Motivations médicales et politiques d'incitations. La motivation intrinsèque contre la théorie de l'agence?

Nicolas Dasilva

► To cite this version:

Nicolas Dasilva. Motivations médicales et politiques d'incitations. La motivation intrinsèque contre la théorie de l'agence?. Journal de gestion et d'économie médicales, 2011, 29, pp.351 - 351. 10.3917/jgem.118.0351 . hal-01480862

HAL Id: hal-01480862

<https://hal.science/hal-01480862>

Submitted on 4 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Motivations médicales et politiques d'incitations

La motivation intrinsèque contre la théorie de l'agence ?¹

Da Silva Nicolas

EconomiX

Bâtiment G, Bureau 301

Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France

200 avenue de la république,

92 001 Nanterre Cedex

¹ Une première version de ce texte a fait l'objet d'une communication au séminaire d'économie politique de la santé (SEPOSA) et d'une communication publiée au colloque de l'Association d'Economie Sociale (AES) [1]. L'auteur souhaite remercier vivement les organisateurs et les participants de ces deux manifestations ainsi que les rapporteurs anonymes du *Journal d'Economie Médicale* qui ont fortement contribué à l'amélioration de la version initiale de ce texte. L'auteur reste cependant le seul responsable des imperfections subsistantes.

Résumé

Une des raisons invoquées pour expliquer les effets limités des incitations financières sur le comportement du médecin tient à l'hypothèse de substituabilité des motivations. Les motivations extrinsèques évinceraient les motivations intrinsèques (MI). Nous cherchons ici à montrer que la théorie de l'agence ne permet pas de tirer toutes les conséquences de la notion de MI ce qui rend alors encore plus difficile l'explication du « crowding out effect ». Dans un premier temps, il semble que le COE soit imputable à une asymétrie d'information entre la tutelle et le médecin. Mais dans un second, temps nous mettons en avant les difficultés soulevées par l'hypothèse de MI. Elle suppose en effet que l'effort ne soit pas strictement « désutile » et que le médecin soit capable d'un authentique désintéressement.

Mots clefs : Médecin – Motivation intrinsèque – Motivation extrinsèque – Prestige – Désintéressement – Effet d'éviction – Effort – Théorie de l'agence.

Summary

One reason cited for the limited effect of financial incentives on physician behaviour is the assumption of substitutability of motivations. Extrinsic motivations crowd out intrinsic motivation (IM). We seek to highlight that agency theory cannot take in account all the consequences of the hypothesis of IM. That is why this theory has some difficulties to explain the “crowding out effect” (COE). At first time, it seems that the COE is consequently to an asymmetry of information between the authority and the physician. In a second step, we highlight the difficulties raised by the assumption of IM. It assumes that the effort is not strictly « unuseful » and that the doctor is able of genuine selflessness.

Key words : Physician – Intrinsic motivation – Extrinsic motivation – Prestige – Selflessness – Crowding out effect – Effort – Agency theory.

Introduction

Selon une représentation classique en économie de la santé, le médecin est avantagé par un surplus d'information au détriment du patient et de la tutelle. D'après les résultats de la théorie de l'agence, cette situation asymétrique entraîne du côté de l'offreur de soin un comportement opportuniste qui peut porter préjudice au bien être collectif et altérer la réduction des dépenses de santé [2]. Il convient alors pour le régulateur de mettre en place des politiques publiques capables de remplacer l'attitude naturellement opportuniste du médecin par un comportement à la fois économe en ressources rares et hautement qualitatif. Dans cette perspective, il est recommandé au législateur de remplacer ou de compléter les systèmes de rémunération traditionnels (capitation, salariat et, surtout, paiement à l'acte) par des mécanismes d'incitation récompensant les comportements jugés souhaitables pour le bien être collectif [3]. C'est notamment à partir de ce cadrage théorique que les politiques publiques contemporaines s'engagent [4].

En France, cette tendance s'est clairement renforcée ces dernières années. On peut à ce titre citer la mise en place d'incitations financières à l'installation des médecins dans des zones de sous densité médicale². Dans une certaine mesure, on peut également interpréter le forfait des médecins s'occupant de patients atteints par une ALD comme une incitation à leur prise en charge³. De même, d'autres mécanismes incitatifs ont été décidés par le régulateur pour améliorer les performances en termes de prévention. Plus particulièrement, depuis 2009, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) a été proposé aux médecins. Il s'agit, au moyen d'incitations financières basées sur plus de 16 indicateurs de résultats, d'infléchir le comportement des médecins pour qu'ils développent les soins de prévention, le

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

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

suivi des maladies chroniques et l'optimisation des prescriptions⁴. L'incitation financière vient récompenser, lorsqu'il existe, le « bon » comportement (la performance), c'est-à-dire celui qui permet d'atteindre les résultats attendus par la tutelle.

Encore plus récemment, en s'appuyant sur le grand nombre de médecins ayant signé le CAPI malgré la réticence des syndicats [5], l'article 26 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 [6] prévoit de généraliser le paiement à la performance à l'ensemble de la profession⁵ : « Au regard des résultats encourageants de cette expérience, les partenaires conventionnels estiment qu'il est désormais possible de généraliser ce mode de rémunération complémentaire à l'ensemble des médecins, dans un cadre désormais conventionnel » (p. 33). Ce dernier événement nous semble alors être un nouvel argument favorisant un besoin d'expertise sur la question du rôle des incitations financières dans la régulation des médecins.

En effet, l'efficacité de tels mécanismes pose problème. Les nombreuses études qui cherchent à établir une corrélation entre rémunération à la performance et résultats (financiers et/ou qualitatifs) ne permettent pas d'établir une conclusion définitive [7 et 8]. Par exemple, il n'est pas apparu que l'introduction d'incitations financières ait modifié considérablement les performances des systèmes de santé catalan [9], américain, ou anglais [10].

Ces résultats invitent à explorer les rapports entre les formulations théoriques et les applications empiriques. Une orientation possible de ce travail de recherche consiste à questionner les hypothèses canoniques du cadre standard d'agence, à partir duquel sont construites ces politiques publiques incitatives. En effet, si la théorie économique permet de montrer clairement le lien de causalité entre le type d'incitation proposé aux médecins et les comportements adoptés, les résultats empiriques ne permettent pas de le confirmer. En

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

⁵ Notons néanmoins que les médecins ne voulant pas bénéficier du paiement à la performance peuvent s'en décharger en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la caisse d'assurance maladie au moment de leur adhésion à la convention dans la limite de trois mois après la publication de la convention au journal officiel ou, trois mois après leur installation pour les nouveaux installés (Article 26).

présence de telles « anomalies », il semble opportun d'interroger les hypothèses comportementales fondatrices de la théorie de l'agence.

L'une des pistes de recherche qui prend de l'épaisseur suppose l'existence de plusieurs registres de motivation [11]. D'après un grand nombre de travaux en psychologie sociale, dont les auteurs fondateurs sont Deci et Ryan [12], le comportement individuel serait en tension entre une motivation intrinsèque (MI) et une motivation extrinsèque (ME) :

- Motivation intrinsèque : l'action est entreprise pour la satisfaction inhérente à son accomplissement. L'individu la trouve attractive en soi, et, de ce fait, aucune récompense extérieure n'est nécessaire : c'est un comportement spontané. L'un des exemples standard en psychologie est celui de l'enfant qui tond le gazon de la maison familiale simplement parce qu'il trouve cette activité attrayante en soi.

- Motivation extrinsèque : si la MI est d'une importance primordiale dans le processus de croissance individuelle, force est de constater que la majorité des interactions sociales ne sont pas attrayantes en soi. Un très grand nombre d'actions sont extrinsèquement motivées. Elles sont poursuivies dans une optique instrumentale au sens où elles visent l'obtention d'un résultat extérieur à l'action elle-même. Si l'on reprend notre exemple, l'enfant extrinsèquement motivé tond le gazon devant la maison familiale uniquement parce qu'il y voit un moyen d'atteindre un objectif externe (gagner de l'argent de poche ou éviter une punition).

Remarquons que mettre en évidence l'existence de ces deux sources distinctes de motivation (MI et ME) n'est pas utile en soi pour l'économiste. L'intérêt ici est de questionner les rapports qu'entretiennent les différents registres de motivations. En effet, la théorie économique traditionnelle ne conteste pas forcément l'existence de MI mais plutôt l'idée que les motivations seraient substituables⁶. Selon elle, MI et ME seraient

⁶ C'est notamment la critique que font Arrow [13] et Solow [14] à la thèse de Richard Titmuss [15] sur le mode de transfert de sang optimal. Dans un contexte de pénurie de sang, ce dernier explique que l'introduction d'un

complémentaires. Inciter (ME) un individu pour une tâche qu'il valorise déjà intrinsèquement aurait pour seul effet de rendre cette tâche encore plus attrayante. A l'inverse, l'hypothèse de substituabilité des motivations, basée sur les travaux de Deci et Ryan [12], stipule que l'introduction d'un schéma d'incitation extrinsèque, alors qu'une activité était auparavant intrinsèquement motivée, serait à l'origine de ce qu'on appelle un effet d'éviction (« crowding out effect » ; COE) des MI par les ME.

C'est Edward Deci [18] qui met en évidence empiriquement pour la première fois le comportement d'éviction. Selon lui, un individu, s'il est intrinsèquement motivé à l'accomplissement d'une tâche, peut réduire sa motivation globale lorsqu'un régulateur (public ou privé) lui impose un schéma d'incitation : on dit que la ME évince la MI. Lorsqu'une ME est introduite, le sens de l'action change, ce qui peut la rendre moins attrayante. Dans notre exemple précédent, il y a COE si l'enfant qui tondait le gazon pour son propre plaisir voit sa MI diminuer dès lors qu'une ME est introduite (punition ou récompense).

Ainsi, contrairement au cadre standard, en économie, de complémentarité des motivations, l'hypothèse d'éviction semble permettre la compréhension des effets limités des mécanismes incitatifs sur le comportement des médecins. Dans cette optique, introduire des incitations pour les médecins peut avoir pour effet de réduire leur MI et les politiques publiques de rémunération à la performance ne seraient pas uniquement inutiles, elles seraient aussi nuisibles.

Une telle perspective n'a de sens que si l'on considère que le médecin est effectivement pourvu de MI. C'est l'opinion commune et notamment celle de la plupart des

prix pour un bien qui autrefois relevait du don aurait pour conséquence de réduire significativement la quantité et la qualité du sang échangé. La MI à donner son sang serait ainsi réduite par l'existence de « donneur » extrinsèquement motivés, c'est-à-dire payés. Pour ces raisons Titmuss s'oppose radicalement à l'ouverture d'un marché du sang. Les deux prix Nobel d'économie sont en revanche plus mesurés et ne voient pas pour quelles raisons l'existence de « donneurs » extrinsèquement motivés aurait un effet sur les donneurs intrinsèquement motivés (voir les travaux de Frey [11] et Steiner [16] pour plus de détails sur ce moment du débat théorique). C'est alors, depuis les années 70 jusqu'à ces dernières années, la thèse de complémentarité des registres de motivation qui est restée dominante en économie. Ce sont les travaux de l'économiste suisse Bruno Frey qui vont contribuer à rouvrir le débat.

patients. C'est aussi celle de l'économie de la santé qui s'est construite sur l'article fondateur d'Arrow [17]. Or, selon cet article séminal, tout particulièrement pour la théorie de l'agence, le médecin ne peut être considéré comme un simple entrepreneur individuel ou un simple « barbier », il est animé d'autres motivations de nature déontologique qui inspirent la confiance. Il est alors possible de prendre au sérieux l'existence de MI chez les médecins, rendant ceux-ci plus susceptibles d'être sujet au COE.

Cependant, bien que cette théorie du COE fasse preuve d'un potentiel explicatif important, elle demeure difficilement vérifiable. En effet, pour mettre en évidence empiriquement un éventuel COE, il convient de définir ce qu'est une MI dans le langage de l'économie. Les problèmes de politique économique (substituabilité ou complémentarité des motivations) et de théorie économique (pertinence de la théorie de l'agence) sont rabattus sur un problème de définition des concepts.

Dans cette perspective, certains travaux empiriques en économie de la santé ont déjà essayé de définir quels comportements relèvent de la MI et de la ME. C'est particulièrement le cas de Videau [19] qui a cherché à identifier les perturbations de la notion de MI sur l'arbitrage travail loisir du médecin. En cherchant à démontrer l'existence d'un COE chez les médecins libéraux de la région PACA, Videau et al. [20] ont associé les MI à des variables comme suivre des formations en santé publique, déclarer ne pas avoir besoin de rémunération spécifique, faire un don de temps, alors que les ME sont associées à ne pas réaliser d'actes gratuits ou demander une aide en personnel (car la prévention prend du temps). De la même façon, Lievaut [21] cherche à identifier un COE à partir de l'érosion des actes gratuits au profit des actes payants. Les difficultés de faire la preuve empirique d'un COE sont en partie imputables à la difficulté à définir les différents registres de motivations et tout particulièrement les MI.

C'est pourquoi nous proposons dans cet article une réflexion conceptuelle sur les motivations médicales à partir des définitions princeps proposées par les psychologues sociaux et la façon dont elles ont été réinsérées dans le langage de la théorie de l'agence. Il ne s'agit pas ici de faire une revue de la littérature systématique⁷ mais, de montrer l'incapacité de la théorie de l'agence à intégrer la notion de motivation intrinsèque et, par conséquent, celle de COE. Notre travail cherche à montrer que la notion de MI n'est pas compatible avec la conception standard de la rationalité médicale, avec ou sans altruisme, mobilisée par la théorie de l'agence, et tout particulièrement avec l'hypothèse d'une désutilité de l'effort du médecin. L'hypothèse de MI, par ce qu'elle relativise l'importance des comportements purement instrumentaux, doit nécessairement déboucher sur la prise en compte d'une certaine forme de désintéressement. Ainsi, à rebours de certaines conceptions de la MI qui cherchent à la ré-encastrent dans la théorie du choix rationnel, nous cherchons au contraire à montrer que la compréhension des motivations médicales exige de prendre ses distances avec ce cadre d'analyse standard.

Le raisonnement est mené en deux temps. Dans un premier temps, nous montrons que le COE, quand il est ramené à une relation d'agence, est le résultat d'un simple problème d'information modifiant la stratégie des individus (1.). Dans cette perspective, la MI est réduite à un problème de confiance ou de prestige. Pourtant, dans un second temps, nous verrons que cette hypothèse de MI, en posant la question du sens de l'activité médicale, est difficilement incorporable au cadre standard d'analyse économique basé sur la désutilité de l'effort et l'intéressement (2.).

1. L'éviction des MI comme simple problème d'asymétrie d'information

⁷ Pour une revue de la littérature de l'application des concepts de MI et de COE en économie, on peut se reporter à l'important travail de Rebitzer et Taylor [22]. Voir également Frey et Jegen [23] pour une perspective empirique.

Frey [11] et Kreps [24] ont offert les premières contributions en économie portant sur la substituabilité des registres de motivation. Récemment ces analyses pionnières ont été synthétisées par Bénabou et Tirole [25 et 26] en recentrant le problème d'éviction dans le cadre d'une relation d'agence. Dès lors l'incitation, dans un contexte d'asymétrie d'information, va être interprétée comme un signal sur d'éventuelles informations cachées. Le COE peut ainsi être expliqué soit par un problème de confiance (1.1.), l'incitation est un signe de perte de confiance du principal sur les capacités de l'agent, soit par un problème de prestige (1.2.), l'incitation est un signal négatif sur la personnalité de l'agent. La question de la MI est alors rabattue sur une question de confiance ou de prestige.

1.1. L'effet d'éviction provoqué par un problème de confiance médecin-tutelle

Traditionnellement les économistes considèrent que le médecin (agent) dispose d'une position avantageuse sur le marché du soin puisqu'il est détenteur d'un stock d'information plus important que le principal (demandeur de soin). Une telle conception peut être remise en cause en supposant que c'est le principal qui dispose d'une information privée sur le médecin. Celle-ci porte sur un élément déterminant le paiement de l'agent, c'est à dire soit sur ses caractéristiques (compétence, expérience, formation...) soit sur la tâche elle-même (difficulté, intérêt...). L'agent ignore cette information mais en reçoit tout de même un signal imparfait qu'il pourra utiliser par la suite. Ces hypothèses sont au cœur du modèle de principal informé présenté par Bénabou et Tirole [25] dans le quel c'est un problème de confiance, comme chez Frey [11] et Kreps [24], qui provoque le COE⁸.

Le principal, ayant intérêt à ce que l'agent essaie et réussisse la tâche proposée, peut chercher à l'inciter financièrement. En plus des effets habituels de l'incitation sur les

⁸ Frey, Kreps, Bénabou et Tirole ne s'intéressent pas spécifiquement au cas du médecin. Nous proposons dans cette étude d'appliquer leur analyse au domaine médical.

contractants, Bénabou et Tirole [25] mettent en évidence l'existence d'un « confidence-management motive ». Il s'agit du pouvoir de gestion que détient le principal sur la confiance en soi de l'agent. Remarquons donc qu'il s'agit d'un type de confiance tout à fait original, bien différent du sens commun. C'est, ici, une probabilité subjective de réussite de l'agent (évaluée par lui) qui se trouve dépendante de la stratégie de manipulation d'information du principal. Il y a alors un lien entre la confiance en soi de l'agent et la confiance que le principal accorde à l'agent, cette dernière étant entendue comme la probabilité subjective de réussite de l'agent calculée par le principal. La confiance du principal sur la probabilité de réussite de l'agent est ainsi directement liée, à travers l'incitation, à la confiance en soi de l'agent.

L'agent sait que le principal est informé et qu'il peut utiliser cette information à son désavantage. Donc, de son point de vue, l'incitation est un signal de l'information cachée qu'il convient d'interpréter. Il ajuste alors ses croyances en fonction de l'interprétation qu'il se fait de la régulation et choisit son comportement en conséquence. L'effet d'éviction émerge lorsque l'agent voit dans l'incitation du principal un signal négatif sur l'information cachée. Selon les auteurs, c'est le cas lorsque l'incitation est forte parce qu'elle est interprétée comme une mauvaise nouvelle sur la difficulté de la tâche. L'incitation décourage alors l'effort en réduisant la confiance en soi de l'agent.

Parmi la diversité des relations d'agence liant le médecin au système de santé, nous pouvons circonscrire notre application au cas où les pouvoirs publics offrent au médecin une récompense extrinsèque en échange d'un surplus d'efforts (orientés vers la prévention notamment). Dans cette perspective, pour qu'il y ait COE sur la base d'un problème de confiance, le régulateur doit détenir une information sur le médecin suffisamment importante pour que celle-ci ait une influence sur sa rémunération. Nous proposons plusieurs illustrations du type d'informations susceptibles d'avoir ces caractéristiques :

- Capacité des médecins à atteindre les objectifs affichés par le régulateur. Sachant que ceux-ci sont fixés librement par la tutelle (pas de négociation), les médecins peuvent être incertains quant à la possibilité d'atteindre les objectifs. Nous savons, par exemple, que depuis 1996 le parlement vote l'ONDAM qui, malgré de nombreux efforts, n'est que rarement respecté⁹. Si l'objectif n'est pas crédible, l'incitation peut être interprétée par les médecins comme un manque de confiance de la tutelle sur leur capacité à réussir la tâche.

- Difficultés administratives liées à l'enregistrement des objectifs. Les médecins français, n'étant pas suffisamment dotés en technique d'information [28], peuvent interpréter les incitations comme une preuve de la lourdeur administrative du dispositif. Encore une fois la mise en place d'incitation financière peut être perçue comme un signe de difficulté de la tâche, ce qui peut donc décourager l'effort (par l'intermédiaire de la confiance en soi de l'agent médecin).

Ces deux informations (objectif de dépense et difficulté administrative) semblent répondre aux exigences imposées : elles sont en possession des pouvoirs publics mais pas nécessairement des médecins et elles influent sur la rémunération de ces derniers. Le médecin peut ainsi interpréter l'incitation comme une information sur la difficulté de la tâche (un déficit de confiance de la part de la tutelle). Et, en conséquence, il va, malgré un revenu potentiellement croissant, réduire son niveau de motivation et donc son effort. La MI à l'atteinte d'un objectif est évincée par la ME. Cependant ce n'est pas la seule explication au COE. En effet, accepter une incitation change aussi le sens des actions.

1.2. L'effet d'éviction chez le médecin causé par la recherche de prestige

⁹ Objectif national des dépenses d'assurance maladie [27].

L'exercice de la médecine est une source de prestige qu'un comportement purement et ouvertement opportuniste remettrait en cause. Pour prendre en compte ces effets, il est possible de se référer à la distinction de Frey [11] entre service public et organisation privée ou bien au modèle à extraction de signal de Bénabou et Tirole [26] tous deux reposant sur l'hypothèse d'« overjustification effect ». L'idée est que rémunérer une action en change le sens et sa justification, ce qui, en conséquence, rend l'action moins attrayante et réduit la motivation¹⁰. Selon cette approche, en plus de la MI et de la ME, les individus sont mûs par une motivation réputationnelle (MR). Celle-ci est associée aux aspirations qu'ont les individus à être reconnus socialement. C'est une mesure de leur sensibilité au prestige social. La motivation d'un individu est alors le résultat d'un savant calcul entre les différentes utilités qu'il retire, compte tenu de ses préférences, des politiques d'incitations (ME) et de la double influence de la société (MR), d'une part, et de son « être intérieur » (MI), d'autre part. À partir de ce cadre d'analyse, on peut distinguer deux types d'effets dont une vérification empirique est proposée par Ariely et al. [31].

Premièrement, on observe un effet direct des récompenses sur la motivation. Les ME compromettent la valeur réputationnelle de la bonne action. Accepter une incitation pour une tâche quelconque revient à « surjustifier » son comportement et ainsi à en modifier le sens. L'individu en question, afin de ne pas paraître avide, préfère refuser une rémunération supplémentaire (ME) plutôt que de risquer l'opprobre (MR). La ME change la signification de l'acte ce qui le rend moins attrayant. En effet, l'utilité retirée de la ME ne suffit pas à compenser la désutilité engendrée par la mauvaise opinion que se font les autres de moi (MR)¹¹.

¹⁰ D'autres modélisations de la motivation, basées sur l'idée de recherche de prestige, existent [29 et 30], mais nous nous référons ici à celui qui semble être le plus consensuel. Naturellement des différences existent mais nous conservons seulement l'idée générale de ce type de modèles.

¹¹ La ME est un signal pour autrui (MR) ou pour soi (MI) qui engendre une baisse de la motivation.

Du point de vue de l'économie de la santé, cette construction se rapproche de l'idée selon laquelle la déontologie professionnelle est une condition essentielle des libertés dont bénéficie la profession médicale [32]. Les médecins, dans leur quête de pouvoir face à l'État et aux caisses d'assurance maladie, mettent en avant le prestige social de la profession. Cette dimension éthique leur permet aujourd'hui de défendre en contrepartie un ensemble de libertés coûteuses pour la collectivité (libre prescription, paiement à l'acte, liberté d'installation, dépassements d'honoraires...). Dans cette perspective, il est important pour la corporation que le médecin ne soit pas assimilé à un simple marchand, ce qui peut se traduire par le refus rationnel des incitations.

Une application du modèle à « overjustification effect » au comportement du médecin est donnée par Siciliani [33]. Selon lui, les dispositifs incitatifs sont interprétés par les médecins¹² comme un signal d'avidité qui est sanctionné par le stigmatisme social. Accepter une incitation revient, du point de vue du médecin, à admettre la croyance selon laquelle il faut impérativement le payer plus pour qu'il fasse son travail. La tâche, de prévention par exemple, n'est plus justifiée en elle-même ; elle est surjustifiée par l'incitation. Dans ce modèle, la mise en place d'une politique d'incitation a pour effet de remodeler l'arbitrage des médecins. Ceux-ci doivent procéder à un arbitrage entre effort, gains financiers (provenant de l'incitation) et prestige social. Étant entendu que le fait pour un médecin d'accepter l'incitation est le signal pour les patients d'une forme d'avidité, l'auteur montre que l'arbitrage entre incitations financières et prestige peut engendrer un COE.

Deuxièmement, on peut mettre en avant l'effet des normes sociales sur la motivation. L'action individuelle dépend non seulement des préférences mais aussi des normes sociales, de ce qui est le comportement usuel (approprié). Dans ce contexte, une action qui est considérée normale prend force de règle-contraignante. En effet, si une telle action existe

¹² Pour être plus précis, le modèle de Siciliani suppose une hétérogénéité des médecins dans leur niveau MI (ce dernier étant formalisé par une préférence altruiste plus ou moins prononcée pour la « bonne réputation »).

alors elle est suivie collectivement, et, le fait de refuser de suivre la norme engendre une stigmatisation. À l'inverse, si une action est jugée collectivement utile mais très peu suivie alors le fait de ne pas la suivre n'aura pas d'effets négatifs (ce n'est pas une norme). La décision stratégique d'accomplir ou pas une action repose sur la complémentarité ou la substituabilité de l'action individuelle avec les normes sociales.

Concernant l'activité médicale il semble bien que l'altruisme, l'attention du médecin à l'égard de son patient, n'est pas un acte « héroïque » mais plutôt une attente sociale. Ainsi, le médecin se doit de refuser les incitations pour conserver un certain prestige social. Être un médecin attentif est un comportement normal qui n'est pas valorisé. À l'inverse, l'opportunisme est sanctionné par le discrédit. De ce point de vue, l'incitation n'est pas nécessaire et moins efficace que la publicité des médecins ouvertement opportunistes. Ici la pression sociale est tellement forte (pairs, patients...) qu'il est impossible d'accepter une rétribution au risque d'être stigmatisé par la société.

2. La dissolution des motivations intrinsèques médicales dans le calcul rationnel

Si l'on suit les modèles économiques standards de la motivation, le médecin est réduit à un calculateur acheteur de prestige alors que la MI devrait sortir l'individu du monde de l'incitation et de la contrainte financière. En effet, elle doit poser la question du déclenchement de l'action (intrinsèque ou extrinsèque) et de l'orientation des actions (vers quel objet est tournée son action). Dans le cadre des formalisations précédentes, le déclencheur de l'action ne peut être que l'intérêt (ME) donc la désutilité de l'effort reste la règle (2.1.). Or c'est bien ce que remet en cause l'hypothèse de MI. Le corollaire à la réduction du déclenchement du comportement au seul intérêt, est l'obligatoire réduction des orientations possibles du comportement. Le désintéressement véritable est alors impossible (2.2.).

2.1. La MI médicale contre l'hypothèse de désutilité de l'effort

La première difficulté théorique rencontrée est celle de la réduction des motifs du déclenchement de l'action chez les individus. Plus précisément, l'introduction de la MI devait pouvoir assumer l'hypothèse d'un médecin naturellement volontaire à l'accomplissement d'une tâche (MI) ce que ne permettent pas les modèles précédents. De façon traditionnelle, l'agent est considéré comme un tire au flanc et le COE présenté n'a pas de ressorts psychologiques : c'est une logique d'intérêt (ME) qui pousse l'agent à refuser l'effort. Il ne fait que réviser la probabilité qu'il a de réussir la tâche qu'on lui a assigné grâce à l'information contenue dans la ME. Où se trouve alors la MI à la tâche ? Si avant l'introduction de la ME sa motivation était plus élevée ce n'est pas parce qu'il était intrinsèquement motivé mais parce qu'il avait une meilleure probabilité subjective de réussite (et donc une meilleure espérance de gain).

Au mieux, l'hypothèse de substituabilité des motivations est traduite par une fonction d'effort discontinue [34 et 35]. James [34], par exemple, montre que la MI, lorsqu'elle existe, vient compenser la désutilité de l'effort inhérente à tout travail. Mais on peut alors se demander comment l'accomplissement d'une tâche peut à la fois engendrer une désutilité de l'effort (hypothèse standard de désutilité de l'effort) et une utilité de l'effort (hypothèse de MI) ? Comment peut-on en même temps valoriser une action et la déprécier ? Il semble bien que dans ce type de modèles, la MI n'a d'intérêt que parce qu'elle permet de limiter la désutilité initiale de l'effort.

Nous considérons, à l'inverse de la théorie standard, que ce qui est renfermé dans l'hypothèse de MI est une critique du principe de désutilité de l'effort sur lequel la théorie de l'agence est construite. Être motivé intrinsèquement revient à ne pas compter son effort. De ce point de vue Berthe [36] montre de façon très pertinente les insuffisances de cette conception

économique où le travail est uniquement désagréable¹³. La seule façon cohérente de considérer une tâche à la fois comme une utilité et une désutilité serait alors d'avoir une conception physicaliste de l'effort. Dans cette perspective, développée notamment par Charles-Augustin Coulomb (1736-1806) et Jules Amar (1879-1935), il faudrait pouvoir mesurer le « rendement de la machine humaine » et donc le travail (au sens de la science physique) maximal mis en œuvre par les individus compte tenu de leurs capacités physiques. Le problème de ce type de thèse est double. D'une part, la mesure énergétique du travail est incertaine puisqu'elle dépend de la musculature et de l'intensité générée par l'individu singulier qui la met en marche et, d'autre part, rien ne permet de transposer ce modèle au travail intellectuel, même si celui-ci se traduit également par de la fatigue [37].

C'est ainsi que certains auteurs reposent la question de la désutilité de l'effort comme par exemple Liebenstein [38] qui construit une fonction d'utilité de l'effort. Ici le comportement salarié n'est plus à la minimisation de l'effort mais à une maximisation de son utilité de l'effort parce que « l'individu n'est pas heureux quand il n'a rien à faire » ([39], p.55). L'effort n'est alors plus qu'une souffrance, il peut être confortable. Dans le cas du médecin, celui-ci est chaque jour confronté à une multitude de patients avec des besoins et des attentes aussi diverses que complexes. Certains travaux ont mis en avant cette dimension intellectuelle du travail du médecin pour expliquer la pratique des actes gratuits¹⁴ [39]. L'hypothèse d'un médecin naturellement réticent à l'effort devient problématique.

Malgré ces développements, force est de constater que tous les modèles classiques actuels, du modèle canonique d'arbitrage travail-loisir aux modèles plus développés d'agence, sont fondés sur l'effort-souffrance. Le modèle de principal informé, présenté par Bénabou et

¹³ Elle nous rappelle les origines lointaines de la notion d'effort au travail en économie avec Jevons pour qui il s'agit d'une souffrance. Cependant, cette définition doit être remise dans un contexte où le travail était exclusivement quantitatif et physique. Or, depuis la société de service s'est développée où les individus ont un travail dont les tâches se sont enrichies. La grande majorité des tâches accomplies par les salariés mettent en œuvre l'intelligence composante essentielle de la notion économique d'effort.

¹⁴ La sévérité de la maladie permet de sélectionner les patients par une certaine forme d'attraction intellectuelle.

Tirole, n'échappe pas à cette tradition. Il n'est à aucun moment question d'une MI du médecin. Ce modèle ne peut prendre en compte l'hypothèse de MI puisqu'il réduit les éléments déclencheurs de l'action au seul intérêt (ME) au lieu de les étendre (à la MI). Cette stratégie est d'autant plus problématique qu'elle implique une nécessaire réduction des orientations du comportement.

2.2. L'impossible désintéressement du médecin

Prétendre qu'il existe une force intérieure permettant de motiver les individus en plus de la force extérieure revient à postuler l'existence de deux déclencheurs du comportement (MI et ME). Bien que cette proposition relève (presque) de la tautologie, elle nous paraît essentielle dans la mesure où les conséquences logiques de l'hypothèse de dichotomie des motivations n'est pas prise au sérieux. Mais, on ne peut en rester là puisqu'il reste à déterminer ce qui oriente l'action, son contenu concret. Dans le cas d'une action déclenchée par la ME il semble que ce soit l'intérêt lucratif, égoïste et instrumental. Prendre en compte l'hypothèse de MI veut dire que les individus peuvent avoir des comportements orientés spontanément vers autre chose que cette forme d'intérêt. À ce stade de l'argumentation un éclaircissement sur la notion d'intérêt doit être donné.

Selon Caillé [40], il est possible de distinguer deux formes d'intérêt qui, bien que recouvrant des conceptions très différentes, tendent à être systématiquement confondues dans l'intérêt bien compris. D'une part, « l'intérêt à » est un intérêt instrumental au sens où l'action est accomplie par stratégie ou par contrainte. D'autre part, « l'intérêt pour » est lui passionnel au sens où l'action est plaisante en soi. Dans le premier cas ce qui est recherché est le gain

utilitaire dans le second c'est la réalisation de la tâche elle même. De ce point de vue, l'action désintéressée¹⁵ n'est pas une action sans intérêt mais, une action relevant de « l'intérêt pour ».

À ce titre, la théorie du prestige présentée précédemment relève de l'« intérêt à ». En effet, on pourrait croire le médecin désintéressé puisqu'il refuse une incitation qui modifie le sens de son action. Mais, en réalité, s'il refuse cette récompense c'est pour ne pas subir une perte en termes de prestige social [33]. On en revient au simple bilan coût avantage. Dans le modèle à « surjustification » ce qui motive (et entraîne un COE) est la recherche intéressée d'une utilité maximale obligeant un arbitrage entre profit monétaire et prestige social. Ici les MI et MR sont conditionnelles à la maximisation de l'utilité. Le médecin refuse d'augmenter son niveau d'effort, suite à l'incitation, pour ne pas apparaître aux autres (ou à lui-même) comme un opportuniste, qu'il sait être en réalité. Ce type d'argumentation a déjà fait déjà l'objet d'une discussion critique en économie de la santé [41]¹⁶.

De la même façon, dans le modèle à principal informé [25], et, par extension, dans les modèles où l'incitation est une information stratégique, la question de la confiance doit prendre une toute autre tournure. Rappelons que dans ce type de modèle la confiance est réduite à une probabilité subjective de réussite de la tâche. Si celle-ci est suffisamment forte alors le principal peut avoir « confiance » ce qui se traduit par une politique d'incitation faible supposée donner « confiance en soi » à l'agent. Ce dernier interprète l'incitation comme un signal positif et pense pouvoir être capable de réaliser la tâche.

Or, il semble bien que cette conception de la confiance en terme de calcul intéressé est particulièrement peu adapté au monde médical car elle est contradictoire et paradoxale [42]. Elle est contradictoire au sens où s'en remettre à son médecin pour le patient relève d'une autre nature que le calcul intéressé des coûts et des avantages [43]. Mais cette conception est

¹⁵ Dorénavant, nous parlerons de désintéressement au sens « d'intérêt pour ».

¹⁶ Un médecin qui abuse de son pouvoir discrétionnaire est immédiatement sanctionné par les patients qui le stigmatisent. Le prestige devient alors une contrainte de marché (et non la conséquence logique d'un comportement orienté par la signification que donne le médecin à son activité).

également paradoxale parce que si la confiance est basée sur le calcul et que les partenaires le découvrent, la confiance se vide de son sens. Diluée dans le calcul, la confiance n'est plus utile à la coordination. Donner un rôle à la confiance exige ainsi d'admettre l'existence et la puissance coordinatrice de la notion d'« intérêt pour ».

Les difficultés de la théorie standard à intégrer des concepts nomades comme la MI proviennent de l'hypothèse même d'individu intéressé. Tout désintéressement, affiché ou non, est impossible puisqu'en dernière analyse il s'agit pour l'économiste d'intéressement déguisé. Cette tendance à négliger les actions désintéressées vient de ce que Elster [46] appelle, à la suite de Ricœur, l'herméneutique du soupçon. L'économiste, par définition septique et cynique vis-à-vis du comportement humain, passe à côté de ce qui constitue une très grande partie de ce comportement, le désintéressement. Pour expliquer cette posture méthodologique Elster explique, en paraphrasant Tolstoï, que « tous les acteurs intéressés le sont de la même façon, tandis que tous les acteurs désintéressés le sont chacun à leur façon » (p. 14).

De ce point de vue s'il y a un COE, ce n'est pas du fait d'un arbitrage entre prestige et revenus financiers. Prendre en compte l'hypothèse de MI et de désintéressement oblige le théoricien à questionner le sens des actions, ce qui change radicalement le registre d'analyse. Ce qui est en cause dans le cas du COE c'est le sens même de l'activité des individus (à l'opposé d'une logique de calcul selon laquelle il existe théoriquement toujours un prix suffisamment fort pour infléchir l'effort des individus¹⁷). Dès lors, plutôt que de s'attarder à débusquer puis à réduire tous les intérêts au seul « intérêt à », il convient de faire place à l'analyse des différentes dimensions qui structurent et qui motivent l'activité médicale.

À l'évidence, le modèle de l'« overjustification effect » est à l'opposé de ce genre de conception. En effet, c'est par « intérêt à » que les individus s'engagent dans une action

¹⁷ C'est notamment le sens de la contribution de Gneezy et Rustichini [45] pour qui il faut « payer suffisamment ou pas du tout » (« Pay enough or don't pay at all »). Dans ce cas le COE n'est qu'un intervalle monétaire sur lequel la rémunération, considérée comme le prix de l'activité, est jugé trop faible. La conclusion logique est qu'il existe toujours un prix. C'est ce type conception dans le choix du niveau d'analyse (calcul ou jugement) et ses contradictions logiques que nous nous employons ici à mettre en évidence.

désintéressée. On entrevoit tout de suite le paradoxe qui ne peut être résolu qu'en substituant le désintéressement (MI) par un désintéressement instrumental, et, *in fine*, par un pur intéressement (ME). Or, l'idée même de MI est de postuler l'existence de comportements totalement désintéressés.

Conclusion

Dans l'optique d'une intégration du COE dans le cadre de la théorie de l'agence, le travail du médecin reste, comme n'importe quelle autre tâche, une activité dominée par la recherche de l'intérêt et du prestige social. Ainsi, le COE n'est qu'une conséquence d'un transfert d'information qu'occasionne la mise en place d'incitation. Soit l'information est interprétée par le médecin comme une mauvaise nouvelle sur ses capacités à atteindre les objectifs, et c'est en révisant ses probabilités subjectives de réussite qu'il décide de ne pas faire l'effort. Soit l'information est interprétée comme un possible signal d'avidité nuisant à son prestige social.

Cependant, c'est l'essence même de la MI qui est niée par l'arrière plan utilitariste des modèles d'agence. Il devient difficile de pousser l'analyse à son terme puisque l'on omet alors une grande partie de ce qu'est l'activité médicale. Elle n'est pas une peine que l'on vend sur un marché comme un autre. Il s'agit plutôt d'une activité qui a des aspects stimulants et intrinsèquement motivants au cours de laquelle plus qu'un simple service, c'est une forme de don de soi qui est vendu.

Le retour aux intuitions de Frey [12] sur la question des motivations¹⁸ et de Arrow [17] sur la nature de l'activité médicale semble être particulièrement judicieux. En effet, la question posée par l'hypothèse de substituabilité des motivations ouvre de nouvelles

¹⁸ Les individus sont liés par un contrat « moral » implicite basé sur une confiance mutuelle.

perspectives quant à la notion même de MI et de travail. Être intrinsèquement motivé c'est voir dans son travail autre chose qu'un simple gagne pain : c'est lui donner du sens. Dès lors, l'introduction, dans une théorie de l'action, de considérations authentiquement éthiques paraît inévitable.

Enfin, du point de vue de la politique économique, il semble de plus en plus clair que la discussion sur la rémunération des médecins ne doit plus porter strictement sur les aspects techniques du paiement à la performance mais, sur les déterminants (non financiers) de la motivation médicale¹⁹ [46]. À la manière de Andersen [47] par exemple, en plus des déterminants financiers, il convient de s'intéresser aux comportements influencés à la fois par les normes professionnelles et par l'esprit de service public. Ce dernier point est particulièrement bien documenté par Forest [48] dans son analyse de la motivation au travail des médecins au sein de l'hôpital public. L'analyse des sources de la motivation débarrassée du monisme de l'intérêt permettrait ainsi de poser la question essentielle des valeurs, c'est-à-dire celle de la signification de l'activité médicale. Dès lors le COE pourrait s'interpréter comme le résultat malheureux de la confrontation entre différentes valeurs associées à l'exercice de l'activité médicale.

Bibliographie :

[1] Da Silva N. Politique d'incitation du médecin et motivation intrinsèque. Dans Kerleau M, Laguërodie S et Outin J-L. (Ed) *Crise, inégalités et pauvreté, XXXIème journées de l'Association d'Economie Sociale*. Louvain: Presses Universitaires de Louvain. 2011;419-432.

¹⁹ « Although emerging evidence suggests that pay for performance may help shape high performance delivery system, there are also big pitfalls and therefore risks that such schemes will cost much and deliver little. The challenges that remain are not merely the technical aspects of design but go to the heart of ideological debate over performance motivation » ([46], p. 308).

- [2] Rochaix L. Asymétrie d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats. *Économie et Prévision* 1997;(129-130) :11-24.
- [3] Bras P-L. La rémunération des médecins libéraux. Dans P-L Bras, Pouvoirville G et Tabuteau D. (Ed) *Traité d'Économie et de Gestion de la Santé*. Paris: Presse Fondation Sciences Politiques. 2009.
- [4] Pierru F. *Hippocrate malade de ses réformes*. Paris: Editions du Croquant, Savoir/Agir. 2007.
- [5] Polton D et Aubert J-M. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles. Aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? *Collège des Économistes de la Santé, La Lettre du Collège*, 2010(3).
- [6] Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, 26 juillet 2011.
- [7] Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal M. et Sermeus W. Systematic review : Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research* 2010;247(10).
- [8] Peckham S et Wallace A. Pay for performance in primary care : what have we learnt ? *Quality in Primary Care* 2010;18(2):111-116.
- [9] Gene-Badia J, Escaramis-Badiano G, Sans-Morales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas-Pena C et Gallo de Puelles P. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy* 2007;80(1):2-10.
- [10] Bras P-L et Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. Paris : Inspection générale des affaires sociales 2008.
- [11] Frey B. *Not Just For The Money* Cheltenham: Edward Elgard Publishing. 1997.

- [12] Deci E et Ryan R. *Handbook of Self Determination*, Rochester: University Rochester Press. 2002.
- [13] Arrow K. Gifts and exchange. *Philosophy and Public Affairs* 1972;4(1):353-362.
- [14] Solow R. Blood and thunder. *Yale Law Journal* 1971;80:1696-1711.
- [15] Titmuss R. *The gift relationship. From human blood to social policy*. London: London School of Economics Books. 1970.
- [16] Steiner P. Don de sang et don d'organes : le marché et les marchandises fictives. *Revue Française de Sociologie*, 2001 ;42(2) :357-374.
- [17] Arrow JK. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 1963;53(5):941-973.
- [18] Deci EL. Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology* 1971;22(1):105-115.
- [19] Videau Y. *Essai sur l'offre de travail en médecine générale. Du rôle des incitations et des motivations*. Thèse de Doctorat de Sciences Economiques, Université de la Méditerranée – Aix Marseille (II). 2010.
- [20] Videau Y, Batifoulier P, Arrighi Y, Ventelou B, et Gadreau M. Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2010 ;58(5) :20-311.
- [21] Lievaut J. *Le « maillon faible » de la régulation des dépenses de santé en France : Les comportements inattendus des médecins libéraux*. Thèse de Doctorat de Science Économique, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Nanterre. 2010.
- [22] Rebitzer J et Taylor L. Extrinsic rewards and intrinsic motives : standard and behavioral approaches to agency and labor market. Levy Economics Institute of Bard College, Working Paper 2010(607).

- [23] Frey B et Jegen R. Motivation crowding theory. *Journal of Economic Surveys* 2001;5(15):589-611.
- [24] Kreps D. Intrinsic Motivation and Extrinsic Incentives. *American Economic Review* 1997;87(2):359-364.
- [25] Bénabou R Tirole J. Intrinsic and extrinsic motivation. *Review of Economic Studies* 2003;70(3):489-520.
- [36] Bénabou R Tirole J. Incentives and Prosocial Behavior. *American Economic Review* 2006;96(5):1654-1678.
- [27] Commission des comptes de la sécurité sociale. Regard sur 12 ans d'ONDAM (1997-2008). 2009(14).
- [28] Bras P-L. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise. *Journal d'Economie Médicale*, 2011;29(5).
- [29] Brekke K, Kverndokk S and Nyborg K. An economic model of moral motivation. *Journal of Public Economics* 2003;87(9-10):1967-1983.
- [30] Ellingsen T and Johannesson M. Pride and Prejudice: The Human Side of Incentive Theory. *American Economic Review* 2008;98(3):990-1008.
- [31] Ariely D, Bracha A et Meier S. Doing good or doing well ? Image motivation and monetary incentives in behaving prosocially *American Economic Review* 2009;99(1):544-555.
- [32] Hassenteufel P. *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*. Paris: Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques. 1997.
- [33] Siciliani L. Paying for performance and motivation crowding out. *Economic Letters* 2009;103(2):68-71.
- [34] James JrH. Why did you do that ? An economic examination of the effect of extrinsic compensation on intrinsic motivation and performance *Journal of Economic Psychology* 2005;26(4):549-566.

- [35] Murdock K. Intrinsic motivation and optimal incentive contracts. *Rand Journal of Economics* 2002;33(4):650-671.
- [36] Berthe B. *L'effort au Travail. Analyse d'un Concept Économique*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, Collection Les Sociétés. 2001.
- [37] Bidet A et Vatin F. Mesure et acteurs au travail. Dans Steiner P et Vatin F. (Ed) *Traité de sociologie économique*. Paris : Presses Universitaires de France, Quadrige. 2009.
- [38] Liebenstein H. Organizational or frictional equilibria. X-efficiency and the rate of innovation. *The Quarterly Journal of Economics* 1969;83(4):600-623.
- [39] Batifoulier P, Gadreau M et Lievaut J. La décision tarifaire : des actes gratuits aux actes chers. Les effets pervers de la politique publique. *Journal d'Economie Médicale* 2009;27(4):222-234.
- [40] Caillé A. *Théorie anti-utilitariste de l'action, fragments d'une sociologie générale*. Paris: Edition La Découverte, MAUSS. 2009.
- [41] Batifoulier P. L'économie contre l'éthique. Une tentative d'analyse économique de l'éthique médicale. *Journal d'économie médicale* 2004;22(4):163-176.
- [42] Batifoulier P et Gadreau M. Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique. Dans Eymard-Duvernay F. *L'économie des conventions méthode et résultats*, Paris: La découverte, Recherches. 2006.
- [43] Karpik L. Les dispositifs de l'économie des singularités. Dans Dubuisson-Quellier S et Neuville J-P. (Ed), *Juger pour échanger*. Paris: Editions de la MSH et de l'INRA. 2003:217-224.
- [44] Elster J. *Le désintéressement. Traité critique de l'homme économique I*, Paris: Édition du seuil. 2009.
- [45] Gneezy U and Rustichini A. Pay Enough or Don't Pay at All. *Quarterly Journal of Economics* 2000;115(3):791-810.

- [46] Mannion R et Davies H. Payment for performance in health care. *British Medical Journal* 2008;336(7639):306-308.
- [47] Andersen L. Qu'est ce qui détermine le comportement et la performance des professionnels de santé ? La motivation de service public, les normes professionnelles et/ou les incitants financiers ? *Revue Internationale des Sciences Administratives* 2009 ;74(1) :87-108.
- [48] Forest V. Performance-related pay and work motivation: theoretical and empirical perspectives for the French civil service. *International Review of Administrative Sciences* Vol. 2008;74(2):325-339.