

Daniel BENAMOUZIG

*L'institutionnalisation administrative
de l'économie de la santé en France (1950-1990)*

Introduction

La question de « l'économicisation » des politiques publiques trouve une expression particulièrement intéressante dans le domaine sanitaire. Ce secteur d'activité présente en effet la particularité d'avoir longtemps échappé aux catégories habituelles de la science économique, qui a longtemps été jugée inadaptée, voire simplement indécente, en matière de santé. Pourtant, en quelques décennies, les raisonnements économiques élaborés et mis en œuvre pour analyser ce domaine n'ont cessé de se développer, au point de constituer aujourd'hui une véritable sous-discipline, avec ses experts et ses institutions. Comment en sommes nous arrivés là ? Comment l'économie est-elle donc advenue à la santé ? Pour comprendre le processus dans la durée, et pour éviter de le réduire à ses seuls développements les plus récents, nous avons cherché – dans le cadre de notre thèse – à analyser conjointement trois séries de facteurs, toujours étroitement associés dans la réalité¹.

D'un point de vue théorique et méthodologique, l'analyse des politiques publiques aussi bien que la sociologie des sciences nous ont d'abord enseigné l'importance de la stratégie. Le développement d'une expertise à vocation scientifique comme l'économie de la santé devait manifestement être considérée comme une affaire de pouvoir et de stratégie. On aurait cependant eu tort d'en rester là. Mais l'action stratégique ne mobilise pas seulement des ressources en vue de satisfaire des intérêts ou des finalités, d'ailleurs plus ou moins clairs. Elle s'inscrit aussi dans des cadres institutionnels, qui la structure tout en étant en retour structurés par elle. Ces cadres évoluent dans le temps, et doivent par conséquent être pris en compte à travers une analyse historique. Enfin, l'étude de la pénétration du raisonnement économique dans le domaine sanitaire exige aussi – peut-être surtout – que l'on tienne compte des raisonnements eux-mêmes, tels qu'ils sont produits, manipulés, utilisés par les acteurs. Ce parti pris délibérément « cognitif » exige que l'on considère l'économie de la santé, non seulement comme une expertise, avec ses acteurs, ses réseaux et ses institutions – à la manière des courants dominants en sociologie des sciences aussi bien qu'en analyse des politiques publiques² – mais aussi comme un ensemble de raisonnements, à la fois hétérogènes et relativement structurés. Ce parti pris cognitif a évidemment une incidence sur les méthodes mises en œuvre pour véritablement « comprendre », au sens sociologique du terme, le développement de l'économie de la santé en France.

Une fois posés ces principes d'analyse, reste à saisir au concret les processus dont il est question. La pénétration du raisonnement économique n'est pas un processus homogène, même si elle se traduit en définitive par la « rationalisation » accrue d'une sphère d'activité comme la santé, longtemps perçue comme « enchantée », voire un peu « magique », pour reprendre la terminologie wébérienne... Lorsqu'on s'intéresse aux origines de l'économie de

¹ D. Benamouzig, *Essor et développement de l'économie de la santé*, Thèse pour l'obtention du doctorat de sociologie, Université Paris-IV, 2000.

² Sur l'importance et l'intérêt de principes de recherche tout à la fois pragmatiques et cognitifs en sociologie des sciences et en analyse des politiques publiques, voir T. Shinn, « Formes de division du travail scientifique et convergences intellectuelles, la recherche technico-instrumentale », *Revue Française de Sociologie*, vol.41, n°3, pp. 447-473. J.G. Padioleau, « Praxis d'une science sociale de l'action publique », in J. Baechler, F. Chazel, R. Kamrane. *L'acteur et ses raisons, mélanges en l'honneur de Raymond Boudon*, Paris, PUF, 2000, pp.340-350.

la santé, il est bien-sûr toujours possible de chercher des « ancêtres » ou des « précurseurs ». Mais l'émergence de l'économie de la santé en France ne devient significative que dans les années 1950. En France comme ailleurs, elle accompagne alors le développement de l'Etat-providence et de la protection sociale contre la maladie. Si bien que nous disposons d'un recul de quelques décennies pour caractériser ce phénomène d'« économicisation », dont on perçoit d'emblée qu'il est ancien, plus ancien que le supposé « tournant néo-libéral » auquel on a quelques fois tendance à le réduire.

Tout à l'heure, Marina Serré évoquera le rôle des économistes de la santé dans les années 1980 et 1990. Pour ma part, je privilégierai une approche historique, ou plutôt « génétique », essayant de débrouiller les relations complexes entre des institutions, des spécialistes et leurs idées ou raisonnements au cours des années 1950 à 1980. Pour simplifier, je distinguerai trois configurations, correspondant plus ou moins aux décennies 1960, 1970 et 1980. La première période, qui va du milieu des années 1950 à l'aube des années 1970, est caractérisée par un développement de l'économie de la santé au sein même de l'administration. La seconde période, qui couvre les turbulentes années 1970, se caractérise par une émancipation et une autonomisation progressive de l'économie de la santé vis à vis de l'Etat. L'économie de la santé n'est plus alors une simple expertise, elle cherche à devenir une discipline académique. Enfin, les années 1980 me paraissent caractérisées par un usage avant tout « externe » de l'économie de la santé : différents groupes, généralement situés à la périphérie de l'Etat, en viennent ainsi à mobiliser des raisonnements économiques dans des perspectives souvent contestatrices, présentes d'ailleurs aussi bien à gauche qu'à droite de l'échiquier politique. De sorte que même à cette époque, que beaucoup considèrent comme cruciale pour l'introduction des idées économiques dans les politiques publiques, la simple réduction de l'économicisation aux idées libérales est abusive. Des économistes hostiles au « néo-libéralisme » (si ce mot a un sens précis) se font parfois les avocats de l'usage systématique de références économiques, nous y reviendrons.

1) L'économie de la santé dans le giron de l'administration

En France comme dans d'autres pays occidentaux, les débuts de l'économie de la santé sont un fait administratif. Des années 1950 à la fin des années 1960, deux principaux mouvements internes à l'administration traduisent ce processus.

Le premier mouvement tient au développement de la Comptabilité Nationale. Comme vous le savez, aux lendemains de la seconde guerre mondiale, les pouvoirs publics cherchent à se doter d'une représentation à la fois globale et synthétique de l'économie française, sous la forme d'une « Comptabilité Nationale »³. Des travaux préparatoires sont ainsi engagés dès 1947, et sont ensuite progressivement étendus et améliorés. Conformément aux objectifs de la période de reconstruction, que traduit le Premier Plan, la sphère de la production est d'abord privilégiée. Mais dès le Second Plan, les objectifs s'élargissent au domaine de la consommation, dans un contexte fortement inspiré par l'économie keynésienne, qui est une économie de la demande.

En 1954, pour constituer l'information économique et statistique nécessaire à l'établissement de comptes de la consommation, le Commissariat Général au Plan charge un organisme créé à cet effet - le CREDOC - d'étudier et de quantifier la consommation. C'est dans cet organisme que se constitue la première équipe française spécialisée en économie de la santé, ou plus exactement, comme on dit alors, en « économie médicale ».

³ F. Fourquet, *Les comptes de la puissance*, Paris-Encres Recherches, 1980.

Cette équipe en effet, n'est pas véritablement constituée d'économistes. Elle est composée de quelques médecins proches de l'administration, aidés de statisticiens formés à l'Université. L'orientation des travaux, à laquelle président le Dr. Henri Péquignot et son élève le Dr. Georges Rösch, illustre de manière exemplaire cette singulière relation de « délégation de compétence » reliant alors l'administration à une profession médicale largement autonome.

Il semble en effet acquis, du moins pour les médecins du CREDOC, que l'économie médicale est une branche de la médecine sociale (ce que nous appellerions la santé publique) plutôt qu'une branche de l'économie politique. Dans cet esprit, et pendant plusieurs décennies, l'équipe du CREDOC produit ainsi les « comptes de la consommation médicale », qui deviendront plus tard les actuels « comptes de la santé ». Cette équipe participe par ailleurs aux travaux du Plan sur la santé, qui conduisent à la construction de nombreux hôpitaux, tout au long des années 1960.

C'est à la fin des années 1960 que les pouvoirs publics se dotent d'un second espace d'expertise en économie de la santé. Il se constitue dans le cadre de l'opération de « Rationalisation des Choix Budgétaires » décidée par le ministère des Finances en janvier 1968. Pilotée par la toute jeune Direction de la Prévision, créée en 1965, cette vaste opération cherche à introduire dans l'administration des principes économiques d'analyse des dépenses budgétaires⁴.

Dans ce cadre, des analyses économiques de type « coûts-avantages » sont introduites à titre expérimental dans différents secteurs, dont celui de la santé. Au ministère de la Santé, que dirige Robert Boulin, une équipe RCB est constituée sous la houlette d'une administratrice de l'Insee, Marie-Thérèse Chapalain. Elle est chargée de produire différentes études économiques, qui portent sur la grippe, la maladie mentale et surtout sur la « périnatalité », qui restera longtemps le seul exemple avéré – et sans doute un peu surestimé – d'application effective de ces méthodes d'aide à la décision⁵.

Ainsi, avec les deux équipes du CREDOC et de la RCB, l'administration dispose de l'essentiel des forces vives en économie de la santé. Seuls quelques universitaires, d'ailleurs eux-mêmes impliqués dans l'administration, comme le Pr. Emile Lévy, s'intéressent à ces questions. Pourtant, les relations entre les deux principaux espaces administratifs d'expertise sont loin d'être pacifiques : d'importantes rivalités stratégiques apparaissent au sein même de l'administration.

Des facteurs organisationnels permettent de les analyser. Comme nous l'avons signalé, le CREDOC est lié au Plan, alors que la Cellule RCB, bien que rattachée au ministère de la Santé, est en réalité plus ou moins pilotée à distance par la Direction de la Prévision du ministère des Finances. Or dans les années 1960, les relations entre les Finances et le Plan se détériorent. Jusqu'en 1962, le Plan dépend en effet des Finances, et les différents services travaillent dans une réelle symbiose. En 1962, les accords d'Evian et le référendum sur l'élection du Président de la République au suffrage universel, permettent au Premier ministre, Georges Pompidou, de conforter la prééminence de l'exécutif en plaçant directement le Plan sous sa responsabilité. Le lien organique qui liait historiquement le Plan aux Finances

⁴ V. Spenleauer, *L'évaluation des politiques publiques, avatar de la planification*, Thèse pour l'obtention du doctorat de science politique, Grenoble, 1998.

⁵ D. Benamouzig, *op.cit.*, p.257 et sq.

est alors rompu. Cette rupture est d'autant plus claire qu'elle oppose en réalité deux hommes. Georges Pompidou doit s'accommoder d'un jeune ministre des Finances, Valéry Giscard d'Estaing, particulièrement soucieux de faire valoir sa différence, en s'appuyant précisément sur les compétences techniques que le ministère des Finances met à sa disposition. De sorte que, localement, les rivalités « Picrocolines » entre l'équipe médicale du CREDOC et la cellule RCB du ministère de la Santé semblent en réalité traduire une rivalité stratégique beaucoup plus globale, au sein même du dispositif ministériel.

Il serait pourtant réducteur de réduire cette rivalité entre les deux organismes à de purs enjeux stratégiques. D'autres facteurs, en particulier cognitifs, permettent de comprendre plus précisément ces divergences. Les deux équipes cherchent en fait à promouvoir des formes de raisonnement économique assez sensiblement différentes, voire en partie contradictoires...

L'équipe du Plan en effet, a été créée pour réaliser les comptes de la consommation médicale, dans une optique très « macro-économique », caractéristique de la comptabilité nationale. Cette perspective est du reste parfaitement compatible avec la relation étroite que l'équipe du CREDOC entretient avec la profession médicale : la démarche macro-économique permet de ne pas spécifier la nature exacte des pratiques professionnelles, tout en mesurant les agrégats qui en résultent, en forte croissance à cette époque.

La démarche intellectuelle de la RCB est sensiblement différente. D'inspiration micro-économique, les raisonnements « coûts-avantages » permettent, eux, comprendre en détail les pratiques médicales, étudiées et modélisées. Des médecins, comme le jeune Pr. Papiernik, sont du reste sollicités à cet effet. La méthode nécessite un regard très fin sur les pratiques professionnelles. Mais tel n'est cependant pas le point crucial de désaccord entre les économistes du CREDOC et ceux de la RCB.

Par principe, les analyses coûts-avantages de la RCB nécessitent un calcul chiffré des coûts des pratiques étudiées, mais requièrent également une mesure quantifiée des avantages de différentes stratégies sanitaires évaluées. C'est précisément sur ce point que se déploie une fameuse controverse, relative au « prix de la vie humaine ». Certains partisans de la RCB pensent en effet qu'il est possible de valoriser économiquement les avantages de stratégies sanitaires, autrement dit de calculer en francs la valeur des vies sauvées. Au contraire, les médecins du CREDOC répugnent à ce type de raisonnement : ils estiment qu'il est tout au plus possible de comparer les francs investis à des données physiques, comme le nombre d'années de vie sauvées par exemple. Ils font valoir un certain nombre d'arguments techniques, mais également moraux, que je n'ai pas le temps de restituer en détail. Simplement, l'existence même de ces arguments – dont je rends compte en détail dans ma thèse - traduit un différend de nature intellectuelle, portant sur la nature même des raisonnements économiques mobilisés. La divergence entre le CREDOC et la cellule RCB n'est pas seulement stratégique, elle est également cognitive.

Venons en à présent la seconde période au cours de laquelle, de simple expertise d'Etat, l'économie de la santé passe au rang de discipline académique.

2) L'économie de la santé à la conquête de son autonomie

Dans les années 1970, l'économie de la santé ne se développe plus, en effet, au sein de l'administration. Les pouvoirs publics restent, certes, très impliqués dans le développement de

l'économie de la santé, mais ils favorisent plutôt un développement externe à l'administration. Le monde académique devient alors le lieu des principales initiatives en matière d'économie de la santé. Je me contenterai ici d'esquisser ce mouvement, en signalant ses temps forts.

En premier lieu, les pouvoirs publics associent de plus en plus étroitement un petit nombre d'universitaires à leurs travaux. A titre d'exemple, citons deux types de relations importantes entre pouvoirs publics et économistes académiques. Tout d'abord, différentes commissions spécialisées, créées au sein de l'administration, s'ouvrent à des universitaires, qui bénéficient de ce fait de connaissances plus approfondies du système de santé. Ils peuvent alors alimenter des enseignements spécialisés. En outre, les pouvoirs publics associent des universitaires à leurs préoccupations grâce à des financements contractuels de recherche publique. Au Plan, par exemple, le CORDES finance des travaux de ce type, tandis que des procédures contractuelles permettent bientôt au CNRS puis à l'INSERM de financer d'autres recherches. Ces financements conduisent à la constitution de premières équipes de recherche académiques en économie de la santé.

Mais le passage de l'économie de la santé de l'administration vers le monde académique n'est pas seulement un choix administratif. C'est aussi une option activement relayée par les universitaires eux-mêmes, aussi bien dans les facultés de sciences économiques que dans les facultés de médecine, dans une moindre mesure il est vrai.

Enfin, et en troisième lieu, le mouvement d'externalisation de l'économie de la santé du monde administratif vers le monde académique a pour effet de réorienter l'activité d'organismes publics initialement liés à l'administration. Des organismes d'études proches au Plan, comme le CEPREMAP entament ainsi un virage académique.

Le cas du CREDOC à cet égard est exemplaire. Après plusieurs crises de financement, vers 1977, cette équipe se voit contester la réalisation des comptes de la santé, qui avait fait sa réputation. Le Plan étant profondément réformé au début des années 1980, d'aucuns souhaitent réintégrer les comptes de la santé au sein du ministère de la Santé. L'équipe du CREDOC se retrouve alors au milieu du gué. Menacée de disparaître, elle doit chercher une planche de salut auprès d'instances académiques. En faisant valoir sa dimension « scientifique », elle fait acte de candidature auprès du CNRS et de l'INSERM. La nature hybride de ses travaux ne permet cependant pas de rattacher l'équipe du CREDOC aux organismes académiques. L'équipe sera finalement préservée grâce à l'intervention de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, qui accepte en 1985 de financer la création du nouveau « CREDES ».

En une décennie, la volonté des pouvoirs publics, puis le relais actif du monde universitaire, et enfin le virage académique, largement subi, des organismes para-publics accentuent l'identité académique de l'économie de la santé. Après avoir été essentiellement une expertise d'Etat, l'économie de la santé est en passe de devenir une véritable discipline universitaire...

3) L'économie de la santé en position de franc-tireur...

Dans les années 1980, le décentrement progressif de l'économie de la santé vers des espaces académiques permet diverses utilisations inédites du raisonnement économique. Ce type de raisonnement n'est plus mobilisé à des fins essentiellement administratives, comme dans les années 1960. Il est requis par des acteurs désormais extérieurs à l'Etat, souvent à des fins

contestataires. Ces initiatives externes ne sont cependant pas homogènes : elles obéissent à un clivage idéologique gauche-droite, qui marque durablement le paysage de l'économie de la santé.

Commençons par les initiatives portées par des économistes « de gauche ». Pour en comprendre la nature, quelques éléments du contexte doivent être rappelés. Après le choc pétrolier, les années 1970 voient la montée en puissance de l'énergie nucléaire. Cette évolution donne lieu à des interrogations angoissées, souvent alimentées par une suspicion vis à vis des technologies. Cette situation donne parfois lieu à des innovations institutionnelles, notamment aux Etats-Unis, où le Congrès vote en 1972 la création d'un « *Office of Technology Assessment* » chargé d'éclairer les choix parlementaires en matière de technologie. Cet organisme est ainsi chargé de réaliser des études techniques et économiques alternatives à celles de l'administration. Les méthodes mises en oeuvre sont des analyses coûts-avantages, qui ne sont plus réalisées par l'administration, mais par le Parlement.

Ce mouvement de « *Technology Assessment* » a un écho intellectuel et politique en Europe, où l'opposition au nucléaire cherche précisément à opposer des arguments solides et quantifiés aux décisions autoritaires et opaques de ceux que l'on appelle alors les « nucléocrates »⁶. Bien conscients de cette nouvelle exigence de justification, les ingénieurs des mines d'EDF et du CEA se dotent d'une cellule chargée de produire des études coût-avantages, supposées invalider par avance les éventuels arguments critiques... Certaines de ces études portent sur des questions sanitaires, liées aux risques nucléaires, chimiques ou plus largement industriels. Quelques médecins, parmi lesquels le Pr. Papiernik, s'intéressent à ce mouvement. Ce dernier voit dans ce renouveau une chance pour les méthodes « coût-avantages » qui avait assuré sa notoriété lors de l'opération RCB.

Lorsque le contexte de l'assurance maladie se dégrade, en 1983, le Pr. Papiernik prend l'initiative de proposer au ministre de la Santé, Edmond Hervé, un plan de développement de « l'évaluation médicale ». Papiernik y voit un moyen pouvant permettre à la profession de contrôler elle-même ses dépenses, en s'évaluant, et en évitant ainsi les *oukases* budgétaires de l'administration. Un rapport commandé par le ministère est rendu en 1985, il associe certains économistes de la santé, comme Jean-Paul Moatti. Le projet est cependant gelé pendant la première cohabitation, avant d'être repris par Claude Evin, qui crée en 1988 l'Agence pour le Développement de l'Evaluation Médicale (l'ANDEM, devenue ANAES en 1997). Les principes de la démarche inspireront ensuite la « maîtrise médicalisée des dépenses de santé » développée à partir de 1993.

Plutôt de gauche, cette première utilisation de l'économie de la santé se fonde sur la philosophie du *Technology Assesment*. Inspirée de références habermassiennes, elle est officiellement supposée induire un supplément de délibération publique, tout en préservant largement l'autonomie de la profession médicale⁷. Surtout, elle traduit une contestation de l'exercice « technocratique » du pouvoir administratif. Dans l'esprit de leurs promoteurs, les études économiques sont supposées faciliter une délibération publique des critères économiques de maîtrise des dépenses. Ici, les efforts déployés pour étendre la portée pratique des raisonnements économiques dans le domaine sanitaire sont assez éloignés du « tournant néo-libéral ».

La seconde initiative en revanche est plus nettement libérale. Elle affiche des couleurs politiques et idéologiques qui ne sont pas étrangères au contexte de l'époque. Après l'alternance de 1981, une partie de la droite s'inspire des succès de R. Reagan et M. Thatcher

⁶ P. Simonnot, *Les nucléocrates*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 1978.

⁷ J. Habermas, *La science et la technologie comme idéologie*, Paris, Gallimard, 1973.

pour envisager la privatisation de secteurs comme la banque et l'assurances, mais également l'audiovisuel et même les prisons. Dans ce contexte, certains milieux patronaux envisagent un petit effort supplémentaire, allant jusqu'à la privatisation du système de santé...

On a souvent dit qu'en France, les *Think Tank* avaient joué un rôle modeste, limité aux seules influences – réelles ou supposées – de la Fondation Saint-Simon. Dans le domaine sanitaire, un autre *Think Tank*, plus explicitement libéral a joué un rôle important. Il s'agit de l'Institut La Boétie. Fondé en 1979 par le comte Bernard de la Rochefoucauld, l'Institut La Boétie regroupe au début des années 1980 des industriels du bâtiment, de la grande distribution, ainsi que quelques assureurs. Cet institut travaille sur différents « chantiers », dont celui de la santé. Dans ce domaine, l'idée est de s'inspirer des *Health Maintenance Organizations* (HMO) américaines. Promues par le Président Reagan et son éminence grise en matière de santé, le Pr. Alain Enthoven, ces sociétés globales de santé, proposent un certain nombre de prestations sanitaires à leurs adhérents, contre l'acquiescement préalable d'un paiement forfaitaire. C'est le principe du « pré-paiement », qui est supposé encourager les gestionnaires de ces organismes à une gestion très rigoureuse des dépenses.

Parmi les économistes de la santé français, Robert Launois est l'un des plus impliqués dans les travaux de l'Institut La Boétie. Il propose en 1985 la mise en place de « réseaux de soins coordonnés », largement inspirés des HMO américaines⁸. Au-delà de l'aspect ouvertement idéologique du projet, la démarche a un mérite largement reconnu, y compris par ses adversaires : elle oblige tous les observateurs du système de santé à réviser leurs cadres d'appréciation et à s'interroger drastiquement sur les principes globaux de fonctionnement du système de santé. Avec le projet des réseaux de soins coordonnés, on commence à en effet s'apercevoir que certains principes, pourtant hérités d'une longue histoire, ne sont pas nécessairement immuables, qu'ils peuvent être techniquement modifiés, du moins sur les schémas formels que font circuler les économistes de la santé... Se développe ainsi une nouvelle manière de raisonner en économie de la santé. J'aimerais insister sur cette innovation « cognitive ».

Comme nous l'avons signalé, dans les années 1980, les raisonnements économiques, qu'ils soient de gauche ou de droite, sont largement inspirés d'idées américaines. Ce contexte international, justifie d'autant plus les comparaisons internationales que les systèmes de santé des pays développés sont tous confrontés à des crises de financement, dont les causes sont jugées relativement comparables. Mais à cette époque, les comparaisons prennent une tournure originale, qui mobilise un raisonnement inédit dont les conséquences – souvent passées inaperçues – me paraissent importantes. Jusqu'alors les comparaisons internationales présentaient les systèmes de santé en insistant essentiellement sur leurs propriétés spécifiques, présentées comme relativement stables, car héritées de l'histoire. Certains systèmes étaient ainsi dits « Bismarquiens », « Beveridgiens » ou encore « mixtes »... Des statistiques ou des monographies complétaient le tableau en spécifiant les particularités du Portugal ou de la Nouvelle Zélande, plus souvent de la Grande-Bretagne, de l'Allemagne et des Etats-Unis... Mais au début des années 1980, apparaît en France une nouvelle manière de comparer les systèmes de santé. Elle s'inspire d'un schéma d'analyse proposé en 1979 par l'économiste canadien Robert Evans⁹. Après le second colloque international d'économie de la santé de Leiden, en 1980, au cours duquel Evans présenta une version de son papier, on retrouve la trace de ce schéma chez de nombreux économistes de la santé, en France aussi bien qu'à l'étranger, et jusqu'à l'OCDE dans le courant des années 1990 (ce qui au passage invite à relativiser « l'influence » supposée de cet organisme, souvent brandie à la va-vite pour

⁸ R. Launois, P. Giraud, *Les réseaux de soins coordonnés, médecine de demain*, Paris, Economica, 1985.

⁹ R. Evans, « Faith Hope and Charity : health care in the utility function », communication au Second Congrès International d'Economie de la Santé, Leiden, 1980.

« expliquer » la diffusion d'idées « néo-libérales », dont on se rend compte qu'elles sont en fait présentes et utilisées plusieurs années avant que l'OCDE ait manifesté pour elles le moindre intérêt...)¹⁰.

En quoi consiste donc cette manière de raisonner proposée par Evans et reprise par tant d'autres ? Avec une économie de moyen remarquable, l'économiste canadien propose en fait de distinguer un très petit nombre d'acteurs types (cinq, au total). Ces acteurs sont présents sous différentes formes dans les divers systèmes de santé, mais ne recourent que très imparfaitement des acteurs institutionnels réels. Ils renvoient davantage à des fonctions fondamentales, présentes dans tout système de santé. Evans isole par ailleurs un petit nombre de relations typiques entre ces acteurs. Il les analyse à partir des asymétries d'information entre acteurs, reprenant d'une manière systématique certains principes proposés par Arrow puis par Akerlof. La quintessence des systèmes de santé est ainsi résumée en une série de petits schémas, très simples, très formels, en un mot très économiques!

Ces systèmes de relations figurent autant de systèmes de santé possibles. Certains seulement correspondent à des systèmes de santé réels. Cette démarche intellectuelle permet à tout économiste informé de proposer une méthode de comparaisons de systèmes de santé, et de présenter dès lors les relations entre acteurs non plus comme des données historiques et institutionnelles, mais comme des variables, susceptibles d'être modifiées par un décideur qui en aurait la possibilité. Le rôle de ces schémas sans histoire me semble très notable : il a permis, au cours des années 1980 et 1990, de formaliser intellectuellement des réformes institutionnelles d'une certaine ampleur. De manière très concrète, il a permis aux acteurs de se poser des questions du type : « que se passe-t-il si l'on change telle ou telle variable, si l'on modifie tel mode de rémunération ou tel mode de financement, de tel ou tel acteur ? »... De fait, il est frappant de voir ce type d'analyses comparatives envahir littéralement le paysage de l'économie de la santé aux cours des années 1980. Je crois qu'il n'est pas exagéré de dire que ce raisonnement a exercé une importante influence sur la manière de poser certains problèmes et d'imaginer certaines réformes. La fonction cognitive du raisonnement économique me paraît importante, même si elle ne doit bien-sûr jamais être dissociée des autres variables sociales, institutionnelles ou stratégiques.

Conclusion

Ainsi, l'agencement des trois variables institutionnelles, stratégiques et cognitives varie d'une période à l'autre, d'une configuration d'action à l'autre. Les enjeux stratégiques apparaissent d'abord au sein de l'administration, qui monopolise pour un temps l'expertise en économie de la santé. Mais dès les années 1970, les jeux stratégiques se déplacent vers la périphérie de l'administration. Utilisant opportunément le soutien des pouvoirs publics, des spécialistes en économie de la santé élaborent des raisonnements et mobilisent de nouvelles ressources dans un contexte académique, afin d'alimenter un débat public « externe » à l'administration, parfois critique quant au rôle de l'Etat en matière sanitaire. Les décennies au cours desquelles se développe l'économie de la santé ne sont cependant pas une succession rhapsodique de configurations. Des phénomènes cumulatifs, des processus de longue durée ont tendance à se renforcer d'une période à l'autre. Outre la pénétration du raisonnement économique, signalons deux autres processus immédiatement liés et particulièrement importants.

Le premier se manifeste, de manière au demeurant classique, par une croissante « professionnalisation » de l'économie de la santé. D'abord simple domaine d'expertise alimenté par des médecins et des statisticiens proches de l'administration, l'économie de la

¹⁰ OCDE, *La réforme des systèmes de santé, analyse comparée de sept pays de l'OCDE, Etudes de politiques de santé n°2*, 1992. OCDE, *La réforme des systèmes de santé, étude de dix sept pays de l'OCDE n°5*, 1994.

santé recrute sur une base plus large dès la mise en place de la RCB, puis continue à se développer dans un milieu académique, d'abord grâce à des contrats publics puis de manière plus autonome.

Le second processus – trop souvent passé sous silence – est de nature cognitive. Au cours de cette période, les raisonnements mis en œuvre par des économistes de la santé évoluent. Certains raisonnements se diversifient tandis que d'autres raisonnements, souvent utilisés depuis un certain temps, font l'objet d'un véritable travail intellectuel, qui permet aux raisonnements d'enregistrer des améliorations, de surmonter des difficultés et finalement de gagner en robustesse et en pertinence. Les aspects intellectuels de ce processus conduisent de manière progressive à une relative autonomisation du raisonnement économique par rapport à son contexte social : passé un certain degré de rationalisation intellectuelle, le raisonnement devient en quelque sorte par lui-même contraignant, capable de produire ce que Raymond Boudon appelle des « raisons fortes », s'imposant avec des degrés variables de certitude à ceux qui le manipulent ou en prennent simplement connaissance¹¹.

Si l'on considère ensemble ces deux processus de professionnalisation et d'autonomisation relative du raisonnement économique, de nouveaux rapports entre l'économie et l'action publique apparaissent. L'économie n'apparaît ni comme une pure « science », dans le sens très positiviste que valorisent des économistes sûrs de leur bon droit, ni non plus comme un simple discours idéologique, auquel certains sociologues aimeraient voir réduits la « rhétorique » et le « capital scientifique » de l'économiste. En raison de la relative consistance intrinsèque que certains raisonnements économiques sont en mesure d'acquérir, l'économie de la santé parvient, du moins dans les cas les plus favorables, à produire des convictions fortes, que peuvent mobiliser des acteurs eux-mêmes engagés dans des pratiques définies. Ces pratiques doivent dès lors être analysées sous un angle non seulement stratégique et institutionnel, mais également cognitif. Le regard porté par le sociologue sur son collègue économiste ne peut sans doute faire l'économie d'une attention sérieuse à ce qui constitue la spécificité intellectuelle de son travail, au-delà des multiples effets de position ou de construction, inhérents à toute activité sociale.

¹¹ Dans le cadre de notre thèse, nous avons ainsi montré comment certains « motifs » de raisonnement, tels que les analyses coût-efficacité ou les comparaisons internationales des systèmes de santé par exemple, parvenaient à acquérir cette relative consistance intrinsèque.