

Communication au séminaire SEPOSA Vendredi 1er Avril 2011

Une analyse théorique des politiques d'incitation du médecin à partir du concept de motivation intrinsèque¹

Da Silva Nicolas
niconds@hotmail.fr
Laboratoire ÉconomiX
Université Paris Ouest Nanterre La Défense

Introduction

Depuis le milieu des années 70 le débat sur la régulation des systèmes de santé en Europe s'est focalisé sur le problème de la hausse incontrôlée des dépenses socialisées (Palier, 2004). Afin d'assainir les comptes publics, une attention particulière a été portée sur le rôle stratégique du médecin dans le système de soin. En effet, théoriquement, celui-ci semble particulièrement avantagé par un surplus d'information au détriment du patient qui n'a pas d'autre choix que de suivre les indications du médecin. De plus, celui-ci instrumentalise son avantage informationnel pour induire la demande au niveau qui maximise son utilité (Evans, 1974). Cette situation asymétrique entraîne ainsi du côté de l'offreur de soin un comportement opportuniste, particulièrement dépensier, qui peut porter préjudice au bien être collectif.

La solution proposée par la théorie des contrats pour se rapprocher de l'optimum social repose dans le partage du risque entre le médecin et les autres acteurs du système (Rochaix, 1997). Dès lors, en mettant en place toute une série d'incitations financières, le régulateur parviendrait à substituer le comportement opportuniste du médecin par un comportement prosocial à la fois économe en ressources économiques et hautement qualitatif. Plus pratiquement, il est recommandé au législateur de remplacer ou de compléter les systèmes de rémunération traditionnels (capitation, salariat et, surtout, paiement à l'acte) par des mécanismes incitatifs (Bras, 2009).

En France cette tendance s'est clairement renforcée ces dernières années. On peut à ce titre citer la mise en place d'incitations financières à l'installation des médecins dans des zones de sous densité médicale² (Barnay et al., 2007). Dans une certaine mesure on peut également interpréter le forfait des médecins s'occupant de patients atteints par une ALD comme une incitation à leur prise en charge³. La revalorisation des honoraires en contrepartie d'une prescription plus importante de médicaments génériques relève également de l'incitation à un comportement prosocial. De même d'autres mécanismes incitatifs ont été décidés par le régulateur pour améliorer les performances en terme de prévention. Plus particulièrement, depuis 2009, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) à été proposé aux médecins (Bras, 2011). Il s'agit, au moyen d'incitations financières basées sur plus de 16 indicateurs de performance, d'infléchir le comportement des médecins pour qu'ils développent les soins de prévention, le suivi des maladies chroniques et l'optimisation des prescriptions⁴.

Pour autant l'efficacité de tels mécanismes pose problème. En effet, les nombreuses études qui cherchent à établir une corrélation entre rémunération à la performance et résultats (financiers et/ou qualitatifs) ne permettent pas d'établir une conclusion définitive (Chaix-Couturier et al., 2000 ;

¹Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un thèse en cours.

²Dans ce type de zones les médecins peuvent bénéficier depuis 2006 de majoration d'honoraires, d'aide à l'exercice regroupé, d'aide au remplacement et d'autres types d'incitation à l'installation.

³Les médecin prenant en charge des patients de plus de 16 ans atteint par une ALD (affection longue durée) reçoivent 40€ par mois.

⁴Cette rémunération complémentaire du paiement à l'acte repose sur le volontariat et permettrait, si tous les objectifs sont atteints par le médecin, de toucher 7€ par patients.

Armour et al., 2000). Par exemple, Hilman et al. (1998) montrent que les pratiques médicales de médecins appartenant à plus de 50 Medicaid Managed Care organization (E.-U.) n'ont pas été significativement modifiées par l'introduction d'incitations financières⁵. De la même façon, et à plus grande échelle, il n'est pas apparu que l'introduction d'incitations financières ait modifiée considérablement les performances des systèmes de santé catalan (Géné-Badia, 2007), américain, ou anglais (Bras et Duhamel, 2008).

Ces résultats, pour le moins mitigés, invitent à remettre en cause les hypothèses habituelles du cadre standard de l'agence. L'une des pistes de recherche qui prend de l'épaisseur suppose l'existence de plusieurs registres de motivation (Frey et Oberholzer-Gee, 1997). Le comportement individuel serait en tension entre une motivation intrinsèque (MI), l'action est alors entreprise pour la satisfaction inhérente à son accomplissement, et une motivation extrinsèque (ME), l'action est exécutée dans une perspective instrumentale⁶. Plus précisément, il s'agit de contester l'additivité des différents registres de motivations et de poser l'hypothèse de substituabilité des motivations. L'idée, basée sur des travaux en psychologie (Deci et Ryan, 2002), est alors que l'introduction d'un schéma d'incitation serait à l'origine de ce qu'on appelle un effet d'éviction (« crowding out effect » ; COE) des MI (par les ME). Cette hypothèse, *a priori* pertinente, est reprise par les économistes de la santé qui insistent notamment sur le caractère normatif du bien santé (Harrison et Marschall, 2004 ; Batifoulier et al., 2010). Le médecin aurait donc plus de chance d'être intrinsèquement motivé et donc plus facilement sujet au COE.

Cependant, même si cette théorie fait preuve d'un potentiel explicatif important, elle demeure difficilement vérifiable⁷. En effet, la problématique, sous-jacente à cette hypothèse, tient aux possibilités de mesurer la MI et le COE. Certains travaux en économie de la santé⁸ ont déjà essayé de répondre à cette question. En particulier Videau et al. (2010) cherchent à démontrer l'existence d'un COE chez les médecins libéraux de la région PACA. De la même façon, l'analyse de l'érosion des actes gratuits au profit des actes payant peut être expliquée par un mécanisme d'éviction des MI par les ME (Batifoulier et al. 2009 ; Lievaut, 2010).

Ces développements récents essaient, pas à pas, de fournir des éléments de preuve empiriques du COE. Cependant il apparaît encore que ces résultats sont limités. Le problème récurrent tient à la définition précise de ce qu'est la motivation intrinsèque. La même difficulté conduit souvent les économistes à définir la motivation extrinsèque de façon négative par l'assimilation aux incitations financières. Ce double constat conduit alors inévitablement à une trop grande approximation du concept de COE. D'ailleurs, trop peu d'études analysent les mécanismes responsables de l'éviction. Toutes ces imprécisions, certainement dues à la nouveauté du concept en économie, nous invitent alors à retravailler l'arrière plan théorique, source de l'hypothèse de substituabilité des motivations. Il nous semble que ce travail est le préalable nécessaire à de futures études empiriques.

Pour cela une attention toute particulière aux définitions liminaires proposées par les psychologues de la motivation s'impose. Selon Ryan et Deci (2001b) l'activité humaine peut être motivée par deux sources distinctes : la motivation intrinsèque (MI) et la motivation extrinsèque (ME) :

- Motivation intrinsèque : l'action est entreprise pour la satisfaction inhérente à son accomplissement. L'individu la trouve attractive en soi, et, de ce fait, aucune récompense extérieure n'est nécessaire : c'est un comportement spontané.
- Motivation extrinsèque : si la MI est d'une importance primordiale dans le processus

⁵Cette expérience, menée sur la période 1993-1995, était centrée sur la prévention du cancer.

⁶Fondamentalement l'action intrinsèquement motivée est un but en soi alors que l'action extrinsèquement motivé n'est qu'un moyen pour atteindre d'autres fins. Nous y reviendrons.

⁷Selon Vallerand et Thill (1993), « Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (p. 18). Par définition, le construit hypothétique de motivation ne peut être observé directement.

⁸En dehors du champ de l'économie de la santé, de nombreuses expériences ont déjà été menées. Pour une revue voir Frey et Jegen (2001).

de croissance individuelle, force est de constater que la majorité des interactions sociales ne sont pas attrayantes en soi. Un très grand nombre d'actions sont, en effet, extrinsèquement motivées. Elles sont poursuivies dans une optique instrumentale au sens où elle visent l'obtention d'un résultat extérieur à l'action elle-même⁹.

C'est à partir de cette dichotomie que Deci (1971) met en évidence pour la première fois le comportement d'éviction en fondant la Théorie de l'évaluation cognitive (TEC). Un individu, s'il est intrinsèquement motivé à l'accomplissement d'une tâche, peut réduire sa motivation globale lorsqu'un régulateur (public ou privé) lui impose un schéma d'incitation : on dit que la ME évince la MI. Ce mécanisme d'éviction, que les économistes appellent COE, s'explique par la capacité d'interprétation des individus. Lorsqu'une ME est introduite le sens de l'action change ce qui peut la rendre moins attrayante.

Le problème de l'économiste est alors de savoir comment utiliser efficacement les mécanismes incitatifs (et les ME en général) sachant que ceux-ci peuvent s'avérer contre-productifs. En effet la littérature traditionnelle en économie énonce qu'aucune préférence ne peut résister à bon schéma d'incitation. Il semble alors que la TEC, en mettant en évidence l'existence d'un effet d'éviction, soit fondamentalement critique de la théorie des incitations. Cependant nous allons voir que ce n'est pas une posture si évidente puisque deux types de réponses aux développements de la psychologie de la motivation sont possibles :

- Soit on marginalise l'hypothèse de substituabilité des motivations tout en la recadrant dans le modèle canonique de l'agence. L'effet d'éviction résulte alors d'une asymétrie d'information : la mise en place d'un schéma d'incitation, agissant comme une divulgation d'information, active chez l'agent rationnel un calcul basé sur son intérêt bien compris (recherche de prestige, l'amour propre, peur de l'échec...). La première partie sera consacrée à cette intégration de l'hypothèse de MI dans le cadre standard de la relation d'agence. Nous serons amenés à étudier les différents modèles proposés par Bénabou et Tirole (BT ; 2003 et 2006) qui replacent le problème du COE dans le contexte d'un monde gouverné par les asymétries d'information. Le médecin, toujours opportuniste, ne fait que chercher à maximiser sa fonction d'utilité en analysant l'information contenue dans les ME. C'est pourquoi le COE n'est qu'une réponse rationnelle suite à une hausse de son capital d'information. Cependant nous verrons que le cadre même de la théorie de l'agence ne peut assimiler l'hypothèse de MI (et encore moins de COE) puisque cela reviendrait à remettre en cause deux piliers essentiels à la cohérence de ce type de modèle : l'hypothèse de désutilité de l'effort et celle de motivation intéressée.

- Soit on postule, d'une part, l'existence d'une pluralité de valeurs permettant l'existence de comportements désintéressés et, d'autre part, la possibilité effective que les individus agissent en absence de toute ME, c'est à dire qu'ils se mettent en mouvement de façon autonome¹⁰. Dans ce cas l'effet d'éviction est la conséquence de l'interprétation que se font les agents de la politique du principal, cette interprétation pouvant alors produire des conflits entre différentes valeurs. Dans la seconde partie nous partirons des limites du cadre standard pour proposer une théorie économique supportant la pluralité des registres de motivation. Nous montrerons alors la convergence qui existe entre la TEC et l'Économie des Conventions (EC). En effet, les deux domaines de recherche s'appuient sur la capacité d'interprétation et de jugement des individus. L'éviction peut alors être entendue comme une interprétation remettant en cause la satisfaction des besoins psychologiques motivant l'action. Plus particulièrement, nous verrons comment le besoin d'autonomie du médecin, assuré par l'organisation de son activité en profession, est mis à mal par l'introduction d'une régulation extérieure, perçue comme une source de contrôle illégitime.

⁹Notons que cette distinction est incomplète. Au lieu de voir la motivation comme deux extrêmes, les psychologues proposent l'idée d'un continuum de motivation suivant le degré d'autonomie perçue des individus (Ryan et Deci, 2001b). Cependant, dans le cadre de ce travail, nous nous restreindrons à cette dualité afin de comprendre plus aisément les mécanismes psychologiques concourant à l'éviction des MI par le ME.

¹⁰Plus pratiquement il s'agit de donner une épaisseur à l'hypothèse de non-désutilité de l'effort c'est à dire de déclenchement de l'action par la MI.

1. Le médecin acheteur de prestige

La reconnaissance de différents registres de motivation par l'économie remonte aux travaux précurseurs de Frey et Oberholzer-Gee (1997) qui mettent en évidence l'importance de distinguer les MI des ME. Mais c'est au tout début des années 2000 que BT (2003 et 2006) s'emparent de ce sujet pour le ramener dans le cadre de la théorie standard (1.1.). Selon eux les incitations ont prouvé depuis toujours leur efficacité, c'est pourquoi l'effet d'éviction doit être considéré comme un cas marginal. Les deux auteurs proposent alors une interprétation séduisante du COE reposant sur le cadre habituel d'une relation d'agence gouvernée par les asymétries d'information. Cependant il apparaît que cette tentative d'inclure les MI dans le cadre économique standard est problématique (1.2.). Si l'on s'en tient aux travaux de BT, la MI est dissolue dans le calcul économique du fait d'un double réductionnisme du comportement humain. Le déclenchement de l'action et l'orientation du comportement sont en effet réduits au seul motif de l'intérêt bien compris empêchant le désintéressement consécutif de la MI.

1.1. L'éviction : une réponse rationnelle dans un monde gouverné par les asymétries d'information¹¹

Si, comme BT, on considère que le COE est, dans le cadre d'une asymétrie d'information, le résultat de l'interprétation de l'incitation qu'adresse le principal à l'agent, alors deux mécanismes peuvent être mis en avant pour expliquer ce phénomène. Soit le schéma d'incitation est interprété par l'agent comme un manque de confiance du principal sur ses capacités à accomplir la tâche. Ce faisant l'agent ne trouve plus la tâche attrayante car trop difficile : c'est le modèle du principal informé (2.1.1.). Soit les ME ont pour effet de modifier le sens de l'action. Celle-ci, étant plus ou moins visible par le monde extérieur (et/ou par le soi), et, dans le but de conserver ou d'améliorer son capital en prestige social, l'agent choisit de ne pas accomplir l'action pour laquelle il est rémunéré : c'est le modèle d'« overjustification effect » (2.1.2.).

1.1.1. Modèle du principal informé

Traditionnellement les économistes considèrent que le médecin (agent du patient ou de la tutelle) dispose d'une position avantageuse sur le marché du soin puisqu'il est détenteur d'un stock d'information plus important que le principal demandeur de soin. Ici BT vont remettre cette position en cause en supposant que c'est le principal (régulateur, caisse, patient, assureur privé...) qui dispose d'une information privée sur le médecin. Cette hypothèse est au cœur du modèle de principal informé (BT, 2003).

Ce modèle a pour but d'expliquer les situations restrictives dans lesquelles se réalise un effet d'éviction. La question posée par BT est de savoir pourquoi, alors qu'une rémunération supplémentaire est mise en place, la motivation et donc le niveau d'effort des individus diminue ? Selon les auteurs, il s'agit d'un simple problème d'asymétrie d'information dans un contexte gouverné par l'incertitude. L'incertitude, dans leur modèle, porte sur un élément déterminant le paiement de l'agent, et, à la différence du cadre standard de l'agence, l'asymétrie d'information est à l'avantage du principal. Cette information peut porter sur les caractéristiques de l'agent (compétence, expérience, formation...) ou sur la tâche elle-même (difficulté, intérêt...). L'agent ignore cette information mais en reçoit tout de même un signal imparfait (sur l'information en question) qu'il pourra utiliser par la suite. L'agent décide alors d'accomplir la tâche que lui commande le principal, s'il est confiant en sa capacité à réussir (ce qui dépend en grande partie du signal qu'il reçoit) d'une

¹¹Cette section repose sur les travaux de BT (2003 et 2006) qui, les premiers, replacent l'hypothèse du COE dans le cadre standard de l'agence. Cependant leurs modèles ne s'intéressent pas au cas particulier du médecin, c'est pourquoi l'analyse que nous proposons ici se divise en deux étapes. Dans un premier temps nous rappelons la construction des deux auteurs pour, dans un second temps, tenter de l'appliquer au cas du médecin.

part, et s'il espère un paiement net positif (ce qui dépend, non plus du signal, mais de l'information détenue par le principal).

De son côté le principal a intérêt à ce que l'agent essaie et réussisse. Comme dans les situations classiques d'agence, le mandé détient également une information privée (sur ses compétences, la tâche elle-même, ses expériences...). Tout le problème du principal sera d'utiliser correctement son information privée pour inciter l'agent à accomplir la tâche, en évitant le piège du COE. Ainsi, en plus des effets habituels de l'incitation sur les contractants¹², BT mettent en évidence l'existence d'un « Confidence-management motive »¹³ (CMM). Il s'agit en quelque sorte de la confiance accordée par l'agent à la gestion de leur relation par le principal. L'agent sait que le principal est informé et peut utiliser cette information à son désavantage. Le choix de politique du principal est guidé par son information privée. Donc, du point de vue de l'agent, cette régulation est un signal de l'information cachée qu'il convient d'interpréter. L'agent ajuste alors ses croyances en fonction de la régulation ce qui va obliger le principal à questionner le message implicite de sa propre politique: « the principal must then take into account how the agent's interpretation of her choice will affect his self confidence – that is his perceived prospects from undertaking the task » (2003, p. 493).

Le CMM explique à lui seul comment, dans certaines situations, une politique d'incitation peut engendrer un effet d'éviction. L'effet d'éviction chez BT est alors le fruit de l'interprétation faite par l'agent de la politique du principal. L'agent voit dans cette politique un signal sur l'information cachée qui est déterminante de ses gains à l'accomplissement de la tâche.

Notre objet désormais est de dégager les traits saillants de l'analyse de BT pour l'appliquer au cas du médecin. Comme on l'a dit, le médecin est au centre d'un grand nombre de relations d'agence (Rochaix, 1997). Cependant on va ici essayer de restreindre l'application du modèle du principal informé. Si l'on s'attache à analyser le cas du CAPI, qui est un contrat concernant exclusivement le médecin et le régulateur public, on peut simplement prendre en compte la relation d'agence pouvoirs publics-médecins (Polton et Aubert, 2010). Ainsi nous pouvons circonscrire notre application au cas où les pouvoirs publics offrent au médecin une récompense extrinsèque en échange d'un surplus d'efforts (orientés vers la prévention notamment).

Dans cette perspective, ce que nous dit le modèle de BT est que le régulateur doit détenir une information sur l'agent suffisamment importante pour que celle-ci ait une influence sur la rémunération du médecin. Quelle peut être cette information dans le cas de la relation tutelle-médecin ? Nous proposons plusieurs pistes d'investigation :

- Capacité des médecins à atteindre les objectifs affichés par le régulateur. Sachant que ceux-ci sont fixés librement par la tutelle (pas de négociation), les médecins peuvent être incertains quant à la possibilité d'atteindre les objectifs. Nous savons, par exemple, que depuis 1996 le parlement vote l'ONDAM qui a pour particularité de ne jamais être respecté¹⁴. Quelle interprétation peuvent alors faire les médecins d'un objectif donné par le régulateur public ? S'il n'est pas crédible, à quoi bon faire des efforts que l'on sait d'avance voués à l'échec ?

- Incertitude concernant la revalorisation des honoraires. Dans un contexte où les médecins cherchent à améliorer leur rémunération, les incitations doivent-elles être interprétées comme un refus d'augmenter les honoraires ? Si oui le COE peut être un signe de protestation.

- Difficultés administratives liées à l'enregistrement des objectifs. Les médecins français,

¹²D'une part l'incitation réduit directement l'utilité du principal puisque c'est un coût supplémentaire. Mais, d'autre part, cette rémunération augmente l'utilité de l'agent qui produit un effort supérieur et, *in fine*, qui engendre une plus grande utilité pour le principal. À l'optimum le coût marginal de l'incitation doit être égal au gain marginal consécutif de l'augmentation de l'effort fourni par l'agent. Ces effets font l'objet d'une abondante littérature en théorie de l'agence.

¹³Notons que le CMM, source de COE, peut provenir de deux effets distincts : le « trust effect » et le « profitability effect ». Nous négligeons volontairement la présentation des singularités de ces deux effets puisqu'ils découlent de la même idée : la politique du principal est interprétée par l'agent.

¹⁴Objectif national des dépenses de l'assurance maladie. Selon les chiffres donnés par la commission des comptes de la sécurité sociale (2009), le dépassement de l'objectif semble être la règle et le respect de l'objectif l'exception.

n'étant pas suffisamment dotés en technique d'information (Bras, 2011), peuvent interpréter les incitations comme une preuve de la lourdeur administrative du dispositif. Pourquoi s'investir dans des tâches supplémentaires (la prévention par exemple) si, en plus d'un labeur déjà fort contraignant, viennent s'ajouter des difficultés techniques d'enregistrement des résultats ?

Ces informations semblent répondre aux exigences du modèle du principal informé : elles sont en possession des pouvoirs publics mais pas des médecins et elles influent sur la rémunération de ces derniers. Le médecin peut ainsi interpréter l'incitation comme une information sur la difficulté de la tâche. Et en conséquence, il va, malgré un revenu potentiellement croissant, réduire son niveau de motivation et donc son effort. Comme le prévoient BT, la MI à l'atteinte d'un objectif est évincée par la ME. Ainsi les médecins sont susceptibles d'interpréter les incitations comme une mauvaise information sur leurs capacités à accomplir ce qui leur est demandé. Cependant ce n'est pas la seule explication au COE. En effet, accepter une incitation change aussi le sens des actions.

1.1.2. Modèle à extraction de signal

Le modèle du principal informé aboutit à des résultats intéressants mais il ne prend pas en compte les effets, bien connus en économie de la santé, de prestige social dont jouissent les médecins. En effet, l'exercice de la médecine est une source de prestige qu'un comportement purement et ouvertement opportuniste remettrait en cause. Pour prendre en compte ces effets, il est possible de se référer au modèle à « overjustification effect » (BT, 2006). Encore une fois l'idée de BT est d'étudier les comportements, *a priori*, anormaux des individus. Cependant il ne s'agit plus d'expliquer uniquement le COE mais d'englober tous les comportements désintéressés qui, selon BT, donnent lieu au refus d'incitation. Trois raisons peuvent expliquer ces comportements prosociaux :

- Les MI peuvent être évincées par les ME. C'est le cas, désormais standard, du COE (modèle du principal informé).
- Les individus désirent se montrer aux autres membres de la société comme généreux et non égoïstes afin d'éviter la honte et de susciter l'honneur.
- Les individus désirent avoir une bonne image d'eux mêmes. Encore une fois pour apparaître généreux et non égoïste.

En prenant en compte l'ensemble de ces phénomènes, BT essaient de construire une théorie unifiée du comportement prosocial. Pour cela trois variables endogènes au comportement humain et non observables sont mises en places. La MI la ME et la motivation réputationnelle (MR). Cette dernière est associée aux aspirations qu'ont les individus à être reconnus socialement. C'est une mesure de leur sensibilité au prestige social. La motivation d'un individu est alors le résultat d'un savant calcul entre les différentes utilités que celui-ci retire, compte tenu de ses préférences, des politiques d'incitations (ME) et de la double influence de la société (MR) d'une part et de son être intérieur (MI) d'autre part.

Du point de vue de l'économie de la santé, cette construction se rapproche de l'idée selon laquelle l'éthique est une condition essentielle des libertés dont bénéficie la profession médicale (auto-contrôle, monopole...) (Hassenteufel, 1997). Les médecins, dans leur quête de pouvoir face à l'État et aux caisses d'assurance maladie, mettent en avant le prestige social de la profession. Cette dimension éthique, garantie par l'Ordre des médecins, leur permet aujourd'hui de défendre un ensemble de libertés couteuses pour la collectivité (dépassements d'honoraires, libre prescription, paiement à l'acte, liberté d'installation...). Dans cette perspective, il est important, pour la corporation, que le médecin ne soit pas assimilé à un simple marchand ce qui se traduit par le refus rationnel des incitations. Ainsi le COE est le produit d'une stratégie consistant, dans un premier temps, à refuser une incitation afin d'apparaître prosocial aux yeux de la société pour, dans un second temps, revendiquer des libertés garantes de ce comportement désintéressé.

À partir de ce cadre de base, les auteurs parviennent à distinguer quatre types de résultats sur le comportements des individus. Nous nous intéressons particulièrement à deux d'entre eux qui peuvent s'appliquer très intuitivement au cas du médecin :

- L'effet des récompenses sur la motivation :

Selon BT, les ME compromettent la valeur réputationnelle de la bonne action. En effet, accepter une incitation pour une tâche quelconque revient à « surjustifier » son comportement et, *in fine*, à en modifier le sens. La ME est un signal pour autrui (MR) ou pour soi (MI) qui engendre une baisse de la motivation. L'individu en question, afin de ne pas paraître avide, préfère refuser une rémunération supplémentaire (ME) plus tôt que de risquer l'opprobre (MR). On peut dire que la ME évince la MR¹⁵. La ME change la signification de l'acte ce qui le rend moins attrayant. En effet, l'utilité retirée de la ME ne suffit pas à compenser la désutilité engendrée par la mauvaise opinion que se font les autres de moi (MR).

Si l'on revient au cas du médecin, selon le modèle de l'« overjustification effect », la mise en place du CAPI serait interprétée par les médecins comme une injonction malencontreuse des pouvoirs publics. Offrir une incitation à la prévention revient, du point de vue du médecin, à admettre la croyance selon laquelle il faut impérativement le payer plus pour qu'il fasse son travail. La tâche, de prévention par exemple, n'est plus justifiée en elle-même ; elle est surjustifiée par l'incitation. C'est, au bout du compte, cette surjustification qui rend le médecin réticent à l'action. Il ne veut pas apparaître comme un opportuniste que l'on doit sur-payer pour faire son travail. En fait, même s'il aimerait accepter cette rémunération (il est rationnel), il ne le fait pas pour ne pas être sujet au « déshonneur ». Cette explication semble particulièrement pertinente compte tenu du contexte normatif inhérent à l'activité de soin¹⁶.

D'une part, le médecin se déclare lui-même opposé à l'assimilation de sa profession à un vulgaire commerce. D'autre part, même s'il le voulait, la pression sociale est tellement forte (pairs, patients...) qu'il est impossible d'accepter une rétribution ouvertement opportuniste au risque d'être stigmatisé par la société. Cette dernière remarque est particulièrement bien documentée par BT.

- L'effet des normes sociales sur la motivation :

Dans le modèle de BT, l'action individuelle dépend non seulement des préférences mais aussi des normes sociales, de ce qui est le comportement usuel (approprié). Dans ce contexte, une action qui est considérée normale prend force de règle-contraindante. En effet, si une telle action existe alors elle est suivie collectivement, et, le fait de refuser de suivre la norme engendre une stigmatisation. À l'inverse, si une action est jugée collectivement bonne mais très peu suivie alors le fait de ne pas la suivre n'aura pas d'effets négatifs. La décision stratégique d'accomplir ou pas une action repose sur la complémentarité ou la substituabilité de l'action individuelle avec les normes sociales.

Concernant l'activité médicale il semble bien que l'altruisme, l'attention du médecin à l'égard de son patient, n'est pas un acte héroïque mais plus tôt une attente sociale. Ainsi, le médecin se doit de refuser les incitations pour ne pas être rejeté par la société. Être un médecin attentif est un comportement normal qui n'est pas valorisé. À l'inverse, l'opportunisme est sanctionné par le discrédit social. De ce point de vue, l'incitation n'est pas nécessaire et moins efficace que la publicité des médecins ouvertement opportunistes afin que le stigmate les rendent plus économes.

L'existence du COE médical, s'il n'est pas encore prouvé empiriquement, peut déjà être théoriquement expliqué grâce au travail pionnier de BT. Ainsi le médecin peut réduire sa motivation pour deux raisons différentes. D'une part il interprète le schéma d'incitation proposé par le régulateur comme une mauvaise information sur ses capacités à atteindre les objectifs. Il peut ainsi penser que l'effort qu'il doit consentir pour atteindre les buts fixés n'est pas suffisamment (ré)compensé par les incitations. D'autre part le médecin, soucieux de son prestige social, peut voir l'incitation comme une information qui sera interprétée par la société. L'incitation, étant une « surjustification » de son action, ne permet pas de compenser les pertes qu'il subira en prestige social. Quelque soit le mécanisme en jeu le résultat est le même : les incitations financières évincent la MI et la MR.

¹⁵Lorsque l'individu préfère refuser parce qu'il se sent concerné par l'image qu'il a de lui-même, c'est la MI qui est évincée par la ME.

¹⁶Compte tenu également de la remarque précédente sur la nécessité d'apparaître prosocial pour retirer des avantages en terme de liberté professionnelle.

Les modélisations de BT sont cependant problématiques. En effet, rapportée à un simple problème d'information, et, plus précisément d'information contenue dans l'incitation, la capacité d'interprétation ne fait que rendre les médecins encore plus opportunistes qu'ils ne l'étaient déjà. La ME en tant qu'information supplémentaire ne permet pas dans la modélisation standard une réelle et profonde remise en cause du sens des actions, mais seulement un arbitrage entre un gain financier supplémentaire et un risque de perte d'utilité (probabilité d'échec ou perte de prestige).

1.2. La dissolution des motivations intrinsèques dans le calcul économique

Le médecin, déduit des modèles ci-dessus, est réduit à un calculateur acheteur de prestige. Dans ce contexte que reste-t-il de la MI ? La MI devrait en fait sortir l'individu du monde de l'incitation et de la contrainte financière. Elle doit ainsi poser la question du déclenchement, intrinsèque ou extrinsèque, et de l'orientation des actions (vers quel objet est tournée son action). Il est impossible pour les individus de se mettre en mouvement pour soi. Le déclencheur de l'action ne peut être que l'intérêt (ME), donc, comme le décrit le modèle du principal informé, la désutilité de l'effort reste la règle (1.2.1.). Or c'est bien ce que remet en cause l'hypothèse de MI. Le corollaire à la réduction du déclenchement du comportement au seul intérêt, est l'obligatoire réduction de l'orientation du comportement. On ne peut se poser la question du contenu de la MI puisque cette dernière est dissolue par la modélisation. La formalisation, notamment celle de l'« overjustification effect », interdit le « désintéressement » (1.2.2.).

1.2.1. Le mythe du tire au flanc

La première difficulté théorique rencontrée après analyse des modèles de BT est la réduction des motifs du déclenchement de l'action chez les individus. Plus précisément, l'introduction de la MI devait pouvoir assumer l'hypothèse d'un médecin naturellement volontaire à l'accomplissement d'une tâche (MI) ce que ne permettent pas les modèles considérés. BT ne tirent pas toutes les conséquences de cette hypothèse notamment dans le modèle du principal informé. En effet, jamais dans la formalisation n'apparaît l'utilité de l'agent (médecin) qui est censé disposer d'une telle motivation¹⁷. La présentation du problème est viciée puisque c'est l'utilité du principal dont il est question. Et, de façon traditionnelle, l'agent est considéré comme un tire au flanc et le COE présenté n'a pas de ressorts psychologiques : c'est une logique d'intérêt (ME) qui pousse l'agent à refuser l'effort. Il ne fait que réviser la probabilité qu'il a de réussir la tâche qu'on lui a assigné grâce à l'information contenue dans la ME. Où se trouve alors la MI à la tâche ? Si avant l'introduction de la ME sa motivation était plus élevée ce n'est pas parce qu'il était intrinsèquement motivé mais parce qu'il avait une meilleure probabilité subjective de réussite (et donc une meilleure espérance de gain).

Au bout du compte, selon nous, ce qui est renfermé dans l'hypothèse de MI c'est une critique fondamentale du principe de désutilité de l'effort sur lequel toute la théorie de l'agence, dont se servent BT, est construite. Être motivé intrinsèquement c'est vouloir agir librement, ne pas compter son effort : être autodéterminé (au sens de la TEC¹⁸). De ce point de vue Berthe (2001) montre de façon très pertinente les insuffisances de cette conception de l'économie où le travail est purement et uniquement désagréable. Elle nous rappelle les origines lointaines de la notion d'effort au travail de Jevons pour qui il s'agit d'une « souffrance » (p. 62). Cependant cette définition vieille de plus d'un siècle doit être remise dans un contexte où le travail était exclusivement quantitatif et physique. Or depuis la société de service s'est développée où les individus ont un travail dont les tâches se sont enrichies.

La question est donc bien de savoir si le travail est une peine exclusive. Pour argumenter la faiblesse de cette hypothèse Berthe (2001) rappelle le développement de l'ergonomie, science qui a

¹⁷On omet pour l'instant l'analyse de BT (2006) où le prestige social est effectivement au centre de l'attention. Nous y reviendrons dans la section suivante.

¹⁸Notons d'ailleurs que la TEC n'est qu'une partie d'une théorie plus large, la théorie de l'auto-détermination.

pour but exclusif d'augmenter le confort sur le lieu de travail. De plus, comme nous l'avons déjà mentionner, le travail du XXIème siècle ne peut se réduire à sa dimension physique. La grande majorité des tâches accomplies par les salariés mettent en œuvre l'intelligence composante essentielle de la notion économique d'effort. C'est ainsi que certains auteurs reprennent la question de la désutilité de l'effort comme par exemple Liebenstein (1969) qui construit une fonction d'utilité de l'effort. Ici le comportement salarié n'est plus à la minimisation de l'effort mais à une maximisation de son utilité de l'effort pare que « l'individu n'est pas heureux quand il n'a rien à faire » (Berthe, 2001, p.55). L'effort est alors plus une souffrance, il est confortable.

Citant les travaux de Filer (1986), Berthe explique même que l'effort n'est pas fuit par le salarié puisqu'il repose sur la MI¹⁹ : « la satisfaction [...] est gérée de façon interne par le travailleur comme une conséquence de la réalisation de la tâche elle-même. [...] Il existe des renforcements qui sont intrinsèques à la tâche elle-même » (Berthe, 2001, p. 54). Dans le cas du médecin, celui-ci est chaque jour confronté à une multitude de patients avec des besoins et des attentes aussi diverses que complexes. D'ailleurs certains travaux ont mis en avant cette dimension intellectuelle du travail du médecin pour expliquer la pratique des actes gratuits²⁰ (Batifoulier et al., 2009). L'hypothèse d'un médecin naturellement réticent à l'effort devient problématique.

Malgré ces développements, force est de constater que tous les modèles classiques actuels, du modèle canonique d'arbitrage travail-loisir aux modèles plus développés d'agence, sont fondés sur l'effort-souffrance. Le modèle de principal informé n'échappe pas à cette tradition. Il n'est à aucun moment question d'une MI du médecin. Ce modèle ne peut prendre en compte l'hypothèse de MI puisqu'il réduit les éléments déclencheurs de l'action au seul intérêt (ME) au lieu de les étendre (à la MI). Cette réduction est d'autant plus significative qu'elle implique une nécessaire réduction des orientations du comportement. C'est le modèle de l'« overjustification effect » qui illustre le mieux ce point par l'impossible désintéressement.

1.2.2. L'impossible désintéressement

Prétendre qu'il existe une force intérieure permettant de motiver les individus en plus de la force extérieure revient à postuler l'existence de deux déclencheurs du comportement (MI et ME). Cependant on ne peut en rester là puisqu'il reste à déterminer ce qui oriente l'action, son contenu concret. Dans le cas d'une action déclenchée par la ME il est incontestable que ce soit l'intérêt lucratif. Si l'on prend réellement en compte l'hypothèse de MI cela veut dire que les individus peuvent avoir des comportements orientés spontanément vers autre chose que l'intérêt lucratif. Ainsi, pour une action intrinsèquement motivée, on peut imaginer un grand nombre d'orientation. Du moins, un nombre aussi grand que celui de principe du juste existant (réciprocité, équité...). À ce stade de l'argumentation un éclaircissement sur la notion d'intérêt doit être donné.

Selon Caillé (2009), il est possible de distinguer deux formes de l'intérêt²¹ qui, bien que recouvrant des conceptions très différentes, tendent à être systématiquement confondues dans l'intérêt instrumental, celui là même qu'utilise la théorie économique. D'une part, « l'intérêt à » peut être un intérêt instrumental au sens où l'action est accomplie par stratégie ou par contrainte. D'autre part, « l'intérêt pour » est lui passionnel au sens où l'action est plaisante en soi. Dans le premier cas ce qui est recherché est le gain dans le second c'est le plaisir. De ce point de vue, l'action désintéressée n'est pas une action sans intérêt mais, une action relevant de « l'intérêt pour ». Dorénavant, nous parlerons de désintéressement au sens « d'intérêt pour ». Avant de poursuivre il faut lever une possible, et légitime, confusion possible entre les concepts de motivation (MI/ME) et d'intérêt (intérêt/désintérêt). Plus qu'une distinction concrète, il s'agit d'une distinction théorique entre deux moments de la motivation. Le premier moment est le déclenchement de la motivation qui peut être intrinsèque ou extrinsèque. Le second moment est l'orientation qui peut être intéressée ou

¹⁹Filer n'est pas un tenant de la TEC mais on appréciera le rapprochement sémantique.

²⁰La sévérité de la maladie permet de sélectionner les patients par une certaine forme d'attraction intellectuelle.

²¹En réalité, il en distingue quatre mais, ici, on peut raisonnablement se limiter à deux formes d'intérêt.

désintéressée.

À ce titre, le modèle de BT se caractérise par l'absence de pluralité d'orientations de l'action chez les individus. En effet, on pourrait croire le médecin désintéressé puisqu'il refuse une incitation qui modifie le sens de son action. Mais, en réalité, s'il refuse cette récompense c'est pour ne pas subir une perte en terme de prestige social. On en revient au simple bilan coût avantage. Dans le modèle à « surjustification » ce qui motive (et entraîne un COE) est la recherche intéressée d'une utilité maximale obligeant un arbitrage entre profit monétaire et prestige social. Ici la MI, lorsqu'elle n'est pas remplacée par la MR, fonctionne sur le registre de la contrainte. Le médecin refuse d'augmenter son niveau d'effort pour ne pas apparaître aux autres (ou à lui même) comme un opportuniste (qu'il sait être en réalité). Ce type d'argumentation fait déjà l'objet de discussion en économie de la santé. Pour expliquer la réticence des médecins à user de leur pouvoir d'induction, le prestige peut être intégré dans leur utilité de façon indirecte avec une préférence éthique (Batifoulier, 2004). Un médecin qui abuse de son pouvoir discrétionnaire est immédiatement sanctionné par les patients qui le stigmatisent. Le prestige devient alors une contrainte de marché. Mais il semble bien que cette vision soit limitée.

Les difficultés de la théorie standard à l'intégration de mécanismes nomades comme la MI provient de l'hypothèse même d'individu intéressé. Tout désintéressement, affiché ou non, est impossible puisqu'en dernière analyse il s'agit pour l'économiste d'intéressement déguisé. Cette tendance à négliger les actions désintéressées vient de ce que Elster (2009) appelle l'herméneutique du soupçon. L'économiste, par définition septique et cynique vis-à-vis du comportement humain, passe à côté de ce qui constitue un très grande partie du comportement humain, le désintéressement. Pour expliquer cette posture méthodologique Elster explique, en paraphrasant Tolstoi, que « tous les acteurs intéressés le sont de la même façon, tandis que tous les acteurs désintéressés le sont chacun à leur façon » (p. 14). Pour s'en convaincre lui suffit de reprendre les travaux expérimentaux lors desquels les comportements individuels ne répondent pas à une logique rationnelle opportuniste mais plus tôt à des logiques désintéressées²².

Le modèle de l'« overjustification effet » est à l'opposé de ce genre de conception. En effet, c'est par intérêt que les individus s'engagent dans une action désintéressée. On entrevoit tout de suite le paradoxe qui ne peut être résolu qu'en substituant le désintéressement (MI) par un désintéressement instrumental, et, *in fine*, par un pur intéressement. Or est l'idée même de MI est de postuler l'existence de comportements totalement désintéressés.

Un dernière remarque semble ici s'imposer sur le travail du médecin. De la même façon que la critique la désutilité de l'effort implique que travail ne soit pas une peine exclusive, la mise en cause du pur intéressement nous oblige à reconsidérer la nature de ce que vend le médecin. En effet, l'objet du transfert entre un médecin et son patient n'est pas une marchandise au sens courant du terme. Pour que ce travail soit correctement accompli il faut chez le médecin une dimension de don de soi (Caille, 2003 ; Gorz, 2004) qui ne peut se réduire au strict échange marchand. Ce point de vue confirme encore une fois la nécessité de dépasser le cadre de l'analyse économique standard.

Dans la perspective de BT, le travail du médecin reste, comme n'importe quelle autre tâche, une activité dominée par la recherche de l'intérêt et du prestige social. Ainsi le COE n'est qu'une conséquence d'un transfert d'information à travers la mise en place d'incitation. Soit l'information est directement interprétée par le médecin comme une mauvaise nouvelle sur ses capacités à atteindre les objectifs, et c'est en révisant ses probabilités de réussite qu'il décide de ne pas faire l'effort. Soit l'information est interprétée indirectement, par l'intermédiaire de la collectivité ou du soi intérieur du médecin. Dans ce cas il estime que l'incitation, risquant d'être perçue par les autres comme un signe d'avidité, nuit à son prestige social.

Cependant, c'est l'essence même de la MI qui est niée par la philosophie utilitariste des modèles classiques d'agence (Ryan et Deci, 2001a). Il devient difficile de pousser l'analyse à son terme puisque l'on omet alors une grande partie de ce qu'est l'activité médicale. Elle n'est pas une

²²Par exemple, Elster (2009) analyse longuement les comportements de réciprocité et d'équité.

peine que l'on vend sur un marché comme un autre²³. Il s'agit plutôt d'une activité qui à des aspects stimulants et intrinsèquement motivants au cours de laquelle plus qu'un service, c'est une forme de don de soi qui est vendu. Dans ce contexte la théorie standard montre ses faiblesse et doit laisser sa place à d'autres méthodes.

1. Le médecin porteur de valeurs

La première section, dans l'optique d'une compréhension rigoureuse du phénomène de MI et de l'hypothèse de substituabilité des motivations, a démontré l'importance d'effectuer un double dépassement des théories économiques standards. Il est ainsi nécessaire que les individus soient capables de produire des efforts « gratuits » (déclenchement de la motivation) et d'entreprendre des actions désintéressées (orientation de la motivation). Ce travail peut prendre appui sur une lecture approfondie des théories de psychologie de la motivation (Deci et Ryan, 2002). En effet, selon nous, un retour à ces travaux permet de comprendre l'essence subversive du concept de MI et les mécanismes concourants à la situation de COE. Pour cela il faut, d'une part, construire des valeurs médicales susceptibles de s'opposer à d'autres types de valeurs (2.1.), et, d'autre part, substituer la capacité de calcul, propre à la rationalité substantielle, à la capacité d'interprétation, fondatrice d'une rationalité interprétative (2.2.).

2.1. Les valeurs médicales au prisme de la profession

Dépasser la réduction des comportements au seul « intérêt à » nécessite la mise en place d'une certaine forme de pluralisme. Plus précisément, les individus doivent, lorsqu'ils ne sont pas extrinsèquement motivés et donc orientés par l'intérêt, c'est à dire lorsqu'il sont intrinsèquement motivés, détenir la possibilité d'orienter leur décisions dans différentes directions (« chacun est désintéressé à sa façon »). L'objectif ici n'est pas de répertorier toutes les orientations possibles de la motivation mais, de mettre en évidence celles qui sont particulières à l'activité médicale. Pour cela nous nous inspirerons de la notion de besoins psychologiques fondamentaux forgée par Deci et Ryan (2002). Ces besoins, d'après les psychologues, essentiels au bien être individuel, sont selon nous, au cœur des valeurs médicales (2.1.1.), et, garantis par la construction de l'activité médicale en profession (2.1.2.).

2.1.1. Besoins psychologiques fondamentaux et valeurs médicales

La reconstruction d'une théorie économique capable d'expliquer l'apport de la psychologie de la motivation doit commencer par poser l'hypothèse de pluralité d'orientations du comportement. Plus particulièrement, dans le cas d'une théorie du comportement médical, il convient de mettre en avant les valeurs spécifiques du médecin. Mais, avant de poser la question des raisons d'agir du médecin, un retour à la théorie source de Deci et Ryan (2002) s'impose. Il s'agit, d'après nous, d'une étape essentielle pour comprendre, globalement le fonctionnement de la profession médicale et, plus particulièrement, le comportement d'éviction.

Parmi les nombreuses théories de la motivation (Roussel, 2001), celle qui nous intéresse, puisqu'elle développe la théorie source du concept de « crowding out », est la Théorie de l'Évaluation Cognitive (TEC)²⁴. Celle-ci est née dans les années 1970 grâce au travail liminaire de Deci (1971) qui souligne l'effet négatif des récompenses extrinsèques sur la MI. Elle cherche à savoir pourquoi²⁵ une action est motivée ? L'idée est de trouver les contenus qui orientent la

²³Selon Arrow (1963), le médecin n'est ni un entrepreneur individuel ni un « barbier ».

²⁴Cette théorie, au départ construite par Deci, sera ensuite complétée, avec l'apport déterminant de Ryan, par un ensemble de théories complémentaires (notamment la théorie de l'intégration). L'ensemble de ces théories est communément regroupé sous l'appellation de Théorie de l'Auto-Détermination (TAD) ou Self-Determination Theory (SDT). Pour une introduction voir Deci et Ryan (2002).

²⁵Dans sa taxinomie des théories de la motivation Kanfer (1990) classe la TEC parmi les théories besoin-mobile-valeur.

motivation des individus. La TEC répond à ces questions par l'hypothèse de besoin psychologique fondamental. Les individus, quels qu'ils soient, tendent, en toutes circonstances, à satisfaire leurs Besoins Psychologiques Fondamentaux (BPF ; Deci et Ryan, 2002). Ces besoins (autonomie, compétence et relation à autrui²⁶) sont alors les nutriments nécessaires à tout être humain pour atteindre une situation de croissance, d'intégrité et de bien être psychologique.

La réduction des BPF au nombre de trois n'exclut pas l'existence d'autres besoins psychologiques qui participent à la motivation humaine. Cependant ceux-là sont considérés comme essentiels au développement des individus de sorte que leur non satisfaction entraîne une situation de mal être durable. L'action humaine est alors motivée par deux sources bien distinctes qui se différencient par leur contribution à la satisfaction des BPF (Ryan et Deci, 2001b) : la MI et la ME. La MI, contrairement à la ME, est fondamentale au sens où il existe une forte relation entre les BPF et la MI. Les actions intrinsèquement motivés sont, par nature, propice à la satisfaction des BPF et, *a fortiori*, aux processus de croissance et de bien être psychologique (Laguardia et Ryan, 2000 ; Reis et al., 2000). Ainsi, sont intrinsèquement motivées et désirables en soi les actions qui satisfont les BPF.

Ce qui nous semble particulièrement remarquable dans l'analyse du comportement du médecin est la correspondance entre les BPF et ce que l'on peut appeler « valeurs médicales »²⁷ :

- Besoin d'autonomie : l'action doit être perçue par les autres comme émanant de la volonté individuelle de l'acteur. Plus précisément, elle doit être interprétée comme l'émanation du soi et non comme une contrainte extérieure²⁸. Parmi les trois BPF, celui qui semble le plus caractéristique de l'activité médicale est le besoin d'autonomie. Il semble que le médecin soit doté d'une très forte autonomie dans son activité. Il peut évidemment subir les influences extérieures provenant de l'État, des caisses d'assurances privées ou publiques, du patient, de l'industrie pharmaceutique ou de ses confrères mais, lors de la prise de décision finale, il est le seul juge. L'autonomie ne se confond pas avec le libéralisme politique, au sens d'Hassenteufel (1997). Selon lui, à partir du moment où des progrès médicaux déterminants ont été réalisés, les médecins ont commencé à se réunir pour défendre leur représentation de l'activité médicale. Avant même la création des régimes de protection sociale, ils ont su à la fois conquérir le droit à l'auto-contrôle (l'activité médicale est contrôlée par l'Ordre des Médecins) et le droit au monopole (l'activité de soin ne peut être délivrée que par un médecin ; exclusion des charlatans). Le libéralisme politique est une forme d'autonomie mais certainement pas la seule. En effet, l'autonomie laisse au médecin un libre arbitre dans la prise de décision qui n'est pas contradictoire avec l'élaboration d'un cadre pour l'activité médicale. Dans le cas du libéralisme politique d'Hassenteufel les médecins, au lieu de seulement préserver leur autonomie, se sont construis contre l'État et les caisses. Néanmoins, il reste que l'exercice de la profession médicale est largement autodéterminé, du fait de cette valorisation du libéralisme politique. On peut ainsi présager d'un fort sentiment de satisfaction et de bien être (consécutif à la satisfaction du BPF d'autonomie).

- Besoin de compétence : les individus cherchent à se sentir utile dans les interactions sociales et cherchent des opportunités de l'être. C'est un sentiment d'efficacité sur son environnement qui autorise la stimulation de la curiosité et donc la croissance et le développement psychologique optimal. De façon complémentaire à la construction d'une autonomie médicale, on

Ce type de théorie cherche les causes fondamentales du comportement, leur contenu. Elle y oppose les théorie du choix cognitif pour qui la question pertinente est de savoir comment motiver les individus, par quels processus sont motivés les individus ? La dernière catégorie est celle des théorie de méta-cognition (là où on retrouve la TAD) qui donnent un rôle central à la notion de but et aux processus de la motivation.

²⁶Nous revenons sur les définitions plus bas.

²⁷On se réfère ici aux différentes analyses des valeurs médicales (Batifoulier, 2010 ; Bessis et Favereau, 2010 ; Hassenteufel, 1997 ; Jaunait, 2005). Il ne s'agit pas d'assimiler purement et simplement les BPF aux valeurs médicales mais de montrer en quoi ces différentes besoins peuvent trouver une forme de satisfaction à travers la construction des valeurs médicales.

²⁸Attention à ne pas confondre autonomie et indépendance. L'indépendance est définie par une absence d'influence extérieure alors alors qu'une action autonomie peu être guidée, mais non imposée, par une autre source que le soi. Cette distinction peut s'éclaircir à la lumière du besoin de relation à autrui : l'indépendant n'a pas de relation à autrui.

peut mettre en évidence le rôle du BPF de compétence dans la construction de la profession médicale. Pour le médecin le besoin de compétence peut être mis en parallèle à la dimension technique inhérente à l'activité. La compétence du médecin provient en partie de cette technicité, qui peut se déduire, par exemple, de la longueur des études. D'ailleurs, le savoir technique en général est intrinsèquement source de prestige et fortement valorisé dès le début du XXème siècle. Nous pouvons ici déduire une relation entre compétence et autonomie : si le médecin acquiert une autonomie importante c'est grâce à la reconnaissance sa compétence. Encore une fois, la nature même de l'activité médicale (technicité importante) semble autoriser la satisfaction des BNF.

- Besoin d'être en relation à autrui : les individus cherchent à être en lien avec les autres membres de la société, s'en occuper et être l'objet de l'attention. Ce n'est pas un besoin instrumental au sens où les agents ne cherchent pas une récompense mais, il est essentiel en soi par le sentiment d'unité sociale qu'il procure. De ce point de vue, ses capacités à soigner les maladies, contrairement aux pratiques profanes, font du médecin un élément structurant essentiel de la société. En effet, le pouvoir médical, est si puissant du fait même de la nature du service rendu par le médecin : la santé. Ainsi on peut suivre Hassenteufel lorsqu'il explique que « le poids politique des médecins est également lié à leur registre de légitimation puisque leurs revendications peuvent être exprimée au nom d'un intérêt bien plus englobant que celui de la profession : celui de la santé de la population » (1997, p. 23). Par ailleurs l'analyse de Parsons (1951) explique que la fonction du médecin est de rétablir l'ordre social et symbolique par la restauration de la santé individuelle. Cette fonction, pour être bien remplie, doit s'affranchir de toute autre logique (notamment marchande). Le médecin est alors tenu de faire preuve d'un comportement désintéressé notamment par la mise en place de codes éthiques (comme le code de déontologie, le serment d'Hippocrate...).

En résumé, dans le cadre de la TEC, les individus tendent naturellement à satisfaire leur BPF. Ces besoins sont à la source de l'une des formes de motivation les plus puissante et importante pour le bien être : la MI qui, à elle seule²⁹, peut déclencher le comportement (l'effort). Dans le domaine médical, on peut raisonnablement penser que les médecins disposent de ce type de ressources grâce à la probable satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et de relation à autrui. Nous pouvons alors poser l'hypothèse d'une relation forte entre BNF et valeurs médicales qui s'exprime par l'existence d'une MI du médecin à la poursuite d'un comportement en adéquation avec ses valeurs. Ces dernières, en permettant de satisfaire les BPF, sont alors la source d'un bien être qu'il convient de défendre par l'organisation de l'activité en profession.

2.1.2. La profession : un moyen de réalisation des BPF

Selon Deci et Ryan (2002), la satisfaction des BPF est la condition nécessaire pour atteindre un situation de bien être. Comme nous venons de le voir, l'exercice de la médecine semble correspondre à un fort niveau de satisfaction de ces besoins. Les valeurs médicales, en promouvant un fort libéralisme politique justifié par le double impératif de compétence (exclusion des charlatant, études longues...) et éthique (respect de codes moraux et rôle social), remplissent au mieux les attentes psychologique des individus. Cependant, plus qu'une coïncidence, il nous faut montrer que ces valeurs médicales résultent de la construction de l'activité en profession. C'est d'ailleurs ce statut qui garantit aujourd'hui la pérennité des valeurs médicales et, *in fine*, la satisfaction des BPF.

Lorsque l'on parle de construction de l'activité médicale en profession, il faut entendre profession au sens sociologique du terme (Dubar et Tripier, 2005). Il est extrêmement difficile de donner une définition de la notion de profession étant donnée la variété des sens qui peuvent coexister (vocation, position, spécialisation ou classification). De plus aucune définition définitive ne semble émerger tant que les différents courants en sociologie s'opposent (fonctionnalistes, interactioniste, néo-Marxiste, néo-Weberien...). C'est pourquoi en suivant Dubar et Tripier (2005) nous préférons poser le triple enjeu des professions sur le plan cognitif, affectif et conatif. Premièrement, la profession en tant que forme d'organisation sociale, constitue un enjeu primordial

²⁹Sans incitations, c'est à dire sans ME.

du rapport entre État et individus (ce sont des groupes intermédiaires au sens de Durkeim). Deuxièmement, la profession, si on l'entend à partir de son origine religieuse³⁰, pose la question fondamentale du sens subjectif des activités de travail et de l'expression des valeurs éthiques. Enfin, les professions sont de toute évidence des coalitions politiques, des groupes d'intérêts, ayant pour but de se protéger de l'organisation marchande de la société (d'où la mise en place de monopole, barrières à l'entrée, clientèle fixe assurée, emploi stable, rémunérations élevées, reconnaissance de l'expertise...). La sociologie des professions a donc pour programme de recherche « l'organisation sociale des activités de travail, la signification subjectives de celles-ci et les modes de structuration des marchés du travail » (Dubar et Tripier, 2005, p. 7).

À partir de cette définition étendue de la sociologie des professions, plusieurs chercheurs nous permettent de comprendre le fonctionnement de la profession médicale. Eliot Friedson (1970) propose une définition de la profession médicale particulièrement éclairante. Selon lui on ne peut pas décrire la profession médicale par la simple énumération des caractéristiques particulière du métier. Plus précisément la profession médicale ne résulte pas seulement de l'autonomie accordée aux médecins (pouvoir de monopole et auto-contrôle). Selon lui, à l'état primitif de la médecine, rien ne permet de distinguer un médecin d'un sorcier : tous deux cherchent à impressionner le patient par leur façon de parler et de s'habiller. Ce n'est que lorsque la technique a permis de guérir effectivement les malades que le médecin est devenu objectivement plus efficace que le sorcier. Cependant ce n'est pas une condition suffisante pour que se développe la profession médicale. L'élément essentiel ne tient pas, comme on pourrait le croire, aux savoirs intellectuels des médecins plus ou moins corrélés à de longues études, mais à la confiance du public et à la légitimité de leurs compétences. L'autorisation d'exercer et même la constitution d'un monopole médical n'est rien sans la création d'une clientèle qui croit que ces « nouveaux sorciers », appelés médecins, vont les guérir. Le facteur déterminant de la construction de la profession médicale est donc ce que Friedson appelle le milieu de travail. Les accidents doivent être réduits au minimum, les fautes doivent être sanctionnées, les résultats doivent être contrôlés (...) afin que les médecins développent la confiance du public. Pour construire cette confiance il faut alors mettre en place un contrôle permanent de l'activité médicale par une stricte surveillance entre les pairs. Il s'agit d'un contrôle informel mais particulièrement puissant pour entretenir la confiance collective du public. Les valeurs éthiques sont respectées non seulement parce qu'elles sont globalement partagées mais aussi parce que leur non respect (individuel) infligerait un discrédit collectif sur la profession synonyme de perte de monopole du soin.

Si on reprend l'analyse du point de vue des BPF, d'après une lecture de Friedson, on voit que les valeurs médicales se soutiennent mutuellement en donnant naissance à la profession médicale. Individuellement les médecins, à partir d'une compétence spécifique, sont intrinsèquement motivés pour accomplir leur activité selon des valeurs libérales (revendication d'une forte autonomie) et éthiques (promotion du rôle social du bien Santé ; respect du code de déontologie...). La reconnaissance par le public du médecin dans la société permet de satisfaire à la fois le besoin de compétence, puisqu'il est le seul capable de soigner la maladie, et de relation à autrui, puisqu'il assure un rôle central dans la distribution du bien Santé. Fort de ces deux conquêtes, la profession a alors pu collectivement acquérir une liberté politique (autonomie) toujours plus grande. Mais, au niveau individuel il existe un risque que certains professionnels adoptent une pratique contraire à l'éthique. Afin de se préserver de cette situation les médecins mettent en place une forme d'auto-contrôle particulièrement efficace puisqu'elle interdit ce que redoute le public : une pratique opportuniste. Ce qui est remarquable dans cette construction est la complémentarité entre les différentes valeurs. L'autonomie est redevable de la particularité du bien Santé et de la compétence du médecin ; la compétence est effective du fait de l'autonomie du médecin par rapport à la sphère politique ou marchande et de la croyance du public ; la relation à autrui est facilitée par l'autonomie et par la compétence du médecin.

Retirer un des maillons de la chaîne peut provoquer pour le médecin une perte de

³⁰On parle de profession de foi, de vocation religieuse.

satisfaction des BPF, donc de MI, et, pour le patient, une moindre qualité du service. C'est, selon nous ce qui se passe lorsque le régulateur introduit une incitation financière. Mais pour en arriver là il nous faut encore poser une hypothèse supplémentaire sur la rationalité médicale.

2.2. La rationalité médicale

La mise en place de valeurs médicales, bien que répondant à l'impératif de dépassement du cadre économique classique, ne permet pas, à elle seule, d'expliquer le COE. Pour cela nous proposons, encore une fois, un retour à la théorie de Deci et Ryan (2002) qui, en expliquant les mécanismes psychologiques sous-jacents à l'éviction des MI par les ME, mettent en avant l'indispensable capacité d'interprétation des agents (2.2.1.). Nous pouvons alors attirer l'attention sur la convergence entre les développements en psychologie de la motivation et l'Économie des Conventions (EC). En effet, les deux approches donnent un rôle important à la capacité d'interprétation des individus. C'est en les rapprochant que l'on peut, selon nous, expliquer le « crowding out » médical (2.2.2.). L'incitation, interprétée par le médecin comme l'intrusion de valeur marchande dans son activité, s'attaque au statut de profession médicale et, par l'intermédiaire des valeurs médicales, aux BPF. Ces derniers étant à la base du bien être individuel, il devient logique que l'introduction de ME entraîne en réaction l'éviction des MI.

2.2.1. Rationalité interprétative et éviction

La section précédente nous a permis de mettre en place une pluralité de raisons d'agir du médecin de sorte que la décision s'appuie sur différentes valeurs professionnelles. Cependant, il nous reste à déterminer comment le médecin arbitre entre ces différentes orientations, ce n'est que de cette façon que nous pourrions proposer une explication du COE. Avant de proposer un cadre économique à cette analyse, il nous paraît nécessaire de revenir à la théorie liminaire de Deci et Ryan (2002).

À la lecture de leurs travaux, il semble important de donner une place importante à l'hypothèse de rationalité interprétative. Les individus, lorsqu'ils adoptent un comportement plutôt qu'un autre, doivent prendre en compte la situation particulière de l'interaction et, à partir de là, ils interprètent la signification des ME. C'est ainsi que les auteurs expliquent le COE (Deci, 1971 ; Ryan et Deci, 2000). Selon la TEC, ce résultat, *a priori* contre intuitif, est la conséquence logique de l'altération du niveau de satisfaction des BPF suite à l'introduction des ME. En effet, ces besoins sont remplis lorsque la motivation est intrinsèque mais, l'introduction de ME change l'interprétation que se font les individus de la situation. Deux mécanismes remettant en cause le sens de l'action sont en jeu : le « perceived locus of causality » et le « perceived locus of competence ».

- « Perceived locus of causality » : l'introduction d'une régulation extérieure (ME) est interprétée par l'acteur comme si celui-ci ne serait pas à l'origine de son action. C'est cette perte d'autonomie perçue qui engendre la baisse de sa MI à travers l'insatisfaction des BPF.

- « Perceived locus of competence » : dans ce cas la ME signifie pour l'individu que le régulateur ne croit pas que son action soit socialement utile (altération du BPF de compétence). L'acteur, voyant son action dévalorisée, risque très probablement de réduire son niveau de MI.

Dans les deux cas, l'introduction de la ME, ayant engendré une diminution de la satisfaction des BPF (autonomie ou compétence), rend la réalisation de l'action moins attractive en soi : elle n'est plus intrinsèquement motivée. Insistons sur la particularité de cette théorie qui donne une grande importance à la capacité d'interprétation des agents. Ce qui cause l'éviction ce n'est pas l'intention du régulateur extérieur mais l'interprétation que se fait le régulé de ses intentions. La récente méta-analyse de Deci, Koestner et Ryan (1999) confirme ces conclusions. Il apparaît que toutes les récompenses tangibles et intangibles attendues ou anticipées, détériorent ou, au mieux, indéterminent les MI. Par contre les récompenses intangibles ont un effet favorable sur le niveau de

MI³¹. Ce qui est en jeu derrière ces différentes formes de ME c'est l'altération ou non de la satisfaction perçue par les individus de leurs BPF.

L'explication du COE fournie par la TEC, en mettant l'accent sur la capacité d'interprétation des individus, nous semble converger avec le programme de recherche de l'Économie des Convention (EC ; Biencourt et al., 2001). À la manière de ce que propose la TEC, l'EC oppose la capacité calculatoire des individus à des capacités cognitives plus mesurées, notamment en postulant l'hypothèse de rationalité interprétative (Batfoulier et Thévenon, 2001). Les individus modélisés par la théorie standard disposent d'une rationalité substantielle leur permettant de faire les meilleurs choix possibles sur des marchés parfaitement apurés. Connaissant l'ensemble des états de la nature présents et avenir, ils ne leur reste qu'à maximiser leur utilité compte tenu de préférences prédéfinies. Cependant cette formulation rencontre toute une série d'objections majeures compromettant son pouvoir explicatif. Ici il nous suffit de mentionner le problème d'information auquel sont confrontés les individus³². Ils ne connaissent pas tous les états de la nature possibles, on parle d'incertitude radicale. Dès lors il devient impossible de passer des contrats complets condition indispensable au bon fonctionnement des marchés. C'est ce point qui nous intéresse puisque, si les contrats ne sont pas complets, comment envisager la coordination ? Les règles ne pouvant donner les principes d'action dans toutes les situations possibles, les individus devraient se retrouver démunis face à l'inattendu. Or ce n'est pas ce que l'on observe.

L'EC explique, à l'inverse de la théorie standard, que les individus ne se coordonnent pas uniquement grâce à leurs capacités calculatoires éprouvées sur le marché. Dans un contexte d'incertitude radicale, les individus font appel à un cadre de compréhension du monde plus général. Ces « modèles d'évaluations » (Biencourt et al., 2001) sont des conventions qui permettent aux individus de construire avec d'autres un monde commun. Si toute l'information n'est pas dans la règle, une montée en généralité permet de la comprendre dans un contexte plus large (celui du modèle d'évaluation). Afin que soit possible cette montée en généralité, il faut donner aux individus une capacité d'interprétation de l'environnement. La rationalité doit également être située puisque l'interprétation se fait dans un contexte particulier. Cette capacité n'a de sens que s'il est possible d'avoir plusieurs interprétations différentes. Comme nous l'avons fait précédemment, l'EC pose l'hypothèse de pluralité de critères de jugement. Pour nous il suffira de mentionner à côté des valeurs médicales l'existence d'une valeur marchande selon la quelle le mobile de l'action est « l'intérêt à ». La coordination des comportements passe alors par la coordination des représentations de la situation. Plus précisément, pour qu'il y ait une coordination des comportements, il faut que les individus soient d'accord sur l'interprétation qu'il faut se faire de la situation. Étant donnée l'existence de différents modèles d'évaluation (différentes valeurs) qui viennent compléter les règles, un échec de coordination des comportements peut provenir d'un échec préalable de coordination des représentations. Il y a une dispute sur la valeur qui doit guider la représentation de la situation.

Dans notre cas, la ME peut, d'après l'interprétation que se font les médecins des intentions du régulateur, véhiculer une représentation marchande de la situation très différente, voir antithétique, de la représentation médicale. Le sens de la situation dans laquelle évolue la profession médicale, change, ce qui entraîne le COE.

2.2.2. Le « crowding out » médical : un cadre d'analyse

Nous avons jusqu'ici doté le médecin d'une pluralité de valeurs, consécutives de la MI, et d'une rationalité interprétative permettant de donner du sens aux interactions. Il s'agit maintenant, à partir de ces outils, de fournir une explication théorique du COE. Si l'on suit la TEC (Deci et Ryan, 2002), il faut nécessairement, d'une part, que les médecins soient intrinsèquement motivés, sinon

³¹Par exemple, il est montré que les commentaires positifs améliore le niveau de MI par leur effet positif sur le besoin de compétence.

³²La section 2.2. à mise en avant les problèmes liés à l'hypothèse de désutilité de l'effort et à celle d'intéressement.

l'éviction est impossible. Nous avons démontré, notamment du fait de l'organisation de l'activité en profession, protégeant la satisfaction des BPF, qu'il y a de fortes probabilités pour que se soit le cas. Il faut, d'autre part, que la ME soit interprétée par les médecins comme une atteinte à la satisfaction des BPF (compétence et/ou autonomie). La question à se poser est la suivante : Est ce que l'introduction d'une ME de type incitation financière (tangibile et anticipée), remet en cause la satisfaction des BPF ?

La mise en place d'incitations financières, comme le CAPI, par un régulateur extérieur à l'activité médicale relève d'une logique marchande. Il s'agit d'inciter le médecin à pratiquer un certain nombre d'actes, pour atteindre des objectifs prédéfinis, moyennant rémunération. Les objectifs sont ici qualitatifs mais ils sont également financiers. Le dénominateur commun de toutes les régulations récentes est la volonté de réduire les dépenses de santé pour équilibrer les comptes publics. Dans ces circonstances, on peut raisonnablement prévoir un COE. En effet, le médecin est intrinsèquement motivé notamment du fait de sa grande liberté d'exercice. Il est autonome face aux caisses d'assurance sociales et à l'État social (Hassenteufel, 1997). Dans ce contexte de référentiel marchand (Muller, 2009), il interprète la régulation comme l'introduction d'une logique marchande ayant pour résultat le contrôle de son activité. Il n'est plus totalement libre dans sa pratique, puisque, même si le CAPI fonctionne sur la base du volontariat, la rémunération est conditionnée à la bonne pratique. La perte d'autonomie vient du fait que la bonne pratique n'est pas décidée par le médecin mais par l'extérieur. De plus, ce qui paie le travail de prévention n'est pas la rémunération habituelle (paiement à l'acte, capitation...), mais l'incitation. L'engagement dans ce travail n'est donc pas le produit de la simple éthique professionnelle (l'esprit du travail bien fait). La prévention est un sur-travail, étranger à l'activité normale, qu'il faut provoquer par une sur-rémunération (l'incitation). Encore une fois cette interprétation a pour résultat la baisse du sentiment d'autonomie du médecin. Il n'aurait pas fait son travail s'il n'avait pas été incité. Il est possible d'interpréter de la même façon les incitations à l'installation. Encore une fois, même si elles sont volontaires, la rémunération est conditionnée à l'installation. Le médecin est, s'il veut percevoir la rémunération, obligé de s'installer à tel ou tel endroit, il est l'obligé du régulateur. Ainsi les incitations remettent en cause l'autonomie médicale et donc, selon la TEC, la satisfaction des BPF. Par le mécanisme du « perceived locus of causality », la ME évince la MI. Le médecin n'est plus la cause première du comportement prosocial. Celui-ci est dicté par la tutelle. Trépos et Laure (2010) illustrent bien ce point de vue par l'étude de l'effet des recommandations médicales. Celles-ci sont souvent mal perçues du fait de l'opacité des procédures d'élaboration (on ne sait pas bien qui contrôle) et par la préférence pour une pratique médicale nourrie du bon sens plutôt que de modèles scientifiques. Le cœur du problème d'application des normes est bien le degré d'autonomie perçue des médecins.

En plus de la détérioration du BNF d'autonomie, l'introduction de ME peut théoriquement engendrer le mécanisme psychologique de « perceived locus of competence ». Ici c'est le besoin de compétence qui est en jeu. En toute logique, si la tutelle doit prendre le contrôle de l'activité médicale (baisse de l'autonomie) c'est parce que le médecin n'est pas compétent. Il ne remplit pas sa fonction sociale parce qu'il en est incapable. En quelque sorte, le médecin interprète la régulation comme la condition nécessaire qui doit être mise en place par la tutelle pour qu'il fasse correctement son travail. Dans le cas du CAPI, s'il faut que la tutelle prenne le contrôle de l'activité médicale c'est précisément parce que le médecin est incompetent. Il n'est pas capable seul, de manière autonome, de prendre en charge les besoins du patient. Comme il en est incapable il faut le payer pour stimuler le comportement prosocial. Cela revient encore une fois à dénier la compétence et les valeurs éthiques de l'activité médicale. Le médecin n'est qu'un simple producteur individuel qui n'a pas conscience de la spécificité du bien Santé. Puisqu'il ne s'autorégule pas avec de telles ressources éthiques, il faut lui apprendre son métier. Le CAPI est interprété comme un rappel à l'ordre : « il faut faire de la prévention même si c'est dur ». Or, le médecin n'est pas l'individu rationnel de la théorie économique standard, il dispose de ressources éthiques et s'indigne du traitement que lui réserve la tutelle. L'incitation évince la MI. Le propos de Trépos et Laure (2010) peut encore une fois nous aider à éclaircir notre argumentation. En plus de prendre le contrôle sur l'activité médicale par la mise en place de recommandations de bonnes pratiques, le CAPI remet en cause le travail du

médecin. La tutelle fait comme si le médecin se désintéressait de la justesse de son activité alors qu'il apparaît que les recommandations sont utilisées comme une force faible³³. Elles ne sont pas suivies à la lettre, par force de contrainte, mais, lorsqu'elles ne se présentent pas comme des directives rigides, elles forment un cadre qui peut être mobilisé dans l'intérêt du patient. Le médecin cherche constamment à rendre opérationnelles les informations, selon lui, trop académiques des recommandations de bonnes pratiques.

En résumé, que ce soit sur le plan de l'autonomie ou de la compétence, la ME de type incitation financière réduit la satisfaction des BNF. L'action dévalorisée, amputée de son sens, n'est plus intrinsèquement motivé.

Cette explication du « crowding out » médical cadre parfaitement avec la logique de profession que nous avons mentionnée plus haut. En effet, la remise en cause de la satisfaction des BPF, peut s'interpréter comme la remise en cause des valeurs médicales et donc du statut de profession. C'est ici un sujet classique de la sociologie des professions (Dubard et Tripier, 2005) qui est développé par les économistes (Bessis et Favereau, 2010).

La logique de profession décrite par les sociologues s'oppose fondamentalement à la logique marchande. Alors que la logique marchande tend à diviser le travail pour en faire un bien comme un autre qui s'échange sur un marché, la logique professionnelle cherche à s'extirper du marché en se protégeant contre lui. C'est ainsi qu'il faut comprendre la recherche du monopole et de l'auto-contrôle. Le marché veut « détruire, décomposer, déstructurer l'ancien travail professionnel (c'est à dire pourvu d'autonomie et de signification éthique) pour le remplacer par un 'travail en miettes' [...] qui semble dépourvu de toute qualification et de toute signification culturelle » (Dubard et Tripier, 2005, p. 52). L'enjeu est fondamental puisque ce n'est qu'en divisant le travail pour en faire un bien parfaitement remplaçable, en rien particulier, que l'allocation optimale des ressources pourra se faire sur les marchés. L'éthique n'est pas une valeur défendable parce que la main invisible se charge de faire des vices privés la vertu publique (Dubard et Tripier, 2005, p. 45). Comme le rappellent Bessis et Favereau (2010), la régulation actuelle tend à opposer aux professions, considérées archaïques et trop lourdes, une logique marchande jugée plus efficace. Or, « il semble bien que les grandes professions traditionnelles se reconnaissent à ce que le travail du bon professionnel repose d'abord sur les motivations intrinsèques » (Bessis et Favereau, 2010, p.90). Du point de vue de la TEC, la logique marchande, en atomisant la société et en favorisant la concurrence, nuit à la satisfaction des BPF, et donc aux valeurs médicales, qui, jusqu'à présent, étaient protégées par l'organisation de l'activité en profession.

Conclusion

L'analyse du concept de motivation en économie connaît aujourd'hui une évolution importante du fait de l'introduction de l'hypothèse de substitutabilité des motivations. La difficulté à mesurer empiriquement cet effet dans le cas de l'activité médicale nous a conduit à préférer une approche théorique. Nous avons commencé par l'analyse de BT qui ne voit dans le COE qu'un simple problème d'asymétrie d'information dans une relation classique d'agence. En plus des contraintes traditionnelles qui pèsent sur le principal, l'agent cherche désormais une information sur la tâche qu'on lui propose dans l'incitation. Ainsi, au lieu de régler un problème d'effort, l'incitation provoque potentiellement un problème d'effort. En effet, l'agent peut voir dans l'incitation une mauvaise nouvelle sur la tâche ou bien un risque de perte en prestige social. Cependant nous avons vu que cette formalisation rencontre des difficultés fondamentales. L'hypothèse de COE suppose l'existence préalable d'une MI : c'est justement ce qu'interdisent les modèles de la théorie économique standard. Le déclenchement de l'action ne peut être que extrinsèque du fait de la désutilité de l'effort d'une part et de la réduction des orientations du comportement au seul intérêt d'autre part. Or, il se trouve justement qu'une très grande partie du comportement humain est orienté par le désintéressement, consécutif d'un déclenchement intrinsèque de l'action. Étant données les

³³Les auteurs font un parallèle avec la notion de lien faible de Granovetter.

limites du cadre standard, il nous a fallu rechercher une théorie économique permettant le pluralisme comportemental. Une théorie non standard doit pouvoir autoriser un déclenchement intrinsèque de la motivation pour rendre possible les comportements désintéressés et intéressés.

Pour ce faire nous avons entrepris une relecture de la théorie pionnière de Deci et Ryan (2002) qui nous a semblé converger avec le programme de recherche de l'EC. En effet, les deux théories accordent une place importante à la capacité d'interprétation des individus. Dans ce cadre d'analyse, la question pertinente est de rechercher le sens que donne le médecin à son travail. Nous avons alors mis en avant le fait que, plus qu'un simple intérêt pécuniaire à exécuter son labeur, le médecin trouve un intérêt pour l'activité médicale. Ce désintéressement semble alors provenir, si l'on suit les psychologues de la motivation, de la satisfaction des BPF, condition essentielle au bien être individuel. Le public valorise le rôle social du médecin (BPF de relation à autrui) parce que celui-ci a démontré ses capacités de soin (BNF de compétence) et donc, pour ces raisons, la liberté politique du médecin (autonomie) est également valorisée. On peut ainsi comprendre l'organisation en profession de la médecine comme un projet de défense et de consolidation de ces valeurs médicales. Dès lors le COE peut s'expliquer comme l'intrusion de valeurs marchandes dans la sphère de la profession qui a justement pour effet de remettre en cause la satisfaction des BPF. La régulation mise en place par la tutelle est interprétée comme une remise en cause de l'autonomie et de la compétence médicale : il faut contrôler le médecin pour qu'il fasse correctement son travail. C'est cette situation, inacceptable pour l'ensemble de la profession médicale, qui provoque le COE.

À partir de ces développements, il nous paraît important de faire quelques remarques.

Tout d'abord, il faut, selon nous, distinguer deux types de COE. Le travail de BT reste très stimulant puisqu'il ouvre un nouveau champ d'exploration, même s'il est distinct de leur objectif préliminaire. Deux types de COE, qui peuvent se compléter et/ou se recouper, existent. Le point commun de ces deux phénomènes est l'éviction de la motivation, et donc de l'effort, par l'introduction d'incitations extrinsèques. Ce qui différencie ces deux approches tient à la nature de la motivation évincée. D'une part, on peut, grâce à BT, mettre en avant l'existence d'une éviction économique. Cette catégorie regroupe alors toutes les situations où les incitations évincent la motivation intéressée (ME)³⁴. Elle est dite économique au sens où elle s'explique par le recours à l'hypothèse de rationalité substantielle, et donc aux capacités de calcul des individus. Dans le cas du principal informé il s'agit évidemment d'éviction économique puisque ce qui cause la baisse de la motivation et de l'effort est la révision de la probabilité de réussite de la tâche. L'« overjustification effect » discuté par BT relève également de l'éviction économique puisque c'est parce qu'il est intéressé par le prestige que lui procure la société que l'individu rationnel refuse la ME. D'autre part, l'étude de Deci et Ryan (2000) révèle, comme le démontre une analyse par l'EC, l'existence d'une éviction psychologique. On désigne ici toutes les situations où, conformément à la TEC, la MI est évincée par la ME. Les ressorts de cette éviction ne sont plus à rechercher dans une forme calcul mais, dans des explications comportementales relevant de la psychologie de la motivation³⁵. Notre application théorique à partir de l'EC en est un exemple. Ce qui provoque l'éviction n'est pas le calcul intéressé mais, l'indignation des médecins provoquée par l'intrusion de ce qu'ils interprètent être une logique marchande (l'incitation) dans ce qui relève, selon eux, d'autres valeurs (l'activité médicale).

Par ailleurs, nous avons ici pris le parti de ne considérer que les deux cas extrêmes de la motivation : MI et ME. Mais il est évident que la plupart des relations sociales mêlent MI et ME de façon inextricable. Les individus cherchent à devenir médecin probablement du fait d'une forme de vocation mais aussi pour obtenir un revenu. Cette remarque s'intègre dans le programme de recherche de Deci et Ryan (2002). Ces derniers considèrent la motivation comme un continuum où

³⁴En quelque sorte la ME évince la ME. C'est le comportement d'un individu opportuniste.

³⁵On parle ici des effets qu'on les ME sur les BPF.

l'individu est plus ou moins autodéterminé selon le degré d'autonomie perçue. C'est la Théorie de l'Auto-Détermination. Le rapprochement de cette théorie et du comportement médical doit nous permettre, dans de futures recherches, de préciser le rôle des incitations. En effet, il est nécessaire de lever deux hypothèses que nous avons plus ou moins implicitement postulées. D'une part, les médecins ne sont pas exclusivement intrinsèquement motivés et, d'autre part, il n'y a aucune raison pour que les médecins soient homogènes dans leurs motivations. Nous devrions trouver des différences sur le type de motivation (MI/ME) qui anime chaque individu selon par exemple la segmentation professionnelle. C'est, selon nous, en étudiant de près ce continuum des motivations que l'on pourra s'approcher, en économie de la santé, d'une mesure empirique de la motivation médicale.

Enfin, nous voulons rappeler un résultat important. Même si la motivation médicale n'est pas exclusivement intrinsèque on peut raisonnablement penser, en suivant Bras (2011) que le problème de motivation est secondaire : « L'enjeu [...] est moins d'attirer l'attention des médecins sur les bonnes pratiques et de soutenir leurs motivations que de leur donner les moyens être plus efficace dans leurs actions ». En effet, considérer que la motivation extrinsèque correspond seulement aux incitations financières occulte une grande partie de la question. La TEC étudie l'effet des récompenses sur les comportements mais, les psychologues considèrent plus généralement que la ME correspond à l'ensemble des signaux donnés par l'environnement. Ainsi, comme l'explique Bras (2011), c'est l'organisation du travail, et non sa rémunération, qui est à questionner. À ce titre citons deux types de travaux particulièrement stimulants. D'une part, en psychologie de la motivation, Sussman et al. (2008) appliquent la Théorie de l'Auto-Détermination, cadre étendue de la TEC, au travail du médecin. Leurs résultats démontrent l'importance de la satisfaction des BPF dans la motivation médicale. Par exemple, il constatent que les médecins sont moins motivés à la prévention de l'obésité, non pas parce qu'il ne sont pas spécifiquement payés pour cette tâche mais, du fait d'un environnement social qui encourage la mal nutrition (ME), réduisant à néant tous leurs efforts. D'autre part la méthode employée par Forest (2008) est exemplaire puisque, s'inspirant des théories de science de gestion elle favorise l'étude de la composition des tâches. Ces résultats montrent que la variété des compétences, l'autonomie dans l'emploi, la valeur des tâches, l'identité des tâches et les feedback de l'emploi sont positivement corrélés à une MI.

Bibliographie :

- Armour B.S., Cangialose C., Etchason J., Imai H., Kishel M. Maclean R. et Pitts M.M., (2001) « The effect of explicit financial incentives on physician behavior », *Archives of internal medicine*, Volume 161, p1261-1266
- Arrow J.A. (1963), « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *The American Economic Review*, Volume 53, p. 941-973.
- Barnay T., Hartmann L. et Ulmann P. (2007), « Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue Française des Affaires Sociales*, Volume 1, p. 109-126.
- Batifoulier P. et Thévenon O. (2001), « Interprétation et fondement conventionnel des règles » dans Batifoulier P. (2001), *Théorie des conventions*, Economica, 2001, p.219-253.
- Batifoulier P. (2004), « L'économie contre l'éthique. Une tentative d'analyse économique de l'éthique médicale », *Journal d'économie médicale*, Volume 22/4, p. 163-176.
- Batifoulier P., Buttard A. et Domin J-P. (2010), *Santé et Politiques Sociales : entre Efficacité et Justice. Autour des Travaux de Maryse Gadreau*, Editions ESKA, Paris.
- Batifoulier P., Gadreau M. et Lievaut J. (2009), « La décision tarifaire : des actes gratuits aux actes chers. Les effets pervers de la politique publique », *Journal d'économie médicale*, Volume 27/4, p. 222-234.
- Bénabou R. Tirole J. (2003), « Intrinsic and extrinsic motivation », *Review of Economic Studies*, numéro 3, volume 70, p. 489-520.

- Bénabou R. Tirole J. (2006), « Incentives and Prosocial Behavior », *American Economic Review*, volume 96(5), p. 1654-1678.
- Berthe B. (2001), *L'effort au Travail. Analyse d'un Concept Économique*, Presses Universitaires de Rennes, Collection Les Sociétés, Rennes.
- Bessis F. et Faveraux O. (2010), « Le marché contre les professions », dans Batifoulier P., Buttard A. et Domin J-P. (2010), *Santé et Politiques Sociales : entre Efficacité et Justice. Autour des Travaux de Maryse Gadreau*, Editions ESKA, Paris.
- Biencourt O., Chasserant C. et Rebérioux A. (2001), « L'économie des conventions : l'affirmation d'un programme de recherche », dans Batifoulier P. (2001), *Théorie des conventions*, *Economica*, 2001, p. 193-218.
- Bras P.L. et Duhamel G. (2008), « Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères », Paris, Inspection générale des affaires sociales.
- Bras P-L. (2009), « La rémunération des médecins libéraux », dans *Traité d'Économie et de Gestion de la Santé*, sous la direction de P-L. Bras, Pouvourville G. et Tabuteau D. (2009), Presse Fondation Sciences Politiques, Paris.
- Bras (2011), « Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise », Communication au colloque Les Transformations des Professions de Santé, 2011.
- Caillé A. (2003), « Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine », *Revue du MAUSS*, Volume 21/1, p. 330-335.
- Caillé A. (2009), *Théorie anti-utilitariste de l'action, fragments d'une sociologie générale*, Edition La Découverte/MAUSS, Paris
- Chaix-Couturier C., Durand-Zaleski I., Jolly D. et Durieux P. (2000), « Effect of financial incentives on medical practice : results from a systematic review of the literature and methodological issues », *International Journal for Quality in Health Care*, 12, p. 133-142.
- Commission des comptes de la sécurité sociale (2009), regard sur 12 ans d'ONDAM (1997-2008), numéro 14.
- Deci E.L. (1971), « Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation », *Journal of Personality and Social Psychology*, Volume 22/1, P. 105-115.
- Deci E.L., Koestner R. et Ryan R.M. (1999), « A Meta-Analytic Review of Experiments Examining the Effects of Extrinsic Motivation on Intrinsic Motivation », *Psychological Bulletin*, Volume 125/6, 627-668.
- Deci E.L. et Ryan R.M. (2002), *Handbook of Self Determination*, University Rochester Press.
- Dubar C. et Tripier P. (2005), *Sociologie des professions*, Armand Collin, Paris.
- Elster J. (2009), *Le désintéressement. Traité critique de l'homme économique I*, Édition du seuil, Paris.
- Evans R.G. (1974), « Supplier-induced demand : some empirical evidence and implications, in Perlman M., *The Economics of Health and Medical Care*, Wiley, New York.
- Filer R.K. (1986), « People and productivity : effort supply as viewed by economists and psychologists », B. Gilad and Kaish (ed.), *Handbook of behavioral economics*, Connecticut USA, Jai Press Inc., p. 261-287.
- Forest V. (2008), *Nouvelle Gestion Publique et Comportements au Travail : l'Exemple des Médecins de la Fonction Publique Hospitalière*, Thèse de Doctorat de Science de Gestion, Université Lumière Lyon 2, Lyon.
- Frey B.S. et Oberholzer-Gee F. (1997), « The Cost of Price Incentives : An Empirical Analysis of Motivation Crowding-Out » *The American Economic Review*, Volume 87/4, p. 746-755.
- Freidson E. (1970), *La profession médicale*, Payot, Paris.
- Gene-Badia J., Escaramis-Badiano G., Sans-Morales M., Sampietro-Colom L., Aguado-Menguy F., Cabezas-Pena C. et 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, p. 2-10.
- Gorz A. (2004), *Métamorphoses du travail. Critique de la raison économique*, Gallimard Folio essais, Paris

- Harrison S. et Marshall M. (2004), « It's more than money : financial incentives and internal motivation », *Quality and Safety in Health Care*, Numéro 14, p.4-5.
- Hassenteufel P. (1997), *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris
- Hillman L. Ripley, K., Goldfarb N., Nuamah I., Weiner J. et Lusk E. (1998), « Physician financial incentives and feedback : failure to increase cancer screening in medicaid managed care », *Public Health Briefs*, p. 1699-1701.
- Jaunait A. (2005), *Comment pense l'institution médicale ?*, Dalloz, Paris
- Kanfer R. (1990), « Motivation theory and industrial and organizational psychology », in Dunnette, M.D. Et Hough, L.M. (Eds), *Handbook of industrial and organizational psychology*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, Volume 1, p. 75-170.
- Laguardia J.G. et Ryan R.M. (2000), « Buts Personnels, Besoins Psychologiques Fondamentaux et Bien Être : Théorie de l'AutoDétermination et Applications », *Revue Québécoise de psychologie*, Volume 21/2, p. 281-304.
- Liebenstein H. (1969), « Organizational or frictional equilibria, X-efficiency, and the rate of innovation », *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 83/4, p. 600-623.
- Lievaut J. (2010), *Le « maillon faible » de la régulation des dépenses de santé en France : Les comportements inattendus des médecins libéraux*. Thèse de Doctorat de Science Économique, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Nanterre.
- Muller P. (2009), *Les Politiques Publiques*, PUF, Que sais-je ?, Paris.
- Palier (2004), *La réformes des systèmes de santé*, PUF, Que sais-je ?, Paris.
- Parsons T. (1951), « Social structure and Dynamic structure : the case of modern Medical Practice », *The Social System*, Free Press of Glencoe, p. 428-479.
- Polton D. et Aubert J-M. (2010), « Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? » *Collège des Économistes de la Santé, La Lettre du Collège*, Numéro 3.
- Reis H.T., Sheldon K.M., Gable S.L., Roscoe J. et Ryan R.M. (2000), « Daily Well-Being : The Role of Autonomy, Competence, and Relatedness », *Personality and Social Psychology Bulletin*, Volume 26/4, 419-435.
- Rochaix L. (1997), « Asymétrie d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Économie et Prévision*, Numéro 129-130, p. 11-24.
- Roussel P. (2000), « La Motivation au Travail – Concept et Théories », dans *Les Grands auteurs en GRH*, sous la direction de Louart P. (2001), Editions EMS, Références, Paris.
- Ryan R.M. et Deci E.L. (2001a), « On Happiness an Human Potentials : A Review of Reasearch on Hedonic and Eudaimonic Well-Being », *Annual Review of Psychology*, Volume 52, 141-166.
- Ryan R.M. et Deci E.L. (2001b), « Intrinsic and Extrinsic Motivations : Classic Definitions and New Directions », *Conptemporary Educational Psychology*, Volume 25/1, 54-67.
- Sussman A.L., Williams R.L., Leverage R., Gloyd P.W. et Crabtree B.F. (2008), « Self Determination Theory and preventive care delivery : a research involving outpatient setting network (RIOS net) study », *Journal of the American Board of Family Medecine*, Volume 11/4, 282-292.
- Trépos J-Y. et Laure P. (2010), « Les recommandations médicales en médecine générale : le travail de réception des normes professionnelles », dans *Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale*, G. Bloy et F-X. Scheyer, Presses de l'EHESP, Paris, p. 271-282.
- Vallerand R.J. et Thill E.E. (1993), « Introduction au concept de motivation », p. 3-39, dans Vallerand R.J. et Thill E.E. (1993), *Introduction à la psychologie de la motivation*, Laval (Québec), édition études vivantes.
- Videau Y., Batifoulier P., Arrighi Y., Ventelou B., et Gadereau M. (2010), « Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champs de la prévention », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58, p. 201-311.