ensemble de variables, à partir desquelles il devenait possible de choisir et donc d'agir. Différents systèmes de régulation pouvaient être comparés, non plus comme les résultats juridiquement stables et cohérents d'histoires singulières, mais comme la résultante de choix réalisés à partir de variables. Intellectuellement, le système de santé devenait « manipulable ». Le travail de Michel Mougeot accroît sa maniabilité intellectuelle. La représentation qu'il propose ne résulte plus de quelques « grands choix » sur un petit nombre de variables, mais d'une pluralité d'aménagements locaux, intéressant de multiples relations entre acteurs, à propos desquels il devient loisible de réfléchir à des mécanismes incitatifs. Le système de santé devient une sorte de vaste mécano intellectuel, au sein duquel tout reste à faire... Comme dans un vrai mécano, l'ajustement des éléments assure non seulement la solidité des relations, mais la stabilité de l'équilibre global. En offrant une représentation d'ensemble du système de santé, la réflexion de Michel Mougeot concilie une approche globale avec la prise en compte des comportements d'acteurs, et constitue en ce sens un effort substantiel de « recomposition » du raisonnement économique.

32 La perspective théorique mise en œuvre par Michel Mougeot et prolongée par des économistes de la santé travaillant dans des institutions publiques ou académiques, ouvre des « pistes de recherche » en vue d'une meilleure organisation des relations endogènes au système de santé. Ces applications placent le régulateur en position de manipuler le système, d'abord intellectuellement, puis le cas échéant de manière plus pragmatique. Ce type de réflexions participe du débat sur l'organisation du système de santé ouvert par le rapport du IXe Plan. Si un économiste comme Michel Mougeot limite délibérément son engagement au rôle de conseiller du prince, il n'ignore pas que des réformes institutionnelles provoqueraient la mobilisation de multiples intérêts. D'autres économistes acceptent de s'engager dans cette bataille, en s'engageant aux côtés d'intérêts organisés.

Les Réseaux de soins coordonnés, des HMO à la française ?

33 Les économistes de la santé français qui entendent promouvoir une organisation plus concurrentielle du système de santé s'inspirent de débats internationaux, notamment américains. Aux États-Unis, l'administration Reagan privilégie des structures de soins privées, les *Health Management Organizations* (HMO). Affichant des convictions libérales, les économistes français favorables à la concurrence s'en inspirent et ouvrent un véritable débat idéologique, soutenu par des intérêts organisés. Les raisonnements sont au cœur d'une bataille politique. Avec le soutien d'intérêts économiques, des économistes proposent une adaptation française des HMO, dont le projet des Réseaux de soins coordonnés est la version la plus aboutie. Le projet ne laisse pas indifférent et appelle des réactions, notamment de la part d'autres économistes de la santé, situés plus à gauche sur l'échiquier politique. Par économistes interposés, deux coalitions s'affrontent. Les partisans de l'évaluation médico-économique, soutenus par des représentants du monde médical, s'opposent aux avocats d'une réforme libérale du système de santé. En raison de l'importance que ces coalitions accordent aux idées et aux raisonnements, elles peuvent être considérées comme des « coalitions de cause » *(advocacy coalitions)*, au sens de Paul Sabatier et Helen Jenkins-Smith [30]. Dans les deux camps, les enjeux stratégiques s'articulent à des représentations et à des raisonnements. Des arguments plus ou moins robustes sont utilisés à des fins stratégiques. Économistes, acteurs économiques ou professionnels ne sont pas les seuls protagonistes impliqués dans la controverse : pour servir leurs fins, les promoteurs des Réseaux de soins coordonnés cherchent à acquérir le soutien d'acteurs politiques et de responsables administratifs, susceptibles de procurer une traduction institutionnelle à leurs idées. Entre 1985 et 1988, dans un cycle électoral dominé par une série d'alternances, partis et hommes politiques prennent position à propos d'une éventuelle libéralisation du système de santé français.

L'élaboration d'un scénario libéral

Le projet des Réseaux de soins coordonnés bénéficie d'un intérêt plus généralement porté aux systèmes de santé étrangers. Face à la crise, les systèmes de santé des pays développés sont confrontés à des difficultés analogues. Les économistes français s'intéressent d'autant plus volontiers à des expériences étrangères, notamment anglo-saxonnes, que la discipline économique se tourne elle-même, pour des raisons scientifiques, vers ces pays. Le système de santé américain attire l'attention, moins cependant en raison de son organisation, plutôt décriée, qu'en raison de sa capacité à produire des innovations séduisantes. Caractérisé par son pluralisme, le système américain ne dispose pas d'une couverture universelle contre le risque maladie. Les Américains qui ne disposent pas d'une couverture publique recourent à des assurances privées, éventuellement sans but lucratif, comme la *Blue Cross* ou la *Blue Shield*. Les polices d'assurance maladie sont souvent contractées au niveau des entreprises, ou à défaut par les individus. Des institutions publiques couvrent néanmoins une large part des dépenses de santé, de manière directe ou indirecte [31]. Une partie des dépenses d'assurance est notamment prise en charge par les pouvoirs publics à travers un système d'allégements fiscaux. Il n'en reste pas moins qu'au début des années 1980, 10 % des Américains ne sont pas couverts contre le risque maladie, avec les conséquences sociales qu'on imagine. Socialement injuste, ce système de santé est aussi jugé peu performant. Les États-Unis disposent, certes, d'unités de soins et de recherche parmi les meilleures au monde, mais les indicateurs nationaux de santé ne sont pas à la hauteur des sommes engagées pour financer le système de santé. Avec près de 11 % du PIB consacrés à la santé au début des années 1980, le système américain est le plus cher au monde [32]. Bien qu'il s'appuie sur un large recours au marché, ce système n'épargne pas les pouvoirs publics de crises de financement répétées, comparables à celles de pays dans lesquels le risque maladie est socialisé au niveau national. Le système de santé américain apparaît au total comme un système en crise, injuste et inefficace, en fait peu enviable. Son pluralisme est cependant propice à l'expérimentation. 34

Au début des années 1980, plusieurs innovations, comme les *Diagnosis Related Groups* de Robert Fetter ou l'évaluation médicale, retiennent l'attention. L'accès à la présidence de Ronald Reagan ravive l'intérêt de l'opinion publique pour des structures de santé originales, associant les fonctions d'assurance et de production de soins. Les *Health Maintenance Organizations* (HMO) apparaissent comme la solution libérale en matière de santé. Leur développement aux États-Unis est relativement ancien, puisque les premières organisations de ce type apparaissent dès la fin du XIXe siècle, avant de se développer véritablement dans les années 1930. Loin d'être le pivot d'un système de santé libéral, elles constituent alors de petites structures mutualistes, associant des professionnels de santé. Contre un forfait annuel payé d'avance, les patients accèdent à un ensemble de prestations sanitaires (soins, prévention, hospitalisation). Dès leur apparition, ces organisations heurtent les principes du libéralisme médical, fondé sur le paiement à l'acte et la relation individuelle du médecin avec son patient. Bien qu'elles permettent la prise en charge de populations n'ayant pas accès aux assurances privées, notamment en zones rurales, les HMO sont combattues par les organisations professionnelles américaines, notamment par l'*American Medical Association*. Face à cette hostilité, leur nombre décline jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Après 1945, un industriel californien confronté à une relative rareté de la main-d'œuvre, Henry Kaiser, propose aux salariés de ses chantiers navals des services sanitaires dispensés par l'intermédiaire d'une fondation de secours mutuel. En 1948, la *Kaiser's Foundation* connaît un tel succès que Kaiser ouvre plus largement cette institution au public et développe des structures affiliées dans plusieurs États. Il suscite une vive réaction des professionnels de santé et des établissements privés, qui après un débat de plusieurs années finissent par accepter le principe de la fondation Kaiser, et se regroupent eux-mêmes pour constituer des HMO concurrents, de plus petite taille. Pour des raisons historiques, la Californie est directement concernée par le phénomène. À l'échelle des États-Unis le développement des HMO est plus limité. On ne compte qu'une trentaine d'institutions 35

de ce type au début des années 1970. Il est vrai que dans les années 1950 et 1960, les démocrates développent une politique de santé fondée sur la création de programmes publics de couverture contre le risque maladie. Si les projets de création d'un système universel achoppent régulièrement devant le Congrès, les programmes *Medicare* et *Medicaid* prennent en charge une part significative des dépenses de santé. Face à cette montée en puissance de l'État fédéral, les républicains proposent de recourir au secteur privé. Les HMO apparaissent comme une alternative républicaine à l'assurance publique promue par les démocrates.

36 Développée par le Dr Paul Ellwood, la « *Health Maintenance Strategy* » est adoptée par Richard Nixon. Dotée d'un poids politique, la question suscite l'intérêt des milieux académiques. Étudiant leur évolution sur plusieurs décennies, des économistes comme Harold Luft montrent que les coûts des HMO sont inférieurs à ceux du système traditionnel, en raison de leur capacité à réduire les séjours hospitaliers [33]. Fondés sur le principe du prépaiement, les HMO incitent plus généralement leurs gestionnaires à une gestion précautionneuse des ressources. En 1973, le Congrès vote à l'initiative de Richard Nixon un *HMO Act*, qui favorise le développement de ces structures, non sans un savant mélange d'apologie du marché et d'intervention publique : du côté de la demande, le texte législatif stipule que les entreprises de plus de 25 personnes doivent proposer à leurs salariés, parmi les possibilités de couvertures contre le risque maladie, au moins une affiliation à une HMO, tandis que du côté de l'offre, l'État propose de nombreux prêts et avantages fiscaux aux nouvelles HMO.

37 Devant le risque de sélection des risques inhérents au principe de l'assurance, les HMO se voient interdire la discrimination des patients à l'entrée. Un *Office of Health Maintenance Organizations* est chargé d'accréditer les organismes et de vérifier le respect de ce principe. Il est bien évident cependant que la sélection des risques peut se faire « spontanément », en fonction des primes et des droits ouverts. Malgré les conditions favorables offertes au développement des HMO, le succès n'est pas aussi net que prévu. Sur le plan politique, les HMO ont cependant d'autant plus le vent en poupe que, sous l'effet de la crise, le système public est confronté à des problèmes récurrents de financement. Dans la seconde partie des années 1970, les HMO bénéficient du ralliement démocrate de Jimmy Carter, qui complète le *HMO Act* en 1976 et en 1978, en insistant sur les vertus de la concurrence. Les HMO jouissent d'un large consensus politique lorsque Ronald Reagan arrive au pouvoir. L'ancien gouverneur de Californie est lui-même un fervent défenseur des HMO, dont il a fait le fer de lance de sa politique de santé lorsqu'il était gouverneur de Californie.

38 En 1981, la majorité républicaine s'inspire des idées de l'économiste californien Alain Enthoven, l'éminence grise de la présidence en matière sanitaire. Ancien spécialiste en recherche opérationnelle auprès de Robert MacNamara dans les années 1960, Alain Enthoven est professeur d'économie et de management à l'Université de Stanford, de San Franciso. Après avoir exercé des fonctions de conseiller en matière de planification industrielle pour une société californienne de matériels médicaux, il est devenu consultant de la Fondation Kaiser en 1973. Enseignant à la *Business School* et à la Faculté de médecine de Stanford, il fait figure de spécialiste en matière de HMO. Faisant sienne une idée défendue par Milton Friedman, il propose la mise en place de *Vouchers*, c'est-à-dire de « chèque-santé » offrant aux ayants droit des programmes publics *Medicare* et *Medicaid* la possibilité de s'affilier librement à des HMO privées. Ces organismes connaîtraient alors un développement profitant à un grand nombre d'Américains. L'un des avantages du plan Enthoven est d'envisager une structure de prise en charge globale, dans un pays qui ne dispose pas d'une couverture universelle. Après l'accession au pouvoir de Ronald Reagan, un nouvel *HMO Act* s'inspire des idées d'Alain Enthoven. Tandis que les pouvoirs publics solvabilisent une demande de services pour les HMO, la politique de dérégulation alors en vigueur conduit à assouplir les normes d'accréditation des HMO. Ces structures se multiplient. Leur nombre passe d'environ 200 en 1980 à plus de 600 en 1986 (ils couvrent alors quelque 26 millions d'Américains, contre 9 millions en

1980) [34]. Médecins, hôpitaux et assurances sont encouragés à gérer des HMO le plus efficacement possible et à dégager des profits. Dès 1984, des HMO comme la *US Health Care Systems Inc.*, sont introduits en Bourse et voient le cours de leurs actions monter en proportion des bénéfices engrangés. *Health is Business !* Malgré un nombre significatif de scandales médicaux relatés dans la presse, conduisant souvent patients et médecins devant les tribunaux, les HMO attirent l'intérêt d'observateurs étrangers, notamment français.

39 De manière diffuse, l'expérience américaine bénéficie au début des années 1980 d'un contexte intellectuel et politique favorable. Sur la scène intellectuelle, la critique du marxisme et la fin du structuralisme accroissent l'influence des idées libérales. Des courants plus ou moins structurés s'organisent autour des « nouveaux économistes », des « nouveaux philosophes », voire de la « nouvelle droite », et portent intérêt aux auteurs libéraux et aux expériences américaines. Tandis qu'un Guy Sorman popularise les idées libérales, un intellectuel conservateur comme Phi-lippe Némo incarne assez bien cette synthèse, réalisée dans son cas autour de l'œuvre de Hayek [35]. Sur le terrain politique, la défaite de la droite en 1981, et les succès remportés par les libéraux dans les pays anglo-saxons, catalysent la réaction d'une partie de la droite française, qui s'organise autour du Parti républicain. François Léotard y fédère un cercle de jeunes hommes politiques, fondamentalement anti-marxistes, parfois proches de la nouvelle droite, comme Alain Madelin ou Gérard Longuet. Le Parti républicain s'inspire du modèle libéral anglo-saxon, et préconise une expérience similaire en France. À l'heure où Pierre Rosanvalon proclame « la crise de l'État-providence », le contexte paraît propice aux expériences américaines [36]. Cet intérêt rencontre une formulation économique et devient véritablement opératoire grâce à l'intervention de médiateurs issus du monde académique.

40 Depuis la fin des années 1970, la professionnalisation des économistes universitaires favorise des relations académiques entre la France et les États-Unis. Dans le domaine de la santé, le second colloque international d'économie de la santé organisé à Leiden, aux Pays-Bas, constitue en 1980 un moment fort dans les relations entre économistes de la santé européens et américains. Parmi les économistes américains présents à ce colloque, certains font figure de star. C'est le cas d'Alain Enthoven, dont l'influence auprès de la présidence américaine est bien connue. Les économistes de la santé français s'intéressent aux travaux américains. Robert Launois en particulier sympathise avec le conseiller du président Reagan, et l'invite à séjourner en France. Au début des années 1980, Alain Enthoven se rend en France à plusieurs reprises, notamment en 1983 et 1985. Ses séjours sont ponctués de conférences, auxquelles se pressent les économistes français travaillant dans le domaine de la santé. Les idées qu'il présente sont étayées sur le plan théorique. Elles séduisent des économistes de sensibilité libérale, qui s'intéressent aux HMO. Béatrice Majnoni d'Intignano et Jean-Claude Stephan sont parmi les premiers à exposer en France le principe de fonctionnement des HMO. Non sans un florilège de slogans libéraux, ces structures leur semblent constituer « le bon usage de la concurrence » [37] :

> *« Puisque les acteurs du système de santé réagissent mal à la réglementation, apprennent à la tourner, puisque les planificateurs autoritaires rendent conservateur, peu productif et nombriliste, pourquoi ne pas utiliser les motivations individuelles ? (...) Il semble qu'avec les HMO l'occasion de jouer un rôle actif soit offerte à la population dont les désirs peuvent s'exprimer autrement qu'à travers l'opinion du corps médical, des pouvoirs publics, ou d'une bureaucratie d'assurance maladie. »* [38]

41 Ces experts académiques ne sont pas les seuls à s'intéresser aux HMO. L'idée séduit aussi certains milieux patronaux. Tout en participant depuis 1967 à la gestion paritaire des organismes sociaux, une partie du patronat français se résout mal aux contributions obligatoires, régulièrement majorées par les pouvoirs publics pour

combler le déficit des comptes sociaux. Pour certains patrons, le désengagement de l'État est souhaitable s'il permet de réduire les contributions au financement de la Sécurité sociale. Mais depuis 1981, la frange la plus libérale du patronat français est privée de relais auprès du gouvernement. C'est par un autre moyen que doit s'exercer l'influence libérale des chefs d'entreprise. Les pays anglo-saxons offrent un exemple remarquable. Aux États-Unis comme en Grande-Bretagne, les succès libéraux ont été précédés d'une bataille des idées, animée par des organismes originaux, les *think tanks* (littéralement « réservoirs de pensée ») [39].

42 En France, la fin des années 1970 et le début des années 1980 sont également propices à la création de groupes d'influence d'inspiration libérale, regroupant des représentants du monde des affaires. Parmi les plus en vue, citons l'Institut de l'Entreprise, fondé en 1975, ou plus à gauche, la Fondation Saint-Simon, créée en 1982. Ces organismes entretiennent des liens avec le monde académique, la presse, les décideurs institutionnels et politiques. Tout en entretenant des relations suivies avec des acteurs jugés influents, ils se veulent indépendants de toute affiliation syndicale, corporatiste ou politique. À strictement parler, ils ne défendent pas directement des intérêts, mais plutôt des idées et des principes généraux, éventuellement conformes à ces intérêts. Ils constituent des groupes de pression privilégiant la dimension intellectuelle de l'influence politique.

43 En matière de santé, la diffusion des idées libérales devient opératoire grâce aux activités d'une sorte de *think tank* à la française, l'Institut La Boétie. Fondé en 1979 par le comte Bernard de La Rochefoucauld, cet institut se présente comme un laboratoire d'idées destiné à « mettre au service des hommes un travail concret de réflexion et de recherche pour permettre les choix économiques et sociaux les plus favorables au plein exercice de leur initiative et de leur responsabilité » [40]. Il regroupe des patrons de la grande distribution, du bâtiment et du secteur alimentaire, parmi lesquels les dirigeants de sociétés comme *Carrefour, C&A, Sopad Nestlé, Findus*, ou *Gringoire Brossard*. L'Institut organise ses activités autour de « chantiers » consacrés à différents thèmes. L'intitulé de certains chantiers indique les intentions de l'Institut : « concurrence », « fiscalité », « monopoles publics », « contrepoids institutionnels » ou plus explicitement « groupes de pression ». D'autres intéressent directement les dirigeants affiliés à l'Institut : « logement », « vie dans la cité », « politique foncière et urbanisme », « systèmes routiers ». Une dernière catégorie de chantiers poursuit une vocation sociale, et concerne l'emploi, la justice, les médias, voire la philanthropie, le mécénat et les fondations. Un chantier porte sur « la santé ».

44 D'abord animé par un ancien ministre des Finances, René Monory, le chantier santé est par la suite suivi et présidé par le directeur général des laboratoires pharmaceutiques Roussel-Uclaf, Alain Madec. Ses activités s'organisent autour de réunions associant de bonnes volontés désireuses, en fonction de leur intérêt et de leur disponibilité, de réfléchir aux différents sujets programmés, dans une perspective libérale. Le recrutement se fait à l'initiative de Bernard de La Rochefoucauld, qui sollicite ou s'abstient de réinviter certaines personnes. Pour la santé, le tour de table s'ouvre à des industriels ainsi qu'à des assureurs, des représentants de mutuelles voire de caisses de Sécurité sociale. Des économistes de la santé de sensibilité libérale participent aux travaux en tant qu'experts. Béatrice Majnoni d'Intignano et Jean-Claude Stephan sont régulièrement conviés, ainsi que Gérard Viens, qui enseigne le management de la santé à l'ESSEC. Dans chaque chantier, un rapporteur est désigné. Pour la santé, Robert Launois est pressenti à cette fonction. Il découvre assez vite que le rapporteur dispose d'une large autonomie, dans la mesure où il fournit l'essentiel du travail. Robert Launois rédige des « fiches » et des documents servant de base aux discussions, contre une rémunération de gré à gré. Plus qu'un soutien matériel, l'Institut La Boétie offre à Robert Launois une « caisse de résonance » pour ses idées. Les papiers rédigés pour l'Institut La Boétie sont largement diffusés et communiqués à des interlocuteurs influents :

> *« Le groupe avait une vocation politique assez claire. De nombreux papiers ont été écrits et diffusés. Les papiers étaient distribués partout, aux commissions des Affaires sociales du Plan, auprès des ministres, auprès du CNPF, auprès des cadres de la protection sociale... Pour moi, l'intérêt était de bénéficier d'un peu de publicité. Je grattais en faisant le travail de fond, et je bénéficiais immédiatement d'une audience. C'était une caisse de résonance pour mes idées. »* [41]

Même s'il entretient des liens privilégiés avec des hommes politiques, notamment avec le Parti républicain, l'Institut La Boétie se veut « indépendant des chapelles ». Il se présente comme une force de proposition. Cette fonction est exercée de manière exemplaire dans le domaine de la santé, où l'Institut formule ses propositions à l'occasion d'un débat ouvert par le Commissariat général au Plan. 45

En 1983, les travaux du Plan s'étaient conclus par la publication du rapport *La santé choisie*, qui envisageait différents scénarios et faisait discrètement référence à la mise en concurrence d'organismes de type HMO [42]. S'efforçant de définir une contre-proposition libérale, l'Institut La Boétie mise sur cette option et lui donne un contenu. Pour « concurrencer » le rapport du Plan, Robert Launois s'associe à Pierre Giraud, qui avait fait office de rapporteur au Plan, en tant que conseiller maître à la Cour des comptes. En 1985, le projet libéral est explicité dans un ouvrage remarqué, *Les réseaux de soins coordonnés, médecine de demain* [43]. Cette contribution libérale est originale à double titre. 46

Elle offre d'abord un diagnostic décapant du système de santé, réalisé à l'aide de concepts théoriques encore peu utilisés en économie de la santé. Avant le travail de Michel Mougeot, la contribution de Robert Launois est l'une des premières analyses du secteur à faire appel en France aux concepts micro-économiques de la théorie de l'agence. Les concepts d'incitation, de risque moral et d'antisélection n'apparaissent pas de manière toujours explicite, mais elles guident l'analyse et permettent d'identifier de multiples « absences d'économicité ». Au-delà du constat, Robert Launois et Pierre Giraud formulent aussi un projet : ils proposent d'expérimenter des Réseaux de soins coordonnés dont l'organisation repose sur des principes qui méritent d'être brièvement explicités, tant ils animent le débat politique en économie de la santé. 47

Les Réseaux de soins coordonnés sont présentés comme des structures associant un ensemble de services sanitaires (prévention, soins, hospitalisation...) et prenant en charge les patients de manière exclusive, pour une période donnée. Par principe, le financement des réseaux est préalable à d'éventuels recours aux soins. Il s'effectue à deux niveaux. Pour chaque individu inscrit, la Sécurité sociale verse au réseau un « forfait annuel de santé », identique pour tous les réseaux et ne variant qu'en fonction du sexe et de l'âge des adhérents. Les Réseaux de soins coordonnés demandent en outre à leurs adhérents une contribution, qui instaure une dynamique concurrentielle, les individus choisissant leur réseau en fonction d'un rapport qualité-prix. Pour fonctionner et le cas échéant dégager des bénéfices, les réseaux doivent gérer au mieux les dotations dont ils disposent. Ils sont incités à offrir un service de qualité, justifiant des adhésions individuelles, et à gérer de manière efficiente les fonds qui leur sont alloués d'avance. Les Réseaux de soins coordonnés se présentent comme des « entreprises de santé », subventionnées par la Sécurité sociale en fonction de leur activité. Cette structure de « quasi-marché » est supposée garantir une régulation respectueuse des initiatives individuelles, sans remettre en cause, comme aux États-Unis, le principe de solidarité nationale. Assurant une péréquation des risques au niveau national, la Sécurité sociale continue de recouvrer les cotisations et d'assurer la plus grande part du financement. Le projet des Réseaux de soins coordonnés met l'accent sur les modalités d'exécution des soins et des dépenses, plutôt que sur le financement du système de santé, dont la structure 48

nationale est préservée. Le projet valorise la concurrence tout en s'efforçant de limiter ses effets les plus négatifs.

Présenté dans ses grandes lignes, le projet fait l'objet d'une stratégie de communication de la part de ses promoteurs. À l'heure où le marketing envahit la politique, les partisans du projet définissent une stratégie pour « vendre » leurs idées. Pour l'Institut La Boétie, Robert Launois obtient l'assentiment du rapporteur de la commission du Plan, qui par sa signature leste le projet d'un poids institutionnel. Le projet est aussi présenté de manière simplifiée et accrocheuse par l'Institut. Dans des « fiches » rédigées à l'adresse d'hommes pressés, une rhétorique entrepreneuriale entoure les réseaux de soins d'une phraséologie anti-étatiste : 49

« Et si l'on s'attaquait enfin en France aux racines du gaspillage médical ? (...) On l'a bien vu l'intervention publique est infirme et doit céder perpétuellement devant les groupes de pression. Tout le poids de la régulation du marché de la santé repose sur la puissance publique. Celle-ci ne peut agir que par le rationnement administratif (...) ne serait-il pas préférable de remettre à nouveau la régulation du système de santé entre les mains des usagers et des professionnels, en permettant aux usagers de choisir le type d'assurance qu'ils désirent et d'en supporter le coût ? » [44]

Mais l'emballage n'est pas tout. Le produit doit aussi être « positionné ». En raison de sa radicalité, il ne peut espérer une entrée fracassante sur le « marché de la santé ». Lucides, ses promoteurs optent pour l'expérimentation. Ils décident de s'infiltrer dans la brèche juridique ouverte par Pierre Bérégovoy, lorsqu'il autorisa l'expérimentation de nouvelles formes d'exercice médical, afin de rendre possible la création des centres de santé intégrés en 1983. Par une ironie de l'histoire, les centres de santé intégrés socialistes ouvrent la voie aux réseaux libéraux. Pour donner un caractère pragmatique au projet, Robert Launois réfléchit avec un collègue juriste de la Faculté de Rennes aux possibilités de mise en œuvre de ses réseaux [45]. Comme prévu, la stratégie de diffusion suscite un débat, à la fois académique, politique et idéologique. Pour comprendre les enjeux de la controverse, il importe de situer les intérêts et les idées des protagonistes, en ne perdant pas de vue que le projet libéral est initialement suscité par des milieux d'affaires, emmenés par l'Institut La Boétie. 50

La mobilisation des intérêts

La définition du projet libéral ne peut être comprise qu'au regard d'intérêts stratégiques bien définis. Les idées des économistes de la santé libéraux sont tributaires d'intérêts organisés, dont ils traduisent intellectuellement les perspectives. Sans basculer dans le réductionnisme, on ne peut ignorer la puissance de ces intérêts et les liens étroits qu'ils entretiennent avec l'agitation de certaines idées. Comme le projet de développement de l'évaluation médico-économique, les Réseaux de soins coordonnés sont soutenus par une puissante coalition, plus ou moins directement concernée par la santé. Mais cette coalition n'est pas stable. Elle résulte de convergences occasionnelles, à certains égards superficielles. 51

Les promoteurs des Réseaux de soins coordonnés cherchent à séduire certains médecins, parmi les plus intéressés par l'économie de la santé. C'est le cas de Jean-Claude Stephan, ou d'un jeune médecin, Laurent Alexandre, dont le profil atypique et les ambitions personnelles assurent une certaine audience au projet [46]. En raison de leur identité hybride, ces médecins font office de médiateurs auprès de la profession médicale. La presse professionnelle se fait l'écho du projet. Les économistes de la santé y donnent des interviews et participent à des rencontres professionnelles. Surtout, ils veillent à garder un propos intelligible pour les non-spécialistes, même dans le cadre de leurs travaux spécialisés, ainsi que nous le précise Robert Launois : 52

> *« J'ai toujours voulu convaincre des médecins, trouver parmi eux des partisans à mon projet. J'utilisais les concepts de la théorie économique mais en les traduisant. J'utilisais des métaphores imagées. Lorsque j'évoquais le risque moral par exemple, je parlais d'"excitation artificielle de la demande", ce qui est moins précis, mais plus parlant pour des non-spécialistes. »* [47]

De manière parfois rhétorique, les avocats des Réseaux de soins coordonnés jouent sur les ambiguïtés sémantiques. Le projet « libéral » tente de rallier les médecins « libéraux ». Un discours général sur l'autonomie, la responsabilisation et l'efficacité séduit des médecins libéraux, hostiles à « la bureaucratie » et satisfaits d'envisager un partenariat avec des acteurs privés, indépendants des pouvoirs publics, d'où viennent jusqu'alors les contraintes. S'intéressant au précédent américain des HMO, le vice-président de la CSMF, le Dr Walter se dit « frappé par l'efficacité d'un système assis sur une organisation de marché » [48]. À ce stade, le ralliement de certains médecins renvoie cependant davantage au partage de valeurs anti-étatistes qu'à une évaluation stratégique des intérêts clairement pesée. Car à y regarder de près, le projet est très éloigné des principes de la médecine libérale. Comme ne manquent pas de le souligner de nombreux médecins, le colloque singulier, les libertés de prescription et d'installation ainsi que le paiement à l'acte sont remis en cause par les réseaux, manifestement articulés autour d'une organisation collective de la médecine, bridant la souveraineté individuelle du praticien et la primauté du colloque singulier. Attachés à l'exercice libéral, nombre de médecins expriment leur scepticisme, voire leur hostilité au projet. La revue professionnelle *L'entreprise radiologique* s'alarme très explicitement : 53

> *« Un certain nombre de médecins adorent les modes, toutes plus dangereuses les unes que les autres, qui consistent à modifier l'exercice médical : (...) aujourd'hui ce sont les HMO à l'américaine ou les réseaux de soins coordonnés, réplique identique dont seule l'appellation est francisée, qui ont le vent en poupe. Mais les praticiens français seraient bien avisés de ne pas se laisser charmer ou abuser par les sirènes venues d'outre-Atlantique, qui s'avèrent en définitive tout aussi néfastes pour les médecins que les pires structures socialisées de soins. Capitalistes ou collectivistes, elles présentent les mêmes inconvénients pour le praticien et pour le malade. »* [49]

Cette méfiance est partagée par certains syndicats médicaux, comme la Fédération des médecins de France, dont le président, le Dr Jean Gras, souligne que « les médecins ont toujours refusé d'être les salariés de la Sécurité sociale, et qu'ils ne voudront pas davantage être les salariés des HMO » [50]. Conscients de l'attachement de la profession au paiement à l'acte, les promoteurs du projet ne manquent pas de répondre à ces objections. Ils assurent que le salariat n'est pas une fatalité. Certaines HMO américaines maintiennent la rémunération à l'acte et il est possible d'envisager des modes de rémunération mixtes, pouvant même inclure des formes d'intéressement. En France, les Réseaux de soins coordonnés pourraient s'en inspirer, et préserver les acquis de la profession. Cette fois, c'est bien sur le terrain des intérêts que se noue la coalition, au demeurant fragile, on le voit. 54

Outre la délicate question du mode de paiement, qui heurte une grande partie de la profession, le projet a des qualités qui peuvent séduire des médecins moins attachés à l'individualisme libéral. Au début de la décennie, bien des praticiens, notamment des généralistes, ont été intéressés par le projet des centres de santé intégrés. Ils se sont montrés sensibles aux avantages d'une médecine « plus globale », intégrant des fonctions de prévention et présentant une alternative à l'hospitalisation. Abandonnés par le gouvernement, les centres de santé intégrés semblent pouvoir être relayés par les réseaux, qui en reprennent certains aspects. Débarrassées des références socialistes, qui agacent l'oreille de nombreux médecins, la coordination et la complémentarité séduisent certains praticiens, notamment ceux qui s'estiment 55

marginalisés par les structures techniques, notamment hospitalières. Diverses initiatives témoignent d'un réel intérêt pour les Réseaux de soins coordonnés. En mars 1987, *Le médecin de France* accompagne une quarantaine de praticiens qui décident de sauter le pas, et de faire le voyage des États-Unis pour étudier sur place les HMO. À Marseille, une trentaine de généralistes se porte volontaire pour expérimenter une formule de réseau combinant salariat, paiement à l'acte et intéressement aux résultats [51]. À la base, des professionnels semblent procurer une légitimité au principe de la coordination. Au niveau syndical, toutes les organisations ne sont pas aussi méfiantes que la Fédération des médecins de France. La puissante CSMF signale son intérêt pour les réseaux. Son président, le Dr Jacques Beaupère, trouve l'idée « stimulante ». Les réseaux lui semblent de nature à renforcer la place des libéraux par rapport aux hôpitaux :

> *« Il faut redéployer le système de santé en diminuant la place de l'hôpital. (...) Les médecins français connaissent mal les HMO, s'interrogent et sont plutôt réservés sur les réseaux de soins coordonnés, par méconnaissance d'abord et par une sorte de réflexe d'opposition au changement. Parce qu'ils s'interrogent sur la place que prendraient les hôpitaux publics. Le challenge existe. (...) Il n'y a pas de raison que ces réseaux, faits astucieusement, ne soient un moyen puissant de vider les hôpitaux publics... »* [52]

---

56 La profession paraît partagée. Séduits par l'efficacité libérale, ou à l'inverse par la coordination des soins, certains médecins sont tentés par l'expérience. D'autres soulignent le risque de réduction de la liberté professionnelle au profit d'intérêts privés, qui ne valent pas mieux qu'un contrôle centralisé. À bien des égards l'avis du Dr Jean Dugué, présidant la composante « généralistes » de la CSMF, illustre ce sentiment mitigé : « La formule donne une primauté au médecin généraliste, mais en cas de difficultés économiques, une très forte pression s'exerce sur le praticien pour qu'il réduise ses prestations. » [53] À défaut de convaincre les médecins, les avocats des réseaux sèment le trouble, et contiennent l'hostilité de la profession. Le front syndical est divisé, voire hésitant. Pour les avocats des réseaux, ce résultat n'est pas si mauvais. Car la coalition compte sur d'autres soutiens : plusieurs sociétés d'assurance s'intéressent aux réseaux.

57 L'intérêt et l'engagement des compagnies d'assurance est lié à la progressive érosion de la protection sociale. Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, le niveau de prise en charge des dépenses de santé n'a cessé de s'élargir, jusque vers 1980. À partir de cette date, les plans de redressement financier érodent la couverture contre le risque maladie [54]. Pour combler ce déclin, un nombre croissant de Français recourt à des mutuelles ou à des assurances privées, qui assurent des prestations complémentaires [55]. En 1985, 25 millions de Français disposent d'une mutuelle, 10 millions d'une assurance santé. L'importance de ce marché est d'autant plus significative que l'érosion de la couverture s'accompagne d'une augmentation de la consommation médicale, qui passe de 6,1 % à 9,3 % du PIB entre 1970 et 1985. Rien d'étonnant à ce que mutuelles et assurances s'intéressent aux réseaux.

58 Comme les HMO américains, les Réseaux de soins coordonnés associent deux types d'activités habituellement dissociées : la production des soins, assurée par les professionnels de santé, et l'assurance, garantie par la Sécurité sociale, les mutuelles et les assurances. Située en bout de chaîne, ces dernières n'interviennent qu'à titre complémentaire. Elles ont peu d'influence sur les dépenses engagées, qui pèsent néanmoins sur leurs résultats. Cette situation leur apparaît d'autant plus dommageable que le marché de l'assurance santé s'élargit. Un contrôle plus étroit de l'activité médicale réduirait l'assiette des remboursements, permettant aux assurances d'améliorer leurs marges, quitte à répercuter cette amélioration sur les assurés grâce à une modulation des primes. À travers le schéma des Réseaux de soins coordonnés, l'activité médicale pourrait devenir un paramètre de gestion, sur lequel

les assureurs pourraient agir. Elle ne serait plus une simple donnée exogène à leur activité, pesant sur leurs marges.

En 1985, la puissante Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) déclare son intérêt pour le projet par la voix de son président, René Teulade. Ce dernier estime que la mutualité a vocation à favoriser l'intégration de l'activité médicale à ses propres services, dans l'intérêt des usagers : 59

> *« Les professions de santé ne sont pas en dehors de la crise. Elles ne peuvent échapper à certaines contraintes en matière de revenus. Mais nous devons examiner avec elles les effets de l'évolution économique. Nous pensons que nous irons demain vers des réseaux de soins coordonnés où interviendront les représentants des usagers que nous sommes et les différentes professions de santé, et que nous avons intérêt à chercher un certain consensus. »* [56]

L'adhésion des mutuelles au projet des Réseaux de soins coordonnés peut surprendre, tant les options de la mutualité sont habituellement éloignées des idéaux libéraux associés aux Réseaux de soins coordonnés. Pourtant, sans trahir ses références idéologiques ni ses amitiés politiques, la mutualité a de quoi être séduite. Au-delà de son caractère ouvertement « libéral », le projet des Réseaux de soins coordonnés traduit aussi une rupture avec l'exercice libéral de la médecine, en introduisant notamment le principe de paiement à la capitation. En reprenant les idées de coordination des soins et de médecine globale, les réseaux renouent même par certains aspects avec les centres de santé intégrés. 60

Cette initiative éveille aussi l'intérêt des assureurs, traditionnellement en concurrence avec les mutuelles sur le marché de la santé. Dans un contexte où le marché de l'assurance s'internationalise, par le jeu de fusions et de prises de participation, les stratégies des groupes internationaux sont regardées de près par les assureurs français. Or les groupes américains ont engagé la bataille des HMO, avec certains bénéfices. Pour les sociétés françaises, cet exemple incite à prendre position sur un marché rénové de la santé. 61

Dès 1985, les assureurs envisagent une dérégulation de la Sécurité sociale. S'apprêtant à accéder au pouvoir, la droite affiche son libéralisme et prévoit des privatisations. Le monde de la banque et des assurances est concerné, mais l'époque est aussi aux projets de privatisation des chaînes de télévision et des prisons. Pourquoi ne pas envisager de privatiser la Sécurité sociale ? Parmi les spécialistes de l'assurance, le scénario semble d'autant moins utopique que le régime général est en fait le seul à fonctionner sur une base strictement monopolistique. Sans entrer dans les détails, les deux principaux régimes autres que le régime général, à savoir le régime agricole et le régime des travailleurs non salariés sont depuis leur création dans les années 1960, caractérisés par un certain pluralisme. Des assurances privées interviennent dans la gestion du risque maladie, au sein de groupements, voire de manière indépendante, comme les AGF auprès d'environ 10 % des professions libérales [57]. 62

Intéressés par la dérégulation, certains assureurs participent aux réunions du très libéral Institut La Boétie. Nombre d'entre eux, comme Bernard Pagesi, le président de la Compagnie du Midi, se montrent intéressés par le projet. Avec Bernard de La Rochefoucauld, certains assureurs trouvent le projet timoré. Ils aimeraient aller plus loin et envisager une dérégulation plus franche de la Sécurité sociale. Faisant figure d'expert patenté, Robert Launois est peu favorable à la « privatisation » de la Sécurité sociale, dont la fonction de péréquation des risques au niveau national constitue selon lui un garde-fou indispensable, constituant la clé de voûte de son projet. D'autres cercles libéraux envisagent, en revanche, de franchir le Rubicon. Parmi les économistes, Jean-Jacques Rosa milite pour une suppression de la péréquation nationale. Il inspire un autre cercle de réflexion libéral, le groupe « Printemps 1986 ». Reprenant les propositions du rapport Nora de 1979, ce groupe propose de dissocier 63

le « gros risque » du « petit risque », en confiant la couverture de ce dernier au secteur privé. Ces deux perspectives envisagent la mise en concurrence des assureurs au sein du système de santé, mais à deux niveaux différents. Le projet des Réseaux de soins coordonnés prévoit une concurrence s'exerçant pour l'essentiel sur la production des soins, tandis que le projet de dérégulation de la Sécurité sociale envisage une concurrence s'exerçant sur la fonction d'assurance. Ces deux perspectives inspirent différents projets proposés par des assureurs privés.

64 En 1987, Alexis Lehmann, le charismatique président de *La Strasbourgeoise*, annonce à grand renfort de placards publicitaires un projet de « Sécurité libérale », prenant le relais de la « Sécurité sociale ». Il propose une dérégulation partielle de la Sécurité sociale, qui confierait aux assureurs privés la prise en charge du secteur ambulatoire, en laissant au secteur public le financement des soins hospitaliers [58]. En 1988, le président d'AXA, Claude Bébéar s'inspire de la formule des Réseaux de soins coordonnés, pour demander la « sous-traitance » d'une partie des activités de la Sécurité sociale. Souhaitant adopter une démarche pragmatique, locale et expérimentale, Claude Bébéar entre en relation avec la CSMF et participe au financement d'un « groupement d'exercice fonctionnel » lancé par la confédération, à Sarreguemines en Loraine. AXA s'associe à 150 professionnels de santé pour financer un réseau de maintien à domicile des personnes âgées. Dans les faits, cette expérience est modeste, puisque l'assureur se contente de financer un secrétariat, qui assure la gestion des dossiers. L'accord laisse aux médecins le soin de se coordonner, dans le respect du libéralisme médical [59]. Limitée, l'expérience ne constitue pas moins la première intervention d'AXA dans le secteur de l'organisation des soins. Elle est surtout symbolique. Le projet concrétise la volonté de l'assureur de s'associer à des médecins, pour se substituer à la traditionnelle et conflictuelle relation entre l'État et la profession. De son côté, la CSMF signale tout aussi symboliquement à l'État sa capacité à s'arranger avec d'autres partenaires que la Sécurité sociale.

65 À défaut d'être mis en œuvre, ou d'être seulement envisagé sérieusement, le projet des Réseaux de soins coordonnés offre une représentation cohérente de l'intervention et de la mise en concurrence des assureurs dans le secteur de la santé. Au-delà des intérêts de chacun, ce schéma constitue une représentation fédératrice, autour de laquelle se manifestent diverses stratégies. Il suscite une controverse qui implique les économistes de la santé. Malgré son caractère politique et idéologique, la controverse place le débat à un certain niveau, en convoquant des arguments théoriques, ayant une portée cognitive dépassant le contexte polémique du moment.

LA CONTROVERSE ENTRE SPÉCIALISTES

66 Au-delà de son caractère idéologique et stratégique, la controverse sur les Réseaux de soins coordonnés est liée à des enjeux internes à l'économie de la santé. Ces enjeux sont d'ordre professionnel et intellectuel.

67 La position de Robert Launois et les liens qu'il tisse avec d'autres économistes illustrent la dimension paradoxalement académique de son engagement politique. Tout en assurant la promotion des réseaux, il se rapproche d'économistes universitaires attachés à la fondamentalisation de leur discipline. L'usage de l'analyse micro-économique et de la théorie de l'agence favorise un rapprochement avec des universitaires revendiquant le renforcement théorique de l'économie de la santé. Professeur agrégé de sciences économiques, Robert Launois a toutes les qualités pour revendiquer cette posture, notamment au sein d'un Groupement d'intérêt scientifique qu'il a créé à Rennes. Au-delà de son engagement idéologique, Robert Launois cherche à développer des approches théoriques. Cette perspective le rapproche d'autres économistes de la santé, comme Michel Mougeot ou Gérard Duru, qui valorisent la formalisation mathématique et partagent un même souci de renforcement de la discipline. Ces derniers acceptent du reste de discuter les thèses de Robert Launois. Cette alliance n'a de portée que théorique, Michel Mougeot et

Gérard Duru s'en tenant pour leur part à la dimension académique du projet, sans entrer dans la bataille idéologique.

68 D'autres économistes franchissent le pas et s'engagent politiquement auprès de Robert Launois. À l'AP-HP, les experts de la Direction du Plan s'impliquent. Béatrice Majnoni d'Intignano et Jean-Claude Stephan participent aux réunions de l'Institut La Boétie et sont parmi les premiers à s'être intéressés aux HMO américains. Bien qu'elle semble propre à la culture américaine, ils jugent la formule digne d'intérêt. Avec Victor Rodwin, ils se joignent à Robert Launois et signent un article sur les Réseaux de soins coordonnés paru en 1985 dans la *Revue française des affaires sociales* [60]. Cette publication, destinée à un public administratif et académique amplifie l'écho du projet. Réseaux de soins coordonnés et HMO apparaissent comme une proposition libérale pouvant permettre de surmonter les difficultés du système de santé. Des contacts sont pris avec les médias et le débat s'ouvre dans les colonnes de la presse professionnelle et générale [61]. Les présentations sont élogieuses. Elles attisent la curiosité. *Le Quotidien du médecin*, par exemple, prévient :

> *« Audacieux et imaginatif à l'envi, le projet (...) constitue en fait un véritable pavé dans la mare de la politique de santé (...). Il y a chez ces chercheurs-là une volonté flagrante de dénoncer quelques archaïsmes et de susciter le débat. Sur ce point au moins, ils sont sûrs de gagner leur pari. Car on imagine mal qu'un projet qui fait entrer le système de santé dans l'économie de marché et qui suppose, entre autres, la disparition du paiement à l'acte, ne suscite pas ici et là quelques réactions indignées et quelques propos courroucés. »* [62]

69 Les réactions ne se font pas attendre. Sur le chemin de la réforme, les économistes de la santé libéraux rencontrent certains de leurs collègues. Plusieurs groupes d'économistes manifestent leur opposition. À l'INSERM, Jean-Paul Moatti et Jean-Louis Lanoé stigmatisent l'« utopie libérale », tandis qu'à Dauphine l'équipe du LEGOS, souligne le danger que des Réseaux de soins coordonnés pour l'équité en matière de santé [63]. Ces détracteurs ont de bonnes raisons de combattre le projet. Elles sont à la fois d'ordre idéologique, professionnel et cognitif.

70 Face à l'offensive libérale, les économistes de la santé de gauche tentent de faire barrage au vent libéral qui souffle sur le secteur de la santé. Le « rapport Rosa » avait déjà sonné une première alerte en 1984, en restant cependant au stade de l'analyse critique [64]. Le projet des Réseaux de soins coordonnés rend la position libérale opératoire. Le projet est combattu dans les gazettes et sur les tribunes. En juillet 1986, lors d'un colloque sur l'assurance maladie, Jean-Paul Moatti défend la « solidarité dans l'efficacité économique » face à la « réponse économique libérale » de Robert Launois [65]. Avec Jean-Louis Lanoé, il prend position contre les Réseaux de soins coordonnés dans *Le monde diplomatique* et dénonce les HMO dans la *Revue de la mutualité* [66]. Manifestement politique, ce combat est aussi professionnel.

71 Pour une part, l'opposition aux réseaux s'explique par les stratégies des différentes équipes au sein de la discipline. Les références idéologiques rencontrent ici des stratégies académiques. Le recours à certains types de raisonnement traduit souvent une alliance plus ou moins explicite des économistes avec certains acteurs du système de santé. Tandis que Robert Launois utilise la micro-économie néoclassique, les chercheurs de l'INSERM et du LEGOS défendent l'évaluation économique. Les experts de l'INSERM font alliance avec le monde médical, et privilégient, d'un point de vue politique, une maîtrise des dépenses fondée sur l'autodiscipline médicale plutôt que sur la transformation institutionnelle. La position du LEGOS est plus complexe, car le parcours de ses membres n'est pas homogène. Des chercheurs comme Martine Bungener, Hervé Lafarge ou Émile Lévy ont longtemps privilégié une perspective « socioéconomique », parfois teintée de marxisme. Ils se montrent réticents à une transposition du schéma néoclassique dans un domaine comme la santé, dont ils plaident la « spécificité ». À cette raison tout à la fois scientifique et idéologique s'en ajoute une seconde, plus stratégique. Vers le milieu des années 1980, certains

chercheurs du LEGOS, comme Claude Le Pen et Émile Lévy, se rapprochent de l'industrie pharmaceutique, dont les possibilités de financement semblent en mesure de relayer la décrue de la recherche publique contractuelle des années 1970. Or l'industrie pharmaceutique n'est pas favorable à une réforme institutionnelle, dont la finalité est de corriger les dysfonctionnements dont elle tire bénéfice. En faisant alliance avec certains acteurs du système de santé, et en valorisant des raisonnements compatibles avec ces alliances, les équipes académiques occupent des « créneaux » différents, pouvant être source de conflictualité dans le Landerneau de l'économie de la santé.

72 Parfois, cette conflictualité est entretenue, les équipes tirant mutuellement avantage de leur opposition. Rétrospectivement, Robert Launois estime qu'« il y avait une grande part de théâtre dans cette polémique » [67]. Le conflit n'est-il pas, comme le soulignait Simmel, un mode de socialisation [68] ? L'air de rien, l'opposition des chercheurs de l'INSERM au projet controversé renforce leur appartenance, récente et contestée, à l'économie de la santé. En intervenant dans la controverse, ils revendiquent auprès de l'INSERM une utilité sociale en tant qu'économistes de la santé engagés dans une polémique avec leurs pairs. Leur légitimité professionnelle tire avantage de la polémique, dans laquelle ils ont intérêt à s'engager. Ces raisons stratégiques ne doivent pas dissimuler des raisons d'ordre cognitif, relatives à la robustesse des arguments utilisés.

73 Entre experts, la controverse prend un caractère scientifique, qui justifie des publications dans des revues à dominante académique comme le *Journal d'économie médicale* ou la revue *Politique et management public* [69]. L'argumentation des opposants aux réseaux permet de distinguer deux registres.

74 Certains arguments renvoient au système dans lequel l'implantation des réseaux est envisagée. Leur efficacité peut être notable, mais leur portée reste pragmatique. Les détracteurs des réseaux examinent par exemple l'idée de « forfait annuel de santé », et relèvent certaines difficultés. Assuré par la Sécurité sociale en fonction du risque par âge et par sexe, le forfait préserve la solidarité nationale et évite en principe la sélection des risques. Les réseaux n'ont par exemple aucun intérêt à refuser une personne âgée au motif qu'elle est coûteuse, puisque c'est précisément ce risque qui garantit l'obtention d'un forfait annuel élevé. Il n'en reste pas moins, selon les détracteurs du projet, que pour chaque groupe, un réseau de soins a intérêt à analyser finement les classes de risques, pour proposer des abonnements permettant une autosélection des risques, afin d'engager le moins de dépenses possible dans une classe de risques donnée. Évitée à un certain niveau, pour le financement, la sélection des risques est réintroduite à un niveau plus fin, dans la gestion du risque [70]. Notre propos n'est pas de discuter l'argument, mais de noter que la controverse porte bien sur certains éléments du raisonnement, fussent-ils pragmatiques.

75 D'autres arguments ont une portée plus générale, moins liée au contexte de mise en œuvre éventuelle des Réseaux de soins coordonnés. Plus facilement dissociables de la controverse, ils ont un caractère plus théorique. En économistes de la santé, les détracteurs des réseaux font porter le débat sur quelques hypothèses centrales du projet, à savoir la souveraineté du consommateur d'une part, et la mise en concurrence des unités de production d'autre part. Ils en contestent le bien-fondé.

76 Dans le projet des Réseaux de soins coordonnés, les individus se voient tout d'abord reconnaître la faculté de choisir leur réseau *ex ante*, en fonction d'un rapport qualité-prix. C'est ce qui rend possible un pré-paiement, sous forme d'abonnement. Or en matière de santé, préviennent les opposants au projet, la souveraineté du consommateur est limitée. Le patient n'a pas les informations suffisantes pour estimer *a priori* la qualité du service, complexe et incertain, qui lui est rendu. Cette « infirmité » du patient fonde la légitimité du contrôle professionnel et de la déontologie médicale, qui obligent le médecin à ne pas abuser le patient, incapable de contrôler par lui-même l'activité à laquelle il se soumet. Le patient n'exerce sa

souveraineté qu'après coup, en changeant le cas échéant de médecin ou en lui faisant un procès. Pour les opposants au projet, le choix d'un réseau *ex ante* est problématique. Cet argument fragilise les bases intellectuelles du projet. L'argument a une consistance intrinsèque, éventuellement discutable, mais largement indépendante du contexte pragmatique dans lequel il est évoqué. L'argument de la souveraineté du consommateur bénéficie d'une certaine autonomie cognitive.

Le projet repose en second lieu sur la concurrence entre structures de soins susceptibles de s'exercer en fonction de rapports qualité-prix. À supposer que le consommateur exerce son choix souverainement, il reste à prouver que les réseaux développeront une vraie concurrence. Or pour les opposants au projet, les propriétés du secteur sont peu propices à la concurrence. Dans le domaine de la santé, la demande de soins est si personnalisée qu'elle encourage une extrême différenciation de l'offre, qui se traduit non par un marché concurrentiel mais par une série de marchés différenciés, sur lesquels le nombre d'offreurs est réduit, voire unique. C'est ce que traduisent concrètement les notions de « colloque singulier », de « confiance », de « médecin de famille ». La structure du marché n'est pas celle d'une vraie concurrence, tout au plus celle d'une concurrence oligopolistique ou monopolistique, notoirement mois efficiente [71]. Comme le formulent les chercheurs de l'INSERM : 77

> *« C'est traduire une foi bien naïve dans la concurrence que d'envisager qu'elle puisse introduire une nouvelle rationalité, fondée sur les prix, dans un secteur d'activité où son absence même est due à la spécificité des services demandés. »* [72]

À ce stade, la contestation ne porte plus sur des arguments pragmatiques, liés à la structure ou à la mise en place des Réseaux de soins coordonnés, mais sur des arguments théoriques : le secteur de la santé se prête mal aux principes néoclassiques mobilisés par les avocats des réseaux. Bien sûr ces arguments sont discutables, et les partisans du projet les discutent effectivement. Ce qui est moins discutable est le fait que la robustesse (plus ou moins grande) des arguments n'est pas directement liée au contexte. Au-delà de leur dimension pragmatique, ces arguments sollicitent des raisonnements dont la solidité est relativement autonome par rapport au débat. La démarche des économistes de la santé n'est pas seulement stratégique ou idéologique, elle est aussi cognitive. La dimension cognitive de l'argumentation se porte au soutien des intentions stratégiques avec d'autant plus de force que les raisonnements sont eux-mêmes plus ou moins solides et autonomes. D'un point de vue sociologique, ce serait ignorer une dimension essentielle du travail intellectuel des économistes de la santé que de considérer leur démarche comme purement stratégique, politique ou idéologique. De toute évidence, leur activité est aussi cognitive, même si cette activité cognitive n'est pas « pure », mais intervient au contraire, *sans s'y dissoudre*, dans un paysage saturé d'intérêts, notamment politiques. 78

La dimension politique

De la même manière que les idées des économistes de la santé peuvent toujours être considérées comme le simple « reflet » d'intérêts sous-jacents, il est toujours possible de chercher à réduire les positions adoptées par des acteurs politiques ou administratifs à des intérêts, éventuellement véhiculés par des représentations cognitives ou idéologiques. Ce type de perspective néglige cependant l'autonomie des acteurs politiques, des idées et des institutions par rapport aux intérêts en jeu. Soumis à des contraintes propres, les acteurs politiques poursuivent des finalités qui ne recoupent qu'en partie les intérêts qu'ils défendent ou vis-à-vis desquels ils se positionnent. Si certains acteurs politiques se montrent ouverts à des intérêts spécifiques, ceux des médecins ou des milieux d'affaires par exemple, ils prennent également position en référence à des représentations, des valeurs, ou même des 79

stratégies plus globales, liées à leur propre relation au pouvoir ou à l'action publique. L'intervention des acteurs politiques dans le débat sur les Réseaux de soins coordonnés ne peut être mécaniquement rapportée aux seuls intérêts en jeu dans la controverse. Elle doit être analysée pour elle-même, en relation avec le système d'action politique et administratif dans lequel elle s'inscrit.

80 Le ralliement de personnalités ou de partis politiques constitue un objectif pour la coalition organisée autour des Réseaux de soins coordonnés. Disposant de leviers institutionnels, les acteurs politiques sont seuls en mesure de transformer l'organisation du système de santé, même de manière partielle ou expérimentale. Lancé en 1985, le débat sur les réseaux intervient à une période riche en alternances politiques. Après la victoire de la droite aux élections législatives de mars 1986, le courant libéral est bien représenté au gouvernement, à travers des personnalités comme François Léotard, Alain Madelin, Gérard Longuet ou Claude Malhuret. Le Premier ministre, Jacques Chirac, arbore lui-même les couleurs du libéralisme. Au ministère des Affaires sociales, Philippe Séguin, lance les « états généraux de la Sécurité sociale », qui offrent l'occasion d'un débat sur l'organisation de la protection sociale. Les libéraux entendent y faire valoir leur différence. En 1988, l'approche des élections présidentielles suscite des prises de position de la part des principales formations politiques. Ces évolutions sont propices à la formulation de projets innovants et à la mobilisation d'intérêts. Le cycle électoral ouvre une fenêtre d'opportunité pour le projet des Réseaux de soins coordonnés, qui apparaît d'autant plus intéressant à discuter qu'il contraste avec les perspectives habituelles, fondées sur la régulation financière du système ou sur son évaluation. Le projet de l'Institut La Boétie est un scénario envisageable, que des acteurs publics et privés peuvent manipuler, pour le promouvoir ou le discréditer.

81 Lorsque l'on examine les positions prises par les forces politiques qui se prononcent sur le projet, on est frappé du peu de pertinence du clivage habituel entre la droite et la gauche. Bien sûr, le projet se présente sous une étiquette libérale et séduit *a priori* davantage la droite que la gauche. Dans le camp libéral, il bénéficie de soutiens importants, comme celui du ministre de l'Industrie, Alain Madelin. Pourtant, certains partis de gauche ne sont pas en reste. Le Mouvement des radicaux de gauche (MRG) déclare, par exemple, son soutien dès 1985 [73]. Les Réseaux de soins coordonnés intéressent aussi la mutualité, nous l'avons vu, et jusqu'au médecin personnel du président de la République, le Dr Claude Gubler, qui annonce en 1986 son intention d'étudier le projet après sa nomination à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), juste avant les élections législatives de 1986 [74]. En 1988, Michel Rocard, que l'on pressent au poste de Premier ministre, reste ouvert au développement de Réseaux de soins coordonnés, « qui restent à faire » [75]. À l'inverse, tous les partis de droite, qui se réclament pourtant du libéralisme, ne sont pas favorables au projet. Avant même d'être nommée ministre de la Santé, Michèle Barzach se déclare hostile au projet [76]. Des parlementaires de droite se rendent aux États-Unis et expriment leur scepticisme quant à la mise en œuvre des Réseaux de soins coordonnés en France. Comment expliquer cette diversité de positions politiques ?

82 Au-delà des caractéristiques intrinsèques du projet, deux variables du système politique entrent en jeu. Une variable de position est tout d'abord relative à la distance que les acteurs politiques entretiennent avec la perspective d'un exercice effectif du pouvoir. Dans le secteur de la santé comme ailleurs, les perspectives de réforme sont souvent d'autant plus radicales que les acteurs politiques qui les portent sont éloignés du pouvoir. Avant une série d'élections, des partis minoritaires dans leur propre camp, comme le MRG ou le Parti républicain, peuvent sans risque adopter des positions radicales, qui leur permettent d'afficher une originalité, d'autant moins gênante qu'ils n'ont pas vocation à diriger un gouvernement, ni *a fortiori* à définir une politique globale. À l'inverse, les partis politiques les plus importants restent prudents. La régulation des institutions qu'ils sont appelés à administrer en cas de victoire a plus d'importance que d'improbables expérimentations, qui s'annoncent au mieux marginales. La position d'un Raymond Barre est à cet égard caractéristique.

Outre l'idiosyncrasie tempérée de l'individu, la familiarité de l'ancien Premier ministre avec la gestion financière de l'assurance maladie le conduit à ne reconnaître « ni sérieux ni bon sens » à des projets qui envisagent un « démantèlement de la Sécurité sociale ». Avec sa stature de futur « présidentiable », Raymond Barre n'est guère disposé, en 1985, à envisager l'aventure [77]. Malgré ses sympathies libérales, sa position par rapport au pouvoir lui interdit d'accorder trop d'importance à des expérimentations aussi radicales que les Réseaux de soins coordonnés.

83 À cette variable de position s'en ajoute une seconde, liée à l'influence des médecins dans les partis politiques. Comme toute organisation, les partis politiques sont suffisamment ouverts pour permettre à certains groupes de capter une part d'influence, leur permettant de défendre des intérêts. À la fin des années 1980, la droite offre une bonne illustration de ce phénomène. Les questions relatives au système de santé sont déléguées à des médecins, souvent favorables au statu quo professionnel. Leurs initiatives ne sont pas nécessairement concertées, elles résultent d'une convergence de vue entre médecins, associant le cas échéant une partie de la population, dont on se plaît à souligner « l'attachement au système de santé à la française ». Déléguée nationale du RPR aux relations sociales, le Dr Michèle Barzach estime que le système des HMO n'est pas adapté à la France. Pour le futur ministre de la Santé, l'attachement au système de santé français se justifie par la priorité à donner aux aspects curatifs de la médecine et aux maladies graves, et par conséquent aux médecins, voire aux spécialistes, plutôt qu'aux aspects préventifs, pris en charge par les généralistes :

> *« Les HMO que certains souhaitent expérimenter en France constituent un bon système pour tout ce qui relève de la prévention, mais un mauvais système pour la prise en charge des maladies graves. Nous avons un bon système de prise en charge des maladies graves et c'est cela qui est important. »* [78]

84 Après la nomination de Michèle Barzach au ministère de la Santé, l'expérimentation de Réseaux de soins coordonnés a peu de chances d'aboutir. Dans un système de santé centralisé, le gouvernement peut bloquer toute expérimentation. Malgré cet obstacle, les partisans des réseaux restent actifs. Ils continuent de bénéficier d'une fenêtre d'opportunité à l'approche des élections présidentielles de 1988. Tandis que les libéraux radicalisent leur position, et reprochent en juin 1987 aux Réseaux de soins coordonnés de ne pas abandonner purement et simplement la Sécurité sociale, au bénéfice d'une mise en concurrence des assurances sur le marché de la santé, plusieurs médecins parlementaires, issus des partis de droite, se mobilisent pour rejeter l'idée des Réseaux de soins coordonnés. Par deux fois, la démarche consiste à se rendre aux États-Unis pour étudier les HMO. Le constat réalisé sur place conduit à récuser l'expérimentation de formules s'inspirant du précédent américain. En 1987, une délégation de la Commission des affaires sociales du Sénat conduite par Jean-Pierre Fourcade, et composée de deux médecins sénateurs, les Drs Charles Descours et Claude Huriet, fait l'inventaire des avantages et inconvénients du système de santé américain. Coûteux, ce dernier apparaît également injuste, et pour tout dire peu transposable. Tout en laissant le débat ouvert sur quelques « points techniques », comme les *Diagnosis Related Groups*, l'évaluation des pratiques ou même le prépaiement, Charles Descours résume l'impression des sénateurs : « Si nous étions partis aux États-Unis dans l'espoir d'une réponse à nos propres problèmes de protection sociale, nous serions rentrés déçus et bredouilles. » [79] À la même période, le Dr Élisabeth Hubert, députée RPR de Loire-Atlantique, et future ministre de la Santé du premier gouvernement Juppé en 1995, se rend également aux États-Unis pour une durée d'un mois afin d'évaluer l'intérêt du système de santé américain. Ses conclusions rejoignent celles des sénateurs, et constituent avec elles un ensemble cohérent, quasi irréfutable :

> *« Le corps médical, qui crie son indépendance est en fait très dépendant des assurances privées et des HMO. (...) Ceux qui voudraient calquer les dispositions*

des HMO sur notre Sécurité sociale parlent sans savoir. D'ailleurs pourquoi vouloir à tout prix changer le système français qui fonctionne bien ? » [80] *Et le médecin de préciser : « Je n'y suis pas favorable pour trois raisons : ce système limiterait le libre choix du malade, aggraverait la dépendance des médecins vis-à-vis des organismes gestionnaires et ne résoudrait pas forcément le problème du coût des soins. »* [81]

---

85 L'intervention politique de médecins à propos des Réseaux de soins coordonnés illustre un mécanisme d'influence corporatiste sur l'agenda public. Alors que la droite s'inspire du libéralisme économique et prône la privatisation d'un certain nombre de secteurs, le système de santé est mis à l'abri d'une dérégulation « à l'américaine » grâce à l'intervention efficace de représentants de la profession médicale au sein des institutions, au gouvernement comme au Parlement. Pour les partisans du projet, les possibilités d'accès à la décision sont restreintes, même si les acteurs politiques ne sont pas les seuls à pouvoir rendre possible une expérimentation.

86 Des membres influents de l'administration peuvent aussi « pousser » le projet, jusqu'à lui donner une traduction institutionnelle, à la faveur d'une ouverture politique. Pour les partisans des Réseaux de soins coordonnés, le recours aux réseaux administratifs est moins direct, et met en jeu une moindre légitimité, que le recours aux réseaux politiques. Mais il a le double avantage d'être plus pérenne et moins exposé. Dans la mesure où il entretient un lien organique avec la décision politique, il peut s'avérer efficace à moyen terme. Conformément à sa stratégie d'influence tous azimuts, l'Institut La Boétie s'intéresse aux circuits administratifs. Certains d'entre eux semblent *a priori* plus ouverts à son influence que les partis politiques.

87 Au sein des administrations centrales, plusieurs directions ont un rôle opérationnel dans le domaine de la santé. La Direction de la Sécurité sociale au ministère de la Santé, ou la Direction du Budget au ministère des Finances, sont essentiellement préoccupées par des enjeux à court ou moyen terme relatifs aux échéances budgétaires annuelles. D'autres instances administratives ont en revanche un rôle d'expertise. C'est au niveau de ces dernières que s'exerce l'influence de certaines idées. Nous avons déjà mentionné l'intérêt du Plan et de la Direction de la Prévision pour les raisonnements micro-économiques inspirés de la théorie de l'information et de la théorie de l'agence. Au milieu des années 1980, la réflexion entamée au Plan accorde une certaine place aux défenseurs des Réseaux de soins coordonnés. Deux rapports parus en 1985 et 1986 donnent aux économistes néoclassiques la possibilité de proposer la mise en place de mécanismes concurrentiels dans le secteur de la santé. Chargée de mission au Plan, Marianne Berthod-Wurmser fait office de médiateur entre les économistes universitaires et l'administration. En 1985, un colloque sur l'organisation des systèmes de santé étrangers permet d'évoquer l'intérêt du « schéma » américain. Le débat engagé à cette occasion précise les conditions d'un « changement de schéma », l'expansion planifiée des décennies antérieures étant remise en cause au profit d'une régulation globale plus attentive aux coûts, et fixant des objectifs en termes de qualité de service plutôt qu'en termes de quantité et de moyens [82]. Dans ce cadre, l'expérience américaine des HMO offre un éclairage intéressant, qui permet à Robert Launois de présenter les avantages de ces structures, en s'appuyant sur des travaux américains comme ceux de l'économiste Harold Luft [83].

88 Le modèle des HMO paraît d'autant plus intéressant qu'il converge avec des pistes ouvertes par un second rapport du Commissariat général au Plan, portant en 1986 sur la décentralisation du système de santé [84]. Dans les deux cas, la réflexion envisage de renforcer le rôle d'instances de gestion décentralisées, intégrant de manière contractuelle les services sanitaires aux organes de financement. Dans ce second rapport, la contribution de Michel Mougeot met à l'honneur la concurrence. Explorant un scénario d'inspiration libérale, la réflexion du Plan ouvre une brèche, dans laquelle tentent de s'infiltrer les partisans d'une dérégulation de la Sécurité sociale. Dans le monde de l'assurance, les réflexions du Plan paraissent propices au

développement d'un véritable « marché de la santé ». En 1986, le directeur général de Drouot-Assurance, Christian Huot, estime ainsi, dans une revue professionnelle :

> *« Un rapport du Commissariat du Plan publié en septembre 1986 propose la décentralisation du système de santé et ouvre la porte à une certaine autonomie des régions, aussi bien pour les ressources que pour la gestion locale de la politique de santé. (...) Certes, il ne faut pas confondre réduction d'échelle et changement de système, mais l'autonomie des régions, qui doit préalablement faire l'objet d'études approfondies, permettrait des expériences. »* [85]

89 Le Commissariat général au Plan n'est pas le seul espace administratif au sein duquel une influence en faveur des réseaux de soins peut s'exercer. En 1987, le ministre des Affaires sociales propose aux Français de débattre sur l'avenir de la Sécurité sociale. Quatre ans après les élections de représentants syndicaux dans les caisses de Sécurité sociale, les états généraux de la Sécurité sociale ont vocation à ouvrir un débat démocratique, dispensant au passage le gouvernement de nouvelles élections.

90 En fait de débat démocratique, cette initiative reste surtout une affaire de spécialistes, étroitement contrôlés par les représentants de l'administration sanitaire et sociale. Dès le mois d'avril, le ministre des Affaires sociales, Philippe Séguin, trace les grandes lignes de l'opération au Centre national d'études supérieures de la Sécurité sociale (CNESS). Il souligne d'emblée un « impératif de continuité », lié à l'histoire de la Sécurité sociale : « Nul plus que moi n'est attaché à la sauvegarde de la Sécurité sociale. Je le suis par fonction, je le suis par instinct. » De manière symbolique, un « comité des sages » est chargé de tirer les conclusions du débat. Il comprend des membres éminents incarnant la continuité, comme Jean Bernard ou Pierre Laroque, le fondateur historique de la Sécurité sociale. Au mois de juin, une opération d'une quinzaine de jours est lancée dans toute la France, avec le double objectif d'informer et d'élaborer « tous les scénarios possibles sur l'avenir de notre Sécurité sociale » [86]. Les partisans des Réseaux de soins coordonnés tentent de faire valoir leurs propositions. Au cours des débats, le projet fait une nouvelle fois figure de solution libérale. Au nom de l'Institut La Boétie, Bernard de La Rochefoucauld présente le projet au « comité des sages ». Le projet est annexé au rapport final des états généraux. Dès le mois de juin 1987, le ministre des Affaires sociales précise cependant ses intentions devant l'Assemblée nationale et rejette fermement l'idée des Réseaux de soins coordonnés :

> *« Le système des États-Unis procède d'une conception libérale extrême. On a fait grand cas au cours de ces derniers mois d'une formule de protection collective, mise en place dans ce contexte. (...) Le système HMO a suscité un certain engouement en France et provoqué des tentatives théoriques de transposition. L'objectif est de mettre ces réseaux en situation de concurrence, ce qui est censé jouer à la baisse. (...) L'inconvénient majeur de ces systèmes est de conduire à une sélection par l'argent, les réseaux les plus prestigieux demandant des forfaits plus élevés que les autres. Il est piquant d'observer aussi que ce système d'inspiration libérale supprime de fait le paiement à l'acte et la liberté de prescription. On conçoit mal que nos compatriotes puissent accepter une telle altération de leur organisation sanitaire. »*

91 En réalité, le recours aux Réseaux de soins coordonnés a des vertus rhétoriques. Mis en regard du système de santé britannique, fondé sur le Service national de santé, le système américain et son avatar français, constituent un opposé extrême, qui permet de borner le paysage de la réforme. Le « tout-État » et le « sans-État » sont opposés, et également rejetés. Le projet des réseaux est évoqué, mais au simple titre de référence intellectuelle. La contribution des économistes de la santé offre un support cognitif, qui sert de base de réflexion aux pouvoirs publics. Le projet peut être examiné, évalué, discuté. Il est cependant rejeté, de manière quasi unanime. Parmi les fonctionnaires impliqués dans la gestion de la protection sociale, certains, comme

le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie, Dominique Coudreau, excluent toute expérimentation. D'autres, comme Jean Marmot, le rapporteur des états généraux de la Sécurité sociale, ancien président de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, se montrent un peu plus ouverts. Même si le rapport remis par le comité des sages à Philippe Séguin prône la continuité et écarte l'expérimentation, l'idée des Réseaux de soins coordonnés n'est pas abandonnée. Elle réapparaît de loin en loin, comme en 1988, date à laquelle Jean Marmot confie ainsi, dans la presse médicale :

> *« Rien n'est plus néfaste en matière de protection sociale que d'ouvrir dans l'abstrait une guerre de religion entre les tenants du libéralisme et les autres. Pour faire face aux événements tels qu'ils se présentent, il y a des solutions efficaces et d'autres qui ne le sont pas, peu importe qu'elles soient libérales ou non. Faisons donc, quand il y a lieu, des expériences – de HMO par exemple – mais dans des conditions significatives, c'est-à-dire admises par tous. »* [87]

92 Il est vrai que différents rapports abondent dans le sens d'une déréglementation plus franche dans le domaine de la santé. L'OCDE préconise l'introduction de plus de concurrence dans le système de santé. Et le patronat réaffirme dans le « rapport Giral », rendu public en février 1988, son intérêt pour la libéralisation de la protection sociale [88].

93 Mais après les élections de 1988, le gouvernement socialiste privilégie une autre option politique. Il prend appui sur la coalition rivale à celle qui soutient les Réseaux de soins coordonnés. Nommé ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, Claude Évin privilégie l'évaluation médicale. Il choisit une réforme endogène au monde médical, fondée sur l'évolution des pratiques, encadrées par des enveloppes financières négociées avec les professions de santé, plutôt qu'une transformation des institutions et de la protection sociale [89]. Le projet des Réseaux de soins coordonnés n'est plus d'actualité. Son principal artisan, Robert Launois, oriente lui-même ses activités vers l'évaluation économique du médicament. En quelques mois, le projet est abandonné. En 1991, l'Institut La Boétie interrompt son travail d'influence, et l'on peut s'interroger rétrospectivement sur les conditions d'un tel « échec ».

94 L'abandon des Réseaux de soins coordonnés comme projet politique met en évidence l'importance de deux éléments, d'ailleurs liés entre eux. D'un point de vue stratégique, le projet des réseaux a été soutenu par une coalition fragile. Des acteurs médicaux, économiques, politiques et administratifs sont associés à la faveur de l'ouverture conjoncturelle d'une fenêtre d'opportunité. Mais les liens entre assureurs et professionnels de santé, indispensables à la constitution de réseaux, sont loin d'être clairs. Pour de nombreux médecins, une association avec les assureurs est contre nature. Représentés par des syndicats hostiles au projet, ils trouvent une oreille bienveillante auprès de médecins exerçant des responsabilités politiques, dans certains partis politiques, dans le gouvernement ou au Parlement. Même parmi les médecins favorables au projet, les ambiguïtés sont nombreuses. La CSMF se dit intéressée, mais à condition que soient scrupuleusement respectés les principes de la médecine libérale, à l'encontre desquels va toute la philosophie des Réseaux de soins coordonnés. Attachée à l'indépendance de la profession vis-à-vis de la Sécurité sociale, la CSMF est surtout préoccupée de signaler au gouvernement qu'elle peut s'entendre avec d'autres partenaires que la Sécurité sociale. Du côté des assureurs, les soutiens au projet sont également ambigus et contradictoires. Parmi les assureurs acceptant de prendre position, un certain nombre ne cache pas sa préférence pour une concurrence plus directe avec la Sécurité sociale, s'exerçant sur la seule fonction d'assurance. Les réseaux de soins, au sein desquels la production de soins est intégrée à la fonction d'assurance, paraissent éloignés du métier traditionnel d'assureurs, et présentent en outre, aux yeux de certains assureurs, l'inconvénient de maintenir le monopole de la Sécurité sociale. La fragilité de la coalition ne se manifeste pas

seulement sur le plan des intérêts, elle se répercute aussi au niveau politique. Loin d'être le projet d'un camp politique contre un autre, les Réseaux de soins coordonnés rencontrent des soutiens politiques fragmentés, souvent ambigus ou marginaux. La coalition construite autour des Réseaux de soins coordonnés se révèle intrinsèquement fragile. Ses chances de succès sont minces, du moins si l'on considère que sa vocation principale est de trouver une application pragmatique, même expérimentale.

On peut se demander pourquoi une coalition aussi fragile perdure pendant plusieurs 95
années. Le cycle politique est d'importance, nous l'avons signalé. Riche en élections, la période est propice aux alternances et aux projets de réforme. Nous avons observé que divers acteurs, membres de la coalition ou au contraire opposés à ses ambitions, reconnaissent au projet le mérite d'être original. Le crédit qui lui est attribué est en fait plus intellectuel que pragmatique. Les réseaux de soins offrent « matière à réfléchir ». Le schéma des réseaux de soins propose une nouvelle représentation du système de santé, qui permet, par contraste et comparaison, d'envisager la possibilité de réformes institutionnelles, éventuellement plus adaptée au contexte français que le projet libéral lui-même. Plus que son éventuelle mise en œuvre, la dimension cognitive du projet semble être son principal atout. Tel est l'avis du premier intéressé, Robert Launois, qui se souvient :

> *« Les gens discutaient du projet, examinaient le problème, s'intéressaient au fonctionnement possible des réseaux, aux conditions de mise en œuvre et de financement. Ils appréciaient les risques et les avantages à attendre, mais tout cela restait tout de même très virtuel. C'était un travail théorique, présenté par un universitaire. Et cela n'est jamais allé tellement au-delà, en fait ça "planait" pas mal. »* [90]

Fragile, la coalition de cause semble tenir en raison de sa capacité à produire une 96
représentation cohérente, quoique décalée, du système de santé. Elle permet à différents acteurs de prendre leurs marques par rapport à d'éventuelles réformes. Au-delà des enjeux stratégiques, qui sont loin d'être absents, la dimension cognitive du projet est l'une de ses principales propriétés.

La force du raisonnement économique

Dénué de perspectives d'application, le projet des Réseaux de soins coordonnés 97
cristallise pendant plusieurs années l'attention des acteurs du système de santé. L'idée d'adapter les HMO en France participe d'un souci plus général d'étudier les expériences étrangères. Comme l'évaluation médico-économique, le projet des Réseaux de soins coordonnés traduit l'influence accrue de réflexions économiques inspirées d'expériences étrangères, notamment américaines. Dans les années 1980, la comparaison des systèmes de santé devient un exercice plus formalisé, qui acquiert une consistance cognitive intrinsèque, liée aux propriétés intellectuelles de ce type de travail. Ces comparaisons internationales ne sont plus de simples présentations des systèmes de santé, elles deviennent de véritables élaborations intellectuelles, obéissant à des règles précises. Elles peuvent être considérées comme un « motif cognitif » à part entière. Relativement stable dans ses formes et dans sa structure, ce motif est l'objet de variations, liées aux agencements de ses composantes. Il n'est pas purement intellectuel, puisqu'il donne lieu à des représentations matérielles, notamment graphiques, qui objectivent sa structure et facilitent son maniement. Expression objectivée du raisonnement, le motif induit certaines conclusions. Il importe de comprendre comment ce motif se constitue en analysant d'une part, la manière dont différentes institutions, nationales, européennes ou internationales, favorisent le développement de travaux comparatifs au cours des années 1980, et en évaluant d'autre part, les propriétés intellectuelles des raisonnements produits, en « entrant » en quelque sorte dans le motif pour en apprécier la portée cognitive.

Comparer les systèmes de santé

98 Jusque dans les années 1980, l'exercice des comparaisons internationales des systèmes de santé n'occupe qu'une place modeste en économie de la santé. C'est alors un lieu commun de souligner la diversité des héritages historiques nationaux. Progressivement constitués au cours des deux derniers siècles, les systèmes de santé apparaissent comme les produits d'histoires contrastées, qui gardent la trace d'enjeux spécifiques, dont il est difficile de contester la singularité. La régulation politique des systèmes de santé reste une affaire principalement nationale. Même la constitution d'organisations ou d'institutions internationales au lendemain de la Seconde Guerre mondiale ne remettent pas en cause le caractère national des politiques de santé. Ni l'Organisation mondiale de la santé en 1947, ni la Communauté économique européenne en 1957, ni les traités européens ultérieurs ne se donnent pour mission d'agir sur le fonctionnement des systèmes de santé, qui restent de compétence nationale.

99 Pour autant, les économistes de la santé ont toujours entretenu des relations scientifiques internationales. En matière de comptes nationaux de santé, nous avons déjà évoqué les relations anciennes et suivies du CREDOC avec des spécialistes étrangers, américains aussi bien que canadiens, britanniques ou japonais. Plus tard, la RCB-santé s'inspire directement d'expériences américaines, dont elle tire une partie de sa légitimité. Outre ces relations « bilatérales », relativement institutionnalisées, des chercheurs français en économie de la santé entretiennent aussi, dès les années 1950, des relations « multilatérales » avec des homologues étrangers, au sein d'organisations internationales. Georges Rösch participe aux réunions de l'Organisation mondiale de la santé, auprès de laquelle il exerce des fonctions de consultant. En matière de RCB, les travaux de l'administration sont comparés à des expériences mises en œuvre dans d'autres pays de la communauté européenne [91]. À partir de 1974, les travaux sur les « indicateurs sociaux » lancés à l'OCDE donnent lieu à des recherches spécifiques dans le domaine sanitaire, auxquels collaborent des économistes de la santé européens, notamment britanniques [92].

100 Ce premier ensemble de travaux s'inscrit dans un contexte de développement de la santé caractéristique des « Trente Glorieuses », que formule de manière emblématique l'ambitieuse définition de la santé de l'OMS, selon laquelle « la santé est un état de bien-être physique, mental et social complet, et non seulement l'absence de maladie et d'infirmité ». Cette perspective est remise en cause dans les années 1970, lorsque la crise confronte les pays occidentaux à des difficultés de financement de leur protection sociale. En 1977, l'un des premiers rapports de l'OCDE consacré aux dépenses de santé révèle l'ampleur du problème, et insiste sur le fait que les systèmes de santé des pays développés doivent désormais compter avec des ressources limitées [93]. Dès lors, diverses institutions, nationales, européennes ou internationales, s'efforcent de comparer les stratégies mises en œuvre dans différents pays. Cet effort est propice au développement de travaux comparatifs, qui aboutissent à la constitution d'un véritable motif de raisonnement. Au plan international, l'OCDE est l'un des principaux organismes contribuant à l'émergence de ces travaux comparatifs. Sans être négligeable, l'influence des institutions européennes reste modeste. En France, le Commissariat général au Plan encourage le principe des comparaisons, et lui assure une traduction administrative.

Une expertise internationale, l'OCDE

101 Au niveau international, le domaine de la santé relève pour l'essentiel des compétences de l'Organisation mondiale de la santé. L'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) n'exerce une influence dans ce domaine que de manière progressive, au cours des années 1980, au fur et à mesure que la maîtrise des dépenses de santé devient une préoccupation économique rémanente. Créée en 1961 dans un contexte de guerre froide, l'OCDE défend d'une

manière générale les principes économiques du « monde libre », plus concrètement l'économie de marché. Étant donné les options libérales affichées par l'OCDE, on pourrait être tenté de croire que cette organisation exerce une influence décisive sur le « tournant néolibéral » que d'aucuns observent plus généralement à cette époque [94]. Les choses sont plus complexes, car les travaux de l'OCDE dans le domaine de la santé ne peuvent être rattachés de manière simple aux idées libérales, par ailleurs défendues par cette organisation.

102 Disposant d'une autonomie au sein de l'organisation, les experts de l'OCDE travaillant sur la santé développent des travaux qui rendent possible la réalisation de comparaisons internationales. Mais ces travaux sont entrepris dans un esprit très distinct de celui des partisans libéraux de l'économie néoclassique. Dès le début des années 1970, l'émergence de travaux économiques sur la santé à l'OCDE résulte de l'intérêt plus général de cette institution pour les politiques sociales. La croissance des dépenses publiques des pays membres conduit l'organisation à s'interroger sur leur efficacité. En 1972, un ambitieux programme d'études se propose d'analyser l'évolution des dépenses publiques dans des domaines comme l'éducation, la lutte contre la pauvreté ou la santé. Un raisonnement « marginaliste » consiste à se demander quels effets produirait une augmentation de 1 % des dépenses affectées aux différents domaines d'intervention. Pour la pauvreté, les experts estiment, par exemple, qu'une telle augmentation permettrait d'éradiquer la pauvreté des pays riches [95]. Pour la santé, l'étude réalisée par Jean-Pierre Poullier conduit à des résultats mitigés. Mesuré à l'aide d'indicateurs globaux, tels que l'espérance de vie ou la mortalité infantile, l'état sanitaire d'une population dépend manifestement moins du montant des dépenses de santé, que de facteurs tels que l'hygiène, le niveau de vie ou certains comportements à risques, comme la consommation de tabac ou d'alcool. Si bien que dans ce domaine sanitaire, la problématique est inversée : il s'agit moins de s'interroger sur l'amélioration de l'état de santé résultant d'une augmentation marginale des dépenses, que de réfléchir aux détériorations pouvant être entraînées par la maîtrise des dépenses de santé. Comme nous le précise Jean-Pierre Poullier :

> *« Le premier document de l'OCDE sur les questions de santé a été publié en 1977. Il avait été réalisé un an auparavant, et annonçait que l'on entrait dans une ère où il faudrait compter avec des ressources finies. On se demandait comment envisager une baisse de la croissance des dépenses de santé, voire des dépenses de santé elles-mêmes, sans détériorer l'état de santé des populations et des individus. »* [96]

103 En mettant en évidence le lien ténu entre la hausse des dépenses et l'amélioration de l'état de santé de la population, cette étude procure une légitimité aux politiques de maîtrise des dépenses de santé, qui commencent à être mises en œuvre dans divers pays, notamment en France. Elle constitue en outre une première incursion de l'OCDE dans l'expertise économique sur la santé. Au cours des années 1980, son rôle se renforce, comme en témoigne l'évolution de la structure d'expertise qu'anime Jean-Pierre Poullier.

104 En 1980, une conférence des ministres des pays membres de l'OCDE décide de consacrer une plus grande part des activités de l'organisation aux politiques sociales. Cette décision conduit à renforcer la division de l'OCDE chargée d'étudier ces politiques, division au sein de laquelle une cellule est spécifiquement chargée d'étudier les politiques de santé. Sa direction est confiée à Jean-Pierre Poullier, auprès duquel travaillent quelques chargés d'études, de manière ponctuelle. Cette structure, assez marginale au sein de l'organisation, accueille en 1987 Simone Sandier, qui a développé les études « macro-économiques » sur la santé au CREDOC, entre-temps devenu CREDES. Jean-Pierre Poullier et Simone Sandier partagent une même conception de l'économie de la santé. Ils sont intéressés par des comparaisons internationales, qui les conduisent à collecter et à organiser des données statistiques, économiques et sanitaires sur les systèmes de santé. Dans la tradition de l'économie

médicale du CREDOC, ils sont favorables à une relation étroite avec des médecins et sont convaincus que l'augmentation des dépenses de santé ne constitue pas en soi un véritable problème. Cette position ne se distingue pas seulement de celle qu'affichent à la même époque les pouvoirs publics et un certain nombre d'autres économistes de la santé. Elle contraste aussi avec les orientations de l'OCDE :

> *« Il ne fait pas de doute que ce sont surtout des théories reagano-thatchériennes qui règnent dans la maison. Il s'agit de réduire les déficits, de ne pas financer la croissance par le déficit. Moi je suis d'accord avec cette idée, même si je n'ai rien contre des mesures ponctuellement keynésiennes. En outre, beaucoup d'économistes développent une attitude que je trouve un peu perverse vis-à-vis de la santé. Alors qu'ils sont favorables à la croissance économique, ils sont contre la croissance des dépenses de santé. Certains vont jusqu'à considérer une baisse des dépenses de santé comme un objectif. Cela n'a jamais été mon cas, j'ai toujours considéré que les limites imposées aux dépenses de santé étaient une contrainte, et non un objectif.* » [97]

105 Cette relative originalité n'empêche pas la cellule d'économie de la santé de poursuivre son développement. En 1988, la Direction des politiques sociales transforme la cellule de Jean-Pierre Poullier en une véritable unité. Le développement de ses activités se traduit par un plus grand nombre de collaborations extérieures, l'unité des politiques de santé bénéficiant à partir de 1990 de contrats de recherche avec des partenaires privés, qui lui permettent de financer des chercheurs à plein temps. L'unité compte jusqu'à sept personnes. Elle se lance dans la publication d'une collection intitulée « Études des politiques de santé », éditée en anglais et en français. Cette collection de qualité bénéficie d'une large diffusion internationale dans les milieux académiques, administratifs et politiques [98].

106 Il est difficile de mesurer l'influence exacte de ces travaux. Apparemment significative dans des pays comme l'Espagne ou le Portugal, l'influence de l'OCDE semble plus limitée en France. Pour l'essentiel, Jean-Pierre Poullier entretient des relations ponctuelles avec des responsables politiques ou administratifs du secteur, mais ces liens restent informels et superficiels. Au plan institutionnel, les relations se limitent à de simples échanges d'informations, souvent à la communication de données statistiques. L'unité adresse ses demandes aux pouvoirs publics. En retour, elle transmet synthèses et analyses, diffusées dans les rapports publiés par l'OCDE ou par la voie de publications académiques dans les revues spécialisées. Loin d'une influence politique directe, l'unité développe plutôt une stratégie académique, qui lui permet de solliciter la contribution de spécialistes universitaires, voire d'être elle-même associée à des enseignements. Pendant plus d'une dizaine d'années, Jean-Pierre Poullier anime un séminaire dans le troisième cycle d'économie de la santé d'Émile Lévy, à Dauphine. L'identité académique de l'unité confère à ses membres une certaine autonomie, tant vis-à-vis de l'institution dont elle fait partie qu'à l'égard de partenaires extérieurs. Comme le résume Jean-Pierre Poullier :

> *« En interne, on m'a toujours laissé tranquille. J'avais une grande liberté. En externe, j'ai bénéficié de contrats avec des partenaires privés, en 1990 et 1995 notamment, ainsi qu'avec des ministères de la Santé de divers pays. L'une des clauses morales des contrats était l'autonomie dont je devais disposer sur le plan intellectuel. Je disais en substance aux financeurs, si vous n'êtes pas contents, vous me plantez. C'est votre droit. Mais laissez-moi me planter avec mes propres* a priori, *pas avec les vôtres.* » [99]

107 L'une des principales contributions de l'OCDE en matière d'économie de la santé résulte de l'effort systématique entrepris à la fin des années 1980 pour collecter des données statistiques permettant de comparer les caractéristiques économiques et sanitaires des systèmes de santé des pays membres. D'un point de vue analytique, la démarche est assez sommaire puisqu'elle consiste en un relevé statistique de données

globales, de qualité inégale. Les informations sont rassemblées dans une nomenclature spécifique, conçue à partir des indicateurs élaborés par Simone Sandier pour la France. Préalablement simplifiée, la nomenclature française est étendue aux autres pays membres. Elle donne lieu à une version informatique, largement diffusée sous forme du logiciel « éco-santé ». Malgré ses limites, cet ensemble statistique constitue une base de données unique au monde, qui permet aux spécialistes de divers pays de comparer les systèmes de santé sur la base de critères quantitatifs sinon toujours exacts, du moins significatifs. Le logiciel « éco-santé » rassemble des séries chronologiques constamment complétées. Il est l'une des contributions marquantes de l'OCDE en matière de comparaisons des systèmes de santé, voire plus généralement en matière d'économie de la santé. Le travail de collecte réalisé procède typiquement d'un effort de rationalisation intellectuelle, visant à approfondir la connaissance empirique des systèmes de santé internationaux.

108 Cet aperçu des activités de l'OCDE rattache davantage l'équipe de Jean-Pierre Poullier à la tradition de l'économie médicale du CREDOC qu'à l'influence néolibérale qu'on serait tenté de lui prêter. Jusqu'au début des années 1990, le recours aux hypothèses micro-économiques utilisées par les économistes anglo-saxons de la santé, voire par certains économistes français comme Robert Launois ou Michel Mougeot, n'ont pas cours dans les travaux de l'OCDE sur la santé. Sans être nulle, la place accordée à la régulation marchande et concurrentielle de la santé reste marginale.

109 C'est à partir d'une autre équipe de l'OCDE, travaillant sur la gestion publique, que les idées libérales arrivent à l'économie de la santé au sein de l'organisation internationale. Le programme de recherche en *public management* (PUMA), placé auprès du groupe des responsables du budget des pays membres, s'intéresse à partir de 1990 aux « mécanismes de type marché » dans le secteur public. Certains travaux concernent la santé. Dans une logique de maîtrise des dépenses, des principes de régulation alternatifs à la maîtrise budgétaire ou à la privatisation sont explorés :

> *« Alors que les privatisations ont été nombreuses et bien étudiées au cours des dernières années, il subsiste d'importantes lacunes dans la connaissance de MTM qui se situent entre la privatisation et l'administration publique traditionnelle. (...) Les MTM constituent un ensemble très vaste et très hétérogène de mesures. On y retrouve des techniques très anciennes et fort bien connues comme les redevances d'utilisation ou la sous-traitance, tout aussi bien que des changements dans les incitations et les techniques de gestion dans les domaines complexes comme les services de santé. »* [100]

110 Le programme de recherche de l'OCDE en gestion publique accorde une certaine place à la santé, à laquelle plusieurs études sont consacrées. Le cas de la Grande-Bretagne, engagée dans une politique de réformes à partir de 1990 polarise l'intérêt. Le recours aux mécanismes de « marché interne », plaçant les acteurs du système de santé en concurrence, semble constituer une voie intéressante. En France, l'équipe du Centre de gestion scientifique de l'École des mines de Paris apporte sa contribution à l'étude de mécanismes de type marché dans le domaine sanitaire. Cette contribution se situe néanmoins en retrait par rapport aux options libérales affichées dans les pays anglo-saxons. Impliquée depuis le début des années 1980 dans les réformes hospitalières décidées par Jean de Kervasdoué, cette équipe met plutôt l'accent sur le « management » que sur l'introduction de véritables incitations économiques. Dans une logique comparative, une étude de Jean-Claude Moisdon, Daniel Fixari et Dominique Tonneau examine les principes de régulation des secteurs hospitaliers belges, allemands, français et britanniques, et estime que l'enjeu est plutôt de confier aux acteurs des instruments de gestion adaptés, que de modifier les incitations pesant sur leur comportement [101]. Ainsi, même lorsque les références au marché sont explicites, comme dans le programme PUMA, l'orientation privilégiée dans le domaine sanitaire reste en retrait par rapport aux propositions « néolibérales » faites par

l'OCDE dans d'autres secteurs, ou dans le domaine de la santé par d'autres experts. Plus qu'un recours aux principes marchands, la contribution de l'OCDE au développement de l'économie de la santé porte finalement surtout sur l'exigence de comparaisons internationales, inhérente à la vocation de l'institution. Les contributions statistiques de l'unité des politiques de santé aussi bien que les analyses du programme PUMA illustrent cet effort de mise en regard systématique des spécificités nationales.

Le rôle modeste et indirect de l'Europe

111 L'approfondissement de la construction européenne constitue un second élément favorisant le développement de comparaisons internationales des systèmes de santé. Depuis la signature du traité de Rome en 1957, les institutions européennes ne considèrent pas la santé comme un de leurs domaines de compétence, même si le traité d'Amsterdam fait tardivement de la politique sanitaire une mission transversale de l'Union européenne [102]. Dans le respect du principe de subsidiarité, cette orientation générale est liée à la diversité des systèmes de santé. Dans les années 1980, le rôle de l'Europe en matière de santé tend néanmoins à s'accroître, comme l'atteste le lancement de grands programmes, tels que le programme « Europe contre le cancer ». Décidé conjointement par la France et l'Italie lors du congrès de Milan en 1984, il débute en 1985, avant d'être officiellement adopté en 1987. Les plans d'action mis en œuvre s'attachent à la prévention des cancers, notamment au dépistage et à la détection précoce de la maladie, ainsi qu'à la formation des professionnels et au soutien de la recherche. Au-delà des campagnes d'information et des programmes de recherche, ce programme s'intéresse aussi, non sans lien avec la politique industrielle, aux technologies de diagnostic et d'imagerie médicale, qui au début des années 1980 constituent un enjeu important pour les firmes européennes, en concurrence directe avec des firmes japonaises et américaines. Les appareils utilisant des technologies nucléaires bénéficient d'un intérêt particulier, qui profite indirectement à certaines équipes d'économie de la santé. Une unité de liaison est mise en place au sein de la Direction générale V, spécialisée dans le domaine de la santé, afin de servir de relais aux programmes nationaux. En France, l'unité 240 de l'INSERM obtient, par le biais d'Euratom, le financement d'études économiques sur l'imagerie médicale. Dans la continuité de ces travaux, le groupe animé par Francis Fagnani est associé en 1988 à une importante étude d'évaluation médico-économique du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. Associant principalement des chercheurs français, cette étude a une vocation internationale : elle compare divers scénarios de dépistage des cancers féminins dans l'ensemble des pays de la Communauté européenne [103]. Ces travaux font l'objet de publications dans les revues scientifiques et dans la presse médicale et donnent lieu à des réunions internationales, notamment à travers le Centre international de recherche contre le cancer (CIRC), à Lyon. En deçà du niveau institutionnel européen, l'intervention communautaire s'appuie sur un réseau d'activités et de communications scientifiques médicales relativement autonomes. Même limités à des programmes particuliers, comme le programme Europe contre le cancer, ces interventions sont de nature à renforcer les échanges européens et à encourager l'intérêt des chercheurs, voire des décideurs eux-mêmes, pour des perspectives internationales en matière de politiques de santé.

Une expertise intermédiaire, le Commissariat général au Plan

112 L'intérêt porté à l'économie de la santé par des institutions internationales ou communautaires est relayé en France par une plus grande sensibilité de l'administration à ce type de travaux. Au cours des années 1980, le Commissariat général au Plan joue dans ce domaine un rôle de médiateur entre les sphères académiques et administratives. L'attention portée aux comparaisons internationales par les pouvoirs publics et les économistes de la santé et n'est bien entendu pas liée au seul développement de l'expertise internationale dans ce domaine. Plus que cette

dynamique globale, les expériences nationales conduites dans différents pays occidentaux attirent l'attention. En matière de systèmes de santé, le paysage international s'est longtemps limité à quelques oppositions, entre service national de santé « à la britannique » et système concurrentiel « à l'américaine », ou bien entre systèmes nationaux « beveridgiens » et systèmes assurantiels « bismarckiens ». Au cours des années 1980, ces distinctions s'estompent au fur à mesure que des réformes amendent ces modèles historiques. En raison de leur caractère « mixte », certains systèmes de santé, comme ceux du Canada, du Québec ou des Pays-Bas, semblent offrir des scénarios de réforme « intermédiaires ». À la fin de la décennie 1980, des réformes entreprises dans des systèmes de santé européens attirent aussi l'attention [104].

113 La contribution de l'administration aux comparaisons internationales apparaît à travers la publication de rapports portant spécifiquement sur ces questions. Publiés à quelques années d'intervalle, deux rapports sont l'expression de démarches complémentaires, traduisant une pénétration des comparaisons internationales dans l'administration. En mars 1985, le Plan organise un colloque international sur les politiques de santé étrangères. Un rapport rassemble les contributions d'experts français et étrangers. Cette initiative n'a pas de vocation décisionnelle, mais relève plutôt, selon l'expression du Commissaire général au Plan, Henri Guillaume, d'une « légitime curiosité ». Dans un contexte d'ouverture européenne, Henri Guillaume précise que « l'ouverture des frontières, à la fois voulue et inéluctable, nous amène opportunément à observer d'un peu plus près ce que veulent et ce que font nos voisins et nos partenaires » [105]. La démarche du Plan est à ce stade exploratoire. Quelques années plus tard, dans un esprit plus pragmatique, le Premier ministre, Édith Cresson, demande à un conseiller d'État, Yannick Moreau, de procéder à une comparaison internationale d'expériences étrangères, « notamment celles de l'Allemagne, des Pays-Bas et du Canada » [106]. Sans être piloté par le Plan, ce rapport associe Marianne Berthod-Wurmser, qui avait coordonné les travaux du premier rapport. Dirigeant désormais la Mission de recherche du ministère des Affaires sociales (MIRE), cette dernière incarne le travail de médiation des instances administratives d'expertise. Réalisés dans des esprits différents, les rapports de 1987 et 1992 illustrent un processus de traduction administrative.

114 Ce travail apparaît à travers les ressources intellectuelles utilisées en 1985 et 1992. En 1985, le colloque organisé par le Plan sollicite des acteurs administratifs et des médecins, souvent proches de l'administration. Il fait aussi appel à un grand nombre d'experts académiques, notamment des économistes. Les contributeurs proposent des analyses relatives à des aspects particuliers des systèmes de santé. Les rares analyses globales sont le fait d'experts proches de l'OCDE, comme Jean-Pierre Poullier, qui souligne la pauvreté des travaux comparatifs :

> *« La première évidence qui s'impose au chercheur est l'extrême disette d'analyses comparées des systèmes de santé et de travaux mesurant les causes de leur croissance exceptionnellement rapide. De même, on se heurte à l'absence généralisée de mesures de résultats. Il existe bien quelques dizaines d'ouvrages traitant tour à tour de l'expérience d'une série de pays, où le directeur de publication s'efforce de rassembler quelques comparaisons autour d'une trame commune dans la conclusion, mais chacun des chapitres s'appuyant sur un appareil d'observation spécifique et décrivant une réalité institutionnelle particulière, il n'existe guère à ce jour de synthèses analytiques comparables et opérationnelles. »* [107]

115 Par une espèce de mise en abîme, ce constat s'applique assez bien au rapport du Plan dans lequel il s'insère. Hétérogènes, les contributions y sont rassemblées par thèmes, et comparées dans une synthèse finale proposée par Mariane Berthod-Wurmser. À l'inverse, le rapport de Yannick Moreau entretient en 1992 un tout autre rapport à ses sources intellectuelles. Si les économistes universitaires sont impliqués, leur

contribution s'apparente davantage à une expertise pragmatique qu'à une analyse académique. Ces experts sont du reste des économistes académiques proches des pouvoirs publics. Yannick Moreau sollicite notamment Lise Rochaix, qui travaille à la Direction de la Prévision, ainsi que Pierre-Jean Lancry, nommé à la direction du CREDES après son passage à la Direction de la Prévision. Il s'agit moins de susciter des travaux de recherche que d'en réaliser la synthèse. Il est vrai que les données disponibles se sont entre-temps étoffées, à l'image des travaux de l'OCDE, dans lesquels le rapport puise abondamment :

> *« Les données disponibles il y a dix ans étaient embryonnaires. Les progrès réalisés dans les comparaisons internationales sont tout à fait sensibles. Ces progrès concernent tout aussi bien les données chiffrées que les analyses par pays, qui ont donné lieu à des publications variées et très intéressantes. L'OCDE joue un rôle capital dans le rassemblement des données chiffrées et on doit saluer les résultats du travail ainsi conduit. »* [108]

116 L'évolution entre les deux rapports n'apparaît pas seulement à travers les ressources mobilisées. Elle se manifeste aussi dans la forme. Il ne s'agit plus d'organiser des travaux épars, mais de proposer des pistes d'action. Plus normative, la démarche obéit à un plan cartésien, caractéristique d'une rhétorique administrative. Un plan en trois parties décline un constat global, une présentation des systèmes de santé de cinq pays de l'OCDE, et un ensemble de propositions pour le cas français. L'analyse cède le pas aux recommandations, voire aux injonctions volontaristes. Sans choisir entre les stratégies de réforme, le rapport esquisse une articulation pragmatique des régimes de régulation. Au niveau le plus global et le plus extérieur au système, Yannick Moreau retient le principe financier d'une définition *a priori* des budgets alloués à la santé sous forme d'enveloppes. Cette mise sous enveloppes peut être complétée par des dispositions micro-économiques, créant des mécanismes incitatifs destinés à contrecarrer les effets induits par les nombreuses asymétries d'information existant au sein du système de santé. Plus respectueuse des comportements internes au système de santé, cette démarche est destinée à amender ses règles de fonctionnement. Enfin, le développement de l'évaluation médicale met à la disposition des acteurs, notamment des médecins, des instruments leur permettant de développer une démarche économiquement plus rationnelle.

117 À travers ces propositions, le rapport Moreau articule des idées d'inspirations différentes, à certains égards contradictoires. Sans se préoccuper de l'articulation théorique des mesures envisagées, qui intéressent, en apparence au moins, des niveaux différents de régulation du système de santé, des propositions inspirées de réflexions économiques divergentes sont agglomérées dans un discours pragmatique, qui procure une cohérence à cet ensemble hétérogène. Le rapport et les conclusions auxquelles il parvient, montrent que l'intérêt des comparaisons internationales est de mettre à disposition des décideurs des mécanismes susceptibles d'être mis en œuvre. Il importe de comprendre la logique intellectuelle de cet exercice, qui offre un support à partir duquel travaillent décideurs et experts administratifs.

L'IMPORTANCE DU RAISONNEMENT

118 Le développement des comparaisons internationales ne résulte pas seulement de l'intérêt porté par les pouvoirs publics aux expériences étrangères, dans le cadre d'une plus grande ouverture internationale et européenne. L'investissement dont bénéfice cet exercice est aussi lié à la plus grande ouverture internationale du monde académique. Dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines, les économistes français trouvent des instruments de formalisation auprès de chercheurs anglo-saxons. En matière de comparaisons internationales, des travaux américains permettent aux chercheurs français de manipuler un motif de raisonnement, dont il importe d'apprécier la progressive rationalisation intellectuelle. La formalisation du

motif permet de suivre la circulation d'un raisonnement, depuis sa constitution jusqu'à son extension, jalonnée de variations et d'efforts de rationalisation.

LA CONSTITUTION D'UN MOTIF : UNE REPRÉSENTATION STYLISÉE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

119 Au début des années 1980, Robert Evans est l'un des premiers économistes à proposer une analyse formelle et générale des systèmes de santé, fondée sur la méthode des « faits stylisés ». Communiquée à l'occasion du colloque international de Leiden, cette analyse exerce une influence durable dans de nombreux pays, dont la France. Dans le paysage hexagonal de l'économie de la santé, des travaux antérieurs avaient exploré ce terrain. Les recherches de l'équipe d'Émile Lévy au début des années 1970, voir la thèse de Joseph Brunet-Jailly à la fin des années 1960, proposaient déjà des analyses globales du système de santé fondées sur l'étude des relations entre acteurs. Par rapport à ces travaux, l'analyse d'Evans témoigne cependant d'un plus haut degré de rationalisation formelle, assez typique du raisonnement économique. Plutôt que d'analyser un ou plusieurs systèmes de santé particuliers, en détaillant ses composantes empiriques, juridiques ou économétriques, l'économiste canadien élabore une syntaxe générale, relativement abstraite, permettant de décrire l'organisation de n'importe quel système de santé.

120 Le point de départ de l'analyse réside dans l'étude des transactions existant sur le « marché de la santé ». Comme l'ont montré avant lui d'autres économistes, dont John-Kenneth Arrow, ces transactions ne satisfont pas aux propriétés ordinaires de la régulation marchande. Des particularités comme l'existence d'externalités, l'absence de transparence de l'information ou l'existence d'incertitudes, rendent inopérants les principaux résultats de la théorie économique standard [109]. Pour dépasser ces conclusions purement négatives, Evans propose de réexaminer les termes de l'échange dans ce secteur. Contrairement au schéma simplifié des manuels d'économie, l'échange n'associe presque jamais un offreur et un demandeur, comme sur la plupart des autres marchés. Quel que soit le système de santé considéré, nombre d'acteurs perturbent le schéma bilatéral de l'offre et de la demande de soins. Si bien que la cellule d'analyse doit être élargie. Pour Evans, il faut prendre en compte le rôle de différentes classes d'acteurs. Si des classes d'acteurs peuvent être définies de manière à inclure les acteurs réels intervenant dans les différents systèmes de santé, le rôle de ces classes d'acteurs est en revanche bien distinct d'un système de santé à l'autre. L'analyse des relations entre classes d'acteurs offre une représentation formelle, à la fois plausible et cohérente, du secteur de la santé. Comme le précise Evans :

> *« Ce travail esquisse les formes les plus courantes de relations entre le plus petit nombre de classes d'acteurs intervenant dans le marché de la santé. Différents modèles de relations suscitent différents modèles de comportements pouvant être observés dans des systèmes de santé alternatifs, constituant autant de "faits stylisés" d'opérations dans l'industrie de la santé placée sous différentes structures. »* [110]

121 Pour constituer cette esquisse, Evans isole cinq classes d'acteurs, dont il précise qu'elles n'ont qu'indirectement à voir avec les acteurs réels des systèmes de santé (patients, hôpitaux, pharmacies, caisses d'assurance maladie...). Ces classes d'acteurs sont respectivement les consommateurs, les offreurs de soins de premier niveau, au contact direct des consommateurs, les offreurs de second niveau, au contact d'autres offreurs de soins, les organismes d'assurance maladie et enfin les pouvoirs publics. Selon les configurations, ces classes d'acteurs entretiennent entre elles des relations variées, qui caractérisent autant de formes typiques de systèmes de santé.

122 Selon l'importance et le poids reconnu à certaines classes d'acteurs, les systèmes de santé se rattachent à différents modèles. Certains systèmes de santé reconnaissent

par exemple un rôle dominant aux offreurs de premier niveau, voire de second niveau. Ils constituent des systèmes de santé à dominante professionnelle, au sein desquels les relations entre les acteurs sont profondément affectées par l'action des offreurs de soins. À travers leurs prescriptions, les médecins sont par exemple en mesure d'ouvrir des droits au remboursement, rendant tributaires les acteurs intervenant dans le domaine de l'assurance du comportement des offreurs de soins. D'autres systèmes de santé, comme le système des HMO aux États-Unis, accordent une moindre place aux offreurs de soins, dont l'intervention s'articule à celle d'autres acteurs, relevant en l'espèce de la classe des assureurs. La composante professionnelle du système doit alors s'articuler de manière plus ou moins harmonieuse ou conflictuelle avec des acteurs faisant prévaloir une logique assurancielle. Une autre configuration du système de santé se caractérise par l'existence d'une couverture universelle du risque maladie, qui attribue cette fois un rôle crucial aux pouvoirs publics, garants de cette universalité. Dans un tel système, les pouvoirs publics entretiennent des relations plus ou moins étroites avec les acteurs intervenant dans le domaine de l'assurance maladie aussi bien qu'avec les offreurs de soins, par exemple à travers un système de conventions. Dans certains cas, l'intimité de la relation va jusqu'à la simple intégration des acteurs dans la sphère publique, on a alors affaire à un système de santé national, de type NHS. Au total l'identification des classes d'acteurs intervenant dans l'échange de biens et services sanitaires permet de distinguer un petit nombre de « configurations polaires », pouvant être confrontées aux réalités des différents systèmes de santé réels. Ces derniers combinent souvent, et dans des proportions variées, les propriétés de différentes configurations.

Mais l'analyse ne s'arrête pas à l'identification de classes d'acteurs et à l'évaluation de leur poids dans les différents systèmes de santé. Dans chaque configuration, les relations entre classes d'acteurs doivent être étudiées avec précision, dans le respect de quelques hypothèses économiques fondamentales, comme celle de la rationalité économique (agent maximisateur). Le recours au principe de rationalité n'équivaut cependant pas à la reproduction du modèle marchand standard. Les relations au sein des systèmes de santé ne se limitent ni à l'offre et à la demande de soins, ni à l'offre et à la demande de produits d'assurance. Les relations entre acteurs sont multiples et transversales. Elles sont d'autant plus complexes à analyser que le système de santé se caractérise par la présence de nombreuses asymétries d'information, pouvant perturber les relations entre acteurs, et affecter l'efficience ou l'équité globale des systèmes de santé. Le schéma d'analyse proposé par Evans prétend offrir une représentation permettant de comprendre les logiques internes des systèmes de santé à l'aide d'un petit nombre d'éléments principaux. Mais son travail va au-delà de l'analyse. 123

Sans se substituer au rôle de décideur politique, Robert Evans trace les voies d'un usage normatif du raisonnement. En premier lieu, l'identification de classes d'acteurs habités par une rationalité économique fait du système de santé un espace fondamentalement politique, au sein duquel s'opposent des intérêts divergents. Les intérêts des assureurs ne sont pas nécessairement ceux des médecins, lesquels peuvent eux-mêmes diverger de l'intérêt des assurés, voire des patients eux-mêmes. De nature politique, le système de santé appelle une régulation politique. Mais, explique Evans, cette régulation ne saurait être aveugle aux propriétés spécifiques de chaque système de santé. À moins d'envisager la transformation radicale d'un système, pour le faire passer d'une configuration polaire à une autre, les mesures de régulation doivent être adaptées aux différents types de relations entre classes d'acteurs. La régulation des systèmes ne consiste donc pas en une intervention uniforme, relevant de la problématique du « plus ou moins d'État » par exemple. Elle consiste en une démarche différenciée, prenant en compte les distorsions spécifiques, susceptibles d'apparaître au sein de chaque type de configuration. C'est au regard des principes de chaque configuration que l'efficience peut être évaluée et le cas échéant améliorée. 124

Par sa simplicité formelle, l'analyse de Robert Evans parvient à réduire à une épure très maniable la grande diversité et l'extrême complexité institutionnelle des systèmes de santé réels, constitués d'acteurs multiples, traversés de flux physiques et financiers de toute nature. Elle apparaît comme une analyse à la fois positive, permettant de comprendre l'organisation des systèmes de santé, et normative, permettant d'envisager leur régulation. Après le colloque de Leiden, la communication de Robert Evans exerce une influence notable auprès des économistes de la santé, notamment en France. À en croire Robert Launois : 125

> *« Le travail de Bob Evans a joué un rôle majeur. Evans a donné une véritable clé pour entreprendre des comparaisons internationales dans les années 1980, voire pour formaliser les systèmes de santé. Pour ma part je m'en suis beaucoup inspiré et j'ai travaillé les textes d'Evans de très près, au crayon. »* [111]

En matière de comparaisons internationales, le travail de Robert Evans offre la première expression d'une forme de raisonnement robuste, dont on peut apprécier la stabilité dans le temps à travers une multitude d'expressions à partir des années 1980. 126

RÉPLICATION ET DIFFUSION DU MOTIF

Sans toujours se référer à Evans, de nombreux travaux s'inspirent de son schéma d'analyse et répliquent la méthode. Destinée à un large public, l'étude publiée en 1983 par Béatrice Majnoni d'Intignano et Jean-Claude Stephan sous le titre *Hippocrate et les technocrates* révèle l'importance de la représentation graphique du raisonnement. À l'état d'ébauche, le motif apparaît en outre dans sa double dimension cognitive et pragmatique. Comme l'économiste canadien, les auteurs français isolent cinq types d'acteurs, qui se trouvent être identiques, moyennant une simple traduction en français : 127

> *« Les analyses des différences entre systèmes de santé paraissent toujours très descriptives. Elles privilégient en général soit l'explication historique, soit des facteurs sociologiques, ou encore culturels. Elles ne permettent jamais de définir un modèle dont elles s'inspirent et que justifient ainsi tous les conservatismes nationaux ou toutes les stratégies individuelles. On peut aller au-delà de cette attitude. En fait si on observe bien ces systèmes, aucun n'échappe à une structure simple où cinq acteurs seulement sont enfermés dans des rôles et des stratégies faciles à identifier. »* [112]

Et les économistes français de décliner « avec facilité » : « la population », « le système de soins primaires », « le système de soins secondaires », « les organismes d'assurances maladie » et « les pouvoirs publics », avant de préciser : 128

> *« Les cinq acteurs ont des rôles et des fonctions identiques dans les systèmes de santé de tous les pays. Ils entretiennent entre eux des relations qui définissent le mode de gestion du système de santé. Dans tous les pays industrialisés, on peut les classer en trois groupes auxquels nous nous attacherons dans ce livre. »* [113]

Ces trois groupes sont ceux qu'avait identifiés Evans. Il s'agit de systèmes de santé à dominante professionnelle (les auteurs français retiennent la dénomination ambiguë de « modèle d'inspiration libérale », en référence à la médecine libérale), du modèle de protection sociale intégré et planifié, et du modèle dit de « gestion incitative », laissant une autonomie à des acteurs décentralisés, notamment privés. 129

L'une des techniques utilisées pour faciliter l'assimilation du raisonnement par le lecteur consiste à recourir de manière apparemment anodine à des instruments graphiques. Des schémas aux formes très caractéristiques donnent au motif un caractère matériel, et en un certain sens objectif. Plus imagés que les graphiques 130

géométriques dessinés en 1980 par Evans, les schémas très réalistes de Béatrice Majnoni d'Intignano et Jean-Claude Stephan offrent une représentation iconographique du motif plaisante et très « parlante ». S'il participe d'une forme de « rhétorique scientifique », le graphisme n'est cependant pas un simple adjuvant au raisonnement. Sa matérialisation est l'une de ses propriétés essentielles. Fixé et résumé dans un schéma, le motif peut être facilement compris, transmis et manipulé. La plupart des travaux qui recourent au motif d'Evans offrent des expressions assez voisines de ce type de représentations. Invariablement, un schéma principal illustrant les classes d'acteurs est décliné en une série de représentations, illustrant formellement les propriétés des systèmes de santé réels ou envisageables. Rétrospectivement, ces schémas permettent de repérer le cheminement du raisonnement, de saisir ses expressions comme le produit d'une dynamique cognitive collective.

Le motif n'apparaît pas seulement dans des travaux publiés, sous forme d'articles ou d'ouvrages, offrant la possibilité de représentations graphiques achevées. Des travaux intermédiaires, non destinés à la publication, révèlent d'autres propriétés du motif. Plusieurs projets de recherche formulés dans les années 1980 permettent de suivre au plus près le déploiement du motif. Présentant le raisonnement à l'état d'ébauche, ces projets révèlent des sources d'inspiration différentes, qui laissent suivre l'influence du raisonnement. Deux exemples conduisent à distinguer des usages cognitifs et pragmatiques du motif. 131

En 1986, l'équipe du LEGOS à Dauphine, s'associe au CEPREMAP pour entreprendre une « modélisation économétrique des institutions sanitaires et sociales ». Claude Le Pen, Marie-Ève Joël, Hervé Lafarge et Yves Saillard reprennent les méthodes utilisées en matière de comparaisons internationales, et déploient un motif d'analyse désormais familier : 132

> *« Un préalable aux comparaisons internationales et à une modélisation des secteurs de santé consiste en un repérage systématique des règles institutionnelles qui organisent les relations entre les acteurs des systèmes. Ces règles sont organisées en configurations institutionnelles, qui expriment les grands schémas de cohérence dans les relations entre acteurs. Ces configurations portent en elles des logiques (logique des assurances, socialisation des dépenses...) et imposent leurs contraintes aux choix individuels (...) Ces configurations institutionnelles fournissent un cadre général aux comportements des acteurs, à l'expression des contraintes de financement, aux dynamiques des coûts et des dépenses. Elles se retrouvent simultanément dans les systèmes nationaux observés. Notre projet repose sur une idée-force : la nécessité d'élaborer un découpage institutionnel différent du découpage administratif (...) Dans la mesure où ces unités administratives répondent souvent à un but opérationnel, juridique et comptable, plutôt qu'à un but cognitif, elles ne nous semblent pas constituer un niveau d'analyse pertinent. »* [114]

Ce projet souligne la finalité cognitive de la démarche, destinée à comprendre le système de santé plutôt qu'à agir immédiatement sur son organisation. Il illustre en outre le processus de rationalisation formelle du raisonnement économique : les économistes entendent dépasser la représentation traditionnelle du secteur, qu'ils jugent tributaire des catégories administratives, pour produire une représentation adaptée à l'analyse d'un plus vaste ensemble de systèmes de santé, gouvernés par des principes de régulation différents. En échappant au découpage juridique traditionnel, cette représentation prétend à un plus haut degré de généralité. Enfin, le motif laisse apparaître les composantes autour desquelles il se structure. Les classes d'acteurs et les relations qui les associent entre eux constituent les deux principales catégories d'éléments constitutifs du motif. C'est l'agencement de ces composantes qui constitue le motif en tant que tel. 133

Un autre projet d'études, également formulé au milieu des années 1980, révèle les propriétés non seulement cognitives mais aussi pragmatiques du motif. Le chantier ouvert par l'Institut La Boétie dans le domaine de la santé illustre cet usage normatif. En 1985, Robert Launois et Gérard Viens proposent de travailler sur « une réforme des systèmes de financement et de distribution des soins ». Même si leur projet n'aboutit pas, sa formulation permet de suivre la logique du raisonnement. Les objectifs ne sont pas purement cognitifs. Contrairement à l'équipe du LEGOS, Robert Launois et Gérard Viens développent une argumentation plus normative, réformatrice. Le motif doit offrir des raisons d'agir : 134

> *« Il existe un consensus pour reconnaître l'urgence d'une réforme des systèmes de financement et de distribution des soins (...) Notre objectif est d'étudier l'éventail des solutions techniques envisageables, laissant ainsi au groupe santé le soin de faire le choix qui lui semble le plus approprié. »* [115]

Préférée à l'analyse objective, la posture d'aide à la décision s'appuie sur le motif des comparaisons internationales, « intelligemment adapté à la France » [116]. Les interactions entre classes d'acteurs ne sont plus de simples « relations », elles deviennent des « variables », susceptibles d'être non seulement étudiées pour elles-mêmes, mais aussi modifiées par un décideur éventuel. Quatre variables sont identifiées. Elles concernent le mode de couverture (obligatoire ou non), la liberté de choix des prestataires de services sanitaires, le degré de pilotage du système par l'État, et l'importance reconnue à la solidarité dans les systèmes de financement. Sommaire, le schéma n'en saisit pas moins l'essentiel des relations entre acteurs. Il n'épuise pas toutes les possibilités, car les « variables » identifiées ne correspondent qu'aux relations susceptibles d'être manipulées dans un sens que les auteurs jugent intéressant du point de vue libéral de l'Institut La Boétie. Pour chaque variable, « un certain nombre d'états caractéristiques parmi l'infinité des possibilités » est identifié. Selon les cas, les variables occupent de deux à quatre états. La variable « couverture » décrit par exemple quatre états possibles : la libre assurance fondée sur le libre choix de l'organisme d'assurance, l'assurance obligatoire avec un niveau de couverture variable, l'assurance obligatoire avec une décentralisation du monopole de la Sécurité sociale et enfin l'assurance obligatoire avec mise en concurrence des équipes de soins (ce dernier état n'étant rien d'autre que le projet des Réseaux de soins coordonnés). 135

Comme le soulignent la plupart des économistes de la santé mettant en œuvre ce type de démarche, le raisonnement est en rupture avec les représentations juridiques ou historiques du secteur : le motif permet d'animer le système, en lui conférant une souplesse et une maniabilité intellectuelle inédite. C'est dans ce cadre général que doivent être appréciés les débats et les controverses des années 1980 sur la réforme du système de santé. Au-delà de la radicalité de certains projets, comme le projet libéral des Réseaux de soins coordonnés, le débat intéresse un grand nombre d'acteurs du système de santé parce qu'il parvient à *articuler autrement* des données bien connues. Il offre une nouvelle représentation du système de santé. En modifiant *in abstracto* quelques relations, il permet d'appréhender simplement la dynamique globale d'un système complexe. Considérées comme des variables, ces relations permettent non seulement de comprendre l'organisation du système et ses défaillances éventuelles, mais aussi d'agir sur sa régulation. Le débat ne se résume pas aux seuls enjeux stratégiques que promeuvent les auteurs libéraux et les intérêts organisés qui les soutiennent. Au-delà des conflits d'intérêts entre ou au sein même des coalitions d'acteurs, un nouveau motif de raisonnement est constitué. Il permet de comprendre la logique intrinsèque du système et d'envisager d'autres types de réformes, éventuellement plus favorables à d'autres coalitions stratégiques. Comme l'atteste les projets d'étude du LEGOS et de l'Institut La Boétie, le motif des comparaisons internationales peut non seulement renouveler l'analyse à des fins de connaissance, mais inspirer des propositions de réformes. Le motif révèle ses propriétés cognitives et pragmatiques. Sans doute est-ce ce double statut qui fait le 136

succès du raisonnement auprès d'une organisation internationale comme l'OCDE, par vocation sensible aux comparaisons internationales.

L'EXTENSION INTERNATIONALE DU MOTIF DES COMPARAISONS

137 Dès la fin des années 1980, le principe des comparaisons internationales est appliqué aux systèmes de santé des pays membres de l'OCDE, ce qui contribue à accroître sa diffusion auprès d'un grand nombre d'acteurs académiques et institutionnels. Conseiller auprès du ministère de la Santé britannique, engagé dans d'importantes réformes institutionnelles d'inspiration libérale, Jeremy Hurst travaille en 1989 au sein de l'unité des politiques de santé de l'OCDE. Il est chargé de comparer les réformes des systèmes de santé auxquelles procèdent différents pays membres de l'organisation internationale. Deux séries d'études publiées à quelques mois d'intervalle, en 1992 et 1994, analysent les systèmes de santé européens les plus importants, puis l'ensemble des systèmes de santé des pays membres [117]. Au-delà de la diversité des situations, le recours au motif cognitif élaboré par Robert Evans offre d'utiles points de repères dans cette vaste comparaison internationale :

> *« Les pays figurant dans cette étude ont à première vue des méthodes très différentes de financement, d'organisation et de régulation de leurs services de santé. (...) Ces différences peuvent sembler limiter l'utilité d'une étude comparative des réformes des systèmes de santé. Un examen plus attentif révèle toutefois que, malgré cette apparente diversité, les systèmes de santé sont constitués à partir d'un petit nombre de sous-systèmes de financement, de paiement et de régulation dont quelques-uns ont tendance à prédominer. (...) Les modèles proposés par Evans peuvent être utilisés pour identifier les sous-systèmes et pour décrire dans leur intégralité les systèmes des différents pays. (...) Les modèles sont très simplifiés mais ils aident à identifier les éléments clés que l'on retrouve couramment d'un pays à l'autre. »* [118]

138 Les propriétés du motif composé par Evans sont utiles aux objectifs poursuivis par l'OCDE. La dimension cognitive du motif permet de comparer les données de chaque système, tandis que ses propriétés pragmatiques et normatives offrent des perspectives de réforme. En outre, les statistiques collectées par les experts de l'OCDE peuvent être intégrées au schéma formel d'analyse, qui contribue à les expliquer. À ce stade, le motif bénéficie des efforts de rationalisation formelle du raisonnement, auxquels Evans a apporté une contribution décisive, aussi bien que des efforts de rationalisation matérielle, réalisés à travers une collecte de statistiques quasi unique au monde. Concrètement, des monographies par pays rassemblent ces informations. Réalisées avec des spécialistes nationaux, elles sont brèves et synthétiques. Elles s'adressent à des auditoires étrangers, peu familiers avec les caractéristiques propres à chaque système. De ce fait, les études insistent sur les paramètres structurels, plutôt que sur les éléments singuliers, notamment historiques. Elles se concentrent sur quelques variables, que le motif rassemble de manière claire et concise. Publiées dans les fascicules de la collection « Études de politiques de santé », ces monographies impressionnent par la précision des données et la diversité des situations. Appliqué aux systèmes de santé, le motif révèle une grande diversité de réalités nationales, qu'il permet d'embrasser de manière synthétique et compréhensible. Les orientations privilégiées dans chaque pays apparaissent d'autant plus facilement au lecteur qu'elles sont mises en relief par une syntaxe homogène. Les spécificités apparaissent dans les illustrations graphiques qui matérialisent le raisonnement. Encore une fois, l'expression matérielle n'est pas la moindre des qualités formelles du motif.

139 Au-delà de l'analyse, l'OCDE mobilise les études à des fins politiques. Le raisonnement n'est pas un simple instrument cognitif, c'est aussi un instrument d'action. En novembre 1994, après la publication du second volet des études comparatives, l'OCDE organise une réunion à laquelle participent une douzaine de ministres de la Santé, une cinquantaine de hauts fonctionnaires et des universitaires de rang international,

comme le Britannique Brian Abel Smith, le Suédois Bengt Jönson ou le Canadien Robert Evans. L'influence pragmatique de ce genre de réunions est difficile à établir. Ce type de rencontres favorise la diffusion de certains raisonnements, particulièrement du motif des comparaisons internationales, dont l'usage n'échappe guère aux participants. À l'image de Carmen Lawrence, la ministre de la Santé australienne, les participants sont en mesure de formuler les problèmes qui se posent dans leurs pays à partir du schéma promu par l'OCDE :

« En lisant le rapport comparatif sur les systèmes de santé des pays de l'OCDE, j'ai été frappée par la diversité des structures institutionnelles et des dispositifs fonctionnels qui ont été mis au point. Il est évident que les solutions varient forcément selon les pays, bien que beaucoup puissent comporter des éléments communs. Ce qui m'a le plus frappée en lisant les documents, ce sont les thèmes qui reviennent. (...) Le thème qui ressort constamment des communications et des études comparatives semble être qu'il n'existe pas de solution commune. Il existe cependant une convergence évidente sur certaines solutions et j'espère qu'il ne s'agit pas simplement d'une nouvelle mode. » [119]

Et la ministre d'analyser cette convergence à l'aide des catégories du motif des comparaisons internationales : 140

« Cette convergence se manifeste à partir des deux extrémités du spectre : les systèmes de remboursement purement basés sur le marché évoluent vers la maîtrise des dépenses par davantage de réglementation, tandis que les systèmes réglementés introduisent des incitations fondées sur les mécanismes du marché pour parvenir à une plus grande productivité. Si on les considère d'un point de vue général, ces solutions semblent compter un certain nombre de caractéristiques essentielles. » [120]

En France, l'influence de ce type de raisonnement est également difficile à établir. En 1992, le rapport Moreau sur la comparaison internationale des systèmes de santé témoigne cependant d'une réelle influence. Il porte directement intérêt aux travaux de l'OCDE, nous l'avons souligné. Yannick Moreau s'inspire aussi d'autres travaux de même nature, dont nous avons rendu compte à différents stades de l'analyse [121]. Le motif formalisé par Robert Evans et repris en France par divers économistes, est décliné tout au long du rapport. D'orientation pragmatique, ce rapport présente le motif dans sa version normative, comparable à celle que l'on trouvait par exemple dans le projet de Robert Launois et Gérard Viens en 1985. Yannick Moreau met l'accent sur les relations entre acteurs du système de santé, et précise, pour chaque type de relations, les différentes options envisageables : 141

« (Les pays étudiés) sontassez exemplaires des principales modalités d'organisation que l'on trouve dans les pays développés. Les systèmes de soins se différencient par la manière dont ils agencent les réponses à quatre questions : Qui finance ? Comment sont fixés les rémunérations des professionnels et les budgets des institutions de soins ? Quelles sont les modalités de paiement ? Quelles sont les modalités d'accès aux médecins et aux hôpitaux ? À chacune de ces questions, il y a plusieurs réponses possibles et chaque système se caractérise, schématiquement, par une combinaison des différentes réponses. Ainsi, à la question : « Qui finance ? » La réponse peut-être : l'État par l'impôt, les caisses de Sécurité sociale par des cotisations, les assurances privées, les malades. » [122]

Les « questions » du rapport Moreau décrivent un petit nombre d'« états ». Les propriétés des systèmes de santé apparaissent sous la forme d'un ensemble de relations simples, quasi-instrumentales, susceptibles d'être modifiées. Un mode de 142

financement semble pouvoir être remplacé par un ou plusieurs autres, dans des proportions variables, selon les souhaits et l'imagination de réformateurs éventuels.

Ainsi formalisé, le système de santé semble manipulable. Sa plasticité contraste avec le caractère statique des représentations historiques ou juridiques, portées à mettre en valeur le caractère fondateur de la Sécurité sociale. Déployé dans un contexte de préparation de la décision, le motif des comparaisons internationales ne constitue donc pas seulement un élément d'analyse original et suffisamment fécond pour faire l'objet d'une vaste diffusion. Il offre aussi des clés pour l'action. Les propriétés du raisonnement attestent que des éléments cognitifs structurent l'activité des économistes de la santé, dont on ne saurait par conséquent réduire l'intervention à de simples engagements idéologiques ou stratégiques auprès d'intérêts organisés, dans le cadre de coalitions politiques. L'originalité de l'intervention des économistes de la santé tient à leur capacité à produire des représentations et des raisonnements disposant d'un intérêt intrinsèque, bien que susceptibles d'être pragmatiquement impliqués dans l'action. Dans cet esprit, l'étude des usages du raisonnement économique s'intéresse non seulement aux relations que les économistes de la santé entretiennent avec des décideurs politiques, des experts administratifs, des intérêts économiques ou corporatistes, mais aussi aux relations que l'action publique entretient avec les raisonnements économiques eux-mêmes, qui acquièrent parfois une autonomie suffisante pour favoriser, rendre possibles ou laisser imaginer certains types d'actions. Bien qu'insérés de part en part dans une réalité sociale riche en diversité, les raisonnements économiques acquièrent, au fil de leurs usages, des propriétés non seulement sociales mais aussi cognitives, qui leur procurent une autonomie, certes relative, au sein des situations dans lesquelles ils sont imaginés, mis en œuvre et transformés.

143

---

[1] B. Jobert (1994), *op. cit.*

[2] J.-C. Sailly (1985), « Rapport de conjoncture : économie de la santé, octobre 1984 », *Journal d'économie médicale*, vol. 3, n° 2, p. 61-80.

[3] M. Poniatowki (1978), *L'avenir n'est écrit nulle part*, Paris, Albin Michel.

[4] B. Bobe, J. Maurice (1984), « La planification à l'épreuve de la crise et l'espoir d'un renouveau », *Encyclopédie Universalis*, Paris, p. 265-271.

[5] Au début des années 1980, le renouvellement de l'analyse micro-économique (théorie des contrats, théorie de l'agence, théorie de l'information) s'inspire de concepts élaborés par des auteurs anglo-saxons dans les années 1960 et 1970 (Arrow, Pauly, Akerlof...). En France, l' « affinité » entre ces travaux théoriques et les évolutions institutionnelles de la planification est d'autant moins fortuite que des économistes français s'inscrivant dans ce courant de recherche, comme Jean-Jacques Laffont, Jean Tirole ou Michel Mougeot sont associés aux travaux du Commissariat général au Plan, par le biais du CEPREMAP, de contrats d'étude ou à travers la participation à des jurys d'appels d'offres, par exemple.

[6] F.-A. Hayek (1943), *La route de la servitude*, Paris, PUF, 1985 ; A. Bergson (1948), « Socialist economics », *in* H. Ellis, *A Survey of Comtemporary Economics*, Homewood (Ill.), Richard Irwin, p. 412-448.

[7] J. Tirole (1981), « Taux d'actualisation et optimum second », *Revue économique*, vol. 32, n° 5, p. 829- 869. Voir également le numéro spécial que la *Revue d'économie politique* consacre au calcul économique en 1989, avec des articles de Maurice Allais, Jean Bénard, Bernard Walliser, Bertrand Munier ou Pierre Picard, *Revue d'économie politique*, vol. 99, n° 2, mars-avril 1989.

[8] Diplômé de l'École nationale des statistiques appliquées à l'économie (ENSAE), Jean-Jacques Laffont a bénéficié d'une formation universitaire, qui le conduit à présenter un doctorat en mathématiques appliquées, puis à passer l'agrégation de sciences économiques. Titulaire d'un Ph.d. à l'Université de Harvard, aux États-Unis, il est chercheur au CNRS et entre en 1980 comme directeur de recherche à l'École des hautes études en sciences sociales. Il est parallèlement professeur d'économie à Toulouse et maître de conférences à l'École polytechnique, où il enseigne jusqu'en 1987. À Toulouse, il fonde le GREMAQ, aujourd'hui considéré comme l'un des plus importants laboratoires français d'économie. Au tournant des années 1980, Jean-Jacques Laffont est l'auteur de divers travaux relatifs à l'économie publique et à l'économie de l'information. J. Green, J.-J. Laffont (1979), *Incentives in Public Decision Making*, Amsterdam, North Holland ; J.-J. Laffont (1980), *Essays in the Economics of Uncertainty*, Harvard University Press.

[9] P. Cahuc (1993), *La nouvelle micro-économie*, Paris, La Découverte. Pour une présentation plus complète, J.-J. Laffont (1988), *Cours de théorie micro-économique*, Paris, Economica. On peut noter au passage que l'importation de ces concepts se heurte pendant plusieurs années à la difficile traduction des

expressions anglo-saxonnes, qui oscillent entre une traduction littérale assez opaque (« risque moral », « sélection adverse ») et des expressions voisines, à peine plus claires (« antisélection »).

[10] J.-K. Arrow (1963), « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American Economic Review*, vol. 53, p. 941-973. Voir, également, M. V. Pauly (1974), « Overinsurance and public provision of insurance : The roles of moral hazard and adverse selection », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 88, p. 44-62.

EN LIGNE [11] G. Akerlof (1970), « The market for Lemons : Quality uncertainty and the market mechanism », *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 84, p. 488-500.

[12] B. Jobert (1981), *op. cit.*, p. 229.

[13] Voir chap. 5.

[14] Projet du VIIIe Plan, multigraphié, p. 215, cité *in* B. Jobert (1981), *op. cit.*, p. 229.

[15] Commissariat général au Plan (1983), *La santé choisie*, Paris, La Documentation française, p. 67.

[16] Ces principes ont été mis en oeuvre à travers la négociation contractuelle d'enveloppes de dépenses par catégories d'acteurs professionnels (dès 1991 dans le cas de la biologie) ainsi que par diverses dispositions du Plan Juppé, dont la principale innovation est la soumission annuelle au Parlement d'une loi de financement de la Sécurité sociale, et dont on note aussi au passage qu'il s'inspire en partie de réflexions menées de longue date.

[17] Commissariat général au Plan (1983), *op. cit.*, p. 105.

[18] *Ibid.*, p. 83.

[19] *Ibid.*, p. 81.

[20] H. Lafarge, Y. Joncour, C. Horrelou (1985), « Budget global et départementalisation, vers un nouvel équilibre du système hospitalier », Commissariat général au Plan.

[21] G. de Pouvourville, M.-O. Cabridain, A. Jeunemaître (1988), « L'hôpital en chantier : les réformes hospitalières entre 1981 et 1986 », Commissariat général au Plan.

[22] M. Berry, M.-O. Cabridain, A. Jeunemaître, G. de Pouvourville (1985), « Les instruments des politiques sociales : le cas des politiques de santé », Commissariat général au Plan.

[23] M. Mougeot (1986), *Le système de santé, centralisation ou décentralisation ?*, Paris, Economica. Avant le travail de Michel Mougeot, l'application au domaine de la santé des concepts d'asymétrie de l'information, de risque moral et de sélection adverse est introduite en France par des économistes d'inspiration libérale, comme Jean-Jacques Rosa et Robert Launois notamment. J.-J. Rosa (1984), *Le rapport Rosa*, Paris, Bonnel ; P. Giraud, R. Launois (1985), *Les réseaux de soins coordonnés, médecine de demain*, Paris, Economica.

[24] Voir chap. 5.

[25] Dans le domaine de la santé, il semble abusif d'imputer le regain des nouvelles approches microéconomiques au sein des espaces publics d'expertise économique à la seule conquête hégémonique engagée par les administrateurs de l'INSEE conduits par Edmond Malinvaud et Jean-Claude Milleron, comme le laissent penser Bruno Jobert et Bruno Théret. Des économistes universitaires semblent exercer une influence décisive, relayée quelques années plus tard, au cours des années 1990, par des administrateurs de l'INSEE (B. Jobert, B. Théret (1994), *loc. cit.*).

[26] M. Mougeot (1986), *op. cit.*, p. 2.

[27] L'auteur se rapporte au montant des « gaspillages » évoqués dans le rapport du Plan, alors évalué à près de 9 milliards de francs, en précisant que rien ne permet en fait de s'assurer de ce chiffre, ni même de l'ordre de grandeur qu'il représente.

[28] Michel Mougeot s'appuie également sur d'autres analyses formelles du système de santé français, notamment celles de Robert Launois, sur laquelle nous reviendrons.

[29] Des projets de mise en concurrence, comme celui d'Alain Enthoven, de l'Université de Stanford, aux États-Unis, ou celui de Robert Launois, en France, font l'objet d'une analyse détaillée, justifiée par le fait que ces modèles poussent assez loin l'hypothèse de décentralisation des décisions, tout en conservant un caractère concret (M. Mougeot (1986), *op. cit.*, p. 140 et sq.).

[30] P. Sabatier, H. Jenkins-Smith (1993), *Policy Change and Learning, an Advocacy Coalition Framework*, Boulder, Westview Press ; H. Bergeron, Y. Surel, J. Valluy (1998), « L'*advocacy coalition framework*, une contribution au renouvellement des études de politiques publiques », *Politix*, n° 4, p. 4-15.

[31] Des programmes publics, comme *Medicaid* ou *Medicare*, sont destinés à certaines catégories de la population, comme les pauvres, les personnes âgées ou les handicapés. D'autres programmes fédéraux prennent en charge des catégories spécifiques comme ou les Anciens Combattants, par exemple. Ces programmes représentent environ 40 % des dépenses de santé.

[32] La France consacre alors de l'ordre de 7 % du PIB à la santé. En vingt ans ces chiffres ont sensiblement progressé, sans bouleverser la hiérarchie. Les États-Unis sont toujours la nation qui consacre la plus grande part au monde de sa richesse nationale (environ 14 % du PIB, contre environ 10 % en France).

[33] H. Luft (1980), « Assessing the evidence of HMO performance », *Health and Society*, vol. 58, n° 4, p. 501-536.

[34] Ultérieurement, le nombre de HMO se stabilise autour de 550 dans les années 1990, mais plus de 50 millions d'Américains sont alors couverts par des HMO. M. Ruggie (1996), *Realignement in the Welfare State, Health Policy in the United States, Britain and Canada*, New York, Columbia University Press, p. 213.

[35] P. Némo (1988), *La société de droit selon Hayek*, Paris, PUF.

[36] P. Rosanvallon (1981), *La crise de l'État-providence*, Paris, Le Seuil.

[37] B. Majnoni d'Intignano, J.-C. Stephan (1983), *Hippocrate et les technocrates*, Paris, Calmann-Lévy, p. 66.

[38] *Ibid.*, p. 65 et 67.

[39] J. A. Smith (1988), « Think tanks and the politics of ideas », *in* D. Colander, A. W. Coats (1988), *The Spread of Economic Ideas*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 175-194 ; K. Dixon (1988), *Les évangélistes du marché*, Paris, Raison d'agir. Voir également, R. Cockett (1995), *Thinking the Unthinkable, Think Tanks and the Economic Counter Revolution, 1931-1983*, Londres, Fontana Press.

[40] B. de La Rochefoucauld (1989), « Présentation de l'Institut La Boétie », *in* R. Launois (1989), *Des remèdes pour la santé*, Paris, Masson, p. 9-11.

[41] Robert Launois, entretien, décembre 1998.

[42] Commissariat général au Plan (1983), *op. cit.*, p. 104.

[43] R. Launois, R. Giraud (1985), *op. cit.*

[44] P. Giraud, R. Launois (1985), « La santé libérée », Institut La Boétie.

[45] R. Launois, D. Truchet (1986), « Vers une implantation des réseaux de soins coordonnés ? Objectifs économiques et problèmes juridiques », *Journal d'économie médicale*, vol. 4, n° 3-4, p. 155-189.

[46] Après des études de médecine à La Pitié-Salpêtrière, Laurent Alexandre passe son internat de chirurgie avant d'être nommé chef de clinique et de participer à ce titre à des travaux de recherche clinique. Intéressé par l'économie et la politique, il entre à Sciences-Po, puis à l'Institut supérieur des affaires (ISA) de Jouy-en Josas et enfin à l'ENA. Proche des milieux libéraux et du Parti républicain, il se dit « déçu par la politique » et n'envisage pas de carrière administrative. En 1995, il fonde *Medcost* une société privée d'économie de la santé.

[47] Robert Launois, entretien, mars 2000.

[48] *Le médecin de France*, 25 mars 1987, n° 487.

[49] *L'entreprise radiologique*, 3 avril 1986, « HMO et réseaux de soins coordonnés, ne jouons pas les apprentis-sorciers ! ».

[50] *Le Quotidien du médecin*, 11 décembre 1986, p. 2.

[51] *Panorama du médecin*, 16 novembre 1987, p. 16.

[52] J. Beaupère (1987), Intervention au débat organisé par le *Médecin de France. Médecin de France*, 25 mars 1987, n° 487.

[53] *Tonus*, « Après l'essor des HMO américaines, la vérité sur les réseaux de soins coordonnés », 19 mars 1987, n° 1083, p. 55.

[54] En novembre 1982, le ticket modérateur passe de 30 à 60 % pour 1 300 spécialités pharmaceutiques, en avril 1983, le gouvernement instaure le forfait journalier hospitalier, en janvier 1985, le taux de remboursement des consultations externes des hôpitaux sont alignés à la baisse sur ceux de la médecine de ville, en juillet 1985, le remboursement de 380 autres médicaments passe de 70 % à 40 %, la prise en charge des soins infirmiers passe de 75 % à 65 %, celle des analyses de 70 % à 65 %. En décembre 1986, le plan Séguin accentue cette dynamique et accroît la contribution des individus pour améliorer leur sensibilité aux coûts.

[55] En 1979, le gouvernement avait évoqué la possibilité de laisser à la charge des individus une part incompressible des dépenses de santé, sans possibilité de transférer cette part sur un assureur complémentaire ou une mutuelle. Présenté par Jean Farge, le secrétaire d'État à la Sécurité sociale auprès de Jacques Barrot, le projet de « ticket modérateur d'ordre public » avait pour finalité de « responsabiliser » les assurés, en les rendant sensibles aux coûts. Unanimement combattu, ce projet fut rejeté, laissant aux assureurs le soin de combler une progressive érosion de la couverture maladie de la Sécurité sociale.

[56] *Le Monde*, 31 mai 1985, p. 37.

[57] C. Huot (1986), « L'assurance maladie, un enjeu capital », *Référence, le journal de l'assurance*, n° 35, p. 23.

[58] *Le Quotidien du médecin*, 1er juin 1987, p. 2.

[59] *Le Quotidien du médecin*, 13 juin 1988, p. 5.

[60] R. Launois, B. Majnoni d'Intignano, V. Rodwin, J.-C. Stephan (1985), « Les réseaux de soins coordonnés : proposition pour une réforme profonde du système de santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 1985.

[61] Voir, par exemple, B. de Casson, « La santé à l'heure de l'économie de marché », *Le Quotidien du médecin*, 3 avril 1985 ; R. Launois, « Réseaux de soins coordonnés et filières de soins, séminaire du 25 avril 1985 », *L'Hôpital à Paris*, mai 1985 ; « Interview de René Teulade, président de la Mutualité française », *Le Monde*, 31 mai 1985 ; P. Rollandin, « Les soins à la carte », *L'Express*, 6- 12 décembre 1985 ; R. Launois, « Tout reste à faire, l'uniformité du système français de santé est un frein au progrès », *Le Monde*, 26 mars 1986 ; S. Bernaderette, « Des réseaux de soins coordonnés pour rendre le système de santé plus performant », *Panorama du médecin*, 17 et 18 avril 1986.

[62] *Le Quotidien du médecin*, 3 avril 1985, p. 1.

[63] J.-P. Moatti, J.-L. Lanoé (1986), « Les réseaux de soins coordonnés, nécessaire rationalisation du système de santé ou utopie libérale », *Journal d'économie médicale*, vol. 4, n° 3-4, p. 209-223 ; M. Bungener, H. Lafarge, C. Le Pen, É. Lévy (1985), « À propos des réseaux de soins coordonnés », *Politique et management public*, vol. 3, n° 4, p. 181-191.

[64] J.-J. Rosa (1984), *op. cit.*, vol. 2, « Le social et le politique ».

[65] *Panorama du médecin*, 17 juillet 1986.

[66] J.-P. Moatti, J.-L. Lanoé (1987), « La médecine "prépayée" un modèle à suivre ? », *Le Monde diplomatique*, Paris, juin, vol. 34, n° 399 ; J.-P. Moatti, J.-L. Lanoé (1988), « Vraies et fausses leçons des HMO américains », *Revue de la mutualité*, n° 133, p. 32-33.

[67] Robert Launois, entretien, mars 2000.

[68] G. Simmel (1912), « Le conflit », *in* G. Simmel (1999), *Sociologie, études sur les formes de la socialisation*, Paris, PUF, p. 265-342.

[69] *Journal d'économie médicale*, vol. 4, n° 3-4, 1986 ; *Politique et management Public*, vol. 3, n° 4, décembre 1985.

[70] La seule manière d'éviter véritablement une sélection des risques consiste à décomposer finement les classes d'individus. Mais deux phénomènes se produisent alors. Une bureaucratie assurantielle devient nécessaire, pour calculer régulièrement les nombreux types de forfaits attribués aux réseaux, voire pour contrôler l'absence de sélection des risques. Surtout, poussée à son terme, la décomposition revient à payer aux réseaux un forfait égal au coût réel des inscrits, ce qui réduit les possibilités de gestion avisée, attendues du prépaiement. Comme le résument les chercheurs du LEGOS : « Le dispositif "coût actuariel" n'élimine la discrimination des risques que dans la mesure où il bloque la logique de fonctionnement des réseaux » (M. Bungener, H. Lafarge, C. Le Pen, É. Lévy (1985), « À propos des réseaux de soins coordonnés », *Politique et management public*, vol. 3, n° 4).

[71] M. Bungener, H. Lafarge, C. Le Pen, É. Levy, *loc. cit.*, p. 185, et J.-P. Moatti, J.-L. Lanoé, « Les réseaux de soins coordonnés, nécessaire rationalisation du système de santé ou utopie libérale ? », *loc. cit.*, p. 212.

[72] J.-P. Moatti, J.-L. Lanoé (1986), « Les réseaux de soins coordonnés, nécessaire rationalisation du système de santé ou utopie libérale ? », *Journal d'économie médicale*, vol. 4, n° 3-4, p. 215.

[73] *Impact médecin*, 30 novembre 1985, p. 26.

[74] *Le Quotidien du médecin*, 4 mars 1986, p. 2.

[75] M. Rocard (1988 *a*), *Le cœur à l'ouvrage*, Paris, Odile Jacob.

[76] *Le Quotidien du médecin*, 27 février 1986, p. 8.

[77] Dans *Le Quotidien du médecin*, Raymond Barre déclare nettement : « Je dirai sans aucune ambiguïté que je suis catégoriquement hostile au démantèlement de la Sécurité sociale. Les propositions qui visent à freiner la dépense en mettant en concurrence la Sécurité sociale, les mutuelles et les compagnies d'assurance ne sont pas réalistes. (...) La conception de réseaux de soins coordonnés qui sont inspirés de l'exemple américain des HMO doit nous permettre, comme tout ce qui vient d'outre-Atlantique, de réfléchir à notre propre organisation. Je ne crois pas qu'ils soient amenés à jouer un rôle important à un horizon prévisible dans notre pays » (*Le Quotidien du médecin*, 24 octobre 1985).

[78] *Le Quotidien du médecin*, 27 février 1986, p. 8.

[79] *Le Quotidien du médecin*, 8 décembre 1987, p. 5 ; *Le Nouvel Économiste*, 11 décembre 1987, p. 66.

[80] *Le Quotidien du médecin*, 22 janvier 1988, p. 5 ; *Le Panorama du médecin*, 8 février 1989, p. 6.

[81] *Le Panorama du médecin*, 2 février 1988, p. 6.

[82] M. Berthod-Wurmser (1985), « D'une gestion empirique des dépenses de santé, à une réforme politique globale des services de soins : réformes à l'étranger, réformes en France », Commissariat général au Plan, *Systèmes de santé, pouvoirs publics et financiers*, Paris, La Documentation française, p. 381-407.

[83] R. Launois (1985), « Les HMO, les arguments et les faits », Commissariat général au Plan, *op. cit.*, p. 249-260 ; H. Luft (1985), « Le système des HMO aux États-Unis », Commissariat général au Plan, *op. cit.*, p. 227-248.

[84] Commissariat général au Plan (1986), *Une décentralisation du système de santé*, Paris, La Documentation française.

[85] C. Huot (1986), « L'assurance maladie, un enjeu capital », *Référence, le journal de l'assurance*, n° 35 p. 24.

[86] Communiqué, ministère des Affaires sociales, 19 juin 1987.

[87] J. Marmot (1988), « Protection sociale : gérer la santé, priorité aux expériences », *Le concours médical*, 4 juin, p. 110-122.

[88] J.-L. Giral (1988) « Rapport sur la Sécurité sociale », Paris, CNPF.

[89] Sur l'émergence de la politique de « maîtrise médicalisée » au début des années 1990, voir P. Hassenteufel (1997), *op. cit.*, p. 307 et sq.

[90] Robert Launois, entretien, mars 2000.

[91] Communauté économique européenne (1971), « Les problèmes de RCB », *Colloque du comité de politique budgétaire des communautés européennes.*

[92] N. T. Jazairi (1976), *Différentes approches pour l'élaboration d'indicateurs de santé*, Paris, OCDE ; A. J. Culyer (1983), *Health Indicators, an International Study for the European Science Foundation*, Oxford, Martin Robertson.

[93] OCDE (1977), *Dépenses publiques de santé*, Paris.

[94] B. Jobert (1994), *op. cit.*

[95] Pour une illustration de ce type d'approches en France, L. Stoléru (1977), *Vaincre la pauvreté dans les pays riches*, Paris, Flammarion.

[96] Jean-Pierre Poullier, entretien, mai 1998 ; OCDE (1977), *Dépenses publiques de santé*, Paris.

[97] Jean-Pierre Poullier, entretien, mai 1998.

[98] OCDE (1992), *Études des politiques de santé*, n° 1.

[99] J.-P. Poullier, entretien, mai 1998.

[100] OCDE (1991), « Préface à la collection sur les mécanismes de type marché », PUMA, *gestion publique*, n° 2, Paris, p. 3.

[101] D. Fixari, J.-C. Moisdon, D. Tonneau (1993), « MTM et régulation des hôpitaux, Allemagne, Belgique, France, Royaume-Uni », *in* OCDE, PUMA, *gestion publique*, n° 7, *Émulation du marché dans les hôpitaux*, Paris, OCDE, p. 17-99.

[102] En matière de santé, les objectifs de l'Union européenne sont atteints par des mesures ou des programmes spécifiques, ainsi que par l'établissement et l'exécution d'autres politiques, dans le domaine agricole notamment.

[103] P.-J. Lancry, F. Fagnani (1989), *Évaluation économique du dépistage systématique des cancers du sein et du col de l'utérus*, Commission des communautés européennes, Bruxelles. Cette étude associe des économistes de la santé, comme Pierre-Jean Lancry, Émile Lévy, Francis Fagnani, Catherine Le Galès et Christian Lefaure, des épidémiologistes, comme Hélène Sancho-Garnier, ainsi que des médecins, souvent impliqués depuis plusieurs années dans le développement de l'économie de la santé, comme les P^rs Jean-François Lacronique ou Jean-Pierre Bader. Des chercheurs étrangers, notamment britanniques, comme Jacqueline Brown ou le Pr Jocelyn Chamberlain, apportent leur concours à cette étude européenne.

[104] Sur l'influence des réformes engagées en Allemagne, voir P. Hassenteufel (1997), *op. cit.*, p. 265 et sq.

[105] H. Guillaume (1985), « Préface », *in* Commissariat général au Plan (1985), *Systèmes de santé. Pouvoirs publics et financiers, qui contrôle quoi ?*, Paris, La Documentation française, p. 4.

[106] Les auteurs du rapport décident à leur propre initiative d'ajouter à la comparaison internationale le cas de la Grande-Bretagne, qui s'est lancée depuis 1989 dans une importante réforme du *National Health System* fondée sur l'introduction de mécanismes de quasi-marché. Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration (1992), *Dépenses de santé : un regard international, rapport au Premier ministre*, Paris, La Documentation française, p. 3.

[107] J.-P. Poullier (1985), « Évolution des dépenses de santé, comparaisons internationales », *in* Commissariat général au Plan (1985), *op. cit.*, p. 28.

[108] Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration (1992), *Dépenses de santé : un regard international, rapport au Premier ministre*, Paris, La Documentation française, p. 55.

[109] R. G. Evans, A. D. Wolfson (1980), « Faith, hope and charity, health care in the utility function », working paper.

[110] R. G. Evans (1981), « Incomplete vertical integration : The distributive structure of the health care industry », *in* J. Van der Gaag et M. Perlman (1981), *Health Economics and Health Economics*, North Holland Publishing Company, p. 329-354.

[111] Robert Launois, entretien, mars 2000.

[112] B. Majnoni d'Intignano, J.-C. Stephan (1983), *op. cit.*, p. 35.

[113] *Ibid.*, p. 40.

[114] Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé, *Rapport d'activité, 1983-1987*, Paris, Université Paris IX - Dauphine, p. 33-34.

[115] R. Launois, G. Viens (1985), *Projet de recherche : étude de préfaisabilité d'une réforme des systèmes de financement et de distribution des soins*, Paris, Institut La Boétie, 1985.

[116] Comme le précisent les auteurs du projet : « Une série de facteurs ont permis l'émergence d'un projet de réforme : prise de conscience des effets pervers d'une mainmise excessive de l'État, constat des difficultés financières chroniques de la Sécurité sociale dues en bonne partie à l'absence de responsabilité économique des individus et des professionnels, intérêt vis-à-vis de multiples expériences internationales d'inspiration libérale dont la France peut s'inspirer en les adaptant intelligemment au contexte national » (R. Launois, G. Viens (1985), *loc. cit.*, p. 1).

[117] OCDE (1992), *La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE, Études de politiques de santé*, n° 2, Paris.

[118] OCDE (1992), *op. cit.*, p. 19 ; OCDE (1994) *La réforme des systèmes de santé. Étude de dix-sept pays de l'OCDE, Études de politiques de santé*, n° 5, Paris.

[119] C. Lawrence (1996), « Allocution d'ouverture », *in* OCDE, *La réforme des systèmes de santé. La volonté de changement, Études de politiques de santé*, n° 8, Paris, p. 7.

[120] *Ibid.*, p. 8.

[121] Comme le souligne Yannick Moreau : « L'intérêt pour les comparaisons internationales est déjà tout à fait manifeste en France : le Commissariat au Plan a organisé, il y a déjà six ans, un colloque sur les systèmes de santé qui a donné lieu à une publication. L'école de santé de Rennes a organisé cette année une réunion internationale. Le centre de recherche de la Caisse nationale d'assurance maladie, le CREDES, a coédité avec l'OCDE la disquette informatique contenant la banque de données OCDE. Des organismes privés comme l'Institut La Boétie publient des études par pays faites par de bons spécialistes. Les comparaisons internationales ont poussé certains chercheurs français et américains à présenter des propositions de réformes. Une mission d'études du Sénat a fait des déplacements dans plusieurs pays » (Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration (1992), *op. cit.*, p. 58).

[122] Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration (1992), *op. cit.*, p. 63.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - 81.250.173.179 - 03/09/2018