



<http://economix.fr>

Document de Travail

Working Paper

2011-19

LA DEFORMATION DES COMPORTEMENTS MEDICAUX
EN FAVEUR D'UNE LOGIQUE DE MARCHANDISATION

Jeanne Lievaut



UMR 7235

Université de Paris Ouest Nanterre La Défense
(bâtiments T et G)
200, Avenue de la République
92001 NANTERRE CEDEX

Tél et Fax : 33.(0)1.40.97.59.07
Email : nasam.zaroualete@u-paris10.fr

université
Paris | Ouest

Nanterre La Défense

LA DEFORMATION DES COMPORTEMENTS MEDICAUX EN FAVEUR D'UNE LOGIQUE DE MARCHANDISATION¹

Lievaut Jeanne

Appartenance institutionnelle:

EconomiX - CNRS, Université Paris Ouest Nanterre La Défense

Coordonnées:

*adresse postale : EconomiX, Université Paris X, Batiment T
200, avenue de la République
92001 Nanterre Cedex-France*

adresse électronique: : lievaut@yahoo.fr

numéro de téléphone: (33) 1. 40. 97.70.57 ou 06.44.18.31.17

¹ Je remercie Philippe Batifoulier, Maryse Gadreau, Jean-Bernard Châtelain, Gilbert Colletaz et Bruno Ventelou pour leurs commentaires précieux.

Résumé:

Dans cet article nous avons cherché à apporter des éléments de compréhension du comportement économique du médecin en nous appuyant sur les pratiques tarifaires volontaires (les actes avec dépassement (tarif élevé) et les actes gratuits (tarif nul)). En effet, ces dernières sont un moyen d'accéder aux motivations du médecin et d'appréhender la façon dont les professionnels de santé conçoivent l'activité médicale légitime. Une étude à l'aide de données longitudinales (7896 omnipraticiens libéraux observés durant la période de 1980 à 2000) a permis de contrôler le changement de cette conception au fil des années. Le résultat principal met en avant la déformation des comportements médicaux en faveur d'une logique de marchandisation au détriment d'une logique de "care".

Mots-clés: honoraires, motivations, panel

Abstract:

In this article we focus on the private practitioner's voluntary choices of the pricing practices (free care and high fee care) to understand the practitioners' economic behavior. We use an unbalanced panel data comprising 7896 self-employed physicians who were observed over the 1980-2000 period. Our results offer an empirical understanding of the practitioners' motivations and put forward the deformation of medical behavior: a "price" strategy takes a dominant position.

Key-words: fees, motivations, panel

1. INTRODUCTION

Depuis les années 1980, l'Etat tente de maîtriser les dépenses de santé et développe une logique incitative qui vise à contrecarrer l'opportunisme supposé des acteurs du marché de la santé. Mais, malgré les efforts fournis, l'organisation des soins médicaux souffre toujours d'insuffisance budgétaire et n'atteint pas les objectifs ciblés. Cette situation repose la question sur le type de rationalité qui préside au comportement économique du médecin.

L'objectif de cet article est d'approcher au plus près la rationalité économique du professionnel de santé qui prévaut à son comportement. Pour cela, nous chercherons à comprendre la façon dont les professionnels de santé conçoivent une activité médicale légitime. Nous supposerons qu'il est restrictif de considérer tous les praticiens comme étant des opportunistes et qu'en effet, le médecin peut développer une conception de son activité qui ne correspond pas en tous points à celle modélisée par la théorie économique. Pour appréhender le phénomène recherché, nous analyserons, à travers les pratiques tarifaires volontaires (les dépassements d'honoraires et les actes gratuits), les attitudes des praticiens face aux prix. En effet, l'étude des pratiques tarifaires des praticiens est un moyen d'accéder à la façon dont le médecin conçoit une activité médicale adéquate (Batifoulier, Lievaut (2008)). La fixation du prix révèle « *la façon dont le médecin se représente hic et nunc, le collectif de référence, tenant compte à la fois du collectif formé par le patient et le médecin et d'un collectif plus large constitué de l'ensemble du système de santé. Les acteurs comprennent la coordination en s'interrogeant sur ce qu'il convient de faire. C'est pourquoi, la superficialité de la déontologie et du tact et mesure n'est pas un obstacle à la décision en matière de prix car c'est dans l'ensemble des textes et des principes qu'ils véhiculent que chaque article du code de déontologie prend sens. Pour compléter les textes lacunaires de la déontologie, le jugement mobilise une interprétation basée sur des principes qui sont issus de la globalité du système de santé (Ricoeur P. (1996))* » (Batifoulier, Lievaut (2008), p.153).

En principe, étant donné le système français où le tarif à l'acte est déterminé en amont par un système de négociations, seuls les médecins du secteur à honoraires libres ont la possibilité de fixer leurs propres prix. En pratique, le comportement de

dépassement n'est pas propre à cette catégorie de praticiens. Les professionnels de santé contraints par le tarif de tutelle disposent aussi d'une certaine liberté pour faire varier leurs prix grâce notamment aux dépassements exceptionnels prévus dans les cas dits de «l'exigence particulière du malade», dont l'application est laissée à leur entière appréciation. Aballea *et al.* (2007) soulignent que 12% des dépassements d'honoraires sont le fait de médecins du secteur 1. De plus, leur comportement de dépassement n'est pas invariable dans le temps. Les données statistiques (CNAM (2003)), montrent qu'entre deux périodes, janvier à septembre des années 2000 et 2002, les dépassements (en masse) des omnipraticiens appartenant au secteur 1 de la convention ont presque triplé. De fait, leurs dépassements, sur ces périodes, ont progressé de +190%. Ces faits démontrent que le dépassement est devenu un acte presque banal pour les médecins du secteur 1, ou du moins, un événement beaucoup moins exceptionnel qu'avant.

Parallèlement, tous les professionnels de santé ont le droit de renoncer à un revenu en réalisant des actes médicaux gratuits. Le code de déontologie médicale (article 67 de l'édition 1998) interdit les variations d'honoraires « dans un but de concurrence » mais le médecin est libre de « donner gratuitement des soins ». Ainsi, les médecins peuvent demander au patient un prix élevé (tarif avec dépassement) ou un prix nul (acte gratuit).

Ces deux pratiques tarifaires volontaires permettent d'accéder au « juste » prix de la prestation faite par le médecin. En effet, dans le cadre de l'exercice médical, le praticien peut être amené à pratiquer un acte sans paiement ou à demander un prix plus élevé. Ces actions ne sont ni obligatoires, ni contraintes. Le praticien définit délibérément le nombre de chaque catégorie d'actes à appliquer. Son choix est influencé par sa définition de l'activité médicale légitime qui est elle-même fonction de diverses caractéristiques : l'interprétation de la notion de « tact et mesure » du code de déontologie, le revenu supposé du patient, le type d'acte ou sa durée, etc. Dans le cas où la valorisation de l'acte médical est liée au niveau du paiement, le prix sera considéré comme un élément incontournable de l'échange médical. Le praticien augmentera alors la part d'actes sur-tarifés dans son activité. Dans le cas contraire, le prix sera considéré comme un élément second de l'échange médical et le praticien ne cherchera pas à valoriser ses actes à l'aide d'un prix élevé. Ainsi, les logiques de prix définissent les conceptions d'une activité médicale juste et président aux logiques comportementales.

C'est pourquoi l'examen des pratiques tarifaires volontaires est un moyen d'accéder au cœur des motivations économiques du médecin et d'aider à mieux comprendre la part de rationalité économique qui existe dans le comportement du professionnel.

Cette approche est rendue possible grâce à notre base de données qui nous renseigne sur le nombre d'actes tarifés au-delà du prix de la lettre-clé, sur le montant de dépassement appliqué et sur le nombre d'actes gratuits effectués. Les données annuelles permettent d'estimer le niveau des dépassements d'honoraires effectués au titre du DE (dépassement exceptionnel) relatif aux médecins du secteur à tarif imposé. Le caractère longitudinal de l'échantillon offre l'opportunité de suivre l'évolution des variables d'intérêt au fil des années.

Cet article est construit de la manière suivante : nous commençons par la présentation de la base de données. Puis, nous exposons les composantes principales de l'étude. Nous décrivons une typologie des principales logiques comportementales, qui est définie à partir des pratiques tarifaires volontaires, ainsi que la méthode et les variables utilisées. Dans la partie suivante, nous présentons l'analyse préliminaire statistique des indicateurs pertinents. Enfin, nous consacrons les deux dernières parties à la discussion des résultats obtenus et à la présentation d'une conclusion. Nous suggérons que les praticiens ne forment pas une population homogène et nous constatons une tendance à la transformation marchande de la structure d'activité médicale (le glissement de la part gratuite vers la part payante, l'augmentation du niveau d'activité sur-tarifée) et du comportement des médecins.

2. DONNEES

L'échantillon étudié est composé d'un panel représentatif de la population médicale à l'aide du tirage réalisé sur les données du Syndicat National Inter Régimes (SNIR), fourni par le CNAM. Le SNIR recueille et agrège au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les Caisses d'Assurance Maladie. Chaque année de nouveaux praticiens installés enrichissent la base en remplaçant les médecins prenant leur retraite. Le panel utilisé n'est pas cylindré

pour augmenter la précision des estimations et amoindrir le risque de biais². La base finale comprend 7896 omnipraticiens libéraux observés durant la période de 1980 à 2000 avec les caractéristiques démographiques et d'activité des professionnels de santé. La double dimension des données, individuelle et temporelle, permet de prendre en compte l'hétérogénéité des agents en question. La période d'observations s'arrête à l'année de la création de CMUC³ (2000), le nouveau type de couverture pour les plus démunis. Cette dernière a pu baisé les estimations sur les actes à tarif zéro.

3. COMPOSANTES DE L'ANALYSE

3.1 Typologie des principales logiques comportementales

Dans cette partie nous définissons la typologie des principales logiques comportementales que nous allons analyser à l'aide de nos données.

Notre point de départ est quatre stratégies⁴ possibles dans l'application des tarifs volontaires: une sur-tarification fréquentes des actes couplée à de nombreux actes gratuits, un niveau réduit d'activité non lucrative accompagné d'un niveau très important de dépassements, un service rendu sans rémunération prévalant sur un niveau d'activité surtarifiée, gratuité et dépassement ne sont pas les choix tarifaires du médecin. A partir des stratégies prédéfinies ci-dessus, nous définissons une typologie des logiques comportementales (tableau I):

1. La logique de care. Elle décrit un comportement tarifaire où les prix faibles ou nuls sont valorisés et où les dépassements sont considérés comme éthiquement incorrects (« Je respecte le serment d'Hippocrate »).
2. La logique d'auto-régulation. Des actes chers se conjuguent à des actes gratuits et le médecin entend avoir la liberté de fixer le juste prix. La

²Le "cylindrage" conduit à éliminer une très forte proportion des observations et donc, à perdre beaucoup d'information.

³ La Couverture Maladie Universelle Complémentaire.

⁴ Les stratégies sont inspirées de Batifoulier, Lievaut (2008).

justice sociale se fait au niveau du cabinet médical (« Je suis le seul décideur du juste prix⁵ »).

3. La logique de marchandisation. Elle correspond au comportement de type *homo æconomicus* où la possibilité de pratiquer des prix élevés va de pair avec un niveau faible d’actes gratuits (« Je suis animé par des considérations économiques »⁶).

4. La logique d’arrangement. Elle signale une préférence à se conformer aux tarifs conventionnels et, donc, à limiter voire exclure les pratiques tarifaires qui sortent de cette norme juridique (« Je me plie aux règles imposées »).

Tableau I. Profils des logiques comportementales selon les pratiques tarifaires volontaires.

		Niveau d’actes gratuits	
		Faible	Elevé
Dépassement d’honoraires	Elevé	La logique de marchandisation	La logique d’auto-régulation
	Faible	La logique d’arrangement	La logique de care

Pour accéder aux profils de logiques comportementales nous mobilisons la méthode d’analyse en composantes principales.

3.2 Variables

Deux types de variables sont utilisés pour rassembler des individus selon leurs représentations de logiques comportementales.

⁵ « La médecine, c’est ingrat. Quand on veut se faire honorer par les riches, on a l’air d’un larbin ; par les pauvres, on a tout du voleur » (Louis-Ferdinand Céline dans « Voyage au bout de la nuit »).

⁶ « Il en est des médecins comme les avocats. La seule différence c’est que l’avocat se contente de vous voler alors que le médecin vous vole et vous tue par la même occasion » (Anton Tchekhov).

Le premier groupe est formé des variables contributives d'ordre quantitatif. Elles sont de deux types : les indicateurs de rémunération, à savoir, le montant de dépassement par acte estimé au-delà du tarif conventionné, l'honoraire par acte et les indicateurs d'activité avec le nombre de rencontres⁷, le nombre de visites effectuées, le nombre de consultations effectuées, le nombre d'actes gratuits (activité non lucrative), le nombre d'actes avec dépassement (activité sur-tarifée), la quantité de soins techniquement compliqués⁸.

Le deuxième groupe est composé des caractéristiques illustratives d'ordre qualitatif : le mode de conventionnement et de rémunération (secteur 2, secteur 1 volontaire⁹, secteur 1 contraint¹⁰, secteur 1 avec droit au dépassement permanent, non conventionné), le genre d'omnipraticien, l'activité exercée (générale ou générale avec des compétences particulières), le mode d'exercice (libéral intégral, libéral partiel, libéral avec temps partiel hospitalier, exercice hospitalier à temps plein avec secteur privé), les phases d'itinéraire professionnel, la dynamique temporelle.

3.3 Méthode

Pour appréhender les phénomènes recherchés, nous utilisons les représentations géométriques de données qui transforment en distance euclidienne des proximités statistiques entre éléments. L'analyse en composantes principales permet de « visualiser » au sens propre du terme des regroupements, des oppositions et des tendances dans l'ensemble des médecins étudiés (Escofier, Pagès (2008)).

L'échantillon étudié est présenté sous la forme d'un tableau composé des praticiens (l'espace I) et des caractéristiques décrivant ces individus (l'espace L). Pour rassembler les individus enquêtés dans des groupes homogènes, nous cherchons les principales dimensions de variabilité d'omnipraticiens. Nous avons accordé la même importance aux différentes variables et le même poids à chaque praticien, considérant que les médecins jouaient le même rôle.

Nous calculons la distance suivante:

⁷ L'activité payante totale.

⁸ Les actes de petite chirurgie ou d'imagerie ionisante.

⁹ Les médecins ayant eu la possibilité d'accéder au secteur 2 mais ayant choisi de rester au tarif conventionnel.

¹⁰ Les médecins du secteur à tarif imposé n'ayant jamais eu la possibilité d'accéder au secteur 2.

$$d^2(k, m) = \sum_{l \in L} (x_{kl} - x_{ml})^2$$

où k et m sont deux médecins et $l \in L$ (espace de caractéristiques)

Elle nous permet de rassembler dans un groupe les praticiens qui possèdent des valeurs proches pour l'ensemble des caractéristiques individuelles.

Pour effectuer un bilan des liaisons entre variables, nous évaluons leur liaison à travers le coefficient de corrélation linéaire :

$$r(l, h) = \frac{\text{covariance}(l, h)}{\sqrt{\text{variance}(l) * \text{variance}(h)}} = \frac{1}{I} \sum_{k \in I} \left(\frac{x_{kl} - \bar{x}_l}{s_l} \right) \left(\frac{x_{kh} - \bar{x}_h}{s_h} \right)$$

où \bar{x}_l et s_l la moyenne et l'écart-type de la variable l ,
 $k \in I$ (espace de médecins)

Si p_k est le poids affecté au praticien k , alors la masse totale des enquêtés, la définition d'un médecin théorique moyen, la variance de chaque caractéristique et la mesure de liaison entre les caractéristiques sont les suivantes :

$$\sum_k p_k = 1$$

$$\bar{x}_l = \sum_k p_k x_{kl}$$

$$s_l^2 = \sum_i p_k (x_{kl} - \bar{x}_l)^2$$

$$r(l, h) = \sum_k \left(\frac{x_{kl} - \bar{x}_l}{s_l} \right) \left(\frac{x_{kh} - \bar{x}_h}{s_h} \right).$$

Pour s'affranchir de l'arbitraire des unités de mesure, les caractéristiques sont centrées et réduites¹¹. De ce fait, elles ont la même variabilité et la même influence dans le calcul des distances entre médecins.

¹¹ Le tableau obtenu a pour terme général : $\frac{x_{kl} - \bar{x}_l}{s_l}$.

Pour relier les résultats de l'analyse en composantes principales (ACP) aux caractéristiques qualitatives des médecins, nous construisons des ellipses de confiance autour de chaque centre de gravité des caractéristiques qualitatives. Pour produire les ellipses, nous mettons en œuvre la procédure « bootstrap » et projetons les « bootstraps » en supplémentaire sur les plans de l'analyse en composantes principales.

4. ANALYSE PRÉLIMINAIRE

Les techniques d'analyse statistique préliminaire font ressortir plusieurs faits significatifs. Sur l'ensemble de la période étudiée, les praticiens ont effectué, en moyenne, sept fois plus souvent des actes avec dépassement que des actes gratuits (tableau II). La densité d'activité non lucrative est plus longue du côté droit de la distribution que celle des actes sur-tarifés et ses queues de distribution sont plus étoffées. Les nombres de rencontres et de consultations ont une distribution relativement symétrique. Une part importante de la charge de travail du praticien est composée des consultations effectuées dans son cabinet.

Tableau II. Statistiques descriptives.

Variable	Moyenne	Erreur standard	Skewness	Kurtosis
Activité non lucrative	92,17	0,55	4,43	31,96
Activité sur-tarifée	705,45	4,43	2,83	9,78
Nombre de rencontres	4582,00	8,13	0,54	0,43
Nombre de consultations	3039,37	5,89	0,62	0,78
Nombre de visites	1314,55	3,68	1,24	2,38

D'une année à l'autre, les sous-populations des variables exprimant le nombre d'actes gratuits et le nombre d'actes avec dépassement admettent bien la même distribution. Les tests de Kolmogorov-Smirnov et de Cramer Von Mises acceptent l'hypothèse nulle d'égalité des distributions au seuil de 5% pour la distribution d'actes

gratuits (KS=0.16, KSa=49.49 ; CM=0.015, CMa=1377) et pour la distribution d'actes avec dépassement (KS=0.14, KSa=43 ; CM=0.012, CMa=1050).

Tableau III. Corrélations entre les variables d'intérêt et les variables contributives.

En gras : les coefficients sont supérieurs au seuil de 0,15 (en valeur absolue).

En italique : les coefficients sont inférieurs au seuil de 0,15 et supérieurs au seuil de 0.05 (en valeur absolue).

Variable	Activité non lucrative	Activité sur-tarifée
Activité sur-tarifée	0,048	
Nombre de rencontres	0,303	<i>0,107</i>
Actes chers (techniques)	-0,022	0,199
Honoraire par acte	<i>-0,058</i>	<i>0,128</i>
Montant de dépassement par acte	-0,025	0,033
Nombre de consultations	0,212	<i>0,112</i>
Nombre de visites	0,348	<i>-0,140</i>

Sur le plan quantitatif, toutes choses égales par ailleurs, une relation linéaire positive lie l'activité non lucrative et celle sur-tarifée (tableau III). Cependant leur coefficient de corrélation est faible (0,048). Alors, nous pouvons supposer que, dans le

cas de la réalisation d'un acte gratuit, le médecin ne cherche pas systématiquement à appliquer un prix sur-tarifé sur un autre acte. L'absence de la corrélation entre les actes gratuits et les actes avec le dépassement remet en question la théorie du monopole discriminant.

La liaison entre les autres variables dépend du type de pratiques tarifaires. L'intensification du nombre de rencontres incite le praticien à appliquer un tarif au-delà de celui de la lettre-clé ou à réaliser un acte gratuit (0,303 pour l'activité non lucrative et 0,107 pour l'activité sur-tarifée). La même relation est constatée dans le cas de l'augmentation du nombre de consultations (0,212 dans le cas d'actes gratuits et 0,112 dans le cas d'actes avec dépassement). Par contre, les pratiques tarifaires volontaires ne sont pas corrélées de la même façon avec les actes non ordinaires (visites à domicile et actes techniquement compliqués). Dans le cas des visites à domicile les praticiens sont souvent amenés, d'une certaine manière, à «offrir» les soins (0,348 pour l'activité non lucrative et -0,14 pour l'activité sur-tarifée). *A contrario*, les actes techniquement compliqués (de petite chirurgie ou d'imagerie ionisante), sont valorisés au-delà de la fourchette définie par la convention (-0,022 dans le cas d'actes gratuits et 0,199 dans le cas d'actes avec dépassement). Le montant de dépassement par acte est négativement corrélé avec l'activité non lucrative et le coefficient de corrélation est faible (-0,025). Il semble que, sur le plan financier, dans le cas de la réalisation d'un acte gratuit, le médecin ne cherche pas à compenser la perte de revenu par la «taxation» d'autres patients.

5. LES RÉSULTATS ET LA DISCUSSION

Les outils de l'analyse statistique préliminaire ont permis d'appréhender les relations primaires entre les paramètres. Toutefois, pour accéder aux logiques comportementales et inférer les profils correspondants nous mobilisons la méthode d'analyse en composantes principales décrite dans la section 3.3. Nous réduisons l'information en un nombre de composantes limité et nous étudions le plan engendré par les axes de l'ACP qui sont un meilleur choix, du point de vue de l'inertie, des composantes des logiques comportementales.

Les quatre premiers facteurs sont largement prépondérants avec 74 % de l'inertie des nuages dans l'espace tout entier (tableau IV). Le premier facteur est dû essentiellement à trois variables (nombre de rencontre, nombre de consultations, nombre de visites) qui totalisent 85,8% de son inertie (tableau V). Le troisième facteur est dû pour une grande partie (60,3 %) à la variable qui exprime le montant de dépassement. Les facteurs correspondant à nos variables d'intérêt (l'activité non lucrative et l'activité sur-tarifée) sont respectivement le quatrième (l'activité non lucrative totalise 59,6 % de son inertie) et le deuxième¹² (l'activité sur-tarifée totalise 39,1 % de son inertie). Ils représentent 28% de l'inertie des nuages dans l'espace tout entier et le deuxième facteur est prépondérant (16,9%). Dans l'intérêt de notre analyse et afin d'interpréter les logiques comportementales, nous étudions ces deux facteurs et le plan qu'ils engendrent. Pour faciliter la lecture des résultats obtenus à l'aide de l'ACP, nous présentons leur résumé et leur synthèse sous la forme du tableau VI.

Tableau IV. Les valeurs propres et les pourcentages.

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
Valeur propre	2,625	1,355	1,036	0,895	0,835	0,781	0,452	0,0187
Pourcentage	32,8	16,9	12,9	11,2	0,10	0,09	0,05	0,002

Pour l'ensemble des indicateurs de l'activité médicale, les résultats font ressortir le premier fait remarquable : les praticiens ne forment pas une population homogène. Ils ne se situent pas dans les cas extrêmes (des petites ou des grandes valeurs pour l'ensemble des caractéristiques d'activité) et ne se trouvent pas dans la situation

¹² Nous avons eu un autre candidat pour le deuxième facteur : actes techniquement compliqués (il totalise 30,2 % de l'inertie du facteur). Mais il a été écarté, en raison de sa contribution beaucoup plus importante au sixième facteur : cette variable totalise 56,6 % de son inertie.

intermédiaire. Cette constatation forge la conviction que les variations des pratiques tarifaires volontaires ne résultent pas seulement des préférences individuelles et ne relèvent pas uniquement d'un comportement naturel, mais qu'elles peuvent être influencées par des facteurs extérieurs.

Tableau V. Les variables contributives et leurs contributions pour les quatre premiers facteurs.

Activité sur-tarifée- F2

Activité non lucrative-F4

Variables	F1	F2	F3	F4
Activité non lucrative	8,6	0,6	3,4	59,6
Activité sur-tarifée	0,001	39,1	7,2	3,5
Nombre de rencontres	<u>34,1</u>	3,3	0,001	2,2
Actes techniquement compliqués	0,4	30,2	11,7	5,3
Honoraire par acte	4,1	17,7	14,5	4,4
Montant de dépassement	0,8	6,8	<u>60,3</u>	8,4
Nombre de consultations	27,4	1,2	0,001	13,6
Nombre de visites	24,6	1,1	2,8	3,1

Nous observons, par ailleurs, qu'à niveau annuel égal d'actes gratuits, les praticiens qui effectuent beaucoup de visites se distinguent des autres par leur habitude de ne pas surtarifer leurs actes. A niveau annuel égal d'actes avec dépassement, les praticiens dont un honoraire élevé par acte résulte de la réalisation des actes techniquement compliqués (de petite chirurgie ou d'imagerie ionisante) effectuent des

actes gratuits plus souvent que leurs collègues dont un honoraire élevé par acte résulte de l'application du montant élevé de dépassement. Sur le plan des logiques comportementales, nous remarquons que la logique de marchandisation domine chez les praticiens pour qui le prix et le nombre d'actes avec dépassement servent de vecteur à la hausse du revenu. La logique de care guide les médecins effectuant beaucoup de visites. La logique d'autorégulation conduit les professionnels de santé à pratiquer les actes techniquement compliqués. Les praticiens consacrant une part de leur activité aux actes non lucratifs se trouvent du côté de la logique d'autorégulation mais s'approchent de la logique de care.

A l'examen des résultats présentés, il semble que la gratuité et le renoncement au dépassement ne sont pas propres à un profil particulier de praticien. Ainsi, le praticien, en effectuant un acte gratuit, ne cherche pas forcément à compenser sa perte financière au travers de l'application d'un montant de dépassement plus élevé. Ces résultats semblent remettre en question l'opportunisme présumé affectant le comportement de l'ensemble de la population médicale.

Tableau VI. Les logiques comportementales et les profils médicaux les plus proches selon les catégories des variables explicatives (la synthèse des résultats obtenus à l'aide de l'ACP).

(1) - les catégories des variables explicatives

(2) - les logiques comportementales

(1) \ (2)	Logique de care	Logique de marchandisation	Logique d'autorégulation	Logique d'arrangement
Mode de rémunération	secteur 1 volontaire	secteur à prix libre	secteur non conventionné et secteur 1 avec droit à dépassement permanent	secteur 1 contraint
Activité exercée	généraliste		activité particulière	
Structure d'activité	beaucoup de visites à domicile	beaucoup de consultations, de rencontres	beaucoup d'actes techniquement compliqués	
Phases d'itinéraire professionnel	1 ^{ère} phase	2 ^{ème} phase	3 ^{ème} phase	3 ^{ème} phase
Mode d'exercice			libéral partiel, libéral avec temps partiel hospitalier, exercice hospitalier avec secteur privé	libéral intégral
Honoraire		montant de dépassement très élevé	honoraire par acte élevé	

5.1 Le rôle des caractéristiques socioprofessionnelles

La relation de dualité qui lie le nuage des médecins et le nuage des caractéristiques socioprofessionnelles fait ressortir plusieurs faits remarquables (tableau VI).

La principale opposition qui segmente les médecins au sein de la population étudiée est une opposition liée au type de conventionnement. La logique de marchandisation est prédominante chez les praticiens ayant la liberté de fixer leur prix, alors que la logique de care démarque ceux qui renoncent volontairement à un prix libre. Les praticiens qui n'ont pas eu la possibilité d'accéder au libre prix de l'échange se trouvent dans le pôle de la logique d'arrangement. Leurs confrères avec type de conventionnement particulier (avec droit au dépassement permanent et sans conventionnement) sont guidés par la logique d'autorégulation. Cette polarité témoigne de la représentation différente de la médecine que se fait chaque praticien. Le mécanisme du marché (le prix) semble justifier les dépassements des médecins du secteur à tarif libre et devenir un élément de l'échange médical pour cette sous population¹³, tandis que les praticiens pratiquant volontairement le tarif conventionnel cherchent à affranchir la médecine des questions pécuniaires. Ils multiplient les actes non lucratifs et respectent les tarifs conventionnés. En revanche, leurs confrères sans libre accès au secteur de prix variables adoptent un comportement particulier, où ils se plient à la règle de la tarification imposée mais refusent de pratiquer des soins non tarifés. Il est remarquable que la logique d'autorégulation soit valorisée au sein d'une population médicale particulière, qui n'est pas conventionnée ou qui appartient au secteur à tarif imposé avec droit à dépassement permanent. Cela renforce l'idée que le libéralisme, qui préside à la logique d'autorégulation, perd du terrain dans le champ des secteurs tarifaires et qu'à l'avenir, il ne guidera plus vraiment les choix tarifaires volontaires des praticiens, puisque ces deux profils médicaux sont en « voie de disparition ».

Le développement de compétences particulières ouvre la porte à l'application de dépassements. Cette attitude rapproche les médecins enquêtés, quasi-spécialistes, de

¹³ Cela confirme l'idée que l'inscription au secteur 2 n'est pas accidentelle, mais qu'elle est une représentation bien particulière de l'activité médicale résultant d'une démarche intellectuelle.

leurs confrères spécialistes et les éloigne des confrères généralistes. Cependant, avec les pratiques non payantes, les omnipraticiens spécialisés et les généralistes se ressemblent de manière significative. Nous constatons alors, qu'une logique de care est valorisée chez les généralistes et qu'une logique d'autorégulation est prégnante chez les praticiens ayant des compétences particulières.

Le mode d'exercice libéral influence également les représentations des logiques comportementales. Les praticiens à exercice mixte pratiquent une justice sociale au niveau du cabinet médical, tandis que les libéraux, consacrant toute leur énergie productive à l'exercice en cabinet, se conforment aux tarifs conventionnés. Ils préfèrent se limiter aux prix qui ne sortent pas de la norme juridique. Il semble que les praticiens libéraux en exercice hospitalier à temps plein avec secteur privé forment un groupe particulier de soignants sur le marché des soins ambulatoires. Leur logique comportementale est plutôt d'autorégulation.

Enfin, il s'avère que l'appartenance au sexe masculin ou féminin ne joue pas de rôle décisif dans les choix tarifaires volontaires. Nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse d'égalité des coordonnées des barycentres ni l'hypothèse de nullité de la coordonnée.

5.2 Les logiques comportementales sont différentes selon les phases d'itinéraire professionnel

Sur le plan des phases d'itinéraire professionnel, les différents profils de logiques sont valorisés à chaque étape du déroulement de la carrière médicale (tableau VI). Au début du parcours médical, les praticiens sont très engagés dans l'échange médical révélant une médecine pure et dégagee des considérations économiques. La logique de care est prédominante pendant les 9 premières années de la carrière médicale. Puis, la deuxième phase d'itinéraire professionnel, allant de 10 à 25 ans d'expériences, est marquée par l'attraction marchande. A la fin de leur carrière, après 25 ans d'exercice, les praticiens contrebalancent la logique de marchandisation par un engagement d'autorégulation qui est fortement lié à la logique de care (le point n'est pas significativement différent de l'origine du facteur de dépassement). D'une certaine manière, au fil des années, les praticiens résolvent une sorte d'équation des changements du rapport « actes gratuits/actes avec dépassement ». Cette équation est

construite à partir des visions et des interprétations qu'ils font de leur trajectoire passée et de l'avenir, de la vision de leur métier et de leur environnement global. Il semble qu'en sortant de l'école de médecine, le praticien est porteur de savoir-faire et plutôt animé de dispositions morales. Il s'interdit les dépassements et multiple les actes non lucratifs. Puis, en acquérant une meilleure connaissance de l'environnement et des conditions d'exercice, il révisé sa vision de la médecine légitime et se place dans le champ d'une autre logique.

Par ailleurs, nous ajoutons que, pour l'ensemble des interprétations possibles des motivations des praticiens (la formation de la patientèle, être en conformité avec le comportement de confrères...), la lecture des résultats doit se faire avec prudence. Il faut garder à l'esprit que les effets du mode de conventionnement ne sont pas contrôlés.

Pour autant, le résultat significatif, qui peut être dégagé de l'ensemble des résultats, suggère que l'évolution dynamique du nombre d'actes gratuits dépend de l'ancienneté professionnelle du médecin. En outre, il semble que la logique marchande et, par conséquent, l'opportunisme peuvent avoir un caractère réactif.

5.3 L'historique des principales logiques comportementales

Nous construisons un historique des principales logiques comportementales des médecins libéraux pour dégager les effets des politiques publiques sur les pratiques tarifaires volontaires (graphique 1). Nous présentons aussi deux graphiques (graphiques 2 et 3) issus des résultats obtenus en régressant les variables d'intérêt (le nombre d'actes avec dépassement et le nombre d'actes gratuits) sur les dummies temporelles.

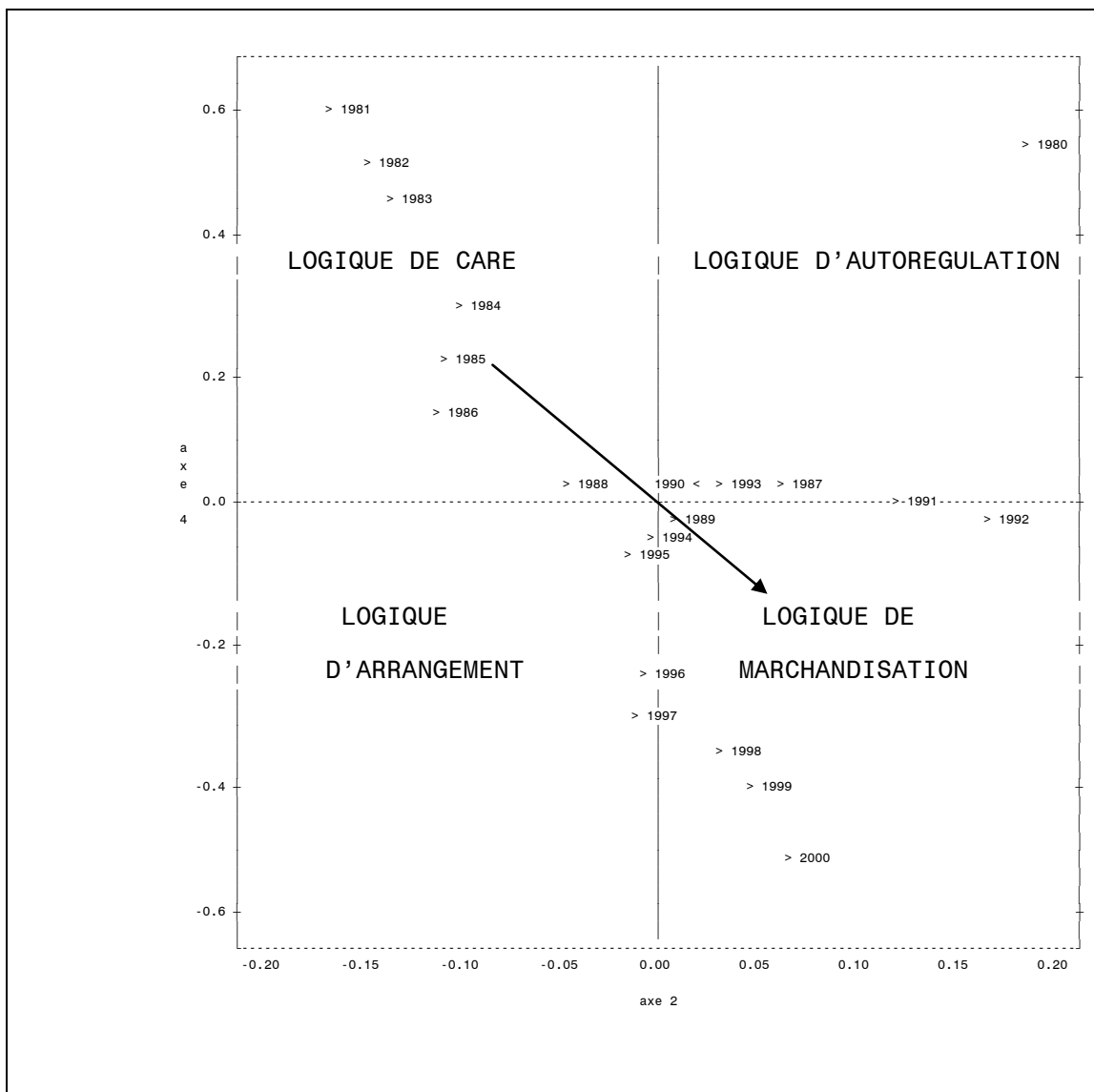
Le premier fait frappant concerne le lien de causalité évident entre le trend temporel et l'évolution des profils de logiques. Nous observons un parcours d'engagement des praticiens qui débute dans le champ de la logique d'autorégulation et aboutit sur le terrain de la logique marchande.

Pour les années 1987-1993 l'hypothèse de nullité de la coordonnée d'axe vertical n'est pas rejetée. Pour les années 1989,1994 l'hypothèse de nullité de la coordonnée d'axe horizontal n'est pas rejetée. Cependant, à niveau annuel égal d'actes gratuits, les années 1980, 1987,1990-1993,1998-2000 se caractérisent par l'augmentation de l'activité sur-tarifée. La hausse du nombre d'actes avec dépassement

en 1990 semble refléter la réaction des praticiens aux tentatives d'encadrement du secteur 2 par l'Etat. A niveau annuel égal d'actes avec dépassement, à partir du milieu des années 90, les années sont marquées par une baisse importante de l'activité non lucrative. Nous pouvons noter que la logique de marchandisation est prédominante pendant ces années.

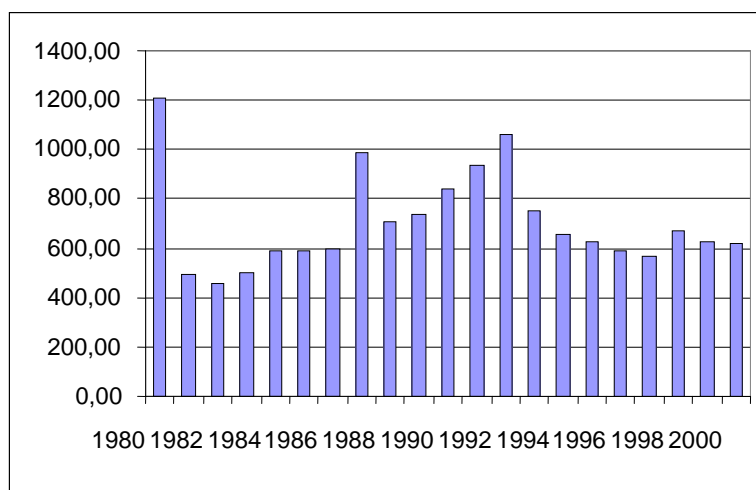
Graphique 5.1. L'historique des représentations de logiques comportementales.

Axe horizontal : activité sur-tarifée (axe 2)
 Axe vertical : activité non lucrative (axe 4)

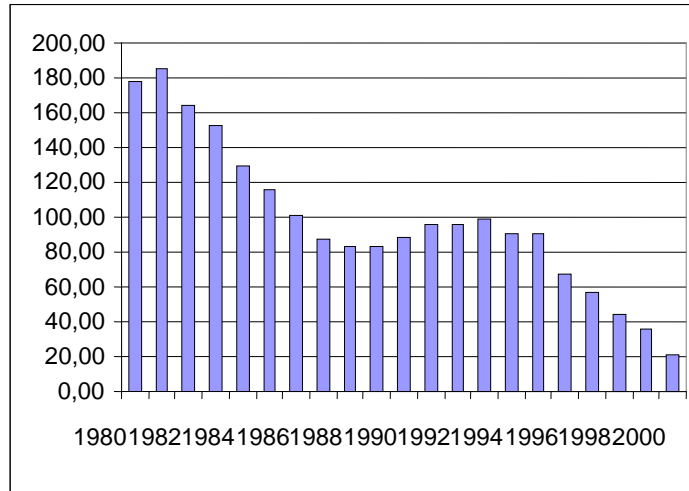


La polarité entre les années où les mesures politiques ont visé plutôt la demande (1981-1986) et les années qui se caractérisent par les instruments publics cherchant à encadrer l'offre de soins (fin des années quatre-vingt-dix) est particulièrement saillante. Dès que l'Etat a mis en œuvre des politiques de santé qui touchent financièrement les patients réels comme potentiels (l'augmentation du ticket modérateur, la hausse du prélèvement obligatoire,...), les professionnels de santé, dans le cas d'attribution d'actes avec dépassement, se comportent, d'une certaine manière, comme des agents sociaux dotés d'un effet correctif. Ils stabilisent quasiment la part d'activité sur-tarifée dans l'activité agrégée. Ce comportement est manifeste lors de l'ouverture du secteur à tarif libre dans les années quatre-vingt, légitimant une activité sur-tarifée. En revanche, dès que les mesures politiques touchent la liberté d'exercice médical, les praticiens « boudent » l'environnement législatif à travers des réactions contestataires exprimées sous la forme de pratiques tarifaires différentes. Les actes deviennent payants et même sur-tarifés.

Graphique 2. L'estimation d'actes avec dépassement par les MCO (tous les coefficients obtenus sont significatifs au seuil de 1%).



Graphique 3. L'estimation d'actes gratuits par les MCO (tous les coefficients obtenus sont significatifs au seuil de 1%).



Par ailleurs, l'ouverture de la CMUC, qui, en principe, annonce la fin de l'activité non lucrative si la gratuité est allouée selon le type de la patientèle, n'a pas en pratique contribué à une baisse importante de cette dernière. De fait, la gratuité n'est pas toujours corrélée positivement avec la situation économique du patient. De plus, l'année de l'ouverture de la CMUC est marquée par le niveau élevé d'actes avec dépassement. Cela peut résulter d'une propagation du comportement de marchandisation au sein de la population médicale. En effet, selon l'hypothèse classique de maximisation du revenu et celle où la distribution d'actes gratuits est guidée par des critères socio-économiques de la patientèle, le praticien augmente le nombre d'actes avec dépassement dans son activité pour compenser la perte financière liée à l'attribution d'actes gratuits (ces derniers augmentent son niveau d'utilité au regard de la composante éthique). L'élargissement de la couverture médicale des patients démunis protège le professionnel de santé de la perte monétaire liée à l'activité non lucrative et augmente sa rente financière (à niveau de dépassement égal). De ce fait, les pratiques tarifaires volontaires de l'année 2000, année d'ouverture de la CMUC, doivent s'approcher du champ de la logique d'autorégulation (étant donné la prédominance quantitative des médecins du secteur à tarif conventionné). Or, la logique de marchandisation est davantage valorisée cette année-là. De plus, il s'avère que ce type de comportement perdure sur la période

postérieure à notre étude. Desprès, Naiditch (2006) notamment montrent que certains professionnels refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMUC pour privilégier des logiques de dépassement.

Les résultats obtenus dans cette partie conforte la thèse de la réaction comportementale des médecins à la politique publique. Ceci dit, la preuve empirique de cette hypothèse nécessite une analyse particulière approfondie que nous menons dans une étude ultérieure.

6. CONCLUSION

Dans cet article, nous avons cherché à apporter des éléments de compréhension du comportement économique du médecin en nous appuyant sur les pratiques tarifaires volontaires¹⁴, en les considérant comme un moyen d'accéder aux motivations économiques du médecin et d'appréhender la façon dont les professionnels de santé conçoivent l'activité médicale légitime. Une étude à l'aide de données longitudinales a permis de contrôler le changement de cette conception au fil des années. Grâce à la méthode d'analyse en composantes principales nous avons décrit les pratiques des médecins selon leurs logiques comportementales.

Les résultats obtenus indiquent que les praticiens ne forment pas une population homogène. Ils remettent également en question le postulat de l'opportunisme généralisé des médecins. Ainsi, le médecin peut avoir une définition de son activité qui ne correspond pas en tous points à celle de l'Etat. Ce différend peut contribuer à l'inefficacité de mesures politiques uniformes.

En outre, l'étude suggère que la distribution d'actes gratuits ne relève pas forcément d'une primauté de critères socio-économiques de la patientèle. Elle contribue également à l'idée que les pratiques tarifaires volontaires puissent être influencées par des mesures politiques. Par exemple, il semble que l'extinction programmée du secteur 2 a échoué sur la propagation des dépassements d'honoraires au-delà du secteur concerné. Elle a conduit les praticiens à revendiquer la rémunération de tâches auparavant gratuites et à pratiquer des dépassements d'honoraires dès que possible

¹⁴ Les dépassements (tarif élevé) et les actes gratuits (tarif nul).

(effet de la transformation marchande de structure d'activité médicale). Les médecins du secteur à tarif imposé n'ayant jamais eu la possibilité d'accéder au secteur 2 sont les plus touchés par cette « marchandisation » d'actes. Ce résultat va de pair avec les résultats de Batifoulier, Protopopescu, Ventelou (2007). Ces pratiques renforcent l'idée que l'apparition du comportement de marchandisation (la transformation de la part gratuite en part payante, l'augmentation du niveau d'activité sur-tarifée) peut résulter de la diffusion d'une conception marchande de la régulation économique du système de santé qui favorise une nouvelle légitimité des acteurs puisque les médecins de secteur 1 sont les plus touchés par les régulations.

Au vu des résultats obtenus par l'examen des pratiques tarifaires volontaires de médecins libéraux français, il semble que les comportements des médecins soient affectés par la « marchandisation », c'est-à-dire une modification des représentations de l'ensemble des médecins dans un sens davantage marchand. Par conséquent, la ligne comportementale marchande devient dominante au sein de la population médicale. Ce résultat va de pair avec l'existence d'un effet de marchandisation de la structure interne de l'activité du médecin (Lievaut, Batifoulier (2011)) et est cohérent avec l'idée d'une médecine libérale de plus en plus dominée par une culture marchande (Bloche (2001), Hartzband, Groopman (2009)). La modification marchande des représentations médicales peut être reliée à l'accroissement des incitations extrinsèques (Frey (1997), Bénabou, Tirole (2003), Gené-Badia et al (2007), McDonald et al (2007), Frolich et al (2007)), la conséquence d'un environnement de politique économique dominé par les considérations financières (Batifoulier, Gadreau, Lievaut (2009), Lievaut, Batifoulier, Gannon (2008), Lievaut (2010)).

BIBLIOGRAPHIE

Aballea P., Bartoli F., Eslous L., Yeni I. (2007), Les dépassements d'honoraires médicaux, *Rapport IGAS*, n° RM 2007-054P, avril, 164 p.

CNAM (2003), Des tendances de fond aux mouvements de court terme, *Point de conjoncture*, n°11, mars. Batifoulier P., Gadreau M., Lievaut J. (2009), La décision tarifaire : des actes gratuits aux actes chers. Les effets pervers de la politique publique, *Journal d'économie médicale*, Vol.27, n°4, pp. 222-233.

Batifoulier P., Lievaut J. (2008), Des secteurs tarifaires aux représentations de l'activité médicale. La diffusion de la marchandisation par les prix, *La gouvernance de l'assurance maladie : l'orientation marchande et ses paradoxes*/ed. par P. Batifoulier, M. Gadreau et I. Vacarie, Rapport final pour la Mire-DREES, pp.153-166.

Batifoulier P., Protopopescu C., Ventelou B. (2007), Dépenses de santé et paradoxe de politique économique, *Revue sociologie santé*, vol. 25, pp. 77-101.

Benabou R., Tirole, J. (2003), Intrinsic and Extrinsic Motivation, *Review of Economic Studies*, vol. 70, n°3, pp. 489-520.

Bloche M. (2001), The market for medical ethics, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 26, n°5, pp. 1099-112.

Desprès C., Naiditch M. (2006), *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture maladie universelle. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne*, Paris, Ministère de la Santé -Fonds CMU.

Escofier B., Pagès J. (2008), *Analyses factorielles simples et multiples*, Dunod, Paris, 4 éd.

Frey B. (1997), *Not just for the money : an economic theory of personal motivation*, Cheltenham, Edward Elgar,UK.

Gené-Badia J., Escaramis-Badiano G., Sans-Morales M., Sampietro-Colom L., Aguado-Menguy F., Cabezas-Pena C., Gallo de Puelles P. (2007), Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care, *Health Policy*, 80, pp.2-10.

Hartzband P., Groopman J. (2009), Money and the Changing Culture of Medicine, *New England Journal of Medicine*, 360, pp. 101-03.

Lievaut J. (2010), *Le « maillon faible » de la régulation des dépenses de santé en France : les comportements inattendus des médecins libéraux. Quatre approches microéconométriques longitudinales*, thèse pour le doctorat de sciences économiques, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 233 p.

Lievaut J., Batifoulier P. (2011), La transformation des actes gratuits en actes payants en médecine libérale. Une étude micro-économétrique longitudinale, *EconomiX Working Papers*, No 2011-12

Lievaut J., Batifoulier P., Gannon F. (2008), Actes gratuits et comportement du médecin. Une étude empirique, *Actualité de l'économie sociale*/ed. par J.-P. Domin, M. Maric, S. Delabuyere et C. Hédouin. L'Harmattan, pp. 193-205.

McDonald R., Harrison S., Checkland K., Campbell S., Roland M. (2007), Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study, *British Medical Journal*, 334, pp. 1357-59.

Ricoeur P. (1996), Le trois niveaux du jugement médical, *Esprit*, décembre, pp. 21-33.