

**Portage des réformes
par les Délégués de l'Assurance Maladie :
mécanisme de surveillance versus mécanisme incitatif au sens moral¹**

Youssef Mahyaoui
Directeur de Recherche : Mehrdad Vahabi
Université Amiens Jules Verne
Laboratoire CRESAII
Année 2008-2009

Summary :

Because of growing health expenses, French authorities were brought to implement several reforms in this area, such as a 2004 act, which has promoted various mechanisms aimed at a medically oriented control on health expenses. In particular, “proper medical practices” were introduced and integrated in the national medical agreement signed by physician organizations and social security institutions (Health Insurance). Therefore, social security institutions are allowed to act directly on physician behaviour, through a new category of agents, “social security delegates”.

In this work, we will examine this new profession as a mechanism of coordination of the relation between physicians and social security institutions. This analysis, based on complete and incomplete contract theories, verifies whether, through social security delegates, social security institutions can have an influence on physician behaviour, and, in this eventuality, up to what point.

This analysis of the relation physicians/social security institutions reveals that reforms in the field of health expenses must take into account intrinsic characteristics of medical decision and specific arbitration institutions. Efficiency of social security delegates - which generate important transaction costs – as an incentive mechanism in the moral sense, is hard to prove because of the external effects interfering in this relation. Nevertheless, these agents contribute social security institutions to maintain a durable relation with physicians : this is positive especially in view of reforms to come. This work intends to lead to new studies on the mechanisms of coordination between physicians and social security institutions.

Résumé :

Les dépenses de santé ont conduit les pouvoirs publics français à mettre en place différentes réformes. Ainsi, l'une des plus récentes, la loi du 13 août 2004 comporte un dispositif novateur portant notamment sur des actions ayant pour but la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Parmi ces actions figure la promotion des bonnes pratiques médicales à travers des « thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé », qui sont intégrées dans la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Ce dispositif permet aux caisses d'assurance maladie d'intervenir directement sur les comportements des médecins. Cette mission est confiée aux « Délégués de l'Assurance maladie » (DAM). L'objet de cet article est d'appréhender ce nouveau métier comme mode de coordination, à travers la relation assurance maladie/médecins en mobilisant les théories des contrats complets et incomplets. Il s'agit de vérifier si les caisses d'assurance maladie peuvent influencer sur les comportements des médecins par l'intermédiaire des DAM et quel est leur degré d'influence.

1 Je remercie chaleureusement Mehrdad Vahabi pour ses conseils techniques et son aide précieuse

Une analyse de la relation assurance maladie/médecin nous conduit à défendre l'idée selon laquelle les réformes relatives à la maîtrise des dépenses de santé devraient prendre en compte les caractéristiques intrinsèques à la décision médicale et aux institutions d'arbitrage. L'efficacité des DAM, qui génèrent des coûts de transaction importants, en tant qu'outil incitatif au sens moral est difficilement démontrable à cause des effets externes qui interfèrent dans la relation DAM/médecins. Toutefois, ces agents permettent aux caisses de maintenir avec les médecins une relation stable dont la portée est positive notamment dans la perspective de futures réformes. Ce travail s'inscrit dans le prolongement de ceux engagés par l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS) et ouvre la voie à de nouvelles recherches sur les modes de coordination entre les médecins et les caisses d'assurance maladie.

Introduction :

Face à une forte augmentation chronique des dépenses de santé, les pouvoirs publics ont élaboré plusieurs réformes touchant tant aux offreurs qu'aux demandeurs de soins. La réforme issue de la loi du 13 août 2004 marque un grand tournant dans l'histoire de ces réformes. Ce texte réhabilite la notion de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et renforce le rôle des caisses d'assurance maladie dans la « régulation » des dépenses. Il faut relever que ce texte impose des règles aux demandeurs de soins en instaurant notamment le dispositif du « médecin traitant », une sanction financière - sous forme d'une minoration de taux de prise en charge des soins par l'assurance maladie - à l'encontre des patients qui consultent directement un médecin spécialiste (hors parcours de soins) ainsi qu'une participation financière de 1 euro par acte à hauteur de 50 euros par an. De plus, ils doivent s'acquitter d'un ticket modérateur de 18 euros pour les actes médicaux techniques dont le montant est supérieur ou égal à 91 euros. Toutefois, cette réforme attribue une place centrale à la maîtrise des dépenses de santé à travers des actions visant les comportements des médecins libéraux et hospitaliers. Ce qui renforce le rôle des caisses d'assurance maladie dans la maîtrise des dépenses de santé.

Dans ce travail, nous allons nous concentrer sur les mécanismes de coordination mis en place par ces caisses afin d'influer sur les comportements des prescripteurs libéraux et hospitaliers. Il est important de préciser que les médecins hospitaliers (sauf ceux qui ont une activité libérale) n'ont pas de relation directe et formelle avec les caisses, contrairement aux médecins libéraux conventionnés. La convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes détermine, en tant que contrat, les droits et obligations des parties (médecins et caisses d'assurance maladie). Selon l'article L 162-14-1, elle a notamment pour objet de définir :

- les accords conventionnels portant sur certaines pathologies et leurs traitements,
- les référentiels de bonnes pratiques, les honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés en dehors des cas de dépassements autorisés,
- le fonctionnement des commissions paritaires départementales (CPL), régionales (CPR) et nationale (CPN),
- les engagements des parties en termes d'évolution des dépenses ainsi que les modalités de leur respect,
- les programmes favorisant une meilleure répartition de l'installation des médecins,
- les modalités de participation des caisses au financement des cotisations sociales des médecins,
- l'organisation de l'offre et des conditions d'accès aux soins.....

Parmi les dispositions de cette convention, nous trouvons également les conditions de choix, de mise en place et de suivi des thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le choix de ces thèmes est arrêté périodiquement par les partenaires conventionnels (représentants des caisses d'assurance maladie et des médecins). En 2005, ces derniers ont sélectionné six thèmes portant sur des dépenses à fort potentiel économique et qui sont : les prescriptions, des antibiotiques, des indemnités journalières, des statines, des inhibiteurs de la pompe à proton et des anxiolytiques et hypnotiques, ainsi que l'utilisation de l'ordonnancier bizona².

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) définit, pour chaque circonscription de Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), un objectif quantifié pour chaque thème. Chaque médecin généraliste et spécialiste doit atteindre un objectif quantifié annuel, qui correspond à une moyenne départementale. Les médecins sont tenus de respecter les objectifs relatifs à chaque thème, car ces derniers sont inscrits dans la convention et revêtent ainsi un caractère obligatoire. Leur non respect peut entraîner des sanctions. Le choix des thèmes est évolutif et s'adapte aux impératifs économiques et dans une certaine mesure, au degré d'adhésion des prescripteurs à ce nouveau dispositif. En 2007, les partenaires conventionnels ont rajouté le thème de la prescription du transport sanitaire et des lits médicalisés.

Le rôle des CPAM consiste à suivre et à surveiller le comportement individuel des médecins, c'est-à-dire qu'elles mesurent le degré de leur engagement par rapport à l'objectif fixé pour chaque thème. Pour ce faire, elles disposent d'informations quantifiées relatives à la production de soins par chaque médecin libéral (profil : nombres de boîtes prescrites et délivrées, montants des médicaments prescrits, nombre de jours d'indemnités journalières prescrits,...). Quant aux prescriptions rédigées par les médecins hospitaliers et délivrées par les pharmacies de ville, elles font l'objet d'un suivi de données agréées par établissement hospitalier et par type de prescriptions et/ou de produits délivrés.

Pour informer les médecins sur ce nouveau dispositif qu'est la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et pour les inciter à modifier leur comportement en matière de production de soins, les CPAM disposent de personnels qualifiés nommés les Délégués de l'Assurance Maladie, d'une instance représentative d'arbitrage, la CPL³, et de médecins conseils rattachés aux services médicaux⁴. Le métier de DAM est novateur, il a été créé par les premières CPAM dans les années 1997/1998 et généralisé à l'ensemble des caisses à partir de 2004/2005. Les DAM rencontrent régulièrement - en moyenne 4 à 5 fois par an -, sur rendez-vous, les médecins, afin de leur présenter les informations relatives à leur comportement en matière de production de soins en comparaison avec celles des autres médecins d'un même département. Les visites des DAM aux médecins ne sont pas obligatoires et les médecins

2 L'ordonnancier bizona est destiné à la prescription d'actes et/ou de produits de santé en faveur de personnes atteintes d'affection de longue durée. Les produits et/ou actes prescrits dans la partie haute de cet ordonnancier donnent lieu à une prise en charge à 100% par l'assurance maladie, et ceux prescrits dans la partie basse sont pris en charge au taux « normal ».

3 Cette instance est composée de représentants locaux des médecins, du directeur de la CPAM, du service médical, des représentants des assurés (conseillers), des conseillers techniques pour chaque section de cette instance.... Les conditions de fonctionnement de cette instance sont mentionnées dans la convention : elle veille au respect des dispositions conventionnelles et réglementaires, règle les litiges entre médecins et caisses....

4 Les services médicaux sont des structures autonomes et indépendantes des caisses. Mais ils viennent en appui aux caisses pour le traitement des dossiers de litiges et la mise en place de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Ils sont également chargés d'instruire les demandes de protocoles de soins, le contrôle des médecins, le contrôle des assurés sociaux, le contrôle des établissements médico-sociaux et sanitaires...

peuvent les refuser. Lors de leurs entretiens avec les médecins, les DAM leur présentent des statistiques départementales relatives à la production des soins dans le cadre des thèmes de maîtrises médicalisées des dépenses de santé. Si le médecin visité a un comportement déviant, c'est-à-dire s'il s'éloigne de l'objectif départemental, le DAM l'incite à faire des efforts. Les DAM sont généralement recrutés en interne des CPAM et peu de DAM ont été engagés par voie externe. Ils ont exercé différents métiers dans les CPAM et ne disposent pas de connaissances scientifiques et médicales approfondies. Ils exercent leur activité au sein des caisses, soit dans des services autonomes, soit au sein des services de « *Relations avec les Professionnels de Santé* ». Avec l'introduction des mécanismes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé au sein des établissements de santé et à cause de la diversité des thèmes de maîtrises médicalisées des dépenses de santé, les CPAM ont procédé à une spécialisation des DAM : DAM hospitalier, DAM médecin libéral et DAM par thèmes.

Le métier du DAM a connu des évolutions importantes avec la mise en oeuvre de la réforme de 2004. Lors de la création de ce nouveau métier par les CPAM pionnières, le rôle des DAM consistait à informer les professionnels de santé sur la réglementation et les conventions, ils les incitaient également à s'équiper du matériel de télétransmission des feuilles de soins « *système SESAM VITALE* ». Avec la déclinaison du suivi de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par la CNAMTS à l'échelle départementale, le rôle des DAM a encore évolué. En effet, le discours des DAM se médicalise et nécessite de plus en plus de connaissances techniques scientifiques et de communication. Ce changement du métier des DAM va entraîner une modification radicale dans les relations médecins/DAM. Ces derniers exercent un nouveau rôle, c'est-à-dire inciter les médecins à prescrire plus de génériques, à respecter le remplissage de l'ordonnancier bizona, à prescrire moins d'indemnités journalières... Nous allons ainsi étudier cette nouvelle relation dans un cadre conventionnel – qui lie les caisses d'assurance maladie aux médecins - et vérifier si l'action des DAM a réussi ou non à influencer sur les comportements des médecins. Pour ce faire, nous allons mobiliser principalement la théorie des contrats complets et la théorie des contrats incomplets, car la relation de coordination entre caisses et médecins est formalisée par la convention nationale des médecins : il s'agit d'une relation contractuelle.

A ce jour, la relation entre les médecins et les DAM a fait l'objet d'une seule étude réalisée par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sanitaires) à la demande de la HAS (Haute Autorité de Santé) en 2007. Notre étude vise à analyser l'objet et la nature de la relation entre les DAM et les médecins ainsi que l'impact de l'action des DAM sur les comportements de ces derniers dans un cadre contractuel. Toutefois, l'originalité de ce travail est d'analyser la relation assurance maladie/médecins dans un cadre plus large que le contrat. Il était nécessaire de prendre en compte les facteurs exogènes aux engagements des médecins, tels que la spécificité du bien soin, qui se situe dans une dimension d'incertitude : relation médecin/patient, degré d'efficacité du traitement, et maladie en tant qu'externalité négative *non marchande* (Arrow, [1963]). En effet, tous les biens n'ont pas les mêmes caractéristiques, ni les mêmes attributs. Les produits de santé et la maladie sont deux concepts dont l'appréhension est complexe. La maladie est une externalité négative - elle induit un coût social - et elle est imprévisible. Quant au soin, il est caractérisé par l'existence d'une asymétrie d'information entre offreur et demandeur, et l'incertitude. La maladie est alors non *marchandable*, elle ne peut faire l'objet d'un marché, ce qui est considéré comme un échec du marché (Arrow, [1963]), il s'agit d'une forme de défaillance (*failure*) du marché. Les caractéristiques de la maladie, de son imprévisibilité et de son coût justifient la mise en place d'assurances collectives ou publiques.

Pour appréhender la relation d'agence assurance maladie/médecins, nous allons d'abord définir la nature de la convention (1), avant de lui appliquer les notions de complétude et d'incomplétude des contrats (2). Ensuite, nous évoquerons l'objet des visites des DAM (Délégués d'Assurance Maladie) chargés d'accompagner la réforme du 13 août 2004 mettant en place des thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé (3). Dans ce cadre, nous examinerons comment la décision médicale s'imbrique dans la relation d'agence (4) : les mécanismes incitatifs traditionnels ne peuvent pas jouer pleinement leur rôle du fait de cette spécificité (5). Dans ce travail, nous allons examiner l'intervention des DAM et les problèmes qu'elle pose tant à sa nature qu'aux coûts de transaction qu'elle induit (6).

1. Relation assurance maladie / médecins : une relation contractuelle

En France, pour assurer les personnes contre le risque maladie, l'Etat a mis en place un système assurantiel généralisé, qui porte le nom d'«assurance maladie» (ordonnance de 1945). Ce système est piloté par des caisses de la manière suivante pour le régime général des travailleurs salariés : une caisse nationale (CNAMTS), des CPAM à l'échelle départementale et des Unions de caisses à l'échelle régionale (URCAM). Les missions principales des CPAM sont le paiement des prestations, le contrôle ainsi que la participation aux actions de maîtrise des dépenses de santé. Les prestations prises en charge par les CPAM sont les prestations en nature et les prestations en espèces. Pour bénéficier d'une prise en charge de ces prestations, il faut qu'elles fassent l'objet d'une prescription médicale et que le médecin prescripteur ait adhéré – d'une manière libre - à la convention nationale des médecins. La relation entre les médecins et les caisses d'assurance maladie est formalisée par la convention nationale dont la durée de validité est de 5 ans. Ce texte a pour objectif de définir les obligations respectives des caisses et des médecins. En France, plus de 90% des médecins ayant une activité libérale sont conventionnés. Cette convention a été signée par les caisses d'assurance maladie⁵ et les représentants des médecins généralistes et spécialistes (Journal officiel, 12 janvier 2005). Les médecins ayant adhéré à cette convention sont des médecins conventionnés secteur 1 (qui doivent respecter les tarifs opposables) ou secteur 2 (qui peuvent pratiquer le dépassement d'honoraires avec tact et mesure). Cet accord formalisé a également pour rôle d'atténuer l'asymétrie d'information entre ces deux parties, car celle-ci peut être source d'inefficience économique (Arrow, [1963]). Si cet auteur a souligné le rôle de « l'éthique médicale » dans la prise en charge des patients et la coordination des soins, il n'en demeure pas moins qu'il est difficile d'affirmer que l'éthique médicale participe d'une manière efficace à réguler le niveau des dépenses de santé. La gestion des ressources du système assurantiel occupe une place centrale dans l'organisation de tout système de santé. La maîtrise des dépenses de santé se heurte aux notions d'éthique et du bien être social. Comment concilier l'éthique médicale et la recherche d'économies ? Les médecins ont comme objectif prioritaire de soigner leurs patients en fonction des techniques médicales disponibles. Selon l'article R. 4127-8 du code de la santé publique : « *Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance (...) limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins* ».

La convention est de nature particulière. Elle est signée par l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) - personne morale de droit public -, et les représentants des médecins généralistes et des médecins spécialistes - personnes morales de droit privé. Comment peut-on qualifier ce type de contrat ? Pour déterminer la nature juridique d'un

5 Il s'agit des directeurs des caisses nationales d'assurance maladie du régime général, du régime agricole et du régime social des indépendants.

contrat, plusieurs approches existent : objet du contrat, statut des cocontractants ou mode de gestion de conflits. Le non-respect de la convention fait l'objet d'un arbitrage par l'instance conventionnelle locale (CPL), les instances ordinales, et, en recours, le Conseil d'Etat. Ce mode de gestion des conflits laisse supposer que la convention est de nature réglementaire. En revanche quand le conflit porte sur des affaires de droit commun (fraude, acte fictif, mise en danger d'autrui...), il est porté devant des instances et juridictions de droit privé. Dans ce cas, la convention n'a pas de caractère administratif.

La convention des médecins généralistes et des médecins spécialistes apparaît ainsi comme un contrat dont la nature est difficile à définir d'une manière catégorique. Toutefois, vu l'objet de ce contrat, qui porte sur des ressources dont la gestion fait intervenir l'Etat, nous pouvons soutenir l'idée que la convention est un contrat de droit privé obéissant à des règles de droit public liées à son caractère réglementaire. En outre, l'appréhension de la convention des médecins renvoie aux conditions de son respect par les médecins. Or, plusieurs faits tels que la complexité de la relation caisse/médecins, la nature du bien soin, l'inexactitude du savoir médical et l'obligation de moyens montrent que le respect absolu des dispositions de la convention peut poser des problèmes d'ordre éthique. Et les objectifs recherchés par le médecin peuvent se heurter à des critères d'efficacité en terme de coût et de quantité de soins imposés par les caisses d'assurance maladie à travers les thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Actuellement les médecins disposent d'une liberté de prescription – sauf pour certains médicaments⁶ -. Dans une situation où la liberté des médecins est encadrée soit par les caisses d'assurance maladie soit par des organismes privés d'assurance maladie (tels que les HMO (Health Medical Organization), ces derniers doivent effectuer un arbitrage en matière de coûts entre les examens paramédicaux⁷ et les traitements. Ainsi, dans ce dernier cas, l'exercice de la médecine renvoie à la relation entre moyens (coût) et éthique médicale. En l'état actuel des choses, il apparaît difficile de croire que les médecins accepteraient que les organismes assurantiels leur imposent des règles de bonnes pratiques relatives à l'exercice de la médecine.

A travers cette analyse, nous avons montré la complexité de la convention des médecins et la difficulté de la faire respecter par les médecins. De plus, la nature de la maladie pose des limites quant à l'influence des mécanismes incitatifs (explicites, implicites et moraux) sur le comportement des médecins. Le médecin n'a pas pour objectif premier d'augmenter sa rémunération. Dès lors, toute réforme ayant pour objet la recherche de mécanismes incitatifs devrait prendre en compte d'une part l'attachement des médecins à la notion des règles absolues (« bien soigner») et des règles relatives (« se comparer à ses confrères ») propres aux soins, et d'autre part la recherche de la qualité par les assurés sociaux et les limites des incitations financières (Cooper & Reibitzer, [2006]). Il s'agit de rechercher les conditions d'équilibre en conciliant ces paramètres avec les contraintes financières, d'où l'intérêt d'étudier le caractère de complétude et d'incomplétude de la convention et les comportements des deux parties contractantes, assurance maladie/médecins.

6 Il s'agit des médicaments devant faire l'objet d'une prescription initiale par un médecin hospitalier et des médicaments ne pouvant être prescrits que par des médecins spécialistes.

7 Il s'agit des examens de biologie, de radiologie...

2. La convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et les notions de complétude et d'incomplétude

Les dispositions de la convention portent sur plusieurs paramètres dont les principaux sont le suivi des dépenses de santé, les procédures de sanction, la permanence des soins, la maîtrise des dépenses de santé et les tarifs. Il s'agit d'une convention complexe et évolutive, composée d'un ensemble de textes (avenants⁸ et code de déontologie médicale). L'approche du contrat en tant qu'outil de coordination nécessite une analyse juridique et économique. Du point de vue juridique - approche positiviste -, les questions primordiales que pose le contrat sont sa qualification, sa nature, son objet, les obligations qu'il définit, ses modalités d'exécution techniques et financières ainsi que les conditions relatives à la résolution du conflit. La complétude du contrat pour le juriste est recherchée *ex ante* et son incomplétude est constatée *ex post*. Pour le juriste, les termes de complétude et d'incomplétude ne sont pas des catégories juridiques pertinentes pour classer les contrats (Kyriat, [2003]). Si la théorie juridique du contrat ignore traditionnellement les coûts de négociation comme faisant partie des coûts de transaction, elle ne sous-estime pas pour autant l'importance de la répartition de l'information entre les parties, « *Il est bien certain qu'il y a dol au sens de l'article 1116 du Code civil, là où sont constituées des manœuvres au sens de l'article 405 du code pénal, c'est-à-dire une machination, une mise en scène, matérialisant la tromperie. Mais le simple mensonge, non appuyé d'actes extérieurs, peut constituer un dol...* » (Carbonnier, [1985]). Les cocontractants ont l'obligation de révéler l'information dont ils disposent *ex ante*, sous peine de sanctions.

Si l'approche juridique attribue une place centrale aux processus de négociation, de rédaction du contrat et à l'influence de l'environnement institutionnel (loi, juge, jurisprudence..), l'approche économique offre un cadre d'analyse du contrat plus large. L'économie des contrats a connu de nombreux développements. Cette branche de l'économie ne sous-estime pas la dimension juridique du contrat. Ainsi, les économistes ont tendance à analyser le contrat en tant qu'outil de coordination ayant un impact non seulement sur les échanges, mais également sur l'organisation interne des institutions. Cette branche de l'économie, qui comporte plusieurs courants, permet d'approcher le contrat à travers plusieurs paramètres pertinents, tels que l'information et sa disponibilité, le degré de rationalité des agents, les coûts de négociation et de rédaction du contrat, les coûts de gestion des conflits ou d'arbitrage (Williamson, [1985]), l'impact du contrat sur l'organisation interne des institutions (Grossman et Hart, [1986]), les mécanismes incitatifs et les contingences futures ainsi que l'environnement institutionnel (Williamson, [1985]). L'approche du contrat par l'ensemble de ces outils a mis en évidence deux grands types de contrats, le contrat complet et le contrat incomplet. La théorie des contrats complets a dominé la pensée économique néoclassique jusqu'aux années 70 (Vahabi, [2002]). C'est par la prise en compte des enjeux liés à l'information, au processus de prise de décision et aux comportements des agents que le contrat est devenu un objet d'analyse pertinent. Si l'on accepte l'asymétrie d'information, on sort alors du cadre du modèle théorique walrasien où prédomine la notion d'équilibre du marché. Toutefois, le schéma néoclassique moderne a fini par accepter l'hypothèse de l'asymétrie d'information en proposant des solutions à cette problématique par le biais des organisations et des contrats en tant que structures de gouvernance ou de coordination. Un contrat est dit complet si toutes les contingences futures sont probabilisables, si l'information est symétrique, si les agents ont une rationalité substantielle, et s'il n'y a pas nécessité d'arbitrage des conflits par un tiers (Tirole, [1988]). La théorie des contrats complets ignore

8 Au mois de février 2008, l'avenant 27 vient de paraître au journal officiel. Les avenants ne paraissent pas en ordre chronologique.

l'environnement institutionnel et notamment l'éthique. Quant à la théorie des contrats incomplets, elle considère que les agents ont une rationalité limitée, que l'information ne peut être distribuée de manière parfaite, que les agents peuvent avoir un comportement opportuniste (Vahabi, [2002]). Les contrats incomplets existent à cause de leur non vérifiabilité par un tiers, car le juge a une rationalité limitée (Williamson, [1994], Hart et Moore, [1986]). L'incomplétude des contrats provient également de leur caractère complexe et du coût élevé de leur rédaction. Pour dépasser les tensions liées à l'incomplétude du contrat, elle propose d'attribuer une place au degré d'adaptabilité du contrat (Brousseau, [2000]) par le processus de renégociation et par la mise en place de mécanismes incitatifs, ainsi que par l'arbitrage d'un tiers. Par conséquent un contrat incomplet peut se transformer en contrat complet si certaines conditions sont respectées. Selon Hart et Tirole, c'est le cas si on introduit des mécanismes incitatifs dans la relation contractuelle. L'information a un lien direct avec le comportement des agents dans une relation bilatérale. Dans celle-ci, il existe un risque de comportement opportuniste après la phase de conclusion du contrat. Selon Williamson, la propension à se comporter d'une manière opportuniste varie parmi la population contractante (Williamson, [1994]). Il existe par ailleurs un facteur qui influe sur le processus de prise de décision et qui est le degré de rationalité des agents. L'hypothèse de rationalité limitée traduit l'impossibilité pour les parties de maximiser leur fonction d'utilité. Selon H. Simon [1979], les agents ne sont pas dotés d'une rationalité substantive, car leur capacité cognitive est limitée. Cet auteur a démontré qu'il existe un lien étroit entre le processus de prise de décision et la disponibilité de l'information. Ainsi, le rejet des abstractions fondant la théorie de l'optimisation a conduit Simon à introduire la rationalité procédurale (Jessua, Labrousse, Vitry, [2001]). Dans cette perspective, les agents opèrent des choix au sens « *satisficing* ». Ils ne peuvent donc pas maximiser la fonction de leur utilité.

Au regard de ces éléments théoriques, nous allons tenter d'appréhender la relation assurance maladie/médecins. *Ex ante*, l'information est distribuée d'une manière symétrique entre les représentants des médecins et l'UNCAM - qui représente l'ensemble des régimes d'assurance maladie -. L'assurance maladie peut observer, *ex post*, le comportement des médecins, car elle dispose facilement de l'information correspondante. Toutefois, la sélection de cette information et son traitement ont un coût élevé. C'est pourquoi elle opère des choix dans sa sélection et cible les comportements des médecins les plus déviants. Cependant, les conditions de vérification de cette déviance, et de son degré, s'avèrent compliquées, à cause de la nature du bien soin (cf ci-après). Elle peut également observer le degré d'engagement de l'ensemble des médecins par rapport aux objectifs des thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses. Par ailleurs, comme le démontre la théorie de la rationalité limitée, les médecins ne peuvent pas connaître d'une manière parfaite toutes les informations que contient la convention, et ils vont se focaliser sur certains éléments qui concernent directement leur activité quotidienne. Ils ne disposent pas de moyens informationnels leur permettant de connaître d'une manière continue la quantité des prescriptions et les montants des dépenses engagées par assuré social. Quant à la problématique du comportement *ex post*, un médecin ayant adhéré à la convention peut adopter un comportement opportuniste. Ce comportement peut correspondre par exemple à un non respect des règles de prescriptions et/ou des tarifs opposables. Ainsi, un médecin du secteur 2⁹ peut appliquer des tarifs discriminatoires rendant difficile l'accès aux soins notamment pour les personnes bénéficiaires de la CMU (Couverture Médicale Universelle) ou ceux ayant de faibles revenus et sans police d'assurance complémentaire. Dans ce cadre, le médecin peut ne pas respecter les tarifs de prise en charge opposables par l'assurance maladie au bénéfice de ces personnes.

9 Le système d'exercice de la médecine libérale est caractérisé par l'existence de deux espaces tarifaires : tarifs opposables imposés par l'assurance maladie (secteur 1) et tarifs libres avec dépassements (secteur 2).

La convention devient alors un contrat qui doit résoudre le problème des comportements opportunistes. Si on accepte l'hypothèse selon laquelle la convention est un contrat complet, nous pouvons nous demander pourquoi les comportements des médecins ne correspondent pas d'une manière absolue aux attentes de l'assurance maladie. La convention est un contrat qui est exposé à plusieurs paramètres, tels que le futur et les aléas imprévisibles. Ces derniers vont affecter en profondeur le contrat et son observabilité par les contractants (Orléan, [2004]). Comme nous l'avons déjà souligné, la convention est le résultat de négociations entre les syndicats les plus représentatifs des médecins et l'UNCAM, qui n'échappent pas aux influences d'ordre politique et syndical. La convention est-elle un outil économique efficient ? Nécessite-elle des mécanismes correcteurs ? En réalité, la convention est un contrat relationnel renouvelable par tacite reconduction, qui subit des adaptations par voie d'avenants. Ces derniers complètent la convention, sans pour autant la remettre en cause. La convention apparaît alors comme un contrat adaptatif dans le temps dont le degré de complétude et d'incomplétude sera étudié ultérieurement.

Nous pouvons soutenir l'idée selon laquelle, en fonction des arguments théoriques et empiriques développés ci-dessus, la convention assurance maladie/médecins ne peut être définie comme un contrat complet et apparaît alors comme un contrat incomplet. Cette incomplétude risque de générer un certain nombre de tensions et distorsions. Si les médecins peuvent se comporter d'une manière opportuniste, que peut donc mettre en place l'assurance maladie afin de faire converger leurs comportements vers le respect notamment des objectifs des thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé ? Avant de répondre à cette question, nous allons d'abord examiner les enjeux liés aux objectifs de thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé en tant que règles de bonnes pratiques mis en place par les caisses d'assurance maladie à travers la réforme de 2004.

3. Les thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé : des normes de bonnes pratiques

Les pouvoirs publics cherchent à maîtriser les dépenses de santé et atténuer le déficit. L'action sur les producteurs de soins constitue une des voies choisies par les caisses d'assurance maladie. Dans ce schéma, il est question de limiter la production des soins, c'est-à-dire les prescriptions de médicaments coûteux. « *Dans son rapport, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie rappelait que la croissance des dépenses de santé avait été supérieure de 2,5 points à celle du PIB* » (Ecalte, [2007], p 44). Cette augmentation des dépenses de santé et la volonté de les maîtriser ont conduit les pouvoirs publics à élaborer plusieurs actions dont la gestion est confiée aux caisses.

Une question se pose : faut-il contrôler la production de soins ou chercher à promouvoir les meilleurs soins aux moindres coûts : « *Dans le débat récurrent sur la maîtrise des dépenses de santé, la question centrale ne porte donc pas, selon nous, sur la faisabilité et sur les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir (...) mais sur la légitimité des politiques de régulation fondées sur le contrôle de l'évolution des coûts liés aux biens et services santé (...) en définitive il ne s'agit pas d'un problème de contrôle des dépenses mais bien de la recherche d'une meilleure efficacité (...).* » (Ulmann, [2007], p 15). Les pouvoirs publics ont retenu une recherche d'optimisation des dépenses de santé notamment à travers les règles de bonnes pratiques. Se pose alors la question de l'acceptation ou du rejet de ce type de réforme, qui est susceptible de contraindre l'exercice de la médecine. Toutefois, les réformes ont souvent négligé les outils sur lesquels peuvent s'appuyer les CPAM pour faire aboutir ces réformes. Cette question essentielle mérite d'être posée, car les CPAM disposent de moyens

informationnels pour observer *ex post* les comportements des médecins sans pour autant trouver des solutions efficaces pour agir dessus.

Les accords fondamentaux entre les médecins et l'assurance maladie portant sur la maîtrise de la prescription médicale datent de l'ordonnance du 24 avril 1996, sous forme des RMO (références médicales opposables). Les RMO s'inscrivent dans une logique de recherche d'économies par le biais de prescriptions médicales normatives. Ainsi, les médecins devaient alors se référer à ces normes de bonnes pratiques avant de prescrire. Bien que les RMO aient fait l'objet de concertation entre des sociétés savantes de médecins et les institutions de tutelle, elles n'ont pas connu le succès escompté. Les RMO ont posé plusieurs problèmes d'ordre éthique et juridique. Les médecins avaient le sentiment que les RMO entravaient la « liberté de prescrire » comme droit fondamental. La non-prescription d'examen complémentaires et/ou de médicaments pourrait alors mettre en danger l'état de santé du patient et lui faire courir le risque d'une perte de chance d'être « bien soigné ». De plus, la responsabilité du médecin pouvait être engagée en cas de respect *stricto sensu* de ces RMO. En dépit de cet échec, les RMO ont fait partie de la convention nationale des médecins de 1998 et ont été réintroduites sous une autre forme par la loi de financement de sécurité sociale de 2004 et figurent toujours dans le code de la santé publique. On ne parle plus de RMO, mais de thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui revêtent un caractère concerté. Contrairement à l'ordonnance de 1996, la loi du 13 août 2004 a connu une plus forte adhésion des médecins. Deux faits peuvent expliquer ce phénomène : la recherche d'une relation stable entre assurance maladie et les médecins et l'octroi de nouvelles incitations financières (revalorisation tarifaire des actes). Dans cette perspective, la loi du 13 août 2004 et la convention des médecins de 2005 ont réintroduit la notion de maîtrise médicalisée des dépenses. L'article 42 de cette loi stipule que : « *les médecins devraient limiter leurs prescriptions à ce qui est médicalement justifié, ce qui devrait se traduire par un effort de maîtrise médicalisée (...). Il traduit l'ampleur des comportements qui doivent être améliorés, en particulier en termes de prescriptions de psychotropes, d'antibiotiques et de statines (...)* ». Les partenaires conventionnels ont opéré un choix différent de celui des RMO : ils ont défini des thèmes médicaux portant sur les postes de dépenses les plus importants en valeur. Ces thèmes peuvent porter sur des objectifs individuels quantifiés (en pourcentage)¹⁰ comme sur des objectifs non quantifiés¹¹. Selon la convention des médecins « *A cet effet, les parties s'accordent sur la nécessité de construire un dispositif conventionnel innovant reposant sur les principes suivants : un engagement des partenaires sur des objectifs quantifiés et régionalisés (...). Ils sont chiffrés en termes d'objectifs quantifiés, suivis sur la base d'indicateurs et traduits en termes d'économies attendues.(...)* ». Les objectifs sont déclinés au niveau local en fonction du niveau de performance des caisses, c'est-à-dire leur degré d'influence sur les comportements des médecins.

La convention des médecins met en avant des dispositions de la loi du 13 août 2004 (titre 1) relatives à la formation conventionnelle des médecins. Cette disposition constitue une solution importante dans la maîtrise médicalisée des dépenses des médicaments. En effet, le choix des thèmes de maîtrise médicalisée porte notamment sur des classes thérapeutiques à fort potentiel économique dont la cardiologie..... Ainsi, l'assurance maladie et les institutions chargées de piloter le système de santé pourraient étudier l'opportunité de mettre en oeuvre une politique de formation conventionnelle et/ou continue (pendant les études de médecine) portant sur des spécialités médicales engendrant des coûts élevés en matière de thérapeutique.

10 Les antibiotiques, l'ordonnancier bizonne, les arrêts de travail, le transport sanitaires, les IPP (inhibiteurs de la pompe à proton) et les génériques

11 Les anti- agrégant plaquettaires, l'hypertension artérielle, les lits médicalisés, les anxiolytiques et hypnotiques...

La mise en place des réformes dans tout système assurantiel devra gagner l'adhésion des médecins, sinon elles seront rejetées. Toutefois, la relation médecin/régulateur des dépenses revêt un caractère particulier, lié à la nature de la profession médicale qui a une éthique, à la nature du bien soin qui se caractérise par l'incertitude, et à l'aspect administratif du régulateur et au pouvoir d'autorité qu'il exerce. Cette relation complexe nous permet de constater qu'aucun mode de coordination ne peut expliquer l'ensemble des systèmes, de même qu'aucun mode de coordination ne peut expliquer à lui seul un système donné (Vahabi, [2004]). Notre cadre d'analyse est situé hors marché, il peut être qualifié de mode de coordination « administratif » et « éthique » (au sens d'interaction ou de réciprocité bilatérale sans agent centralisateur) (Polanyi [1944], [1968]). Comme toute institution, l'assurance maladie devrait légitimer ses missions dans un cadre de confiance et éviter des actions qui prêterent aux conflits « *La bonne institution est l'institution légitime. Elle est bonne parce que le légitime, désormais sorti de l'orbite de la violence symbolique, est devenue de l'ordre de l'accord. Or l'accord n'est pas seulement désirable pour l'harmonie – préférable au conflit – qu'il fait régner, il a également d'excellentes propriétés de coordination et de mobilisation par l'adhésion* » (Lordon, [2007], p 138). Ainsi, le processus de coordination entre médecin et régulateur doit prendre en compte les caractéristiques intrinsèques propres à l'offre et la demande de soins afin de concilier les aspects éthique, économique et de bien être social. Dans cette logique, pour assurer la réussite du programme de maîtrise des dépenses, l'UNCAM s'est engagée depuis 2004 dans la construction d'une relation stable avec les médecins, ce qui correspond au principe de donnant/donnant tel que la théorie des conventions le conçoit (Orléan, [1989], Batifoulier, [2001], Béjean, [1998]). Cet effort a été nécessaire pour un meilleur accompagnement des réformes, car la relation assurance maladie/médecin est une relation d'autorité où la notion de contrôle est présente. C'est dans ce contexte que les DAM sont chargés d'une part, de construire cette relation stable avec les médecins en diffusant des documents portant sur les bonnes pratiques, et d'autre part, de vérifier le degré de respect par ceux-ci des thèmes de maîtrise médicalisée. Dans ce schéma, les DAM, qui connaissent l'objet et le but du monitoring exercé par les caisses, jouent pleinement le rôle de surveillance. Ils vérifient si les objectifs sont respectés par les médecins. Toutefois, l'action des DAM serait plus pertinente si *ex ante* les médecins disposaient d'informations relatives à l'évolution de leurs taux de prescriptions portant sur les thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Ainsi, ils pourraient adapter leur comportement en adoptant un nouveau réflexe de vérification. Une solution expérimentale qui consiste à vec la mise en place d'un logiciel de l'assurance maladie « WEB médecin », permet à ce dernier de vérifier les données de consommation de soins. Or, les médecins n'ont pas toujours recours à cet outil par notamment manque de temps.

En conclusion, les objectifs de thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses s'imposent aux médecins en tant qu'obligations contractuelles. Celles-ci sont-elles respectées par l'ensemble des médecins ? Pour répondre à cette question, nous allons examiner la relation d'agence assurance maladie/médecins en mobilisant les théories des contrats incomplets et des contrats complets sans pour autant négliger les paramètres complexes propres à la décision médicale dans un environnement incertain.

4. La décision médicale est un processus complexe dans un cadre d'agence médecin/patients/assurance maladie

Dans une relation d'agence, l'assurance maladie peut être considérée comme le principal et les médecins comme l'agent. Ce modèle permet d'étudier les comportements des parties *ex ante* et *ex post* dans un cadre contractuel. L'une des problématiques principales de ce modèle consiste à déterminer comment le principal peut faire converger les comportements de l'agent vers un objectif donné. Pour ce faire, il peut mettre en place des mécanismes incitatifs afin d'atténuer les comportements opportunistes de l'agent. La transposition de ce modèle dans notre étude doit prendre en compte les paramètres propres à la décision médicale. Les pratiques médicales ne sont pas uniformes et les comportements des médecins ne sont pas homogènes. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'hétérogénéité des pratiques, à cause des comportements des malades, de la nature du bien soin et des règles éthiques. La maladie peut être considérée comme une externalité négative et non *marchandable* (Arrow, [1963]), les causes des maladies ne sont pas toutes connues, et les comportements de malades sont variables. De plus, les traitements médicaux sont également caractérisés par l'incertitude et ils ne sont pas efficaces dans toutes les situations.

Nous constatons également que dans la relation patient/médecin, l'information est distribuée d'une manière imparfaite : les malades délèguent aux médecins le choix du traitement, car ils sont sous un « voile d'ignorance ». Toutefois, aujourd'hui, cette asymétrie se trouve parasitée par l'accès à l'information médicale via Internet, phénomène de connaissance décrit par Spence en fonction du niveau d'éducation du patient (Lupton, [2007]). L'asymétrie d'information et l'incertitude du traitement rendent malgré tout difficile l'appréhension de la notion du bien soin « *L'asymétrie d'information renvoie ici à la différence d'information sur les conséquences d'un achat de soins médicaux. C'est alors qu'un problème d'aléa moral apparaît : « le médecin est l'agent qui choisit les actions qui ont un effet sur le bien être du principal (le patient). La base même de la relation est la connaissance supérieure détenue par le médecin. Par conséquent, le patient ne peut vérifier pour voir si les actions des médecins sont aussi soignées qu'elles devraient l'être »* (Arrow, [1985], p. 38). *Si le patient ne guérit pas vite après la consultation, il ne peut pas être sûr que son état soit attribuable à la nature même de la maladie, à un mauvais diagnostic de la part du médecin, ou encore à l'inefficacité du médicament »* (Lupton, [2007], pp 6-7). Les caractéristiques des soins, de la maladie et de l'éthique expliquent en partie la difficulté de la CNAMTS et de la HAS à rendre les pratiques des médecins homogènes à travers les référentiels de bonne pratique que constituent les thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé « *Le propre de la vie médicale, c'est d'être marquée par la fréquence de situations où les normes éthiques en jeu sont révisables les unes par les autres, du fait que les émotions qui les inspirent diffèrent les unes des autres »*. (Le Coz, [2007], p 91). Les médecins en tant qu'offreurs de soins ont comme objectif premier de soigner leurs patients avec les moyens techniques et scientifiques disponibles (actes chirurgicaux et/ou médicamenteux), bien que la notion d'acte correspondant à un tarif se répande au détriment de celle du soin (Mahyaoui, [2003]). Pour la même maladie, les médecins observent des comportements différents en fonction de la nature de la relation qu'ils entretiennent avec chaque patient et en fonction de leurs connaissances.... Les tableaux cliniques pour une même maladie ne sont pas toujours identiques. Cela revient à expliquer les comportements des médecins face aux traitements d'une maladie, à leurs malades (attentes, acceptabilité du diagnostic et observabilité du traitement), à la disponibilité des médicaments et à leurs coûts dans un état où l'incertitude est omniprésente. Notre but n'est pas de comparer les différentes approches comportementales en termes d'efficacité de la

décision médicale, mais de montrer que les comportements des médecins sont complexes et échappent non seulement à un contrôle, mais aussi à une uniformisation absolue.

Plusieurs auteurs ont essayé d'analyser la décision médicale et ses conséquences en termes d'éthique et de production de soins. Dans le système assurantiel français, le signal prix ne joue pas pleinement son rôle côté patient car les soins lourds et coûteux sont souvent pris en charge à 100% par l'assurance maladie, et la demande de soins est inélastique par rapport aux prix (Geoffard, [2005]). «*Selon Balint, qui s'est interrogé sur la nature de la relation médecins/patient et les pratiques médicales, plusieurs approches de l'exercice médical s'opposent, par la maladie, par le malade, par la technique médicale...* » (d'Elme Ginsbourg, [1972]). Les patients et les médecins sont-ils satisfaits dans cette relation ? Du côté des patients, l'optimum social (en termes d'espérance de guérison) ne peut pas être toujours atteint. Cette impossibilité de guérison absolue crée des distorsions dans les relations entre les médecins et leurs patients. Ce phénomène correspond à la notion d'insatisfaction ressentie par les médecins dès qu'ils réfléchissent sur leur pratique (d'Elme Ginsbourg, [1972]). L'insatisfaction du médecin s'accroît avec le manque de moyens de soins (Cooper & Reibitzer, [2006]). Dans un état du monde où on met en place un système de plafonnement des prescriptions de médicaments coûteux par patient, on peut alors limiter la production des soins. Toutefois, cette solution comporte des risques dans le cas où les médicaments sont vitaux pour le patient et conduit à un rejet de la part des médecins. Si les médicaments ne revêtent pas un caractère vital pour le patient, la faisabilité de cette solution pourrait être étudiée, bien qu'elle comporte un risque de rejet. Quoiqu'il en soit, la limitation des dépenses par le contrôle étroit des comportements des médecins et du volume des prescriptions pour un type de produit ou de prestation - telle qu'elle est mentionnée dans le décret n°2008-642 du 30 juin 2008¹² - , peut se heurter à l'opposition du corps médical.

En outre, la dimension éthique est une composante de la décision médicale, qui est entachée d'une part d'émotion « *Pour comprendre que l'émotion est une condition à la fois nécessaire et insuffisante de la qualité éthique de la décision (...) nous devons la considérer pour ce qu'elle est : un état affectif indifférent en lui-même. En effet, rien n'est plus indispensable et en même temps plus préjudiciable à la qualité éthique d'une décision qu'une émotion* » (Le Coz, [2007], pp 17-18). L'arbitrage des médecins dans toute relation avec leurs patients n'obéit pas forcément à une logique purement rationnelle (Béjean, Peyron, [2002]). Cette relation a des attributs d'ordre irrationnel qu'on peut classer parmi les croyances. Il apparaît alors important de prendre en compte les attributs de la décision médicale pour la mise en place de mécanismes visant à influencer sur les comportements des médecins dans un cadre contractuel opposable à ces derniers.

Ainsi, la notion du coût du traitement occupe une place centrale. Cependant, le non respect des règles de bonnes pratiques telles que les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses de santé devrait s'analyser également à la lumière des attributs de la décision médicale et des caractéristiques propres à l'appréhension du diagnostic, du traitement, de l'évaluation de son efficacité et du comportement du patient. Le contrat doit alors intégrer ces éléments afin de mieux appréhender les comportements des producteurs de soin.

12 Ce décret consiste à mettre sous accord préalable – du médecin conseil – les médecins gros prescripteurs d'actes. Cette disposition n'est réservée pour l'instant qu'aux praticiens ayant un grand volume de prescriptions d'arrêts maladie de séances de kinésithérapie et de transport.

5. Comportements des médecins et recherche de mécanismes incitatifs par les caisses d'assurance maladie

Les comportements des médecins peuvent difficilement être connus *ex ante* et vérifiés *ex post*, ce qui crée un déséquilibre dans la relation d'agence assurance maladie/médecins. L'assurance maladie, en tant que principal, souhaite que les médecins respectent leurs engagements contractuels, notamment par l'optimisation des prescriptions médicales. *Ex ante*, les médecins disposent de l'information et connaissent les objectifs recherchés par l'assurance maladie : à ce stade, la répartition de l'information est vérifiable (Salanié, [1994]). Toutefois, *ex post*, les médecins peuvent adopter un comportement opportuniste dont les attributs sont complexes et relèvent de l'art de la médecine et de leurs relations avec leurs patients. De plus, les considérations financières ne sont pas toujours à l'origine des comportements opportunistes (Cooper & Reibitzer, [2006]).

Dans toute relation d'agence, les enjeux liés à l'information et à sa répartition sont fondamentaux, ce qui renvoie à l'analyse des comportements. Dans ce schéma, les deux concepts d'aléa moral (*moral hazard*) (action cachée) et de sélection adverse (information dissimulée ou asymétrique) participent à l'éclairage des enjeux comportementaux. Dans une situation où il peut exister une asymétrie d'information, l'objet de la théorie de l'agence est de déterminer comment le principal conçoit un système de rémunération qui incite l'agent à agir dans son intérêt. Cette théorie trouve son origine dans les travaux de K. Arrow ([1963]) sous la forme de la théorie de l'assurance. Il s'agit d'aléa moral (action cachée) quand une partie ne peut observer parfaitement les actions entreprises par l'autre partie (Salanié, [1995]). Quant à la sélection adverse, elle correspond à la situation où l'information est cachée. La problématique relative à la sélection adverse a été illustrée par Akerlof ([1970]) en analysant le marché des voitures d'occasion (*tacots*). Sélection adverse et aléa moral peuvent exister en même temps dans une relation d'agence. Dans cet état du monde où l'incertitude est omniprésente, le marché ne peut pas assurer une coordination optimale des échanges. Ces situations représentent des risques dans une relation contractuelle et nécessitent la recherche de solutions par le principal.

L'incertitude liée au degré de répartition de l'information est étroitement liée aux comportements. L'information concrète qui guide l'action des individus n'existe jamais comme un corps cohérent et logique. Elle existe seulement sous forme dispersée, incomplète et incohérente ; cette dispersion et cette imperfection de l'information doivent être prises en compte dans l'appréhension du processus de décision. Le schéma néoclassique moderne a fini par accepter l'hypothèse d'asymétrie d'information (Arrow, [1963]), en proposant des solutions nouvelles à cette question par le biais des organisations et des contrats. Le processus de coordination en cas d'asymétrie d'information peut engendrer une perte de ressources. Rothschild et Stiglitz se demandent comment des agents non informés peuvent améliorer leurs résultats sur un marché avec asymétrie d'information, ce qui a donné lieu à des modalisations empiriques portant sur différents schémas contractuels.

Les problématiques liées à la répartition de l'information ont été étudiées tant par la théorie des contrats complets que la théorie des contrats incomplets. Dans la théorie des contrats complets, l'équilibre de premier rang correspond à la situation où l'assurance maladie peut observer d'une manière parfaite l'ensemble de l'action des médecins. Dans cette hypothèse, elle peut demander aux médecins de se comporter d'une manière optimale (dans le cadre du respect des objectifs de thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses), sous peine de sanctions. Or, les sanctions peuvent être difficilement applicables dans certains cas de figures.

Les caisses ne sanctionnent pas pour l'instant les médecins n'ayant pas respecté les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses sauf pour le thème du bi-zone.... On suppose que, contrairement à l'agent, le principal est neutre au risque. La solution consiste en un partage du risque entre le principal et l'agent. Le premier maintient alors un « salaire » constant en faveur du second.

L'équilibre de second rang, pour sa part, correspond à la situation où le principal ne peut observer que le résultat de l'action de l'agent. Il peut seulement supposer que l'agent va faire des économies dans les actions qu'il entreprend. Par conséquent, pour résoudre le problème de l'aléa moral, le principal pourrait offrir à l'agent plusieurs choix de contrats « *La résolution du problème d'aléa moral suppose donc que le principal offre à l'agent un contrat qui arbitre entre - le partage des risques, qui suggère que le salaire de l'agent dépend peu du résultat - la recherche des incitations, qui pousse le principal à conditionner le salaire au résultat* » (Salanié, [1995], p 67). La théorie des contrats complets ne remet pas en cause l'existence dans certains cas des contrats incomplets, mais elle soutient l'idée selon laquelle ils peuvent devenir des contrats complets, notamment par les solutions proposées dans le modèle principal/agent ou par la non génération de coûts de transaction (cf. notion de résultat *first best*, Tirole, [1999]). Dans un équilibre de second rang, on peut se poser la question du partage d'une manière optimale du surplus dégagé. En outre, la théorie des contrats incomplets, pour dépasser les tensions liées à l'incomplétude des contrats, propose de mettre en place des mécanismes incitatifs pour pallier l'incomplétude des contrats. Toutefois, le problème de la non vérifiabilité de l'engagement des parties par un tiers demeure entier, car le tiers ou le juge, a également une rationalité limitée (O. Williamson, [1985]).

Ces deux théories ont comme point commun la mise en place de mécanismes incitatifs qui pourraient influencer sur les comportements des médecins *ex post*. La théorie des contrats complets considère qu'un contrat peut satisfaire les deux parties d'une manière optimale et que les mécanismes incitatifs peuvent assurer la complétude du contrat. La théorie des contrats incomplets considère, à l'inverse, que ces mécanismes ne peuvent pas résoudre à eux seuls le problème de l'incomplétude, qui procède de diverses origines : les coûts de transaction, la rationalité limitée des agents (Grossman et Hart, [1986]), l'asymétrie d'information et l'environnement dans lequel pourraient s'inscrire les caractéristiques des soins et de la « maladie ». La recherche de solutions peut ainsi s'orienter vers des objectifs de réduction des coûts de transaction, de mise en place d'instance d'arbitrage efficaces, ainsi que d'un processus de renégociation. Ainsi, si on transpose le modèle du principal/agent à la relation assurance maladie/médecins, il apparaît que l'assurance maladie peut implémenter des mécanismes de surveillance et/ou incitatifs afin de résoudre la question de l'aléa moral. Ces mécanismes peuvent prendre la forme d'une rémunération qui dépend de l'effort de chaque médecin.

Comme l'assurance maladie ne peut pas récompenser individuellement les médecins dans le cadre de la convention, la loi de financement de la sécurité sociale 2008 prévoit un mécanisme de rémunération incitatif individuel sous forme de contrats distincts. Le médecin se voit récompenser s'il assure un suivi de ses patients atteints de maladies chroniques dans le cadre de la prévention¹³. Le plan d'action « SOPHIA » qui s'éloigne des thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses a un coût de financement estimé à 10 millions d'euros et nécessitera une évaluation globale *ex post*. Sans aborder cette question d'une manière détaillée, nous

13 Ce plan concerne les patients atteints d'ALD (asthme, diabète...). La première action (SOPHIA) mise en place comme expérience pilote concerne les personnes diabétiques avec création d'une plateforme téléphonique. Lors de l'inclusion du patient, le médecin perçoit 2 C et 1 C par an par patient.

pouvons déjà soulever des questions de fond. Ce plan de prévention supplémentaire risque d'être inflationniste en production de soins à moyen terme (le principe même des actions de prévention) et de se heurter au degré de formation des médecins dans le suivi des ALD. Une autre difficulté mérite d'être évoquée, qui consiste à définir les méthodologies de choix des groupes témoins nécessaires à toute étude comparative.

Les caisses d'assurance maladie pourraient renforcer non seulement les conditions de mise en place de mécanismes incitatifs financiers portant non seulement sur les aspects de santé publique - par exemple suivi des personnes atteintes de diabète insulino-dépendant et dépistage de cancers -, mais aussi concernant les performances en matière de prescriptions économiques et de coordination des soins (soins de ville chez le généraliste et le spécialiste et soins en hôpital). Cette solution - dont les dispositions relatives à la rémunération à la performance nécessitent l'aval des syndicats médicaux - pourraient être accompagnées par un dispositif de formation, d'information et de sensibilisation de l'ensemble des parties.

Un autre paramètre doit être pris en compte dans le cas de la relation assurance maladie/médecins, il s'agit de l'effet de réputation. Toute démarche contractuelle traduit, en général, une intention des parties de respecter leurs obligations. La réputation s'analyse en termes de respect des engagements dans un contrat discrétionnaire tel que la convention des médecins. La réputation peut également être analysée en termes de mécanismes incitatifs (Williamson, [1985]). Dans cette logique, en cas de non respect des engagements, une solution peut consister dans le prononcé de sanctions individuelles. Il serait alors pertinent d'évaluer le nombre de sanctions conventionnelles prononcées par les CPL et les Commissions de pénalités financières à l'encontre des médecins n'ayant pas respecté les objectifs fixés aux thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Les caisses d'assurance maladie peuvent analyser *ex post* les décisions des médecins en matière de production de soins, mais ne peuvent pas vérifier leur opportunité sans l'intervention d'un tiers, tel qu'un médecin conseil.

Les instances conventionnelles peuvent jouer un rôle d'arbitre. Or, la CPL, composée de représentants des médecins, des assurés sociaux et des employeurs, exerce un rôle de contrôle dont la portée s'avère limitée. Les médecins qui y siègent ont tendance à adopter un comportement corporatiste et à refuser de prononcer des sanctions à l'encontre de leurs confrères. Toutefois, quand il s'agit de manquements « graves » à la convention ou de fautes graves (autres que le respect des thèmes de maîtrise médicalisée), ces médecins auraient tendance à prononcer des sanctions afin de préserver leur réputation collective : ils ne souhaitent pas « salir » la réputation de la profession et sanctionnent les « brebis galeuses ». Par ailleurs, la Commission des Pénalités, instaurée par la loi de 2004, et qui donne un avis au directeur de caisse sur les litiges entre les médecins et les caisses, a jusqu'alors généralement proposé des sanctions symboliques¹⁴. Si le comportement des médecins au sein de la CPL n'est pas satisfaisant au sens qu'il ne permet pas de sanctionner sévèrement les médecins qui ne respectent pas les objectifs de thèmes de maîtrise médicalisée, et si la Commission des Pénalités ne remplit pas pleinement son rôle, il convient alors de mener des recherches sur le rôle et le statut d'un arbitre « neutre » autre que la CPL et qui ne soit ni l'Ordre des médecins ni les médecins conseils. Cet arbitre ou médiateur pourrait alors être plus dissuasif dans sa prise de décision à l'encontre des médecins ne respectant leurs engagements. Cette solution constitue une autre voie de recherche.

14 Les sanctions sont financières et sont plafonnées en fonction des montants engagés par les comportements des professionnels de santé.

Pour compléter la convention, l'assurance maladie a choisi deux options : la stabilité des relations conventionnelles et l'accompagnement des réformes par les DAM. Cette dernière action peut être assimilée à un mécanisme de surveillance et d'incitation au sens moral, car le terme incitation au sens économique ne correspond à notre situation. L'incitation économique signifie que le principal va verser à l'agent une rémunération supplémentaire qui dépend du résultat atteint ou de l'effort de l'agent. Le terme incitation prend alors une dimension pécuniaire. Quel mécanisme incitatif les caisses peuvent-elles mettre en place afin d'influer sur les comportements des médecins sans pour autant rémunérer leurs efforts ?

6. Les délégués de l'assurance maladie cherchent à influencer sur les comportements des médecins : entre mécanisme de surveillance et mécanisme d'information

La fonction des DAM est nouvelle et n'a été généralisée, on l'a vu, qu'en 2004/2005 à l'ensemble des caisses de sécurité sociale de régime général. Ils sont environ 930 et seront plus de 1000 fin 2008. Les DAM sont chargés de rencontrer les médecins libéraux et hospitaliers. Leur mode d'intervention est comparable à celui des visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques. L'objectif premier de ces deux métiers est de chercher à influencer sur le comportement des médecins. Ainsi, nous pouvons comparer dans une certaine mesure le rôle des DAM à celui des visiteurs médicaux, mais les résultats attendus sont diamétralement opposés : les visiteurs médicaux incitent les médecins à prescrire des médicaments et les DAM les incitent à réaliser des économies. D'une manière générale, les comportements des médecins subissent des influences de la part des patients, des publications scientifiques et des laboratoires.

Les laboratoires entretiennent des relations informelles et non hiérarchiques avec les médecins, sauf dans le cadre formalisé des essais cliniques. Ces entreprises diffusent de l'information scientifique auprès des médecins pour, explicitement, les informer sur les nouveaux produits et leurs conditions d'utilisation et implicitement, influencer leurs pratiques. *« Pendant longtemps, les laboratoires pharmaceutiques ont développé leurs relations avec les médecins afin de promouvoir les produits pharmaceutiques en leur facilitant l'accès à une formation médicale de qualité. Les laboratoires cherchaient à influencer sur l'évolution des pratiques de prescription en diffusant auprès des médecins des informations scientifiques. Chaque laboratoire cherche à augmenter le volume de vente de ses produits à travers le rôle des délégués médicaux. La perception par les médecins des pratiques des laboratoires est hétérogène »* (Rapport de l'IGAS, 2007). En effet, selon cette étude¹⁵ : *« La synthèse des études ainsi collectées fait ressortir les constats suivants sur les attitudes des médecins : 1) Les opinions des médecins à l'égard de la promotion diffèrent tant sur la qualité des visites médicales que sur la pertinence de l'intervention des laboratoires en formation initiale. (...) 2) Les médecins apprécient la promotion en ce qu'elle constitue une source d'information sur les nouveaux médicaments. Ils la jugent en revanche biaisée. Les médecins qui apprécient le plus la visite médicale sont en moyenne plus âgés, plus souvent des médecins généralistes, voient plus de patients, ont un accès moindre à leurs confrères et ont une attitude générale positive à l'égard des médicaments. 3) La promotion influe plus fortement les comportements que ne le pensent et ne l'admettent les médecins »*. Quant aux laboratoires pharmaceutiques, ils se situent dans un environnement où les innovations technologiques connaissent une phase de ralentissement, la perte de monopole sur l'exploitation de certaines spécialités thérapeutiques (les brevets tombent dans le domaine public), la montée en charge des génériques, l'encadrement renforcé du processus de fixation des taux de participation des

15 Cette étude s'appuie sur celles de P. Noris et A. Herxheimer, J. Lexchin, P. Mansfield [2005], J. Avron, M. Chen, R. Hartley [1982]

caisses aux prix des médicaments (création de la haute autorité de santé et participation de l'UNCAM dans la fixation des taux de prise en charge), la sortie d'un certain nombre de molécules du champ des médicaments remboursables, la progression des phénomènes de fusion d'entreprises... Face à ces difficultés, les laboratoires pharmaceutiques redéfinissent leurs stratégies d'intervention auprès des médecins (promotion des thérapies associant deux à plusieurs molécules, élargissement du champ de recherche sur les anciennes molécules...) toute en réduisant le nombre des visiteurs médicaux. Cette situation est favorable aux actions des DAM.

Le métier du DAM est différent de celui du visiteur médical. Il s'est diversifié dans le temps tant dans sa forme qu'au niveau des thèmes abordés avec les médecins. Le DAM a d'abord joué un rôle important dans le passage et la généralisation du système Sésam Vitale et le maintien d'une bonne relation avec les professionnels de santé. Il a participé aussi à la diffusion de l'information conventionnelle. Puis, il a présenté aux médecins un profil de leur activité (prescriptions de médicaments, prescriptions d'arrêts de travail, profil de la clientèle...). Ce profil finira par se concentrer sur les thèmes de maîtrise médicalisée. Le DAM rend visite aux médecins en fonction de critères ciblés, l'assurance maladie étant en mesure d'observer l'effort individuel de chaque médecin. Les laboratoires disposant uniquement de données agrégées, ils ciblent leurs interventions par secteur géographique. Le DAM rend visite aux médecins 4 à 5 fois par an en moyenne, quand le visiteur médical peut les rencontrer 4 à 5 fois par mois. Toutefois, le discours du DAM se différencie de celui du visiteur médical. Il est uniforme et porte sur le respect de son engagement conventionnel par le praticien. Pour renforcer leur action, les DAM s'appuient notamment sur les recommandations de la HAS et de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Selon la convention des médecins (arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes) « *A cet effet, les parties conviennent d'établir chaque année une liste d'activités médicales à soumettre à la Haute Autorité de Santé en vue de l'établissement de références médicales opérationnelles. Développer l'information des praticiens et des patients sur les règles de prise en charge collective, dès lors qu'elles touchent au taux de remboursement de certaines prestations ou à la fréquence de réalisation de certains actes* ».

L'efficacité des visiteurs médicaux des laboratoires sur les médecins peut s'expliquer notamment par leur degré de connaissances scientifiques. Selon le rapport de l'IGAS, 2007, l'effet des DAM sur les prescriptions a été jugé positif, bien que généralement les médecins semblent accorder plus de crédit aux visiteurs médicaux « *la visite médicale continue à être l'un des principaux media d'information sur le médicament (après les confrères et les journaux médicaux). En effet, elle constitue, aux yeux des médecins une source d'information gratuite et accessible. Même si les médecins ont conscience du conflit d'intérêt potentiel, ils valorisent l'information ainsi reçue (...)* ». Selon ce même rapport, une enquête menée auprès de praticiens Health Maintenance Organisations (HMO) aux Etats Unis, relative aux déterminants de la prescription, a établi que les médecins cherchaient dans les actions promotionnelles des laboratoires des informations sur l'efficacité du médicament (CA Gaither, RB Bagozzi, FJ Ascione, DM Kirking, [1997]). L'action des laboratoires pharmaceutiques semble entrer en conflit avec l'intervention des DAM. L'Etat, par son intervention, a garanti la qualité du bien produit de santé. Cependant, cette intervention semble à ce stade encore insuffisante (Lupton, [2007]) et il serait souhaitable d'introduire plus d'éthique dans la promotion des médicaments par les laboratoires (WHO, [2006]).

Pour certains thèmes de maîtrise médicalisée, l'effet DAM sur les médecins est difficilement évaluable car le comportement de ces derniers peut subir des effets externes. Les effets externes positifs se vérifient pour le thème de maîtrise médicalisée portant sur les médicaments (génériques, antibiotiques, statines, anxiolytiques, inhibiteurs de la pompe à proton) : arrivée sur le marché de nouvelles molécules généricables, accord entre l'assurance maladie et pharmacienne « tiers payant contre génériques »¹⁶, arrivée de nouveaux médicaments à taux forfaitaire de remboursement « TFR », campagne de sensibilisation des assurés à la consommation d'antibiotiques, franchises médicales, baisse des prix de certains médicaments, baisse de taux de prise en charge d'autres médicaments. Quant aux effets externes négatifs, nous pouvons citer le remboursement de médicaments aux nouvelles molécules coûteuses.

Une question primordiale se pose : les DAM influencent-ils le comportement des médecins d'une manière qualitative (prescription) et/ou quantitative (activité du médecin). Il apparaît difficile de répondre d'une manière tranchée à cette question, car toute réponse doit s'appuyer sur une étude empirique « *Il n'existe pas à ce jour d'évaluation globale et nationale de l'efficacité de ce dispositif. La CNAMTS évoque, pour illustrer l'impact des Dam, une étude réalisée par le cabinet (...) qui montre une baisse de nouveaux diagnostics traités par statines au second semestre 2005 (-21% par rapport au second trimestre 2004)*¹⁷. Ces données ne permettent pas néanmoins de mesurer l'effet propre des Dam, sachant que d'autres actions ont été menées sur la période, notamment sous la forme d'échanges confraternels ». (Rapport IGAS, [2007], p 36).

Le DAM peut être considéré comme un mécanisme de surveillance et incitatif au sens moral. Le processus de surveillance mis en oeuvre par le principal (caisse d'assurance maladie) et qui est piloté par les DAM a pour but de faire converger les comportements des médecins vers le respect des objectifs quantifiés relatifs aux thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Toutefois, nous constatons que les approches ayant traité du monitoring sont nombreuses et ne sont pas uniformes. Certaines défendent les mécanismes de surveillance agressifs, car ils sont incitatifs et conduisent les agents à une « compliance » et un respect des règles de fonctionnement de l'entreprise. Selon Donald C. Langevoort [2001], cette forme de surveillance active est la plus répandue, car les agents souhaitent éviter les sanctions. Cependant, il apparaît que ce mécanisme soulève la question des profits que l'on en tire. A l'opposé, des mécanismes de surveillance prenant en compte la culture, les normes sociales et éthiques peuvent produire de meilleures incitations. Dans cette perspective, il apparaît alors plus pertinent que les DAM sensibilisent les médecins aux exigences des caisses et à leur engagement de manière à diminuer la menace de sanction et la mauvaise réputation sans pour autant annuler l'effet signal. Il revient alors à examiner le discours des DAM, des médecins et la politique des caisses dans un schéma où la décision médicale est difficile à cerner. Toutefois, le discours DAM doit intégrer la dimension éthique propre à l'exercice de la médecine ainsi que des connaissances médicales. Quoiqu'il en soit, le monitoring exercé par les DAM représente un ensemble de coûts. Parmi ces derniers, nous pouvons citer le risque de rejet des DAM par les médecins induisant l'échec de leurs actions et les coûts de la bureaucratie. Ces derniers ont été soulignés par W. Niskanen ([1971]). En effet, la CNAMTS

16 Le mécanisme tiers payant contre génériques signifie si l'assuré refuse le générique, le pharmacien ne pratique pas la dispense d'avance de frais : l'assuré paie les médicaments et se fait rembourser plus tard par sa caisse d'assurance maladie.

17 Ceci rejoint d'ailleurs les analyses propres de la CNAMTS : entre juin et novembre 2005, le nombre d'instauration de traitements par statines a baissé de 18% par rapport à la période juin-novembre 2004, qui était elle-même en hausse de 12% par rapport à la même période de l'année 2003.

est un établissement public qui peut disposer de moyens financiers pour recruter des DAM et même augmenter leur nombre. Cette fonction d'utilité est perçue comme le moteur d'une relation stable avec les médecins. La fonction d'utilité de cet établissement est maximisée quand le budget est maximisé parce que toutes les variables constitutives étaient « une fonction positive uniforme du budget total du service pendant le mandat du bureaucrate » (W. Niskanen, [1971], p. 38). Si la CNAMTS souhaite atteindre cet objectif, les coûts de bureaucratie engagés en termes de salaires des DAM sont élevés. Il apparaît également utile de souligner qu'en cas d'échec des actions des DAM ou de réorganisation des CPAM, il revient alors à la CNAMTS de rechercher une réorientation des DAM vers d'autres métiers.

La relation DAM/médecin reflète l'existence d'une asymétrie d'information en termes de connaissances médicales, car les DAM – recrutés généralement en interne aux caisses d'assurance maladie – doivent acquérir des formations scientifiques et adaptées. Les médecins peuvent profiter de cette situation et élaborer des jeux stratégiques à leur avantage. Cependant, les visites des DAM sont complétées par celles des médecins conseils quand il s'agit de thèmes médicaux complexes. Selon le rapport de l'IGAS, les médecins marquent une préférence pour les visites des DAM. On peut supposer que les médecins conseils sont perçus comme des contrôleurs et provoquent un rejet chez les médecins visités. Toutefois, les médecins conseils viennent en appui aux DAM pour les thèmes complexes de maîtrise médicalisée et participent à leur formation.

Le travail des DAM soulève un certain nombre de questions. En effet, les DAM se sont spécialisés soit par thème de maîtrise ou par secteur (médecine de ville/médecine hospitalière). Leurs visites aux médecins sont systématiques dans certaines circonscriptions de CPAM. Si la spécialisation des DAM peut faciliter leurs interventions dans un domaine de connaissance complexe, la systématisation de leurs visites aux « bons » et aux « mauvais » médecins annule l'effet signal que peuvent produire leurs visites aux « mauvais » médecins. Ainsi, les caisses d'assurance maladie pourraient réorienter les visites des DAM vers les médecins qui ne respectent pas leur engagement ni les taux des objectifs des thèmes médicalisés. Cette solution peut être riche d'enseignement pour l'ensemble des médecins. Or, actuellement les DAM n'exercent pas un rôle de monitoring auprès des médecins déviants. Il apparaît que les médecins ayant une grande activité, rencontrés par les DAM ne modifient pas forcément leur comportement. Le plan d'action élaboré par la CNAMTS dans l'organisation des interventions des DAM ressemble plus à des actions de diffusion et de collecte d'information, car il vise l'ensemble des médecins. Dans ce cadre de relation informelle, les médecins ne rejettent pas en général les visites de DAM. Ils acceptent la valeur informationnelle que représentent les DAM tout en gardant un avantage informationnel sur la décision médicale et la production des soins.

En outre, le nombre de DAM est devenu important, (1000 personnes en fin 2008/début 2009) ce qui engendre des coûts de transaction non négligeables pour l'assurance maladie. Leurs salaires ne sont pas uniformes sur l'ensemble du territoire et varient généralement entre « niveau 3 » et « niveau 5 », selon la grille des caisses d'assurance maladie. Selon la caisse nationale d'assurance maladie, les actions de maîtrise médicalisée des dépenses de santé mises en oeuvre lui ont permis d'atteindre son objectif. Or, les dépenses de santé n'ont pas connu de baisse significative. Les actions engagées par la CNAMTS s'inscrivent dans une dimension de recherche d'un « ralentissement » de l'évolution des dépenses et non d'une maîtrise au sens « baisse » des dépenses. Dans le cas du médicament, sur la période 2005/2007, les statistiques

des dépenses de santé relatives à ce poste¹⁸, montrent que, bien que le nombre total des consultations et des visites ait connu une baisse, le montant total des médicaments « classiques » a connu une faible progression. Ainsi, le ratio (montant des médicaments rapporté au nombre de consultations et visite) a sensiblement augmenté, montrant que le montant moyen de médicaments délivrés par prescription est faible progression.

En conclusion, même si cette augmentation des dépenses n'est pas très forte, les dépenses du médicament ont progressé malgré l'intervention des DAM. Le montant moyen du médicament par prescription a augmenté d'une manière soutenue depuis la mise en place des DAM. Toutefois, la CNAMTS considère que malgré les effets externes négatifs – tels que l'arrivée sur le marché de médicaments coûteux - contrecarrant l'action des DAM, la maîtrise médicalisée a joué pleinement son rôle. Sur la période 2007/2006, les statines ont enregistré une baisse sensible (-3,7%) ainsi que les psychotropes (-4,1%). Toutefois, la CNAMTS défend l'idée selon laquelle, les actions des DAM et des caisses ainsi que les autres mesures relatives à la politique du médicament (baisse des prix développement des génériques) ont contribué fortement au ralentissement des dépenses des médicaments. Selon cette même institution « *Grâce aux effort conjugués des médecins libéraux, des assurés sociaux et de l'assurance maladie, la maîtrise des dépenses de santé, après de bons résultats constatés en 2005, obtient à mi-année des résultats encourageants à 475 millions d'euros* » (Point d'information mensuel CNAMTS, 10 octobre 2006)¹⁹.

En outre, les actions de maîtrise médicalisée portant sur le médicament ont subi des effets externes négatifs et positifs. L'effet DAM sur les médecins n'est pas unique, il se conjugue à celui des effets externes. En l'état actuel des données, il apparaît difficile de soutenir l'idée selon laquelle les DAM influent d'une manière positive sur les comportements des médecins. Par conséquent, deux pistes de réflexion se dégagent. La première consiste à trouver des formes de coordination qui complètent la convention, telles qu'un arbitre neutre. La deuxième solution stipule que les DAM devraient se consacrer dans leurs visites aux médecins les plus déviants.

Ainsi, pour évaluer les économies réalisées par l'action des DAM à travers notamment la promotion des thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, il faut comparer les économies annuelle réalisées par l'assurance maladie face aux coûts de transactions engendrés par les DAM (frais de transport.....) plus leur masse salariale globale annuelle.

18 Dépenses propres à la branche risque maladie (hors accident du travail, maladies professionnelles et risque maternité). Il s'agit des médicaments remboursés à 100%, 80%, 65% et 35%, hors hormones de croissance, anti- rétroviraux, médicaments d'exception, vaccin antigrippal et ROR.

19 Information disponible sur le site Internet ameli.fr

Conclusion

Dans la perspective des contrats incomplets, qui partagent un grand nombre de postulats avec la théorie des coûts de transaction, il nous apparaît utile de s'engager dans un processus afin de trouver une organisation permettant non seulement une baisse des coûts de transaction mais aussi un mode de coordination efficient. Les institutions économiques ont différents degrés de performance (Ménard, [2003]). On peut s'interroger sur le mode de fonctionnement de l'instance d'arbitrage que constitue la CPL. Quand le médecin ne respecte pas ses engagements, on peut imaginer une instance locale, chargée d'une vérification de l'effort individuel *ex post*. Celle-ci serait-elle plus efficiente que le cadre conventionnel actuel ? Une autre piste de recherche peut s'orienter vers la récompense des « meilleurs efforts » (Tirole, [1988]) dans le cadre de la convention globale. Ainsi, il faudrait se pencher à terme sur l'instauration du dispositif du CAPI (contrat d'amélioration des pratiques) - qui permet la rémunération des médecins qui s'engagent à respecter des recommandations de la Haute Autorité de Santé (cf. article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale) - [afin d'évaluer son impact tant sur les dépenses de santé que sur la qualité de vie des patients.](#)

Actuellement l'assurance maladie supporte tous les risques, ce qui induit un déficit des dépenses d'assurance maladie, et elle procède le cas échéant au partage du surplus d'une manière collective, sous forme de revalorisation des tarifs des actes à partir de l'observation de l'effort collectif des médecins. Cette situation ne permet pas d'atteindre le stade d'équilibre et nécessite la recherche d'autres solutions. En outre, il apparaît important de prendre en compte la dimension complexe de la décision médicale dans toute forme incitative. Pour compléter la convention, on peut opter également pour un mécanisme de surveillance qui pourrait être exercé par un arbitre plus efficace que la CPL qui travaille en collaboration avec les DAM. Une autre solution consiste à défendre l'idée selon laquelle l'intervention des DAM ne devrait pas être systématisée auprès des médecins. Mais, elle doit correspondre à un signal fort réservé aux médecins ne respectant pas leurs engagements. En ce qui concerne le problème d'asymétrie d'information entre médecin et DAM, les caisses pourront offrir une meilleure formation scientifique à leur DAM et/ou privilégier dans leur embauche des personnes ayant suivi un cursus scientifique ou des auxiliaires médicaux (infirmier, masseurs-kinésithérapeutes...).

Bibliographie.

- Akerlof G. [1970], « The Market of Lemons : Quality Uncertainty and Market Mechanism », *The quarterly journal of economics*, vol 84, pp. 488-500.
- Arrow KJ. [1963], « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *The American economic review*, vol LIII, n° 5, pp. 941-973.
- Batifoulier P. [2001], *Théorie des conventions*, Paris, Economica.
- Béjean S., Peyron C [1998], "Efficacité des procédures d'allocation des ressources : quand l'équité vient au secours de l'économie", *Santé et économie, Les cahiers du G.R.A.T.I.C.E.*, Université Paris XII Val-de-Marne, CREDES, n° 15, 2^{ème} trimestre pp. 148-168.
- Brousseau E., Glachant J-M. [2000], « Economie des contrats et renouvellement de l'analyse économique », *Revue d'économie industrielle*, n° 92, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre, pp. 23 et s.
- CA Gaither, RB Bagozzi, FJ Ascione, DM Kirking : « The determinants of Physician Attitude and Subjective norms towards Drug Information Sources : Modification and Test of The Theory of Reasoned Action », *Pharmaceutical Research*, vol. 14, n°10, 1997.
- Carbonnier J. [1985], *Les obligations*, Droit civil, PUF, Thémis.
- Charreaux G., [2002] « La théorie de l'agence : positionnement et apport », *Revue d'économie industrielle*, n° 92, 2^{ème} et 3^{ème} trimestres, pp. 193-273.
- Chassagnon A. [2002], « Externalité d'information et concurrence : formuler l'incertitude pour une efficacité optimale », Lavoisier Hermes sciences.
- Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, *Journal officiel*, France, 12 janvier 2005.
- Cooper J., Reibitzer B. [2006], « Managed Care and Physician Incentives : the Effect of the Cost and Quality of Care », *Contributions to Economic Analysis and Policy*, Volume 5, Issue 1, article 16, The Berkeley Electronic Press.
- CNAMTS. [2006], « Point d'information mensuel », 10 octobre, 2006, ameli.fr
- Ecalte F. [2007], « Réformer l'assurance maladie », *Problèmes économiques*, La documentation française, octobre, pp. 44-47.
- Elme (d'), P. Ginsbourg A. [1972], *Public et santé publique*, Paris, E.P. Denoël.
- Geoffard P-Y. [2005], « A quoi peut servir la concurrence en assurance maladie », *Revue d'économie politique*, octobre-novembre, pp. 611.
- Grossman S.J and Hart O.D. [1986], « The Cost and Benefits of Ownership : a Theory of Vertical Integration », *Journal of Political Economy*, pp. 691-719.
- IGAS [2007], « L'information des médecins généralistes sur le médicament », *Rapport n° RM 2007-136P*, Septembre.
- Jessua C., Labrousse C., Vitry D. [2001], « Dictionnaire des sciences économiques », Paris, Puf.
- Kyriat T. [2003], « L'allocation des risques dans les contrats : de l'économie des contrats « incomplets » à la pratique des contrats administratifs », *Revue internationale de droit économique*, XVII, 1-2003/1.
- Langevoort Donald C., « Monitoring : the Behavioral Economics of Inducing Agents Compliance with Legal Rules », *CLEO Research Paper number C01-7*.
- Le Coz P. [2007], *Petit traité de la décision médicale*, Paris, Seuil.
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, *Journal officiel*, France, 17 août 2004.
- Lordon F. [2007], « La légitimité n'existe pas - Eléments pour une théorie des institutions », *Cahiers d'économie politique*, L'Harmattan.
- Lupton S. [2007], « Il était une fois la qualité », *Laboratoire d'économie Dionysos*, Université Paris 8.

Mahyaoui Y. [2003], « Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins », Thèse de doctorat, Système de Soins Hospitaliers, Université Paris Diderot, Faculté Lariboisière.

Ménard C. [2003], « L'approche néo-institutionnelle : des concepts, une méthodologie, des résultats », Cahiers d'économie politique, n° 44, L'Harmattan.

Niskanen, William A. [1971], Bureaucracy and Representative Government, Chicago, Aldine

Orléan A. [1989], « Pour une approche cognitive des conventions économiques », Revue économique, vol. 40, n°2, pp. 241-250.

Orléan A. [2004], Analyse économique des conventions, Paris, Puf.

Polanyi K. [1944], The great Transformation, New York, Farrar Rinehart.

Polanyi K. [1968], Primitive, Archaic And Modern Economies, Dalton G. (ed), New York, A. M. Kelley.

Salanié S. [1995], « Incitation et théorie des contrats », Les nouvelles théories économiques, Cahiers français, La documentation française, n° 272, juillet-septembre.

Tirole J. [1999], « Incomplete Contracts : Where do We Stand », Econometrica, vol 67, n°4, juillet, pp. 741-781.

Tirole J. [1988], The theory of Industrial Organisation, MIT. Press, Mass, Cambridge, 1988.

Ulmann P. [2007], « La maîtrise des dépenses de santé est-elle souhaitable? », Problèmes économiques, La documentation française, juillet, pp. 15-27.

Vahabi M. [2002], « From Walrasian Equilibrium to Incomplete Contracts : Making Sense of Institutions », Economie et institution, n° 1, pp. 99-143.

Vahabi M. [2004], The Political economy of Destructive Power, Chetelhem, UK, Northampton, MA, USA, Edward Elgar.

Williamson O.E. [1985], The Economic Institutions of Capitalism, New York, Free press; traduction française, Williamson O.E. [1994], Les institutions de l'économie, Paris, Interédition.

Willinger M. [2000], "La théorie des contrats dans un contexte expérimental : un survol des expériences sur les relations "principal/agent", Revue d'économie industrielle, n° 92, 2^{ème} et 3^{ème} trimestres, pp. 237-253

World Health Organisation, [2006], « Using Indicators to Measure Country Pharmaceutical Situation », Fact book on Level I and Level II monitoring indicators.

A paraître :

Vahabi M. [2009], "The Political economy of Destructive Power", American Journal of Economics and Sociology, vol 68, 2009.