



HAL
open science

Professionnalisation académique et engagements partisans des économistes de la santé (1970-1990)

Daniel Benamouzig

► **To cite this version:**

Daniel Benamouzig. Professionnalisation académique et engagements partisans des économistes de la santé (1970-1990). Sociétés contemporaines, 2009, 73, pp.73 - 95. 10.3917/soco.073.0073 . hal-01400282

HAL Id: hal-01400282

<https://sciencespo.hal.science/hal-01400282>

Submitted on 21 Nov 2016

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.

Daniel Benamouzig

PROFESSIONNALISATION ACADÉMIQUE ET ENGAGEMENTS PARTISANS DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ (1970-1990)

DOSSIER

Dans les décennies d'après-guerre, l'économie de la santé se structure en France auprès de l'administration. Dans les années 1970, l'État soutient son organisation académique dans un contexte de réforme du Plan et de l'enseignement supérieur. Devenus plus autonomes, les économistes de la santé peuvent lier certaines de leurs activités professionnelles à des engagements partisans, manifestes dans les années 1980. À gauche, certains économistes soutiennent un usage délibératif de l'expertise économique, tandis que d'autres, partisans du marché, défendent parallèlement l'idée de concurrence des services de santé. Dans le domaine de la santé, la professionnalisation académique des économistes apparaît comme un élément plausible d'explication du changement de référentiel des années 1980, d'ordinaire imputé aux élites administratives.

■ INTRODUCTION

Comme d'autres sciences sociales, l'économie, considérée du point de vue de son organisation sociale, se caractérise par une ambivalence entre deux pôles, académique et politique¹. Jadis énoncée par Max Weber (1919), l'opposition entre ces deux registres a suscité un ensemble de travaux sociologiques, notamment en France. Ils situent les activités des économistes entre les deux sphères académique et politique, avec toutes les nuances et les dosages possibles entre elle. (Pollak, 1976 ; Caro, 1983 ; Lebaron, 2000). Au-delà de cette polarité, les transformations du travail des économistes au cours des dernières décennies a fait l'objet de recherches décrivant, de manière dynamique et plutôt paradoxale, un renforcement du pôle académique, lié à la professionnalisation de la discipline, et un renforcement concomitant des usages politiques de l'économie, notamment auprès des administrations publiques (Colander, Coats, 1989 ; Coats, 1992 ; Hall, 1986, 1989 ; Jobert, 1994). Le renforcement simultané de ces deux pôles appelle une interrogation quant à leur présumée opposition structurale. La thèse de l'opposition laisse envisager une relation inversement proportionnelle entre le degré de professionnalisation académique des économistes et l'intensité de leurs engagements politiques, le degré de politisation étant supposé

1/ L'auteur tient à remercier les rapporteurs anonymes de la revue pour le soin apporté à la lecture des premières versions de cet article.

La professionnalisation académique des économistes favorise leurs engagements politiques, plutôt qu'elle ne les contrarie ou les confine en marge de la sphère politique.

s'amoinrir au fur et à mesure que les économistes développent leurs activités dans un cadre académique organisé. La thèse du renforcement conjoint des deux tendances conduit à envisager une autre relation : elle donne à voir une relation dynamique de complémentarité, en vertu de laquelle la professionnalisation académique des économistes favorise leurs engagements politiques, plutôt qu'elle ne les contrarie ou les confine en marge de la sphère politique. Sans prétendre tester cette hypothèse dans sa globalité, en se plaçant à l'échelle de la discipline et en retenant des indicateurs appropriés, nous cherchons à la formuler et à la documenter empiriquement à partir d'un cas circonscrit, celui du développement de l'économie de la santé en France (Benamouzig, 2005).

Avant d'analyser ces évolutions, il importe de préciser le sens que nous attribuons aux notions, par ailleurs polysémiques, d'autonomie et d'engagement politique. L'autonomie n'est pas ici considérée dans sa dimension épistémologique, relative aux savoirs des économistes. Elle est considérée dans une acception sociale, comme la constitution d'un espace d'organisation propre au sein de l'univers académique, doublée d'un certain degré d'indépendance par rapport aux finalités de l'administration (Pollak, 1976, p.106). Précisons que l'adjectif académique renvoie ici à l'organisation sociale des activités scientifiques au sein d'institutions qui leur sont dédiées, en particulier au sein des organismes de recherche et à l'Université, par opposition à l'organisation d'activités, scientifiques ou non, organisées au sein de la sphère administrative. La notion d'engagement, quant à elle, recouvre deux phénomènes qui gagnent à être distingués. *Lato sensu*, les activités des économistes de la santé peuvent être dits « politiques » en raison de la nature essentiellement normative de leur contenu aussi bien qu'en vertu des usages qu'en font certains acteurs ou institutions. De ce point de vue, de très nombreuses activités des économistes relèvent, dans un sens large, d'une forme d'activité voire d'engagement politique. Dans un sens plus restrictif, seules certaines activités ont un caractère non seulement politique mais plus explicitement partisan, lié à des prises de position publiques dans des controverses ayant un caractère ouvertement idéologique. Par convention, nous réservons le terme d'engagement à cette seconde forme d'activité politique, délibérément partisane, et utilisons la notion plus large d'activité politique pour désigner des activités ayant un caractère politique mais dépourvues de dimension ouvertement partisane.

Afin de formuler et de documenter l'hypothèse d'une relation de renforcement dynamique, plutôt que d'opposition structurale, entre le pôle académique et le pôle politique de l'économie de la santé,

nous montrons d'abord comment la professionnalisation académique de l'économie de la santé, intervenue dans les années soixante-dix, a rendu possible de nouvelles formes d'engagements, à gauche comme à droite de l'échiquier politique. Alors que les rapports des économistes de la santé étaient initialement liés à une expertise d'État, certes politique, mais non ouvertement partisane, la professionnalisation académique de l'économie de la santé a par la suite accru la distance entre les économistes et l'administration. Devenus plus autonomes, des économistes de la santé critiquent les formes antérieures de la décision et de l'administration publique, qu'ils jugent technocratiques, en se fondant sur des références théoriques internationales, notamment anglo-saxonnes. Cette situation rend possible de nouvelles alliances politiques, nouées avec des acteurs sociaux extérieurs aux administrations centrales, et le cas échéant défendues sur des terrains partisans. C'est ce qu'illustrent deux projets politiques débattus dans les années quatre-vingt : le développement d'une évaluation « médico-économique », et la création de « réseaux de soins coordonnés ».

Au fil des développements, nous mettons aussi l'accent sur quelques thématiques familières à la sociologie des professions. Le rôle de l'État apparaît décisif dans la professionnalisation de l'économie de la santé, loin du modèle d'auto-organisation auquel se réfère souvent la sociologie des professions anglo-saxonne (Ruschenmeyer, 1987 ; Doray, Collin, Aubin-Hort, 2004). La constitution de l'économie de la santé donne par ailleurs lieu à des conflits récurrents de juridictions, notamment avec le monde médical (Abbott, 1988).

■ VERS UNE AUTONOMIE PROFESSIONNELLE

En France, les débuts de l'économie de la santé sont un fait administratif. Il s'articule autour de deux mouvements internes aux administrations centrales. Au lendemain de la guerre, l'établissement d'une Comptabilité nationale nécessite la réalisation de Comptes nationaux de la consommation, dont le CREDOC est spécifiquement chargé en 1954 (Fourquet, 1980). Au CREDOC, une petite équipe est spécifiquement constituée pour réaliser les Comptes de la consommation médicale (Sandier, 1988 ; Serré, 2002 ; Benamouzig, 2005b). Ce premier espace d'expertise en économie de la santé, ou comme on dit alors en « économie médicale », est contrôlé par quelques médecins proches de l'administration, qui conçoivent davantage l'économie médicale comme un élément de la médecine sociale que comme une branche de l'économie politique (Péquignot, 1959 ;

Rösch, 1959). Dans les décennies d'après guerre, le CREDOC produit des données à dominante macro-économique à partir desquelles délibèrent les commissions de modernisation du Plan. À la fin des années soixante, un second espace d'expertise est constitué auprès du ministère de l'Économie et des Finances, à la faveur de l'opération de Rationalisation des Choix Budgétaire, qui introduit les principes du calcul économique et les méthodes coûts-avantages dans l'ensemble de l'administration (Spencehauer, 1998). Associé à la Direction de la Prévision, une « cellule RCB » est créée au ministère de la Santé. Elle produit à l'intention du cabinet du ministre des études relatives à des sujets tels que la grippe, la maladie mentale ou la périnatalité. D'inspiration micro-économique, les études coûts-avantages sont réalisées en collaboration avec les ingénieurs économistes des Finances, qui se font les hérauts de ce type de méthodes (Lévy-Lambert, Guillaume, 1971). Certains médecins, à l'instar du Dr. Émile Papiernik en matière de périnatalité, concourent à la réalisation des études, sans toutefois en contrôler la production. Avec ces deux équipes, liées au Plan et au ministère de l'Économie et des Finances, et ménageant des rôles différents aux représentants de la profession médicale, l'administration dispose des principales forces – en partie rivales – en économie de la santé². De rares universitaires, souvent eux-mêmes impliqués dans l'administration, s'intéressent à ces questions. C'est le cas du jeune Pr. Émile Lévy, chargé en 1967 par Jean-Marcel Jeannenay, lui-même économiste et universitaire, alors ministre des Affaires Sociales, de mettre bon ordre dans les statistiques du ministère. Les premiers économistes qui travaillent sur la santé sont des experts administratifs se référant, dans un contexte marqué par la planification, aux notions d'intérêt général et d'utilité publique.

Au seuil des années 1970, des travaux académiques plus conséquents se développent dans un contexte universitaire transformé par les événements de mai 1968. Ces derniers affectent l'organisation des universités et la légitimité des administrations publiques. La planification, en particulier, fait l'objet de critiques stigmatisant son caractère autoritaire et contestant sa capacité à définir des orientations collectives. Alimentées par des critiques, parfois d'inspiration marxiste, ces objections sont développées dans le monde académique, situé au cœur de la contestation (Poulantzas, 1968 ; Scott et MacArthur 1969 ; Nizard, 1974 ; Friedberg, 1975, Rangeon, 1978). Les modes de décision « technocratiques » de l'administration sont

2/ Cette rivalité entre les deux équipes est en partie liée à la divergence de leurs tutelles, elles-mêmes alors rivales, ainsi qu'à l'emploi de méthodes économiques différentes, à dominante respectivement macro et micro-économique. Elles trouvent en particulier à s'exprimer à l'occasion de la controverse sur le « prix de la vie humaine » (Benamouzig, 2005).

mis en cause. Même parmi les experts administratifs, la nécessité d'ouvrir le débat à des acteurs issus de la société semble une nécessité, ainsi que le formule, quelques années plus tard, Robert Fraisse, alors impliqué dans le financement de la recherche en sciences sociales : « *ce sont les mouvements sociaux et non plus les experts de l'administration qui font la signification* » (Fraisse, 1981, p. 373). Dans ce contexte d'élargissement des perspectives, les expertises économiques, jusqu'alors à dominante technique, s'élargissent à des perspectives sociales et politiques plus larges, intégrant des aspects sociologiques (Drouard, 1983). En économie de la santé, la coopération des experts administratifs avec le monde académique favorise une nouvelle définition des présupposés de la recherche, plus orientée vers des perspectives « socio-économiques ». Comme le formulent Émile Levy et son équipe : « *Il n'est pas étonnant de voir un nombre grandissant de travaux des économistes de la santé se porter sur l'appréciation de la qualité des services médicaux. Cette orientation suppose un travail nécessairement pluridisciplinaire et oblige l'économiste à collaborer avec le médecin, l'épidémiologiste, le sociologue, pour élargir ses perspectives au-delà de l'analyse d'une simple analyse de l'appareil de production ou des financements de celle-ci* » (Lévy et al., 1975, p. 4).

■ EXTERNALISER L'EXPERTISE HORS DE L'ADMINISTRATION

À partir des années 1970, l'économie de la santé ne se développe plus *dans* l'administration ; les pouvoirs publics encouragent son développement *hors* de l'administration. L'économie de la santé prospère désormais dans un monde académique ouvert aux contestations, ce qui favorise de nouvelles formes d'engagements, souvent critiques vis-à-vis de l'État. Concrètement, le décentrement de l'économie de la santé du monde administratif vers le monde académique prend diverses formes. Une première expression en est l'ouverture de commissions administratives à des économistes universitaires. Créé en 1970, la Commission des Comptes de la santé (laquelle remplace les Comptes de la consommation médicale) associe des experts issus de l'Université et s'intéresse à leurs recherches académiques (Hennequin, 1982). Le financement de recherches contractuelles constitue un deuxième dispositif, qui résulte lui-même d'évolutions complexes, liées aux triples transformations de la planification, de la politique publique de recherche et de l'Université (Benamouzig, 2005a). Au cours des années 1960, le Plan, tout d'abord, élargit l'objet de son action, jusqu'alors essentiellement économique, à des « domaines sociaux » comme l'éducation ou la santé. On attend des sciences sociales qu'elles éclairent la décision publique en la matière. Le Plan se dote à cette occasion d'un Comité

d'Orientation des Recherches sur le Développement Économique et Social (CORDES), qui dispose d'un budget conséquent pour les sciences sociales (OCDE, 1975 ; Drouard, 1983 ; Bezès *et al.*, 2005). Parallèlement, la Cinquième République voit la création de nouvelles institutions chargées de piloter la recherche, dont la plus visible est la Délégation Générale de la Recherche Scientifique et Technique (DGRST). Elle finance des « conventions de recherche » et des « actions concertées » dans des domaines émergents, parmi lesquels figurent les sciences sociales. De vifs débats, enfin, portent sur la vocation de l'Université, appelée à absorber un flux croissant d'étudiants en quête de formation professionnelle. En mai 1968, les revendications des étudiants valorisent un renforcement des enseignements appliqués, sans qu'il s'agisse pour autant de les mettre au service de finalités utilitaires : le monde académique cherche une meilleure insertion dans la vie économique et sociale, tout en revendiquant son autonomie (ANDESE, 1968 ; Gatineau *et al.*, 1969). Ces différents éléments, relatifs à la planification, à la politique de recherche et aux attentes de l'Université, favorisent la mise en place de financements contractuels destinés aux sciences sociales appliquées, dont fait partie l'économie de la santé. Quelles en sont les modalités et les conséquences sur la professionnalisation du domaine ?

■ La constitution d'un milieu académique

À l'automne 1968, la loi d'orientation sur l'Université préparée par Edgar Faure modifie l'organisation des universités, en créant notamment des Unités d'enseignement et de recherche (UER). Du point de vue des contenus d'enseignement et de recherche, la réforme encourage parallèlement l'interdisciplinarité et la recherche appliquée, afin de renforcer l'adéquation de l'Université aux besoins sociaux et professionnels. Désormais, les crédits affectés aux unités peuvent en outre être complétés par des financements sur contrat. Si la loi ne réforme pas les grands organismes de recherche, elle leur permet cependant d'orienter les recherches universitaires à travers la mise à disposition de financements finalisés. En 1971, cette politique est confirmée par le sixième Plan, qui encourage les financements contractuels et place les sciences sociales au rang de priorité nationale. Sont ainsi créées des « Recherches coopératives sur programme » (RCP), puis des « Actions thématiques programmées » (ATP). Le financement de travaux en économie et en sociologie de la santé, voire en « socio-économie » de la santé, retient l'intérêt du CNRS et du CORDES, puis de la DGRST et de l'INSERM, qui financent successivement des appels à projets. À chaque opération, une

quinzaine d'équipes est financée sur contrat. Certaines sont issues des sciences sociales, d'autres du monde médical (Morisson, 1972 ; Guirrec, 1980). Ces initiatives favorisent la structuration d'équipes et d'enseignements spécialisés dans les universités.

Les premières formations en économie de la santé sont dispensées dans le cadre des enseignements déjà existants d'économie sociale, dont le contenu porte traditionnellement sur les relations sociales et inclut à ce titre des éléments sur la Sécurité sociale et l'assurance maladie. Malgré quelques tentatives, le développement de l'économie de la santé dans les facultés de médecine se heurte à une profonde méfiance, doublée de méconnaissance de la part du monde médical (Benamouzig, 2005). Les principaux lieux académiques d'enseignement de l'économie de la santé se situent à Paris et dans quelques villes de province. Les deux équipes parisiennes sont respectivement animées par Henri Guitton au Laboratoire d'Économie Sociale de la Sorbonne et par Émile Levy, à Nanterre, puis à Dauphine, au LEGOS. Nommé maître-de-conférences à Aix-Marseille, Joseph-Brunet Jailly fait figure de pionnier : premier économiste français à avoir consacré sa thèse de doctorat à « l'économie générale de la santé » en 1967, il se rapproche du Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail (LEST), où il crée un Centre d'économie de la santé (CES). À Lille, sous l'impulsion de Michel Falise, le CRESGE développe des recherches contractuelles et un enseignement spécialisé à l'Université Catholique. À Lyon, l'association d'un économiste, Denis Clerc-Lambert, avec l'équipe médicale du Pr. Louis Roche, Professeur de médecine légale, favorise des interactions avec le monde médical. D'autres universités, à Dijon et à Montpellier notamment, développent aussi des activités spécialisées. En quelques années, se constitue un paysage dont les contours varient peu ultérieurement. Après avoir été une expertise d'État, l'économie de la santé est devenue un segment académique de la discipline économique.

■ DES SIGNES DE PROFESSIONNALISATION

La professionnalisation de l'économie de la santé apparaît à travers différents signes. Ils témoignent de la formation d'un domaine spécifique dans l'univers académique. Conjointement, la spécialisation des enseignements, l'organisation d'espaces d'échange et l'accumulation organisée des savoirs favorisent la formation d'un espace propre, constitué par différenciation avec le domaine plus ancien de l'économie sociale. Fait notable, ces dynamiques échappent au contrôle de la profession médicale. L'élaboration d'enseignements spécialisés en économie de la santé se traduit par la création de

nouveaux diplômes reconnus par l'État. En 1973, la réforme du Diplôme d'Enseignement Supérieur donne naissance à deux nouveaux diplômes : le Diplôme d'Études Approfondies (DEA), orienté vers la recherche, et le Diplôme d'Enseignement Supérieur Spécialisé (DESS), d'orientation plus professionnelle. Les formations en économie sociale tendent à se scinder, suscitant la création de diplômes spécifiquement consacrés à l'économie de la santé. Un DEA en économie de la santé est créé à la Sorbonne, tandis qu'un DESS est animé par l'équipe du LEGOS à Dauphine. Ces filières sont fréquentées par des étudiants en sciences économiques et par un certain nombre de médecins, soucieux de cultiver des compétences médicales dans ce domaine émergent. Certains étudiants poursuivent leur formation par un doctorat de sciences économiques sur des sujets relatifs à la santé. En 1977, la mention « économie de la santé » apparaît dans le fichier national des thèses.

Parallèlement, l'activité des économistes de la santé se structure. Des espaces d'échange se constituent, donnant lieu à l'organisation de journées scientifiques ou de colloques. Certaines manifestations, comme les « journées de Necker », sont organisées par des médecins, tandis que d'autres, comme les « journées d'économie médicale », associent médecins et économistes. Des représentants du monde académique s'impliquent dans l'organisation moins éphémère d'associations, à la fois scientifiques et professionnelles. L'Association lyonnaise d'économie médicale, créée en 1973, publie un *Bulletin d'économie médicale*, qui devient bientôt le *Journal d'économie médicale*. Des recherches peuvent également être publiées dans des publications telles que *Économie et Santé*, *Les cahiers de sociologie et de Démographie Médicale* voire la *Revue Française d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Ces espaces témoignent du caractère inachevé de la professionnalisation des économistes de la santé, qui restent volontiers affiliés au domaine moins spécialisé de l'économie sociale. Chaque année, nombre d'entre eux participent par exemple aux activités de l'Association Française d'Économie Sociale, constituée à Nanterre par deux jeunes Maîtres de conférences, Dominique Strauss-Kahn et Denis Kessler.

Enfin, la professionnalisation de l'économie de la santé se traduit par l'accumulation organisée des savoirs. Des économistes s'engagent dans la rédaction de manuels, dont le nombre se multiplie au début des années soixante-dix (Pélicier et Mouchez, 1973 ; Röscher, 1973 ; Bonnamour, 1974 ; Bonnamour et Guyot, 1978 ; Barral, 1978). Les recherches spécialisées, qui ne font pas toujours l'objet de publications, sont rassemblées grâce à un travail bibliographique recensant plusieurs centaines de travaux. Du côté des médecins,

Dominique Jolly publie ainsi une bibliographie spécialisée afin de promouvoir l'économie auprès de ses confrères (Jolly, 1977). Du côté des économistes, Joseph-Brunet Jailly contacte une vingtaine d'équipes et réunit des travaux originaux dans un fichier informatisé – intitulé RHESUS – financé par le CNRS et actualisé jusqu'en 1985 (Sailly, 1985). Au total, des signes tels que la spécialisation de l'enseignement, la coordination des chercheurs et l'accumulation organisée des savoirs témoignent d'un processus de professionnalisation, qui n'est pas sans conséquence sur les relations de l'économie de la santé avec l'administration, dont la position hégémonique est contestée puis affaiblie.

■ PLUS LOIN DU MONDE ADMINISTRATIF

Différents éléments attestent le renforcement du pôle académique de l'économie de la santé. Les parcours professionnels de jeunes ingénieurs économistes, tout d'abord, constituent un indice : alors que les corps techniques de l'État sont traditionnellement la voie de passage obligée des jeunes ingénieurs économistes, un certain nombre d'entre eux, intéressés par les questions économiques relatives à la santé, optent, au début des années soixante-dix, pour des parcours non plus administratifs mais académiques. C'est le cas de jeunes polytechniciens, comme Francis Fagnani auprès d'Émile Lévy, à Dauphine, ou de Philippe Mouchez auprès d'Henri Guitton, à la Sorbonne. C'est aussi le cas d'ingénieurs comme Philippe d'Iribarne, Jean-Pierre Dupuy ou Alain Letourmy dont les travaux au Centre de recherche sur le Bien-être, constitué en 1970 auprès de la Direction de la Prévision, prennent une tournure académique au milieu années soixante-dix. À une échelle plus collective, d'anciens espaces administratifs d'expertise, dans lesquels ces ingénieurs économistes ont souvent initialement été recrutés, glissent eux-mêmes du monde administratif vers le monde académique. Créés à la fin des années soixante et au début des années soixante, des centres comme le CEPREMAP (auprès du Plan) ou le CEREBE (auprès du ministère des Finances) se rapprochent du monde académique. Constitués sous forme d'associations, ils sont financés par dotations et sur contrats. Au fur et à mesure que la recherche contractuelle en sciences sociales se développe, ils produisent des études à dominante académique, le cas échéant critiques, plutôt que des travaux techniques destinés aux administrations. C'est dans ce cadre que Jean-Pierre Dupuy et Serge Karsenty publient *L'invasion pharmaceutique*, une diatribe contre l'industrie pharmaceutique inspirée des travaux d'Ivan Illitch (Dupuy, Karsenty, 1974). Dans un contexte idéologique valorisant la capacité critique des sciences sociales, certains

personnels se considèrent davantage comme des chercheurs que comme des experts de l'administration. Certains d'entre eux postulent avec succès au CNRS. Les centres auxquels ils appartiennent évoluent eux-mêmes vers la recherche. La situation du CREDOC et de son équipe médicale est à cet égard significative. Créé pour réaliser les Comptes de la consommation médicale, le CREDOC pâtit au milieu des années soixante-dix du désengagement financier et institutionnel de l'État, qui se traduit par de moindres dotations publiques et par une contestation de sa légitimité à réaliser les Comptes de la santé hors du ministère de la Santé. Face à des crises récurrentes de financement, le CREDOC soutient la candidature de certains de ses personnels au CNRS et son équipe médicale envisage, pour assurer sa survie, de postuler au CNRS puis à l'INSERM, sans succès toutefois.

Le déplacement du centre de gravité de l'économie de la santé vers le monde académique donne aussi lieu à une critique des raisonnements économiques promus par l'administration. Les agrégats macro-économiques de la Comptabilité nationale se voient reprocher de maintenir une certaine opacité sur le comportement économique des acteurs impliqués dans le système de santé (Lévy, 1982). Le calcul économique promu par la RCB est l'objet de critiques stigmatisant son incapacité à respecter les spécificités du secteur sanitaire. Comme le formulent les chercheurs travaillant auprès d'Émile Lévy, à Dauphine : « *Les économistes même les plus orthodoxes sont contraints de reconnaître que les services médicaux participent, au moins de façon partielle, de la nature de services non marchands et que l'application des concepts de l'économie de marché trouve, dans ce secteur de nombreuses limites. Si bien que lorsqu'il s'agit d'élaborer des études décisionnelles, en termes de coûts et d'efficacité notamment, ils se heurtent au problème le plus crucial de l'économie de la santé : celui de la définition et de la mesure du "produit" des activités sanitaires* » (Lévy et al., 1975, p. 4).

Au total, le décentrement de l'économie de la santé de l'administration vers le monde académique éloigne les économistes de la tutelle administrative, tant d'un point de vue institutionnel qu'intellectuel. Dès lors, l'économie de la santé se rend disponible pour de nouveaux usages, y compris auprès d'acteurs extérieurs à l'État, voire hostile à l'administration. Parfois, ces nouvelles orientations ne sont pas dépourvues de présupposés partisans, voire idéologiques. À gauche, de jeunes économistes promeuvent un usage démocratique, critique et délibératif du raisonnement économique, tandis que d'autres économistes, affichant les couleurs du libéralisme, font la promotion de la concurrence des services de santé. Pour les économistes de la santé, le temps des engagements est venu.

Dès lors, l'économie de la santé se rend disponible pour de nouveaux usages, y compris auprès d'acteurs extérieurs à l'État, voire hostile à l'administration.

■ LA DÉLIBÉRATION DÉMOCRATIQUE EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Des éléments de contexte aident à comprendre l'engagement d'économistes de la santé en faveur d'un usage critique et délibératif du raisonnement économique. Leur démarche s'inscrit dans des débats internationaux relatifs à l'évaluation des technologies, notamment médicales. Au cours des années 1970, une suspicion diffuse vis-à-vis des technologies suscite des travaux, des prises de position et des mobilisations sociales (Club de Rome, 1972 ; Nelkin et Pollak, 1981). Elle donne aussi lieu à quelques innovations institutionnelles. Aux États-Unis, le Congrès vote en 1972 la création d'un organisme original, dont l'activité inspire un engouement international : l'*Office of Technology Assessment* (OTA) est chargé d'éclairer les choix du Congrès en matière de technologies (Bimber, 1996). Il réalise des analyses coûts-avantages dont les principes s'apparentent aux méthodes jusqu'alors employées par l'Administration, à cette différence toutefois que les études sont réalisées dans un but avoué de délibération publique et contradictoire. Rapidement, le *Technology Assessment* devient une doctrine armée de ses principes et de ses méthodes, défendue par ses zéloteurs (Mironesco, 1997 ; Barthe, 2006). Après une série de conférences internationales (La Haye en 1973, Florence en 1975, Ann Harbor, en 1976, Berlin en 1982), plusieurs pays se dotent d'organismes comparables à l'OTA. Selon les pays, leur rôle s'avère d'autant plus significatif que les Parlements disposent de pouvoirs importants. En France, à partir de 1978, plusieurs propositions de loi sont déposées au Parlement par la gauche pour créer un tel organisme. Incluse parmi les cent dix propositions du candidat Mitterrand en 1981, la création d'un office d'évaluation des technologies fait l'objet de débats prolongés. En 1983, un Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) est finalement créé, mais son rôle reste très circonscrit. Amorties par la faiblesse du Parlement, les possibilités d'usages délibératifs des études coûts-avantages laissent malgré tout envisager de nouvelles perspectives, notamment en matière sanitaire, où l'usage délibératif de raisonnements économiques connaît deux expressions, liées entre elles mais de portées inégales.

■ DÉMOCRATISER LA DÉCISION NUCLÉAIRE ?

Le recours aux analyses économiques dans un esprit de délibération intervient d'abord dans le sillage des débats houleux sur l'énergie nucléaire à la fin des années 1970. Après la crise pétrolière,

le nucléaire devient un axe majeur de la politique énergétique de la France. C'est aussi un sujet de controverses (Nelkin, Pollak, 1981). Des savoirs scientifiques et techniques sont impliqués dans la controverse. Les promoteurs du nucléaire invoquent des études économiques pour justifier des choix d'équipements, tandis que ses adversaires entendent leur opposer des arguments quantifiés (Simonnot, 1978). Importée des États-Unis, la philosophie du *Technology Assessment* alimente le débat sur la pertinence des analyses économiques. Conscients des nouvelles exigences de justification publique, les ingénieurs d'EDF et du CEA encouragent la création d'une cellule chargée de produire des études coût-avantages. En 1976, le Centre d'Évaluation et de Protection dans le domaine Nucléaire (CEPN) est constitué sous la forme d'une association indépendante, quoique abritée par ses promoteurs institutionnels. La direction de cet organisme est confiée à un polytechnicien connaissant bien le domaine de la santé : Francis Fagnani a notamment travaillé, on s'en souvient, avec Émile Levy, à Dauphine. Les études du CEPN portent sur des questions de santé relatives aux risques nucléaires, chimiques ou plus largement industriels. Elles associent des ingénieurs et de jeunes chercheurs, comme Catherine Le Galès ou Jean-Paul Moatti, qui voient dans l'usage du raisonnement économique une chance pour le développement de débats contradictoires fondés sur des éléments objectifs, dans l'esprit du *Technology Assessment*. Non sans paradoxe, l'association créée par EDF et le CEA entend promouvoir la culture de délibération que revendiquent leurs opposants... Bien qu'il s'apparente à des précédents internationaux, le schéma institutionnel français, caractérisé par la faiblesse du Parlement et par l'influence d'intérêts industriels organisés, maintient le *Technology Assessment* dans les modestes proportions d'une expertise confinée. Ces initiatives ne restent pourtant pas sans effets, sinon en matière d'énergie nucléaire, du moins dans le domaine de la santé.

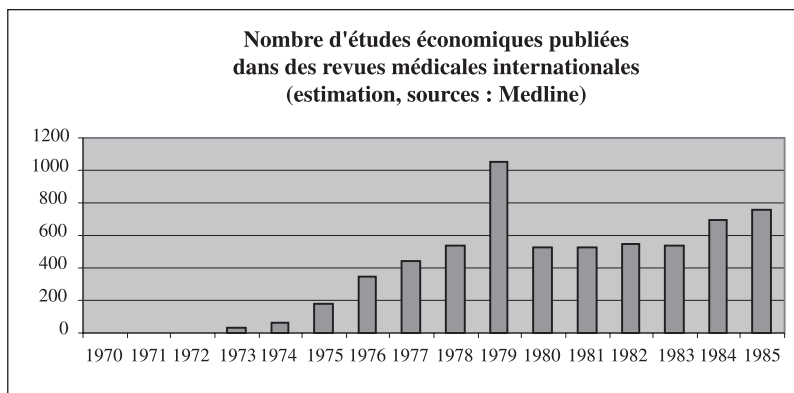
■ L'ÉCONOMIE AU SERVICE DE L'ÉVALUATION MÉDICALE

Au début des années quatre-vingt, le développement d'évaluations économiques dans le domaine médical bénéficie d'un rapprochement des experts de l'évaluation des risques nucléaires avec le monde de la santé, et de l'intérêt d'une partie du monde médical pour des études économiques dans un contexte de maîtrise des dépenses.

En premier lieu, le CEPN oriente une partie de ses activités vers des thématiques sanitaires. Un nombre significatif d'études produites porte sur les liens entre l'énergie nucléaire et la santé, ce qui favorise

l'intégration du CEPN à l'INSERM (unité 240). Après l'alternance de 1981, le nouveau ministre de la santé, Jack Ralite, engage une « concertation nationale sur le cancer » et fixe parmi ses priorités des thématiques à propos desquelles le CEPN a développé une expertise, telles que la lutte contre les cancers professionnels. Le plan national d'équipement en scanners et en appareils à résonance magnétique nucléaire offre à l'équipe l'occasion de nouvelles études. Encouragés par l'INSERM, une partie de l'unité 240 revendique plus volontiers son identité académique et se réclame, plus explicitement qu'auparavant, de l'économie de la santé, plutôt que de l'évaluation des risques.

En second lieu, le *Technology Assessment* connaît des développements internationaux auprès du monde médical. En 1976, l'OTA lance les premières études coûts-avantages sur des questions de santé, à propos de la mastectomie consécutive au cancer du sein. Alors que la question des dépenses de santé devient partout sensible (OCDE, 1977), un nombre croissant de médecins s'associe à des économistes pour réaliser des études coûts-avantages afin de montrer l'intérêt d'innovations thérapeutiques. Un nombre croissant d'études médico-économiques est publié dans des revues médicales internationales (cf. graphique).



En France, quelques médecins suivent ce mouvement avec intérêt. Associé en 1970 aux études RCB sur la périnatalité, le Pr. Emile Papiernik, en particulier, voit dans le *Technology Assessment* une chance pour les méthodes qu'il a contribué à promouvoir quelques années plus tôt. Au-delà d'une éventuelle contribution au débat public, ces études peuvent s'avérer utiles dans un nouveau contexte de maîtrise des dépenses devenu plus tendu. Confronté au déficit des comptes sociaux, le gouvernement généralise en 1983 le « budget global » à l'hôpital. De manière assez brutale, cette mesure

se traduit par le versement d'une dotation aux établissements. Elle remplace le montant jusqu'alors calculé de manière rétrospective à partir des dépenses engagées. Se faisant l'écho des préoccupations de nombreux médecins hospitaliers, le Pr. Papiernik s'entretient avec le ministre de la Santé, Edmond Hervé. Il lui propose de développer des évaluations médicales faisant usage d'études coûts-avantages. Réalisées avec des médecins, ces études pourraient prévenir des dépenses inutiles, tout en permettant aux professionnels de garder un certain contrôle, fondé médicalement, sur l'opportunité des dépenses³. Un rapport est commandé. Remis quelques mois plus tard, il promeut l'évaluation médicale et souligne l'intérêt de « conférences de consensus » mobilisant des arguments non seulement médicaux mais aussi économiques (Armogathe, 1988). Gelé pendant la première cohabitation (1986-1988), le projet est repris en 1988 par le nouveau ministre socialiste de la Santé, Claude Evin, qui crée l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM)⁴. Plutôt de gauche, ce premier emploi de l'économie de la santé donne lieu à la formulation d'un projet politique se référant aux principes délibératifs du *Technology Assessment*. Teintée de références à Habermas, il s'articule à une critique de la technocratie et promeut des valeurs démocratiques, tout en préservant l'autonomie de la profession médicale. Il s'articule aussi à des références internationales médicales, économiques et politiques relatives à l'emploi d'analyses coûts-avantages auprès d'institutions en charge de l'évaluation des technologies.

■ LES RÉSEAUX DE SOINS COORDONNÉS, UN PROJET LIBÉRAL ?

La seconde initiative partisane dans laquelle s'impliquent des économistes de la santé arbore des couleurs libérales. Après l'alternance de 1981, une partie de la droite française s'inspire des succès de Ronald Reagan et de Margaret Thatcher. On envisage de privatiser différents secteurs : banque, assurances, mais aussi audiovisuel et prisons. Un petit effort est requis pour privatiser le système de santé. En la matière, l'Institut La Boétie, un *Think Tank* fondé en 1979 par le comte de la Rochefoucauld, joue un rôle pivot. Cet organisme regroupe des décideurs du monde patronal issus des secteurs du bâtiment, de la grande distribution et de l'assurance, et travaille sur différents « chantiers », dont celui de la santé. En la matière, l'idée

3/ Entretien, Emile Papiernik, octobre, 1998.

4/ Voir Robelet (2002).

est de s'inspirer des *Health Maintenance Organizations* (HMO) promues par Ronald Reagan et son éminence grise en matière de santé, le Pr. Alain Enthoven (Enthoven, 1973). Ces sociétés globales de santé proposent des soins à leurs adhérents contre l'acquittement préalable d'une prime d'inscription. Le « pré-paiement » doit inciter les gestionnaires de ces sociétés à une gestion avisée, tout en satisfaisant les aspirations de leurs clients pour qu'ils achètent le droit d'être soignés. Au début des années 1980, l'expérience américaine retient l'attention dans le monde entier.

En France, Robert Launois est l'un des économistes de la santé les plus impliqués auprès de l'Institut La Boétie. Le parcours de cet économiste est singulier : contrairement à nombre de collègues impliqués dans l'administration ou dans les recherches contractuelles promues par l'administration quelques années auparavant, il fait figure d'économiste « isolé » (Sailly, 1985). Agrégé de sciences économiques du temps où Henri Guitton présidait le jury d'agrégation et formé aux États-Unis, Robert Launois est soucieux de la spécificité intellectuelle de sa discipline et de son renforcement théorique. Il valorise la micro-économie, dont il maîtrise les derniers développements, et ne dissimule pas ses critiques à l'encontre de l'économie de la santé telle qu'elle a été pratiquée en France, au CREDOC, auprès de l'administration ou dans le cadre « socio-économique » des recherches contractuelles. Ses propositions se fondent sur de nouveaux types d'arguments théoriques, introduisant les principes d'asymétrie d'information, de sélection adverse ou de risque moral à partir desquels se développe la nouvelle micro-économie néo-classique. Intéressé par l'expérience américaine, Robert Launois étudie avec soin les propositions de certains économistes, dont Alain Enthoven, avec lequel il sympathise lors du second colloque international d'économie de la santé, organisé à Leyden en 1980. Avec le soutien de l'Institut La Boétie, Robert Launois s'inspire de ces travaux américains pour proposer la création de « Réseaux de soins coordonnés » (Launois, Giraud, 1985).

■ LE PLAN ET LA MISE EN CONCURRENCE

Au milieu des années quatre-vingt, les initiatives de l'Institut la Boétie tirent habilement parti des transformations de l'administration. Paradoxalement, les évolutions de la planification jouent un rôle décisif dans la promotion des idées libérales. Après 1981, la mise en œuvre d'une planification démocratique, à la fois globale et respectueuse de l'autonomie des acteurs, est à l'ordre du jour. Sous la responsabilité de Michel Rocard, les relations entre le centre

étatique et une périphérie associant entreprises publiques, collectivités locales et acteurs sociaux bénéficient d'une attention particulière. Auprès du Plan, certains économistes formalisent ces relations, sur un mode contractuel, en substituant des principes d'incitation des agents économiques aux anciens principes de décision, jugés excessivement autoritaires. Dans cet esprit, différents groupes de travail analysent le système de santé. Leurs travaux permettent de suivre la formalisation d'un mode de raisonnement original.

En 1983, un rapport du Plan intitulé *La santé choisie* souligne dans le nouvel esprit de la planification démocratique : « *Responsabiliser les acteurs, c'est en effet d'abord une nécessité politique pour le développement d'une société fondée sur la démocratisation des choix et non sur l'autoritarisme érigé en principe de gouvernement : le système de santé ne doit pas échapper à cette nécessité. Ce peut être aussi, fait important, un atout technique important de l'efficacité de ce système* » (CGP, 1983, p. 67). Le rapport décrit plusieurs scénarios, identifiés à partir d'une schématisation du rôle des acteurs. Ces scénarios vont d'une accentuation du rôle de l'État au renforcement des assurances complémentaires, en passant par une délégation de compétences aux collectivités locales. À ce stade, le raisonnement n'est pas économique. Aucune hypothèse sur la rationalité des agents n'est introduite. Un pas supplémentaire est franchi à partir de 1985 (CGP, 1985). Un groupe de travail du Plan travaille sur la « Décentralisation du système de santé et de la Sécurité sociale ». Michel Mougeot, un autre économiste de la santé universitaire, également favorable au renforcement théorique de l'économie de la santé, y développe une analyse qui s'inspire des nouveaux principes de la micro-économie (CGP, 1986 ; Mougeot 1986). En plus des relations entre acteurs, il introduit des hypothèses de rationalité en contexte d'information imparfaite, qui permettent de formaliser et d'anticiper les relations entre agents. Le raisonnement opère un changement en apparence anodin, mais en réalité crucial. Aux anciennes représentations institutionnelles du système de santé, qui insistaient sur son caractère historique, original et finalement statique, succèdent de nouvelles représentations : les relations entre acteurs sont présentées comme des variables, dont n'aurait plus qu'à se saisir un éventuel décideur. Le raisonnement est posé, et il offre des perspectives d'action. Il acquiert un caractère partisan lorsque Robert Launois et l'Institut La Boétie présentent, parallèlement aux travaux du Plan, le projet des Réseaux de soins coordonnés.

Aux anciennes représentations institutionnelles du système de santé, succèdent de nouvelles représentations : les relations entre acteurs sont présentées comme des variables, dont n'aurait plus qu'à se saisir un éventuel décideur.

■ LES TROIS CERCLES DE LA CONTROVERSE

En 1985, l'ouvrage *Les réseaux de soins coordonnés, médecine de demain* est une contribution doublement originale. Données à l'appui, elle présente d'abord une analyse décapante des modes de gestion centralisés et administratifs du secteur sanitaire, fondée sur les principes de la nouvelle micro-économie. De manière plus prospective, l'ouvrage propose la création de véritables « entreprises de santé » prenant en charge les patients contre un abonnement préalable, abondé par la Sécurité sociale. Il s'agit de donner aux patients la possibilité de choisir leurs prestataires de santé et d'introduire ainsi une concurrence entre entreprises spécialisées, sans nécessairement menacer la péréquation nationale des risques, garantie par le maintien du financement socialisé du système par la Sécurité Sociale. À l'heure du marketing politique, l'Institut La Boétie ne ménage pas ses efforts : conférences, tables rondes, papiers dans la presse médicale, rédaction de « fiches » adressées aux décideurs se succèdent à bon train. Une rhétorique entrepreneuriale agrmente le projet d'une phraséologie anti-étatiste : « *Et si l'on s'attaquait aux racines du gaspillage médical ? On l'a bien vu, l'intervention publique est infirme et doit céder perpétuellement devant les groupes de pression. (...) ne serait-il pas préférable de remettre à nouveau la régulation du système de santé aux mains des usagers et des professionnels ?* » (Giraud, Lanois, 1985). De fait, le projet retient l'intérêt. Différents acteurs prennent position et déclare leur intérêt à l'approche d'échéances électorales. Une coalition se constitue autour des Réseaux de soins coordonnés.

Au-delà des aléas électoraux, divers cercles peuvent être distingués. Le projet est d'abord évalué par des professionnels du secteur. Des médecins se disent intéressés par cette initiative « libérale »⁵. D'autres attirent l'attention sur le fait que le caractère libéral du projet n'a rien à voir avec la médecine du même nom, puisqu'il s'agit d'intégrer la pratique médicale dans des entreprises de santé, transformant le médecin en exécutant⁶. Non sans ironie, les médecins les mieux disposés sont ceux qui militent depuis longtemps pour un exercice socialisé de la médecine, entre-temps délaissé par la majorité socialiste⁷. Du côté des assurances, les points de vue sont également partagés. À travers le contrôle d'entreprises de santé, certains assureurs se voient déjà sur le « marché de la santé », avec la capacité de contrôler les coûts de l'activité médicale (Huot, 1986). Emmené

5/ *La médecine de France*, 25 mars 1987.

6/ *Le quotidien du médecin*, 11 décembre 1986.

7/ *Le Panorama du médecin*, 16 novembre, 1986.

par le charismatique Claude Bébéar, le groupe AXA expérimente les vertus du projet auprès de professionnels volontaires⁸. D'autres assureurs se montrent plus réservés. La surprise vient du soutien de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, d'ordinaire située à gauche : ses responsables pensent que le projet peut favoriser une prise en charge globale des patients, à travers un exercice plus collectif de la médecine⁹. Porté par une philosophie libérale, le projet brouille les repères...

Il perturbe aussi les frontières du monde politique, dans un contexte animé par une succession d'élections nationales entre 1986 et 1988. L'initiative compte d'abord sur le soutien du Parti Républicain, qui porte haut les couleurs libérales. Nommé ministre de l'Industrie en 1986, Alain Madelin leste le projet d'un certain poids politique. Les autres soutiens sont plus étonnants. Certains viennent de gauche. Les radicaux de gauche se disent favorables aux expérimentations¹⁰. En période de cohabitation, le médecin personnel de François Mitterrand, Claude Gübler, indique qu'il entend travailler au projet après sa nomination à l'Inspection générale des affaires sociales¹¹. Peu avant les élections de 1988, Michel Rocard, pressenti au poste de Premier ministre, reste ouvert à des réseaux « *qui restent à faire* » (Rocard, 1988). C'est de droite que viennent les réserves. Nommée ministre de la Santé en 1986, Michèle Barzach juge les HMO inadaptés à la France, dont le système de santé doit selon elle être essentiellement curatif¹². Peu avant les élections présidentielles de 1988, Raymond Barre ne reconnaît au projet « *ni sérieux, ni bon sens* »¹³. Différents parlementaires de droite – tous médecins – se déplacent aux États-Unis et rentrent « *déçus et bredouilles* »¹⁴.

Comment expliquer ces positionnements politiques, à la fois variés et en partie inattendus ? En premier lieu, les partisans du projet se recrutent à la périphérie du jeu politique, auprès de forces d'appoint, valorisant plus facilement l'innovation. Plus directement responsables de la gestion de la protection sociale, les grandes formations et les leaders pouvant être appelés aux responsabilités se montrent prudents. En second lieu, la profession médicale exerce une influence sensible auprès de certains partis politiques,

8/ *Le quotidien du médecin*, 13 juin 1988.

9/ *Le Monde*, 31 mai 1985.

10/ *Impact médecin*, 30 novembre 1985.

11/ *Le quotidien du médecin*, 4 mars 1986.

12/ *Le quotidien du médecin*, 27 février 1986.

13/ *Le quotidien du médecin*, 24 octobre 1985.

14/ *Le quotidien du médecin*, 8 décembre, 1987.

notamment au RPR (Hassenteufel, 1997). Les questions de santé y sont déléguées à des médecins, peu enclins à livrer leur autonomie professionnelle à des gestionnaires, fussent-ils libéraux. Comme le souligne au retour d'une mission d'observation la députée Elisabeth Hubert, médecin et futur ministre de la Santé dans le premier gouvernement d'Alain Juppé : « *Aux États-Unis, le corps médical, qui crie son indépendance, est en fait très dépendant des assurances privées et des HMO (...) Ceux qui voudraient calquer les HMO sur notre Sécurité sociale parlent sans savoir* »¹⁵.

Le troisième cercle, enfin, est celui des experts en économie de la santé, appelés à prendre parti. Divers économistes rejoignent Robert Launois dans son combat, pour des raisons différentes. Des économistes comme Michel Mougeot ou Gérard Duru, à Lyon, saluent l'usage de la micro-économie, qui traduit à leurs yeux un renforcement théorique de la discipline, pour lequel ils militent auprès de leurs collègues. D'autres experts, comme les économistes Béatrice Majnoni d'Intignano et Victor Rodwin ou le Dr. Jean-Claude Stephan, assument des positions plus ouvertement partisans (Launois *et al.*, 1985). Face à eux, ils rencontrent d'autres économistes de la santé. Ceux du LEGOS soulignent les risques d'inégalités dans la gestion des risques (Bungener *et al.*, 1985). L'équipe issue du CEPN se dit favorable à un autre usage politique de l'économie de la santé, l'évaluation médico-économique (Moatti, Lanoé, 1986). Au croisement des différents cercles, s'échangent des arguments tout à la fois économiques et politiques, souvent partisans. Après la succession des échéances électorales, les Réseaux de soins coordonnés sont abandonnés en 1988. Le nouveau ministre de la Santé, Claude Evin, soutient le développement de l'évaluation médicale en créant l'ANDEM (Robelet, 2002). Le projet des réseaux de soins coordonnés est enterré.

■ CONCLUSION

Au milieu des années quatre-vingt, l'engagement d'économistes de la santé dans des débats partisans semblent avoir été rendu possible par la transformation préalable de leurs relations avec l'administration. Initialement intégrée à l'action administrative, notamment auprès du Plan et des ministères des Finances et de la Santé, les économistes de la santé acquièrent une plus grande autonomie institutionnelle à la faveur de leur professionnalisation académique,

15/ *Le panorama du médecin*, 2 février 1988.

intervenue dans les années soixante-dix. Cette autonomie accrue se traduit par la formation d'un espace propre dans l'univers académique et par une plus grande distance vis-à-vis des préoccupations décisionnelles et planificatrices de l'administration. Cette situation permet à certains économistes de la santé de s'engager auprès d'acteurs extérieurs aux administrations centrales, notamment auprès d'acteurs issus du monde médical ou du secteur des assurances, pour nouer de nouvelles alliances politiques et participer à leur promotion, jusque sur des terrains partisans. Cette dynamique permet de concevoir la professionnalisation de l'économie de la santé comme une condition ayant rendu possible l'engagement des économistes.

Au-delà du cas de l'économie de la santé, ce constat conduit à formuler une hypothèse plus générale, complétant l'analyse des changements idéologiques intervenus dans les politiques publiques au cours des années quatre-vingt. À la suite des travaux de Jobert, Théret et Muller (Muller, 1990 ; Jobert, Théret, 1994) cette période est souvent caractérisée par un « changement de référentiel » : au référentiel keynésien des décennies d'après-guerre aurait succédé un référentiel néo-libéral, importé des pays anglo-saxons par des élites administratives, notamment par l'INSEE. Le cas de l'économie de la santé confirme cette dynamique d'ensemble, en offrant une illustration de l'intérêt inédit porté aux idées libérales aux cours de cette période (Serré, 2001 ; Pierru, 2007). Il conduit cependant à relativiser l'hypothèse du rôle prégnant des élites administratives. Dans les années quatre-vingt, les efforts visant à introduire des idées libérales semblent moins imputables, du moins exclusivement et en premier ressort, à des élites administratives qu'à des économistes académiques socialisés dans un contexte de professionnalisation académique de leur discipline à une échelle non seulement nationale mais internationale. Même si l'analyse de l'usage des nouvelles références micro-économiques dans l'administration dépasse l'objet de cet article, le rôle des élites administratives apparaît plutôt second que pionnier. Dans le débat public, tout d'abord, les principes de la nouvelle micro-économie sont introduits, nous l'avons vu, par des économistes académiques, plutôt que par les élites administratives. Le Plan joue assurément un rôle essentiel, mais il s'agit davantage d'un rôle de médiation entre économistes académiques et sphères administratives, que d'un rôle de gestation. Ailleurs dans l'administration, les changements sont lents et tributaires de compétences académiques. En 1987, lorsque le ministère des Finances structure un programme de formation en économie de la santé au Centre d'Étude des Programmes Économique de l'INSEE (CEPE santé), il recourt aux anciens spécialistes de la RCB, plutôt qu'à d'éventuels spécialistes de la nouvelle micro-économie. Intervenue tardivement,

au cours de la décennie suivante, la refonte du programme au bénéfice de la nouvelle micro-économie est alors, et alors seulement, confiée à de jeunes administrateurs de l'INSEE entre-temps formés en la matière. Parallèlement, lorsque le ministère des Finances s'intéresse aux usages de la micro-économie en matière de santé, il sollicite de jeunes universitaires, comme Pierre-Jean Lancry et Lise Rochaix, qui occupent le poste « santé » de la Direction de la Prévision, avant d'être remplacés au milieu de la décennie suivante par des administrateurs de l'INSEE (Benamouzig, 2000 ; Serré, 2002). Si les administrateurs de l'INSEE ont certainement joué un rôle important dans le recours aux nouvelles références économiques, y compris en relation avec le monde académique, ce rôle apparaît second et semble tributaire de transformations préalables du monde académique. Plus généralement, mais cette hypothèse reste à être vérifiée, le changement de référentiel des années quatre-vingt pourrait être un effet différé de la professionnalisation académique de la discipline économique, plutôt qu'une rupture principalement imputable aux acteurs administratifs eux-mêmes. Peut-être moins héroïque pour ces derniers – ou moins infamante, selon l'appréciation portée – cette hypothèse devrait conduire à introduire plus systématiquement les transformations du monde académique, et plus généralement des éléments de sociologie des sciences, dans l'analyse des politiques publiques et de leurs transformations, particulièrement cognitives. Il s'agirait alors de ne pas limiter l'analyse à l'identification et la caractérisation de quelques grands « paradigmes » ou « référentiels » plus ou moins globaux, ni à la mise en évidence de l'implication individuelle ou collective d'économistes, mais de considérer aussi, de manière plus précise, la manière dont certaines formes de raisonnement sont produites, adaptées, utilisées par différents acteurs académiques ou politiques, voire plus généralement sociaux (Benamouzig, 2005).

Daniel Benamouzig
Centre de Sociologie des Organisations (CSO)
CNRS-Science Po
13, rue de l'Université
75 007 Paris
daniel.benamouzig@sciences-po.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABBOT A., 1988 *The System of Professions, An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago : Univ. of Chicago Press.
- ANDESE, 1968 Contester et construire, la réforme des études économiques. *Vie et Sciences Economiques*, n° 52, p. 8-9.
- ARMOGATHE J.F., 1988 *Pour le développement de l'évaluation médicale*. Paris : La Documentation Française.
- BARRAL E., 1978 *Économie de la santé, Faits et Chiffres*, Paris : Dunod.
- BARTHE Y 2006 Comment traiter les « débordements » des sciences et des techniques ? Une brève histoire du « technology assessment ». In : O. Ihl (dir.), *Les « Sciences » de l'action publique*. Grenoble : PUG, p. 245-262.
- BENAMOUGIZ D., 2005 *La santé au miroir de l'économie*. Paris : PUF.
- BENAMOUGIZ D., 2005b L'État au chevet de l'économie médicale : la contribution du CREDOC. In : Bezès, et al., 2005. *op. cit.*, p.88-110.
- BENAMOUGIZ D., 2000 *Essor et développement de l'économie de la santé en France*. Thèse de sociologie. Paris : Université Paris IV Sorbonne.
- BEZES P., CHAUVIÈRE M., CHEVALIER J., OCQUETEAU F., DE MONTRICHER N., 2005 *L'État à l'épreuve des sciences sociales. La fonction recherche dans les administrations sous la Cinquième République*. Paris : La Découverte.
- BIMBER B., 1996 *The Politics of Expertise in Congress, the Rise and Fall of the Office of Technology Assessment*. New York : State Univ. of New York Press.
- BONNAMOUR P., GUYOT F., 1978 *Économie médicale*. Paris : Éditions médicales universitaires.
- BONNAMOUR P., 1974 *La médecine dans le monde économique*. Paris : Éditions médicales universitaires.
- BRUNET-JAILLY J., 1971 *Essai sur l'économie générale de la santé*. Paris : Éditions Cujas.
- BUNGENER M., LAFARGE H., LE PEN C., LEVY E., 1985 À propos des réseaux de soins coordonnés. *Politiques et management public*. vol. 3, n° 4, p. 181-191.
- CARO J.-Y., 1983 *Les économistes distingués. Logique d'un champ scientifique*. Paris : FNSP.
- CLUB DE ROME, 1972 *Halte à la croissance*. Paris : Fayard.
- COATS A.W., 1992 *Sociology and Professionalization of Economics*. Londres : Routledge.
- COLANDER D., COATS, A.W. 1989 *The Spread of Economic Ideas*, Cambridge : Cambridge Univ. Press.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, 1983 *La santé choisie*. Paris : La Documentation Française.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, 1985 *Systèmes de Santé, Pouvoirs publics et financiers*. Paris : La Documentation Française.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, 1986 *Une décentralisation du système de santé*. Paris : La Documentation Française.
- DORAY P., COLLIN J., AUBIN-HORT S., 2004 L'État et l'émergence des « groupes professionnels ». *Canadian Journal of Sociology / Journal Canadien de Sociologie*, vol. 29., n° 1, p.83-110.

- ENTHOVEN A.P., 1973 *Health Plan : The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Health Care.* Cambridge, Mass. : Harvard Univ. Press.
- FOURQUET F., 1980 *Les comptes de la puissance.* Paris : Encre Recherches.
- FRAISSE R., 1981 Les sciences sociales, utilisation, dépendance, autonomie. *Sociologie du Travail*, n° 4, p. 369-383.
- FRIEDBERG E., 1975 Insaisissable planification, réflexions à propos de quelques études de la planification française. *Revue française de sociologie*, 1975, vol. 16, suppl. p. 605-623.
- GATINEAU L., GERSCHEL A., HAY L., KLAPISCH R., LEROUX-HUGON P., SINGER J., VIGNAUX G., 1969 *Recherche et contestation, débats des travailleurs scientifiques après mai 1968.* Paris : Anthropos.
- GIRAUD R., LAUNOIS R., 1985 *La santé libérée.* Paris : Note de l'Institut La Boétie.
- GUIRREC A., 1980 *Le développement de l'économie médicale.* Paris : Note de la Direction Générale de la Santé.
- HALL P., 1986 *Governing the Economy. The Politics of State Intervention in Britain and France.* Oxford : Oxford Univ. Press.
- HALL P., 1989 *The Political Power of Economic Ideas, Keynesianism across Nations.* Princeton : Princeton Univ. Press.
- HASSENTEUFEL P., 1997 *Les médecins face à l'État, une comparaison internationale.* Paris : FNSP.
- HENNEQUIN B., 1982 La Commission des comptes de Santé. *Économie et Santé*, n° 16, p. 7.
- HUOT C., 1986 L'assurance maladie, un enjeu capital. *Références, le journal de l'assurance*, n° 35, p. 23.
- JOBERT B., 1981 *Le social en Plan.* Paris : Éditions ouvrières.
- JOBERT B., 1994 *Le tournant néolibéral en Europe, idées et recettes dans les pratiques gouvernementales.* Paris : L'Harmattan.
- JOBERT B., THERET B., 1994 La consécration républicaine du libéralisme. In : Jobert B., 1994. *Le tournant néo-libéral en Europe. op. cit.*, p. 21-86.
- JOLLY D., 1977 *Économie de la santé, bibliographie choisie et annotée.* Paris : Dunod.
- KLAMER A., COLANDER D., 1990 *The Making of an Economist.* Boulder : Westview Press.
- LAUNOIS R., GIRAUD P., 1985 *Les réseaux de soins coordonnés, médecine de demain.* Paris : Economica.
- LEBARON F., 2000 *La croyance économique Les économistes entre science et politique.* Paris : Seuil.
- LEVY, E., 1982 *La santé fait ses comptes.* Paris : Economica.
- LEVY-LAMBERT H., GUILLAUME H. 1971 *La rationalisation des choix budgétaires.* Paris : PUF.
- MAJNONI D'INTIGNANO B., STEPHAN J.-C. 1983 *Hippocrate et les Technocrates.* Paris : Calmann-Lévy.
- MIRONESCO C., 1997 *Un enjeu démocratique : le Technology Assessment.* Paris : Éditions Georg.
- MOATTI J.-P., LANOE J.-L., 1986 Les réseaux de soins coordonnés, nécessaire rationalisation du système de santé ou utopie libérale ? *Journal d'économie médicale*, vol. 4, n° 3-4, pp. 209-223.

Daniel Benamouzig

DOSSIER

- MORISSON C., 1972 Les actions thématiques programmées du CNRS. *Courier du CNRS*, n° 4, p. 32.
- MOUGEOT M., 1986 *Le système de santé, centralisation ou décentralisation ?* Paris : Economica.
- MÜLLER P., 1990 *Les politiques publiques*. Paris : PUF.
- NELKIN D., POLLAK M., 1981 *The Atom Besieged, Extraparliamentary Dissent in France and Germany*. Cambridge Mass. : MIT Press.
- NIZARD L., 1974 *Planification et société*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- OCDE, 1977 *Dépenses publiques de santé*. Paris.
- OCDE, 1975 *Politique des sciences sociales, France*. Paris.
- PELICIER Y., MOUCHEZ Ph., 1973 *Abrégé de sociologie et d'économie médicale*. Paris : Masson.
- PIERRU F., 2007 *Hippocrate malade de ses réformes*. Bellecombe-en-Bauges : Éditions du croquant,.
- POLLAK M., 1976 La planification des sciences sociales. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 2, n° 2, p. 105-121.
- POULANTZAS N., 1968 *Pouvoir politique et classes sociales*, Paris : Maspéro.
- RANGEON F., 1978 *Variations autour de l'idéologie de l'intérêt général*. Paris : PUF.
- ROBELET M., 2002 Les figures de la qualité des soins, rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité, thèse de doctorat de sociologie. Université Aix-Marseille 2.
- RÖSCH G., 1973 *Économie médicale*, Paris : Flammarion.
- RUESCHENMEYER D., 1987 Comparing Legal Professions Cross-Nationally : from a Professions Centered to a State Centered Approach. *American Bar Foundation Research Journal*, vol. 11, n° 3, p. 415-446.
- SAILLY J-C., 1985 Rapport de conjoncture : économie de la santé, octobre 1984. *Journal d'Économie Médicale*, vol. 3, n° 2, p. 61-80.
- SANDIER S., 1988 Naissance de l'économie médicale en France. Aux origines du CREDES. Interview de H. Péquignot. *Prospective et santé*, n° 47-48.
- SCOTT B.R., MCARTHUR J.H., 1969 *Industrial Planning in France*. Boston : Harvard Univ. Press.
- SERRÉ M., 2001 *Le tournant néo-libéral de la santé ? Les réformes de la protection maladie en France dans les années 90 ou l'acclimatation d'un référentiel de marché*. Thèse de Science Politique, Paris I.
- SERRE M., 2002 De l'économie médicale à l'économie de la santé. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 143, p. 68-79.
- SIMONOT P., 1978 *Les nucléocrates*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- SPENLEHAUER V., 1998 L'évaluation des politiques publiques, avatar de la planification. Thèse pour l'obtention du doctorat de sciences politique. Grenoble, 585 p.
- WEBER M., 2003 [1919] *Le savant et le politique. La profession et la vocation de savant. La profession et la vocation de politique*. Paris : La découverte.