



Quelle éthique médicale ?

Une relecture à partir de l'hypothèse de « crowding out effect »¹

By/Par | **Nicolas Da Silva**
EconomiX, UMR CNRS 7234
Université Paris Ouest
niconds@hotmail.fr

ABSTRACT

The advent, in health microeconomics, of agency theory and its necessary corollary in terms of regulation i.e. incentive, excluded the question of the theoretical status of medical ethics by making it devoid of practical interest. Indeed, that ethics is utilitarian (conditional to utility maximization), or anti utilitarian (unconditional norm), incentive is the only relevant public policy. However, we believe the emergence of a large economics literature on "crowding out effect" comes back a place in the capital theoretical status of medical ethics. If the motivations are substitutable then, the incentive can be counterproductive. The low compatibility between motivation theory and agency theory reinforces the relevance of the assumption of anti utilitarian ethics.

Key words: Physician – Intrinsic Motivation – Extrinsic Motivation – Crowding Out Effect – Ethic – Medical Ethic – Selflessness – Effort – Agency Theory.

RÉSUMÉ

L'avènement, en microéconomie de la santé, de la théorie de l'agence et de son corollaire en terme de régulation qu'est l'incitation, ont exclu la question du statut théorique de l'éthique médicale en la rendant dénuée d'intérêt pratique. En effet, que l'éthique soit utilitaire, (conditionnelle à la maximisation d'utilité), ou anti utilitaire (norme inconditionnelle), l'incitation est la seule politique publique pertinente. Cependant, selon nous, l'émergence d'une importante littérature en économie sur le « crowding out effect » vient redonner une place capitale au statut de l'éthique. Si les motivations sont substituables alors, l'incitation peut être contreproductive. La faible compatibilité entre théorie des motivations et théorie de l'agence renforce alors la pertinence de l'hypothèse d'éthique anti utilitaire.

Mots clefs : Médecin – Motivation Intrinsèque – Motivation Extrinsèque – Effet d'Eviction – Ethique – Ethique Médicale – Désintéressement – Effort – Théorie de l'Agence.

JEL Classification: I11, I18, D63

¹ L'auteur souhaite remercier pour leurs remarques particulièrement pertinentes et constructives les deux rapporteurs anonymes de la revue *Ethique et Economique*. L'auteur reste cependant le seul responsable des imperfections subsistantes.

INTRODUCTION

L'organisation du travail en profession se caractérise notamment par la construction d'une déontologie ayant pour rôle de gérer et de guider le comportement des professionnels. Dans le cas de la médecine, cette éthique professionnelle est façonnée par des codes de déontologie (ou serment d'Hippocrate, etc.). Si cette éthique fait autorité dans le monde médical, il est difficile d'en donner une formalisation dans le langage de la théorie économique. L'existence d'une dimension éthique du comportement, caractérisée par la prévalence de motivations non marchandes, semble en effet s'opposer radicalement à l'hypothèse, classique en économie, de rationalité intéressée. Cette éthique médicale suppose-t-elle de remettre en cause les outils traditionnels de l'économiste ou peut-elle être intégrée de façon satisfaisante dans la fonction d'utilité ?

Ce débat a été développé par la littérature en économie de la santé. Il est marqué par deux positions contradictoires. La première adopte une perspective utilitariste selon laquelle l'éthique, lorsque l'on admet son existence, peut se traduire par une préférence altruiste conditionnelle à la maximisation de l'utilité (Bardey, 2002 ; De Jaegher et Jegers, 2000 ; Jack, 2005 ; Ma, 2007 ; Rochaix, 1986 ; Rochaix, 1989). La seconde, plutôt que de réduire l'éthique au calcul utilitaire, propose de comprendre l'éthique médicale comme une norme inconditionnelle mettant en jeu les valeurs professionnelles² (Gadreau, 1992 ; Béjean, 1994 ; Béjean et Gadreau, 1996 ; Batifoulier, 2004 ; Batifoulier et Gadreau, 2006 ; Batifoulier, Bessis et Biencourt, 2011).

En dépit de son intérêt à la fois théorique mais aussi politique, dans la mesure où la connaissance du comportement du médecin renseigne le législateur sur le type de dispositifs à adopter, ce débat s'est éteint ces dernières années suite à la domination en économie de la santé du cadre théorique de l'agence. Les problèmes y sont reformatés dans une relation asymétrique entre un agent informé, le médecin, et son principal qui cherche à l'amener à l'honnêteté, la tutelle. Dans cet univers, où tout est contractualisable, qu'il s'agisse d'inciter un médecin opportuniste ou d'inciter un médecin ayant des considérations éthiques, la seule politique publique efficace demeure l'incitation financière. Dès lors, le débat n'a plus lieu d'être puisque la puissance coordinatrice de l'incitation n'a pas de raison d'être altérée par le statut de l'éthique médicale. Que l'éthique soit instrumentale ou non n'influe pas sur la capacité de l'incitation à corriger le comportement médical. Ainsi, l'avènement, en microéconomie de la santé, de la théorie de l'agence et de son corollaire nécessaire en termes de régulation qu'est l'incitation, ont exclu la question du statut théorique de l'éthique médicale en la rendant dénuée d'intérêt pratique.

L'objet de cet article est pourtant de rouvrir le débat sur le statut de cette éthique médicale. En effet, selon nous, l'émergence d'une importante littérature en économie sur la théorie des motivations (Frey, 1997 ; Frey et Jegen, 2001 ; Kreps, 1997 ; Bénabou et Tirole, 2003, 2006) proposée par certains psychologues sociaux (Deci et Ryan, 1985, 2002) vient redonner une

² Par la suite, nous nommerons les premières théories, les théories de l'éthique instrumentale et les secondes, les théories de l'éthique anti utilitariste.

place capitale à cette discussion. D'après cette théorie les individus peuvent être motivés de deux façons distinctes. D'une part, la motivation intrinsèque (MI) repose sur l'idée que l'action est entreprise pour la satisfaction inhérente à son accomplissement. D'autre part, la motivation extrinsèque (ME) est, elle, purement instrumentale, c'est-à-dire que l'action est entreprise dans le but d'obtenir une récompense ou d'éviter une sanction.

L'originalité de cette théorie repose sur l'hypothèse de substituabilité des motivations contraire au cadre économique standard où les motivations sont (implicitement) complémentaires. Ainsi, si une action était auparavant intrinsèquement motivée et qu'une incitation extrinsèque est implantée alors, il est possible que la MI soit évincée par la ME. On parle d'effet d'éviction des MI par les ME (ou « crowding out effect » ; COE). Cette hypothèse est radicalement opposée aux résultats de la théorie de l'agence selon laquelle aucune préférence ne résiste à un bon schéma d'incitation (Prendergast, 1999). Il semble désormais possible que l'incitation, en érodant les MI, puisse avoir des effets négatifs sur la motivation totale.

Or, le débat théorique sur le statut de l'éthique médicale a été refermé justement du fait de l'hypothèse implicite de complémentarité des motivations, posée par le cadre de la relation d'agence. Si l'hypothèse de substituabilité des motivations est correcte, alors les résultats de la théorie de l'agence doivent être remis en cause. Inciter un médecin opportuniste n'a peut-être pas les mêmes effets qu'inciter un médecin attentif à l'éthique³. L'incitation peut même avoir des effets contreproductifs lorsque les médecins sont sujets au COE. Dès lors, si les schémas d'incitation ne sont plus garants d'une régulation efficace, sur quelles bases construire la politique publique ? Afin de résoudre ce problème de politique économique, il nous faut questionner la compatibilité de l'hypothèse de substituabilité des motivations et des théories de l'éthique instrumentale. La question centrale est de savoir si la théorie de l'agence peut incorporer les résultats de l'hypothèse de substituabilité des motivations afin d'expliquer les résultats mitigés des politiques d'incitations déjà enclenchées.

Selon nous, l'hypothèse de MI est elle-même subversive du cadre économique standard. C'est pourquoi seules les théories de l'éthique anti utilitaristes peuvent expliquer le COE. Encore une fois, cette question n'est pas purement académique car elle a des répercussions sur le type de recommandations de politiques publiques. Plutôt que de penser l'incitation comme une solution universelle à tout problème de coordination, au risque de provoquer l'effet d'éviction, il convient, selon nous, de la penser dans le cadre d'une éthique anti utilitaire où son efficacité dépend des représentations qu'elle véhicule auprès des médecins.

Afin d'étayer notre thèse, nous commençons dans la première partie par faire une brève revue des théories de l'éthique instrumentale. Ensuite, nous introduisons l'hypothèse de substituabilité des motivations dans ce cadre d'analyse afin d'en montrer toutes les limites. Enfin nous montrons, dans la troisième partie, comment les théories de l'éthique anti

³ Nous faisons dans ce texte l'hypothèse que les ME sont les incitations et que la présence de MI chez le médecin est le reflet d'une éthique. L'utilité immédiate de cette simplification est de permettre une critique des théories de l'éthique instrumentale pour lesquelles le médecin est, en dernier ressort, toujours opportuniste. Notons cependant que rien ne permet de dire que la MI ne développe que des conceptions éthiques et que rien ne permet de dire le contraire. En effet, la question, « Est ce que la motivation intrinsèque peut être opportuniste/non éthique ? » mérite certainement un développement en soi.

utilitariste peuvent expliquer plus rigoureusement l'effet d'éviction et, *in fine*, le comportement médical.

UNE VISION INSTRUMENTALE DE L'ÉTHIQUE

Il est possible de distinguer dans la littérature sur le comportement médical au moins trois types de théorie de l'éthique médicale instrumentale, au sens où, quand elle existe, l'éthique est directement ou indirectement considérée comme une composante de l'utilité individuelle. Elle peut d'abord, comme nous l'avons suggéré en introduction, ne même pas faire l'objet de discussion lorsque le cadre de l'agence est mobilisé. Dans ce cas, la cohérence de la théorie rend toute conception de l'éthique inutile. L'éthique médicale peut aussi être théorisée comme un argument déontologique directement associé à une stratégie de maximisation du profit. Enfin, la déontologie peut se trouver formalisée comme une préférence altruiste, également source d'utilité individuelle mais nécessaire à une formalisation crédible du comportement du médecin.

Une éthique superflue

Le premier type de théories de l'éthique médicale instrumentale s'inspire ouvertement de la théorie de l'agence. Le problème central est alors un problème d'asymétrie d'information entre le médecin et la tutelle (privée ou publique). La solution consiste à construire un schéma d'incitation optimal. Ici, le patient (à travers la tutelle) est actif au sens où, en tant que principal, il cherche à déterminer le contrat optimal afin que l'agent, le médecin, n'abuse pas de son pouvoir discrétionnaire (Rochaix, 1997).

Depuis l'apport majeur de Evans (1974), il est acquis que les médecins disposent d'un pouvoir d'induction de la demande, imputable à l'asymétrie d'information en leur faveur. La mission de la tutelle est alors de rééquilibrer les pouvoirs entre médecins et patients en incitant le médecin à adopter un comportement « pro social ». La politique économique a alors pour but d'encadrer le médecin par la contractualisation en l'incitant à ne pas dissimuler d'information (sélection adverse) ou à ne pas limiter son effort (aléa moral).

Dans ce cadre d'analyse, le médecin est considéré comme un opportuniste au sens de la théorie économique standard c'est-à-dire qu'il calcule, sans émettre de jugements moraux, de façon à maximiser son utilité. Cependant, l'absence d'éthique ou de règles déontologiques n'est pas préjudiciable, elles ne sont tout simplement pas nécessaires puisque les contrats règlent *ex ante* tous les problèmes de coordination. Le contrat, ayant pour but et pour effet de prévoir toutes les contingences (notamment et surtout l'opportunisme du médecin), permet au modélisateur de se libérer du concept d'éthique médicale. En contrant le comportement opportuniste du médecin, les schémas incitatifs sont le garant de la bonne exécution des volontés du principal.

C'est certainement l'un des résultats les plus importants des théories de l'éthique médicale instrumentale : les soupçons sur l'existence de l'éthique et les succès de la théorie des incitations conduisent à négliger le rôle de l'éthique et de la déontologie médicale. Plus que la négation il s'agit d'indifférence. Pourquoi parler d'éthique si un bon schéma d'incitation,

c'est-à-dire un schéma d'incitation permettant de réaliser *ex ante* les objectifs du principal, permet de s'en passer, tout en conservant l'objectif d'efficacité optimale ?

Une déontologie masque de l'intérêt : l'éthique n'existe pas

Un grand nombre de contributions en économie de la santé soutient, explicitement ou implicitement, l'idée que l'éthique, en tant que principe moral, n'existe pas ou que, plus précisément, les comportements étant dictés en dernier ressort par l'intérêt bien compris, toute attitude désintéressée (non instrumentale), relève en réalité d'une stratégie (instrumentale) de maximisation du bien être individuel. Dans le cadre des pratiques médicales, la déontologie n'est qu'une caution permettant d'extorquer à la puissance publique des avantages politiques et de nouvelles libertés économiques.

Les doutes sur l'authenticité et la sincérité d'une éthique professionnelle des médecins ne sont pas nouveaux. Dès 1958, dans un article classique du numéro inaugural du *Journal of Law and Economics*, Reuben Kessel rejette catégoriquement l'hypothèse d'une éthique désintéressée antinomique de l'hypothèse standard de rationalité intéressée. Pour expliquer la discrimination tarifaire, où les patients les plus modestes payant moins cher leur consultation que les patients les plus aisés, Kessel mobilise l'hypothèse d'une collusion entre les différents offreurs de soins plutôt que de prendre aux sérieux des motivations « morales »⁴.

Ce type d'argumentation est également bien analysé par Hassenteufel (1997) qui montre de quelle façon les médecins en France ont réussi à se construire en entité politique et économique autonome. Selon l'auteur, le principal objectif des médecins au début du XX^{ème} siècle résidait, non pas dans la sauvegarde d'une éthique médicale et de règles hippocratiques mais, dans la mise en place d'un monopole du soin et la défense d'une identité libérale permettant la promotion de leurs intérêts économiques⁵. De ce point de vue, comment croire légitimement que les médecins prennent en compte dans leurs décisions des paramètres éthiques ?

En fin de compte ce que cherchent les économistes de la santé derrière le concept d'éthique médicale est bien résumé par la question rhétorique de Mark Pauly (1978) : « Is medical care different ? ». Pour lui, et contrairement aux intuitions liminaires d'Arrow (1963), il n'y aurait pas tant de différence entre un entrepreneur individuel et un médecin. Ces deux individus sont motivés par le même objet, classique en économie, la maximisation de l'utilité. L'éthique n'existe pas, le médecin est alors libre, d'une part, d'abuser de son pouvoir d'induction tant que la tutelle ne légifère pas et, d'autre part, d'utiliser l'argument déontologique pour conquérir de nouveaux avantages.

⁴ Selon lui c'est l'American Medical Association qui use de son pouvoir de monopole afin de fixer des prix supérieurs à ceux issus de la libre confrontation de l'offre et de la demande sur un marché parfaitement concurrentiel.

⁵ C'est ainsi qu'il convient de lire les sept principes de la charte de la médecine libérale signée en France le 30 novembre 1927 par la confédération des syndicats médicaux français.

L'altruisme médical comme solution aux anomalies

Malgré la méfiance des économistes envers l'existence d'une déontologie professionnelle, elle est apparue nécessaire pour expliquer les « anomalies » de comportement du médecin qui ne correspond pas à l'acteur ordinaire de la théorie du choix rationnel. L'existence d'une déontologie permet alors de contrarier le comportement de maximisation standard rendant les prédictions théoriques plus proches des observations empiriques. L'idéal type du médecin purement opportuniste n'est en effet jamais vérifié, il s'agit d'une anomalie à comprendre. La notion d'altruisme a été mobilisée à cet effet et reflète la déontologie professionnelle (Jack, 2005 ; Ma, 2007).

Ainsi, la dernière attitude possible vis-à-vis de l'éthique médicale est de la formaliser sous forme d'un altruisme médical. Ce type de modélisation s'inspire de la théorie de l'altruisme instrumental développée par Garry Becker (1981). L'idée est de construire une interdépendance entre les fonctions d'utilité des patients et du médecin. La préférence altruiste a alors pour effet de contrarier la maximisation de l'utilité et donc de disqualifier les stratégies « no limit » (pas de limite au comportement maximisateur) qui posent problème dans le cas du médecin et qui sont empiriquement invérifiées (De Jaegher et Jegers, 2000).

La déontologie, modélisée comme une préférence altruiste, apparaît ici comme l'une des variables du comportement mesurée par son coût d'opportunité et/ou par l'utilité qu'elle procure. Dans certains cas, on suppose que les médecins sont attentifs au bien être de leur patient parce que ces derniers ont le pouvoir de changer de prestataire de soins en cas d'insatisfaction et d'exercer une contrainte de marché (Rochaix, 1989). Dans d'autres, les médecins ont un goût pour les comportements déontologiques tout simplement parce que leur utilité est une fonction croissante de l'utilité du patient. La préférence altruiste est alors mobilisée pour expliquer pourquoi le médecin limite de lui-même sa capacité à induire la demande. Les médecins doivent alors arbitrer entre un surplus d'activité (associé à un gain financier important mais une moindre satisfaction du patient) et un surplus de « comportement déontologique » (associé à un gain financier moindre et une satisfaction supérieure du patient ; Bardey, 2002).

En résumé, trois positions existent quant au statut à prêter à l'éthique dans le paradigme instrumental. Soit l'éthique, même si elle existe, est un concept superflu pour l'analyse économique. Soit l'éthique n'est qu'un masque de l'intérêt et n'a pas d'existence réelle en tant que norme professionnelle. Soit l'éthique est une préférence altruiste conditionnelle à la maximisation de l'utilité. Ces distinctions posées, il nous faut maintenant questionner la compatibilité de ces théories de l'éthique avec l'hypothèse de substituabilité des motivations.

L'ÉTHIQUE INSTRUMENTALE AU PRISME DE L'HYPOTHÈSE D'ÉVICTION

Après avoir décrit la littérature existante sur les théories de l'éthique instrumentale, la question est de savoir si ce type de théorie est compatible avec l'hypothèse de substituabilité des motivations. Il semble en effet que les théories inspirées du cadre de l'agence, en excluant la question de l'éthique par l'hypothèse implicite de complémentarité des motivations, sont au centre de la critique posée par la théorie des motivations (2.1.). En ce

sens, les théories qui ne mentionnent pas la dimension éthique du comportement médical sont en opposition directe avec la théorie des motivations issue des travaux en psychologie sociale. L'éthique importe parce qu'elle donne une visibilité à la notion de motivation intrinsèque et peut alors expliquer le COE. Par ailleurs, nous pensons que l'introduction du concept de MI et, *a fortiori*, de COE dans les deux autres types de théories de l'éthique instrumentale ne permet pas de conserver l'originalité de cette théorie. En effet, les théories qui nient l'existence de l'éthique ne peuvent simplement pas poser l'hypothèse de MI (2.2.) et, les théories de l'altruisme médical réduisent l'altérité à l'intérêt égoïste (2.3.).

L'éthique n'est pas superflue : l'hypothèse d'éviction

La théorie mettant en évidence la dichotomie des motivations, issue des travaux en psychologie sociale de Deci et Ryan (1985, 2002), a été importée en économie par Bruno Frey (1992, 1997). L'originalité de son apport (*in fine* celui de Deci et Ryan) est de contester l'hypothèse d'additivité des motivations et de préférer, dans certains cas, celle de substituabilité des registres de motivation. L'effet d'éviction des MI par les ME serait ainsi causée par l'altération de l'autonomie et de la compétence des individus incités. Inciter c'est potentiellement remettre en cause la qualité, la valeur des individus. Contrairement aux enseignements classiques de la théorie économique, la mise en place de schémas incitatifs peut en retour diminuer la motivation totale des individus et donc leur effort⁶.

Dans le domaine de la santé, l'hypothèse de substituabilité des motivations connaît un succès important depuis quelques années pour expliquer le comportement des médecins (Forest, 2008 ; Videau, 2010). La raison principale tient au fait qu'il n'est pas encore possible de donner une conclusion claire sur la question de l'efficacité des incitations dans le cas du médecin (Chaix-Couturier et al., 2000, Bras et Duhamel, 2008, Gene-Badia et al., 2007, Hilman et al. 1998). Cette absence de validation empirique donne du crédit à l'hypothèse d'éviction. En effet, comme le souligne Arrow (1963), le médecin n'est pas un simple entrepreneur individuel ou un simple « barbier », ce qui interdit de le concevoir comme un pur maximisateur d'utilité⁷. Il semble donc plausible que le médecin soit particulièrement intrinsèquement motivé et donc sujet à l'effet d'éviction (Harisson et Marschall, 2004). On peut alors envisager que le médecin procède à une délibération entre incitations extrinsèques et MI.

L'hypothèse de substituabilité des motivations est ainsi à rebours des conclusions des théories de l'éthique instrumentale inspirées du cadre standard de l'agence et présentées dans la première section. En effet, ces dernières ne discutent pas la question éthique puisque tous les problèmes de coordinations sont résolus par le contrat. L'hypothèse implicite est la complémentarité des registres de motivations. C'est donc ce premier type de théorie, d'après

⁶ Pour confirmer ces intuitions théoriques de nombreuses expériences sont menées et concluent en la forte probabilité d'un effet d'éviction (Frey et Jegen, 2001). Par exemple il est montré que l'installation dans des villes de projets de type NIMB (« not in my backyard »), comme une usine de déchets nucléaires, est plus facilement acceptée lorsqu'il n'y a pas d'incitation que lorsqu'il y en a (Frey et Oberholzer-Gee, 1997).

⁷ A ce titre, Arrow (1963) souligne notamment le rôle central joué par la confiance dans la relation de soin.

lesquelles le débat sur le statut de l'éthique est inutile, que vient contredire la théorie des motivations.

Bénabou et Tirole (2003, 2006) ont entrepris de répondre à cette critique en réinsérant la notion de motivation dans le langage de la théorie de l'agence. Selon eux, deux grandes faiblesses des travaux de Frey en réduisent l'attrait. D'une part, la théorie des incitations est trop ouvertement attaquée sans preuves suffisantes (l'effet d'éviction est résiduel) et, d'autre part, la modélisation de Frey n'explique pas dans le langage propre à l'économie les causes réelles du COE (l'effet d'éviction doit être rationalisé). En effet, ce qui était dû auparavant à des effets psychologiques assez mal explicités (autonomie et compétence) doit être retranscrit dans le langage économique standard, c'est-à-dire celui d'un monde gouverné par les asymétries d'information. C'est à partir de ces nouveaux développements de la théorie des motivations en économie que nous pouvons maintenant questionner la compatibilité entre les théories de l'éthique médicale instrumentale et l'hypothèse de substituabilité des motivations.

Une MI masque de l'intérêt ?

Comme celles qui s'inspirent du cadre théorique de l'agence, les théories de l'éthique instrumentale selon lesquelles les comportements éthiques n'existent pas (section 1.2) ne semblent pas permettre d'introduire l'hypothèse de substituabilité des registres de motivations. En effet, pour cela il faudrait d'abord s'autoriser à donner du crédit à la notion de MI. Or ce type de théorie récuse l'idée même de comportements ayant une dimension altruiste. On peut notamment se rappeler des conclusions de Kessel (1958) qui cherche à expliquer le comportement médical sans prendre en compte l'idée, atypique en économie, d'éthique.

En effet, selon ce courant de pensée, tous les comportements qui paraissent désintéressés sont en réalité le fruit d'une stratégie totalement instrumentale de maximisation de l'utilité. Ainsi, si l'existence dans les faits d'une déontologie médicale ne peut se nier, celle-ci n'est en réalité qu'un argument permettant de négocier des avantages politiques et économiques. En ce sens nous pensons qu'il n'est pas possible de croiser ce type de littérature avec celui sur la question des motivations, tout simplement parce que l'hypothèse d'une MI (non instrumentale) est par définition rejetée. Cependant, un rapprochement peut être tenté entre ce cadre d'analyse et le modèle du principal informé, qui cherche à expliquer la substituabilité des motivations (Bénabou et Tirole, 2003).

Selon ce modèle l'effet d'éviction peut s'expliquer par une asymétrie d'information à l'avantage du principal dans le cadre d'une relation d'agence. Cette information doit porter sur un élément déterminant de la rémunération de l'agent et n'est accessible à ce dernier que par l'intermédiaire d'un signal très imparfait (l'incitation). Le COE peut alors s'expliquer par la mise en place d'une incitation interprétée par l'agent comme une mauvaise nouvelle sur ses chances de réussite. L'agent pensant que l'incitation est un signal sur la (trop grande) difficulté de la tâche préfère renoncer.

Bien que l'objectif affiché de ce modèle soit d'expliquer l'effet d'éviction à partir de l'hypothèse de MI, nous défendons que cet effet révèle plutôt d'une stratégie traditionnelle de maximisation de l'utilité, sans que ne soit posée réellement l'hypothèse de MI (Da Silva,

2011, 2012). En effet, si l'on suit le modèle de Bénabou et Tirole (2003) il apparaît que la MI n'a pas la consistance théorique à laquelle on devrait s'attendre. La seule raison pour laquelle les médecins baissent leur niveau de motivation tient au calcul. Ils sont démotivés parce que l'incitation est un signal qui, une fois leurs calculs d'optimisation réajustés, baisse leur espérance subjective de gains. Il n'est pas ici question de MI, c'est l'intérêt bien compris du médecin qui le pousse à agir. Comme le souligne Kessel (1958), la MI, en tant que motivation déontologique, est au mieux un argument politique destiné à maximiser l'utilité individuelle du médecin.

Il apparaît donc que ce type de théorie de l'éthique instrumentale ne peut pas intégrer l'hypothèse de substituabilité des registres de motivation. La dernière possibilité d'expliquer le COE à partir des théories de l'éthique instrumentale est alors à rechercher du côté des théories de l'altruisme médical.

Quelle MI pour l'altruisme médical ?

Les théories de l'éthique instrumentale posant l'hypothèse d'altruisme sont, selon nous, les seules qui peuvent intégrer sans incohérence l'hypothèse de substituabilité des motivations⁸. Une application de l'hypothèse d'éviction au cadre d'analyse de l'altruisme médical peut prendre comme point d'appui le modèle à « sur justification » de Bénabou et Tirole (2006). Dans ce modèle, l'agent est sensé être motivé non seulement par sa MI et par les incitations (ME), mais également par une motivation réputationnelle (MR). L'agent est ainsi supposé être concerné par l'image que les autres ont de lui.

Dans ce cadre, accepter une incitation correspond à devoir sur-justifier son comportement, c'est-à-dire que l'agent (médecin) n'adopte pas le comportement attendu (déontologique) pour lui-même mais, parce qu'il est payé pour le faire. Ainsi, plus un mécanisme incitatif devient visible par le public plus le COE a de chance d'apparaître et, à l'inverse, lorsqu'une incitation est cachée elle a plus de chance d'être acceptée (Ariely et al., 2009). Les médecins, sans doute attentifs à leur réputation, peuvent percevoir les incitations financières comme un risque de réduction de leur prestige⁹.

Or, si l'on suppose que les médecins ont des préférences altruistes, ils vont sans doute arbitrer entre incitation et prestige (voir le modèle de Siciliani, 2009). En effet, le prestige peut être associé par le médecin à un signal public de son degré d'altruisme. Ainsi affiché, cet altruisme peut permettre d'augmenter son utilité indirectement de deux façons distinctes. Soit cela attire des patients pour qui le médecin retire une utilité en les soignant (son utilité

⁸ Nous venons en effet de voir que les deux premiers types de théories de l'éthique instrumentale sont construites, d'une part, contre l'idée de substituabilité des motivations (théorie de l'agence), et, d'autre part, contre l'idée même de MI (la déontologie est le masque de l'intérêt).

⁹ Il est également possible de rapprocher ce modèle aux théories selon lesquelles l'éthique n'existe pas et n'est qu'un argument de maximisation du profit. En effet, n'est-il pas normal que les médecins adoptent en toute circonstance un comportement déontologique ? S'il faut sur-justifier leur comportement c'est alors que les médecins n'ont que faire de la déontologie. Dans ce cadre, le COE peut être une stratégie pour tromper la patientèle et la tutelle et pour revendiquer et/ou conserver de nouveaux avantages.

est croissante de celle du patient, Bardey, 2002). Soit l'altruisme est nécessaire pour attirer les patients et donc pour satisfaire la contrainte de marché (Rochaix, 1989).

Le COE est alors un moyen de signaler son altruisme. À partir des théories de l'altruisme médical, refuser la récompense financière signifie non seulement accroître son prestige mais également attirer plus de patients. En d'autres termes, refuser une incitation économique venant du principal (la tutelle) peut être un moyen pour le médecin, d'une part, d'améliorer l'utilité qu'il retire de son souci du bien être du patient et, d'autre part, de faire une large publicité de son altruisme instrumental afin d'attirer de nouveaux patients.

Malgré ces efforts théoriques, selon nous, ce type de modélisation achoppe encore une fois à saisir l'originalité des hypothèses de COE et de MI. En effet, le médecin, s'il accepte l'incitation, risque le discrédit social qui au final lui coûte plus que ce que lui rapporte l'incitation. Ici encore, selon nous, les auteurs ne parviennent pas à introduire le concept même de MI (Da Silva, 2011). L'action n'est pas entreprise pour elle-même, mais pour plaire dans le cadre d'un bilan coût-avantage. Les médecins sont sujets au COE pour accroître leur prestige ce qui attire les patients pour qui ils ont un intérêt (l'altruisme suppose l'interdépendance des fonctions d'utilité) et, en bout de course, ce qui accroît leur propre utilité¹⁰. Cet éclaircissement montre bien à quel point les théories de l'éthique instrumentale peinent à introduire la MI, c'est-à-dire la motivation non instrumentale.

Les questions de prestige et d'altruisme sont instrumentalisées et donc non cohérentes avec la définition même de MI, que nous associons ici à l'éthique. Par ailleurs, si l'on suit certaines contributions sur le statut des MI, il apparaît que le COE est le fruit d'une mauvaise évaluation du prix de l'action intrinsèquement motivée. Gneezy et Rustichini (2000) expliquent sur ce point qu'il est nécessaire de payer suffisamment ou de ne pas payer du tout. Autrement dit, si la tutelle paye assez, elle peut acheter un comportement dicté par la MI. Il serait alors théoriquement envisageable, si les incitations sont suffisamment fortes, de payer un médecin pour qu'il viole simultanément tous les articles du code de déontologie. On peut alors se demander si une éthique qui s'achète a réellement le statut d'éthique. À l'inverse, nous pensons qu'une définition anti utilitariste de l'éthique affirme que l'éthique médicale a une valeur mais pas nécessairement un prix.

En conclusion, nous pensons que vouloir introduire les hypothèses de MI et de substituabilité des registres de motivations dans les théories de l'éthique instrumentale relève de la contradiction. En effet, comment introduire le concept de MI, radicalement non instrumental, dans des théories où chaque action est irréductiblement un instrument de l'utilité ?

UNE ÉTHIQUE ANTI UTILITARISTE ?

Les théories de l'éthique médicale instrumentale ne permettent pas d'intégrer à l'analyse l'hypothèse de substituabilité des motivations car elles ne sont pas outillées pour penser une motivation intrinsèque non instrumentale. Par conséquent, seule une approche anti utilitariste de l'éthique peut, en associant l'éthique médicale à une norme inconditionnelle, comprendre et expliquer l'effet d'éviction des MI par les ME. Pour cela nous commençons par faire la

¹⁰ On peut notamment rappeler la critique de McMaster (2007) selon lequel l'altruisme médical peut mener le médecin à rechercher la souffrance du patient dans son propre intérêt.

critique des théories instrumentales de l'éthique à l'aide du concept d'herméneutique du soupçon de Jon Elster. Ensuite nous proposons de distinguer l'intérêt du désintéressement à partir de la typologie d'Alain Caillé. Enfin, munis de ces arguments théoriques, nous pourrions proposer une explication originale de l'hypothèse de COE médical dans le cadre de la relation médecin – patient.

L'herméneutique du soupçon

Selon Jon Elster (2009, 2010) la théorie économique fait fausse route en postulant que les individus sont intéressés et rationnels (optimisateurs). L'éthique médicale ne serait pas exclusivement, comme le sous-entend la théorie standard, un instrument de l'utilité. Il explique cette attitude par ce qu'il appelle, à la suite de Paul Ricœur, l'herméneutique du soupçon. Pour comprendre de quoi il s'agit Elster note que deux positions majoritaires sont possibles quant à l'existence ou non de comportements désintéressés.

D'une part l'attitude septique défend l'idée selon laquelle « on ne peut jamais *savoir* si un comportement apparemment désintéressé surgit réellement d'une motivation désintéressée » (p.26). De ce point de vue il est impossible de pouvoir déterminer les motifs réels d'une action. Comment savoir si le médecin suit l'éthique médicale pour elle-même ou dans le but d'obtenir une récompense extérieure ? Pour réussir à distinguer l'intérêt du désintéressement il faudrait pouvoir lire dans l'esprit des individus. Dès lors, il paraît normal que le chercheur utilise d'autres concepts pour réussir à capturer la réalité du monde¹¹.

D'autre part, la position cynique « affirme que ces motivations n'existent pas et que l'apparence de désintéressement s'explique toujours par des mobiles intéressés » (p.26). Ici les choses sont plus directes car est posée la négation du désintéressement. Toute attitude, quelle que soit sa forme, est intéressée. L'habileté du chercheur se mesure alors à sa capacité à dévoiler les intérêts cachés sous le masque du désintéressement.

Mais de façon plus précise, nous dit Elster, « entre l'attitude *septique*, qui est agnostique, et l'attitude *cynique*, qui est dogmatique, il y a le *soupçon*, pour lequel le cynisme est un principe méthodologique plutôt qu'un dogme positif » (p.30). Voilà, selon Elster, le cœur de la méthodologie de l'économie néoclassique. On comprend désormais de façon plus claire le désintérêt actuel pour le concept d'éthique médicale. L'éthique, même si elle existe, à l'inverse de ce que postule la position cynique, n'a pas de raison d'être dans les modèles parce qu'il est plus satisfaisant de faire sans selon les critères de scientificité adoptés. Le soupçon comme attitude méthodologique oblige l'économiste à se détourner de ce type de considérations normatives.

Du point de vue du médecin, il est important de relativiser les positions cyniques et septiques vis-à-vis de l'éthique médicale au risque de ne pas comprendre la diversité de ses motivations. Le débat ne porte pas exclusivement sur l'existence de l'éthique mais aussi, et surtout, sur son statut. Plus précisément, il nous reste à savoir si l'éthique médicale peut être considérée comme une simple déontologie qui serait au service de la fonction d'utilité.

¹¹ Ce type d'attitude peut mener au désintérêt vis-à-vis du désintéressement à la manière de l'économie des incitations vis-à-vis de l'éthique médicale. Personne ne dit pas qu'elle n'existe pas mais, à cause de la difficulté à l'intégrer à la théorie du choix rationnel, il n'en est pas fait mention.

Intérêt et désintéressement

Avant de voir de quelle façon il est possible de construire une théorie économique de l'éthique médicale qui ne relève pas de l'herméneutique du soupçon et de l'utilitarisme, il nous est indispensable de définir exactement les notions d'intérêt et de désintéressement. C'est de cette façon que nous pourrions mettre en évidence les incohérences consécutives de l'ambition de construire une théorie de l'éthique instrumentale¹². Pour cela nous nous appuyons sur les travaux particulièrement éclairants d'Alain Caillé (2009) pour lequel l'ensemble des errements autour de la notion d'intérêt sont dûs à « la triple confusion des intérêts ».

D'une part, la tendance majoritaire actuelle en science sociale a pour habitude de rabattre toutes les formes d'intérêt à l'intérêt égoïste. Quelles que soient les actions étudiées et les mobiles évoqués, en dernière instance, ce serait l'intérêt égoïste qui gouvernerait les choix individuels. Cependant, dans de nombreuses situations, bien que l'intérêt égoïste soit en jeu, d'autres formes d'intérêt semblent être déterminantes¹³. D'autre part, et c'est là une distinction absolument fondamentale, l'économie standard tend à confondre systématiquement l'« intérêt pour » et l'« intérêt à ». Dans le premier cas il s'agit d'un intérêt passionnel qui peut s'exercer pour quelqu'un ou pour quelque chose. Un individu peut, par exemple, éprouver un intérêt pour la médecine et donc valoriser cette activité en soi. De la même façon que le passionné de musique ou de sport, il est, dans ce cas là, passionné par l'exercice de son art. Cependant, lorsque celui-ci s'engage dans des études de médecine et devient professionnel il peut éprouver, de façon complémentaire, un « intérêt à » la médecine. En effet, il a ici intérêt à exercer son métier afin de pouvoir être rémunéré et de pouvoir assurer la satisfaction de ses besoins¹⁴. Enfin, la dernière confusion qui est à lever concerne l'intérêt à lui-même. Soit l'intérêt à est actif auquel cas le choix est instrumental par décision. Soit l'intérêt à est passif auquel cas le choix est instrumental par obéissance.

A partir de cette analyse, Alain Caillé (2009, p.19) peut énumérer quatre formes différentes d'intérêts. D'abord, *l'intérêt pour soi* est un intérêt à instrumental, stratégique, égoïste et actif. Ensuite *l'intérêt obéissance* est lui aussi un intérêt à instrumental mais passif. *L'intérêt pour autrui* est lui un intérêt pour les autres qui relève d'une certaine forme de sympathie (Caillé parle d'aimance). Enfin *l'intérêt passionnel* est un intérêt pour une activité plaisante.

¹² D'autres paradoxes de l'éthique (médicale) intéressée sont présentés par Batifoulier et Thévenon (2004).

¹³ Par exemple, l'intérêt amoureux a certainement à voir avec l'intérêt égoïste mais, n'est-il pas également profondément altruiste ? L'intérêt pour autrui n'a ainsi pas le droit à un traitement singulier. Or, le chercheur est en droit de penser qu'il y a quelque chose de radicalement différent entre l'intérêt amoureux et l'intérêt lucratif.

¹⁴ Notons par ailleurs que même si dans notre exemple l'individu fait de la médecine sa profession et en se sens adopte une perspective instrumentale envers cette activité, il n'y a aucune raison pour que l'« intérêt pour » ait disparu. Il s'agit d'une source de difficultés dans la mesure où on ne peut jamais bien savoir comment les individus concilient l'intérêt à et l'intérêt pour. On peut toujours être septique nous dit Elster.

De cette typologie, les théories de l'éthique instrumentale ne retiennent l'intérêt à. En sens on peut dire qu'elles ne s'occupent pas des comportements désintéressés. A l'inverse on peut proposer des théories de l'éthique médicale relevant de l'intérêt pour, c'est-à-dire d'un authentique désintéressement¹⁵.

Par exemple, selon Caillé (2003) le médecin peut être considéré comme « un spécialiste de la manipulation des dons » sujet à l'intérêt pour autrui. Ici, pour produire un soin efficace, en plus d'être un savant, le médecin doit être un humaniste capable de faire don de soi au patient. Il est également possible de construire une théorie de l'éthique médicale anti utilitariste à partir de l'hypothèse d'intérêt passionnel. En effet, la relation médicale n'est pas seulement construite sur le souci de l'autre (intérêt pour autrui) mais également sur le souci de soi (intérêt passionnel) (Chanial, 2010). Cette position est notamment défendue par Hodgson (2009) selon lequel l'une des spécificités de la médecine tient à son éthos professionnel. Les médecins ont dans cette perspective un intérêt passionnel pour leur activité.

Il est possible de synthétiser notre propos en distinguant dans le tableau quatre types de théories de l'éthique médicale, selon les quatre formes d'intérêt évoquées.

Tableau 1. Une typologie des théories de l'éthique médicale

<i>Intérêt à</i>		<i>Intérêt pour</i>	
<i>Intérêt pour soi</i>	<i>Intérêt obéissance</i>	<i>Intérêt pour autrui</i>	<i>Intérêt passionnel</i>
Pouvoir discrétionnaire Ou Préférence altruiste	Contrainte de marché	Manipulateur de dons	Ethos professionnel
Le médecin est l'acteur rationnel qui maximise son utilité sans tenir compte du patient Ou Le médecin maximise son utilité en tenant compte de celle du patient	Le médecin voudrait maximiser son utilité en adoptant une stratégie 'no limit' mais la menace d'infidélité exercée par la patientèle l'en dissuade	Le médecin, en plus de son intérêt à, adopte une pratique sociale et psychologique qui va au-delà de la simple expertise technique	Le médecin, au-delà de son intérêt à, adopte une pratique passionnelle conforme à l'idée qu'il se fait de son métier
Evans (1974) Ou Bardey (2002)	Rochaix (1989)	Caillé (2003)	Hodgson (2009)

¹⁵ Le désintéressement, étant en effet « consubstantiel à la logique éthique et déontologique des professions de soignants », on ne peut penser la profession médicale à partir de logiques purement instrumentales (Chanial, 2010, p. 142).

L'effet d'éviction : une discorde sur le sens de l'activité médicale

Fort de cette typologie des intérêts, nous pouvons dorénavant relire la notion d'éviction. L'hypothèse de substituabilité des motivations s'opposant à la théorie du choix rationnel, il faut, selon nous, se défaire des théories de l'éthique médicale instrumentale. Une lecture anti utilitariste de l'éthique peut alors s'inspirer de travaux empiriques récents qui étudient les déterminants du comportement médical. Nous nous intéressons ici à certaines de ces études empiriques ayant pour objet l'analyse du lien entre incitations financières (dont fait partie le paiement à la performance) et comportements des médecins.

Dans cette perspective Bruni et al. (2007), étudiant les rémunérations complémentaires susceptibles d'inciter les médecins à modifier leurs comportements, distinguent le paiement à la performance (« pay for performance ») du paiement à la participation (« pay for participation ») et du paiement à la conformité (« pay for compliance »). Alors que le paiement à la performance subordonne la rémunération complémentaire à l'atteinte de résultats prédéfinis, les deux autres systèmes ne reposent pas sur la réalisation des objectifs. Dans ces systèmes, les médecins sont payés dès lors qu'ils participent à des activités collectives ou lorsqu'ils s'engagent à suivre de meilleures pratiques de soins envers des patients atteints de maladies chroniques.

Face aux résultats mitigés des mécanismes de paiement à la performance, les auteurs entendent mesurer l'efficacité des deux autres systèmes de rémunération. Leur analyse empirique porte sur l'efficacité du traitement du diabète en Italie dans la région d'Emilie - Romagne à partir des systèmes de « pay for compliance » et de « pay for participation ». L'idée est de voir si le traitement préventif du diabète est modifié de façon positive lorsqu'un des ces systèmes est mis en place. Pour cela, l'efficacité de ces deux mécanismes est mesurée par la probabilité de recevoir des patients en urgence pour cause d'hyperglycémie. On peut raisonnablement supposer que plus cette probabilité est forte, plus le traitement préventif a été de mauvaise qualité et, donc, plus l'incitation a été inefficace. Bruni et al. montrent alors que dans les cas où ces systèmes de rémunération sont en place, la probabilité de recevoir un patient diabétique pour cause d'hyperglycémie est plus faible que dans les cas où aucun système complémentaire n'est proposé.

Les auteurs concluent alors que les mécanismes de paiement à la conformité ou de paiement à la participation sont efficaces, ce qui n'est pas toujours le cas avec les mécanismes (traditionnels) de paiement à la performance. Il est possible de tirer deux enseignements de cette expérience qui permettent de renforcer l'hypothèse d'une éthique anti utilitaire. D'une part, il semble que les médecins valorisent une certaine forme d'autonomie, un libéralisme politique, conforme à leur éthos professionnel (*intérêt passionnel*). Plutôt que de suivre leur *intérêt à*, ils paraissent préférer conserver une certaine liberté d'action, préservée dans le cadre des nouveaux dispositifs de paiement complémentaire. Ces dispositifs sont en effet déclaratifs et non subordonnés aux résultats. D'autre part, les médecins semblent plus attentifs aux objectifs fixés lorsque ceux-ci font l'objet d'une mutualisation que lorsque l'incitation ne porte que sur les résultats individuels. C'est le collectif qui s'engage. Là encore, cette analyse s'accorde avec une lecture de l'activité médicale par l'éthos professionnel puisque il est admis que les médecins préfèrent s'autoréguler plutôt que de déléguer cette tâche à la tutelle.

D'autres types d'études peuvent également être interprétés comme plus compatibles avec une théorie de l'éthique anti utilitariste plutôt qu'avec les théories utilitaristes. Les études sur la prévention sont en cela particulièrement éclairantes. Par exemple, Franc et al. (2009) montrent que la motivation des médecins à la prévention de l'obésité est fortement déterminée, non pas exclusivement par les schémas d'incitation mais, par le cadre institutionnel dans lequel évoluent les médecins. En effet, alors que seulement un pédiatre sur trois se considère suffisamment formé à la prise en charge de l'obésité infantile, plus d'un sur cinq pensent qu'aucun changement (financier ou non) ne mènerait à une meilleure prise en charge. Il apparaît que le contexte sociohistorique influence grandement la motivation des médecins.

Attention, il ne s'agit pas ici d'une contrainte de marché (au sens de l'*intérêt obéissance*) puisque le contexte n'agit pas comme un paramètre de la maximisation de l'utilité. Pour certains médecins, aucun changement, financier ou non, contraint ou non, ne permettrait une meilleure prise en charge de l'obésité. Il nous semble alors plus juste d'expliquer les difficultés des mécanismes d'incitation dans le cas de la prévention en conservant la notion de contexte sociohistorique. Il n'est pas pertinent de la substituer au concept de contrainte telle qu'il est développé dans le cadre des éthiques instrumentales. En effet, comme le montrent les auteurs, peu importe la motivation des médecins (*intérêt à* ou *intérêt pour*), ce qui importe c'est le contexte. En ce sens, seule la théorie anti utilitaire peut s'armer d'une analyse institutionnaliste historiquement et socialement située¹⁶. C'est d'ailleurs déjà le cas lorsque la motivation médicale est considérée sous l'angle de l'*intérêt pour autrui*. Le médecin manipulateur de don adopte en effet une pratique sociale et psychologique différente selon le contexte sociohistorique (Caillé, 2003 ; Chaniel, 2010).

Par ailleurs, de nouvelles expériences tentent de prendre en compte directement l'effet des mécanismes incitatifs sur la motivation médicale et notamment sur la MI. McDonald et al. (2007) étudient ainsi le comportement des soignants de deux cliniques anglaises (médecins et infirmières) avant et après la mise en place du paiement à la performance. Ici, dans le cadre du Quality Outcome Framework, la rémunération complémentaire vient récompenser la clinique, et non les médecins individuellement, lorsque celle-ci atteint les résultats prédéfinis. Les auteurs montrent que les incitations ont un effet positif seulement lorsqu'elles sont alignées sur les valeurs professionnelles, l'éthos professionnel. En ce sens, l'incitation financière n'est pas efficace par elle-même mais par les représentations qu'elle véhicule. Dans ce cas précis, elle permet aux membres de la clinique d'améliorer la qualité des soins. On comprend ainsi la nécessité de créer une convergence, une complémentarité entre l'incitation extrinsèque et l'éthique intrinsèque. Il s'agit de faire converger l'*intérêt pour* et l'*intérêt à*.

Nous pouvons alors penser, que l'incitation n'est pas efficace en elle-même, c'est de sa mise en place concrète que dépend son efficacité. L'idée ici n'est pas de dire que l'incitation financière n'apporte rien à la motivation médicale. Nous voulons mettre en avant l'importance des représentations que les médecins se font d'une situation où ils sont soumis à des incitations. Pensent-ils qu'il s'agit d'améliorer la qualité des soins ? De contrôler leur comportement ? De faire des économies budgétaires ? De les aider dans leurs pratiques ?

¹⁶ A l'inverse dans le cadre standard (éthique instrumentale), peu importe le contexte, celui-ci n'est qu'une contrainte à la maximisation, seules les préférences individuelles comptent.

Notre hypothèse est que l'incitation, de part sa nature marchande, jette un flou sur la définition de la performance attendue et, *in fine*, sur la définition de l'activité médicale. Théoriquement, si on dote les médecins d'une rationalité interprétative¹⁷ (Batifoulier et Gadreau, 2006), il est possible d'expliquer l'effet d'éviction comme un échec de coordination entre les médecins et la tutelle sur ce qu'est l'activité médicale légitime. Ainsi, lorsque l'incitation véhicule une représentation de l'activité médicale exclusivement marchande, c'est à dire une activité purement intéressée (*intérêt à*), les médecins peuvent en réponse baisser leur MI afin d'exprimer leur vision désintéressée (*intérêt pour*) de l'activité médicale.

Le COE, plutôt que le résultat d'un calcul coût-avantage peu crédible, est le fruit d'une discordance sur le sens de l'activité médicale. Les incitations peuvent véhiculer un cadre d'évaluation marchand *a priori* illégitime dans le champ de la santé. Dès lors l'enseignement majeur de politique économique est que l'incitation financière ne fait rien en elle-même, elle est tributaire des représentations que se font les individus d'une activité médicale juste. Si dans la plupart des cas il semble pertinent de ne pas questionner la compatibilité des représentations, le cas du médecin¹⁸, producteur du bien singulier qu'est la santé, est tout autre. L'incitation ne peut avoir des effets positifs que si elle est considérée comme compatible avec l'éthique professionnelle.

CONCLUSION

Les récents développements de la théorie économique sur la question de la motivation viennent rouvrir le débat sur le statut de l'éthique médicale. Là où la théorie de l'agence permettait de clore cette question par la puissance coordinatrice de l'incitation, l'hypothèse de substituabilité des motivations recentre les enjeux théoriques sur la dichotomie éthique instrumentale / éthique anti utilitariste. Croiser ces deux types de littérature montre que les théories de l'éthique médicale instrumentale ne permettent pas d'intégrer l'originalité de l'hypothèse d'éviction. Il y a une contradiction logique à vouloir implanter la MI, non instrumentale, dans un cadre théorique exclusivement instrumental. La pertinence des recommandations de politique publique qui se fonderaient sur une théorie de l'éthique instrumentale incorporant l'hypothèse de COE doit être questionnée. En effet, il semble paradoxal de proposer de mettre en place des incitations financières¹⁹ là où l'on veut résoudre un problème initial causé par l'introduction de schémas incitatifs.

Pour ces raisons nous pensons que le débat sur le statut théorique de l'éthique médicale doit être rouvert en faveur d'une interprétation anti utilitariste de l'éthique. En effet, de ce point de vue le médecin n'est plus exclusivement sujet à l'*intérêt à* mais il peut être désintéressé (*intérêt pour*). Dans le cadre d'une rationalité interprétative, l'effet d'éviction peut être expliqué comme un échec de coordination entre la tutelle et les médecins sur les

¹⁷ Où les acteurs sont dotés d'une capacité d'interprétation des règles (voir Batifoulier et Thévenon, 2001)

¹⁸ Il existe d'autres cas où il paraît raisonnable de considérer les acteurs comme intrinsèquement motivés (avocat, magistrat...).

¹⁹ En effet, la seule proposition des théoriciens assimilant le COE à une asymétrie d'information classique est de proposer des incitations.

représentations de ce qu'est une activité médicale légitime. De part sa nature marchande, l'incitation peut en effet être interprétée par la profession médicale comme contraire à une activité médicale légitime où l'*intérêt pour autrui* et l'*intérêt passionnel* ont une place primordiale.

Dès lors l'effort théorique doit porter sur l'étude des représentations médicales et de leurs rapports avec la mise en place des mécanismes incitatifs²⁰. La politique publique, au risque de provoquer des effets pervers tel que le COE, a ainsi intérêt à s'interroger sur le contexte sociohistorique dans lequel elle légifère, notamment en prenant en compte la diversité des institutions et des représentations qui régissent l'univers médical.

RÉFÉRENCES

- Ariely D., Bracha A. and Meir S. (2009). 'Doing Good or Doing Well ? Image Motivation and Monetary Incentives in Behaving Prosocially'. *American Economic Review*, 99:544-55.
- Armour B., Pitts M., Maclean R., Cangialose C., Kishel M., Imai H. and Etchason J. (2001). 'The effect of explicit financial incentives on physician behavior'. *Archive of Internal Medicine*, 161:1261-66.
- Arrow K. (1963). 'Uncertainty and the welfare economics of medical care'. *American Economic Review*, 53:941-73.
- Bardey D. (2002). 'Demande induite et réglementation des médecins altruistes'. *Revue Economique*, 53:581-88.
- Batifoulier P. (2004). 'L'économie contre l'éthique ? Une tentative d'analyse économique de l'éthique médicale'. *Journal d'économie médicale*, 22 :163-76.
- Batifoulier P., Bessis F. et Biencourt O. (2011). 'La déontologie médicale face aux impératifs de marché'. *Politiques et Management Publique*, 28.
- Batifoulier P. et Gadreau M. (2006). 'Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique ?'. *Journal d'Economie Médicale*, 24:229-240.
- Batifoulier P. et Thévenon, O. (2001). 'Interprétation et fondement conventionnel des règles', in P. Batifoulier (eds), *Théorie des conventions*. Paris: Economica, p. 219-52.
- Batifoulier P. et Thévenon O. (2003). 'L'éthique médicale est-elle soluble dans le calcul économique ?'. *Economie appliquée*, 2 :161-86.
- Becker G. (1981). 'Altruism in the family and selfishness in the market', in Becker G., *Treatise on the family*. Harvard: Harvard University Press.
- Béjean S. (1994). *Economie du système de santé. Du marché à l'organisation*. Paris: Economica.

²⁰ Ceci est en parfaite concordance avec l'étude comparative de Bras (2011), pour laquelle la différence d'efficacité des mécanismes d'incitation en France et en Angleterre peut s'expliquer par les modalités de leur mise en place concrète. Dans le cas Français, contrairement au cas anglais, la mise en place d'incitation résulte d'une décision unilatérale de la tutelle (et non de la négociation) et elle ne profite pas d'une organisation professionnelle rationalisée (la pratique médicale est souvent indépendante ce qui rend les tâches administratives coûteuses).

- Béjean S. et Gadreau M. (1996). 'Le marché des soins ambulatoires, la régulation des dépenses et l'éthique professionnelle. Entre contrat, contrainte et convention'. *Journal d'économie médicale*, 8: 389-400.
- Bénabou R. and Tirole J. (2003). 'Intrinsic and Extrinsic Motivation'. *Review of Economic Studies*, 70: 489-520.
- Bénabou R. and Tirole J. (2006). 'Incentives and Prosocial Behavior'. *The American Economic Review*, 96: 1652-78.
- Bras (2011). 'Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise'. *Journal d'Economie Médical*, 29: 216-230
- Bras P.L. et Duhamel G. (2008). 'Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères'. Paris: Inspection générale des affaires sociales.
- Bruni M., Nobile L. and Ugolini C. (2009). 'Economic incentives in general practice: the impact of pay for participation and pay for compliance programs on diabetes care'. *Health Policy*, 90:140-8.
- Caillé A. (2003). 'Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine'. *Revue du MAUSS*, 21: 330-5.
- Caillé A. (2009). *Théorie anti utilitariste de l'action : fragments d'une sociologie générale*. Paris: La Découverte.
- Chaix Couturier C., Durand Zaleski I. Jolly D. and Durieux P. (2000). 'Effects 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: 133-42.
- Chanial P. (2010). 'Le New Public Management est-il bon pour la santé ?'. *Revue du MAUSS*, 1: 135-50.
- Da Silva N. (2011a). 'Politique d'incitation du médecin et motivation intrinsèque'. in Kerleau M., Laguérodié S., et Outin J-L. (eds), *Crise, inégalités et pauvreté, XXXIèmes journées de l'association d'économie sociale*. Louvain: Presses Universitaires de Louvain, p. 419-32.
- Da Silva N. (2011b). 'Motivations médicales et politiques d'incitations. La motivation intrinsèque contre la théorie de l'agence ?'. *Journal d'Economie Médicale*, 29 : 351-365.
- Deci E. and Ryan R. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behaviour*. New York: Plenum Press.
- Deci E. and Ryan R. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester: The University of Rochester Press.
- De Jaeger K. et Jegers M. (2000). 'A model of physician behavior with demand inducement'. *Journal of Health Economics*, 2: 231-58.
- Elster J. (2009). *Traité critique de l'homme économique. Le désintéressement I*. Paris: Édition du Seuil.
- Elster J. (2010). *Traité critique de l'homme économique. L'irrationalité II*. Paris: Édition du Seuil.

- Evans R. (1974). 'Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications', in Perlman M. (eds), *The economics of health and medical care*. Macmillan, p. 162-73.
- 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 Lumières Lyon 2.
- Franc C., Renard E., Le Vaillant M. et Pelletier Fleury N. (2009). 'La perception par les pédiatres des contraintes économiques. Quelles incitations dans la prise en charge de l'obésité infantile ?'. *Revue Economique*, 60: 507-520.
- Frey B. (1992). 'Tertium Datur : Pricing, Regulating and Intrinsic Motivation'. *Kyklos*, 45: 161-84.
- Frey B. (1997). *Not just for the money*, Cheltenham: Edward Elgard Publishing.
- Frey B. et Jegen R. (2001). 'Motivational Interactions : Effects on Behaviour'. *Annales d'économie et de statistique*. 63-64: 131-53.
- Frey B. et Oberholzer-Gee F. (1997). 'The cost of price incentives: An empirical Analysis of Motivation Crowding-Out'. *The American Economic Review*, 87: 746-755.
- Gadreau M. (1992). 'Éthique professionnelle et régulation économique du marché des soins ambulatoires'. Communication au colloque Européen De l'analyse économique aux politiques de santé, Paris, Décembre.
- Gené-Badia J., Esaramis-Babiano G., Sans-Corrales M., Sampietro-Colom L., Aguado-Menguy F., Cabezas-Pena C. and 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: 2-10.
- Gneezy U. and Rustichini A. (2000). 'Pay Enough or Don't Pay at All'. *Quarterly Journal of Economics*, 115: 791-810.
- Hassenteufel P. (1997). *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne* Paris: Presses de science politiques.
- Hillman A., Ripley K., Godfarb N., Nuamah I., Weiner J. and Lusk E. (1998). 'Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in medicaid managed care'. *American Journal of Public Health*, 88: 1699-1701.
- Hodgson G. (2009). 'Toward an alternative economics of health care'. *Health Economics, Policy and Law*, 4: 99-114.
- Jack W. (2005). 'Purchasing health care services from providers with unknown altruism'. *Journal of Health Economics*, 24: 73-93.
- Kessel R. (1958). 'Price discrimination in medicine'. *Journal of Law and Economics*, 1: 20-53.
- Kreps D. (1997). 'Intrinsic Motivation and Extrinsic Incentives. *The American Economic Review*, 87: 359-64.
- Ma C. (2007). 'Altruism and incentives in public and private health care', in Suvanto A. and Vartiainen H., (eds), *Finance and Incentives in the Health Care System*. VATT Publications 45.

- McMaster R. (2007). 'On the need of for a heterodox health economic'. *Post-Autistic Economics Review*, 41: 9-22.
- MaDonald R., Harrison S., Checkland K., Campbell S. et Roland M. (2007). 'Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: an ethnographic study'. *British Medical Journal*, 334.
- Marshall M and Harrison S. (2004). 'It's about more than money: financial incentives and internal motivation'. *Quality and Safety in Health Care*, 14: 4-5.
- Pauly M. (1978). 'Is medical care different?', in Greenberg W., Germantown, MD (eds), *Competition in the health care sector : past, present, and future*. Aspen: Aspen Systems.
- Prendergast C. (1999). 'The Provision of Incentives in Firms'. *Journal of Economic Literature*, 37: 7-63.
- Rochaix L. (1986). *Asymétrie informationnelles et comportement médical*. Thèse pour le doctorat de science économique, Université de Rennes 1.
- Rochaix L. (1997). 'Asymétrie d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats'. *Économie et Prévision*, 129-130: 11-24.
- Siciliani L. (2009). 'Paying for performance and motivation crowding out'. *Economic letters*, 103: 68-71.
- Videau Y. (2010). *Essai sur l'offre de travail en médecine générale. Du rôle des incitations et des motivations*. Thèse de doctorat de Sciences Economiques, Université de la Méditerranée – Aix Marseille (II).