le CES, notamment la journée franco-britannique organisée en Janvier à Aix-en-Provence et, côté dépenses sur les résultats d'un plan de maîtrise dont le point principal était l'abandon des locaux de la rue de Cîteaux. Le CES est désormais abrité par le CERMES3 sur son site de Villejuif. La résiliation anticipée du bail de la rue Cîteaux et le déménagement fin décembre, ont également causé quelques complications dont on épargnera les détails au lecteur. La bonne nouvelle, c'est que les choses se sont déroulées comme nous l'avions prévu dans nos comptes prévisionnels et dans nos plans de trésorerie et que nous sommes maintenant sortis de la situation d'urgence qui a failli être fatale à l'association. La parution de cette nouvelle édition de la Lettre marque la normalisation du fonctionnement du CES après 6 mois de tempête. Cette issue favorable n'aurait pas été possible sans le soutien actif dont le CES a bénéficié. Je tiens à remercier très chaleureusement la direction du CERMES3, Jean-Paul Gaudillère et Martine Bungener, qui ont mis à notre disposition des locaux qui permettent un fonctionnement optimal du Collège. Je remercie non moins chaleureusement Bruno Ventelou et toute l'équipe marseillaise qui a formidablement réussi le rendez-vous CES-HESG de Janvier. Et bien-sûr Thomas Barnay qui a été en première ligne ainsi que les membres du CA qui ont « mouillé la chemise » pour nous sortir de ces péripéties, tout spécialement Bruno Detournay et Gérard de Pouvourville. Nous nous retrouverons tous très bientôt lors de l'AG que nous préparons activement. Ce sera le moment de célébrer la renaissance de ce CES-Phoenix auquel nous sommes tous très attachés et auquel nous souhaiterons une vie longue et paisible dans ses nouveaux habits.

Claude LE PEN

LeDa, LEGOS, Université Paris Dauphine

## ÉDITORIAL :

### Motivations des généralistes et points de vue des patients n'auraient-ils, pour les économistes, aucun rapport entre eux ?

S'interroger sur les moyens, notamment le recours aux incitations financières, d'agir sur les motivations et les comportements des généralistes pour l'un, discuter les apports d'une meilleure considération des points de vue des patients et les façons de les prendre en compte pour l'autre, sont les sujets retenus dans cette lettre du CES. Ce sont dans les deux cas, des thèmes majeurs de la politique de santé récente de notre pays visant à obtenir de meilleurs résultats dans les soins prodigués et à en accroître la performance, mais aussi des objets d'étude dont se sont largement emparés les économistes de la santé. L'un et l'autre texte évoquent ainsi de façon pertinente un certain nombre de travaux s'y rapportant.

Et s'agissant de ces questions, chacun jugera sans doute qu'associer ici généralistes et patients dans la réflexion politique comme dans l'appel aux travaux plus académiques est légitime et opportun. Pourtant, et cela ouvre à mon sens beaucoup de questions ; aucun des textes n'associe même de façon très générale les deux termes et donc a fortiori ces deux acteurs majeurs du système de soins. Il n'est jamais fait mention des patients, et de leur rôle possible, dans l'article sur les incitations en direction des généralistes et inversement, le texte sur le point de vue des patients s'il ne peut échapper à l'éventualité du choix des soins n'évoque pas l'interaction généraliste / patient, ni même médecin / patient, pourtant essentielle dans la possibilité concrète d'expression d'un choix suivi d'effets.

Comment comprendre et interpréter cette absence de considération de la relation au patient lorsqu'on évoque l'importance des motivations extrinsèques et intrinsèques en médecine générale ? La satisfaction directe que le généraliste retire de son action n'est pas désincarnée et prend son sens dans la prestation intellectuelle ou technique qu'il a fourni à son patient dans une relation thérapeutique mais aussi préventive ou relevant d'une approche de santé publique.

Et si les articles de psychologie référencés n'y font pas allusion, de nombreux travaux sociologiques le montrent sans ambiguïté. C'est apparemment une même démarche d'appel à la seule discipline psychologique qui pourrait expliquer la conception étroite retenue pour évoquer les difficultés et enjeux de la prise en compte du point de vue des patients, délibérément détaché de tout contexte situé.

C'est négliger un peu vite qu'en la matière la loi et les réglementations sont venues reconnaître et entériner une place déjà occupée par les patients qu'il s'agissait de consolider plus que de créer. Il en est de même pour la temporalité des phénomènes d'acquisition de compétences des patients ou des associations initiés bien avant qu'on s'en préoccupe. Quant à l'expression du choix et des préférences des patients, elle est souvent fortement contrainte par l'absence même de choix pour le prescripteur. Il est sans doute temps pour l'économie et les économistes, sur de tels sujets, de s'émanciper d'une vision trop médico-centrée et trop segmentée des acteurs, des situations et des variables étudiés.

**Martine BUNGENER**

Directeur adjoint du CERMES3

## DIFFICULTES ET ENJEUX DE LA PRISE EN COMPTE DU POINT DE VUE DES PATIENTS

**Depuis le début des années 1990, les systèmes de santé accordent un intérêt croissant au rôle des patients et des usagers dans l'organisation de l'offre de soins<sup>1</sup>. En 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé affirmait que les systèmes de santé devaient avoir pour objectif d'améliorer la santé des populations, d'être équitablement financés et aussi de répondre durablement aux attentes des patients pour des aspects non cliniques (e.g. dignité, autonomie, confidentialité)<sup>2</sup>. De même, dans son rapport publié en 2001, intitulé "Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century" l'Institut de Médecine des Etats-Unis identifie l'orientation des soins vers le patient (patient-centered care) comme un des six objectifs que doit poursuivre un système de santé de haute qualité. Le concept de soin centré sur le patient est défini comme « la délivrance de soins respectueux et sensibles aux préférences individuelles des patients, à leurs besoins et à leurs valeurs »<sup>3</sup>.**

En France, le rôle du patient dans l'organisation des soins fait également l'objet d'un intérêt particulier depuis le début des années 2000 au travers notamment de la multiplication de lois visant à améliorer la qualité des soins et du système de santé. Ainsi la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît à tout patient le droit d'être informé sur son état de santé (Article L.1111-2). La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie favorise la coordination des soins en instaurant les dispositifs de « médecin traitant » (Article L.162-5-3) et de « parcours de soins » (Article L.162-4-2). Plus récemment la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) renforce le rôle du médecin généraliste en tant qu'acteur de premier recours pour assurer une prise en charge continue des patients « dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité » (Article L.1411-11). Les missions du médecin généraliste sont définies (Article L.4130-1) et établissent une

1 RYAN M, SCOTT DA, REEVES C, et al. Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. Health Technology Assessment, 2001, 5, 5, 194 p.

2 World Health Organization (WHO). Health systems: Improving performance. The World Health Report, 2000, 215 p.

3 Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine Report, 2001, 316 p.

liste importante de prérogatives : contribuer aux actions de prévention et de dépistage ; orienter les patients dans le système de soins ; s'assurer de la coordination des soins ; veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés ; s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ; participer à la permanence des soins.

Trois principales évolutions expliquent cet intérêt croissant accordé au rôle des patients et des usagers dans l'organisation des systèmes de santé. Premièrement, la satisfaction des besoins des patients est devenue progressivement un objectif en soi des réformes visant à améliorer la qualité des soins, notamment en milieu hospitalier. Deuxièmement, l'incidence croissante des maladies de longue durée ou maladies chroniques<sup>4</sup> participe à l'émergence et au renforcement de nouveaux besoins notamment en termes de coordination des recours au système de santé, de prévention des complications ou encore d'implication du patient dans la prise en charge de son ou ses problèmes de santé de longue durée. Troisièmement, dans les situations cliniques caractérisées par un niveau relativement élevé d'incertitude concernant les bénéfices et risques des différentes options thérapeutiques, par exemple dans le domaine du Cancer, il est recommandé d'associer le patient à la prise de décision médicale (shared decision making)<sup>5</sup>. Cependant la prise de décision médicale constitue un processus complexe et les préférences des patients et des professionnels de santé peuvent diverger.

Les bénéfices attendus d'une plus grande prise en compte du point de vue des patients sont de meilleurs résultats de santé via notamment l'observance thérapeutique, une meilleure utilisation des ressources médicales (utilisation appropriée, dans le

temps et en volume, des différentes offres de soins, etc.) et une perception améliorée de la qualité du système de santé<sup>6,7</sup>. Ainsi, une plus grande prise en compte des préférences des patients est un facteur potentiel d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des systèmes de santé. De plus dans un contexte de limitation des ressources allouées à la santé, les préférences des patients et des usagers peuvent être intégrées dans la priorisation des interventions et améliorer l'allocation des ressources.

Malgré la multiplication des études et des méthodes consacrées à l'étude du point de vue des patients et des usagers, de nombreuses interrogations méthodologiques et théoriques subsistent sur la validité des résultats et leurs possibilités d'utilisation dans la décision publique.

En pratique, les approches les plus répandues consistent en des enquêtes d'opinion telles que les enquêtes de satisfaction ou celles interrogeant d'autres construits socio-psychologiques (e.g. importance, qualité perçue). Ces enquêtes sont généralement caractérisées par une liste relativement longue de questions (généralement plus de 20 items) permettant de couvrir différents aspects du soin. Chaque patient est alors amené à évaluer chacun des aspects, le plus souvent à l'aide d'une échelle de notation (e.g. très bon, bon, acceptable, faible, très faible). Si ces méthodes permettent de couvrir de façon quasi-exhaustive les différentes dimensions de la qualité du soin du point de vue des patients, elles se heurtent à deux limites fortes que sont d'une part leur faible capacité discriminante et la difficile utilisation de leurs résultats dans une perspective de décision publique<sup>8</sup>. En effet, les enquêtes d'opinion ignorent la notion de coût d'opportunité, les patients ne sont pas amenés à faire des « sacrifices » lorsqu'ils évaluent les différents aspects du soin et par conséquent tous les aspects peuvent potentiellement obtenir les meilleures ou pires notations. De plus, les évaluations des patients sont le plus souvent effectuées sur des échelles de type nominale ou ordinale, qui fournissent une information imprécise sur le point de vue des patients.

4 PAITA M, WEILL A. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. *Points de repère*, 2009, 27, 12 p.

5 KASSIRER JP. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *N Engl J Med*, 1994, 330, p.1895-1896

6 SWIFT JK, CALLAHAN JL. The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65(4):13.

7 Preference Collaborative Review Group. Patients' preferences within randomized trials: systematic review and patient level meta-analysis. *British Medical Journal*. 2008;337.

8 WILLIAMS B. Patient satisfaction: a valid concept. *Social Science & Medicine*. 1994; 38:509-516.

La théorie économique a apporté plusieurs alternatives méthodologiques à ces techniques d'enquêtes classiques regroupées sous l'appellation méthode d'évaluation contingente (e.g. pari standard, arbitrage temporel). Ces méthodes sont davantage appropriées pour comprendre les arbitrages effectués par les patients entre les différents aspects du soin (e.g. qualité versus prix, etc.). Mais elles ont également été critiquées pour leur relatif manque de réalisme, notamment en termes de description des situations de choix<sup>9</sup>.

Plus récemment d'autres méthodes développées en marketing et connues sous le nom de méthode d'analyse conjointe (conjoint analysis survey), de choix discrets (discrete choice experiment)<sup>10</sup> et d'échelonnement du meilleur au pire (best-worst scaling)<sup>11</sup> ont été utilisées en santé. Ces approches consistent à placer les patients dans plusieurs situations de choix successives dans lesquels ils sont confrontés par exemple à différentes options de traitements décrites à l'aide de plusieurs caractéristiques tel que le prix, la durée du traitement ou encore l'efficacité.

A partir de ces données de choix hypothétiques, l'expérimentateur va être en mesure d'évaluer à la fois l'impact relatif de chacune de ces caractéristiques dans la prise de décision des patients, ainsi que la probabilité de sélection des différentes options de traitement à caractéristiques données.

Les récents développements de ces méthodes offrent des opportunités intéressantes pour analyser les préférences des patients au niveau individuel. Premièrement cette évolution permet de mieux caractériser l'hétérogénéité des préférences des patients pour les dispositifs sanitaires (traitements, prise en charge, dépistage/prévention) et donc de mieux cibler et définir l'offre de soins (i.e. stratégie de segmentation) pour répondre plus efficacement à la demande de soins. Deuxièmement l'étude des préférences des patients au niveau indi-

viduel autorise une analyse plus précise des processus psychologiques (heuristiques) utilisés par les patients et en conséquence permet d'identifier les dispositifs à mettre en œuvre pour faciliter la participation des patients et des usagers à la prise de décision en santé.

Depuis le milieu des années 70 de nombreuses études ont mis en évidence l'existence d'effets de contexte influençant fortement l'expression du point de vue des patients (e.g. effet de cadre, effet d'ordre, etc.)<sup>12 13</sup>.

Ces résultats sont aujourd'hui utilisés pour définir des protocoles de prise en charge médicale davantage adaptés aux capacités et besoins des patients, en évitant par exemple les situations de prise de décision « brutale » (rash decision) liées à l'impact émotionnel consécutif à l'annonce d'une maladie grave.<sup>14</sup>

Au final, si une meilleure prise en compte des préférences des patients dans la pratique quotidienne semble constituer un moyen efficace pour améliorer la qualité des systèmes de santé, il semble encore nécessaire de développer la recherche, notamment à l'aide d'études réalisées en conditions expérimentales.

Il est également nécessaire de prendre en compte la dimension temporelle pour évaluer les retombées d'une participation accrue des patients et des usagers à l'organisation du système de santé, que ce soit au niveau de la décision thérapeutique ou de l'amélioration de la sécurité de soins. En effet, cette évolution requiert un changement de statut du patient avec notamment l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances, ce qui nécessite une perspective d'évaluation de moyen ou long-terme.

**Nicolas KRUCIEN** CERMES3  
**Nathalie PELLETIER-FLEURY** CERMES3

9 CARSON RT. Contingent Valuation: A Comprehensive Bibliography and History. Edward Elgar Publishing, 2011. 455 p.

10 DE BEKKER-GROB EW, RYAN M, GERARD M. Discrete choice experiments in health economics: a review of the literature. Health Economics. 2012;21(2):27.

11 FLYNN TN, LOUVIERE JJ, PETERS TJ, COAST J. Best-worst scaling: What it can do for health care research and how to do it. J Health Econ, 2007, 26, 1, p.171-189.

12 TVERSKY A, KAHNEMAN D. The framing of decisions and the psychology of choice. Science, 1981, 211, p.453-458

13 THALER R, SUNSTEIN C. Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. New York: Penguin Group, 2008, 320 p.

14 WHEELER DC, SZYMANSKI KM, BLACK A, NELSON DE. Applying strategies from libertarian paternalism to decision making for prostate specific antigen (PSA) screening. BMC Cancer, 2011, 21, p.148-159

## LA NOUVELLE CONVENTION MEDICALE : UNE MISE A L'ÉPREUVE DES MOTIVATIONS DES MEDECINS GENERALISTES ?

Depuis 2002, la régulation de la médecine générale repose de manière croissante et concomitante sur les incitations économiques et la contractualisation afin d'agir sur le comportement des médecins dans le sens d'une amélioration des pratiques (en matière d'efficacité des prescriptions, de prévention et de santé publique...), toujours dans le cadre d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Dans cette optique, se sont succédés les contrats de bonnes pratiques (CBP), les accords de bon usage des soins (AcBUS), les contrats de santé publique (CSP) et le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), qui ont contribué progressivement à faire évoluer le mode de rémunération des médecins généralistes à la fois en introduisant une part plus grande de forfaitisation, le paiement à l'acte restant cependant très largement majoritaire, et en liant un peu plus chaque fois rémunération et performance. Une étape supplémentaire a été franchie dans la dernière convention médicale du 26 juillet 2011 avec la généralisation du paiement à la performance comme composante d'un système de rémunération mixte, à côté du paiement à l'acte et d'une partie forfaitaire proportionnelle au nombre de patients et récompensant le médecin traitant pour son activité de coordination de la prise en charge des patients et de gestion du dossier médical (tâches administratives).

Du point de vue de l'économiste, cette évolution majeure va dans le bon sens car la théorie nous enseigne qu'un schéma de paiement mixte possède les vertus incitatives les mieux à même d'induire, de la part du médecin, un comportement optimal en termes d'arbitrage quantité-qualité des soins<sup>15 16</sup>. En effet, il permettrait d'équilibrer les avantages et les inconvénients de chacun des schémas de paiement purs, cela même lorsque la qualité est multidimensionnelle et que certaines de ses dimensions ne peuvent

faire l'objet d'un « contrat » (qualité du diagnostic médical par exemple)<sup>17 18</sup>.

De plus, il semblerait qu'introduire une part de paiement à la performance dans la rémunération des médecins pourrait être bénéfique en termes de qualité des pratiques à la fois concernant les indicateurs qui font l'objet du « contrat » entre assurance-maladie et médecins (objectifs de santé publique tels la mesure du taux d'hémoglobine glyquée pour les patients diabétiques) mais aussi pour les éléments de qualité de pratique difficilement contractualisables qui lui sont étroitement liés (par exemple, des conseils diététiques, et plus généralement toutes les tâches relevant d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient)<sup>19</sup>.

Cependant, les retombées positives que l'on est en droit d'attendre de l'instauration de ce mode de paiement mixte (notamment sur son volet paiement à la performance), illustrées par les premiers résultats du CAPI (cf. lettre du CES de septembre 2010), sont à envisager avec prudence. En effet, l'efficacité des contrats incitatifs repose sur l'hypothèse sous-jacente que les individus, et en ce qui nous concerne ici, les médecins généralistes, réagissent toujours positivement aux incitations économiques, ce qui revient à supposer que le principal moteur de l'action humaine est en grande partie extrinsèque à l'activité réalisée. Or, le domaine médical, notamment dans le champ de la promotion de la santé et de la santé publique, est propice à l'expression de motivations intrinsèques correspondant au fait d'effectuer une tâche pour la satisfaction directe que l'on en retire, sans attendre de récompenses ni chercher à éviter un quelconque sentiment de culpabilité.

D'une part, car la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions de prévention fait l'objet de freins qui ne sont pas strictement

15 Ellis, R., McGuire, T.G. (1990). Optimal Payment Systems for Health Services. *Journal of Health Economics*, 9(4), 375-396.

16 Newhouse, J.P. (1996). Reimbursing Health Plans and Health Providers: Selection Versus Efficiency in Production. *Journal of Economic Literature*, 34(3): 1236-1263.

17 McGuire, T.G. (2000). "Physician Agency". In: A.J. Cuyler & J.P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: North-Holland, vol. 1: 461-536.

18 Eggleston, K. (2005). Multitasking and Mixed Systems for Provider Payment. *Journal of Health Economics*, 24(1): 211-223.

19 Glazer, J., McGuire, T., Normand, S-L.T. (2008). Mitigating the Problem of Unmeasured Outcomes in Quality Reports. *The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy*, 8(2): (Contributions), Article 7.

d'ordre pécuniaire (le manque de temps et la résistance des patients sont les deux facteurs les plus souvent cités), les médecins considérant par ailleurs qu'offrir une rémunération spécifique serait loin d'être le meilleur remède (même s'ils sont tout de même 64% d'entre eux à l'envisager comme une solution)<sup>20</sup>.

D'autre part, car les médecins qui semblent les plus impliqués dans ce domaine sont aussi ceux qui expriment un réel intérêt vis-à-vis des questions de santé publique et considèrent la prévention comme partie intégrante de l'activité libérale du médecin ; d'aucuns allant même jusqu'à avancer qu'ils retirent de ces activités une satisfaction morale et un renforcement de l'estime de soi<sup>21</sup>. Dans le même ordre d'idée, il est intéressant de noter que parmi les médecins les plus engagés dans ce domaine, ils sont nombreux à attendre une meilleure reconnaissance du rôle du médecin en matière de prévention.

### L'importance des motivations intrinsèques en médecine générale

Tous ces éléments semblent plaider en faveur d'une place non négligeable des motivations intrinsèques (MI) au sein des motivations médicales dans le domaine de la santé publique. Il serait par conséquent difficilement concevable de ne pas se poser la question de l'existence potentielle d'une interaction entre les incitations économiques extrinsèques à l'œuvre dans ce nouveau schéma de paiement mixte et les MI des médecins. Or, si cette interaction peut être positive, les deux registres de motivations se renforçant mutuellement (on parle à ce titre d'effet d'entraînement ou "crowding-in effect"), elle peut dans certains cas s'avérer contreproductive, la logique marchande venant déstabiliser l'intérêt intrinsèque du médecin à réaliser une action particulière (on parle alors d'effet d'éviction des motivations intrinsèques par les motivations extrinsèques (ME) ou "crowding-out effect").

Selon l'approche séminale en psychologie cognitive développée par Deci et Ryan<sup>22</sup>, les MI des individus reposent sur les besoins d'autonomie et de compétence (auxquels ils ont ajouté, par la suite, le besoin d'appartenance sociale ou "need for relatedness" qui exprime le fait que les individus ont besoin de s'intéresser à autrui mais aussi qu'autrui leur porte un intérêt) : tout événement qui augmente le degré de compétence et d'autonomie perçues, y compris l'introduction d'incitations économiques, accroît les MI des individus, leur satisfaction globale augmentant du fait d'une plus grande motivation à la fois intrinsèque et extrinsèque. A l'inverse, si l'introduction d'un dispositif incitatif n'est perçue que comme un moyen de contrôle, alors la probabilité d'un effet d'éviction des MI est forte : c'est le cas notamment lorsque la récompense offerte est importante et que la justification de l'effort devient financière et non plus le « plaisir du travail bien fait ». Il y a donc une distinction très nette qui est faite entre l'aspect informationnel et l'aspect « contrôle » de la récompense : les MI sont impactées différemment selon que l'individu perçoit la récompense comme une information sur sa compétence (impact positif) ou comme un moyen d'infléchir son comportement dans le sens souhaité (impact négatif). Au final, la complémentarité ou substituabilité entre ME et MI dépend de la manière dont les premières affectent la compétence perçue et le sentiment d'autonomie des individus.

Cette approche semble pouvoir s'appliquer assez naturellement à l'exercice de la médecine générale en France puisqu'il s'agit d'une profession :

dont le niveau d'étude est a priori un gage de compétences (ou débouche tout du moins sur un sentiment de compétences de la part des acteurs) ;

qui s'inscrit dans un cadre libéral sous-tendu par un profond désir d'autonomie au travail ainsi qu'une aspiration forte à l'individualisation des pratiques ;<sup>23</sup>

dont l'une des activités principales, à savoir le fait d'établir un diagnostic face à une patho-

<sup>20</sup> Fournier, C., Buttet, P., Le Lay, E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale, in : Gautier A., Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.

<sup>21</sup> Aulagnier M., Videau Y., Combes J.-B., Sebbah R., Pa-raonaris A., Verger P., et al. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence – Alpes – Cote d'Azur. Pratiques et Organisation des soins, 2007, vol. 38, n° 4 : p. 259-268.

<sup>22</sup> Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. New York, NY: Plenum Press.

<sup>23</sup> Véga, A., Cabe, M-H., Blandin, O. (2008). Cessation d'Activité Libérale des Médecins Généralistes : Motivations et Stratégies. Dossiers DREES Solidarité et Santé, n°6 : 15 pages.

logie, peut être considérée comme un ensemble de tâches ayant un haut intérêt (tâches complexes nécessitant une réflexion, une attention et une implication particulière ainsi qu'une prise de décision permanente dont découle une responsabilité non négligeable - la vie humaine) ;

largement soumise à l'existence de normes professionnelles, d'une éthique (les professions médicales sont perçues comme étant substantiellement motivées par le désir d'aider les patients et caractérisées par un devoir de professionnalisme) que la régulation marchande peut venir heurter.

### Généralisation du paiement à la performance et motivations médicales

En tant que chercheur, la prise en considération de ce phénomène amène à percevoir la généralisation du paiement à la performance sous deux angles différents.

Un premier angle qui inviterait à la prudence concernant l'efficacité supposée de ce dispositif à améliorer les pratiques dans le domaine de la santé publique et de l'organisation du cabinet. Le relatif succès du CAPI (en termes d'adhésion et d'atteinte des objectifs), ne doit pas faire oublier que seuls les volontaires participaient à ce dispositif hors champ conventionnel. Même si les études ne semblent pas mettre en avant un profil particulier des médecins ayant adhéré au CAPI (selon leurs caractéristiques démographiques et l'historique de leurs comportements en matière de prévention), on ne peut exclure à ce jour que ce soit plutôt les médecins généralistes accordant une importance plus grande aux ME dans la détermination de leur comportement, et donc les plus réactifs aux incitations économiques, qui y aient participé. Par ailleurs, la rémunération de certains objectifs pourrait être perçue comme une relative perte d'autonomie du médecin (ex : utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié) ou interprétée comme un signe de défiance de la part de la tutelle car elle concerne des activités qui constitue le cœur de métier du médecin (ex : tenue du dossier médical informatisé). Cependant, il convient de préciser que pour des activités moins « attrayantes », telles que les tâches administratives (ex : télétransmission) ou le suivi au quotidien de certaines pathologies chroniques, on peut s'attendre en effet à un impact positif du paiement à la performance en termes de changement de comportement.

Un second qui consisterait à appréhender ce dispositif comme une expérience naturelle permettant de tester empiriquement l'existence potentielle d'un effet d'éviction des MI par les ME matérialisées par le paiement à la performance. Jusqu'ici aucun travail n'a pu véritablement trancher cette question dans le domaine de la santé, en raison notamment de la difficulté à opérationnaliser le concept de MI à l'aide d'indicateurs pertinents. Cependant, certains travaux empêchent d'exclure totalement l'hypothèse d'un probable effet d'éviction notamment dans le domaine de la promotion de la santé. En effet, une première étude a montré que la part des actes gratuits dans l'activité des omnipraticiens libéraux français (que l'on peut considérer en première approche comme un marqueur des MI) s'était réduite en raison de la multiplication des politiques incitatives de revalorisation tarifaire<sup>24</sup>. Une seconde étude a mis en évidence le fait que les médecins généralistes considérant comme « injustes » les actions de bon usage des soins encadrant leurs pratiques présentaient, toutes choses égales par ailleurs, une plus faible part relative des MI dans leurs motivations totales à faire de la prévention, ce qui pourrait s'interpréter comme un effet d'éviction. Il est à noter que ce dernier travail a constitué une première tentative de mesure empirique des MI dans le champ médical, en procédant à une décomposition des motivations des médecins à effectuer certaines actions préventives en MI et ME<sup>25</sup>.

La relative imperfection des indicateurs utilisés encourage à poursuivre ces travaux afin d'améliorer notre compréhension de la relation entre MI et incitations économiques et plus largement des moteurs de l'action humaine dans le domaine de la santé. La généralisation du paiement à la performance à l'ensemble des médecins conventionnés offre à ce titre une réelle opportunité qui, n'en doutons pas, ne manquera pas d'être exploitée.

**Yann VIDEAU**

Université Paris-Est Créteil, Erudite

<sup>24</sup> Batifoulier, P., Gadreau, M., Lievaut, J. (2009). La Décision Tarifaire : des Actes Gratuits aux Actes Chers. Les Effets Pervers de la Politique Publique. *Revue d'Économie Médicale*, 27(4): 222-234.

<sup>25</sup> Videau, Y., Batifoulier, P., Arrighi, Y., Gadreau M., Ven-telou, B. (2010). Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(5) : 301-311.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

#### **Les Coordonnées du Collège**

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,  
adressez votre courrier au :  
CES - Site CNRS - Bâtiment E - 7, rue Guy Môquet – 94802 Villejuif  
Tél. : +33 (0)1 49 58 33 72 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : [economistesdelasante@gmail.com](mailto:economistesdelasante@gmail.com)

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

#### **La Lettre du Collège :**

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay, Louis Mongrédien.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755