

Demande induite et comportement des médecins

Ce cours vous est proposé par Jérôme Wittwer, Professeur des universités en économie, Université de Bordeaux, et AUNEGe, l'Université Numérique en Économie Gestion.

Table des matières

Préambule.....	2
Les soins : peut-on parler de demande ?	2
Les préférences des médecins	3
L'hypothèse de la demande induite	4
L'hypothèse de la demande induite à l'épreuve des faits	5
Les chocs de revenus	5
Les chocs de prix	7
L'information des patients	9
Les implications pour la régulation du système de santé.....	10
Références	13

Préambule

Objectifs d'apprentissage : Assimiler le cadre théorique de l'analyse économique de la demande induite. Comprendre les stratégies empiriques de révélation des comportements de demande induite par les professionnels de santé.

Les soins : peut-on parler de demande ?

Dans le chapitre ?? nous avons déjà précisé que les soins étaient un bien spécifique qui pouvait être considéré comme un bien d'expérience (dont la qualité est révélée après consommation) ou même un bien de confiance (dont la qualité demeure inconnue pour le consommateur).

Il est ainsi légitime de se demander dans quelle mesure le recours aux soins n'est pas essentiellement le résultat des choix des professionnels de santé tant l'asymétrie d'information avec les patients peut être importante. Plus encore, l'organisation des soins est fondée sur l'autorité médicale qui se traduit par les capacités données aux médecins de prescrire et d'adresser leurs patients à d'autres professionnels de santé. Ne doit-on pas finalement considérer le parcours de soins des patients comme avant tout le résultat des choix des professionnels de santé ?

Arrow dans son article séminale de 1963 traitant de l'aléa moral (voir chapitre ???) en santé embrasse d'ailleurs ce point de vue (voir Grignon et al, 2018). Il considère que la question de l'aléa moral, qui rend compte d'une consommation de soins excessive des individus couverts par une assurance santé, renvoie aux comportements des médecins qui ont la capacité de décider du parcours de soins des usagers du système de santé. La question de la régulation des consommations des soins est selon lui plus celle de la régulation du comportement de prescription et d'adressage des médecins que celle de la régulation des comportements de demande des patients.

On entrevoit ici la complexité des déterminants du parcours de soins des patients et de la consommation de soins en général. Le modèle de la demande soins qui analyse les consommations de soins comme l'expression des préférences des patients est mal adapté à une réalité qui voit les prescripteurs influencer le parcours de soins même si c'est bien le patient qui choisit *in fine* de se conformer ou non aux prescriptions et adressages des professionnels de santé.

Quoi qu'il en soit il semble difficile de comprendre pleinement les consommations des soins des usagers d'un système de santé sans s'interroger sur le comportement des professionnels de santé et donc sur leurs préférences.

Les préférences des médecins

Comme nous l'avons rappelé dans le chapitre ?? l'analyse économique considère que les comportements sont le reflet des préférences individuelles. Pour analyser les préférences des médecins il est d'usage de distinguer les motivations extrinsèques des motivations intrinsèques. Les motivations intrinsèques sont les motivations qui ne demandent pas récompenses. Elles sont relatives dans le cas des médecins à la satisfaction tirée de la qualité des soins prodigués c'est à dire à l'effet des actes prodigués sur la santé des patients¹. A contrario, les motivations extrinsèques renvoient aux motivations intéressées, elles peuvent être d'ordre pécuniaire mais elles renvoient plus largement aux conditions de l'activité médicale impactant le bien-être des médecins.

Pour préciser l'analyse considérons une situation dans laquelle le professionnel de santé décide de la quantité S de soins délivrés à un patient i donné. Nous ne précisons pas ici à quoi correspond précisément cette quantité S . Pour aider à la compréhension on peut imaginer que S définit le nombre de consultations pour un épisode de soins donné. Mais il faut garder à l'esprit que S peut aussi décrire l'ensemble de l'activité du médecin, c'est-à-dire l'ensemble des actes qu'il est en mesure de réaliser et ainsi se présenter sous forme d'un vecteur rendant compte des quantités de chaque type d'acte. En reprenant la présentation de McGuire (2000) l'utilité du professionnel de santé² s'écrit comme une fonction croissante de deux arguments, le bénéfice (ou utilité) du patient et son bénéfice personnel ; soit : $V = V[U_i(S), \pi(S)]$, V définit l'utilité du médecin, $U_i(S)$ le bénéfice du patient i tiré des soins S et $\pi(S)$ le bénéfice personnel pour le médecin de la délivrance de la quantité S de soins. Le bénéfice du médecin est fonction du revenu tiré de l'activité médicale mais il faut également considérer les coûts de l'activité médicale qu'ils soient financiers (les charges liées à l'exercice médicale) ou qu'ils soient non financiers (comme les coûts liés au temps consacré à l'exercice médical et aux conditions d'exercice ou encore comme les coûts liés au risque de recours en justice des patients ou des assureurs).

Le bénéfice du patient renvoie aux motivations intrinsèques du médecin. On parle d'altruisme du professionnel de santé pour rendre compte du fait que son utilité dépend positivement du bénéfice du patient. On parle également d'un médecin agent parfait du patient quand l'utilité

¹ On peut aussi ranger dans les motivations intrinsèques les comportements tournés vers des objectifs d'efficacité et d'équité du système c'est-à-dire s'alignant ou s'approchant de celles du régulateur.

² Par abus de langage nous parlerons indifféremment de médecin et de professionnel de santé. Si la littérature académique s'est essentiellement centré sur les comportements des médecins les développements du chapitre peuvent s'étendre à toutes les types de professions de santé.

du médecin se confond avec le bénéfice du patient. Le bénéfice personnel de l'activité médicale, $\pi(S)$, est associé a contrario, aux motivations extrinsèques.

L'hypothèse de la demande induite

On parle usuellement d'hypothèse de la demande induite pour signifier que la demande de soins est le résultat du choix du médecin.

Cela suppose de considérer que le médecin est en capacité de décider des consommations de soins de son patient. Dans ce cas les consommations de soins sont supposées être le résultat de la maximisation par le médecin de son utilité V qui dépend tout à la fois du bénéfice du patient et de son bénéfice personnel comme nous venons de le voir.

On peut considérer des situations moins tranchées dans lesquelles les consommations de soins du patient sont le résultat de la confrontation de ses préférences et de celles du médecin. Certains auteurs mobilisent ainsi des modèles de négociation (« bargaining ») pour rendre compte de l'interaction entre le patient et le médecin.³ Le niveau de consommations des soins est alors supposé se fixer à « mi-chemin » entre le niveau de soins qui satisfait l'utilité du médecin et celui qui maximise l'utilité du patient.⁴

Dans les deux cas, les consommations de soins du patient sont supposées être influencées par le professionnel de santé et donc par ses préférences, et en particulier par les motivations extrinsèques du médecin dès lors qu'il n'est pas parfaitement altruiste. On parle alors de demande induite même si dans le cas d'un choix résultant d'une interaction entre le patient et le médecin ce dernier ne détermine pas seul les consommations de soins, ils les influencent seulement.

La notion de demande induite renvoie en règle générale aux comportements des médecins qui conduisent à une augmentation de la demande de soins. Il est néanmoins plus cohérent de considérer comme relevant de la demande induite l'ensemble des comportements des

³ Voir Ellis et al, 1990.

⁴ Il faut noter que l'on a implicitement fait l'hypothèse que l'altruisme du médecin supposait qu'il se conforme à l'utilité exprimée par le patient. On peut naturellement considérer que même dans le cas d'un altruisme parfait du médecin les objectifs divergent entre le patient et le médecin si celui-ci considère que les préférences exprimées par le patient ne correspondent pas à son intérêt bien compris (dans ce cas l'argument $U_i(S)$ de la fonction d'utilité du médecin ne rend pas compte de l'utilité du patient mais de l'appréciation qu'en fait le médecin).

professionnels de santé qui conduisent les professionnels de santé à fixer la demande de soins en fonction de leurs préférences (supposées non parfaitement altruistes).

Pour explorer l'hypothèse de demande induite il faut observer les situations qui peuvent conduire les professionnels de santé à augmenter le volume de soins délivrés ou encore à modifier la nature des soins prodigués alors que la demande de soins est inchangée, c'est-à-dire alors que les patients sont les mêmes. L'hypothèse de demande induite implique en effet que les soins délivrés à un patient (quantité et types de soins) sont modifiés si le bénéfice personnel du médecin est affecté. Si une telle situation peut être observée on pourra conclure que les consommations de soins ne sont pas seulement déterminées en fonction des bénéfices pour le patient mais également fonction de l'impact des soins prodigués sur les bénéfices des médecins. Cela validerait ainsi l'hypothèse de la demande induite.

L'essentiel de la littérature académique s'est ainsi efforcée de mettre en évidence des situations dans lesquelles les professionnels de santé ont influencé la demande de soins pour atténuer les effets d'une modification de l'environnement affectant leur revenu ou leur coût, c'est-à-dire affectant ce que nous avons dénommé leurs bénéfices personnels.

L'hypothèse de la demande induite à l'épreuve des faits

Depuis qu'Evans (1974) a proposé une formalisation de la demande induite de très nombreux travaux ont cherché à tester la validité de cette hypothèse en la confrontant aux faits. Jusqu'à ce jour cette littérature concerne essentiellement les Etats-Unis, le Canada et les pays du Nord de l'Europe pour des raisons liées aux particularités de ces systèmes de santé (modes de financement variés des professionnels de santé permettant des comparaisons) et à la place de la recherche en économie de la santé dans ces pays.

On peut à la suite de Johnson (2014) distinguer trois grands types de chocs ayant donné lieu à des travaux académiques

Les chocs de revenus

On trouve dans la littérature un modèle assez fréquemment mobilisé pour expliquer le comportement des professionnels de santé, celui du revenu cible (Samson 2011). Pour un temps de travail donné les professionnels se fixaient un objectif en termes de revenu, le revenu cible, qui pourrait les conduire à modifier les soins délivrés aux patients pour maintenir leur revenu à ce niveau cible en cas de chocs affectant négativement leur revenu. Ce modèle n'est qu'un cas particulier du modèle présenté précédemment, il est seulement plus explicite sur le mécanisme

sous-jacent. Il fait en particulier l'hypothèse qu'un choc négatif de revenu doit se traduire par une augmentation de la demande induite pour compenser cette baisse. Plus généralement, une baisse de revenu est censée augmenter la valeur marginale du revenu (en considérant l'hypothèse usuelle que la valeur marginale du revenu baisse plus le revenu augmente)⁵ et donc augmenter les incitations à induire la demande pour les professionnels de santé.

Les chocs qui ont été les plus étudiés dans la littérature sont des chocs de demandes. Comment une baisse de la demande, ou plus précisément de la taille de la clientèle d'un médecin, modifie le volume et la nature des soins délivrés pour chaque patient ?

Les premiers travaux de Fuchs (1978) aux Etats-Unis ont cherché à observer comment les variations de la densité de chirurgiens dans un territoire pouvaient influencer la fréquence des interventions chirurgicales dans ce même territoire. Il montre qu'une augmentation de 10% de la densité de chirurgiens se traduit par une augmentation de 3% de la fréquence des opérations. Cet article, et quelques autres dans le même esprit et publiés dans les années 1980 aux Etats-Unis, ont eu beaucoup de retentissements. Ils tendaient à valider l'hypothèse de la demande induite puisqu'une augmentation de la densité de chirurgiens veut dire en moyenne une réduction de la demande par chirurgien pour une population et des besoins donnés. Une densité plus forte sur un territoire signifie donc une concurrence accrue et en moyenne un revenu moindre par chirurgien pour une demande de soins donnée sur le territoire. Une augmentation de la fréquence des opérations rendrait ainsi compte des comportements d'induction de la demande par les chirurgiens.

Ces travaux ont donné lieu à de nombreux débats méthodologiques soulignant le risque de conclusions erronées en raison de présence de facteurs de confusions ou de mécanismes de causalité inverse.

Il faut en effet s'assurer que les variations de densité de médecins (de chirurgiens dans le cas de l'étude séminale de Fuchs) entre territoires ne sont pas associées à des variations de la demande. Concernant l'article de Fuchs la remarque a été faite que les personnes résidant dans les territoires à plus forte densité étudiés par Fuchs étaient également les mieux assurées comparativement aux personnes résidant dans les territoires à faible densité. Ainsi la fréquence plus importante d'interventions chirurgicales pourrait être expliquée par une demande plus importante en raison d'une meilleure couverture de la population (élasticité de la demande au prix) dans les territoires à forte densité de chirurgiens et non par un phénomène d'induction de la demande. Il s'agit plus généralement de s'assurer qu'il n'existe pas des facteurs qui influencent

⁵ Hypothèse de décroissance de l'utilité marginale.

simultanément la densité de médecins et la demande des patients sans qu'ils puissent être précisément observés et neutralisés dans l'analyse. On parle de facteurs de confusion.

Plus encore l'association entre densité de médecins et consommations de soins peut être simplement lié au fait que les médecins exercent là où la demande est forte. Dans ce cas interpréter l'association entre densité et consommations de soins comme la conséquence de comportements d'induction de la demande par les médecins est fallacieuse. C'est au contraire les médecins qui décident de suivre la demande et de s'installer dans les territoires où elle est forte. On parle dans ce cas de causalité inverse : la forte densité de médecins s'explique par une demande importante de soins et non l'inverse.

Enfin, et c'est un point très important, une consommation des soins plus importante dans les zones à forte densité de médecins peut être lié au fait que dans les zones sous-dense la demande est rationnée en raison d'un nombre insuffisant de médecins. Il ne s'agit pas alors de demande induite mais de capacité à répondre à la demande : dans les zones plus dense cette capacité est plus forte et donc la consommation de soins plus élevée, mais il ne s'agit pas de demande induite, c'est bien le patient qui décide mais qui se trouve plus ou moins contraint par l'offre en fonction de la densité médicale dans les territoires.

Il est pour ces raisons très délicat de mettre en évidence de manière robuste des comportements de demande induite en se fondant sur des différences de densité de médecins entre différents territoires. L'étude très célèbre de Gruber et al (1996) a proposé une voie originale et plus robuste pour étudier les effets d'un choc de revenu sur la demande de soins. Les auteurs se sont concentrés sur l'association entre l'évolution de la fertilité dans les différents états américains et l'évolution du taux de césarienne dans ces états. Ils ont montré que les taux de césarienne augmentaient plus rapidement dans les états qui voyaient leur taux de fertilité baisser plus rapidement. L'accouchement par césarienne étant mieux rémunéré que l'accouchement par voie basse les auteurs montrent que les médecins obstétriciens ont compensé 10% de la baisse de leur revenu liée à la diminution du nombre d'accouchements en augmentant la part de l'accouchement par césarienne, plus rémunérateur. Si cette étude très célèbre a fait également l'objet de débats méthodologiques nombreux elle s'appuie sur un choc de revenu, l'évolution de la fertilité, qu'on ne peut soupçonner d'être associé à la demande, ici à la demande de césariennes.

Les chocs de prix

Une autre opportunité pour mettre en évidence des comportements de demande induite est d'observer l'évolutions des soins délivrés après une modification des prix des actes. Pour poursuivre le cas d'étude précédent considérons une augmentation du prix de l'accouchement

sous césarienne et demandons-nous quels effets on peut attendre sur le nombre de césariennes et d'accouchement par voie basse. Les implications du modèle de la demande induite ne sont en fait pas univoques pour les césariennes. Si le médecin considère son bénéfice personnel deux effets sont à considérer : (i) l'effet prix ou effet substitution qui va conduire le médecin à augmenter le nombre de césariennes par rapport aux accouchements par voie basse : pour un nombre d'accouchements donné le médecin va opter pour des actes dont le prix a augmenté ; (ii) l'effet revenu qui le conduit à diminuer le nombre d'actes puisqu'ils sont mieux rémunérés en moyenne. Ce dernier effet se comprend très directement si on se réfère au modèle du revenu cible, il suffit de moins d'actes pour obtenir le même revenu. On comprend que le modèle de la demande induite ne conduit pas à une implication univoque pour l'effet d'une hausse du prix sur le nombre d'actes délivrés. C'est un point important pour le régulateur qui souhaite jouer sur le prix des actes pour influencer le nombre d'actes réalisés. En revanche, pour le nombre d'accouchements par voie basse, l'implication du modèle est sans ambiguïté : il est attendu que le nombre d'accouchements par voie basse diminue puisque l'effet substitution et l'effet revenu vont dans le même sens.⁶

Une littérature américaine assez fournie a étudié les effets des modifications de tarifs de Medicaid (programme public d'assurance santé pour les plus pauvres aux États-Unis) ou Medicare (programme public d'assurance santé pour les plus de 65 ans) pour montrer des mécanismes de compensation de la baisse des tarifs par une hausse des volumes (Yip, 1998 ; Jakobson et al, 2011) ou encore par une substitution vers des traitements dont les tarifs n'ont pas baissé (Jakobson, 2011). L'étude de Gruber et al (1999) montre qu'une augmentation du 10% du tarif Medicaid de la césarienne se traduit par une augmentation de 8% du nombre de césariennes parmi la population couverte par Medicaid. L'effet substitution l'emporterait sur l'effet revenu ce qui était attendu puisque la population couverte par Medicaid ne représentait qu'une part réduite de la clientèle des médecins obstétriciens (l'effet revenu attendu était donc réduit).

Les résultats de la littérature montrent de manière très générale que les changements de tarifs modifient très généralement le volume et la structure de l'activité des professionnels de santé. Si ces résultats peuvent être parfois compatibles avec d'autres modèles théoriques ils ne permettent pas de rejeter l'hypothèse de la demande induite.

Mais il existe un moyen plus direct de tester le modèle de la demande induite en cherchant à observer si la façon dont sont informés les patients influence les soins délivrés par les médecins.

⁶ Voir Gruber et al (1999).

L'information des patients

Le modèle de la demande induite suppose que le médecin est en capacité d'influencer le parcours de soins des patients. La capacité d'influencer le patient a pour l'origine l'asymétrie d'information entre le professionnel de santé et le patient, plus cette asymétrie est grande plus le professionnel sera en capacité de décider du parcours de soins. On s'attend ainsi à ce que le niveau d'information des médecins influence la quantité et le type d'actes prodigués.

Cette implication du modèle de la demande induite est cependant difficile à tester. Certains auteurs ont cherché à comparer le recours aux soins des membres de famille de médecins avec en partant du principe que les familles de médecins sont les mieux informés. Les résultats sont cependant toujours fragiles car il est très difficile d'écartier le fait que des facteurs de confusion influencent le recours aux soins des populations comparées sans être liés à des différentiels d'information.

Une étude de Currie et al. (2010) a mis en œuvre une étude expérimentale en Chine cherchant directement à évaluer l'impact de l'information des patients sur les prescriptions des médecins. L'expérimentation a consisté à informer certains patients sur les recommandations de bonnes pratiques en termes de prescriptions médicamenteuses pour la pathologie dont ils souffraient. Ces patients ont alors fait connaître leur niveau d'information aux cours des consultations. L'étude montre que les ordonnances sont plus restreintes pour les patients informés que pour les patients non-informés alors même que les médecins étaient financièrement intéressés à la vente des médicaments. Ce résultat est une implication directe du modèle de la demande induite mais là aussi on ne peut écarter d'autres interprétations. On peut ainsi considérer que les médecins ont pris comme l'expression des préférences des patients les connaissances partagées en consultation sur les prescriptions médicamenteuses. On peut ainsi y voir un comportement altruiste plus qu'y voir le reflet d'un comportement intéressé.

Les différents travaux présentés précédemment analysent les effets sur l'activité médicale de motivations extrinsèques de nature financière. Bien sûr les motivations intrinsèques peuvent concerner d'autres dimensions, on peut penser en particulier au risque juridique lié à l'activité médicale qui peut conduire les professionnels de santé à pratiquer une médecine dite défensive pour se protéger contre le risque de recours même s'il juge que c'est au détriment de la santé patient (référence). Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que les motivations financières peuvent également être de nature « défensive » dans le sens où les professionnels de santé peuvent réduire les actes qui conduisent à une perte financière. Cela peut être le cas de professionnels de santé tels que les infirmiers libéraux qui doivent se déplacer au domicile des patients et amortir

le coût des déplacements (coût financier et coût d'opportunité lié au temps professionnel perdu).

Pour conclure cette section on peut se demander si des travaux ont pu analyser le rôle de la demande induite en France. On trouve très peu de travaux d'importance sur la question en raison en particulier d'un système de soins très homogène sur le territoire ne facilitant pas les études comparatives. L'étude la plus marquante est sans doute celle de Delattre et al (2003). Elle montre qu'une densité de médecins plus importante sur un territoire se traduit par un nombre d'actes plus élevé par patient en ligne avec les implications du modèle de la demande induite. Les auteurs mobilisent les départs à la retraite des médecins pour caractériser les variations de la densité médicale qui ne peuvent être liées à des effets de demande pour éviter le risque de facteurs de confusion que nous avons décrit précédemment.

On peut malgré tout s'étonner du nombre très réduit de travaux d'ampleur sur cette question en France. On trouve en revanche un plus grand nombre de travaux étudiant les motivations des médecins quand ils choisissent leurs lieux d'exercice (Samson et al, 2017). Ces travaux s'appuient sur les motivations extrinsèques des médecins pour analyser les choix d'installation. S'il n'est pas directement question de demande induite dans ces travaux les choix des lieux d'installation déterminent les densités médicales dans les territoires qui ont un rôle majeur dans l'activation des mécanismes de la demande induite comme nous le détaillons plus bas.

Les implications pour la régulation du système de santé

La littérature internationale analysant les effets des motivations extrinsèques des médecins sur les consommations de soins des patients est aujourd'hui très dense. Elle n'est naturellement pas complètement convergente compte tenu de la diversité des situations étudiées, de la variété des contextes et des fonctionnements divers des systèmes de soins. L'analyse de cette littérature permet cependant de conclure que dans de nombreuses situations les parcours de soins des patients peuvent être influencés par les incitations (extrinsèques) qui influencent les comportements d'inductions de la demande des professionnels de santé. C'est une réalité que le régulateur doit prendre en compte.

Les effets des comportements de demande induite dépendent de deux paramètres essentiels des systèmes de soins : (i) la densité des médecins dans les territoires et (ii) les modes de rémunération des médecins.

Quand le nombre des médecins est réduit, au regard de la taille d'une population, sur un territoire la question qui se pose pour le régulateur est celle d'un risque de rationnement des

soins. L'expression de la demande induite est alors impropre. Le régulateur peut néanmoins chercher à jouer sur les motivations extrinsèques des professionnels de santé pour les inciter à augmenter le temps qu'ils consacrent à leur activité médicale. Il peut également, même dans un contexte de densité médicale faible, s'appuyer sur les motivations extrinsèques pour chercher à influencer la structure des soins (les types d'actes prodigués). Quoi qu'il en soit, une densité médicale faible est un moyen pour le régulateur d'éviter une croissance des volumes de soins par induction de la demande. Il peut même y avoir un intérêt commun, de fait, entre le régulateur, soucieux de maîtriser les dépenses de soins, et les professionnels de santé souhaitant éviter une concurrence trop forte. La régulation drastique du nombre de places au concours de médecine initiés dans les années 1970 et 1980 en France est autant une volonté du régulateur que des professionnels de santé (Hassenteufel 2008).

La rémunération des médecins est bien entendu aussi un facteur essentiel pour réguler la demande induite. Les travaux américains décrits plus haut se situent dans un cadre qui voit les médecins être rémunérés à l'acte : chaque consultation ou procédure médicale donne lieu à un paiement de la part du patient et/ou de l'assurance. Dans ce type de système de rémunération l'incitation financière pour les médecins est immédiate tant sur le volume de l'activité que sur la structure des actes prodigués. Mais d'autres systèmes de rémunération, la capitation par exemple (un paiement annuel par patient indépendant des actes réalisés), peuvent avoir également des effets sur l'activité en incitant les médecins à adresser leurs patients à d'autres professionnels ou plus généralement en incitant à limiter l'activité (Iversen et al, 2010). Nous analyserons plus en détails les implications de ces différents modes de rémunération dans le chapitre ???.

Les mécanismes de demande induite ne concernent pas nécessairement que les professionnels de santé exerçant en cabinet. Ils peuvent également être pertinents pour comprendre l'activité des établissements hospitaliers dont les systèmes de rémunérations peuvent inciter à orienter leurs activités et les volumes de leurs activités même si les incitations financières se situent au niveau de l'établissement et non directement au niveau des professionnels de santé. Nous y reviendrons dans le chapitre ???.

Un dernier point mérite encore d'être discuté. Il est relatif à la nature des préférences des médecins. Le modèle de la demande induite repose sur l'idée que les motivations des médecins sont doubles : intrinsèques et extrinsèques. Cette idée est formalisée par une fonction d'utilité à deux arguments : l'utilité du patient (la composante intrinsèque ou altruiste des motivations) et ce que nous avons appelé le bénéfice personnel du médecin (la composante extrinsèque ou égoïste des motivations). Cette façon même de représenter les préférences des médecins et de comprendre leurs comportements est souvent difficile à entendre par les professionnels de santé

qui peuvent se sentir heurtés par une telle représentation laissant entendre que la composante égoïste de leurs motivations pourrait permettre de rendre compte de leurs activités professionnelles, même si c'est à la marge. Cela peut être compris comme une façon de remettre en question leur engagement déontologique c'est-à-dire l'importance de leurs motivations intrinsèques dans leur engagement professionnel (référence ?). Cette réalité est une réalité importante qui façonne les relations entre les acteurs des systèmes de soins, particulièrement en France.

Cette réalité a en effet deux implications délétères possibles. La première est la difficulté de considérer ouvertement l'incidence des incitations financières sur l'activité des médecins ce qui est un obstacle à la transparence et à l'efficacité des négociations entre les médecins et les financeurs (en France on fait en particulier référence aux négociations entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins lors des négociations conventionnelles). Mais ce qui est encore plus troublant est d'imaginer qu'il est possible que le fait même d'évoquer ouvertement le rôle des motivations extrinsèques dans l'activité des médecins renforce leur poids dans leurs comportements. On parle d'éviction des motivations intrinsèques par les motivations extrinsèques. Pour résumer cavalièrement l'argument, la réaction des médecins devant un régulateur soulignant l'influence des motivations extrinsèques dans l'activité des médecins serait : « Eh bien puisque vous me voyez comme ça vous allez voir ce que c'est qu'un médecin qui ne pense qu'à son propre bénéfice ! ». On trouvera par exemple une modélisation économique de ce type de mécanisme dans Benabou et al (2003). Ce mécanisme peut ainsi compliquer encore la tâche du régulateur puisqu'en effet, en règle générale, la régulation est d'autant plus aisée que le médecin ne donne pas un poids trop important à ses motivations extrinsèques.

Notons cependant que l'objectif du régulateur ne se confond pas nécessairement avec celui du patient, nous revenons précisément sur ce point dans le chapitre traitant de l'aléa moral, et qu'ainsi un médecin parfaitement altruiste, à l'agent parfait du patient, peut poursuivre un objectif qui s'éloigne de celui du régulateur (voir Frey 1997).

Références

- Arrow, Kenneth J. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53(5):941–973.
- Benabou, R., and Tirole, J., 2003. Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Review of Economic Studies*, 70 (3), 489-520.
- Coudin E, Pla A, Samson AL. GP responses to price regulation: evidence from a French nationwide reform. *Health Econ.* 2015 Sep;24(9):1118-30.
- Currie, J., Lin, W. and Zhang, W. (2010). Patient knowledge and antibiotic abuse: Evidence from an audit study in China. *Journal of Health Economics* 30, 933–949.
- Delattre E., Dormont B. (2003), "Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians", *Health Economics*, n° 12, p. 741-754.
- Ellis RP, McGuire TG. Optimal payment systems for health services. *J Health Econ.* 1990;9(4):375-96.
- Evans RG. Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications. In *The Economics of Health and Medical Care*, M Perlman (ed.). Macmillan: London, 1974; 162–173
- Frey, B.S., and Oberholzer-Gee, F., 1997. The Cost of Price Incentives: an Empirical Analysis of Motivation Crowding-out. *American Economic Review*, 87 (4), 746-55.
- Grignon, M., Hurley, J., Feeny, D., Guindon, E. and Hackett, C. (2018). Moral hazard in health insurance. *Economic. History, Methodology, Oeconomia*, 8(3).
- Gruber, J. and Owings, M. (1996). Physician financial incentives and Cesarean section delivery. *RAND Journal of Economics* 27, 99–123.
- Gruber, J., Kim, J. and Mayzlin, D. (1999). Physician fees and procedure intensity: The case of cesarean delivery. *Journal of Health Economics* 18, 473–490.
- Hassenteufel, P. (2008). Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire. *Les Tribunes de la santé*, 18, 21-28.
- Fuchs V. The supply of surgeons and the demand for operations. *J Human Resources* 1978; 13: 35–56.
- Jacobson, M., Earle, C., Price, M. and Newhouse, J.(2010). How Medicare's payment cuts for cancer chemotherapy drugs changed patterns of treatment. *Health Affairs* 29, 1391–1399.

Johnson, E.M., "Physician-Induced Demand," Encyclopedia of Health Economics. 2014, pp. 77–82.

McGuire TG, Pauly MV. Physician response to fee changes with multiple payers. J Health Econ. 1991;10(4):385-410.

McGuire TG. Physician agency and payment for primary medical care. In The Oxford Handbook of Health Economics, S. Glied, P.C. Smith (eds). Oxford University Press, 2011; 602-623.

Samson, A.-L. (2011), Do French low-income GPs choose to work less?. Health Econ., 20: 1110-1125.

Yip, W. (1998). Physician responses to medical fee reductions: Changes in the volume and intensity of supply of coronary artery bypass graft (CABG) surgeries in the Medicare and private sectors. Journal of Health Economics 17, 675–700.

Comment citer ce cours ?

Economie de la Santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunega.fr>), CC – BY NC ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Cette œuvre est mise à disposition dans le respect de la législation française protégeant le droit d'auteur, selon les termes du contrat de licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). En cas de conflit entre la législation française et les termes de ce contrat de licence, la clause non conforme à la législation française est réputée non écrite. Si la clause constitue un élément déterminant de l'engagement des parties ou de l'une d'elles, sa nullité emporte celle du contrat de licence tout entier.