

UNIVERSITE DE LILLE

Master 2 Action Publique, Institutions, Economie Sociale et Solidaire

Mémoire de recherche

# Le système de santé français au prisme de l'économie des conventions

---

Présenté et soutenu par  
**Cécile VASSEUR**

Septembre 2019

Sous la direction de  
**Guillemette DE LARQUIER**



## REMERCIEMENTS

---

Mes premiers remerciements vont à ma directrice de mémoire et future directrice de thèse, Guillemette de Larquier, qui m'a accompagnée dans mes premiers débuts dans la recherche. C'est grâce à sa grande disponibilité, ainsi qu'à son expertise, que j'ai pu aujourd'hui écrire ce mémoire. Je tiens, avant tout, à la remercier d'avoir pris le temps, pendant ses vacances de Noël, de rédiger un projet de thèse. Je vais commencer mon travail de thèse dans des conditions privilégiées.

Je tiens également à remercier ma directrice de Master, Florence Jany-Catrice. Ses enseignements et ses conseils avisés me permettent de faire avancer mon travail. J'espère continuer à bénéficier de ses conseils tout au long de mon travail de thèse. Mes remerciements vont également à Anne Fretel et Richard Sobel, qui, depuis mes années de licence, m'ont transmis leurs savoirs et m'ont soutenu dans ma recherche de financement de thèse.

Ensuite, j'aimerais remercier l'ensemble des étudiants du Master APIESS, avec qui j'ai partagé, ici ou là, des repas, des dossiers mais aussi des fous-rires. Mes remerciements vont également à l'ensemble des doctorants du SH1. Merci pour votre accueil, votre bienveillance et votre sympathie. J'ai de la chance de compter parmi vous quelques-uns de mes amis (comme quoi l'organisation d'un colloque crée des amitiés).

Enfin, tous mes remerciements vont à ma famille et mes amis, qui, dans ce moment douloureux, m'ont soutenue dans la rédaction de mes dernières pages. Merci également à mes amis étudiants en santé, qui, par nos discussions tardives, ont fait avancer mon mémoire lorsque je ne trouvais plus les mots.

Je tiens particulièrement à remercier Oriane. Nous nous sommes rencontrées et liées d'amitié dès nos débuts à l'université. J'espère très sincèrement bénéficier encore longtemps de ton soutien inconditionnel.

La fin de ce mémoire marque la fin de cinq années sur les bancs de l'université, mais également le début d'une grande, et je l'espère belle, aventure.

## Table des matières

<b>INTRODUCTION GENERALE</b>	<b>5</b>
<b>CHAPITRE 1. L'ÉCONOMIE DES CONVENTIONS : UNE THÉORIE DE L'ACTION.</b>	<b>12</b>
<b>1- Les fondements de l'économie des conventions</b>	<b>13</b>
1-1. Une lecture conventionnaliste de Keynes	14
1-1.1. Premier niveau de convention : la convention chez Keynes	14
1-1.2. L'approche interprétative des conventions	15
1-2. Une lecture conventionnaliste de Lewis	16
1-2.1. Deuxième niveau de convention : la règle-conventionnelle de Lewis	17
1-2.2. L'approche stratégique des conventions	18
<b>2- Les notions constitutives de l'économie des conventions</b>	<b>20</b>
2-1. Une pluralité des formes de coordination	21
2-1.1. Premier pluralisme : le modèle des économies de la grandeur	21
2-1.2. Second pluralisme : les régimes d'engagement	24
2-2. La convention de qualité	26
2-2.1. Incertitude et qualité	27
2-2.2. Investissement de forme	28
<b>3- Interprétation et conception du politique</b>	<b>29</b>
3-1. L'interprétation et le fondement conventionnel des règles	30
3-1.1. Incomplétude des règles et principe d'interprétation	30
3-1.2. Objet : guide du jugement	32
3-2. L'action publique et les représentations collectives	33
3-2.1. L'analyse conventionnelle de l'action publique	33
3-2.2. Le concept de « mauvaise convention »	35
<b>CHAPITRE 2. UNE CRITIQUE CONVENTIONNALISTE DE L'ORTHODOXIE ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ.</b>	<b>38</b>
<b>1- L'approche de l'orthodoxie économique du système de soins</b>	<b>39</b>
1-1. Le modèle microéconomique de la santé	40
1-1.1. Coordination marchande et spécificité(s) du bien santé	40
1-1.2. Pouvoir discrétionnaire et hypothèse de demande induite	41
1-2. L'approche contractuelle du système de santé	44
1-2.1. Relation tutelle-patient et aléa moral	45
1-2.2. Médecin et asymétrie d'information	47

1-2.3. Apports et limites de l'approche contractuelle	48
<b>2- L'approche conventionnaliste du système de soins</b>	<b>50</b>
2-1. L'approche conventionnaliste des relations d'agence	51
2-1.1. Convention d'activité et relation médecin-tutelle	51
2-1.2. Convention de qualité et relation médecin-patient	53
2-2. Le caractère conventionnel de la théorie <i>mainstream</i>	54
3-2.1. Performativité de la théorie économique de la santé ?	55
2-2.2. Convention néolibérale et capitalisme sanitaire	57
 <b>CHAPITRE 3. MARCHANDISATION ET INDUSTRIALISATION DES SOINS : UNE ANALYSE CONVENTIONNALISTE DU SYSTEME DE SANTE.</b>	 <b>61</b>
<b>1- Marchandisation du système de soins</b>	<b>62</b>
1-1. La construction sociale d'un marché de la santé	63
1-1.1. L'émergence d'un consommateur de soins	64
1-1.2. Le développement des organismes complémentaires d'assurance maladie	66
1-2. Représentations et valeurs du secteur de la santé	69
1-2.1. Valeurs hippocratiques <i>versus</i> valeurs libérales	69
1-2.2. Action publique et légitimation des valeurs libérales	71
<b>2- La qualité des soins et sa mesure</b>	<b>73</b>
2-1. Convention de qualité de nature domestique/inspirée	74
2-1.1. Ethique professionnelle et incertitude médicale	74
2-1.2. Profession médicale et autonomie de la profession	75
2-2. Convention de qualité de nature industrielle	77
2-2.1. Le gouvernement par le chiffre	77
2-2.2. Le développement de nouveaux dispositifs	79
<b>3- Normalisation et industrialisation des pratiques médicales</b>	<b>80</b>
3-1. Vers une industrialisation du secteur de la santé	82
3-1.1. Normalisation et médecine libérale	82
3-1.2. Industrialisation et secteur hospitalier	84
3-2. Normalisation du secteur de la santé	87
3-2.1. Réseaux de soins et approche communautaire	88
3-2.2. La télémédecine : cité communautaire <i>versus</i> cité par projet	90
 <b>CONCLUSION GENERALE</b>	 <b>95</b>
 <b>BIBLIOGRAPHIE</b>	 <b>101</b>

## INTRODUCTION GENERALE

---

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. » (Article 7 du Code de déontologie médicale).

La confiance est au cœur de la relation de soins. Ne disposant pas de la même information que le médecin, le patient est vulnérable. La relation médicale est complexe et difficile à saisir. La situation d'incertitude, caractérisant l'activité médicale, fait obstacle au développement d'une logique de marché dans le secteur de la santé. La confiance est susceptible d'être accordée par les patients si elle est supportée par des institutions. En ce sens, l'éthique médicale est une institution qui permet de coordonner, et de réguler, le système de santé. Elle se compose d'un ensemble de règles telles que les Codes de déontologie, le Serment d'Hippocrate, etc. Le Code de déontologie médicale, dont nous avons un extrait d'article ci-dessus, apparaît comme un catalogue de l'interdit (Batifoulier et Gadreau, 2006). Les articles composant les Codes de déontologie sont généralement évasifs. Ils disent ce qu'il ne faut pas faire, mais pas nécessairement ce que les professionnels de santé doivent faire. Son caractère évasif donne de la liberté à la pratique médicale, les professionnels de santé interprètent les articles de manière subjective. Prônant le « désintéressement » de l'activité médicale, les professionnels de santé sont en mesure de négocier des droits politiques relatifs à l'autonomie et l'autocontrôle de la profession.

La relation de soins ne se résume pas à un échange d'informations. Lorsqu'un patient consulte un professionnel, il lui confie son état de santé. Ainsi, la confiance est nécessaire pour qu'est lieu la relation de soins. De son côté, le professionnel de santé fait face à une incertitude radicale : l'occurrence de la maladie est aléatoire, le traitement dépend du progrès médical, il ne connaît pas la réaction du patient face au traitement. Même si le diplôme confère une garantie au patient sur l'état de savoir du professionnel, la fin de la relation médicale est inconnue par les deux parties. L'incertitude radicale rend la relation de soins particulièrement difficile à définir et à analyser. La relation médicale a suscité l'intérêt de plusieurs disciplines, comme la sociologie, la philosophie, mais aussi l'économie.

## Systèmes de protection sociale et systèmes de santé

L'économie, en tant que discipline, ne limite pas son analyse à la relation médicale. Elle étudie les systèmes de santé dans leur ensemble, ainsi que les systèmes de protection sociale. Avant cela, il convient de définir les différentes notions qui se rencontrent lorsque les économistes parlent de protection sociale (Barbier et Théret, 2004) : *Welfare state*, Etat-providence, Sécurité sociale, Etat social. La notion de *Welfare state* fait référence au bien-être collectif et à la prospérité. Le terme Etat-providence désigne une force suprahumaine, qui est aux antipodes de la notion de protection sociale actuelle. La Sécurité sociale est une institution française qui forme le cœur de la protection sociale. La Sécurité sociale est placée sous la tutelle de l'Etat, c'est le pilier de la protection sociale. Or, la protection sociale s'étend d'une manière plus générale à d'autres organismes, publics ou privés, tels que l'assurance chômage, les assurances complémentaires d'assurance maladie, etc. Enfin, Christophe Ramaux (2012) définit l'Etat social par quatre piliers : la protection sociale, le droit du travail, les services publics et les politiques macroéconomiques.

L'ensemble des systèmes nationaux de protection sociale réunissent interventions étatiques, institutions gérées collectivement par les partenaires sociaux, couverture des risques dans le cadre de la famille, ainsi qu'organismes privés (Barbier et Théret, 2004). Les systèmes de protection sociale sont conçus et gérés en fonction de l'orientation des politiques macroéconomiques mises en place, des conceptions de la justice sociale, de la situation politique et socio-démographique des Etats. L'analyse des systèmes nationaux de protection sociale donnent lieu, le plus souvent, à des typologies. Il existe des typologies classiques, comme celle qui différencie les systèmes beveridgien et bismarckien ou celle de Gosta Eping-Andersen (Batifoulier, Da Silva et Domin, 2018). La typologie traditionnelle, entre Bismarck et Beveridge, est sans doute la plus connue. Le système bismarckien fait référence à des dispositifs d'assurance sociale où le salaire donne droit à des cotisations sociales, et de ce fait, à des prestations sociales. L'assurance est obligatoire pour les salariés en dessous d'un plafond de ressources ; les autres peuvent avoir accès à des assurances privées. La gestion des caisses est paritaire entre les représentants des salariés et des employeurs. L'Allemagne, l'Autriche, ou encore la Belgique ont un système de protection sociale bismarckien. Le système beveridgien fait référence à un financement de la protection sociale fiscalisé. Sa création repose sur trois principes : universalité, uniformité et unité. Le versement des prestations provient d'une caisse unique. La Grande Bretagne, l'Irlande et les pays scandinaves ont un système de protection sociale beveridgien.

Bruno Palier (2010), quant à lui, crée une typologie, non pas des systèmes de protection sociale, mais des systèmes de santé. Il distingue les systèmes nationaux de santé, les systèmes d'assurance-maladie et les systèmes libéraux de santé. Les systèmes nationaux de santé assurent un accès aux soins quasiment gratuit pour l'ensemble des individus. Organisée quasi-exclusivement par l'Etat, l'offre de soins est financée par l'impôt. Les pays tels que la Suède, la Grande-Bretagne, l'Italie, l'Espagne, le Canada, l'Australie, ont un système national de santé. Les systèmes d'assurance-maladie, quant à eux, concernent des pays tels que l'Allemagne, la France, la Belgique, les Pays-Bas, ou encore le Japon. L'offre de soins est divisée en deux parties : l'une privée et l'autre publique. Ce système garantit au patient le libre choix du médecin, et garantit également le statut de la médecine libérale. La plupart des dépenses de santé sont remboursées par des caisses d'assurance-maladie obligatoires qui sont financées par un système de cotisation sociale. Enfin, les systèmes libéraux de santé font référence à un système public de protection maladie assez partiel : seules les personnes pauvres, âgées, et les maladies nécessitant un soutien public sont prises en charge. La plupart des individus font appel à des assurances et des offreurs de soins privés. Le cas exemplaire de ce système sont les Etats-Unis.

### **Contexte de réformes et économie de la santé**

L'économie de la santé permet de comprendre et d'éclairer les différentes réformes qui se sont succédé en France, depuis les années 1980. Après la Seconde Guerre mondiale, face à l'augmentation des dépenses de santé, le gouvernement avait choisi d'augmenter également les cotisations sociales. Parallèlement, pour équilibrer les comptes de la Sécurité sociale, des réformes se succèdent et contribuent à augmenter les tickets modérateurs – correspondant à la dépense de santé qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale. C'est à partir des années 1970 que l'assurance maladie obligatoire (AMO) se désengage du remboursement de certaines dépenses de santé, laissant la place au développement de l'assurance maladie complémentaire (AMC). Au final, les comptes de la Sécurité sociale ne sont pas à l'équilibre, et le transfert de la prise en charge de l'AMO vers l'AMC a augmenté les inégalités de santé.

A partir des années 1980, le gouvernement a choisi de ne plus augmenter les cotisations sociales. Elles représentent près de 80% de l'ensemble des ressources de la protection sociale en 1980, pour 67% en 2002 (Barbier et Théret, 2004). La baisse des cotisations sociales s'est accompagnée de la recherche d'un nouveau mode de financement des dépenses sociales. Ainsi, la Contribution sociale généralisée (CSG) a été mise en place dans les années 1990. Initialement, elle a été créée pour financer les prestations familiales, mais elle a progressivement pris part au

financement des prestations maladie. Rangée dans la catégorie « impôts et taxes affectées », son financement dans la protection sociale est passée de 2,1% en 1980 à 24,5% en 2015 (Batifoulier, Da Silva et Domin, 2018). L'intervention des pouvoirs publics est difficile à appréhender : « *La politique publique renforce son activité de régulation dans certains secteurs et brille par son absence dans d'autres* » (Batifoulier, Da Silva et Domin, 2018, p. 16). Le secteur hospitalier est le secteur qui connaît le plus de réformes depuis ces dernières décennies. La plupart des réformes visent à modifier le mode de financement de l'hôpital, avec une politique de budget global, ainsi qu'une restructuration de l'hôpital – visant notamment à réduire le nombre de lits. Dans la décennie 1990 il y a eu une réduction de 16% (Palier, 2010). Celles concernant la médecine de ville évoluent au gré des rapports de forces avec les professionnels de santé. « *Si en 1971, les prix deviennent très réglementés et permettent l'accès aux soins pour tous, dès 1980 la liberté tarifaire redevient la norme* » (Batifoulier, Da Silva et Domin, 2018, p. 16).

Les patients sont les grands perdants de cette succession de réformes. Philippe Batifoulier (2014) parle de « défaite des patients », engendrée par le changement de représentation à l'œuvre du système de santé : la santé est perçue comme un coût à réduire. Cette perception de la santé est notamment due à une vision plus générale, où les dépenses publiques sont perçues comme des coûts à réduire. Sachant qu'en 2016, la santé représente 35,0% des dépenses totales des prestations sociales (Drees, 2018a) – contre 45,5% pour les prestations du risque vieillesse-survie – elle contribue au « trou » de la Sécurité sociale. L'objectif des réformes est alors de responsabiliser les patients. Tout d'abord, le gouvernement a mis en place le dispositif de « médecin traitant » où chaque patient est obligé de consulter son médecin traitant, avant de prendre un rendez-vous avec n'importe quel spécialiste, s'il ne veut pas voir s'élever le montant de sa consultation. Ensuite, une stratégie de mise à contribution financière s'est peu à peu installée. Elle passe par la mise en place du ticket modérateur et des forfaits (par exemple, le forfait journalier hospitalier<sup>1</sup>), qui peuvent être pris en charge par une assurance maladie complémentaire. Il existe également des dépenses non réassurables, qui correspondent à un coût fixe d'entrée pour les patients. A titre d'exemple, une participation forfaitaire de 1 euro est fixée sur une consultation médicale ou encore de 50 centimes sur les médicaments. Enfin, les pouvoirs publics ont mis en place une politique de déremboursement des soins, qui est perçue comme une augmentation du reste à charge pour les patients. Dans ce contexte, le secteur de

---

<sup>1</sup> Le forfait journalier hospitalier a été créé par la loi du 9 janvier 1983. Il valait, au moment de sa mise en place, 3 euros, puis 13 euros en 2005, 18 en 2010 (Batifoulier, 2004). Son montant est fixé à 20 euros depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

l'assurance maladie complémentaire s'est développé. Tous les patients n'ont pas accès à une complémentaire santé, cette politique conduit alors à augmenter les inégalités de santé. Pour faire face à ce constat, les pouvoirs publics ont instauré des « filets de sécurité ». En France, le 22 juillet 1999 a été promulguée la loi relative à la Couverture maladie universelle (CMU) et à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Au premier janvier 2016 a été mise en place la Protection universelle maladie (PUMa), qui est une extension de la CMU.

### **Pluralité des approches en économie de la santé**

Ainsi, le non accès aux soins pour une partie de la population suscite l'indignation. La santé est un bien précieux, les problèmes de santé touchent l'ensemble des individus. De ce fait, n'importe quel individu se sent concerné face aux difficultés d'accès aux soins. Par ailleurs, les problèmes issus du monde de la santé sont très médiatisés. A titre d'exemple, l'été 2019 a été marqué par une pénurie de médicaments. Des médicaments d'utilisation courante, ou de première importance (antibiotiques, vaccins, anticancéreux...), se sont retrouvés en rupture de stock. La raison principale de la pénurie de médicaments provient de la délocalisation de la production, hors de l'Union européenne, afin de baisser les coûts de production. Par conséquent, des patients, parfois atteints de maladie grave, se retrouvent sans traitement. Les arguments économiques envahissent le monde de la santé : réduction du déficit de la Sécurité sociale, responsabilisation des patients, augmentation de la concurrence sur le marché de la complémentaire santé, réduction des coûts dans l'industrie pharmaceutique, etc.

Cependant, pour saisir pleinement les débats et les enjeux autour du système de santé, il ne faut pas limiter son analyse au regard de l'économiste. La santé peut être qualifiée de fait social total (Batifoulier et Domin, 2015, son analyse peut être étendue à une pluralité de dimension : historique, juridique, sociologique, économique... Mais les débats et les arguments des économistes sont omniprésents dans ce domaine. Certains économistes ont une légitimité plus importante dans les débats publics, ils mobilisent une certaine conception de la théorie économique. Cependant, la discipline ne se résume pas à une seule approche de l'économie.

### **Objet du mémoire et économie des conventions**

L'objet de ce mémoire est de rendre compte et de synthétiser la littérature relative aux travaux théoriques en économie de la santé. Plus précisément, ce mémoire de recherche est consacré à l'étude des travaux appliquant le paradigme conventionnaliste au secteur de la santé.

L'objectif sera d'expliciter et de détailler l'ensemble des raisons pour lesquelles nous avons choisi ce cadre théorique<sup>2</sup>.

Introduisons les deux principales raisons : l'hypothèse de rationalité procédurale et de pluralité des modes de coordination. (1) L'hypothèse de rationalité procédurale permet de sortir du cadre d'analyse traditionnel en économie, celui de l'agent rationnel optimisateur. La rationalité procédurale met l'accent sur le jugement et sur la délibération. Lorsque les individus sont confrontés à un problème de coordination, plusieurs choix s'offrent à eux. Ils ne choisiront pas la meilleure solution en maximisant leur utilité dans un univers probabilisable, comme peut le faire l'*homoeconomicus*, mais ils choisiront la meilleure solution par rapport à leurs propres représentations et leur conception singulière du bien commun.

(2) L'hypothèse de pluralité des modes de coordination permet de prendre en compte d'autres modes de coordination que le marché. Cette hypothèse est particulièrement intéressante lorsqu'elle est appliquée au secteur de la santé : les professionnels de santé ne sont pas seulement motivés par leur utilité. Au contraire, l'éthique professionnelle prouve que les médecins se soucient du bien-être et de la santé de leurs patients. Comme nous l'avons écrit au début de l'introduction, c'est parce qu'existe une éthique professionnelle que la coordination est possible.

Ces deux hypothèses apportent un nouveau regard à l'analyse du secteur de la santé. D'une part, la définition de la relation médicale est plus réaliste : l'approche dominante en économie a tendance à considérer l'éthique médicale comme un objet économique intégré à une fonction d'utilité. D'autre part, appréhendant la coordination à travers les jugements et les représentations collectives, l'économie des conventions apporte un nouveau regard sur l'action publique. Dans un tel cadre d'analyse, les agents interprètent et jugent la cohérence de l'action publique grâce à leur propre conception du bien commun. Par ailleurs, en dotant les individus d'un repère commun, les représentations collectives des agents sont nourries des évolutions de la politique publique. Les individus jugent l'action publique et les pouvoirs publics modifient les représentations collectives.

---

<sup>2</sup> Ce mémoire de recherche de deuxième année de master est une première étape dans la réalisation de ma thèse de doctorat, portant sur les mutuelles de santé. Ayant choisi le cadre théorique de l'économie des conventions, ce mémoire a pour objectif de synthétiser les principaux travaux conventionnalistes en économie de la santé. C'est également un moyen de justifier et de détailler les raisons pour lesquelles j'ai choisi d'utiliser ce cadre théorique. Ce mémoire me permettra de commencer mon doctorat en ayant acquis des bases théoriques solides, qui me serviront à analyser mon objet d'étude.

## **Problématique et plan du mémoire**

Face à la pluralité des approches en économie de la santé, ce mémoire a pour ambition de montrer l'apport de l'approche conventionnaliste à l'économie de la santé. Pour ce faire, le mémoire se compose de trois chapitres.

Le premier chapitre, intitulé « L'économie des conventions : une théorie de l'action », présente quels sont les concepts de l'économie des conventions mobilisés par les chercheurs appliquant ce paradigme au secteur de la santé. Ce chapitre permettra au lecteur de revenir sur la construction de ce courant de pensée, ainsi que sur les notions constitutives qui le composent. Les deux hypothèses exposées plus haut – formant le cœur du paradigme conventionnaliste – seront expliquées et détaillées. Par ailleurs, ce chapitre s'arrête sur la conception conventionnaliste du politique. Prendre en compte le politique dans l'analyse du secteur de santé est indispensable : les pouvoirs publics sont partie prenante de la relation médicale, ainsi que des changements de représentations du système de santé.

Le deuxième chapitre, intitulé « Une critique conventionnaliste de l'orthodoxie économique », permettra d'introduire les premiers travaux conventionnalistes qui se sont développés en économie de la santé. Le chapitre tentera de montrer comment les économistes conventionnalistes, en sortant du cadre standard de l'économie, saisissent la relation médicale. Les conventionnalistes se sont nourris des travaux standards en économie de la santé pour développer leur analyse. De ce fait, ce chapitre revient sur les principales notions et les principaux concepts de l'orthodoxie économique de la santé, avant d'en exposer les limites.

Enfin, le dernier chapitre, intitulé « Marchandisation et industrialisation des soins : une analyse conventionnaliste du système de santé », expose comment l'approche conventionnaliste permet d'éclairer les changements induits par les pouvoirs publics. Nous avons vu en introduction que le système de santé est caractérisé par la succession de réformes, modifiant ainsi les représentations qu'ont les agents du système de santé. Nous montrerons ici que la marchandisation et l'industrialisation des soins ont des effets sur le comportement des acteurs.

# CHAPITRE 1. L'ÉCONOMIE DES CONVENTIONS : UNE THÉORIE DE L'ACTION.

---

L'économie des conventions (EC) est un courant de pensée français, apparu dès les années 1980. Le terme « *économie des conventions* » a été utilisé, pour la première fois, lors de la parution d'un numéro spécial de la *Revue Economique* en 1989. Ce numéro spécial, regroupant les principaux contributeurs de l'approche conventionnaliste, est considéré comme l'acte fondateur de l'EC. Cependant, sa genèse remonte au début des années 1980. A ce moment, quatre fondateurs de l'EC – Laurent Thévenot, François Eymard-Duvernay, Alain Desrosières et Robert Salais – travaillent à l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). L'Insee est le lieu où ont émergé les premiers travaux conventionnalistes : nous pouvons citer, à titre d'exemple, la collaboration entre Alain Desrosières et Laurent Thévenot qui a donné lieu à une étude sur les catégories-socioprofessionnelles et à la parution d'un ouvrage en 1988 (Bessis, 2006). Les recherches entreprises à l'Insee interrogent les mises en équivalence des personnes, mais également des objets, et donneront naissance à un concept antérieur à celui de convention : les *investissements de formes*. Des études se développent également sur le chômage, qui est un terrain d'application aux nouveaux outils d'analyse émergents. Ces travaux donneront un ouvrage collectif intitulé *L'Invention du chômage* publié sous la direction de Robert Salais, Bénédicte Baverez et Nicolas Reynaud, en 1986. Une date a été particulièrement déterminante dans la construction de ce courant de pensée : en 1984 se tient un colloque intitulé « Les outils de gestion du travail » qui rassemble, en plus des fondateurs cités plus tôt, Olivier Favereau (*ibid.*, p.51). Deux ans après la tenue de ce colloque a été publié l'ouvrage collectif intitulé *Le Travail. Marché, règles, convention* publié sous la direction de Robert Salais et Laurent Thévenot.

L'EC est apparue à la fois sous l'impulsion d'économistes et de sociologues. Ainsi, Franck Bessis (2006) admet deux entrées à ce programme de recherche. Selon cet auteur, l'entrée économique est représentée par l'universitaire Olivier Favereau. Elle est caractérisée par les réflexions autour des règles et des représentations. En acceptant l'idée que la rationalité des acteurs est limitée, la lecture économique de l'EC peut être appréhendée comme la généralisation du projet radical de Keynes à l'ensemble des activités économiques. En s'appuyant sur les travaux d'Hebert Simon, le programme de recherche de l'EC intègre au cœur de son analyse l'hypothèse de rationalité procédurale – où la rationalité est plus que limitée. Le terme « *rationalité limitée* » renvoie au concept de rationalité de l'économie néoclassique : la

rationalité limitée est une déviation du comportement rationnel de la maximisation de la fonction d'utilité de l'*homoeconomicus*. Pour Simon, les êtres humains ont toujours de bonnes raisons d'agir, mais ces raisons ne sont pas systématiquement les « meilleures » raisons (Koumakhov, 2016). Il oppose notamment la rationalité substantielle – caractérisée par la maximisation de la fonction d'utilité de l'*homoeconomicus* – à la rationalité procédurale qui est liée à la manière dont les informations sont acquises, fondée sur l'existence de règles. L'entrée sociologique de l'EC, quant à elle, est représentée par Luc Boltanski qui travaille sur la capacité réflexive et les jugements normatifs des individus (Bessis, 2006). Sa collaboration avec Laurent Thévenot donnera lieu à un ouvrage intitulé *De la justification*, publié en 1991, dans lequel ils introduisent le modèle des économies de la grandeur. La lecture sociologique de l'EC est caractérisée par l'ambition qu'ont ces deux auteurs de comprendre et d'analyser les principes et les équivalences auxquels les agents se réfèrent pour justifier leurs actions, mais aussi comment ils s'appuient sur des objets pour asseoir leur justification.

Le programme de recherche de l'EC se retrouve au confluent de l'économie et de la sociologie. Ce premier chapitre de mémoire propose une synthèse des principaux apports de l'approche conventionnaliste. Cette synthèse n'ambitionne pas d'être exhaustive, mais elle permettra de mettre en lumière les différents concepts et notions utilisés par les chercheurs appliquant le programme de recherche de l'EC au domaine de la santé. Pour ce faire, il convient dans un premier temps de revenir sur les fondements et les différents auteurs ayant inspiré les premiers travaux conventionnalistes (section 1). Par la suite, ce chapitre présente les notions constitutives de l'EC, qui sont fondamentales dans l'approche conventionnaliste de la santé (section 2). Enfin, ce chapitre offre une présentation de la conception du politique au sein de l'approche conventionnaliste (section 3). Etant donné que la politique a une place prépondérante dans le domaine de la santé, cette présentation de la conception du politique dans notre synthèse de l'EC nous paraît nécessaire.

## **1- Les fondements de l'économie des conventions**

Olivier Favereau (2019) définit deux sources d'inspiration de l'EC<sup>3</sup> : Keynes et Lewis. Keynes, d'une part, pour son projet radical et pour son utilisation du terme « convention » dans le chapitre 12 de la *Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie* publié en 1936 (1-1.1.). Lewis, d'autre part, pour son étude des conventions à travers la théorie des jeux, qu'il développe dans son ouvrage *Convention. A Philosophical Study*, publié en 1969 (1-1.2.). Dans

---

<sup>3</sup> Franck Bessis (2006) définit deux sources d'inspiration également, mais qui sont différentes de celles présentées ici : Keynes pour la notion de convention et Hirschman pour sa théorie du changement.

son article de 2019, Olivier Favereau insiste sur le fait que les fondements de l'EC ne proviennent pas directement de ces auteurs ; l'EC trouve son inspiration dans une (re)lecture de ces ouvrages, qui n'est pas une lecture habituelle de ces écrits. En s'appuyant sur ces deux ouvrages, Olivier Favereau distingue deux types de conventions : le niveau des représentations qui est caractérisé par l'approche keynésienne de la convention et le niveau des règles conventionnelles qui est caractérisé par l'approche lewisienne de la convention. Deux approches de l'EC se distinguent alors : l'approche interprétative et l'approche stratégique des conventions (Batifoulier, 2001).

### **1-1. Une lecture conventionnaliste de Keynes**

L'économie des conventions ne se serait sans doute pas appelée comme telle si John Maynard Keynes n'avait pas utilisé le terme « *convention* » dans le chapitre 12 de la *Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie*. Il utilise la notion de convention pour expliquer la stabilité des marchés financiers. La convention, au sens de Keynes, se présente comme un repère commun pour les différents acteurs. En s'appuyant sur la conception de la convention chez Keynes, les conventionnalistes distinguent un premier type de convention (1-1.1.) ainsi qu'une première approche de celle-ci (1-1.2.).

#### **1-1.1. Premier niveau de convention : la convention chez Keynes**

Keynes est le premier à avoir mis en évidence le caractère conventionnel d'une décision économique. Il le fait à travers la décision d'investissement. En situation d'incertitude radicale, la présence d'une convention permet de stabiliser le marché financier. L'incertitude est à la fois temporelle et stratégique : les acteurs du marché financier ignorent les facteurs qui leur permettront d'obtenir un meilleur rendement plus tard ; l'évolution du cours des titres dépend des comportements des autres acteurs présents sur le marché. Sous l'hypothèse de rationalité de la théorie néoclassique – qui peut être qualifiée de substantielle au sens de Simon – pour investir, les acteurs du marché financier devraient procéder à un calcul de la somme des valeurs actuarielles anticipées des dividendes. Mais la présence d'incertitude radicale sur le marché financier rend ce calcul douteux (Favereau, 2019). Ainsi, pour investir, les acteurs imitent les décisions des autres acteurs présents sur le marché financier. La présence d'une incertitude radicale sur le marché financier rend la coordination difficile et indéterminée. La convention se présente alors comme un repère collectif permettant aux acteurs d'évaluer l'état actuel du marché financier.

« Dans la pratique, nous sommes tacitement convenus, en règle générale, d'avoir recours à une méthode qui repose à vrai dire sur une pure *convention*. Cette convention consiste essentiellement – encore que, bien entendu, elle ne joue pas toujours sous une forme aussi simple – dans l'hypothèse que l'état actuel des affaires continuera indéfiniment à moins qu'on ait des raisons définies d'attendre un changement. [...] Dans la pratique nous supposons, en vertu d'une véritable convention, que l'évaluation actuelle du marché, de quelque façon qu'elle ait été formée, est la seule *correcte*, eu égard à la connaissance actuelle des faits qui influenceront sur le rendement de l'investissement, et que ladite évaluation variera seulement dans la mesure où cette connaissance sera modifiée ; encore que sur le plan philosophique une telle évaluation ne puisse être la seule correcte, car notre connaissance actuelle ne saurait fournir la base d'une prévision calculée mathématiquement. En fait il entre dans l'évaluation du marché toutes sortes de considérations qui n'ont aucun rapport avec le rendement futur. » (Keynes, 2005, p.167-168).

En s'appuyant sur la définition que donne Keynes de la convention, Olivier Favereau (1986) distingue un premier type de convention : celui des représentations, ou encore des *modèles d'évaluation*. Ces conventions, qu'il appelle conventions<sub>1</sub>, permettent de coordonner les représentations individuelles. En d'autres termes, elles dotent les individus d'un cadre collectif qui leur permet d'évaluer des situations et de prendre des décisions. L'existence de convention<sub>1</sub> suppose la construction d'un collectif, dans lequel les acteurs procèdent à des jugements sur les comportements respectifs de ses membres (Bessis, 2006). La prise en considération d'une telle convention suppose alors que les agents soient dotés d'une rationalité dite *interprétative*.

### **1-1.2. L'approche interprétative des conventions**

Avant d'être un économiste, Keynes est un philosophe. Pour comprendre sa thèse, il convient de s'intéresser à son livre *Traité de probabilité* qu'il publie en 1920. Dans ce traité, l'auteur consacre son analyse à la manière dont les acteurs prennent des décisions dans une situation d'incertitude radicale. Il s'intéresse alors aux probabilités et soutient que le poids d'un jugement de probabilité ne signifie pas que c'est la situation qui est la plus probable d'arriver dans l'avenir qui arrivera effectivement ; la probabilité est une estimation et le poids de cette estimation ne sert qu'à interpréter cette estimation. Ainsi, l'auteur montre que l'opération de prévision ne relève pas d'un simple calcul : elle fait intervenir une *opération de jugement* qui doit être interprétée. La prise de décision n'a pas de nature quantitative, elle relève de l'intuition. Keynes s'intéresse aux arguments, et plus particulièrement à la qualité des arguments utilisés par les acteurs pour prendre une décision. Selon lui, la qualité dépend de la quantité d'information disponible, c'est-à-dire aux différentes observations des acteurs. Or, chaque

observation est interprétée de manière subjective puisqu'elle est liée à la *représentation* que les acteurs se font du collectif auquel ils appartiennent :

« Une observation n'a ainsi de sens que dans une certaine représentation du monde et, en retour, forge cette représentation. L'interprétation est donc toujours relative à la compréhension de l'agent du monde qui l'entoure. Elle consiste à donner un sens aux observations et, par-là, à cette représentation. » (Chasernant et Thévenon, 2001, p.56)

En s'appuyant sur l'analyse de Keynes, l'ouvrage collectif dirigé par Philippe Batifoulier (2001) définit une première approche des conventions : l'approche *interprétative* qui consiste à interroger les représentations, ou encore les conventions<sub>1</sub>, qui permettent aux acteurs d'interpréter les situations dans lesquelles ils se trouvent. L'interprétation se fait toujours au niveau du collectif puisque les individus peuvent trouver un intérêt dans l'intérêt commun et que les prises de décisions suggèrent toujours une application « correcte » des représentations qui sont à l'œuvre au sein du collectif. L'économie des conventions est une théorie de l'action qui propose d'analyser la coordination et/ou la coopération<sup>4</sup>. Pour régler des problèmes liés à la coordination ou à la coopération, les individus se livrent à une interprétation des règles ou s'appuient sur leurs observations pour prendre des décisions. Puisqu'elles sont interprétées, les règles sont fondamentalement incomplètes. Le deuxième niveau de convention, appelé également *convention*<sub>2</sub>, correspond alors aux règles-conventionnelles. Cette notion est, en partie, inspirée par Lewis.

## **1-2. Une lecture conventionnaliste de Lewis**

Dans son ouvrage *Convention. A Philosophical Study*, David Lewis s'intéresse aux conventions au sens courant du terme, c'est-à-dire aux règles qui sont respectées sans que l'on ne sache vraiment pourquoi. Ces règles sont appelées *règles-conventionnelles* et font référence au deuxième type de convention, appelées *conventions*<sub>2</sub> (1-2.1.). En s'intéressant à la convention comme règle de comportement, la théorie des conventions de cet auteur constitue une ressource bibliographique dans les travaux de théorie des jeux. Ainsi, une deuxième approche des conventions peut être définie : l'approche *stratégique* (1-2.2.).

---

<sup>4</sup> Il convient de distinguer la notion de « coordination » et la notion de « coopération ». La première survient lorsqu'au moins deux acteurs interagissent entre eux. L'interaction entre ces acteurs visent ainsi à agencer les contributions individuelles. La coopération, quant à elle, naît dans l'action, dans la prise de décision. Pour qu'émerge la coopération, il faut nécessairement que les acteurs définissent des objectifs communs (Buttard, 2011).

### 1-2.1. Deuxième niveau de convention : la règle-conventionnelle de Lewis

David Lewis, philosophe de formation, analyse dans son ouvrage *Convention. A Philosphical Study* 11 problèmes de coordination de la vie quotidienne qui aboutissent à une convention. L'un des exemples les plus connus de Lewis est le suivant : deux individus sont au téléphone et la connexion est perdue. L'un des deux interlocuteurs doit donc rappeler l'autre pour poursuivre la conversation téléphonique. Dans ce cas, il est convenu, par une convention, que c'est le premier à avoir appelé qui rappelle. Lewis s'intéresse alors aux conventions que les conventionnalistes qualifient de *règles-conventionnelles*. Toutes ces conventions possèdent quatre caractéristiques (Batifoulier, 2001) : (1) *arbitraire* puisqu'il existe toujours un autre moyen pour se coordonner, (2) *origine obscure*, (3) *définition vague* puisque même s'il est possible d'en donner une énonciation explicite, il n'existe pas de formulation officielle, (4) *absence de sanction* puisque la convention n'a pas besoin d'être soutenue par des sanctions juridiques, mais une menace implicite peut exister. La règle conventionnelle se distingue des autres types de règles – permettant également de régler les problèmes de coordination – qui sont les règles contraintes et les règles contrats (Gadreau, Jaffre et Lanciau, 1999). La règle contrainte dicte aux agents leurs actions, sans prendre en compte leurs intérêts respectifs. Elle se présente comme une contrainte puisque les acteurs doivent impérativement s'y conformer. A la différence de la règle contrainte, la règle contrat résulte d'un accord interindividuel. Ainsi, le contrat fait l'objet d'une négociation sur son contenu et permet d'organiser les interactions entre les acteurs. Même si la règle conventionnelle se présente comme une contrainte extérieure aux acteurs, la convention ne fait pas l'objet de négociation entre plusieurs acteurs, c'est pourquoi elle se distingue du contrat. Par ailleurs, le contrat se présente comme une réponse à un problème de coordination lié à une situation particulière où les contractants s'accordent sur la solution à adopter. Au contraire, la convention est une solution à un problème de coordination quelconque, ne faisant pas l'objet d'un accord. Les acteurs sont libres de suivre, ou non, une convention (*ibid.*).

La notion de convention chez Lewis correspond alors au deuxième niveau de convention défini par Olivier Favereau dans son article de 1986 intitulé « La formalisation du rôle des conventions dans l'allocation des ressources ». Cependant, dans cet article Olivier Favereau s'appuie sur l'ouvrage de Peter Doeringer et Michael Piore, *Internal Labor Markets and Manpower Analysis*, publié en 1971, concernant le rôle des entreprises comme « marché internes » du travail. Les conventions, qui peuvent être qualifiées de *convention<sub>2</sub>*, permettent d'harmoniser les comportements des acteurs. Ces auteurs s'intéressent particulièrement aux

rôles des coutumes sur le marché du travail, et notamment sur la genèse des marchés internes. Les coutumes sont alors caractérisées par les écarts de niveau de salaires, les promotions, les licenciements, etc. D'une manière plus générale, Olivier Favereau définit la convention<sub>2</sub> comme étant un moyen de coordonner les comportements individuels. De ce fait, nous pouvons faire un rapprochement entre la convention chez Lewis et la notion de convention<sub>2</sub> d'Olivier Favereau. La convention chez Lewis apparaît dans un contexte bien précis dans lequel les individus ont un intérêt à se coordonner. Ainsi, peu importe la décision, la coordination (même si ce n'est pas la meilleure solution à adopter) est toujours préférée à l'absence de coordination. Les situations étudiées par Lewis sont alors beaucoup plus fréquentes que le cas étudié par Keynes. Dans la mesure où Lewis s'intéresse aux règles de comportement, qui permettent aux individus de se coordonner ou de coopérer, son approche de la convention diffère de l'approche *interprétative* inspirée de Keynes.

### 1-2.2. L'approche stratégique des conventions

Dans son ouvrage *Convention. A Philosophical Study*, David Lewis utilise la théorie des jeux pour résoudre le paradoxe de Quine. Le paradoxe est le suivant : par nature, le langage est une convention puisque d'autres mots peuvent être utilisés à la place de ceux que l'on utilise ; or, si nous faisons cette hypothèse, il convient qu'une telle convention de langage soit au préalable établie avant de pouvoir entamer une discussion, et donc de s'accorder sur les mots que nous devons utiliser. La réponse de Lewis à ce paradoxe est de dire qu'il n'y a pas besoin de langage pour avoir une convention : puisque les acteurs agissent rationnellement – et que chaque acteur possède la même rationalité ainsi que la même connaissance de cette rationalité – chacun peut se mettre d'accord sur ce qu'il convient de faire sans recourir au langage (Urrutiaguer, Batifoulier et Merchiers, 2001). Ainsi, dans son analyse, les agents agissent toujours sous une hypothèse de rationalité parfaite, telle que définie par la théorie néoclassique. Il définit trois moyens permettant la coordination : l'accord explicite, la saillance et le précédent. Pour répondre au paradoxe de Quine, Lewis mobilise la notion de point focal (saillance) de Schelling. En utilisant la théorie des jeux, ce dernier s'intéresse aux situations où les acteurs ont intérêt à se coordonner, mais où la communication est soit incomplète, soit impossible. Ces problèmes de coordination étant singuliers, Lewis focalise ses travaux sur la coordination par précédent qui permet de régler des problèmes de coordination récurrents. Pour assurer la coordination par précédent, il développe le concept de « *common knowledge* ». Ce concept est défini par un savoir mutuel d'ordre infini « *je sais que tu sais que je sais...* » (*ibid.*). Cette notion a été critiquée par les fondateurs de l'EC, il a notamment donné lieu à un article

dans le numéro spécial de la *Revue économique* de Jean Pierre Dupuy intitulé « Convention et *common knowledge* ». Ainsi, en intégrant dans son analyse l'hypothèse de rationalité substantielle, Lewis étudie les conventions en ne sortant pas du cadre d'analyse standard. De ce fait, une deuxième approche des conventions peut être appréhendée : l'approche *stratégique*. Elle s'intéresse, non pas aux représentations qui existent en amont de la coordination des comportements, mais aux règles appelées *régulatives* dans les travaux conventionnalistes (Batifoulier, 2001). Ces règles sont les trois types de règles évoqués précédemment, la règle conventionnelle se distinguant des autres en partie par son caractère arbitraire. Les règles *régulatives* s'opposent aux règles *constitutives* qui sont, quant à elles, caractérisées par les représentations. Les règles *régulatives* peuvent être analysées sous une hypothèse de rationalité substantielle, à la différence des règles *constitutives* qui ne peuvent être analysées que sous une hypothèse de rationalité procédurale. C'est notamment ce qu'illustre le tableau suivant proposé par Guillemette de Larquier et Philippe Batifoulier (2001) :

**Tableau 1.** Approche stratégique et approche interprétative des conventions

<b>Approches</b>	<b>Stratégique</b>	<b>Interprétative</b>
Définition générique de la convention	Règle	Règle et principe normatif
Niveau de la coordination	Les comportements	Les comportements et les représentations
Critère de rationalité	Substantielle ou, éventuellement, limitée	Procédurale
Auteur de référence	Lewis	Keynes
Branche de la linguistique mobilisée	Syntaxe	Sémantique

Source : Batifoulier et Larquier (2001), p.22

L'approche stratégique analyse les conventions en tant que règle de comportement permettant aux individus de se coordonner. L'approche interprétative, quant à elle, s'intéresse aux règles et aux modèles d'évaluation qui permettent d'interpréter les règles. De ce fait, l'approche interprétative est caractérisée par une analyse syntaxique, à la différence de l'approche interprétative qui est caractérisée par une analyse sémantique. A ce niveau de notre développement, nous pouvons distinguer la théorie des conventions (TC) de l'économie des conventions (EC) (encadré 1). La première, en s'intéressant qu'aux règles-conventionnelles, s'inscrit dans la lignée des travaux de Lewis, autrement dit l'approche stratégique des conventions. La deuxième s'inscrit davantage dans la conception de la convention chez Keynes

et de l'approche interprétative. Ainsi, l'économie des conventions s'intéresse davantage aux modèles d'évaluations et, pour reprendre la distinction d'Olivier Favereau, aux conventions<sub>2</sub> puisque :

« la dimension conventionnelle de toute règle, mais aussi des qualifications et des repères, tient, non pas d'abord à son caractère construit, mais à la représentation (convention<sub>1</sub>) dont dépend son effectivité. » (Bessis, 2006, p. 63)

**Encadré 1. Théorie des conventions (TC) versus Economie des conventions (EC)**

La thèse de Leslie Carnoye (2016) fournit des éléments sur la distinction entre la théorie des conventions et l'économie des conventions. Selon l'auteure, en s'appuyant sur les travaux de Lewis, la TC émerge avec comme question principale : « *comment une société d'individus séparés produit-elle de l'ordre, sans recours à une autorité centrale ?* » (Favereau, 2001, p. 5). La TC se présente comme une critique de la théorie économique néoclassique dans la mesure où, selon cette approche, la seule coordination possible et optimale passe par le marché grâce aux mécanismes d'allocation par les prix. L'allocation optimale des ressources est possible grâce à l'hypothèse de rationalité et de maximisation de l'utilité individuelle. La TC s'oppose à cette théorie puisqu'elle s'intéresse aux règles et aux conventions qui permettent de faire fonctionner le marché. Elle se présente comme une critique de la théorie néoclassique, parce que la théorie dominante ignore, d'une part, l'institution qui se trouve sous le marché (les règles) et d'autre part, l'incertitude radicale ainsi que les interactions entre les agents (Carnoye, 2016). Cependant, la TC définit la convention en utilisant des outils de l'analyse économique standard – notamment la théorie des jeux – et conserve l'hypothèse de rationalité calculatrice. A l'inverse, l'EC formalise la convention à partir d'une hypothèse de rationalité procédurale pour reprendre les termes d'Hebert Simon. Elle s'intéresse aux sens des règles et formalise la convention dans un monde où existe une incertitude radicale. Dès lors, les individus prennent des décisions en s'appuyant sur des représentations et inscrivent leurs choix dans une dimension collective.

## 2- Les notions constitutives de l'économie des conventions

L'économie des convention intègre au cœur de son programme de recherche la pluralité des formes de coordination (2-1.). La convention étant par nature arbitraire, une autre manière de se coordonner est toujours possible. De ce fait, l'EC introduit dans son analyse la *réflexibilité individuelle* (Larquier, Bessis et Batifoulier, 2006). Les auteurs conventionnalistes de la santé portent une importance particulière à cette notion de *pluralité des formes de coordination*. Dans

ce domaine, il existe, à côté de la coordination marchande, d'autres formes de coordination possibles : l'éthique médicale en est un exemple. Ainsi, l'approche conventionnaliste se différencie de l'approche stratégique des conventions de la théorie des jeux sur ce point : les acteurs ne sont pas dotés d'une seule représentation leur permettant de prendre des décisions, mais d'une pluralité. Pour reprendre la théorie des conventions de Lewis, il ne s'intéresse qu'aux règles conventionnelles, mais cela ne veut pas dire que dans son analyse les agents ne sont pas dotés de représentations sur le monde. Dans son approche, la coordination des représentations est simplement réglée grâce au concept de *common knowledge*. En intégrant dans son analyse la *réflexibilité individuelle*, l'approche conventionnaliste s'oppose à celle de Lewis. Même s'il existe une pluralité des formes de coordination, les conventionnalistes ont défini six modèles d'évaluation qui correspondent aux conventions générales auxquelles les individus font le plus référence. En acceptant l'hypothèse d'incertitude radicale et parce qu'il existe une pluralité de représentations du monde, la coordination est toujours un problème. C'est pourquoi, la coordination en présence d'incertitude radicale suppose un accord sur la qualité du bien échangé. François Eymard-Duvernay (1989) propose d'appeler cet accord une « *convention de qualité* » (2-2.). La notion de *convention de qualité* a une place particulière dans l'approche conventionnaliste de la santé. De nombreux travaux se consacrent à l'étude et l'évaluation de la qualité des soins.

## **2-1. Une pluralité des formes de coordination**

Comme exposé plus haut, l'économie des conventions distingue deux types de conventions : les *modèles d'évaluation* (*convention<sub>1</sub>*) et les *règles-conventionnelles* (*convention<sub>2</sub>*). D'une manière générale, l'EC retient six formes de conventions<sub>1</sub>, c'est-à-dire six formes de représentations qui correspondent aux cités développées par Luc Boltanski et Laurent Thévenot dans leur modèle des *économies de la grandeur* (2-1.1.). Dans son ouvrage, Laurent Thévenot (2006) dote l'EC d'un « *second pluralisme* », qui au lieu d'être horizontal comme celui des *économies de la grandeur*, est vertical (2-2.2.). Les situations ne mettent pas toutes en cause la considération du bien commun, mais elles s'appuient toutes sur une forme ou une autre de normativité plus ou moins générale et généralisable. L'auteur définit ainsi trois régimes distincts : de justification, du plan et du familial.

### **2-1.1. Premier pluralisme : le modèle des économies de la grandeur**

Dans leur ouvrage *De la justification. Les économies de la grandeur*, publié en 1991, Luc Boltanski et Laurent Thévenot proposent une théorie de la coordination dont l'objectif principal

est d'intégrer la réflexibilité dans la modélisation du comportement individuel. L'objectif de leur démarche est de prendre au sérieux les arguments utilisés par les acteurs pour justifier leurs actions. Ils analysent alors les arguments utilisés par les acteurs pour défendre leur point de vue dans des situations de disputes et de désaccords ordinaires. En s'appuyant sur des enquêtes de terrains qu'ils ont réalisées, ainsi que sur la littérature de philosophie politique, Luc Boltanski et Laurent Thévenot définissent six registres de justification qui correspondent aux six *cités* : marchande, industrielle, civique, domestique, de l'opinion et inspirée. Les conventionnalistes n'écartent donc pas la coordination marchande de leur analyse, mais elle est une des formes de coordination possible parmi d'autres. Les auteurs définissent le concept de *cit*é comme :

« un modèle d'ordre légitime [...] qui rend explicites les exigences que doit satisfaire un principe supérieur commun afin de soutenir des justifications » (Boltanski et Thévenot, 1991, p.86)

De chacune de ces cités découle un principe supérieur commun spécifiant quelle est la nature du bien commun guidant les actions des acteurs. Le tableau suivant présente, pour chacune des cités, le principe supérieur commun ainsi que la référence de philosophie politique associés.

**Tableau 2.** Le modèle des économies de la grandeur de Luc Boltanski et Laurent Thévenot

<b>Cité</b>	<b>Principe supérieur commun</b>	<b>Référence philosophie politique</b>	<b>Mode d'expression du jugement</b>
Marchande	Concurrence, compétition	Smith	Prix
Industrielle	Efficacité, performance	Rousseau	Effectif, fonctionnement
Civique	Volonté générale, action collective	Saint-Simon	Vote, élection se rallier à une cause, mobilisation
Domestique	Proximité, tradition, hiérarchie	Bousset	Confiance, félicitation
De l'opinion	Prestige, reconnaissance de l'opinion	Hobbes	Jugement de l'opinion, cote, mode
Inspirée	Jaillissement de l'inspiration	Saint Augustin	Illumination, intuition, éclair de génie

Source : tableau construit par l'auteure, inspiré de Bessis (2006) p.65

Dans ce modèle, les individus ne s'inscrivent pas dans un seul monde. Cependant, il existe des objets qui appartiennent, quant à eux, à une seule cité. A titre d'exemple, la marchandise est un objet attaché à la cité marchande, tandis que le rêve est un objet attaché à la cité inspirée. Ce cadre étant donné, les *principes supérieurs communs* se présentent comme des modèles

d'évaluations permettant de donner une valeur – que les auteurs appellent *grandeur* – aux personnes et aux objets. Le modèle des cités est évolutif : Luc Boltanski et Eve Chiapello (1999) ont ajouté, en s'appuyant sur une lecture comparative de textes de management, une septième cité, la cité *par projet*, ayant comme principe supérieur commun la valorisation du réseau. Cependant, toutes ces cités répondent à des critères communs – aux mêmes axiomes – qui sont au nombre de six (encadré 2).

Dans leur modèle, les auteurs envisagent l'action à travers des *épreuves* ou encore des *disputes*. Lorsque les individus appartiennent au même monde, la dispute ne porte pas sur le principe supérieur commun, mais dans chacune des cités existe une *épreuve de grandeur* qui permet d'évaluer la grandeur des individus. Il existe également des disputes entre des individus n'appartenant pas au même monde, dans ce cas c'est le principe supérieur commun légitime dans l'action qui fait débat. Se déroule alors, pour reprendre le terme des auteurs, une « *opération de dévoilement* » divisée en deux étapes. La première étape consiste à souligner la présence d'un individu appartenant à un autre monde que celui qui organise le principe supérieur commun. La situation remet alors en cause la grandeur des personnes dans la cité. La deuxième étape consiste à substituer un principe supérieur commun. Il peut alors émerger un compromis qui peut concilier différents registres de justification :

« Le compromis suggère l'éventualité d'un principe capable de rendre compatible des jugements s'appuyant sur des objets relevant de mondes différents. Il vise un bien commun qui dépasserait les deux formes de grandeur confrontées en les comprenant toutes deux : promouvoir, par exemple, les « techniques de créativité » suppose la référence à un principe non spécifié qui ferait servir à un même bien commun la routine industrielle et le jaillissement inspiré. » (Boltanski et Thévenot, 1991, p. 338).

Le compromis est fragile puisque les êtres, mêmes s'ils sont rassemblés, sont attachés à leur monde d'appartenance. Mais il n'est pas la seule solution possible lorsqu'émerge une dispute entre deux mondes. L'*arrangement*, par exemple, se présente comme un accord entre deux individus qui ne vise pas l'intérêt général. Les deux individus renoncent à imposer leur conception de la justice, c'est un accord « local » ou encore « privé ». La *relativisation*, quant à elle, suppose que les individus renoncent à l'existence même d'un bien commun. Les individus se présentent, dans ce cas, comme extérieurs aux contraintes des cités.

**Encadré 2.** Les axiomes du modèle commun de cité

A<sub>1</sub> : le principe de *commune humanité* garantit une équivalence entre les membres de la cité et que seuls ces membres peuvent subir des épreuves de grandeur ;

A<sub>2</sub> : le principe de *dissemblance* garantit l'existence d'au moins deux états possibles pour les membres de la cité (deux positions sociales) ;

A<sub>3</sub> : le principe de *commune dignité* garantit un accès identique aux membres de la cité à tous les états de grandeur possible ;

A<sub>4</sub> : l'axiome 4 garantit que les positions sociales doivent, dans une cité, être *ordonnées* selon une grandeur ;

A<sub>5</sub> : le principe de *sacrifice* (ou *formule d'investissement*) garantit que l'accès à une grandeur supérieure a un coût ;

A<sub>6</sub> : le principe de *bien commun* garantit que l'état de grand dans une cité doit rejaillir sur l'ensemble des membres de la cité.

Afin d'appliquer le modèle des économies de la grandeur au domaine de la santé, nous pouvons prendre le cas de la convention de qualité des soins dans la médecine libérale. Traditionnellement, il existe un compromis entre le monde inspiré et domestique (Da Silva, 2014). La convention est de nature inspirée puisque dans la relation, il existe, pour le professionnel de santé, une marge d'interprétation des cas étudiés. Cette convention ne permet pas de saisir pleinement la complexité de la relation médicale : le médecin entre dans une relation de confiance et de proximité avec son patient. Cette pratique a donc également les attributs de la cité domestique.

Ainsi, Luc Boltanski et Laurent Thévenot ont construit une théorie de l'action intégrant dans leur analyse la pluralité des formes de coordination. Le modèle des économies de la grandeur suppose que les individus justifient ou critiquent des situations en effectuant une « *montée en généralité* » c'est-à-dire en utilisant des arguments universels. Cependant, pour justifier leurs actions les individus peuvent utiliser des arguments en invoquant des arrangements plus locaux ou familiaux. C'est ce que Laurent Thévenot développe dans son ouvrage *L'action au pluriel, sociologie des régimes d'engagement*, publié en 2006.

**2-1.2. Second pluralisme : les régimes d'engagement**

Le modèle des économies de la grandeur, qui constitue le premier pluralisme, est qualifié de « vertical » dans la mesure où les cités correspondent à des formes de coordination générale. A ce premier pluralisme s'y ajoute un second, « vertical » dans la mesure où il hiérarchise les modalités d'engagement dans l'action selon leur plus ou moins grande généralité. Ce second pluralisme est celui des *régimes d'engagement* développé par Laurent Thévenot (2006). Il

distingue trois familles, trois régimes d'engagement, parmi la diversité des modèles d'action. Le premier est le régime *de justification*, il correspond au modèle des économies de la grandeur. En ce sens, les personnes et les objets attachés aux cités sont qualifiés en fonction de leur grandeur. L'action est théorisée en fonction des « disputes » entre des personnes appartenant au même monde ou non. Les individus utilisent des conventions généralisables pour justifier leurs décisions ou critiquer les décisions des autres. La convention qui est à l'œuvre dans ce régime correspond à une convention collective destinée au public. L'inspiration de ce régime provient, comme nous l'avons dit précédemment, de la philosophie politique. Le second régime est celui *du plan*. La convention à l'œuvre dans ce régime permet à plusieurs individus de se coordonner. L'individu est pris individuellement de son environnement, il est traité de façon autonome. Ce régime rend compte d'une certaine individualisation des comportements et prend en compte les choix de l'individu, sa rationalité, ses intérêts. Les acteurs, en s'accordant sur une convention passée à l'aide d'un langage ordinaire, se coordonnent sur un plan d'action. La coordination rend compte des grandes lignes de ce plan. Dans ce régime, le jugement porte sur l'accomplissement et la critique d'un plan. L'inspiration de ce régime provient en grande partie de la théorie économique et d'une famille de sociologue ayant rencontrés les analyses économiques (Pareto, Weber, Boudon). Enfin, le dernier régime est celui *du familier*. Ici, la convention est personnelle et locale. Elle diffère de celles à l'œuvre dans le second régime dans la mesure où les activités ne sont pas réellement réfléchies, mais elles sont apparentées à des habitudes irréfléchies et incorporées. La coordination repose sur la connaissance d'autrui et suppose une certaine part de confiance. Dans ce régime, le jugement porte sur l'appréciation d'un geste familier. L'économie – ainsi que la philosophie politique – ont largement délaissé les actions locales de leur analyse. L'inspiration de ce dernier régime provient de la sociologie, et plus particulièrement de la phénoménologie.

Cette distinction étant faite, nous pouvons soutenir que l'EC ne se résume pas au modèle des économies de la grandeur. Cependant, que ce modèle soit, ou non, utilisé, la coordination permet toujours d'évaluer des biens, des personnes, des situations et surtout de prendre des décisions. Les auteurs conventionnalistes en économie de la santé n'utilisent pas nécessairement le modèle des économies de la grandeur dans leur analyse. Ils utilisent notamment les conventions pour mettre en lumière les changements de représentations à travers le temps. Ainsi, l'EC est un cadre d'analyse permettant d'analyser les conflits dans les représentations collectives. A titre d'exemple, Philippe Batifoulier, Nicolas Da Silva et Victor Duchesne (2019) analysent les conventions sous la forme d'idéologie, entendues comme des ressources pour la justification des comportements individuels. Ils s'intéressent plus

particulièrement aux représentations, et aux changements de représentations, qui supportent la Sécurité sociale. Ils retiennent trois conventions : la convention anticapitaliste (*anticapitalist convention*), la convention solidariste (*solidarist convention*) et la convention libérale (*liberal convention*). La convention anticapitaliste justifie la Sécurité sociale au nom de l'existence d'un mode de production capitaliste : elle permet une construction politique démocratique et la participation de tous les individus à l'élaboration des règles et de la distribution des richesses. La convention solidariste justifie la création de la Sécurité sociale par la liberté et la justice accordées à tous les individus. Enfin, la convention libérale justifie la Sécurité sociale mais celle-ci doit être réservée aux personnes qui ne peuvent pas se prémunir seuls contre les risques. Les arguments utilisés sont alors respectivement l'exploitation des travailleurs, le progrès social et la prévoyance individuelle. Dans leur analyse, ces auteurs ne font pas référence aux cités de Luc Boltanski et Laurent Thévenot et ne cherchent pas à réduire la Sécurité sociale à une conception universelle. En revanche, en analysant les débats parlementaires, ces chercheurs mettent en avant les changements de rapports de force à l'œuvre dans lesquels prévaut une convention plutôt qu'une autre. L'une des principales critiques adressées à l'EC est qu'en s'intéressant à la construction de compromis entre les acteurs, elle oublie d'analyser les rapports de force qui peuvent exister. Or, en s'appuyant sur cette analyse, nous pouvons soutenir le fait qu'elle cherche également à mettre en lumière les rapports de force en s'intéressant aux intérêts particuliers et à la rationalité de groupes d'acteurs identifiés.

Etant donné qu'une autre manière de se coordonner est toujours possible, raisonner en termes de conventions oblige à intégrer la notion de pluralité au cœur du programme de recherche conventionnaliste. L'EC retient donc une pluralité de forme de coordination possible. Dans un monde d'incertitude radicale, les conventions dotent les individus de représentations permettant de se coordonner. Les conventions, au sens de l'EC, permettent aux individus de juger, les personnes ou les objets. Il existe toujours une incertitude, notamment sur la qualité du bien, ou de la prestation dans le cas de la santé, qui peut être échangé. Alors, la coordination en présence d'incertitude radicale suppose un accord sur la qualité du bien échangé. François Eymard-Duvernay (1989) propose d'appeler cet accord une « *convention de qualité* ».

## **2-2. La convention de qualité**

Les économistes néoclassiques raisonnant essentiellement à partir d'une situation de marché en concurrence pure et parfaite, la notion de qualité est absente de leur analyse. En effet, une des hypothèses pour qu'existe un tel marché est de définir les biens de manière homogène. Ainsi, ils n'intègrent dans leurs développements que des raisonnements en termes de prix et de

quantité et se concentrent sur l'allocation optimale des ressources. Sous l'impulsion des travaux de Kenneth Arrow (1963) et de George Akerlof (1970), se développent des travaux en économie de la qualité ayant comme objectif d'étudier les dispositifs incitatifs permettant à des agents économiques rationnels de réaliser des échanges en dépit d'informations imparfaites. Dans l'analyse standard, les agents s'accordent implicitement autour d'une même acceptation de la qualité, alors que dans une analyse conventionnaliste il existe une pluralité de référentiels de qualité possible. Par ailleurs, évoluant dans un environnement incertain, l'accord sur la qualité du bien échangé permet de répondre à l'incertitude radicale (2-2.1.). Les *conventions de qualité* sont examinées en fonction de la nature des équivalences sur lesquelles elles reposent. Les conventions de qualité peuvent donc être de nature marchande, industrielle ou encore domestique. L'assurance d'avoir un produit de qualité peut être appréhendée par la notion d'*investissement de forme* (Thévenot, 1989) (2-2.2.).

### **2-2.1. Incertitude et qualité**

L'article de Kenneth Arrow (1963) étant défini comme le premier article en économie de la santé, il sera présenté lors du chapitre 2 qui se propose de faire un résumé des théories économiques standard de la santé. De ce fait, nous développerons ici l'article de George Akerlof (1970). Son célèbre article « The market for "lemons" » introduit la notion d'asymétrie d'information. Dans cet article, l'auteur prend l'exemple d'un marché de voiture d'occasion sur lequel les vendeurs ont une meilleure information concernant la qualité du bien échangé. Dans son analyse, les individus sont parfaitement rationnels et les acheteurs savent qu'ils existent des voitures de mauvaise qualité sur le marché. Ainsi, les offreurs proposent des voitures, qu'elles soient de bonne ou de mauvaise qualité, à un prix moyen. Les offreurs de bonne qualité, refusant de vendre à ce prix, quittent le marché, laissant sur ce marché seulement des voitures de mauvaise qualité. Ce phénomène, qui est qualifié d'« antisélection » conduit à la destruction du marché. En présence d'asymétrie d'information, la théorie standard utilise de nouveaux outils pour arriver à une allocation optimale des ressources. Se développe ainsi la théorie des incitations. Dans ce cadre, même s'il existe une analyse de la qualité des produits, les agents parfaitement rationnels partagent une conception commune de la qualité.

A la différence de l'approche standard, et dans la continuité de ce qui a été évoqué précédemment, les conventionnalistes retiennent une pluralité de conception de la qualité possible. Sous une hypothèse d'incertitude radicale, l'échange d'un bien, ou d'une prestation, exige un accord sur la conception de la qualité du bien échangé (Smadja-Rakotondramanitra, 2016). Dans un article de 1989, publié lors de la parution du numéro spécial de la *Revue*

*économique*, François Eymard-Duvernay propose d'appeler cet accord une « *convention de qualité* ». Il s'intéresse précisément à la coordination économique réalisée au sein des entreprises. De ce fait, son analyse de la qualité porte essentiellement sur les biens échangés. Les auteurs conventionnalistes de la santé consacrent une partie importante de leurs travaux à l'étude de la qualité des soins. La différence de nature entre un bien et un service (de soins) est important à prendre en compte. En effet, l'échange d'un bien permet de révéler une qualité qui était, avant l'échange, inconnue du consommateur. Or, le face à face entre le médecin et le patient correspond au moment où est construit le produit – le service – et où le jugement sur la qualité est lui aussi construit (Biencourt et Robelet, 2011).

Les conventions de qualité peuvent être caractérisées par la nature des équivalences sur lesquelles elles reposent. Ainsi, François Eymard-Duvernay met en lumière trois conventions de qualité (1989). La première, qui est fondée sur la satisfaction des clients, correspond à une convention de qualité marchande. Dans ce cas, l'équivalence est réalisée par le marché. La deuxième convention de qualité est de nature domestique et est fondée sur une tradition, un savoir-faire. L'équivalence repose alors sur une marque. Enfin, la dernière convention de qualité est de nature industrielle et repose sur des standards de production. Les équivalences, sur lesquelles reposent les conventions de qualité, peuvent être appréhendées par la notion d'*investissement de forme* développée par Laurent Thévenot (1989).

### **2-2.2. Investissement de forme**

La notion d'*investissement de forme* a été développée par Laurent Thévenot et François Eymard-Duvernay. Il est caractérisé par la relation entre les individus et les objets sur lesquels ils prennent appui pour se coordonner. La « *forme* » renvoie à une équivalence, comme la marque dans le cas d'une convention de qualité de nature domestique. Le rendement de l'investissement est l'accord qui peut être passé entre deux acteurs. Pour reprendre les termes de Laurent Thévenot, il explique l'*investissement de forme* de la manière suivante :

« Les formes sont définies par une capacité d'équivalence et le rendement de l'investissement de forme est la conséquence de cette généralité qui permet de donner une assiette à l'accord. De plus, comme dans l'usage classique de la notion d'investissement, l'investissement de forme est lié à un sacrifice (en l'occurrence de réversibilité) et l'économie de ce sacrifice passe par un coût d'accès aux bienfaits d'une forme de généralité. » (Thévenot, 1989, p. 157).

Les *investissements de forme* font référence aux objets, mais pas seulement. Dans son article de 1989, Laurent Thévenot prend comme exemple le fonctionnement d'une entreprise. Les *investissements de forme* permettent alors de rendre compte de la mise en œuvre de règles, de

normes, de coutumes, etc. qui sont associées à l'efficacité. Par conséquent, la fonction de production d'une entreprise est amenée à être reconsidérée. Plus largement, cette notion remet en cause le calcul d'optimisation de l'utilité puisque les acteurs doivent prendre en compte dans leur calcul des éléments plus large dans leur environnement.

Pour donner un exemple d'*investissement de forme*, nous pouvons citer les labels de qualité. Les labels de qualité sont des objets qui aident les individus à se coordonner. Dans le domaine de la santé il existe de nombreux objets qui assurent une certaine qualité de service : les classements (palmarès des hôpitaux, dispositifs d'information publics, etc.), les labels (dispositifs officiels de certification), le diplôme.

En intégrant dans son analyse la généralisation de l'incertitude radicale à l'ensemble des activités économiques, l'EC accorde une place particulièrement importante à la prise en compte de la qualité. « *La coordination des acteurs passe par la réduction de l'incertitude via le partage d'une même définition de la qualité du bien échangé, de la part des acteurs* » (Smadja-Rakotondramanitra, 2016, p. 222). La *convention de qualité* se présente comme un accord sur la définition de la qualité d'un bien, ou d'un service. En raisonnant en termes de pluralité de forme de coordination, l'EC retient une pluralité de référentiels de qualité possible. L'assurance d'avoir un produit de qualité peut être appréhendée par la notion d'*investissement de forme*, qui permet d'analyser les équivalences entre les êtres et les objets. Cependant, le jugement de qualité, ou bien d'une décision, repose toujours sur une interprétation de la situation et l'interaction dans laquelle l'acteur se situe. Les modèles d'évaluation sont toujours mobilisés par les acteurs, ils ont par conséquent une qualification normative.

### **3- Interprétation et conception du politique**

Les représentations des individus – qui leurs permettent d'évaluer des situations et de prendre des décisions – sont le fruit d'un processus d'interprétation et dépendent du cadre dans lequel sont prises les décisions (3-1.). L'interprétation est réalisée à l'aide d'une représentation du collectif, elle repose plus précisément sur le jugement d'une situation, de l'autre et de soi-même dans cette situation. En s'appuyant sur les conventions<sub>1</sub>, les acteurs peuvent interpréter les situations mais aussi les règles. Ainsi, toutes les règles sont incomplètes et font l'objet d'une interprétation afin d'être appliquées. La coordination dans le domaine médical repose en partie sur l'éthique médicale, qui est encadrée par des textes de déontologie (Batifoulier et Gadreau, 2006). Ces textes étant fondamentalement incomplets, l'interprétation des règles a une place non négligeable dans le domaine de la santé. L'interprétation des règles, et des situations, dépendent du cadre dans lequel sont prises les décisions. Ainsi, même si les individus sont dotés

d'une rationalité interprétative, leur vision de ce qu'il convient de faire est nourrie des évolutions de la politique publique (3-2.). Le rôle du politique, et plus généralement des institutions, est de créer un cadre, des repères, qui permettront d'orienter les évaluations, les jugements, ainsi que les décisions des individus. La politique publique n'est donc pas neutre, elle influence largement les comportements individuels. A titre d'exemple, lorsque la politique publique légitime des comportements où prime l'intérêt financier, une interprétation marchande des textes de déontologie se développe (*ibid.*). En légitimant certains comportements, l'action publique modifie les comportements, elle impulse une certaine dynamique dans les comportements individuels ainsi que dans les représentations. Le cadre d'analyse conventionnaliste est, en ce sens, particulièrement adapté à l'analyse de l'Etat social pour trois raisons (Ramaux, 2016) : (1) l'EC raisonne avec une pluralité de formes de coordination, (2) les conventions sont des schèmes de justification sans lesquelles il n'y aurait pas de coordination et (3) l'EC ne réduit pas l'intérêt général à une somme d'intérêts particuliers.

### **3-1. L'interprétation et le fondement conventionnel des règles**

Traditionnellement, la théorie économique – et plus particulièrement la théorie des jeux – a recours à la notion de convention lorsque se présente un problème de coordination. En dotant les acteurs d'une rationalité *interprétative*, l'approche conventionnaliste analyse la convention, même si la coordination n'est pas réussie. Pour qu'il y ait coordination, la convention, au sens des *représentations*, est nécessaire. Les conventions sont des schèmes de justification utilisés par les acteurs lorsqu'ils doivent justifier ou critiquer. Elles permettent également aux individus d'interpréter les situations et les règles, puisque toute règle est fondamentalement incomplète. La notion de l'incomplétude des règles est au cœur du cadre d'analyse de l'EC, et le domaine de la santé en fournit un bon exemple à travers le code de déontologie. Les règles, n'étant pas complètes, sont interprétées au moment de leur application (3-1.1.). L'interprétation des règles, et plus généralement des situations, est possible grâce à l'existence d'objets. Ces derniers, notamment dans le modèle des économies de la grandeur, se présentent comme un guide du jugement. Ils formatent l'environnement et fournissent des indications permettant aux individus de naviguer entre les différentes représentations (3-1.2.).

#### **3-1.1. Incomplétude des règles et principe d'interprétation**

La théorie économique néoclassique appréhende les règles de manière complète. Or, toutes les règles sont fondamentalement incomplètes. L'approche des conventions de la théorie des jeux, développée par Lewis, fonctionne suivant un principe de rationalité, où l'information

est parfaite. Lewis analyse des règles-conventionnelles complètes. Dans son analyse, l'auteur ne laisse pas la place à l'interprétation puisqu'interpréter les règles pourrait aller à l'encontre de la coordination. En effet, la coordination est réussie puisqu'elle porte sur les comportements individuels. Si un des acteurs interprète la règle, il pourrait changer de représentation sur cette règle et ne pas assurer la coordination. Philippe Batifoulier et Olivier Thévenon (2001) définissent deux limites à la règle décrite par Lewis. Il envisage la coordination à travers le concept de force du précédent : les acteurs s'étant déjà retrouvés face à un problème de coordination adopteront la même solution que celle adoptée dans le passé. La première critique des auteurs est de dire que rien ne garantit que les individus se conformeront à la même convention que celle adoptée dans le passé.<sup>5</sup> La deuxième limite à la notion de convention émerge dans les situations où les acteurs rencontrent un problème de coordination pour la première fois. La réponse à un problème de coordination de ce type a été donnée par Schelling. Dans une situation où la coordination est assurée par un point focal, il faut interpréter ce que va faire l'autre :

« Depuis T. Schelling (1960), on sait que le seul exercice de la rationalité ne permet pas de résoudre les problèmes de coordination du type. Pour se coordonner, les individus sont amenés à mobiliser des éléments d'appréciation disparates dans le but de construire des repères pour l'action collective à partir de saillances cognitives. Pour ce faire les individus se livrent à ce qu'on pourrait appeler une « surinterprétation » des données contextuelles de façon à faire apparaître des points focaux. » (Orléan, 1997, p.7)

La règle conventionnelle définie par Lewis est incomplète, chaque règle conventionnelle est interprétée. Les règles contrats et les règles contraintes sont, elles aussi, incomplètes (Batifoulier et Thévenon, 2011). Dans le cas d'une règle contrainte, l'application de la règle demande une certaine interprétation des modalités de son application. Dans le cas de la règle contrat, la théorie interdit de concevoir l'incomplétude des contrats. Cependant, les individus s'accordent sur les modalités du contrat en s'appuyant sur leurs représentations, ils mobilisent des façons de juger.

L'approche stratégique des conventions dote les individus d'une rationalité parfaite, mais cette approche n'exclut pas le rôle de l'interprétation dans la prise de décision. En effet, en théorie des jeux il est nécessaire de prendre en considération la décision de l'autre. A titre d'exemple, lorsqu'il existe deux équilibres de Nash, les individus ont besoin de choisir la bonne solution – au sens de la meilleure – dans une situation donnée, conditionnellement à ce que les

---

<sup>5</sup> Dans l'ouvrage *Théorie des conventions* (2001) les conventionnalistes reprennent les critiques que Seumas Miller et Margaret Gilbert avaient formulées à l'égard de l'analyse de Lewis.

deux parties attendent de la coordination. Cette approche considère l'information comme étant parfaite, alors il n'existe plus d'incertitude sur le comportement de l'autre individu. Cependant, l'interprétation des règles s'appuie également sur la représentation qu'adoptent les individus du collectif dans lequel ils s'insèrent. L'approche stratégique de la convention ne permet pas d'appréhender le rôle accordé au collectif dans la prise de décision individuelle. En prenant en compte les capacités cognitives réalistes des individus, l'approche interprétative des conventions intègre dans son analyse à la fois la capacité des individus à donner un sens au collectif et la capacité de réflexibilité des individus qui leur permet de donner un jugement sur leur préférence et peuvent les modifier. Les individus se cordonnent en s'appuyant sur la conception du légitime, c'est-à-dire sur l'action qu'il convient de mener afin de satisfaire le bien commun (*ibid.*). L'EC nous donne alors un cadre d'analyse nous permettant de considérer ce que les individus peuvent concevoir comme étant « bon » et « équitable ».

### **3-1.2. Objet : guide du jugement**

L'environnement dans lequel interagissent les acteurs sert d'appui à l'interprétation des règles et des situations. Pour se coordonner, les individus s'appuient sur des *investissements de forme*, qui permettent de former des équivalences. Les objets sont des *investissements de forme*. Dans le modèle des *économies de la grandeur*, la coordination existe parce que les acteurs s'accordent en mobilisant des objets (Boltanski et Thévenot, 1991). Les individus n'appartiennent pas à un monde en particulier, mais les objets ne peuvent exister que dans un seul monde. Les objets permettent d'aider les individus dans leur argumentation lorsqu'ils doivent justifier leur comportement ou critiquer une situation :

« [...] la mobilisation d'"objets" ou de dispositifs institutionnels fournit des "repères concrets" à la coordination et permet de sortir de l'approche purement "mentaliste" de la convention. [...] Les objets imposeraient des contraintes suffisantes pour se coordonner non seulement par le format de la médiation qu'ils induisent, mais aussi parce qu'ils ne seraient rien d'autre que la face émergée d'un modèle d'évaluation, cristallisent une forme de jugement particulière à même de garantir l'objectivité souhaitée. » (Batifoulier et Thévenon, 2001, p. 249).

L'approche conventionnaliste définit les objets comme des « activateurs de jugement » (*ibid.*, 2001). Les objets sont eux aussi interprétés en fonction de la situation dans laquelle les individus les rencontrent. A titre d'exemple, il est préférable de mettre une cravate à un entretien d'embauche. Le recruteur trouvera sans doute que la personne s'est préparée pour passer un entretien, il y verra peut-être une forme d'intérêt pour l'embauche. A l'inverse, si ce même individu se retrouve à une soirée foot entre amis avec une cravate, il peut être sujet à des

moqueries. Cet exemple nous permet de comprendre que les objets peuvent, eux aussi, être interprétés. Ils sont alors moins des déterminants que des guides du jugement. Les objets ne peuvent donc pas servir à la coordination s'ils ne sont pas eux-mêmes interprétés. Il convient alors de toujours les associer à des représentations collectives. Elles sont notamment induites par des institutions qui donnent un cadre collectif aux représentations en légitimant certains comportements individuels plutôt que d'autres. Il convient alors de s'intéresser aux politiques publiques, et aux institutions, qui transmettent, toutes les deux, des cadres et des repères collectifs aux individus. Par ailleurs, la prise en compte de l'action publique dans l'approche conventionnaliste permet d'intégrer une certaine dynamique dans la théorie de l'action.

### **3-2. L'action publique et les représentations collectives**

Dans un article de 1996 intitulé « De l'économie des conventions à l'économie de la règle, de l'échange et de la production », Christophe Ramaux énonce que l'EC ne prend en compte dans son programme de recherche que le rôle des règles, mais omet d'analyser les représentations politiques. Il est vrai que dans le numéro spécial de la *Revue économique*, la notion de politique est très peu affirmée (Biencourt, Chaserant et Rébérioux, 2001). Cependant, elle est intimement liée à l'ensemble des analyses développées dans les articles de ce numéro. L'économie des conventions est une économie politique. Si nous retenons comme définition que l'économie politique est une approche qui prend en compte dans son analyse les valeurs et les croyances partagées par les individus lorsqu'ils s'engagent dans une activité économique, l'EC est politique<sup>6</sup> (*ibid.*).

#### **3-2.1. L'analyse conventionnelle de l'action publique**

Les premiers travaux conventionnalistes à avoir intégré l'Etat dans leur analyse sont ceux de Robert Salais. L'ouvrage *Les mondes de production*, écrit par Robert Salais et Michael Storper en 1993, consiste à mettre en lumière la pluralité des identités économiques nationales et à analyser leur dynamique. Robert Salais focalise une partie de ses recherches sur l'analyse de l'action publique et sur celle du « *fondement conventionnel des institutions* » (Salais, 2009). Pour cet auteur, la question de l'action publique fait entrer dans l'analyse celle de l'évaluation et du jugement des personnes. L'acte public repose sur des caractéristiques spécifiques : être indiscutable, acceptable et anticipée. Afin que l'action publique puisse être entreprise, les caractéristiques sur lesquelles elle se fonde doivent être comprises par tout le monde. Les

---

<sup>6</sup> Soutenir que l'économie est politique engendre deux conséquences pour le chercheur : (1) il doit impérativement analyser les valeurs pour comprendre les interactions individuelles et (2) le discours scientifique tenu ne peut être détaché de toute représentation normative (Biencourt, Chaserant et Rébérioux, 2001, p. 209).

acteurs font à la fois vivre les institutions et les institutions agissent directement sur les représentations des individus. Les institutions font intervenir des trajectoires et les projets de vies des acteurs. Ainsi, pour Robert Salais il est primordial d'intégrer dans l'étude des institutions celle des principes de justice. Puisqu'il existe une pluralité de principes de justice, il existe des désaccords quant aux prises de décisions qui peuvent aller jusqu'à empêcher la construction d'une base de jugement. Afin de faire face à une telle situation, Robert Salais développe la notion de « *point de vue commun* » : par convention, les acteurs s'accordent sur un bien commun qui sous-tend l'action collective.

« This focusing by convention on the common good that underlies collective action offers the possibility of maintaining its course, regardless of the different registers of action and principles of justice called upon in daily life. Nobody can deny that there are several ways to achieve a given common good, such as full employment or reduction of inequalities. In this way it becomes possible for each individual in the course of action to suspend judgement on the action of others and continue to act, because there is no way to ascertain at this moment if the action of others is aimed or not at achieving the good. » (Salais, 2009, pp. 13-14)

Les institutions sont caractérisées par un compromis entre plusieurs références générales. En effet, les acteurs ont des capacités différentes, ont une expérience qui leur est propre, il existe également une pluralité de finalités possibles à l'action, etc. Ces éléments sont autant de références auxquelles les individus font appel afin de justifier leurs critiques et leurs actions. Ainsi, Robert Salais inclut dans son analyse celle de la dynamique des institutions. Elles sont indissociables de leur histoire étant donné qu'elles sont prises dans le flux des interprétations, des critiques, des amendements et des pratiques. L'institution évolue en fonction des critiques internes et externes qui lui sont adressées.

Dans son article, Robert Salais propose quatre dimensions permettant de comprendre et d'analyser l'action publique. La première caractéristique est que l'institution doit être créée pour servir et garantir un bien commun, ce bien commun ayant fait l'objet d'un accord. Etant donné qu'il existe une pluralité de registres de justification et d'acteurs, la coordination pour arriver à ce bien commun pourra échouer. Cependant, l'Etat se positionne comme l'évaluateur du problème et se doit de le corriger. Ainsi, l'action publique implique une pluralité d'acteurs, y compris l'Etat. Ainsi, la deuxième dimension est que pour être considérée comme juste, une action individuelle doit avoir un lien positif avec la réalisation du bien commun. A titre d'exemple, l'auteur rappelle que pour bénéficier de l'allocation chômage, les individus doivent prouver qu'ils cherchent du travail. Pour le dire autrement, ils doivent justifier qu'ils participent à la réalisation du bien commun : le plein emploi. La troisième caractéristique est que l'action

publique doit pouvoir être à tout moment justifiée. La justification inclut une référence à un principe de justice et au bien commun. Ainsi, il existe des objets (définitions, nomenclatures, catégories, données statistiques, etc.) qui permettent d'analyser l'institution et participent à la qualification (ou quantification) du bien commun. La dernière dimension réside dans le fait que la rationalité standard doit être étendue à tous les moments de l'action : délibération, décision, réalisation. Ainsi, différentes institutions peuvent émerger en fonction du moment de l'action sur lequel l'accent est mis. L'auteur considère deux extrêmes : l'Etat et le marché. Cette opposition peut être étendue à celle d'une opposition entre deux conventions d'Etat : externe pour le premier et absent pour le deuxième. De chacune de ces deux conventions découlent une conception des biens communs : dans le premier cas, ils sont exclusivement étatiques et dans le deuxième, ils sont égaux à la somme des biens privés. Entre ces deux extrêmes, l'auteur explique qu'il existe une série de conventions qui sont des « *conventions d'Etats situés* ». Ainsi, le bien commun ne peut être atteint que si l'institution et sa dynamique encouragent les individus à se coordonner dans le but de le réaliser. La rationalité est ici élargie à une forme de raisonabilité : les acteurs agissent librement et font confiance aux capacités des autres acteurs, ce qui leur permet d'arriver au bien commun. Dans cette conception, l'Etat intervient afin de compenser les défaillances de la coordination, le rôle de l'Etat est juste et bienveillant.

Les institutions se présentent comme des ressources permettant aux individus d'agir en réduisant l'incertitude. Elles créent un cadre commun, et donnent ainsi des repères aux individus. En retour, elles sont modelées par les acteurs qui les font évoluer en fonction des actions dans lesquelles ils s'engagent. Les économistes conventionnalistes en économie de la santé accordent une place particulière à l'analyse de l'Etat puisqu'en légitimant certains comportements, il influence directement les représentations des acteurs.

### **3-2.2. Le concept de « mauvaise convention »**

En dotant les acteurs d'un cadre et de repères communs, les institutions influencent les actions individuelles. Elles permettent d'orienter les actions individuelles, en légitimant ou en interdisant certains comportements, en fonction de leur correspondance au principe de justice qui les fondent. L'approche conventionnaliste de la santé consacre une partie de son analyse à l'étude de la régulation de la médecine libérale. Historiquement, les institutions qui portent le système de soins se sont construites autour d'une convention civique d'accès aux soins, coexistant avec une convention libérale correspondant à la logique professionnelle de la médecine libérale (Gadreau, 2016). Depuis les années 1980, une logique marchande et industrielle s'est développée (voir chapitre 3). Le passage d'un financement des soins public

vers le privé induit davantage d'inégalités, alors que les dépenses de santé publiques sont amenées à augmenter pour financer cette augmentation des inégalités. En reprenant le terme de Guillemette de Larquier et Philippe Batifoulier (2005), la convention qui préside à ces représentations peut être qualifiée de « mauvaise ». Les institutions peuvent donc être porteuses de *mauvaises conventions*.

En raisonnant sous une hypothèse de rationalité interprétative, les conventionnalistes prennent en compte les préférences et les intérêts des acteurs. Ainsi, ils sont en mesure de pouvoir justifier et critiquer au nom de différentes valeurs. En plus d'être des êtres calculateurs, ils sont dotés d'une capacité de jugement. Lorsqu'une convention est en vigueur, elle est justifiée, ce qui conduit à la renforcer. Le concept de *mauvaise convention* prend toute son importance lorsqu'il est à la fois possible de justifier et critiquer cette convention. Pour reprendre l'exemple en économie de la santé, la *mauvaise convention* perdure parce qu'elle est justifiée par les critères de valorisation des acteurs du capitalisme sanitaire<sup>7</sup>. Or, elle est mauvaise par rapport aux critères de jugement valorisés par le public, étant donné que les principes de financements des soins induisent davantage d'inégalités (Batifoulier, 2015a).

L'EC est une théorie de l'action qui fonde son programme de recherche sur la pluralité des formes de coordination. Elle trouve son origine dans des textes issus d'autres sciences sociales que la seule science économique ; les écrits de John Maynard Keynes et de David Lewis sont deux sources d'inspiration de l'approche conventionnaliste. L'EC est une approche pluridisciplinaire, elle se trouve au confluent de la sociologie et de l'économie. Elle est critique de la théorie *mainstream* sur deux points : (1) elle remet en cause l'idée d'une forme unique de coordination qui reposerait sur le marché, (2) elle dote les acteurs d'une rationalité interprétative et prend en compte dans son programme de recherche leurs intérêts et leurs arguments. Les représentations des acteurs, appelées *modèles d'évaluation*, sont prises en compte par l'approche conventionnaliste. Les acteurs sont dotés de représentations multiples, qui leur permettent d'évaluer les situations et de prendre leurs décisions. Les conventionnalistes ne prennent pas en compte seulement l'émergence et la construction de compromis entre des acteurs ayant des représentations différentes. Ils essaient également de mettre en lumière et d'analyser les rapports de force qui peuvent exister au sein des institutions. A titre d'exemple, nous pouvons citer les travaux de Florence Jany-Catrice sur les indicateurs de richesses (2016),

---

<sup>7</sup> Le capitalisme sanitaire est caractérisé par les assureurs privés, les industriels des produits de santé ainsi que la médecine libérale, qui forment un bloc d'intérêts dominants.

ou encore les travaux de Philippe Batifoulier, Nicolas Da Silva et Victor Duchesne (2019) cités précédemment.

En prenant en compte dans son analyse les valeurs et les croyances partagées par les individus, l'EC est irrévocablement une économie politique. Elle se retrouve, là encore, en opposition à la théorie *mainstream* qui revendique, quant à elle, l'autonomie de la science économique et essaye d'en faire une science pure. Cependant, l'économie est politique, et la santé en fournit un « exemple exemplaire » (Batifoulier et Domin, 2015). Les débats autour du juste et de l'efficace quant à l'organisation du système de soins permettent de mettre en lumière le fait que les questions d'économie et de société sont intimement liées. Les chercheurs se revendiquant de faire de l'économie politique de la santé s'opposent à l'approche néoclassique. Leur point de départ est un questionnement autour de théorie économique de la santé à adopter. Ainsi, ils remettent en cause les principes et les hypothèses sur lesquels se fonde l'orthodoxie économique de la santé. Ces chercheurs le font au nom d'un plus grand réalisme de leur analyse. Le deuxième chapitre de ce mémoire de recherche revient sur l'approche néoclassique de la santé, tout en présentant les critiques conventionnalistes qui lui ont été adressées.

## CHAPITRE 2. UNE CRITIQUE CONVENTIONNALISTE DE L'ORTHODOXIE ECONOMIQUE DE LA SANTE.

---

La santé, en tant que discipline économique, est récente. Sachant que son expertise est délivrée aux seins d'espaces bureaucratiques, son origine est intimement liée aux organismes publics. Se présentant comme une caution scientifique, elle justifie l'orientation marchande des politiques publiques en matière de santé (Batifoulier, 2015b). Les premiers travaux en économie de la santé se sont développés au cours des années 1950. Ce sont notamment des travaux empiriques. Les premiers travaux théoriques, apparus au cours de la décennie 1950, sont issus de la tradition néoclassique (Darbon et Letourmy, 1983). En ce sens, Sophie Béjean (1994 et 1999) distingue la logique de domaine de la logique de discipline. Les premiers travaux qui se sont développés en économie de la santé privilégient une logique de domaine en analysant les spécificités du système de soins sans s'appuyer sur un cadre théorique spécifique. Les premiers travaux théoriques, quant à eux, s'inscrivent dans une tradition néoclassique, et adaptent leur cadre théorique aux spécificités du domaine étudié. Par la suite, les travaux néoclassiques ont cherché à intégrer les limites et les critiques adressées au cadre microéconomique du paradigme standard.

L'économie des conventions, et plus largement l'ensemble des théories économiques dites « *institutionnalistes* », se présentent comme des critiques de la théorie *mainstream*. Deux principales critiques lui sont adressées : (1) elle fonde son paradigme sur des hypothèses non réalistes et (2) elle ignore les autres sciences sociales. Les économistes institutionnalistes désignent le paradigme néoclassique comme étant l'orthodoxie de la science économique<sup>8</sup>. La théorie *mainstream* intègre la formalisation dans son analyse et ignore l'ensemble des sciences sociales qui n'utilisent pas le même langage et les mêmes hypothèses. « *L'orthodoxie économique – le langage que parlent les économistes – n'est pas constituée par ce qu'ils disent, mais par ce qu'ils ne disent pas, ce dont ils ne peuvent parler, ce dont ils n'ont même pas conscience de ne pouvoir parler.* » (Favereau, 2005, p.408). L'orthodoxie économique domine aujourd'hui la science économique, moins par la force de ses idées, que par son organisation institutionnelle et politique (Batifoulier et Orléan, 2016). Les économistes orthodoxes verrouillent la pensée intellectuelle puisqu'ils rejettent les économistes n'utilisant pas le même langage. La théorie dominante se présente alors comme une véritable convention étant donné

---

<sup>8</sup> Les économistes orthodoxes sont désignés comme tel par les économistes appelés « *hétérodoxes* ». Cependant, ces derniers préfèrent le terme « *institutionnaliste* » ou « *économie politique* » à celui d'hétérodoxie.

qu'elle dit ce qu'il doit compter et ce qui doit être retenu comme une recherche scientifique. Le débat en science économique étant verrouillé, la seule critique autorisée par les économistes orthodoxes est celle qui n'est pas directement adressée à ses hypothèses fondatrices et qui est formulée dans un langage formalisé.

L'économie des conventions fait partie de l'économie politique. Elle cherche à analyser des objets similaires que ceux étudiés par les économistes *mainstream*, mais elle utilise un langage différent. Se retrouvant au confluent de l'économie et de la sociologie, elle prône la pluridisciplinarité dans son analyse. Appliqué au domaine de la santé, le paradigme conventionnaliste accorde une partie de ses travaux à la critique de l'orthodoxie économique de la santé. Ainsi, ce chapitre propose de présenter les principaux travaux de l'économie de la santé issus de la tradition néoclassique (section 1). Il s'agira d'exposer les développements microéconomiques ainsi que les critiques qui lui ont été adressées et les extensions qui en ont découlé – notamment avec la prise en compte de la spécificité du bien santé. Par la suite, ce chapitre présente la critique conventionnaliste qui a été adressée à l'orthodoxie économique de la santé, tout en présentant les premiers apports conventionnalistes dans ce domaine (section 2).

## **1- L'approche de l'orthodoxie économique du système de soins**

En s'appuyant sur l'ouvrage d'Arrow, *Limits of the organization*, publié en 1974, Olivier Favereau (1989) définit la théorie *mainstream* à partir de deux hypothèses fondatrices : la première est celle de l'agent maximisateur optimisant son utilité sous contrainte à l'aide de l'hypothèse de rationalité instrumentale, la deuxième est le marché, il est le seul moyen de coordination possible. En s'appuyant sur ces deux hypothèses, Olivier Favereau distingue la Théorie standard (TS) de la Théorie standard étendue (TSE). Tandis que la TS repose sur ces deux hypothèses, la TSE accepte de relâcher l'hypothèse de coordination exclusivement marchande. L'approche microéconomique de la santé relève de la TS. Cependant, nous verrons que l'existence d'un marché des soins en concurrence pure et parfaite est remise en cause par l'ensemble des économistes. Ils se retrouvent dans l'obligation d'adapter leur démarche à la spécificité du bien santé (1-1.). En relâchant l'hypothèse de coordination marchande, la TSE s'intéresse aux relations d'agence et prend en compte dans son programme de recherche les asymétries d'information (1-2.). Elle intègre alors les pouvoirs publics en tant qu'acteurs du système. Malgré l'extension de l'analyse de la théorie dominante, les conventionnalistes se positionnent comme critique vis-à-vis de cette approche (1-3.). Ainsi, étudier l'économie de la santé permet de présenter l'évolution de la recherche en sciences économiques.

## **1-1. Le modèle microéconomique de la santé**

Les premiers travaux qui se sont développés en économie de la santé sont des travaux microéconomiques. La TS repose sur deux hypothèses : les agents sont dotés d'une rationalité instrumentale et la seule coordination possible est marchande. Dans ce modèle, le malade est le consommateur de soins et le médecin est le producteur de soins (1-1.1.). Les économistes s'accordent pour dire que le marché des soins n'est pas un marché en concurrence pure et parfaite. Les chercheurs vont très rapidement chercher à intégrer la spécificité de la santé dans leur analyse, notamment à travers la notion de demande induite (1-1.2.).

### **1-1.1. Coordination marchande et spécificité(s) du bien santé**

La spécificité de la santé a été très vite prise en compte par la TS. Cependant, leur analyse se fonde sur des outils traditionnels de la microéconomie. Comme dans un modèle microéconomique classique, le malade est considéré comme le consommateur de soins. Il cherche à maximiser son utilité sous contrainte. La contrainte du consommateur est représentée par son revenu, et sa demande dépend des prix des services de soins (Darbon et Letourmy, 1983). Un tel modèle permet alors de déterminer la demande de soins en fonction des prix et du revenu des acteurs. Lorsque l'état de santé du patient se détériore ou lorsqu'il connaît une hausse de revenu, la demande de soins augmente. A l'inverse, si les prix augmentent, la demande de soins diminue. Ce modèle se prête aux études économétriques concernant la consommation de soins. Successivement, les économistes ont introduit d'autres variables dans la fonction d'utilité du patient-consommateur : âge, sexe, niveau d'instruction, profession, etc. Ces variables permettent de prendre en compte les facteurs sanitaires individuels dans l'explication de la consommation de soins. S'en suit une vision de la consommation où c'est l'état de santé de l'agent qui détermine sa consommation de soins (*Ibid.*). Dans un tel raisonnement, l'état de santé est pensé comme l'écart entre la situation individuelle et la norme (l'état de santé normal lorsqu'un individu n'est pas malade). Sachant que pour comprendre la consommation de soins, il faut déterminer les facteurs qui jouent sur l'état de santé individuel, le modèle de patient-consommateur est devenu inefficace. De nouveaux travaux se sont développés, dans la continuité de ceux de Gary Becker, sur le capital santé, considérant l'état de santé comme une donnée endogène au modèle (Béjean, 2009).

Le modèle microéconomique de la santé fait du médecin un entrepreneur individuel. Le médecin doit alors lui aussi maximiser, non pas son utilité, mais son profit, sous contrainte. Traditionnellement, la fonction d'utilité du médecin est construite par son revenu – tiré de l'activité professionnelle – par le temps de travail correspondant à son activité (Darbon et

Letourmy, 1983). Ainsi, lorsque le temps de travail du médecin diminue et que son revenu augmente, son utilité s'accroît elle aussi. Les choix du médecin-entrepreneur, comme ceux du patient-consommateur, s'expriment à travers les prix et les quantités. Ce modèle dote également le médecin d'une fonction de production exprimant la relation entre les facteurs de production et la quantité de service produite (*Ibid.*). Les facteurs de production comprennent le temps du médecin ainsi que l'ensemble des biens et services nécessaires à la production de service de soins. La fonction de production indique, sous forme d'équations, la quantité de service offert par le médecin, son temps de travail et le niveau de biens et services nécessaires à la production.

La rencontre entre le médecin-producteur et le patient-consommateur devrait amener à déterminer les prix et les quantités d'équilibre sur le marché des soins. Bien que les économistes s'accordent pour dire que le marché des soins n'est pas un marché en concurrence pure et parfaite, la nature de ce marché fait débat au sein des économistes néoclassiques. Deux représentations du marché s'opposent (*ibid.*) : une partie des économistes pense que le marché des soins est de type monopolistique tandis qu'une autre pense qu'il échappe aux idéaux de l'économie générale. Cependant, l'existence même d'un marché ne fait pas débat. Dans un tel modèle microéconomique, le marché est le lieu de rencontre entre une offre et une demande de soin. Dans le cadre de la santé, le modèle microéconomique est inadapté. Le marché des soins ne peut pas être seulement assimilé à la rencontre d'une offre et d'une demande. A titre d'exemple, dans le système français, l'Etat a un rôle à jouer sur la formation des prix des biens et services médicaux, sur l'accès à la profession médicale ou encore sur le remboursement des dépenses de soins. Ainsi, l'idée d'un marché des soins doit être adaptée aux particularités institutionnelles du secteur de la santé. La prise en compte de l'intervention tutélaire dans la formation des prix est indispensable. En effet, la détermination des prix des services de soins résulte de négociations qui ne se déroulent pas sur un marché. La spécificité de ce secteur a conduit les économistes à développer de nouvelles analyses. Celle qui a suscité le plus de travaux d'inspiration néoclassique et qui a transformé le cadre d'analyse microéconomique est l'hypothèse de demande induite. L'existence d'une demande de soin n'est pas réaliste : la demande de service de soins est induite par le médecin étant donné que c'est lui qui prescrit les médicaments, qui demande aux patients de faire des analyses biologiques, etc.

### **1-1.2. Pouvoir discrétionnaire et hypothèse de demande induite**

Appliqué au secteur de la santé, le concept de demande dans un tel modèle microéconomique se révèle inapplicable. La fonction de demande est très peu élastique au prix. Ainsi, lorsque les prix des services de soins augmentent, la consommation ne diminue pas

nécessairement. Pour répondre à ce problème, la théorie néoclassique a développé la notion de demande induite fondée sur la faculté du médecin à manipuler la demande. L'hypothèse d'induction traduit le fait que le médecin possède un « *pouvoir discrétionnaire* » grâce à son savoir sur la maladie. Les conséquences d'une telle hypothèse bouleversent la conception néoclassique d'un marché : le médecin est révélateur du besoin de consommer et producteur de l'offre (Batifoulier, 1992). Par conséquent « l'offre crée la demande ». Les économistes néoclassiques intègrent dans leur raisonnement le pouvoir discrétionnaire du médecin comme une donnée qu'il faut traiter soit au niveau du fonctionnement du marché, soit au niveau des comportements individuels (Darbon et Letourmy, 1983). Les chercheurs se sont le plus intéressés à la faculté qu'ont les médecins d'infléchir la consommation de services de soins.

Le premier économiste à avoir introduit le concept de demande induite est Robert Evans (1974). Il constate une corrélation positive entre la densité médicale et l'augmentation simultanée du recours aux soins et des honoraires. Traditionnellement, les prédictions des modèles de marché néoclassiques conduisent à expliquer que l'augmentation de la quantité d'offreurs – les médecins – se traduit par une baisse des prix. Cependant, l'hypothèse d'induction rend compte du fait que les médecins ont le pouvoir de modifier la perception qu'ont les patients de leurs propres besoins et de la capacité de la technologie médicale à les satisfaire (Evans, 1974).

« Thus, there exists a wide range of empirical evidence that the market for physicians' services is not self-equilibrating in the usual sense, that price does not serve primarily to balance supply and demand because there are important alternative channels of information which perform this function. The primary role of price is instead as an input to supplier incomes, which are not themselves the product of explicit maximizing behaviour but rather of target-seeking through the manipulation of several different control variables. In this context, as noted above, the explanation of supply, "shortages", utilization and price and cost behaviour may be very different from the usual market models. To the extent that shortages, prices or costs are objects of public policy, policy prescriptions must take account of these differences. » (Evans, 1974, p. 173).

Le pouvoir d'induction des médecins sur les patients ne fait plus débat dans le monde académique. C'est d'ailleurs une notion centrale en économie de la santé. En revanche, il existe encore des débats concernant sa nature, notamment puisque l'indépendance de l'offre et de la demande dans un modèle néoclassique est une hypothèse fondamentale. Philippe Batifoulier (1992) explique que deux courants s'opposent. (1) Les partisans de la théorie néoclassique traditionnelle considèrent que la santé est un bien économique comme les autres. La seule différence est que les coûts d'information sont plus élevés pour le bien santé. Les chercheurs

introduisent alors les coûts d'acquisition de l'information sur la réputation du médecin et de contrôle du médecin exprimé à travers la menace d'aller consulter un autre médecin dans leur modèle. Ils ne nient pas l'existence d'un pouvoir discrétionnaire, mais il est contrôlé par la contrainte exercée par le patient. Dans un tel modèle, la fonction de demande est conservée, alors que pour les partisans de l'effet d'induction (2) il n'existe pas de demande autonome, elle est révélée par la fonction d'offre du médecin. Une telle conception du pouvoir discrétionnaire rend caduque la contrainte exercée par le patient, puisqu'il est dans l'incapacité de s'informer pleinement. Ainsi, seule une contrainte endogène au médecin est possible : revenu-cible, dimension éthique...

L'hypothèse de demande induite n'a jamais été prouvée empiriquement. De ce fait, un consensus s'est fait autour de la notion de « *demande inconditionnelle* ». Ainsi, les économistes supposent que le médecin peut avoir un pouvoir discrétionnaire mais, il serait limité à la fois par la volonté du professionnel et par le contrôle du patient (Batifoulier, 1992). Si la notion de demande induite fait débat au sein du monde académique sur sa nature et ses limites, elle le fait également d'un point de vue politique (Batifoulier, 1992 ; Béjean 2009 ; Rochaix et Jacobzone, 1997). L'effet d'induction justifie l'intervention des pouvoirs publics afin de réguler l'offre médicale. Par conséquent, pour contrôler la dérive des dépenses publiques, il ne s'agit plus de contrôler la consommation des services de soins des patients, mais de contrôler la pratique médicale. D'un point de vue politique, l'existence du pouvoir d'induction a des conséquences sur la régulation du système de soins.

L'approche néoclassique traditionnelle de la santé occulte le rôle de l'Etat dans la régulation de la relation médicale et plus généralement l'ensemble du cadre institutionnel. Cependant, comme nous l'avons évoqué précédemment, les prix des services de soins sont déterminés par des institutions qui se trouvent en dehors du marché : établissement du prix de journée hospitalière, conventions passées entre les organisations syndicales de médecins libéraux et la Caisse nationale d'assurance maladie, etc. L'Etat n'est pas absent du paradigme standard, il intervient en tant que « réparateur de marché » lorsque le marché n'optimise pas l'allocation des ressources. La prise en compte du cadre institutionnel a doté l'analyse *mainstream* de nouveaux outils : la théorie des incitations. Elle s'intéresse, non pas à l'allocation des ressources à travers des variations de prix et de quantité, mais aux asymétries d'information et aux relations d'agence. Ainsi, elle intègre l'Etat dans son analyse en lui accordant le rôle de tutelle. En abandonnant la vision d'une coordination simplement marchande, elle se révèle être plus adaptée à l'étude de la santé.

## 1-2. L'approche contractuelle du système de santé

A la différence de la théorie standard (TS), la théorie standard étendue (TSE) relâche l'hypothèse de coordination exclusivement marchande. Par ailleurs, l'approche contractuelle ne raisonne pas sous l'hypothèse d'information parfaite, elle raisonne sous celle de rationalité en incertitude (qui fait suite aux travaux de la théorie sur l'utilité espérée de Von Neumann et Morgenstern) et d'asymétrie d'information (Batifoulier, 1992). Plus particulièrement, la théorie des incitations consacre son analyse aux relations d'agence : le jeu non coopératif est déterminé par le principal tandis que les agents réagissent en fonction de leurs intérêts individuels à ce jeu. Dans ce modèle, le principal est dans l'incapacité d'observer ou de contrôler les actions des agents. Ainsi, la théorie des incitations développe la notion de « contrats incitatifs » permettant de faire exister la politique du principal. L'approche contractuelle est en rupture avec la TS pour au moins deux raisons (*ibi.*). (1) Face à la limite de la coordination par les prix, la TSE introduit dans son analyse la notion de règle permettant de coordonner des individus. Elle le fait notamment à travers les contrats. (2) La TSE intègre dans la relation d'agence l'Etat et permet d'analyser les relations entre l'Etat et les acteurs économiques lorsque celles-ci sont dominées par une asymétrie d'information.

L'article de Kenneth Arrow « Uncertainty and the welfare economics of medical care », publié en 1963, est considéré comme l'article fondateur de l'économie de la santé, mais aussi de la TSE (Biencourt et Robelet, 2011). Depuis cet article, il est admis que les agents économiques ne disposent pas d'informations parfaites. Par ailleurs, il remet en cause le concept de coordination exclusivement marchande en expliquant que le comportement du médecin doit être différent de celui d'un acteur marchand et que la demande de soin est irrégulière mais surtout imprévisible. En effet, le patient consomme des services de soins qu'en présence de maladie, sauf lorsqu'il s'agit de prévention. La relation entre le médecin et le patient est donc marquée par une double incertitude. La première concerne l'occurrence de la maladie et l'effet du traitement, et la deuxième concerne l'asymétrie d'information. Par conséquent, le marché ne parvient pas à l'allocation optimale des ressources.

« But it is contended here that the special structural characteristics of the medical-care market are largely attempts to overcome the lack of optimality due to nonmarketability of the bearing of suitable risks and the imperfect marketability of information. These compensatory institutional changes, with some reinforcement from usual profit motives, largely explain the observed noncompetitive behavior of the medical-care market, behavior which, in itself, interferes with optimality. The

social adjustment towards optimality thus puts obstacles in its own path. » (Arrow, 1963, p. 142)

L'approche contractuelle cherche à analyser les relations d'agence. Ainsi, la relation entre la tutelle et les patients est marquée par la notion d'aléa moral étant donné que le principal (ici l'Etat) est dans l'incapacité de contrôler les actions individuelles (1-2.1.). Les patients peuvent profiter de l'assurance en adoptant des comportements risqués, plus risqués que s'ils n'étaient pas assurés. Mais les patients ne sont pas les seuls à pouvoir profiter de l'assurance. Il existe une asymétrie d'informations entre les médecins et les patients ainsi qu'entre les médecins et la tutelle (1-2.2.). Ainsi, la TSE fait entrer les institutions dans son cadre d'analyse. Cependant, elle ne parvient pas dépasser l'individualisme méthodologique du paradigme néoclassique traditionnel. Même si cette approche est plus adaptée à l'étude de la santé, elle présente de nombreuses limites (1-2.3.).

### 1-2.1. Relation tutelle-patient et aléa moral

A la suite des travaux d'Arrow, Mark Pauly (1968) cherche à montrer que le marché des soins est non optimal. Puisqu'ils intègrent le cadre institutionnel dans leur analyse, ils s'intéressent aux comportements individuels des agents en présence d'une assurance publique ou privée. D'après Arrow (1963), une demande de soin n'est assurable que si elle est parfaitement inélastique. Cela signifie que la demande ne peut être assurée que si la quantité demandée ne réagit pas à de fortes variations du prix. Considérant la tutelle comme le principal et le patient comme l'agent, Pauly poursuit le raisonnement d'Arrow en démontrant qu'en présence d'élasticité dans les courbes de demande, la présence d'une assurance modifie les dépenses des agents économiques en matière de soin. L'existence d'une assurance obligatoire contre des événements particuliers étendue à tous les individus n'est peut-être pas la solution optimale. En effet, certains événements peuvent être assurés pour certaines personnes, mais pas pour toutes. Il explique ce résultat par la notion d'*aléa moral*, qu'il définit de la manière suivante : « *It has been recognized in the insurance literature that medical insurance, by lowering the marginal cost of care to the individual, may increase usage; this characteristic has been termed "moral hazard".* » (Pauly, 1968, p. 535)

Considérant que l'assurance santé induit une consommation de soin plus importante, l'approche de Pauly contribue à construire une vision négative de l'assurance santé puisqu'elle induit une consommation de soin plus importante (Batifoulier, 2015a). Il existe deux types d'aléa moral. Le premier survient si un individu, lorsqu'il est bien assuré, fournit un moindre effort en matière de prévention. Dans ce cas, il est question d'un aléa moral *ex ante*, c'est-à-

dire avant que la maladie ne survienne. Ainsi, l'agent augmente sa prise de risque et engendre des dépenses supplémentaires pour l'assurance (publique ou privée) et la société dans son ensemble. Le deuxième type d'aléa moral, *ex post*, survient après l'apparition de la maladie. Il désigne le comportement de l'agent lorsqu'il augmente sa consommation de soins en quantité, lorsqu'il est peu regardant sur les prix ou les honoraires ou qu'il cherche à bénéficier du progrès technique. Son raisonnement conduit à renvoyer une vision négative de l'assurance santé, alors qu'elle est censée, au contraire, renvoyer une vision positive. En effet, l'assurance santé permet à de nombreux individus d'accéder aux soins, à augmenter l'espérance de vie, etc.

Pauly ne sort pas du cadre d'analyse standard, il raisonne en termes d'effet prix. La présence d'une assurance santé permet de baisser le prix des soins, de ce fait, elle rend le bien santé plus attractif. A la suite de l'article de Pauly, Arrow (1968) explique que si les individus peuvent profiter de l'assurance, rien ne garantit qu'ils le feront. Le système de soins et les relations d'agence sont marqués par l'existence de conventions sociales et d'institutions qui permettent de limiter l'opportunisme des acteurs. Il présente trois situations dans lesquelles l'aléa moral est limité :

« This rationing may in fact occur in several different ways : (1) there might be a detailed examination by the insurance company of individual cost items allowing those that are regarded "normal" and disallowing others, where normality means roughly what would have been bought in the absence of insurance ; (2) they may rely on the professional ethics of physicians not to prescribe frivolously expensive cost of treatment, at least where the gain is primarily in comfort and luxury rather than in health improvement proper; (3) they may even, and this is not as absurd as Mr. Pauly seems to think, rely on the willingness of the individual to behave in accordance with some commonly accepted norms. » (Arrow, 1968, p. 538)

Dans un article publié en 2015, Philippe Batifoulier présente plusieurs études empiriques contribuant à réfuter l'hypothèse d'aléa moral en santé. A titre d'exemple, l'auteur cite l'article de Bardey et al., publié en 2003, qui montrent que l'existence d'un aléa moral *ex ante* n'a jamais été prouvé. A l'inverse, certaines études tendent à montrer que les personnes les mieux couvertes par une assurance santé effectuent le plus d'actions de prévention. En ce qu'il concerne l'aléa moral *ex post*, Nyman (2007) explique que l'assurance agit comme un supplément de revenu pour la consommation de soins. De ce fait, Pauly prolonge l'analyse d'Arrow, mais il oublie tout de même de mentionner le fait que ce ne sont pas tous les individus qui bénéficient de l'assurance santé, ce sont seulement les malades. « *Medical services, apart*

*from preventive services, afford satisfaction only in the event of illness, a departure from the normal state of affairs.* » (Arrow, 1963, p. 143)

La relation d'agence entre la tutelle et les patients a été définie par des économistes s'appuyant sur la théorie de l'agence. Cependant, une des limites qui peut être adressée à cette analyse est l'absence de considération à l'égard de l'offre. Alors que les médecins possèdent un pouvoir discrétionnaire, ils sont occultés du raisonnement.

### **1-2.2. Médecin et asymétrie d'information**

Les relations d'agence entre le médecin et la tutelle ou entre le médecin et le patient sont marquées par des asymétries d'informations. Le savoir et le rôle d'expert du médecin lui accorde la possibilité de manipuler les actions des agents. La relation médecin-patient est dominée par le pouvoir discrétionnaire du médecin. Il est impossible pour le patient d'accéder à la même connaissance que le médecin. Il peut, il est vrai, avoir quelques informations concernant le temps de consultation, le prix des honoraires, etc. Mais il est dans l'incapacité de déterminer avec exactitude la motivation, le degré d'engagement du médecin, la capacité du médecin à effectuer un bon diagnostic, ou à prescrire un traitement adéquat. Sachant que c'est la tutelle qui rembourse les dépenses de soins des patients, le patient n'est pas en mesure de contraindre le médecin par une quelconque incitation financière. Sur la base des informations qu'il possède, le patient est tout de même dans la capacité d'exercer une contrainte : la menace d'aller consulter un autre médecin. Comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe une limite au pouvoir discrétionnaire des médecins. A titre d'exemple, dans le cas où le médecin est motivé par l'éthique médicale, il ne cherchera pas à profiter de son pouvoir.

La relation médecin-tutelle est, elle aussi, marquée par une asymétrie d'information en faveur du médecin. La tutelle est chargée de la planification des dépenses de santé, le médecin de la réalisation des actes de soins (Béjean, 1994). Le médecin décide alors des traitements et des prescriptions (recours au système hospitalier, aux services de spécialistes, prescriptions de médicaments, utilisation d'actes techniques, etc.). Il participe largement à l'allocation des ressources dans le secteur de la santé, mais il est contrôlé par la tutelle qui endosse le rôle de payeur. Dans ce cas, la théorie des incitations cherche à mettre en place des dispositifs pour que le médecin atteigne un niveau de production proche de celui souhaitable par la tutelle. Ainsi, il convient de rémunérer le médecin au prix de l'acte jusqu'à un certain seuil, et ensuite, de le rémunérer à un niveau inférieur. Les comportements des médecins sont inobservables par la tutelle. Cependant, compte tenu de la rémunération des médecins exerçant en libéral et du financement du secteur hospitalier, les professionnels de santé ont la capacité d'adopter des

comportements stratégiques (*ibid.*). En effet, les établissements hospitaliers reçoivent une dotation en fonction des informations transmises par les professionnels de santé à la tutelle. Cependant, ces informations peuvent faire l'objet de manipulation afin d'accroître leurs ressources tout en minimisant les efforts. La régulation d'un tel système se fait par la mise en place de contrats bilatéraux. En économie de la santé, l'hôpital a été un lieu exemplaire pour analyser les relations d'agences et les contrats optimaux associés.

Ainsi, la TSE prend en compte dans son analyse le rôle des institutions. Dans une telle approche, la tutelle – représentée en partie par les pouvoirs publics – a intérêt à mettre en place des incitations du côté de l'offre et de la demande de soin afin de contrôler les dépenses de santé. L'Etat doit faire face à un double aléa moral (Batifoulier, Eymard-Duvernay et Favereau, 2007). Du côté de la demande, il doit mettre en place des incitations pour que les patients adoptent une démarche de prévention et renoncent à une consommation de soin trop importante. Du côté de l'offre, il doit agir sur le type de rémunération à adopter pour que les médecins agissent de manière à fournir une qualité optimale. Dans le modèle de la théorie de l'agence, les agents économiques agissent toujours sous une hypothèse de rationalité. En le dotant d'une capacité de tricherie et de tromperie, la théorie des incitations définit l'*homoeconomicus* d'immoral puisque les acteurs de ce modèle ne recherchent que l'intérêt individuel (*ibid.*). Ainsi, il existe de nombreux apports à l'approche contractuelle, mais également de nombreuses limites qui sont pointées du doigt par l'approche conventionnaliste.

### 1-2.3. Apports et limites de l'approche contractuelle

L'approche contractuelle cherche à dépasser la simple régulation marchande par les prix et les quantités. De ce fait, elle correspond à un véritable changement vis-à-vis du paradigme standard traditionnel. La TSE fait entrer dans son analyse l'étude des institutions. Bien que la TSE relâche l'hypothèse de coordination marchande, elle conserve celle concernant la rationalité des acteurs. Certes, cette rationalité est substantielle, mais elle est limitée par la disponibilité des informations, mais aussi par le contexte d'incertitude de la prise de décision.

En adoptant le modèle de la théorie de l'agence, cette approche place au cœur de son analyse la relation entre le médecin et le patient, tout en prenant en compte le cadre institutionnel qui l'entoure. De ce fait, l'analyse de l'activité médicale est plus en adéquation avec la réalité que celle réalisée par le paradigme standard. En rendant compte du colloque singulier qui caractérise la relation entre le médecin et le patient, sa définition de la relation sanitaire constitue le premier apport de l'approche contractuelle (Béjean, 1994). Le deuxième apport est caractérisé par la prise en compte du caractère tutélaire de l'activité sanitaire et par

la prise en considération des pouvoirs publics en tant qu'agent du système de soins. Nous l'avons vu, l'Etat est l'acteur qui est en charge de planifier les dépenses de soins et d'inciter les comportements individuels. De ce fait, il est intégré en tant qu'acteur du système. D'une manière plus générale, en relâchant l'hypothèse de coordination par le marché, l'approche contractuelle étudie les relations et la coordination à l'intérieur des institutions. L'entreprise n'est plus considérée comme un acteur sur un marché, mais comme un lieu de coordination d'activités individuelles. Les acteurs se coordonnent notamment par l'établissement de contrat qui régissent l'activité économique (*ibid.*). De plus, ce paradigme permet de prendre en considération la prise de décision économique dans une situation d'incertitude et d'asymétrie d'information.

Cependant, l'approche contractuelle prend en compte l'incertitude en termes probabilistes. Ainsi, la prise en compte de l'incertitude sanitaire se limite à l'occurrence de la maladie. L'ensemble des états de la nature est connu, mais une ignorance concernant la réalisation de ces états existe. De plus, cette approche occulte l'incertitude « endogène » à l'activité médicale (Batifoulier, 1992) : comme nous l'avons vu précédemment, la relation médecin-patient est marquée par une asymétrie d'information, qui engendre directement une incertitude, mais il existe également une incertitude concernant la finalité de la pratique médicale. En raisonnant sous le critère d'utilité espérée, l'approche contractuelle suppose que l'aléa répond à une loi de distribution invariante dans le temps. Elle considère l'aléa comme étant exogène au comportement individuel, ce qui explique pourquoi elle n'intègre pas dans son analyse l'incertitude endogène à l'activité médicale. Il convient alors de faire une distinction, établie par F.H Knight, entre le risque et l'incertitude. Le risque est exogène, et correspond à des événements aléatoires, tandis que l'incertitude est inhérente à l'activité, elle est endogène. Le risque, contrairement à l'incertitude, peut être appréhendé en termes de probabilité étant donné que tous les états de la nature sont connus. Une deuxième limite peut être adressée à l'approche contractuelle : l'impossible appréhension de l'éthique médicale (*ibid.*). En effet, la théorie des incitations place au cœur de son programme de recherche l'intérêt individuel des acteurs. Le médecin agit sous l'hypothèse de rationalité substantielle et ne cherche que son propre intérêt. Cependant, l'éthique médicale est reconnue comme faisant partie de la relation sanitaire. Comme le montrent Philippe Batifoulier et Olivier Thévenon (2003), dans un article intitulé « L'éthique (médicale) est-elle soluble dans le calcul économique ? », les économistes intègrent l'éthique médicale dans leur analyse en la considérant comme une « préférence » ou un « capital social » qui agit sur les préférences. En utilisant des outils d'analyse traditionnelle du paradigme standard, elle est considérée comme

un objet économique. L'approche conventionnaliste, considère l'éthique médicale comme une convention (Batifoulier, 1992) : elle n'est pas contrainte puisqu'elle est suivie de leur propre chef par les médecins et elle ne résulte pas d'un contrat. Dans ce cadre d'analyse, l'éthique médicale ne peut pas faire l'objet d'un argument dans une fonction d'utilité à maximiser. « *Elle agit comme norme de comportement en donnant la qualité du médecin : le médecin est celui qui respecte une éthique professionnelle. Déroger à la règle, pour ce dernier, c'est s'exclure de la profession.* » (Batifoulier, 1992, p. 22).

## **2- L'approche conventionnaliste du système de soins**

En raisonnant sous une hypothèse d'incertitude radicale, les économistes conventionnalistes fournissent une théorie de l'action plus proche de la réalité. Cette approche remet radicalement en cause l'appréhension des agents en tant qu'être maximisateur et calculateur. Les conventionnalistes s'accordent pour dire qu'une prise de décision ne se fait pas seulement sur la base du calcul, elle se fait aussi sur la base de l'interprétation et du jugement. Ainsi, ils s'interrogent sur les déterminants de la prise de décision. Dès lors, l'analyse des relations d'agence entre patient, médecin et tutelle sont appréhendées de manière radicalement différente (2-1). Les conventionnalistes intègrent la dimension collective à leur analyse du système de soins, alors qu'elle était occultée par l'approche contractuelle. En effet, la théorie des contrats propose une conception de l'organisation mais elle ne la considère que comme un lieu de rencontre pour les différentes relations interindividuelles (Béjean, 1994). L'EC prend en considération le collectif, mais surtout la pression que peut exercer le groupe sur ses membres afin de conduire les agents à adopter la bonne décision. De manière plus générale, les conventionnalistes s'intéressent aux institutions qui, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, donnent des cadres et des repères aux agents leur permettant d'évaluer des situations et de prendre des décisions.

L'EC appréhende les institutions de la manière suivante : « *Ces ensembles de règles, qui structurent les interactions des agents ou définissent les règles du jeu, sont communément appelés "institutions". Le marché, en tant qu'ensemble de règles, est donc une institution, mais ce n'est qu'une institution parmi d'autres.* » (Biencourt, Chaserant et Rébérioux, 2001, p. 201). Adoptant cette conception de l'institution, les conventionnalistes appréhendent la science économique comme une institution (2-2.). En diffusant une vision négative de l'assurance santé, la théorie économique développe une conception marchande de la santé. Par ailleurs, selon Philippe Batifoulier (2015b), la théorie de l'aléa moral, que nous venons de présenter, donne une caution scientifique à certaines politiques publiques lorsqu'elles essayent de responsabiliser

les patients en cherchant à augmenter les tickets modérateurs. La prise en compte des institutions dans leur cadre d'analyse permet aux auteurs conventionnalistes d'appréhender le système de soins de manière plus réaliste que celle faite par les approches orthodoxes.

### **2-1. L'approche conventionnaliste des relations d'agence**

Le premier auteur conventionnaliste à avoir appliqué le paradigme conventionnaliste au secteur de la santé est Philippe Batifoulier (1992). Il reformule les principes de la régulation du système de soins en termes de conventions d'activité (2-11) et de convention de qualité (2-1.2.). La convention d'activité permet de stabiliser la relation entre la tutelle et le médecin ; la convention de qualité, quant à elle, assure la stabilité de la relation entre le médecin et le patient.

#### **2-1.1. Convention d'activité et relation médecin-tutelle**

Le point de départ de l'analyse de Philippe Batifoulier (*ibid.*) est la théorie de l'agence et son application au domaine de la santé. Pour rappel, la relation entre le médecin et la tutelle est caractérisée par une asymétrie d'information puisque le médecin est toujours le mieux informé. Sachant que la tutelle rémunère le médecin, il est l'agent de la tutelle. De ce fait, le médecin est rémunéré pour l'effort qu'il fournit, mais cet effort est inobservable. Bien que l'effort ne soit pas observable et que le résultat ne soit pas imposé par la tutelle, l'auteur souligne que la relation médicale existe : c'est une convention. En effet, le système de soins est régi par un ensemble d'habitudes et de routines non explicites auxquelles les nouveaux médecins se conforment, ce sont des conventions.

Afin de dépasser la conception des économistes *mainstream* de la relation médecin-tutelle et de l'effet d'induction, Philippe Batifoulier introduit la notion de *convention d'effort*. Elle permet de fournir une solution au pouvoir discrétionnaire du médecin : ce n'est pas le marché qui contraint les médecins, mais une norme endogène. Cette norme, qui permet de définir la relation entre le médecin et la tutelle, est caractérisée par l'autorégulation. L'introduction de ce concept induit deux conséquences sur l'appréhension de la relation médicale. (1) La relation entre la tutelle et le médecin ne peut pas se réduire à une incitation financière, la rémunération n'est pas la seule incitation que la tutelle doit prendre en compte. L'auteur illustre son propos en donnant comme exemple d'autres motivations telles que la démocratie interne, le sentiment d'équité, etc. (2) Comme nous l'avons vu, l'approche conventionnaliste de la relation médicale fait intervenir une dimension collective.

En poursuivant son raisonnement, Philippe Batifoulier s'appuie sur les travaux de Robert Salais (1898) pour dépasser l'hypothèse de rationalité parfaite. L'EC développe, en opposition

au concept de rationalité parfaite de l'approche orthodoxe, celui de rationalité interprétative. Dans ce cadre d'analyse, la coordination est assurée par des habitudes et des routines, également appelées conventions. Sachant que la tutelle a besoin du médecin, et inversement, leur relation est nécessaire afin qu'existe une relation médicale. Ainsi, il existe un compromis : la *convention de productivité* (encadré 3).

### **Encadré 3. La convention de productivité et la convention de chômage**

Robert Salais (1989) consacre une partie de ses recherches aux relations de travail et notamment à l'existence de convention du travail. Avant même que le produit ne soit fabriqué, l'entrepreneur et le salarié s'accordent tous les deux sur le temps futur du travail et sur les tâches que le salarié devra réaliser. Ainsi, l'auteur définit deux équivalences : salaire-travail et travail-produit. Ces deux équivalences font l'objet d'un compromis appelé *convention de productivité*. L'entrepreneur assure au salarié un revenu qui l'écarte de la précarité, en échange, le salarié s'engage auprès de l'entrepreneur à fournir un effort permettant d'atteindre certains résultats. La convention de productivité s'intègre dans une dimension de long terme, la relation perdure au moins jusqu'au moment où le produit est réalisé. A ce moment, la convention de productivité subit l'épreuve de réalité : le produit doit trouver une demande et la vente doit être conforme aux attentes de résultats de l'entrepreneur. La *convention de chômage* assure le compromis entre les tensions internes à l'organisation et l'épreuve de réalité que subit le produit.

Appliquée au domaine de la santé, la convention de productivité prend la forme du don-contre-don (Batifoulier, 1992). Le don est caractérisé par l'autorégulation de la profession médicale. Cette conception de la relation médicale dépasse celle de l'approche orthodoxe considérant l'éthique médicale comme un objet économique. Comme le montre l'auteur, les pratiques d'honoraires sont un exemple typique du fait que la logique marchande ne s'applique pas au domaine de la santé. En effet, la loi de l'offre et de la demande est introuvable lorsqu'elle est appliquée à l'étude des honoraires des médecins libéraux. Le passage en secteur II est le plus développé dans les régions où les médecins sont les plus nombreux. En d'autres termes, c'est dans les régions où il y a le plus d'offreurs de soins que les prix sont les plus élevés. L'explication de ce constat est à chercher dans l'existence de normes (éthique professionnelle, image du métier, valorisation du désintéressement, etc.). Le contre-don est caractérisé, quant à lui, par l'indépendance de la profession, dépassant la simple rémunération. Selon l'auteur, le don-contre-don de l'activité médicale s'inscrit dans une double régulation : (1) la première, représentée par une économie de la modération, est économique valorisant l'éthique médicale ;

(2) la deuxième est politique, elle est caractérisée par le soutien de la collectivité en retour de l'économie de la modération réalisée par les médecins.

La relation entre le médecin et la tutelle, caractérisée par le don-contre-don, prend la forme de ce que Philippe Batifoulier appelle une « *convention d'activité* ». C'est une convention dans la mesure où elle stabilise la relation entre la tutelle et le médecin puisqu'elle permet d'avoir l'assurance d'un niveau d'effort satisfaisant. Pour assurer la stabilité de la *convention d'activité*, les acteurs s'appuient sur des objets afin de se coordonner. Se présentant comme un objet collectif, l'éthique médicale assure la stabilité de la relation médicale quotidienne en garantissant une activité désintéressée. A l'inverse, l'existence de corporations, de syndicats, la spécialisation, etc. assurent la juste rétribution et l'indépendance de la profession. Les conventions d'activités doivent, elles aussi, subir une épreuve de réalisation : c'est l'objet des *conventions de qualité*.

### 2-1.2. Convention de qualité et relation médecin-patient

Afin que la convention d'activité soit viable, le compromis que nous venons de présenter doit subir une épreuve de réalité. En d'autres termes, la relation médicale entre le médecin et le patient doit aboutir à une prestation de soins. En s'appuyant sur la notion de *convention de chômage* de Robert Salais (1989), Philippe Batifoulier explique que la relation médicale doit subir une évaluation de son efficacité. En nous basant sur la présentation de la convention de qualité faite au premier chapitre, nous pouvons soutenir que l'approche orthodoxe de la qualité présente deux inconvénients : (1) les économistes ne s'intéressent qu'aux situations risquées et probabilisables, et (2) la qualité des produits est supposée incorporée au bien. La convention de qualité permet à la fois de donner une mesure générale à la qualité, en sortant de l'approche par son prix, et de stabiliser la relation entre deux agents par le biais d'objets extérieurs au paradigme marchand.

« Les conventions de qualité répondent à ce double objectif. Elles indiquent la qualité des produits par un échange automatique et à distance. Il n'est alors nul besoin de négociation préalable sur la qualité, ce qui permet un gain de temps, d'informations et de ressources. C'est le jugement au sens d'une forme d'organisation sociale associant consommateur et producteur qui garantit la qualité. » (Batifoulier, 1992, p. 33)

Raisonnant en termes de pluralité de modes de coordination, l'auteur retient deux formes de conventions de qualité : l'une industrielle et l'autre domestique. Au sens de l'EC, les conventions de qualité reposent sur le jugement. Les agents peuvent expliquer, grâce à la mobilisation d'arguments, s'ils jugent un médecin bon ou mauvais. Comme nous l'avons vu,

les conventions de qualité prennent appui sur des équivalences, des investissements de formes, assurant le fonctionnement de la relation médicale. L'auteur présente trois outils, de nature industrielle, régissant la relation médecin-patient. Le premier est la marque – consultation, visite, acte de biologie, etc. – définissant le type de prestation et la base de son évaluation. Le deuxième est le diplôme, qui est fonction de la durée des études de médecine. Le dernier outil est la normalisation – normes de commercialisation des médicaments, classification des hôpitaux, etc. Etant de nature industrielle, ces investissements de formes assurent l'efficacité de la relation médicale. L'Etat intervient dans la construction de ces outils : il donne un gage de qualité en objectivant ces objets qui stabilisent la relation entre le médecin et le patient.

Au sens du modèle des économies de la grandeur, la convention de qualité de nature domestique est fondée sur la tradition. Son équivalence repose, à titre d'exemple, sur la recherche d'information auprès de relations, de connaissances, etc. L'approche conventionnaliste sort du cadre d'analyse exclusivement marchand en faisant entrer la confiance dans la définition de la relation médecin-patient. En effet, la relation médicale repose à la fois sur le précédent (la fidélité d'un patient à son médecin), la proximité géographique et de la réputation du médecin. Dans cette perspective, la qualité de la prestation n'est pas intrinsèque au produit, mais aux agents qui jugent la prestation.

Par conséquent, appliquer le paradigme conventionnaliste au secteur de la santé permet de dépasser les limites de l'approche orthodoxe raisonnant exclusivement sous une hypothèse de rationalité parfaite et sous une coordination marchande. Cependant, la théorie *mainstream*, fournissant une caution scientifique aux politiques publiques, possède un caractère conventionnel dans la mesure où elle dit ce qu'il doit compter comme exposé scientifique.

## **2-2. Le caractère conventionnel de la théorie *mainstream***

Les conventionnalistes désignent l'orthodoxie économique comme une convention étant donné qu'elle dicte ce qui doit compter comme réalité, mais aussi comme énoncé scientifique. Pour Olivier Favereau (2013), cette théorie désigne les objets pouvant être analysés, ainsi que les modèles pouvant être utilisés, et s'organise autour d'eux seuls. Le langage formalisé de la théorie économique en fait un « jeu de langage » : elle traduit en modèles mathématiques des idées du langage ordinaire et n'accepte comme critiques que celles formulées dans un langage formalisé. Or, la théorie *mainstream* influence les politiques publiques, ce qui amène à parler de « *performativité* » de la théorie économique (Ambroise, Salle et Sobel, 2015). L'orthodoxie économique de la santé, et notamment la théorie de l'aléa moral, influence la politique de santé en l'orientant vers une responsabilisation des patients (2-1.1.). Ce discours trouve un point

d'appui institutionnel à travers certains acteurs libéraux de la santé (2-2.2.). Ainsi, il existe une *convention néolibérale* soutenue par une représentation partagée sur la manière de concevoir l'efficacité et la qualité du système de santé. Cette convention, qui peut être perçue comme une *mauvaise convention* à l'égard du public puisqu'elle induit davantage d'inégalités et d'inefficacités, est justifiée par les critères de jugement du capitalisme sanitaire (Batifoulier, 2014).

### **3-2.1. Performativité de la théorie économique de la santé ?**

Bruno Ambroise, Grégory Salle et Richard Sobel définissent la notion de performativité de la manière suivante :

« Par-delà des variations ou distinctions mineures, l'idée fondamentale est la suivante : les « sciences économiques », l'économie comme discipline, comme savoir, ne forment pas seulement (voire pas du tout) un discours neutre se bornant à décrire ou observer l'économie comme activité ; bien plus, elles la « performent », c'est-à-dire qu'elles contribuent à la faire advenir, qu'elles participent à son accomplissement, à sa configuration, à son objectivation. En ce sens, on a pu considérer que, à l'instar des discours qui modifient l'état du monde, tel celui de la promesse ou celui du mariage, le discours économique avait un effet « performatif ». Cette idée maîtresse n'apparaît cependant pas comme l'apport le plus original, même s'il est vrai qu'elle éclaire à sa manière le point aveugle d'une position consistant simplement à dévoiler les impensés et à dénoncer l'irréalisme, sinon la fausseté mystificatrice, des modélisations économiques. » (Ambroise, Salle et Sobel, 2015, p. 17).

Dans le secteur de la santé, la théorie économique véhicule une conception marchande des relations sociales et met en avant les comportements stratégiques des acteurs. Comme nous l'avons vu, elle développe l'idée selon laquelle un individu bien assuré serait plus enclin à consommer des produits et des services de soins onéreux avec une meilleure qualité, et de faire un effort minimal en matière de prévention. La vision de l'assurance santé qui en ressort est alors négative. A l'inverse, instinctivement nous pourrions penser que l'assurance santé est une bonne chose dans la mesure où elle permet à des individus d'avoir accès à des soins – qui ne pourraient pas consommer si l'assurance n'existait pas. Pour l'approche conventionnaliste, une telle interprétation est de nature conventionnelle. Pour reprendre les termes utilisés par l'EC, la théorie de l'aléa moral a mis en place une norme de représentation de l'assurance santé particulière, arbitraire dans la mesure où un autre cadre d'interprétation de cette théorie aurait pu être utilisé. Philippe Batifoulier (2015b) parle ainsi de théorie conventionnelle de l'aléa moral dans la mesure où elle développe une interprétation négative et partielle de cette notion.

Ce cadre commun d'interprétation ne s'est pas limité à la communauté de chercheurs, elle s'est étendue en dehors de ce champ, orientant la politique de demande en santé. Cette conception s'est traduite par l'instauration de politiques économiques visant à responsabiliser les patients. Elle est le reflet du partage des coûts entre l'assureur et le patient (*ibid.*). L'auteur montre que le partage des coûts prend quatre formes en matière de santé : (1) le ticket modérateur, correspondant au pourcentage du prix de la consultation payé par le patient, est très répandu en France dans la médecine générale et spécialisée ; (2) le co-paiement correspondant à un prix fixe, indépendamment du coût, est utilisé pour les soins hospitaliers ; (3) la franchise, qui correspond à un seuil au-delà duquel la prise en charge des coûts commence, est, elle, peu répandue en France ; (4) le tarif de responsabilité correspond à la base tarifaire retenue par l'organisme public pour le remboursement des différentes prestations de santé, qui répandue dans la prise en charge du médicament en Europe.

L'interprétation de l'aléa moral en économie de la santé n'est pas la seule possible, mais représente celle qui nourrit les politiques publiques. En effet, utilisant le vocabulaire des économistes *mainstream* – le langage formalisé de la théorie du choix rationnel – cette conception se présente comme une vérité scientifique. Les exemples dans lesquels les hommes politiques citent des économistes pour justifier leur choix en matière d'assurance publique sont nombreux aux Etats-Unis, mais aussi en France (*ibid.*). En prenant comme exemple un article de Jean Tirole, Philippe Batifoulier montre que c'est notamment le cas de l'Ecole d'économie de Toulouse où se développe cette conception de l'assurance maladie et où les travaux basés sur une approche contractuelle se succèdent. Le fondateur explique dans cet article que faire payer le patient par une cotisation ou par une franchise est la même chose :

« Outre l'effet bénéfique attendu d'une participation du patient, il faut comprendre que, pour des dépenses récurrentes et communes à tous les assurés, il n'est pas très différent de payer cette participation sous la forme d'une cotisation ou d'une franchise. Prenons le cas d'un assuré certain de se rendre une fois par an chez le médecin : pour une consultation de 23 euros, s'il est sous franchise, il devra payer cette somme de sa poche, mais s'il est intégralement couvert sans franchise, l'assurance prendra en charge 23 euros supplémentaires, qu'elle imputera sur la prime ou la cotisation. Dans tous les cas, l'assuré aura payé 23 euros. » (Dormont, Geoffard et Tirole, 2014, p. 9).

Cet exemple est tiré d'une note du conseil d'analyse économique, qui est un lieu de réflexion visant à conseiller le Premier ministre. Sachant que ce conseil réunit des économistes *mainstream*, il n'a pas vocation à être pluridisciplinaire et illustre la volonté de ces économistes à limiter le débat (Batifoulier, 2015b).

Développant cette conception de l'assurance santé, les économistes mettent l'accent sur le comportement des patients, mais occultent celui des médecins (Batifoulier, 2012). A titre d'exemple, à l'hôpital le patient n'est pas responsable de ses dépenses de soins. Il se développe tout de même une conception marchande et industrielle de l'hôpital (chapitre 3). Même si cette théorie de l'aléa moral n'est pas adaptée à l'ensemble du domaine médical, il semblerait qu'elle ait réussi à créer les conditions sociales pour qu'existe une réelle performativité : son discours entre en résonance avec les intérêts privés des acteurs du capitalisme sanitaire – c'est-à-dire les sociétés d'assurance, l'industrie pharmaceutique et les médecins libéraux.

### 2-2.2. Convention néolibérale et capitalisme sanitaire

La théorie conventionnelle de l'aléa moral a des répercussions en matière de politiques de santé : faire payer les patients et inciter financièrement les médecins. La théorie de l'aléa moral semble s'être imposée dans l'espace public au détriment de la théorie du pouvoir d'induction du médecin. Les conséquences d'un point de vue politique ne sont pas les mêmes. Le patient devient un véritable acteur de la relation médicale, il est responsabilisé et maître de son état de santé. Le médecin est vu comme un simple conseiller dans la relation médicale. Les patients s'appuient sur son expertise pour prendre leurs décisions.

Plus qu'un débat académique, la théorie conventionnelle permet aux acteurs libéraux de s'imposer (Batifoulier, 2014). La conception conventionnelle de l'aléa moral permet, en France, de justifier le développement des assurances privées au détriment de l'assurance publique. L'assurance privée permet de faire des économies en transférant les charges – avant supportées par le public – vers le privé et de responsabiliser les patients. Par ailleurs, l'assurance santé permet de faire fonctionner les marchés financiers, à la différence de l'assurance publique. Le développement de l'assurance santé privée permet également aux organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) de participer à la régulation du système de soin. Ils ont notamment un droit de veto pour les accords conclus dans les domaines où ils sont les assureurs majoritaires (optique, dentaire, prothèse, etc.). Du côté de la médecine libérale, la théorie de l'aléa moral oublie qu'avant de consommer, c'est le médecin qui rédige l'ordonnance. Dans la réalité, la profession médicale parvient, depuis des années, à détourner les contraintes qui lui sont adressées. Cela explique, en partie, le fait que c'est la théorie conventionnelle de l'aléa moral qui est utilisée pour justifier les politiques publiques et non la théorie du pouvoir d'induction. Il existe plusieurs conceptions de la théorie de l'aléa moral faisant émerger des incitations différentes : les patients subissent une incitation financière sous la forme de malus, d'une part, les médecins, quant à eux, bénéficient d'une incitation financière sous la forme de bonus

(Batifoulier, 2014). En effet, ce n'est pas la même chose de faire payer le patient (tickets modérateurs, forfait, etc.) que de proposer des bonus aux médecins (installation dans des déserts médicaux, prescrire des médicaments génériques, etc.).

Le développement et la diffusion d'une conception négative du système de santé modifient la représentation qu'en ont les agents. Lorsqu'une telle représentation est partagée, elle est appelée convention. Ainsi, nous pouvons qualifier cette convention de *convention néolibérale* dans la mesure où elle est portée par les représentations des acteurs libéraux.

« Cependant, la convention n'est mauvaise qu'au regard de critères de jugement partagés par le public mais qui ne sont pas ceux valorisés par le capitalisme sanitaire. Ce dernier cherche à justifier le report du public vers le privé pour les soins rentables mais aussi le report du privé vers le public pour ceux qui ne le sont pas ou pour les dépenses différées et majorées induites par la privatisation. Les dépenses de santé publiques sont donc amenées à augmenter en période de privatisation pour financer cette fabrique des inégalités. » (Batifoulier, 2015a, p. 18).

Pour exister, le néolibéralisme sanitaire doit se construire sur une représentation partagée du système de soin. La représentation repose à la fois sur la théorie économique et sur les acteurs qui soutiennent cette conception de l'assurance santé. La convention sur laquelle repose le système de santé actuel peut être qualifiée de *mauvaise* (*ibid.*). En effet, cette nouvelle régulation produit à la fois plus d'inégalités et d'inefficacités. Le développement des assurances privées produit des inégalités dans la mesure où elles sélectionnent les profils et pratiquent une discrimination tarifaire. Dans ce contexte, les pouvoirs publics interviennent et prennent en charge les risques lourds ainsi que les individus les plus démunis<sup>9</sup>. Par ailleurs, les dispositifs comme le médecin traitant, où les patients se voient dans l'obligation de le consulter sous peine de payer plus cher leur consultation, creusent encore plus les inégalités sociales de santé (encadré 4).

#### **Encadré 4. Les inégalités sociales de santé**

Afin d'appréhender les inégalités dans le domaine de la santé, les chercheurs en sciences sociales utilisent l'expression « inégalités sociales de santé ». Les inégalités en santé ne peuvent pas être seulement caractérisées par des inégalités géographiques empêchant une partie de la population à accéder à certains soins. Elles sont le reflet des inégalités structurelles qui existent dans un pays, à un moment donné. Les personnes en situation de précarité et de pauvreté sont ces mêmes personnes pour lesquelles l'état de santé est le plus altéré. La maladie, pour cette

<sup>9</sup> La couverture maladie universelle complémentaire, dite CMU-C, a été mise en place afin de protéger les personnes les plus démunies. Elle a été instaurée par la loi du 27 juillet 1999.

catégorie d'individu, devient une épreuve financière. Se priver de l'accès à certains soins n'a cependant pas les mêmes conséquences que se priver d'un bien de consommation quelconque. Les inégalités structurelles ne sont pas les seules responsables des difficultés auxquelles doivent faire face les professionnels de santé et les pouvoirs publics. Les problèmes sanitaires – liés à la qualité de l'air, la pollution, mais aussi à la souffrance au travail des professionnels de santé, ainsi que les conséquences sanitaires de la crise économique – sont autant de difficultés permettant de montrer que la santé est un objet complexe à appréhender dans la recherche en sciences sociales.

Puisque les conventionnalistes dotent les acteurs d'une rationalité interprétative, les agents économiques peuvent justifier et critiquer les situations. La *convention* est justifiée, d'une part, par les acteurs du néolibéralisme sanitaire qui soutiennent et développent l'idée que l'intensification de la concurrence dans le secteur sanitaire induit davantage d'efficacité. Elle est critiquée, d'autre part, par les acteurs publics, pour qui la concurrence a des conséquences à la fois sur leur niveau de vie, mais aussi sur leur état de santé. Comme nous l'avons expliqué au premier chapitre, la notion de *mauvaise convention* prend tout son sens au moment où la convention peut être justifiée et critiquée.

Avec le deuxième chapitre de ce mémoire de recherche, nous avons pu mettre en évidence le fait que les économistes, qu'ils soient d'inspiration néoclassique ou d'économie politique, doivent prendre en compte dans leur analyse la spécificité du secteur de la santé. En effet, les économistes qui développent des travaux microéconomiques – utilisant des modèles patient-consommateur et médecin-producteur – se sont très rapidement accordés sur le fait qu'un marché des soins en concurrence pure et parfaite était introuvable. Ils ont adapté leur modèle aux spécificités du secteur de la santé en intégrant, dans leur modèle, l'hypothèse de demande induite et celle du pouvoir discrétionnaire des médecins. Cependant, une autre limite était d'occulter le rôle des pouvoirs publics – et plus largement du cadre institutionnel. L'approche contractuelle se révélerait plus adaptée à l'étude du système de soins ; avec la théorie des incitations, les économistes raisonnent en termes d'incertitude et d'asymétrie d'information. Par ailleurs, la théorie de l'agence prend en compte le rôle de la tutelle – des assureurs privés ou publics – dans la régulation du système de santé. Néanmoins, on reprochera à l'approche contractuelle, d'une part, le fait qu'elle ne raisonne qu'en termes probabilisable et, d'autre part, qu'elle considère l'éthique médicale comme un simple objet d'étude économique intégrée à une fonction de maximisation de l'utilité.

L'approche conventionnaliste permet d'apporter une nouvelle analyse de la coordination en sortant du cadre d'analyse du marché et en dépassant la rationalité standard des agents économiques. La coordination est étudiée d'une toute autre manière : les conventionnalistes étudient la coordination à travers les jugements et les représentations collectives des acteurs. L'action publique – plus largement les institutions – est appréhendée comme un cadre, elle sert des repères aux individus lorsqu'ils doivent prendre leurs décisions. Les représentations collectives sont alors nourries des évolutions de la politique publique et du cadre institutionnel. Selon les économistes conventionnalistes, la théorie économique de l'aléa moral possède un caractère conventionnel. D'une part, la théorie de l'aléa moral est une convention puisqu'elle est arbitraire : une autre conception de l'aléa moral peut être acceptée. D'autre part, c'est une convention qui peut être justifiée. Elle est notamment justifiée par des critères de valorisation soutenus par certains acteurs du néolibéralisme sanitaire (assurance privée, médecine libérale et industrie pharmaceutique). La théorie *mainstream* possède, d'autre part, une forme de performativité dans la mesure où elle influence les politiques de santé qui sont mises en place.

Une série de réformes se sont succédé depuis les années 1970, développant une conception davantage marchande du système de soins. L'objectif du dernier chapitre de ce mémoire est, en s'appuyant sur les travaux conventionnalistes du système de santé, de mettre en lumière le changement des représentations collectives à l'œuvre depuis ces dernières années. Nous verrons notamment que, fondamentalement, le système de santé fonctionne avec une logique traditionnelle, domestique et éthique, mais que depuis quelques décennies son fonctionnement se transforme en une logique marchande et industrielle.

### CHAPITRE 3. MARCHANDISATION ET INDUSTRIALISATION DES SOINS : UNE ANALYSE CONVENTIONNALISTE DU SYSTEME DE SANTE.

---

L'économie des conventions est une théorie de l'action permettant d'analyser la coordination, tout en sortant du cadre standard de l'optimisation. Elle prend au sérieux les représentations, les arguments, les motivations, les raisons et les motifs des acteurs, qui leur permettent de prendre des décisions et d'agir dans leur quotidien. Les conventionnalistes raisonnent en univers incertain ; les agents s'appuient sur leurs représentations et sur des objets pour prendre leurs décisions. En effet, à partir des travaux de Keynes, l'EC met en lumière le fait que c'est précisément puisque nous sommes dans un environnement incertain et non probabilisable que les agents s'appuient sur des *conventions* pour se coordonner. Dotant les individus d'une rationalité interprétative, l'EC considère les agents comme des êtres politiques et sociaux (Carnoye, 2016). Ainsi, elle prend au sérieux les arguments et les critiques formulées par les acteurs, leur permettant de justifier leur décision ou leur désapprobation. La rationalité interprétative des acteurs permet également de donner un sens à l'action publique et de l'interpréter grâce à la représentation singulière du bien commun qu'elle véhicule. Dans ce contexte, la politique publique, légitimant certains comportements plutôt que d'autres, se présente comme ressource pour les acteurs. En ce sens, l'action publique permet de réduire l'incertitude.

Ainsi, la politique publique agit sur les représentations des acteurs à l'œuvre pour qualifier le système de santé. L'assurance santé étant, d'une manière assez instinctive, une institution qui peut être perçue comme un instrument permettant d'augmenter le progrès social (accès aux soins, meilleure espérance de vie, etc.), est qualifiée d'une toute autre manière par la théorie économique et la politique publique. Depuis la hausse des dépenses sociales qui a eu lieu à partir des années 1970, les dirigeants politiques privilégient la maîtrise – voire la réduction – des dépenses sociales<sup>10</sup>. Le point de vue défendu par les dirigeants, mais aussi par les économistes, rend compte d'un raisonnement critique à l'égard des réalités matérielles et institutionnelles de la protection sociale (Barbier et Théret, 2004). Les différentes réformes qui se sont succédé, depuis cinq décennies, ne sont pas inéluctables. Elles sont le fruit d'une prise

---

<sup>10</sup> Selon l'OCDE, les dépenses sociales correspondent à l'ensemble des prestations en espèces, des biens et services fournis directement et les allègements fiscaux à visées sociales. Parmi l'ensemble des dépenses sociales publiques, les postes les plus importants sont la santé et la vieillesse.

de décision politique et de choix institutionnels. Les réformes existent pour plusieurs raisons : le progrès médical ou encore le vieillissement de la population. Cependant, elles sont aussi motivées par la volonté des dirigeants politiques de mettre en conformité le système de santé avec les nouvelles politiques macroéconomiques, et notamment celles fondées sur l'orthodoxie budgétaire, la centralité des mécanismes de marché et l'intensification de la concurrence. « *L'objectif des réformes n'est pas seulement de contrôler la demande ou l'offre de soins ni peut-être d'améliorer les systèmes de santé, mais de les restructurer pour les adapter au nouveau contexte économique.* » (Palier, 2010, p.52).

La France n'est pas le seul pays à restructurer le fonctionnement de son système de santé, l'ensemble des pays développés ont mis en place des réformes, plus ou moins profondes (*ibid.*). L'objectif des gouvernements est de réduire, ou du moins contrôler, les dépenses publiques. Ces réformes ont comme point commun de développer des mécanismes de régulation fondés sur la concurrence entre les acteurs. Ainsi, la concurrence – développée entre les opérateurs d'assurance complémentaire et entre les prestataires de soins – doit entraîner une meilleure efficacité. Comme nous l'avons vu précédemment l'intensification de la concurrence est une des sources de l'augmentation des inégalités et de dépenses de santé. Les politiques de santé orientent les acteurs à construire un marché de la santé. Cette nouvelle orientation marchande de la santé a des conséquences sur les représentations des agents, mais aussi sur leurs comportements. L'objectif des politiques publiques est d'amener les agents à adopter un comportement compétitif et maximisateur (section 1). La construction sociale d'un marché des soins s'accompagne nécessairement d'un accord sur la qualité ainsi que sur la nature des soins (section 2). Ainsi, le développement d'une logique marchande du secteur de la santé s'est suivi de la diffusion d'une logique industrielle. La dimension industrielle de la qualité des soins se diffuse dans le développement des normes, des classements, des palmarès, etc. qui sont autant de dispositifs considérant le soin comme un produit. Dans cette perspective, l'objectif du système de soins est alors de gagner en productivité et en efficacité. L'intensification de la concurrence s'accompagne également d'une transformation de la régulation du système de santé : les pratiques médicales sont de plus en plus standardisées et normalisées (section 3).

## **1- Marchandisation du système de soins**

En France, les réformes des années 1970 sont ciblées sur l'offre de soins (Barbier et Théret, 2004). Pour rappel, le contexte économique des années 1970 est le suivant : la France entre dans une période de stagflation à partir des années 1975 jusqu'en 1983, date où a eu lieu une récession. Au cours de cette période, la croissance économique est essentiellement tirée par

les exportations ; les salaires apparaissent davantage comme un « coût » à réduire que comme une demande interne à nourrir. Dans le même temps, les dépenses sociales continuent de progresser puisque de nouvelles lois sur la protection sociale sont votées (à titre d'exemple, en 1978 est votée une loi de généralisation de la Sécurité sociale). A ce moment, l'objectif du gouvernement était de contrôler l'offre de soins. Pour ce faire, le *numerus clausus*, instauré en 1971, a été renforcé. Signifiant « numéro fermé », le *numerus clausus* permet de limiter le nombre de places en étude de médecine. De 1971 à 1983 il est passé d'environ 8 700 places à 5 000. Du côté de la demande, la volonté du gouvernement était d'augmenter les cotisations sociales dites « salariés » pour ajuster les ressources aux dépenses. De plus, les taux de remboursement, notamment pour les médicaments et les soins ambulatoires, ont diminué. Cependant, ces mesures n'ont pas suffi pour contrôler la hausse des dépenses de santé. A partir de 1984 s'ouvre une période appelée « *désinflation compétitive* » qui durera jusqu'en 1993 (*ibid.*). Le gouvernement change de politique et met en place des politiques budgétaires restrictives. Au niveau de la régulation du système de santé, la politique de santé reste la même : diminution du *numerus clausus*, et tentative de désocialisation de la demande de soins. Les années 1990 marquent un véritable tournant dans la politique de santé : la mise en place du secteur II, bien que son expansion ait été stoppée en 1990, illustre la volonté du gouvernement de transférer la prise en charge publique vers les patients. Très vite, les assurances maladie complémentaires se sont développées. La régulation du système de santé se concentre sur la demande, et non sur l'offre qui se révèle être politiquement plus risquée (*ibid.*).

Les politiques qui se sont développées par la suite mettent l'accent sur le patient et sur sa responsabilité ; elles incitent les acteurs à se comporter comme sur un marché. La construction d'un marché de la santé est nécessairement sociale. Elle provient d'un changement dans les règles du jeu (1-1.). L'appréhension marchande du secteur de la santé influence les représentations qu'en ont les agents du système (1-2.).

### **1-1. La construction sociale d'un marché de la santé**

Le développement d'une logique marchande dans le secteur de la santé ne fait aucunement référence aux principes du marché walrasien en concurrence parfaite, sur lequel se rencontrent des offreurs et des demandeurs. L'analyse menée par les auteurs conventionnalistes se rapproche, au contraire, de celle de Benjamin Coriat et Olivier Weinstein (2004). Ces économistes envisagent le marché comme une construction sociale, qui doit être analysé comme une institution parmi d'autres (encadré 5).

La construction sociale d'un marché de la santé suppose un changement dans les règles du jeu puisque le patient, qui est appréhendé comme un consommateur, doit être émancipé du pouvoir d'induction du médecin, le producteur. Le changement institutionnel, qui précède à la mise en place d'un tel marché, établit de nouvelles représentations collectives. L'une des conséquences de ces changements est de développer, chez le patient, des attitudes de consommateur (1-1.1.). La régulation marchande du système de santé implique également le développement d'une logique assurantielle dans le financement des soins (1-1.2.). Ce développement transforme l'incertitude radicale en risque probabilisable (Domin, 2010).

#### **Encadré 5. Le(s) fondement(s) institutionnel(s) des marchés**

Selon Benjamin Coriat et Olivier Weinstein (2004), pour comprendre comment se crée et s'organise un marché, il convient de donner trois explications sur l'origine du marché. La première concerne *l'organisation des interactions entre les agents*, c'est-à-dire comprendre comment les acteurs se rencontrent, comment se sont passées les interactions et menées les négociations. La deuxième concerne la manière selon laquelle les agents se mettent d'accord pour échanger. En d'autres termes, pour échanger les acteurs doivent trouver un accord sur la qualité du bien et sur le prix – et plus généralement sur l'évaluation et sur ce que les auteurs appellent « *la définition des conditions monétaires de l'échange* » (*ibid.*, p.52). La troisième concerne *l'architecture* du marché, c'est-à-dire la manière dont sont différenciés les acteurs qui se retrouvent sur ce marché. Ainsi, la marchandisation d'une activité est le fruit d'une construction sociale et de choix plus ou moins délibérés.

L'analyse de Benjamin Coriat et Olivier Weinstein peut parfaitement s'appliquer à l'étude du marché de la santé comme construction sociale, comme l'a fait Jean-Paul Domin (2010).

#### **1-1.1. L'émergence d'un consommateur de soins**

Dans la réalité, la santé n'est pas un bien échangé sur un marché. Le marché de la santé n'est pas une réalité, mais une ambition. Pour qu'un marché de la santé existe, il convient de changer les règles du jeu (Batifoulier, 2014). Plus précisément, le fonctionnement du marché de la santé requiert l'existence d'un patient se comportant comme un consommateur de soins, animé par son seul intérêt personnel. Or, tel n'est pas le cas dans la réalité. Comme nous l'avons vu, les asymétries d'information et le pouvoir d'induction du médecin empêchent le patient de se comporter comme un consommateur parfaitement informé. Par conséquent, la création d'un marché de la santé suppose que le patient soit émancipé du pouvoir d'induction du médecin et qu'il puisse s'informer. Le patient doit alors promouvoir son pouvoir de marché.

Dans un article de 2010, Jean Paul Domin explique qu'en France, deux lois sont à l'origine de l'émergence d'un consommateur de soins et, plus généralement, de la construction sociale d'un marché. La première est celle du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, favorisant la démocratie sanitaire. La « *démocratie sanitaire* » illustre le fait que les professionnels de santé ne sont pas les seuls à pouvoir détenir l'information sur l'état de santé du patient :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Art. L 1111-2.)

A travers la construction d'un cadre juridique, la relation entre le médecin et le patient est rééquilibrée. Le patient est émancipé du pouvoir discrétionnaire du médecin. Participant à la construction sociale d'un marché de la santé, cette loi a comme objectif principal de prôner la coopération entre ces deux agents du système. Transformée par une logique de marché, la démocratie sanitaire conduit à appréhender le patient comme un acteur pouvant faire valoir son pouvoir de marché – possédant les informations nécessaires pour établir un diagnostic sur son état de santé, le patient peut désormais mettre en compétition les professionnels de santé ainsi que les assureurs complémentaires (Batifoulier, 2014). Cependant, la démocratie sanitaire n'implique pas nécessairement que le patient se comporte tel l'agent modélisé par la théorie économique (Batifoulier, Domin et Gadreau, 2008). En effet, le patient reçoit une information médicale, complexe, et n'est pas forcément en mesure de remettre en cause le diagnostic médical et de demander un autre traitement que celui qu'il reçoit.

La deuxième loi à l'origine de la construction sociale du marché de la santé est celle du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (Domin, 2010). Elle institue le partage des rôles entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) et instaure le système du panier de soins. Le partage des coûts entre AMO et AMC concerne principalement l'optique, les soins dentaires, les appareils auditifs, les dépassements d'honoraires, mais aussi l'hébergement à l'hôpital. L'AMO prend principalement en charge les maladies lourdes, appelées « affections de longue durée » (ALD) et s'est désengagée des autres dépenses coûteuses, laissées au marché de la complémentaire santé. Dans ce contexte, le patient est considéré comme un consommateur dans la mesure où, face aux prix exorbitants de certains dispositifs, il a le pouvoir de faire jouer la concurrence entre les professionnels de santé

(Batifoulier, 2014). A titre d'exemple, il est possible aujourd'hui de comparer les prix des lunettes en particulier en achetant une nouvelle paire sur internet. De plus, le patient est libre de consulter le professionnel de santé ayant le rapport qualité-prix qui lui convient le plus. Par ailleurs, le désengagement de l'AMO sur certains dispositifs médicaux, ainsi que le développement de la coassurance incitent le patient à se responsabiliser et à limiter ses dépenses en matière de santé. En effet, l'AMC peut prendre en charge les dépassements d'honoraires des médecins conventionnés en secteur II, mais les patients doivent quand même payer un reste à charge.

De ce fait, l'émergence d'un consommateur de soins est le fruit d'une double évolution en matière de politique de santé : l'autonomisation du patient et la régulation par la demande (Batifoulier, Domin et Gadreau, 2008).

« Une première tendance de fond est de prendre en considération le patient comme acteur autonome. Dans les faits, l'émergence d'un patient actif s'est traduite par la structuration d'un droit des patients privilégiant le droit à l'information et la recherche du consentement éclairé. Simultanément la politique économique met l'accent sur la demande dans la régulation de la dépense de santé. Cette double évolution conduit à l'émergence d'un consommateur de soins. Elle s'appuie sur la structuration d'un consommateur souverain car informé, évaluant des produits de santé standardisés (panier de soins) et des services spécifiques (médecin traitant). Cette analyse s'interroge sur les implications de ces transformations, en termes d'efficacité et d'équité. » (Batifoulier, Domin et Gadreau, 2008, p. 27).

Le développement d'une logique marchande dans le secteur de la santé – mais aussi l'émergence d'un consommateur de soin – a des conséquences notables sur l'organisation du système de soins. La principale, et première, transformation est le développement des organismes complémentaires d'assurance maladie (Domin, 2010).

### **1-1.2. Le développement des organismes complémentaires d'assurance maladie**

Placés derrière la Sécurité sociale, les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) sont le deuxième financeur de la protection sociale en France. En 2017, les OCAM ont versé 26,3 milliards d'euros de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) (encadré 6), soit 13,2% de la dépense de santé. Hors CSBM, ils ont versé 1,7 milliards pour financer des prestations du types chambre particulière à l'hôpital, médecines alternatives, etc. (Drees, 2019, p.23). La part des OCAM dans le financement des prestations sociales ne cesse d'augmenter. A titre d'exemple, en 1995 ces acteurs versaient 11,9 milliards de prestations (Domin, 2010). Les OCAM se décomposent en trois acteurs : les mutuelles de santé, qui sont les premiers acteurs du marché de la complémentaire santé, les sociétés d'assurance et les

institutions de prévoyance. Ces trois acteurs n'ont pas les mêmes droits. Les mutuelles sont régies par le Code de la mutualité, les institutions de prévoyance sont régies par le Code de la Sécurité sociale, et les sociétés d'assurance, quant à elles, sont régies par le Code de l'assurance. Le marché de la complémentaire santé connaît, suite à une directive européenne de 1992, un phénomène de concentration. Cette directive a profondément modifié le Code de la mutualité, et a accéléré le phénomène de concentration des mutuelles. Pour illustrer ce propos, il faut noter qu'en 2001, il existait 1528 mutuelles contre seulement 512 en 2012 (Abecassis, Coutinet et Domin, 2014). Le marché de la complémentaire santé est de plus en plus concentré et concurrentiel. Pour reprendre le terme de Paul DiMaggio et Walter Powell (1983), le risque pour les mutuelles de santé est qu'elles subissent un « *isomorphisme institutionnel* ». En effet, la théorie économique montre que lorsque des acteurs issus de l'économie sociale et solidaire (mutuelles) et des structures capitalistes (sociétés d'assurance) se rencontrent sur un marché, les premières ont tendance à imiter le comportement des deuxièmes.

#### **Encadré 6. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)**

Selon l'Insee, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) comprend les soins ambulatoires (médecins, dentistes, laboratoire d'analyses, thermalisme, auxiliaires médicaux) ainsi que les soins hospitaliers. Il est également intégré dans la CSBM les transports sanitaires, les médicaments, l'optique, les prothèses, etc. Il n'est pas pris en compte les dépenses de soins aux personnes handicapées et âgées en institution. En 2017, la CSBM est évaluée à 199,3 milliards d'euro (DREES, 2018b, p.32). Les soins hospitaliers représentent 46,6% du total de la CSBM, devant les soins de villes (26,8%) et les médicaments (16,3%).

Depuis les années 1950, la part de la CSBM dans le PIB a progressé à un annuel moyen de +9,7%, contre +7,7% pour le PIB en valeur (*ibid.*, p.34). La progression de la CSBM connaît un pic entre les années 1950 et 1985. La généralisation de la Sécurité sociale rend solvable la demande de soins, et stimule ainsi la demande. La dépense de soins de ville augmente, notamment en raison du développement des assurances complémentaires qui financent, elles aussi, la demande. Leur taux de couverture passe de 31,0% de la population en 1960, à 69,0% en 1980.

La croissance de la CSBM ralentit dès le début des années 1980. C'est à ce moment que les pouvoirs publics ont mis en place une politique de santé restrictive. Cependant, lors des périodes de crise et de ralentissement économique, la part de la CSBM dans le PIB augmente légèrement.

Avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016, 95,0% des français étaient couverts par une complémentaire santé (Drees, 2019). Parmi ces personnes, 7,0% étaient

couvertes par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). L'accès à l'assurance complémentaire est l'une des sources des inégalités sociales de santé. D'une part, une part non négligeable de la population n'a pas accès à une assurance santé pour des raisons financières : malgré la mise en place de la CMU-C en 2000, près de 12,0% parmi les 20,0% des individus les plus modestes n'ont pas accès à la complémentaire santé (DREES, 2019). D'autre part, les contrats proposés par les OCAM participent également au développement des inégalités : les contrats collectifs – souscrits par une entreprise pour un collectif de salarié – offrent de meilleures garanties que les contrats individuels, particulièrement en optique et en dentaire.

Avec Didier Torny (1995), nous pouvons montrer que cette organisation des complémentaires santé correspond à une cité de l'assurance, au sens du modèle des économies de la grandeur développé par Luc Boltanski et Laurent Thévenot (1992). L'auteur tente de construire une « cité de l'assurance » en reprenant les six axiomes du modèle (cf encadré 2). L'axiome de commune humanité (A1) signifie alors que les individus ont tous le droit d'accéder à l'assurance santé, aucun individu de la cité ne peut y être exclu. Ce principe fait donc de l'assurance santé une obligation. L'axiome de dissemblance (A2) implique que les personnes assurées peuvent avoir des risques différents – des *états différents* –, mais qui sont ordonnés (A4). Ainsi, l'assurance attache à chaque personne, pour un moment donné, un risque et ces personnes doivent s'acquitter d'une prime : plus le risque est élevé plus la prime est élevée elle aussi. Cependant, le principe de commune dignité (A3) garantit que les membres de la cité peuvent tous avoir accès à l'ensemble des classes de risques définis par le principe 3. Les changements opérés dépendent du principe de sacrifice (A5), changer de classe de risque à un coût. A titre d'exemple, c'est en refusant de boire un verre avant de prendre le volant, et de ce fait d'être prudent, que l'assuré peut voir son risque diminuer et donc sa grandeur augmenter. Enfin, le principe de bien commun (A6) garantit que la prudence et la bonne conduite satisfont à la fois l'individu lui-même, mais aussi l'ensemble des membres de la cité. Si tel est le cas, c'est parce qu'en diminuant son propre risque, l'assuré fait diminuer son coût pris en charge par la communauté. Dans le cas de la cité assurantielle, le principe de justice serait celui de la différenciation des personnes fondée sur le risque, c'est-à-dire l'équité actuarielle.

En réalité, ce « principe de justice » justifie la responsabilisation des patients. L'objectif est qu'ils prennent en charge eux-mêmes leur capital santé et qu'ils limitent leur aléa moral qu'il soit *ex ante* ou *ex post*. Le développement de l'assurance santé complémentaire participe, comme nous l'avons vu, à la construction d'un marché de la santé. Or, la santé n'est pas un bien marchand. C'est parce que les individus ne considèrent pas la santé comme une marchandise

que la construction d'un marché de la santé ne va pas de soi. Le besoin de consommer des soins est aléatoire, mais surtout, il est involontaire. Le secteur de la santé met en lumière le fait que l'être humain peut souffrir ; c'est parce qu'il souffre qu'il consulte et qu'il fait apparaître son besoin de consommer des soins. A l'inverse, pour les acteurs du capitalisme sanitaire c'est bien parce que la santé n'a pas été totalement marchandisée qu'elle peut offrir de nouveaux débouchés.

## **1-2. Représentations et valeurs du secteur de la santé**

Le secteur de la santé est un monde dans lequel les valeurs ont une place particulière : souffrance, sentiment, affectif, etc. Pour l'EC, les valeurs sont utilisées par les acteurs pour justifier ou dénoncer au nom de leur propre conception d'un système de santé juste. La construction d'un marché de la santé a comme conséquence de modifier la représentation que se font les agents d'un « bon » système de santé, ainsi que la perception des acteurs de la relation médicale. Les dispositifs marchands, qui sont mis en place par les pouvoirs publics, modifient les jugements et les représentations. (1-2.1.). La politique publique participe ainsi à la valorisation des valeurs libérales, contre les valeurs hippocratiques (1-2.2.). L'éthique médicale, qui peut être appréhendée en fonction d'une convention d'interprétation coordonnant les jugements et les comportements, peut évoluer en fonction de la politique économique. De ce fait, l'action publique légitime une interprétation marchande des textes et des codes de déontologie, qui sont fondamentalement incomplets (Batifoulier et Gadreau, 2006).

### **1-2.1. Valeurs hippocratiques versus valeurs libérales**

La construction sociale d'un marché de la santé modifie la représentation que se font les individus du système de santé. L'EC est un paradigme qui permet d'analyser le changement de représentations à l'œuvre dans le secteur de la santé. Les conventionnalistes considèrent les valeurs comme des conventions sociales dans la mesure où elles sont mobilisées par les acteurs pour justifier leurs actions. Les valeurs ont le statut de convention par leur double dimension : de coordination et d'évaluation (Batifoulier, 2011). Elles sont vectrices de coordination au sein d'une communauté dans la mesure où elles sont partagées par ses membres. Elles se présentent également comme un modèle d'évaluation, d'une règle ou d'une action, dans la mesure où elles sont considérées comme des ressources normatives.

Le secteur de la santé est un monde où prévalent les valeurs. Elles sont institutionnalisées dans des codes éthiques, des textes de déontologie, etc. Le fait que le monde de la santé soit chargé en valeurs tient au fait que la qualité du bien santé – d'être en bonne santé – conditionne

la vie des individus. En effet, être en bonne santé permet aux personnes de travailler, de bien vivre, etc. De ce fait, les problèmes de justice et d'injustice liés à la santé s'expriment avec une intensité particulière (*ibid.*). Ces problèmes s'expriment, notamment, dans la manière dont sont délivrés les soins et dans la construction du système de santé lui-même. L'EC est une théorie particulièrement adaptée à l'étude des changements de représentations à l'œuvre dans le système de santé. En France, la santé n'est pas devenue un marché, mais les politiques publiques orientent les agents du système à se comporter comme des acteurs marchands.

Plus qu'un changement institutionnel, le développement d'une logique marchande conduit les individus à changer leurs représentations et leurs comportements. Le résultat des politiques publiques mises en place peut être l'inverse de l'effet escompté. La politique de santé a eu comme conséquence un effet paradoxal. En effet, la maîtrise des dépenses de santé a conduit à augmenter les inégalités sociales de santé et, de ce fait, à mettre place des filets de sécurité – tel que la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) – ce qui a entraîné une augmentation des dépenses publiques. Les conventionnalistes expliquent ce paradoxe en mettant en lumière le fait que ce sont les instruments de la régulation du système de santé qui conduisent à augmenter les inégalités. L'introduction de mécanisme à logique marchande dans un contexte où prévalent des valeurs, telles que l'éthique médicale et la solidarité, conduit à changer la vision du comportement adéquat à adopter dans ce contexte. L'action publique a, de ce fait, activé des comportements qui n'étaient pas attendus. Elle légitime des comportements intéressés et minorent les comportements désintéressés. Nicolas Da Silva (2014) illustre ce propos à travers la notion de « *crowding out effect* » qui signifie « *effet d'éviction* ». L'idée est la suivante : les motivations intrinsèques peuvent être évincées par les motivations extrinsèques. Appliqué à la médecine libérale, l'effet d'éviction signifie que les médecins sont motivés par des motivations intrinsèques – c'est-à-dire par l'activité elle-même, et se voient soumis à des motivations extrinsèques – incitations financières, réputations, etc. Par conséquent, contrairement à ce que prédit la théorie économique, les incitations financières peuvent démotiver les médecins. Elles peuvent être interprétées comme un défaut de confiance de la part des instances dirigeantes et provoquer un désengagement du médecin. De ce fait, la politique, mise en place par les pouvoirs publics, peut aboutir à un résultat, qui n'était pas souhaité au moment de sa mise en place. A titre d'exemple, cela se traduit dans les faits par le refus de prendre en charge les patients bénéficiant de la CMU-C puisque la logique du tiers-payant intégral s'oppose à la logique de liberté tarifaire, qui a été elle-même mise en place par les pouvoirs publics pour déconnecter le revenu du médecin du remboursement de la Sécurité sociale (Batifoulier, 2011).

L'accroissement des inégalités de santé est le fruit du développement des valeurs marchandes et libérales dans le secteur de la santé. Ce « recadrage » des valeurs est, pour une grande partie, impulsé par les politiques publiques mises en place par le gouvernement.

### 1-2.2. Action publique et légitimation des valeurs libérales

En France, le système d'assurance maladie s'est peu à peu étatisé. L'Etat s'est imposé dans la régulation du système de santé, aux dépens des partenaires sociaux (Palier, 2010). Philippe Batifoulier, François Eymard-Duvernay et Olivier Favereau (2007) considèrent l'Etat social comme un « instituteur de mondes communs »<sup>11</sup>. Dans l'approche conventionnaliste, le concept de « mondes communs » permet de faire référence à la pluralité des formes de coordination possible. En effet, les problèmes de coordination ne se posent pas de la même manière selon l'appartenance des agents à tels ou tels mondes communs. Les auteurs considèrent que l'institution d'un monde commun par l'Etat social passe par la mise en place de politiques incitatives. Lorsque l'Etat met en place des incitations financières, il légitime certaines valeurs et certains comportements plutôt que d'autre.

« En cherchant à changer les attitudes des acteurs, la politique incitative modifie leurs représentations en intervenant sur les qualités qui méritent d'être valorisées, en l'occurrence l'intérêt personnel. La politique incitative participe ainsi à l'institution d'un monde commun, en pointant certaines valeurs plutôt que d'autres. Elle conduit à renforcer un mode de gouvernance de la santé, dont la figure de référence devient l'homo oeconomicus. En agissant sur les représentations, elle opère un déplacement du centre de gravité du monde commun, aussi bien chez les médecins que chez les patients. » (Batifoulier, Eymard-Duvernay et Favereau, 2007, p.13)

Les auteurs illustrent leur propos à travers la modification du droit de l'Assurance maladie et plus particulièrement celle des conventions médicales. L'instauration des conventions dans le secteur de la santé permet d'établir un accord entre les caisses et les médecins sur le montant des honoraires. Modifiant les comportements qu'il faut adopter, la politique publique légitime l'expression des valeurs libérales et réduit celle des valeurs hippocratiques. La politique incitative n'a pas d'effet seulement sur la médecine libérale, les patients sont contraints également de changer leurs comportements. A titre d'exemple, l'introduction du parcours de soins contraint le patient à consulter son médecin traitant avant de prendre rendez-vous chez un spécialiste, en le pénalisant financièrement. Les patients ne sont pas tous incités financièrement

---

<sup>11</sup> Les auteurs opposent la conception de l'Etat social comme instituteur de mondes communs à celle de manipulateur d'incitations. L'approche conventionnaliste permet de raisonner en termes de pluralité des valeurs à la différence de la seconde conception qui réduit les valeurs à l'intérêt.

à respecter le parcours de soins. En effet, les patients aisés ont pour habitude de consulter les spécialistes sans passer par leur médecin traitant et l'instauration d'une pénalité financière ne les incitent pas à respecter le parcours de soins. La politique publique conduit, en fin de compte, à accroître les inégalités de santé. Par ailleurs, le malus subi par les patients devient, une fois de plus, le bonus des praticiens. De plus, l'action publique agit sur le sens éthique des agents : le comportement qui était dénoncé hier est aujourd'hui légitimé par la politique publique (Batifoulier et Gadreau, 2006).

« Ainsi, avec la nouvelle donne tarifaire, le prix devient un argument de l'échange médical. Les conventions médicales (notamment celles de 1980 et 2005) et les lois ou plans de sauvetage de l'assurance-maladie (en particulier celle de 2004 relative notamment au médecin traitant) conduisent à une légitimation croissante des dépassements d'honoraires. Fort de leur « bon droit » et du respect du « tact et mesure » imposé par la déontologie, certains professionnels n'hésitent plus à engager un « bras de fer » avec les caisses d'assurance-maladie (notamment pour les dépassements sauvages des médecins spécialistes » (Batifoulier et Gadreau, 2006, p. 465).

Comme nous l'avons vu, la mise en place d'une politique incitative peut avoir des résultats qui n'étaient pas escomptés. L'une des explications que donnent Philippe Batifoulier, François Eymard-Duvernay et Olivier Favereau (2007) est que pour que la politique fonctionne, il faut nécessairement que les agents du système se comportent comme des êtres maximisateurs. Or, en cherchant à modifier le droit, les acteurs ont oublié le fait que l'une des fonctions du droit est justement de porter la pluralité des valeurs. En effet, la règle de droit possède nécessairement une vision normative ; il existe un écart entre la règle de droit et la manière dont vont se comporter les acteurs. La règle de droit permet également d'organiser le débat sur les valeurs et les représentations à valoriser (*ibid*). De ce fait, la reconnaissance par un statut juridique de la démocratie sanitaire reconnaît alors le droit des patients et participe à la reconnaissance d'un patient actif dans la relation médicale.

La construction d'un marché de la santé est nécessairement sociale. Cependant, le marché de la santé n'est pas une réalité, mais une ambition. L'action publique, en valorisant les représentations et les valeurs libérales, légitime le comportement intéressé des acteurs. Pour que se construise un marché de la santé, il faut nécessairement que les acteurs se comportent comme des êtres rationnels, cherchant l'intérêt financier. Par la modification des textes de lois, l'action publique favorise la construction d'un tel marché. Cependant, pour qu'il existe, il faut nécessairement un accord sur la qualité du bien échangé. Le gouvernement met alors en place une série de dispositifs, que l'EC définit d'industriels, qui considère la santé comme un produit.

Le changement de représentation des agents du système de santé passe également par le changement de ce qu'ils considèrent comme un bien de qualité. Les agents cherchent de plus en plus à se faire soigner dans des hôpitaux bien classés, ils recherchent le « meilleur » médecin et plus nécessairement une relation de confiance et de proximité qui pourrait se créer.

## 2- La qualité des soins et sa mesure

Une prestation de santé est un service. Appréhender la qualité d'un produit et d'un service sont deux choses tout à fait différentes. Le produit, dans le domaine de l'industrie, est séparable des acteurs qui le produisent. En ce sens, il possède une fonction objective. A l'inverse, le service se construit au moment où se rencontrent le prestataire de soins et le patient. Il existe donc une incertitude qui pèse sur le service. Cette incertitude est directement liée au caractère relationnel de l'activité.

« La relation de service produit des formes d'instabilité des repères cognitifs concernant l'échange, une nécessité de requalification permanente du produit, et une singularité dans la production et dans l'échange. Plus généralement, la relation de service requiert souvent une négociation autour de "ce qui est produit". » (Jany-Catrice, 2012, p.55).

Le service de soin est qualifié par une double incertitude : d'une part, le cas étudié par le médecin est caractérisé par la singularité, d'autre part, le médecin doit faire face au malade et ne connaît pas la réaction du malade face au traitement. La qualité du service de soin est incertaine. En présence d'incertitude radicale, pour que les individus se coordonnent, il faut nécessairement un accord sur la qualité ; l'EC appelle « *convention de qualité* » cet accord.

D'une manière assez traditionnelle, l'éthique professionnelle, sur laquelle repose la profession médicale, garantit une réponse à l'incertitude sur l'activité médicale. Ces deux dispositifs forment un compromis entre une convention de qualité de nature domestique et inspirée (2-1). Cette appréciation de la qualité rend compte de la prééminence des dispositifs de jugements personnels. Or, le développement d'une logique marchande, dans le secteur de la santé, à partir des années 1980 a été favorisé par l'émergence d'une opération de normalisation des processus de production et des activités (*ibid.*). S'en est suivie une toute autre conception de la qualité des soins, davantage standardisée et normalisée. Ce passage peut se lire comme le passage d'une convention de qualité de nature inspirée/domestique à une convention de qualité de nature industrielle. (2-2). Elle s'appuie sur des dispositifs tels que les référentiels de qualité, les normes de bonnes pratiques, les agences indépendantes de production de normes, etc. Ces

mesures de la qualité des soins sont le fruit d'une construction sociale. Elles ne sont pas neutres. Elles légitiment une certaine conception de la qualité de soins.

## **2-1. Convention de qualité de nature domestique/inspirée**

Il existe une pluralité de modes d'évaluation de la qualité des soins. En s'appuyant sur les travaux d'Eymard-Duvernay (1989), Nicolas Da Silva (2014) montre que la médecine libérale a connu une profonde modification qui peut s'expliquer par la confrontation entre deux conventions de qualité de soins : une de nature domestique/inspirée, l'autre de nature industrielle. Dans son article, François Eymard Duvernay retient une pluralité de formes de convention de qualité, à l'aune du modèle des économies de la grandeur. En ce sens, la convention de qualité de nature domestique/inspirée valorise la confiance et la relation de proximité entre le médecin et son patient, ainsi que la créativité du médecin, défendue dans l'expression « art médical ».

### **2-1.1. Ethique professionnelle et incertitude médicale**

L'incertitude sur la qualité du service médical est l'un des obstacles à l'allocation optimale des ressources sur le marché de la santé. Comme le soulignait Arrow (1963), en l'absence d'une assurance idéale, il existe des « institutions » qui offrent des garanties sur la qualité des services de soins. Ces « institutions » permettent de réduire les asymétries d'informations entre le soignant et le soigné. « *This leads to the setting up of a relationship of trust and confidence, one which the physician has a social obligation to live up to.* » (Arrow, 1963, p.147). Arrow introduit alors la notion de confiance pour répondre à l'incertitude médicale. Cette notion est controversée dans le monde académique puisque la confiance peut être simplement assimilée à un élément de calcul comme un autre. En effet, comment faire confiance lorsque la relation médicale est intéressée ? Cette conception de la confiance est contradictoire et inadaptée au monde médical (Batifoulier et Gadreau, 2006). Elle est contradictoire puisque la confiance est accordée de manière volontaire par le patient, la relation médicale n'est pas la même chose que faire une analyse coût/avantage. Paradoxale, puisque la confiance n'existe pas dans une relation intéressée. Philippe Batifoulier et Maryse Gadreau (2006) expliquent que la solution au problème est d'autonomiser la question de la confiance de celle du calcul des intérêts. Par ailleurs, elle est une réponse à l'incertitude médicale.

Dans la relation médicale, le calcul est inopérant puisque, comme nous l'avons évoqué lors du chapitre 2, la liste des états de la nature n'est pas connue. La qualité des soins repose nécessairement sur le producteur de soin. Dans un univers incertain, le patient cherche à recevoir des informations sur la qualité des soins. Pour ce faire, il s'appuie sur son réseau

personnel, constitué de sa famille et de ses amis, qui lui permet de s'informer sur la réputation du médecin. La réputation du médecin conduit le médecin à apporter un gage de qualité : la menace d'aller consulter ailleurs conduit le médecin à apporter une certaine qualité dans sa prestation. La qualité des soins est stabilisée grâce à l'éthique professionnelle. Elle se présente comme un point focal (*ibid.*). Il n'existe plus d'incertitude sur la qualité de la prestation étant donné que l'éthique professionnelle garantit que le médecin a une réelle empathie pour le patient, qu'il se dévoue pour lui. De ce fait, le médecin bride lui-même son pouvoir discrétionnaire.

« Cette éthique est une ressource cognitive pour les médecins comme les patients. Elle permet à quiconque de s'engager dans la relation de soins sans pour autant avoir à prévoir toutes les possibilités. Elle fournit des ressources symboliques particulièrement affichées par la profession, dans lesquelles chacun peut puiser pour juger la relation médicale. Elle permet de faire vivre une réputation collective à partir d'un repère commun saillant sans lequel la confiance ne serait pas possible. Les médecins engagent solidairement leur réputation et quand l'un triche, c'est toute la profession qui peut en souffrir. Cette réputation solidaire entre médecins peut ensuite se nourrir des informations privées du patient provenant de son réseau personnel ou professionnel. » (Batifoulier et Gadreau, 2006, p. 457)

Dans ce cas, le médecin ne déconnecte pas la maladie du patient. Lorsqu'il délivre ses soins, il le fait en prenant en compte à la fois la maladie et la personne qu'il soigne. Il s'adapte à chacun des cas médicaux et des patients qu'il a en face de lui. De ce fait, il entre dans une relation de proximité et de confiance avec son patient. Ces éléments font écho à la cité domestique du modèle des économies de la grandeur. Ainsi, Nicolas Da Silva (2014) nomme cette convention de qualité « domestique ». Cependant, cette convention de qualité résulte, selon lui, d'un compromis entre la cité domestique et la cité inspirée.

### **2-1.2. Profession médicale et autonomie de la profession**

Afin d'appréhender la convention de qualité de nature inspirée, Nicolas Da Silva s'appuie sur les travaux de sociologie des professions, et plus particulièrement sur les travaux de Florent Champy. Ce chercheur définit la profession non par le statut, mais par l'activité. Ainsi, dans son livre *Sociologie des professions*, publié en 2009, il soutient que les professionnels doivent résoudre des problèmes singuliers et complexes (Da Silva, 2014). Ainsi, ils font face à une double incertitude : d'une part sur la singularité des cas étudiés et d'autre part sur les différents choix qui s'offrent à eux qui impactent les fins de son action. Nicolas Da Silva explique que, pour que le médecin soit en mesure de dépasser l'incertitude, il faut respecter l'autonomie dans son travail. Cette autonomie passe, selon lui, par deux dimensions. (1) La première dimension

est la marge d'interprétation du professionnel de santé des cas singuliers auxquels il fait face. (2) La deuxième dimension est sa « *capacité à délibérer sur la hiérarchie des fins et sur le contenu précis de ces fins dans le cadre des fins générales de l'activité* » (Da Silva, 2014, p. 387).

Selon l'auteur, les attributs de la profession, définis par Florent Champy, font référence à la cité inspirée. Le professionnel de santé, lorsqu'il soigne, est tenu d'interpréter et de délibérer. Les professionnels expliquent qu'ils doivent faire constamment face à l'incertitude et assimilent leurs osculations à des « jeux de pistes ». Ils sont animés par la passion, ils doivent en permanence faire preuve de créativité et d'inspiration pour étudier les cas singuliers auxquels ils font face. « *La passion qui les anime leur procure, indissociablement, le désir de créer, que l'inspiration a réveillé en eux, l'inquiétude ou le doute, l'amour pour l'objet poursuivi et la souffrance.* » (Boltanski et Thévenot, 1991, p. 201). Comme nous l'avons expliqué, cette convention de qualité des soins émerge d'un compromis entre la cité inspirée et la cité domestique. Le monde domestique ne se limite pas au cercle des relations familiales, mais s'étend dès lors que la recherche du juste s'appuie sur des relations personnelles.

D'autres façons de juger la qualité des soins ont émergé ces dernières années. Ce changement est notamment la conséquence de deux types de critiques (Biencourt et Robelet, 2011). (1) La non-qualité des soins s'est peu à peu imposée comme un problème de santé de publique, mais également comme un argument justifiant les politiques restrictives de santé. En effet, il semblerait qu'en soignant mieux, on soignerait à moindre coûts. Cette dénonciation provient de deux acteurs, qui se présentent comme des experts. D'une part, les experts en économie de la santé et des hauts-fonctionnaires spécialisés sur les questions de santé. D'autre part, des professionnels médicaux spécialisés et d'une manière plus générale, le développement d'une médecine fondée sur les preuves (*Evidence based medicine*)<sup>12</sup>. La diffusion d'une conception industrielle de la qualité des soins provient, en grande partie, d'un rapport de force entre ces différents acteurs (Robelet, 2001).

« D'une part, des médecins experts en évaluation se sont confrontés aux représentations traditionnelles de la profession et seules titulaires du pouvoir d'autorégulation. Les premiers, détenteur d'un savoir spécifique particulièrement utile pour les politiques de maîtrise des dépenses, sont alors susceptibles de nouer des alliances avec le régulateur afin de remettre en cause l'autorégulation traditionnelle. D'autre part, une seconde

---

<sup>12</sup> L'*Evidence based medicine* est une méthodologie de recherche fondée sur les preuves, et plus précisément sur la méthodologie de l'essai clinique randomisé. Elle repose sur trois critères (Da Silva, 2009) : (1) le groupe d'individus étudié est divisé en deux groupes (l'un assimilant un traitement et l'autre un traitement différent ou un placebo), (2) la construction d'indicateurs chiffrés pour mesurer les résultats et (3) les individus sont assignés de manière aléatoire.

concurrence se joue entre les médecins experts avec d'un côté ceux tournés vers une définition de l'évaluation en termes de santé publique et d'un autre côté des experts qui s'intéressent plus directement à la maîtrise des dépenses. » (Da Silva, 2014, p. 347).

C'est dans ce contexte qu'ont émergé les premières agences d'évaluation des pratiques médicales (Robelet, 2001). Il en résulte une conception collective de la qualité des soins, impersonnelle, à l'opposé de la convention de qualité de nature inspirée/domestique. (2) L'émergence d'une autre façon de juger la qualité des soins provient également du développement de la démocratie sanitaire et des débats autour des droits des patients. En reconnaissant le droit des patients, il est nécessaire de les aider à faire leurs choix.

« L'empowerment du plus faible relève d'aspirations largement partagées et d'un souci de rendre l'interaction patient-médecin plus équitable. La contestation de la domination médicale est ainsi menée au nom de l'exigence démocratique. Cette émancipation du plus faible ne s'inscrit pas dans le registre du marché ; elle en est même éloignée quand elle cherche la coopération alors que le marché valorise la concurrence. Elle est menée au nom de la justice quand le marché prône l'efficacité. » (Batifoulier, 2014, p.113).

Pour qu'il soit parfaitement informé, l'agent du système doit agir en connaissance de cause. Par conséquent, il est nécessaire de développer des mesures et des évaluations chiffrées, des classements, des guides, des palmarès, etc. pour aider le patient à faire son choix.

## **2-2. Convention de qualité de nature industrielle**

Ce contexte fait émerger une nouvelle conception de la qualité des soins incarnée dans une convention de qualité de nature industrielle. Elle trouve son origine dans la recherche d'une norme chiffrée. La convention est industrielle puisqu'elle conçoit la prestation de soin comme un produit, son principal objectif étant de gagner en productivité et en efficacité (2-2.1.). De nouveaux dispositifs émergent pour juger de la qualité des soins : classements, labels, réseaux professionnels (2-2.2.). Ces dispositifs ont en commun de viser à une plus grande formalisation des pratiques médicales (Biencourt et Robelet, 2011).

### **2-2.1. Le gouvernement par le chiffre**

La recherche d'une norme chiffrée dans le domaine de la santé s'inscrit dans un contexte plus large visant la « performance totale » (Jany-Catrice, 2012). La notion de performance totale est définie par deux modalités : d'une part, l'autonomie et l'individualisation de l'activité, d'autre part, l'utilisation et la diffusion de données chiffrées. Florence Jany-Catrice (2012) caractérise le chiffre comme un véritable investissement de forme au sens de Laurent Thévenot (1989). A première vue, les données chiffrées font preuve de neutralité, elles sont objectives.

« Les propriétés sociales du chiffre sont multiples. Leur première force est qu'elles confèrent une illusoire neutralité axiologique, et un caractère, tout autant illusoire, de validation sociale, personne n'interrogeant (plus) la manière dont les chiffres sont fabriqués. Ce faisant, et c'est leur seconde force, elles fournissent les conditions d'une dépersonnalisation des rapports sociaux. » (Jany-Catrice, 2012, p.125).

Le chiffre ne pose aucun problème en soi. C'est la manière dont il est construit et l'usage qui en est fait qui est problématique. La création de norme chiffrée dans le monde de la santé provient d'experts, qui la construisent d'une manière opaque, les agents du système ne savant pas réellement à quoi elle correspond. L'usage qui est en fait aujourd'hui conduit à une dépersonnalisation des rapports sociaux (incitation, régulation de l'activité, contrôle, etc.). Par ailleurs, le chiffre possède également un caractère performatif :

« [...] ils constituent un élément supplémentaire pour donner à voir une réalité, permettant de mettre en œuvre un nouveau type d'action. En ce sens, ils sont performatifs : non seulement ils formatent une vision du monde, mais ils tendent à transformer la réalité, du fait des effets rétroactifs que les chiffres exercent sur la manière d'exhiber la réalité. » (Jany-Catrice, 2012, p.129).

Le secteur de la santé n'échappe donc pas à cette recherche de performance totale. Dans ce contexte, il se développe une toute autre conception de la relation médicale. La maladie est considérée comme une variation de l'état « normal » des individus. Elle est détachée du patient. Le médecin ne soigne pas un malade, mais une maladie. Pour soigner le « patient moyen », il s'appuie sur des standards (Da Silva, 2014). L'objectif du médecin est de relier le cas, singulier, qu'il a en face de lui, à l'une des catégories qu'il peut trouver dans sa nomenclature. En France, c'est la Haute Autorité de Santé (HAS) qui est chargée de fournir des normes et des standards aux professionnels de santé. La HAS a trois fonctions principales : (1) elle évalue les produits, les actes, les technologies pour leur assigner un remboursement, (2) elle apporte des recommandations en santé publique, des guides de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé, mais aussi des patients et (3) elle certifie les établissements de santé.

La convention de qualité des soins de nature inspirée/domestique s'est ainsi peu à peu transformée en une convention de qualité de nature industrielle. In fine, le service de soins est considéré comme un produit. L'objectif visé, en développant des normes standards, est de gagner en productivité et en efficacité. Dans ce contexte, l'usage des données chiffrées a toute sa place, elle permet de contrôler la qualité des soins et d'inciter les professionnels à garantir la qualité dans leurs activités. Dans sa thèse, Nicolas Da Silva (2014) se consacre à l'étude du paiement à la performance médicale. C'est un exemple de cette nouvelle conception de la

qualité des soins médicaux. Il se présente comme une incitation financière, prenant la forme d'une prime de fin d'année, pour les médecins obtenant un niveau minimal de performance. Le terme « performance » fait référence à une liste d'indicateurs de qualité de travail médical, établie par les tutelles.

### 2-2.2. Le développement de nouveaux dispositifs

Ce contexte fait émerger de nouveaux dispositifs pour juger la qualité des soins. Parmi ces nouveaux instruments, Olivier Biencourt et Magali Robelet (2011) distinguent trois familles. La première est caractérisée par les classements, parmi lesquels se trouvent les palmarès ainsi que les dispositifs d'information publics. La deuxième est celle des labels caractérisés par des dispositifs officiels et obligatoires de certification, mais également des initiatives professionnelles ou organisationnelles. Enfin, la dernière famille est celle des réseaux professionnels. Il existe, autour de ces dispositifs, des compromis et des luttes de pouvoir entre les différents acteurs (*ibid.*). En réalité, l'ensemble de ces dispositifs engendre un effet d'entraînement. Lorsque des acteurs avec peu de légitimité, comme les magazines, fournissent des informations, les acteurs ont tendance à aller chercher des informations plus « officielles » - par exemple celles fournies par les agences indépendantes, les professionnels, etc. Les pouvoirs publics attendent de cette diffusion d'information un changement de comportements. Comme nous l'avons vu, le gouvernement utilise ces mesures de qualité pour justifier les politiques restrictives de santé.

L'accès à l'information est nécessaire dans le domaine médical. Les individus cherchent à obtenir des informations sur le professionnel de santé qu'ils souhaitent aller consulter. Ils se renseignent, ils posent des questions à leur entourage, ils peuvent même consulter différents sites internet. Cependant, le développement de normes chiffrées change les représentations qu'ont les acteurs de la qualité des soins et de la relation médicale. Le patient ne doit plus attendre du médecin une qualité morale : pour que la prestation de soins soit de bonne qualité, il suffit que le médecin applique la norme. De ce fait, la relation de proximité entre le patient et le médecin ne suffit plus à être un gage de bonne qualité. Par ailleurs, avant le développement de mesures et d'évaluations de la qualité, le médecin était le garant du bien santé : aujourd'hui, c'est un standard qui soigne un patient moyen et non un médecin singulier qui soigne un patient singulier. De plus, il perd sa liberté de prescription et sa liberté thérapeutique (Da Silva, 2014).

Ces nouveaux dispositifs ont en réalité plusieurs objectifs (Biencourt et Robelet, 2011). Le premier concerne l'homogénéisation des pratiques médicales, caractérisée par la mise en place d'outils de normalisation des pratiques professionnelles. Le deuxième objectif est celui

de la régulation de l'offre de soins, incarnée par l'évaluation de la qualité des prestations de soins. Cet objectif se manifeste notamment dans la mise en place d'incitations financières. Le dernier objectif est relatif à l'accès à l'information des patients, qui sont désormais en mesure d'effectuer leur choix. La formalisation des pratiques médicales peut entraîner l'intervention d'acteurs extérieurs à la profession. D'une part, les patients, accédant à l'information, peuvent désormais s'orienter dans l'offre de soins. D'autre part, les pouvoirs publics peuvent mieux évaluer et sanctionner les professionnels de santé.

Les dispositifs de normalisation des pratiques médicales ne visent pas directement à une standardisation. Les professionnels conservent une part de jugement clinique. Par ailleurs, la confiance, qui caractérise la relation entre le professionnel de santé et le patient est toujours existante. Cependant, ces dispositifs peuvent participer à la régulation des rapports, à la fois entre les médecins, mais aussi entre les patients. A titre d'exemple, des réseaux professionnels se développent. Ils permettent aux praticiens de se côtoyer, d'échanger et de s'accorder sur les « justes » pratiques professionnelles à adopter. Ces réseaux se constituent généralement autour d'une pathologie et permettent aux professionnels de santé d'échanger, d'élaborer des recommandations et de prendre des décisions collectives dans les cas cliniques les plus discutables.

« Les nouveaux dispositifs de jugement de la qualité peuvent donc venir conforter des logiques professionnelles en redéfinissant les conditions de la concurrence et les rapports de domination sur un marché et en remobilisant les relations personnelles sous d'autres formes, plus compatibles avec les exigences du marché et celles de l'Etat. » (Biencourt et Robelet, 2011, p.115)

### **3- Normalisation et industrialisation des pratiques médicales**

Pour comprendre la régulation des pratiques médicales, il convient de revenir à l'histoire de la construction du système de santé français. Notre rétrospective commence au XIX<sup>e</sup> siècle, qui est caractérisé par le refus de l'Etat d'intervenir dans le champ de la protection sociale. La société était construite sur les principes de la philosophie libérale, qui refusait d'instaurer un droit de secours aux pauvres ; aucun individu n'a le droit de faire payer aux autres individus les fruits de son imprévoyance et de son irresponsabilité (Ewald, 1986). Le secours aux pauvres relevait de la morale et non du droit. En effet, dans cette tradition, seules des personnes égales avait le droit de contracter. Cette construction philosophique sur le refus d'obligation de secourir les pauvres a impacté directement l'organisation du secteur de la santé. Le cadre institutionnel, qui encadrait les pratiques médicales, s'est fondé sur une relation marchande, privée et individuelle (Batifoulier, Da Silva et Domin, 2018). Les professionnels de santé étaient

mis en concurrence, les prix des soins étaient un élément de régulation. Il n'existait aucune régulation de la profession, il y avait d'un côté les médecins, prenant en charge la demande solvable, et de l'autre les hôpitaux, qui prenaient à leur charge la demande non solvable.

La fin du XIX<sup>e</sup> siècle est marquée par l'accroissement des difficultés démographiques et la remise en cause du système de santé. Dans ce contexte, le gouvernement met tout d'abord en place un système d'assistance, puis d'assurance (*ibid.*). Cette période est caractérisée par deux lois. La première est celle sur l'Assistance médicale gratuite (AMG) votée le 15 juillet 1893, qui garantit la gratuité des soins pour tous les individus privés de ressources. La deuxième est celle du 1<sup>er</sup> avril 1898 dite Charte de la Mutualité. La charte permettait de créer des sociétés libres sur une simple déclaration, le contrôle sur les sociétés de secours mutuels étaient désormais un contrôle gestionnaire (et non politique), elles pouvaient également intervenir dans tous les domaines de la protection sociale. Après la Première Guerre mondiale est votée une loi qui instaure des caisses d'assurance sociales chargées de centraliser les cotisations sociales et de rembourser les malades. Les médecins libéraux se sont opposés à la mise en place de cette loi puisqu'ils ne voulaient pas qu'un acteur extérieur intervienne dans la relation médecin-patient. Au final, la loi du 30 avril 1930 met en place une convention entre les caisses d'assurances sociales – présentes dans chaque département – et les médecins. Cette loi prévoyait, pour apaiser la colère de la Confédération de syndicats médicaux français (CSMF), de supprimer les tarifs opposables, garantissant la liberté des médecins dans la détermination de leurs honoraires. Enfin, est mis en place, par l'ordonnance du 4 octobre 1945, le système de Sécurité sociale permettant de solvabiliser la demande.

L'objectif de la Sécurité sociale est de solvabiliser la demande en remboursant les actes médicaux. Cependant, le conventionnement entre les caisses et les médecins s'opposent au principe fondateur de la médecine libérale : le prix de l'acte doit être fixé par un accord entre le médecin et le patient (Da Silva, 2014). La régulation par les prix du secteur de la santé passe par la mise en place d'incitations financières. Depuis les années 1990 s'est ouverte une seconde période, celle de la régulation des pratiques médicales (3-1). Cette régulation s'appuie en fait sur une normalisation des pratiques. Elle consiste à organiser la convergence des pratiques vers une norme commune ; elle s'appuie notamment sur l'édition de normes et sur une rémunération à la performance. La régulation du secteur de la santé passe donc d'une régulation par les prix à une régulation par les pratiques.

La normalisation est un concept complexe à définir. Amandine Raully (2016) explique que la littérature sur la normalisation peut être regroupée en deux catégories. Le premier groupe est formé par les travaux traitant la normalisation en référence à une moyenne statistique. La

norme, dans ce cas, est associée à une fréquence statistique. Le deuxième groupe est formé par des recherches considérant la normalisation en termes de conformité des actions à un référentiel. Dans ce cas, la normalisation fait référence à un processus dans lequel interviennent des experts, des agences, etc. Afin d'appréhender la mise en place de la normalisation des pratiques médicales, nous nous intéresserons à deux dispositifs : les réseaux et la télémédecine (3-2).

### **3-1. Vers une industrialisation du secteur de la santé**

Le passage d'une régulation par les prix à celle des pratiques est impulsé sous l'action de la politique publique. Afin d'appréhender ce passage, nous nous intéresserons d'une part au secteur de la médecine libérale, et d'autre part, au secteur hospitalier. Dans les travaux conventionnalistes, ce passage, qui a eu lieu dans le secteur de la médecine libérale, peut se lire comme le passage d'une convention de qualité des soins de nature inspirée/domestique à celle d'une nature industrielle (Da Silva, 2014) (3-1.1.). Jean-Paul Domin (2011 et 2016) propose une grille de lecture similaire pour le secteur hospitalier : il analyse la normalisation des pratiques dans le secteur hospitalier à travers l'affaiblissement de la dimension civique et domestique de la qualité hospitalière, aux dépens d'une plus grande dimension industrielle et marchande de ce secteur (3-1.2.).

#### **3-1.1. Normalisation et médecine libérale**

La normalisation par les prix de la médecine libérale commence au moment où le gouvernement met en place des politiques restrictives. A partir des années 1970, l'objectif de l'Etat est de réduire les dépenses sociales. Pour ce faire, l'objectif était de maîtriser les honoraires des médecins. Les médecins, et notamment la CSMF, se sont radicalement opposés à cette idée. En 1980, le syndicat Fédération des médecins de France (FMF) – représentant la part la plus libérale des médecins – signe une convention nationale ayant comme objet une réorganisation de l'offre ambulatoire en deux secteurs de conventionnement. L'intérêt n'est pas seulement pour les médecins, les pouvoirs publics bénéficient du fait qu'ils ne sont plus dans l'obligation d'augmenter régulièrement le tarif opposable. Avant cette date, les médecins avaient le choix entre être conventionnés ou ne pas l'être. Dans le premier cas, leurs patients pouvaient être remboursés, alors que dans le second, ils ne l'étaient pas. En 1990, les pouvoirs publics souhaitaient s'accorder avec les syndicats de médecin pour fermer le secteur 2 pour les nouveaux entrants et pour limiter la concentration géographique du secteur 2. Il en résulte un accord. Le gel existe, mais il n'est pas total : les médecins ayant été chefs de clinique peuvent s'installer en secteur 2. Les difficultés pour le gouvernement de réguler la pratique médicale

fait encore une fois ses preuves avec le Plan Juppé de 1995. L'objectif de ce plan était de réguler les dépenses de l'assurance maladie par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), indiquant l'évolution maximale, définie par le Parlement, des dépenses de l'Assurance maladie engendrées par l'activité de chaque profession. Si les objectifs n'étaient pas atteints, des sanctions financières devaient être imposées aux responsables. Cette réforme a déclenché un mouvement de grève et de contestation au sein des professionnels de santé. Au final, la régulation par les prix de la médecine libérale sera difficile à mettre en place. A partir de cet épisode, les pouvoirs publics ont cherché à réguler la profession en fonction des tarifs, en ne revalorisant pas les honoraires (Palier, 2010). Les patients seront, comme nous l'avons vu, les perdants dans cette recherche de réduction des dépenses publiques.

A partir des années 1990, le gouvernement a également mis en place une régulation par les pratiques. Cette régulation provient de deux mouvements : la volonté des patients de s'émanciper du pouvoir discrétionnaire du médecin d'une part, la volonté de réduire les dépenses publiques tout en améliorant la qualité des soins d'autre part. Le développement de la régulation par les pratiques a été accompagné par la diffusion de l'*Evidence based management* (EBM). Elle permet de fournir une caution scientifique à l'utilisation de normes et de bonnes pratiques. Dans ce cas, l'autorégulation de la profession médicale n'est plus nécessaire (Da Silva, 2014), elle passe par une normalisation des pratiques. Ces normes sont notamment fournies par des agences et des communautés d'experts.

Nicolas Da Silva (2014) considère que le passage d'une régulation par les prix à celle d'une régulation par les pratiques peut se lire comme la volonté des pouvoirs publics de substituer une convention de qualité des soins par une autre. Pour ce faire, l'auteur revient sur les fondements de la convention de qualité inspirée/domestique. (a) Tout d'abord, le médecin possède un savoir, il est mieux informé que le patient. (b) Ensuite, le savoir médical est un savoir singulier. Le médecin, lorsqu'il exerce son activité, fait face à une incertitude radicale. De ce fait, il est impossible de réaliser une nomenclature spécifiant le traitement pour chaque maladie. (c) Enfin, la relation médicale repose sur une institution : l'éthique médicale. Ces trois propositions forment la convention de qualité inspirée/domestique. La diffusion de la normalisation des pratiques médicales se concrétise dans la convention de qualité de nature industrielle. Pour l'auteur, cette convention est l'antithèse de la convention professionnelle (encadré 7). Dans l'optique où la maladie est considérée comme une variation de l'état « normal », la pratique médicale peut être standardisée (b'). Par ailleurs, pour que la relation médicale existe, il convient de faire intervenir des acteurs extérieurs – notamment des agences indépendantes et l'EMB – comme nouveau socle de la confiance (c').

### **Encadré 7. La convention professionnelle**

Nicolas Da Silva (2014) définit la convention de qualité de nature inspirée/domestique par trois propositions :

(a) Le médecin possède un savoir spécialisé, il est de ce fait mieux informé que le patient. Si le patient était aussi bien informé que le médecin, la relation patient-médecin n'existerait pas.

(b) Le savoir médical est singulier. L'incertitude radicale pèse constamment sur le travail médical : l'occurrence de la maladie est aléatoire, la réaction du malade au traitement n'est pas connue, l'activité du médecin est également dépendante du progrès médical. En ce sens, aucune nomenclature n'est réalisable spécifiant le traitement adéquat pour chaque maladie.

(c) La relation médicale repose sur des institutions de la confiance. L'éthique médicale encadre le comportement du médecin et instaure une relation de confiance.

Pour l'auteur, la convention professionnelle est formée par les propositions (b) et (c). Cette convention est appelée « professionnelle » pour faire référence aux travaux de Florent Champy.

La normalisation de la pratique médicale s'inscrit dans le contexte plus large de privatisation du secteur de la santé. La diffusion d'une convention de qualité de nature industrielle a pour conséquence de définir la santé comme un produit clairement identifiable. Elle permet également d'autoriser la comparaison dans ce domaine (*ibid.*). Sachant que les pratiques médicales sont de plus en plus normalisées, les prestations de soins sont de plus en plus homogénéisées. Par conséquent, ce sont l'ensemble des représentations des agents du système de santé qui évoluent. Les patients n'attendent plus de la relation médecin-patient une relation de proximité. Au contraire, ils cherchent à s'émanciper du pouvoir discrétionnaire des professionnels de santé. En changeant le comportement et les représentations des acteurs, l'industrialisation du secteur de la médecine libérale participe à la construction sociale d'un marché de la santé. La diffusion d'une logique industrielle ne concerne pas seulement les soins de ville. Le secteur hospitalier est lui aussi marqué par l'affaiblissement de la dimension civique et domestique de la qualité hospitalière, aux dépens d'une plus grande dimension industrielle et marchande.

#### **3-1.2. Industrialisation et secteur hospitalier**

Pour comprendre la diffusion d'une logique industrielle dans le monde hospitalier, il convient, là encore, de revenir sur l'histoire de ce secteur. Historiquement, les soins délivrés à l'hôpital concernaient les personnes les plus démunies. Progressivement, les lois sociales de la

fin du XIX<sup>e</sup> siècle contribuent à l'ouverture du secteur hospitalier à toutes les personnes bénéficiant des assurances sociales. La Charte hospitalière du 21 décembre 1941 favorise davantage l'ouverture de ce secteur puisque, désormais, l'ensemble des personnes peuvent se faire soigner à l'hôpital. A partir des années 1960, le gouvernement s'engage à moderniser le secteur hospitalier et organise la politique de santé publique autour des centres hospitaliers et universitaires (CHU). La période, allant de la Seconde Guerre mondiale aux années 1980, constitue celle de l'hospitalo-centrisme : la majorité des CSBM sont délivrés à l'hôpital et la plupart des professionnels de santé exercent dans les CHU (Batifoulier, Da Silva et Domin, 2018).

A partir des années 1980, une nouvelle période s'ouvre, celle de la remise en cause du système de l'hospitalo-centrisme. Les années 1980 sont, comme nous l'avons vu, marquées par la volonté des pouvoirs publics de contrôler les dépenses publiques. Dans le secteur hospitalier, cela se traduit par une réforme du mode de financement des hôpitaux. Avant cette période, les hôpitaux étaient financés *a posteriori* par le système de prix de journée. Les dépenses des hôpitaux étaient calculées sur l'année  $t-1$ , et correspondaient aux ressources de l'année  $t$ . En 1981 est instauré le budget global, qui impose un financement des hôpitaux *a priori*. Le budget fait l'objet d'un accord entre la Sécurité sociale et les hôpitaux. L'objectif de ce dispositif est de responsabiliser les directeurs d'hôpitaux et de les inciter à ne pas dépenser plus que leurs ressources. Cette période est également marquée par la volonté du gouvernement d'introduire le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le PMSI a comme objectif de construire des groupes de patients ayant des maladies similaires et donc des coûts homogènes (*ibid.*). A partir des années 1996, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) adoptent le PMSI pour financer les hôpitaux au niveau régional, de ce fait, le financement par budget global est abandonné. L'une des missions des ARH est donc de définir le budget alloué aux hôpitaux. En 2009 a eu lieu la création des agences régionales de santé (ARS), qui reprennent le modèle et les fonctions des ARH, mais leurs missions s'étendent au-delà de l'hôpital. Ils sont notamment chargés de définir la politique de santé régionale.

Depuis 2004, les hôpitaux ont changé de mode de financement. Ils sont désormais financés par la tarification à l'activité (T2A). Dans ce contexte, les ARS – qui se présentent comme des acheteurs – rémunèrent les hôpitaux pour la prise en charge d'un séjour. Sur la base du PMI, le prix correspond à un coût défini pour une pathologie donnée. Déterminé par le ministère de la Santé, le prix d'un séjour correspond à la moyenne des coûts observés sur un échantillon, représentant les établissements de soins. Ce dispositif a comme objectif de réduire les dépenses des hôpitaux. Cependant, il participe également au développement du

comportement opportuniste des acteurs. Cette tarification suppose que les coûts, pour chaque groupe homogène de malades (GHM), sont les mêmes dans tous les hôpitaux. En réalité, certaines externalités peuvent influencer le coût réel des soins délivrés. Les agents du système peuvent alors avoir un intérêt à choisir les patients qui présentent des pathologies dont le coût sera potentiellement inférieur à la rémunération du GHM (Domin, 2011).

Jean Paul Domin (2010, 2016) analyse ces changements dans le secteur hospitalier au prisme de l'économie des conventions, et plus précisément du modèle des économies de la grandeur. Les réformes hospitalières ont bouleversé les représentations du système hospitalier en valorisant des dimensions industrielles et marchandes au détriment des valeurs civiques et domestiques. La convention civique du secteur hospitalier se caractérise dans le mode de financement au prix de journée. Sachant que le financement des prix de journée était pris en charge par la Sécurité sociale, il est caractérisé par les valeurs du monde civique. En effet, dans le monde civique « *ce ne sont pas [...] les personnes humaines qui accèdent aux états de grandeur supérieurs, mais les personnes collectives qu'elles composent par leur réunion.* » (Boltanski et Thévenot, 1994, p.231). La convention civique est affaiblie par la diffusion d'une convention valorisant à la fois des valeurs marchandes et industrielles. La conception industrielle du secteur hospitalier se traduit par le développement de normes et de standards. Elle passe, notamment, par la diffusion d'agence dans le secteur de la santé. La politique d'accréditation – caractérisée par une procédure d'évaluation externe d'un établissement de soins, visant à assurer la qualité des soins – passe tout d'abord par la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1996, puis par la Haute autorité de santé (HAS). La T2A valorise également la dimension marchande dans la mesure où elle encadre et favorise l'émergence d'un marché encadré au sein duquel les hôpitaux seraient en compétition. Progressivement, une logique marchande se développe dans le monde hospitalier. Cela se traduit également par la mise en place d'autres dispositifs, comme celui des palmarès hospitaliers.

La T2A participe à la dévalorisation des valeurs civiques. Comme nous l'avons vu, sa mise en place peut conduire à la discrimination de certains profils. « *La rupture de la dimension civique se traduit donc par un risque d'éviction des mauvais risques et plus généralement par une remise en cause de l'égalité d'accès aux soins.* » (Domin, 2016, p.156). Par ailleurs, les réformes du secteur hospitalier entrent en contradiction avec les valeurs domestiques. Les valeurs domestiques de l'hôpital sont représentées par la réduction de la distance d'accès aux soins, ainsi que l'accroissement des réseaux de proximité (*ibid.*). Aujourd'hui, des services hospitaliers sont fermés par manque de moyens humains, ou par diminution des actes pratiqués.

D'une manière générale, les réformes dans le secteur de la santé ont conduit à changer les représentations du système de santé. Traditionnellement, le secteur de la santé valorisait les valeurs des mondes civique et domestique. Suite aux différentes réformes, qu'elles aient eu lieu dans le secteur libéral ou dans le secteur hospitalier, les valeurs issues de ces deux mondes ont été affaiblies et ont laissé place à des valeurs issues des mondes marchand et industriel. L'industrialisation du secteur de la santé se caractérise, en partie, par la mise en place de la normalisation des pratiques médicales. Pour illustrer ce propos, nous allons étudier deux dispositifs qui ont conduit à légitimer la dimension industrielle et marchande du système de soin.

### **3-2. Normalisation du secteur de la santé**

Depuis les années 1980, la politique de santé s'oriente vers une normalisation des pratiques médicales et de l'« art médical ». La normalisation des pratiques médicales passe par une quantification : l'activité médicale, qui était une activité subjective, devient maintenant un élément objectif. L'évaluation de la pratique et de la qualité du système repose sur des normes. La conception normative de ces politiques de normalisation des soins réside dans la volonté de standardiser et d'améliorer l'efficacité du système de soin. Il convient alors d'organiser les pratiques médicales de manière homogène puisque l'hétérogénéité serait source d'inefficacité, à la fois médicale et économique (Kerleau, 1998). Le but principal de la normalisation des pratiques médicales est d'évaluer l'activité des professionnels de santé par comparaison à une norme définie de manière collective. Le développement de la normalisation s'inscrit dans un mouvement plus large : celui du *New Public Management* (NPM). Le NPM est caractérisé par la volonté d'introduire dans le secteur public des pratiques – en l'occurrence des normes et des outils – issues du secteur lucratif. La régulation du secteur public passe d'une régulation bureaucratique à une régulation managériale fondée sur la concurrence. Le NPM est fondé sur les valeurs de l'efficacité, et affaibli les valeurs relatives au bien commun, comme l'égalité.

Dans le domaine de la santé, de nombreux dispositifs participant à ce mouvement de normalisation ont été mis en place. L'objectif de cette partie est de rendre compte des travaux conventionnalistes s'intéressant à certains d'entre eux. Ainsi, les réseaux, encourageant la coopération entre des professionnels de santé de différents secteurs, participent à ce mouvement (3-2.1). Les économistes conventionnalistes appréhendent les réseaux par une approche communautaire de la santé, où ils se présentent comme un lieu d'apprentissage collectif. Les réseaux peuvent également se présenter comme des lieux où apparaissent des ressources pouvant être interprétées comme des conventions de qualité, facilitant les échanges entre

acteurs (Buttard, 2008 et 2011) La télémédecine est, elle aussi, une illustration de la normalisation des pratiques médicales (3-2.2.). Cependant, les projets ont du mal à se développer puisque les modalités de régulations des projets entrent en conflit avec la représentation initiale qu'ont les premiers porteurs du projet de télémédecine. Il y a donc un conflit de représentation entre la cité communautaire et la cité industrielle (Raully, 2016).

### **3-2.1. Réseaux de soins et approche communautaire**

Les réseaux, dans le domaine de la santé, permettent de mettre en relation des professionnels de santé, avant isolés, pour offrir une prise en charge globale aux patients. Les réseaux participent à la recherche d'efficacité, mais aussi de qualité. En France, les réseaux ont tout d'abord émergé pour palier la prise en charge inadéquate de certaines maladies. Provenant d'initiatives militantes, les réseaux se sont développés pour faire face aux défaillances du système de santé. Le véritable essor des réseaux a eu lieu dans les années 1980 (Buttard, 2008). Il est notamment en lien avec l'épidémie du SIDA. Il permet de sortir du traitement cloisonné auquel ont droit les malades et d'offrir un traitement global. La reconnaissance législative des réseaux est tardive ; l'Etat reconnaît, au cas par cas, chacun des réseaux existants. La loi du 4 mars 2002 apporte une harmonisation au concept de « réseau », mais elle ne parvient pas à saisir pleinement ses enjeux, et la définition de cette notion n'est toujours pas précisée.

Le réseau est un objet complexe à définir : c'est un mode de coordination alternatif au marché, aux contrats et aux conventions. Sophie Béjean et Maryse Gadreau (1997) envisagent deux conceptions du réseau : le réseau d'allocation de ressources et le réseau de création de ressources. Le premier réseau est appréhendé dans une économie d'allocation de ressources. Dans ce cadre, les problèmes de coordination sont limités à l'échange ; le réseau est considéré comme un lieu où la combinaison d'inputs est plus efficace (Buttard, 2011). Dans une économie d'allocation des ressources, l'éventail des possibles est connu. Dans ce cas, le risque de tomber malade peut être probabilisé. Il en résulte une conception de l'agent qui agit sous une hypothèse de rationalité instrumentale. L'intérêt du réseau tient alors au fait qu'il est caractérisé par un compromis entre coordination marchande et rigidité pour l'intégrer. Dans les faits, cette conception du réseau est remise en cause. Il semblerait que les réseaux participent au développement de la concurrence et à la construction d'un marché de la santé. Les agents du réseau sont soumis à une évaluation, encourageant la concurrence. La coordination au sein du réseau est soumise à l'engagement contractuel, facilitant la mise en place d'incitations financières. Les économistes conventionnalistes envisagent le réseau d'une manière similaire :

« C'est d'ailleurs la vision partagée par Boltanski et Thévenot (1999), pour qui le réseau est la figure de la cité par projets, laquelle incarne le nouvel esprit du capitalisme. L'agent, intéressé, recherche par l'intermédiaire du réseau à accroître son activité, ses revenus ou son capital relationnel. » (Buttard, 2011, p.132).

Cette conception du réseau est tout de fois limitée à considérer le réseau comme une combinaison d'inputs. Afin de dépasser cette conception, Sophie Béjean et Maryse Gadreau (1997) envisagent un second type de réseau : le réseau de création de ressources. Le réseau est considéré comme un lieu d'apprentissage collectif. Elles envisagent le réseau de création de ressource comme une communauté d'acteurs réunis par des objectifs communs, pour lesquels ils mettent en commun leurs ressources et leurs savoirs. Les relations au sein du réseau vont au-delà de la coordination, elles doivent être appréhendées par la notion de « coopération ».

La coordination repose alors sur une nature différente de la coordination marchande ou hiérarchique, elle repose sur un mode de coordination « délibératif » (Buttard, 2011)

« Celui-ci s'appuie principalement sur la convention qui est simultanément le support de coordination *princeps* et le produit du réseau de coordination de ressources. Elle soutient la coopération, qui ne se décrète pas mais peut se développer dans un environnement propice, entre des agents qui s'accordent sur de mêmes objectifs et ajustent leurs efforts au moyen de normes et de procédures. L'incomplétude de la règle constitue alors une solution bien plus qu'un problème (Favereau, 1997) : elle " laisse de la marge " aux acteurs qui, *in situ* et ensemble, interprètent la règle et l'adaptent à leurs propres contraintes ou exigences. » (Buttard, 2011, p.135).

Cette conception du réseau fait référence aux premiers réseaux militants qui se sont développés. Dans le domaine de la santé, les réseaux contribuent à réduire l'incertitude en organisant la coopération de professionnels de santé pluridisciplinaire.

En encourageant la coopération des professionnels de santé, les réseaux participent au processus de normalisation du secteur de la santé. En effet, ils dynamisent la réflexion autour des pratiques médicales et la création de routines, de procédures et de normes (Buttard, 2008). Les réseaux participent ainsi à la diffusion de convention de qualité qui permettent de réguler les échanges entre les professionnels. La production de norme au sein des réseaux est coordonnée avec la HAS. Le réseau, en tant que dispositif aux frontières flottantes et non définies, se présente comme un outil pour normaliser les pratiques médicales. D'autres dispositifs, plus technologiques, existent. C'est le cas de la télémédecine qui se développe avec l'aide des nouvelles technologies.

### **3-2.2. La télémédecine : cité communautaire versus cité par projet**

La télémédecine est tout d'abord apparue dans les années 1970 en Amérique du nord. Permettant l'intervention de professionnels de santé à distance à cours d'une opération, son utilisation était limitée au secteur hospitalier. En France, son véritable essor a commencé avec la révolution du numérique. La télémédecine a été reconnue juridiquement par la loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patient, santé, territoire » (HPST). D'une manière similaire à celle des réseaux de soins, la télémédecine se présente comme un dispositif permettant de réduire l'incertitude dans le domaine médical. Permettant de transférer les compétences et les savoirs d'un professionnel à un autre, c'est un outil permettant d'éclairer les médecins dans leur pratique médicale.

La télémédecine est promue à la fois par les médecins et la puissance publique, puisqu'elle permet de résoudre un grand nombre de difficultés du système de santé (Da Silva et Rauly, 2016). D'une part, elle permet de lutter contre les déserts médicaux puisque les médecins peuvent délivrer leurs soins à distance. D'autre part, elle permet de réduire les files d'attente pour certaines spécialités médicales. Elle permet également de réduire les inégalités d'accès aux soins de qualité puisque les patients peuvent avoir accès à certaines spécialités qui n'étaient pas présentes sur leur territoire. Enfin, la télémédecine est considérée par les pouvoirs publics comme un moyen de réduire les coûts de santé par trois moyens : en diminuant les transports des patients et les durées d'hospitalisation ainsi qu'en améliorant la qualité des soins par l'utilisation d'outils performants.

Au premier abord, les avantages affichés par la télémédecine avaient séduit l'ensemble des acteurs du système de santé. Cependant, la télémédecine a du mal à se développer. Outre les problèmes liés à l'appropriation de l'outil technique, les difficultés de déploiement peuvent s'expliquer par l'émergence d'un conflit de légitimité (Rauly, 2016). Les professionnels voient dans cet outil un moyen d'introduire au sein de la relation médecin-patient un moyen de normaliser le travail médical. Ce dispositif permettrait alors de réduire les asymétries d'informations en utilisant les informations recensées par les outils technologiques.

Amandine Rauly (2016) distingue deux types de projets de télémédecine. Un premier, qui fait référence aux projets conçus par les premiers professionnels de santé utilisateurs de la télémédecine. De la même manière que le réseau création de ressource, les premiers projets de télémédecine sont caractérisés par la « *cité communautaire* » (Buttard, 2011). Au sein des premiers projets de télémédecine, les utilisateurs développent des règles et des routines – en d'autres termes des conventions – qui encadrent les pratiques médicales. Les agents sont, de ce

fait, incités intrinsèquement à utiliser ces normes et à privilégier les objectifs de la communauté plutôt que leur intérêt personnel. Cependant, la reconnaissance juridique de la télémédecine, par la loi HPST, marque un changement dans l'institutionnalisation de la télémédecine. Les pratiques qui se développent ne permettent pas de saisir les logiques d'actions qui émanent des premiers projets.

Le nombre de médecins adhérents à un projet de télémédecine est marginale, et ce, malgré la mise en place d'incitation financière. Pour expliquer le difficile déploiement de la télémédecine, Nicolas Da Silva et Amandine Raully (2016) appliquent le paradigme conventionnaliste. Ils l'appréhendent comme un conflit de représentation entre la convention professionnelle et la convention industrielle. Pour ce faire, ils illustrent leur propos à travers quatre caractéristiques, qui se présentent comme des conflits de représentations issus de la cité par communauté. La première est la conception industrielle du soin. Le comité de pilotage en charge de la télémédecine veut que soit adopté le Dossier médical personnel (DMP) qui facilite le transfert à distance des données médicales. Les médecins rejettent ce dispositif puisqu'ils craignent que la transparence des données entre les médecins et la tutelle conduise à une plus grande normalisation et marchandisation du soin. La conception industrielle remet alors en cause l'autonomie de la profession médicale. La deuxième caractéristique concerne la répartition des tâches : certains postes vont se complexifier et d'autres vont se créer. Le monopole d'exercice de la médecine est menacé. En effet, dans les faits, les tâches médicales de premières importances comme les jugements professionnels pour établir un diagnostic sont attribuées à des médecins non spécialisés ou à des professionnels n'appartenant pas au corps médical. La troisième caractéristique fait référence à la position renforcée des Technologies de l'information et de la communication. Les négociations sont établies entre la puissance publique et l'industrie française, pour que le développement des télécommunications se fasse dans une logique de stratégie industrielle. Dans ce contexte, la télémédecine est présentée comme un outil permettant de normaliser les soins médicaux et de rationaliser le temps de travail médical. *« Les professionnels de santé deviennent alors des techniciens au service de la télémédecine. Ils sont exclus de la production intellectuelle de l'acte de soins. »* (Da Silva et Raully, 2016, p.12). La dernière caractéristique concerne la volonté des pouvoirs publics d'utiliser la télémédecine comme un outil permettant d'encadrer l'évolution de la dépense publique, mais surtout de contrôler la profession médicale.

« Mais le plus important est peut-être ailleurs. On peut penser que si, comme dans les cas du PMSI et de la Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), la télémédecine est avant tout un moyen de contrôle et de discipline de la profession

médicale, l'avantage est double pour la tutelle : les médecins passent sous surveillance et la porosité instaurée entre les professions de santé écorne le statut médical. La télémédecine accentuerait la scission naissante entre médecins soignants et médecins producteurs de normes, les premiers supportant l'essentiel des efforts de contrôle des pratiques et des dépenses, tandis que les seconds, conciliant avec la puissance publique et l'industrie, conserveraient une forte marge d'autonomie dans leur activité. » (Da Silva et Raully, 2016, p.13)

Les premiers projets de télémédecine valorisent des valeurs légitimées dans la cité par communauté. Cependant, cela ne signifie pas que tous les médecins utilisant la télémédecine appartiennent à cette cité. Ainsi, des logiques d'action émanant d'autres cités, peuvent entrer en compte : c'est notamment le cas des logiques issues de la cité par projet. En effet, la cité par projet est caractérisée par la décentralisation du contrôle. Dans cette cité, les grands sont qualifiés par la circulation de l'information et la connexion avec les autres membres de la cité. Ainsi, la télémédecine, qui se présente comme un objet, peut être interprétée sous une pluralité de logique. Le déploiement de la télémédecine, à la suite de sa reconnaissance juridique, correspond à une logique d'action industrielle, qui est valorisé dans le cadre de la cité par projet. De ce fait, l'action publique cherche à influencer les comportements et l'interprétation des acteurs du système de télémédecine et de la logique d'action qu'ils jugent légitimes.

Avec ce dernier chapitre, nous avons mis en évidence que la construction d'un marché de la santé est une ambition. Les conventionnalistes, dans leurs travaux, mettent en lumière les changements de représentation à l'œuvre dans le système de santé, suite aux différentes réformes qui se sont succédé. Tout d'abord, les différentes réformes, visant à instituer un marché de la santé, cherchent davantage à introduire dans le système de santé des agents se comportant comme des acteurs maximisateurs sur un marché walrasien. En s'autonomisant du pouvoir discrétionnaire du médecin, et en se référant à des normes de qualité de nature industrielle, les patients ressemblent de plus en plus à des consommateurs de soins. De plus, la construction d'un marché de la complémentaire santé, de plus en plus concurrentiel, a également comme conséquence de modifier les comportements des patients-consommateurs. Cependant, comme le montre Philippe Batifoulier (2014), le domaine de la santé se prête difficilement au comportement de patient-consommateur.

« [...] le patient ne veut pas de ce rôle de consommateur pour la plus grande partie des soins dont il a besoin. Être consommateur n'est pas infamant, et chacun valorise le fait de pouvoir consommer. Mais la nature des biens et service de santé s'accorde mal avec la valorisation du plaisir de consommer, sachant que le besoin de soin est involontaire. Le rôle de consommateur est impossible à tenir pour certains patients

et illusoire pour les autres. Le domaine de la santé met en avant le fait que l'humain peut souffrir et qu'il est souvent particulièrement démuné face à la maladie et plus encore à la mort. » (Batifoulier, 2014, p. 116).

Bien plus qu'un changement de comportement des agents, les conventionnalistes mettent l'accent sur les changements de représentations. Issus principalement de l'action publique, ces changements opèrent sur la façon de concevoir la qualité des soins et de la relation médicale, mais également sur la façon de pratiquer l'activité. Ainsi, la convention de qualité de nature industrielle, à l'œuvre depuis plusieurs décennies, et la normalisation des pratiques médicales, tendent à diffuser une logique industrielle dans le monde médical. Permettant d'évaluer les pratiques et l'activité des professionnels de santé, ces dispositifs rendent possible la construction sociale d'un marché de la santé, puisque, pouvant être comparés, les professionnels de santé entrent en concurrence les uns avec les autres. La concurrence va au-delà de celle entre des professionnels de santé ayant la même activité, elle s'étend, comme nous l'avons vu avec la télémédecine, à l'ensemble des activités.

Finalement, nous avons montré, avec ce dernier chapitre, qu'il existe une pluralité de critiques du système de santé traditionnel – caractérisé par l'image du médecin libéral gardien du savoir médical et de la santé, organisé sous la forme de « profession » capable de passer des compromis avec le régulateur pour conserver l'autonomie et l'autorégulation de la profession. Les critiques du système de santé traditionnel s'appuient sur une conception marchande et industrielle de la santé et de la relation de soins qui en dépend. D'une part, au nom de la maîtrise des dépenses sociales, l'Etat se désengage de certaines dépenses de santé et introduit des dispositifs visant à responsabiliser le patient, ce qui conduit au développement des assurances santé complémentaires. La maîtrise des dépenses de santé passe également par la diffusion de normes et de standard de qualité, dont l'objectif est d'évaluer et de contrôler les pratiques des professionnels de santé – exerçant à la fois dans le secteur hospitalier mais également dans le secteur de la médecine libérale. Ainsi, la qualité des soins ne repose plus seulement sur les valeurs de la cité domestique et civique ; les valeurs issues de la cité industrielle et marchande se diffusent. D'autre part, les patients cherchent à faire valoir leurs droits et à contrer le pouvoir discrétionnaire du médecin. La loi du 4 mars 2002, instituant la démocratie sanitaire, transforme la conception du patient passif, en un patient actif, capable de prendre part à la relation de soins. Le patient est alors perçu comme un consommateur, capable d'établir des choix et de s'orienter dans le système de soins.

L'émergence d'une logique marchande dans le système de santé est nécessairement accompagnée d'une logique industrielle.

« Un consommateur ne peut décider souverainement que s'il est capable de comparer les offres multiples. Pour faire jouer la concurrence, il doit prendre sa décision en toute connaissance de cause. L'information accessible doit donc être formatée de façon à objectiver le bien santé. La standardisation du produit est une condition nécessaire à l'existence d'une évaluation marchande de la qualité. Elle introduit une logique industrielle qui va servir d'appui à la logique marchande. Le système de santé français connaît depuis quelques années une grande entreprise de standardisation, audacieuse dans un secteur où les prestations sont souvent idiosyncrasiques. En effet, la nature du bien santé et l'incertitude radicale qui entoure la pratique médicale rendent délicates, conceptuellement et pratiquement, toutes les tentatives d'homogénéisation. » (Batifoulier, Domin et Gadreaau, 2008, p. 38).

La logique industrielle du système de soins sert de point d'appui au développement d'une logique marchande. Elle se caractérise par la diffusion de normes et de standards de qualité, d'une part, et par le développement de dispositifs visant à normaliser les pratiques médicales, d'autre part.

## CONCLUSION GENERALE

---

Comme nous l'avons rappelé lors de l'introduction générale, les débats en économie de la santé sont vifs. Loin de proposer une approche normative, l'économie des conventions permet d'éclairer les débats et les réformes du système de soins. Elle offre une conception de la relation médicale, ainsi qu'une observation du système de santé plus réaliste que l'approche dominante en économique. En effet, les économistes standards s'accordent pour dire que le marché des soins ambulatoires, marqué par certaines spécificités, est un marché ne fonctionnant pas comme un marché en concurrence pure et parfaite. Tout d'abord, l'activité médicale est marquée par une hétérogénéité ainsi qu'une incertitude radicale. De plus, comme le marché des soins ambulatoires ne permet pas l'allocation optimale des ressources, la théorie économique légitime l'intervention de l'Etat sur le marché. L'Etat est alors vu comme un « réparateur de marché » (Batioulier, 2015a), avant d'être considéré comme un membre à part entière de la relation médicale. Enfin, l'éthique médicale, soutenue par un ensemble de règles et de codes, est perçue comme une source supplémentaire de rigidités impactant le marché des soins (Gadreau, 1992).

L'imparfaite concurrence sur le marché des soins est due au fait que trois acteurs se rencontrent : le patient, le professionnel et l'assureur – chacun d'entre eux ayant un pouvoir sur les autres. Dans ce contexte, la théorie de l'agence est un moyen de rééquilibrer les pouvoirs entre les acteurs grâce à la mise en place de contrats incitatifs. A titre d'exemple, l'une des incitations que la tutelle – les pouvoirs publics – peut mettre en place est la rémunération à l'activité médicale. Dans ce cas, le revenu du médecin est lié à son niveau d'effort. Cependant, comme nous avons vu lors du deuxième chapitre, l'approche contractuelle se heurte à de nombreuses limites. Elle permet de sortir de la coordination exclusivement marchande, d'une part, mais elle conserve l'hypothèse de rationalité substantielle des agents économiques, d'autre part. Sortant de ces deux hypothèses, l'économie des conventions offre une analyse plus proche de la réalité.

Pour rappel, le mémoire de recherche souhaitait montrer quel est l'apport de l'approche conventionnaliste à l'économie de la santé. Selon nous, la contribution de l'EC tient à deux arguments : la prise en compte de la relation de soins et de l'éthique médicale plus réaliste, ainsi que l'analyse des différents changements de représentations à l'œuvre dans le système de soins et la prise en considération de l'action publique dans ces changements de représentations et de comportements.

## Economie des conventions et analyse de la relation médicale

Le premier argument repose sur la conception de la relation médicale. Appréhendant la coordination en sortant du cadre standard de la coordination marchande et de la rationalité substantielle, les conventionnalistes interrogent les jugements et les représentations des acteurs. La relation médicale repose alors sur une convention d'activité et une convention de qualité (Batifoulier, 1992). Pour analyser le système de santé, il faut sortir de la seule logique de coordination par les prix. La convention d'activité fait référence à la relation entre le médecin et la tutelle, caractérisée par une logique de don-contre-don. L'économie de la modération pratiquée par les professionnels de santé représente le don, et l'autorégulation de la profession représente, quant à elle, le contre-don. Une telle conception de la relation tutelle-médecin met en avant l'importance de l'éthique médicale dans l'activité des professionnels de santé : se présentant comme un objet collectif, l'éthique médicale assure la stabilité de la relation médicale quotidienne en garantissant une activité désintéressée. La convention de qualité, quant à elle, permet à la convention d'activité de subir une « épreuve de réalisation ». En d'autres termes, c'est elle qui soutient et qui stabilise la relation médecin-patient. La convention de qualité, telle qu'elle est définie par Philippe Batifoulier (1992), prend la forme d'une convention de nature industrielle (marque, normalisation et diplôme) et de nature domestique, qui repose quant à elle sur la confiance et le jugement. Dans cette perspective, la qualité de la prestation n'est pas intrinsèque au produit, mais aux agents qui jugent la prestation.

L'approche conventionnaliste de la relation médicale a, elle aussi, fait l'objet de critiques. Maryse Gadreau (1992) pose deux questions qui, selon elle, sont laissées en suspens par l'approche conventionnaliste. La première est la suivante : d'où viennent les conventions d'activité et de qualité ? L'auteur explique qu'historiquement, les normes et les règles qui sous-tendent l'activité médicale, ont évolué dans le temps et dans l'espace.

« Comment admettre qu'une convention soit simultanément un impératif catégorique garant de coordination par un effet d'imitation et d'apprentissage assimilable sous certains aspects à une prophétie autoréalisatrice, et un produit de l'histoire daté et marqué d'irréversibilité (R. Boyer et A. Orléan 1991)<sup>13</sup> ? Il faudrait admettre que la norme se construit par autoréférence, qu'elle est à la fois intérieure et extérieure au système qu'elle régit, ... et qu'elle est nécessairement bonne... » (Gadreau, 1992, p. 18).

<sup>13</sup> Maryse Gadreau fait référence à l'article de Robert Boyer et André Orléan, intitulé « Les transformations des conventions salariales entre théorie et histoire », publié en 1991 dans la *Revue économique*.

A l'inverse, la théorie de la régulation prend en compte l'ajustement temporel des normes de production et de consommation – et prend donc en considération la santé et la protection sociale – dans la régulation de l'ordre économique et social.

La deuxième question critique est la suivante : de quelle manière l'approche conventionnaliste peut-elle tester empiriquement ses hypothèses alors qu'elle s'oppose à l'utilisation d'outils économétriques (reposant implicitement sur une rationalité substantielle) ? Selon l'auteur, la démarche conventionnaliste est avant tout descriptive et rhétorique. Aujourd'hui, certains auteurs conventionnalistes utilisent l'économétrie : c'est le cas notamment de Guillemette de Larquier qui travaille sur le recrutement mais également de Nicolas Da Silva (2014) qui travaille sur le paiement à la performance.

### **Approche institutionnaliste et évolution du système de santé**

Le deuxième argument repose sur la conception de la politique publique. Dans leurs travaux, les conventionnalistes mettent en lumière les changements de comportements et de représentations à l'œuvre dans le système de santé. A l'analyse institutionnaliste de la recherche des fondements institutionnels de la construction d'un marché de la santé, les conventionnalistes ajoutent celle des changements de représentations, des modes de jugements et de la conception du légitime. Les travaux conventionnalistes en économie de la santé mettent en lumière les différentes réformes qui se sont succédé, suite aux changements politiques, aux orientations de la politique publique, et aux rapports de force qui peuvent exister. Plaçant l'acteur au cœur de leur analyse, ils prennent également en considération les comportements, les actions, ainsi que les changements de coordination.

L'approche conventionnaliste du système de santé s'inscrit dans une démarche plus large : celle de l'approche institutionnaliste. Cette dernière prend en considération les règles, qu'elles soient institutantes et instituées. Les règles institutantes impliquent qu'elles fournissent une certaine régularité microéconomique ou macroéconomique ; les règles instituées sont induites par le système économique (Gadreau, 2016). « *Pour la TR [théorie de la régulation] comme pour l'EC c'est l'existence de règles – qu'on les appelle "formes institutionnelles" avec la TR ou "conventions" avec l'EC... ou plus généralement "institutions" – qui est source de coordination.* » (Gadreau, 2016, p. 256). Ce qui différencie fondamentalement la TR de l'EC est leur niveau d'analyse : la première adoptant une démarche d'un point de vue macroéconomique, et la deuxième microéconomique. Par conséquent, ces deux théories se complètent. Elles ne se complètent pas dans le sens où l'EC est la microéconomie de la TR,

mais parce qu'elles intègrent toutes les deux l'étude des structures et des valeurs dans une perspective historique.

Maryse Gadreau (2016), dans un article intitulé « L'évolution du système de santé. Entre régulation et conventions », appréhende le système de santé dans une perspective institutionnaliste, conciliant TR et EC.

Reprenant les termes régulationnistes, l'auteure explique que le passage d'un régime d'accumulation concurrentiel (avant la Seconde Guerre mondiale) à celui d'un régime fordiste (après la Seconde Guerre mondiale) est accompagné de l'émergence d'une convention civique d'accès aux soins, ainsi que d'une convention libérale – faisant référence à la relation de soins médecin-patient basé sur la confiance. En effet, comme nous l'avons vu, au XIX<sup>e</sup> siècle, le système de santé était organisé d'une manière marchande et concurrentielle. Par ailleurs, les professionnels de santé étaient opposés à l'instauration d'une organisation publique dont l'objectif était d'assurer l'accès aux soins à tous les membres de la société. Au contraire, les ordonnances de 1945 visent à assurer l'accès aux soins de tous les individus. Cette convention civique, caractérisée par la solvabilisation de la demande, coexiste avec la convention libérale, caractérisée par la logique professionnelle de la médecine libérale et la relation de confiance entre le médecin et le patient.

Le passage d'un régime d'accumulation fordiste à un régime d'accumulation post-fordiste est caractérisé par l'augmentation des dépenses de santé qui a accompagné la solvabilisation de la demande. Dans ce contexte, comme nous l'avons vu, l'Etat est considéré comme un « instituteur de Monde Commun » qui organise la concurrence marchande dans le domaine de la santé. Une logique marchande se développe, visant à responsabiliser les usagers de l'assurance maladie. Elle se traduit, dans les faits, par une augmentation du reste à charge des patients, ainsi qu'un transfert des soins pris en charge par l'assurance médicale obligatoire (AMO) vers l'assurance médicale complémentaire (AMC). Le transfert entre AMO et AMC augmente significativement les inégalités sociales de santé. A cette logique marchande s'ajoute une logique industrielle. Elle se caractérise par une régulation de la profession par les pratiques.

« On peut penser que la combinaison de ces logiques, qui au-delà de la médecine de ville concerne aussi l'hôpital (Domin, 2008 et 2013)<sup>14</sup>, et le système de santé qui en résultera, dépendront des compromis mais aussi des rapports de force qui s'établiront entre les acteurs du système, dans un contexte institutionnel fortement marqué par l'évolution économique et sociale d'un capitalisme postfordiste en

<sup>14</sup> Les auteurs font ici référence à l'ouvrage de Jean Paul Domin, *Une histoire économique de l'hôpital, XIXe-XXe siècles. Une analyse rétrospective du développement hospitalier*, Tome II (1956-2009)

mutation. Entre hasard et nécessité... entre contingence et déterminisme. » (Da Silva et Gadreau, 2015, p. 18).

Ces deux arguments permettent de justifier la mobilisation de ce cadre théorique lors de la réalisation de ma thèse. Son objectif est d'analyser la place des mutuelles de santé entre politiques publiques et concurrence marchande. L'étude des mutuelles de santé est particulièrement intéressante : elles sont des acteurs historiques de l'économie sociale, elles évoluent sur le marché de la complémentaire santé, elles défendent le fait que la santé n'est pas un commerce, elles doivent s'adapter aux différentes réformes et aux différents changements de représentations du système de santé. L'intérêt de mobiliser l'EC réside alors dans la possibilité de mettre en lumière la pluralité des représentations qui peuvent exister au sein du mouvement mutualiste. Le cœur du travail de recherche consistera à analyser la coordination des acteurs mutualistes, en prenant en compte à la fois la diversité des conventions qui peuvent exister au sein des organisations mutualistes et l'environnement dans lequel ils évoluent. Ce travail de revue de la littérature me permettra de commencer mon travail de thèse en ayant acquis des bases théoriques. Tout en prenant en considération les critiques faites à l'égard de l'économie des conventions, mon travail prendra également appui sur une revue de la littérature historique, réalisée à l'occasion de mon mémoire de recherche de première année de master.

### **Les mutuelles de santé : entre politiques publiques et concurrence marchande**

Les mutuelles de santé sont, depuis les ordonnances de 1945, relayées au statut d'assureur complémentaire. Après ce moment, le contexte institutionnel a connu de nombreux changements, et le mouvement mutualiste s'est profondément transformé. Trois épisodes législatifs illustrent ce propos. Premièrement, la loi du 31 décembre 1989 met en concurrence les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance sur le marché de la complémentaire santé. Deuxièmement, la directive européenne du 19 juin 1992 élargit davantage la concurrence. Transposée en droit français en 2001, la directive européenne a conduit les mutualistes à séparer les mutuelles pratiquant des opérations des mutuelles gestionnaires de réalisation sanitaire et sociale. Les mutuelles de santé sont alors entrées en concurrence avec de grands assureurs européens. En plus de l'ouverture à la concurrence, les directives Solvency II viennent assurer la solvabilité des assureurs. Ces directives s'articulent autour de trois axes (Vincent, 2006). Le premier détermine des exigences quantitatives à respecter concernant les marges de solvabilité (minimum absolu et capital cible). Le deuxième

axe impose des normes qualitatives concernant la surveillance et la gestion des risques. Enfin, le dernier axe est consacré à la discipline de marché et définit des exigences en termes de transparence de l'information. Troisièmement, depuis la loi du 31 janvier 2016, les employeurs du privé ont l'obligation de proposer une couverture complémentaire santé collective à l'ensemble de leurs salariés. Face à ces changements législatifs et concurrentiels, les mutuelles évoluant pratiquant des opérations d'assurance ont modifié leur comportement sur le marché de la complémentaire santé. Les mutuelles doivent alors « *s'adapter à ce contexte, tout en conservant – du moins le dit-elle – les valeurs spécifiques à l'économie sociale : gouvernance démocratique, règles de démocratie participative et non sélection du risque.* » (Dreyfus, 2017, p.220).

Le travail de thèse consiste à s'intéresser à la fois aux mutuelles évoluant sur le secteur de l'assurance maladie complémentaire et aux services de soins mutualistes. L'intérêt de mobiliser le cadre théorique de l'économie des conventions peut se résumer en deux arguments. Dans une démarche théorique et empirique, les outils de l'économie des conventions nous permettent, d'une part, de mettre en lumière la représentation propre de la santé des mutualistes, permettant de justifier ou d'entrer en tension avec leurs pratiques tarifaires et leurs politiques volontaristes d'accès aux soins sans discrimination des publics. D'autre part, le cadre théorique de l'économie des conventions permet de recueillir les justifications des mutualistes sur la remise en question de leurs valeurs. Plusieurs questions seront posées : les justifications utilisées par les deux acteurs sont-elles différentes ? La diffusion d'une logique marchande dans le secteur de la santé conduit-elle à une mise en concurrence des mutuelles ?

## BIBLIOGRAPHIE

**ABECASSIS P., COUTINET N. ET DOMIN J.** (2014). « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie », *Revue internationale de l'économie sociale*, n°331, pp. 60-75.

**AKERLOF G.** (1970), « The market for "lemons" : quality uncertainty and the market mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, vol 84, n°3, pp. 488-500.

**AMBROISE B., SALLE G. ET SOBEL R.** (2015), « L'économie entre performativité, idéologie et pouvoir symbolique », *l'Homme et la Société*, n°197, pp. 13-40.

**ARROW K.** (1963), « Uncertainty and the welfare economics care », *American Economic Review*, vol 53, n°5, pp. 141-149.

**ARROW K.** (1968), « The Economics of Moral Hazard : Further Comment », *The American Economic Review*, Vol 58, n°3, Part 1, (Jun., 1968), pp. 537-539.

**BARBIER J-C. ET THERET B.** (2004), *Le nouveau système français de protection sociale*, La découverte, Paris.

**BATIFOULIER P.** (1992), « Le rôle des conventions dans le système de santé », *Sciences sociales et santé*. Volume 10, n°1, 1992. pp. 5-44.

**BATIFOULIER P.** (DIR)., (2001), *Théorie des conventions*, Economica, Paris.

**BATIFOULIER P.** (2011), « Valeurs et convention : une économie politique de la santé », in Batifoulier P., Buttard A. et Domin J-P. (DIR), *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*, ed ESKA, pp. 30-42.

**BATIFOULIER P.** (2012), « De la responsabilité individuelle aux priorités collectives. Une analyse institutionnaliste des politiques de la demande en santé », *Ethique et économique*, n°9, pp. 25-44.

**BATIFOULIER P.** (2014), *Capital santé. Quand le patient devient client*, La découverte, Paris.

**BATIFOULIER P.** (2015a), « Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire », *Revue de la régulation*, n°17, 1er semestre.

**BATIFOULIER P.** (2015b), « Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé », *l'Homme et la Société*, n°197, pp. 79-103.

**BATIFOULIER P. ET BIEN F.** (2000) « Les honoraires libres en médecine ambulatoire : une lecture par la théorie des conventions », *Sciences sociales et santé*. Volume 18, n°1, 2000. pp. 5-22.

**BATIFOULIER P., DA SILVA N. ET DOMIN J-P.** (2018), *Economie de la santé*, Armand Colin.

**BATIFOULIER P., DA SILVA N. ET DUCHESNE V.** (2019), « The dynamics of Conventions : The Case of the French Social Security System », *Historical Social Research*, vol 44, n°1, pp. 260-284.

**BATIFOULIER P. ET DOMIN J-P.** (2015), « Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire », *Revue de la régulation*, n°17, 1er semestre.

**BATIFOULIER P., DOMIN J-P. ET GADREAU M.** (2008), « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue Française de Socio-Economie*, 2008/1, n°1, pp. 27-46.

**BATIFOULIER P., EYMARD-DUVERNAY F. ET FAVEREAU O.** (2007), « État social et assurance maladie. Une approche par l'économie des conventions », *Economie Appliquée*, n°1, 2007, p. 203-229.

**BATIFOULIER P. ET GADREAU M.** (2006), « Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique », in Eymard-Duvernay F., *l'économie des conventions, méthodes et résultats*, pp. 453-468.

**BATIFOULIER P. ET LARQUIER G.** (2001), « De la convention et de ses usages », in Batifoulier (DIR), *Théorie des conventions*, Economica, Paris, pp. 10-31.

**BATIFOULIER P. ET ORLEAN A.** (2016), « La science économique : une science morte ? », in *Dictionnaire des conventions. Autour des travaux d'Olivier Favereau*, sous la direction de Batifoulier P., Bessis F., Ghirardello A., De Larquier G. et Remillon D., Villeneuve D'Asq : Presses universitaires du Septentrion, pp. 193-197.

**BATIFOULIER P. ET THEVENON O.** (2001), « Interprétation et fondement conventionnel des règles » in Batifoulier P. (DIR), *Théorie des conventions*, Economica, Paris, pp. 219-252.

**BATIFOULIER P. ET THEVENON O.** (2003), « L'éthique (médicale) est-elle soluble dans le calcul économique ? », *Économie appliquée*, Volume 2, Numéro 3, pp. 161-186.

**BEJAN S.** (1994), *Economie du système de santé. Du marché à l'organisation*, Economica, Paris.

**BEJAN S.** (1999), « De nouvelles théories en économie de la santé : fondements, oppositions et complémentarités », *Politiques et management public*, vol 17, n°1, pp. 145-175.

**BEJAN S.** (2009), « Les fondements de la micro-économie de la santé : le marché de la médecine libérale » in Bras P-L et al., *Traité d'économie et de gestion de la santé*, pp. 43-52.

**BEJAN S. ET GADREAU M.** (1997), « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », *Revue d'économie industrielle*, vol. 81, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 77-97.

**BESSIS F.** (2006), *Dynamiques des institutions entre conventions et régulations*, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, Université Paris X Nanterre.

**BIENCOURT O., CHASERANT C. ET REBERIOUX A.** (2001), « L'Économie des conventions : l'affirmation d'un programme de recherche », in Batifoulier (DIR), *Théorie des conventions*, Economica, Paris, pp. 193-218.

**BIENCOURT O. ET ROBELET M.** (2011), « La qualité des soins, sa mesure et sa publicité : un objet de recherche pluridisciplinaire », in Batifoulier P., Buttard A. et Domin J-P. (DIR), *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*, ed ESKA, pp. 106-118.

**BOLTANSKI L. ET CHIAPELLO E.** (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard, Paris.

**BOLTANSKI L. ET THEVENOT L.** (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Gallimard, Paris.

**BUTTARD A.** (2008), « L'évaluation du réseau en santé », *Politiques et management public*, vol 26, n°4, pp. 87-110.

**BUTTARD A.** (2011), « Le réseau en santé : débats théoriques et enjeux politiques », in Batifoulier P., Buttard A. et Domin J-P. (DIR), *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*, ed ESKA, pp. 234-246.

**CARNOYE L.** (2016), *Les services écosystémiques : de nouveaux outils de justification au service de la critique écologiste ? Une analyse conventionnaliste à partir du Parc Naturel Régional Scarpe-Escaut (France).*, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, Université de Lille 1.

**CASTEL R.** (1995), *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Fayard, Paris.

**CHASERNANT C. ET THEVENON O.** (2001), « Aux origines de la théorie économique des conventions : prix, règles et représentations », in Batifoulier (DIR), *Théorie des conventions*, Economica, Paris, pp. 10-31.

**CORIAT B. ET WEINSTEIN O.** (2004), « Institutions, échanges et marchés », *Revue d'économie industrielle*, vol. 107, trimestre 3, pp. 37-62.

**DA SILVA N.** (2014), *Instituer la performance. Une application au travail du médecin*, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, Université Paris Ouest, Nanterre La Défense.

**DA SILVA N. ET GADREAU M.** (2015), « La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme », *Revue de la régulation*, vol. n°17.

**DA SILVA N. ET RAULY A.** (2016), « La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ? Une lecture par l'économie des conventions », *Economie et institutions*, n°24.

**DARDON S. ET LETOURMY A.** (1983), « La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo-classique ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 1, n°2, pp. 31-77.

**DIMAGGIO P. ET POWELL W.** (1983), « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociologic Review*, vol. 48, n°2, pp. 147-160.

**DOMIN J-P.** (2010), « La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie : la consécration d'une régulation marchande ? », *Economie et institutions*, n°15, 2e semestre, pp. 5-29.

- DOMIN J.-P.** (2011), « Le dilemme efficacité versus équité dans le financement hospitalier : une lecture institutionnaliste », in Batifoulier P., Buttard A. et Domin J.-P. (DIR), *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*, ed ESKA, pp. 234-246.
- DOMIN J.-P.** (2016), « Economie politique de la réforme de l'hôpital », in *Dictionnaire des conventions. Autour des travaux d'Olivier Favereau*, sous la direction de Batifoulier P., Bessis F., Ghirardello A., De Larquier G. et Remillon D., Villeneuve D'Asq : Presses universitaires du Septentrion, pp. 153-157.
- DORMONT B., GEOFFARD P.-Y. ET TIROLE J.** (2014), « Refonder l'assurance-maladie », *Note du conseil d'analyse*, n°12.
- DREES.** (2018a), « La protection sociale en France et en Europe en 2016 », *Résultats des comptes de la protection sociale*, édition 2018.
- DREES.** (2018b), « Les dépenses de santé en 2017 », *Résultats des comptes de la santé*, édition 2018.
- DREES.** (2019), « La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties », *Panorama de la DREES santé*, édition 2019.
- DREYFUS M.** (2001), Liberté, égalité, mutualité. Mutualisme et syndicalisme (1852-1967), Les éditions de l'atelier, « Patrimoine », Paris.
- EVANS R.** (1974), « Supplier-induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications », in Perlman M., *The Economics of Health and Medical Care*, Wiley, New York, pp. 155-166.
- EWALD F.** (1986), *L'Etat providence*, Grasset et Fasquelle, Paris.
- EYMAR-DUVERNAY F.** (1989), « Convention de qualité et formes de coordination », *Revue économique*, vol 40, n°2, pp. 329-360.
- FAVEREAU O.** (1986), « La formalisation du rôle des conventions dans l'allocation des ressources » in : Salair R. et Thévenot L., ed., *Le travail : marchés, règles, conventions*, INSEE-Economica, Paris, pp. 249-268.
- FAVEREAU O.** (1989), « Marchés internes, marchés externes », *Revue économique*, volume 40, n°2, pp. 273-328
- FAVEREAU O.** (2001), « Préface » in Batifoulier et al., *Théorie des conventions*, Economica, Paris, pp. 10-31.
- FAVEREAU O.** (2005), « Quand les parallèles se rencontrent : Keynes et Wittgenstein, l'économie et la philosophie », *Revue de métaphysique et de morale*, vol 3, n°47, pp. 403-427.
- FAVEREAU O.** (2013), « Keynes after the economics of conventions », *Evolutionary and Institutional Economics Review*, vol. 10, n°2, pp. 179-195.
- FAVEREAU O.** (2019), « The Economics of Convention : From the Practice of Economics to the Economics of Practice », *Historical Social Research*, vol 44, n°1, pp. 25-51.

- FRIOT B.** (2012), *Puissance du salariat*, La dispute, Paris.
- GADREAU M.** (1992), *Ethique professionnelle et régulation économique du marché des soins ambulatoires : de la théorie des contrats à l'économie des conventions*, Document de travail LATEC.
- GADREAU M.** (2016), « L'évolution du système de santé. Entre régulation et conventions », in Batifoulier P., Bessis F., Ghirardello A., De Larquier G. et Remillon D. *Dictionnaire des conventions. Autour des travaux d'Olivier Favereau*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve D'Asq., pp. 193-197.
- GADREAU M., JAFFRE D. ET LANCIAU D.** (1999), « La recomposition en réseaux du système hospitalier. Entre contraintes, contrats et conventions », *France Contrôle Stratégie*, vol 2, n°4, pp. 53-75.
- JANY-CATRICE F.** (2012), *La performance totale : nouvel esprit du capitalisme ?*, Presse universitaire du Septentrion, Villeneuve d'Ascq.
- JANY-CATRICE F.** (2016), « Indicateurs. Objets de luttes et de conventions », in Batifoulier P., Bessis F., Ghirardello A., De Larquier G. et Remillon D. *Dictionnaire des conventions. Autour des travaux d'Olivier Favereau*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve D'Asq., pp. 193-197.
- KERLEAU M.** (1998), « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n°4, pp. 5-32.
- KEYNES J-M.** (2005), *La théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie*, Payot, Paris.
- KOUMAKHOV R.** (2016), « Rationalité limitée et Economie des conventions », in Batifoulier P., Bessis F., Ghirardello A., De Larquier G. et Remillon D. *Dictionnaire des conventions. Autour des travaux d'Olivier Favereau*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve D'Asq., pp. 193-197.
- LARQUIER DE G.** (2016), *Une approche conventionnaliste du marché du travail fondée sur le recrutement des entreprises*, Mémoire pour l'Habilitation à diriger des recherches, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.
- LARQUIER DE G., BESSIS F. ET BATIFOULIER P.** (2006), « La dimension conventionnelle de la coordination », *Colloque pluridisciplinaire « Coordination et Sciences Sociales »*.
- LARQUIER G DE. ET BATIFOULIER P.** (2005), « Peut-on suivre de mauvaises conventions ? Coordination et Pareto-optimalité ». *Economie appliquée*, pp. 5-32.
- MAUROY H.** (1996), *La Mutualité en mutation : les pratiques solidaristes en questions*, Editions de L'Harmattan, Paris.
- NYMAN J.** (2007), « American health policy: cracks in the foundation », *Journal of health politics, Policy and Law*, vol. 32, n° 5, pp. 759-783.
- ORLEAN A.** (1997), « Jeux évolutionnistes et normes sociales », *Economie Appliquée*, n°3, pp. 177-198.

**PALIER B.** (2010), *La réforme des systèmes de santé*, Presse universitaire de France, Paris.

**PAULY M.** (1968), « The Economics of Moral Hazard : Comment », *The American Economic Review*, Vol. 58, n°3, Part 1, (Jun., 1968), pp. 531-537.

**RAMAUX C.** (2016), « L'Etat social en quête de légitimité » in Batifoulier P., Bessis F., Ghirardello A., De Larquier G. et Remillon D., *Dictionnaire des conventions. Autour des travaux d'Olivier Favereau*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve D'Asq, pp. 193-197.

**RAMAUX C.** (2012), *L'État social. Pour sortir du chaos néolibéral*, Fayard, Mille et une nuits, Paris.

**RAULY A.** (2016), *Gouverner la télémédecine. Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Reims Champagne-Ardenne.

**ROBELET M.** (2001), « La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels de qualité », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n°2.

**ROCHAIX L. ET JACOBZONE S.** (1997), « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie et prévision*, n°129- 130, 1997-3-4. *Nouvelles approches micro-économiques de la santé*. pp. 25-36.

**SALAI R.** (1989), « L'analyse économique des conventions du travail », *Revue économique*, vol 40, n°2, pp. 199-240.

**SALAI R.** (2009), « The Contours of a Pragmatic Theory of "Situated" Institutions And its Economic Relevance », Revised English version of Robert Salais (1998) « A la recherche du fondement conventionnel des institutions », in Salais R., Chatel E. et Rivaud-Danset D., *Institutions et conventions. La réflexivité de l'action économique*, EHESS, Paris, pp. 255-292.

**SALAI R. ET STORPER M.** (1995), *Les mondes de production : Enquête sur l'identité économique de la France*, EHESS, Paris.

**SINEY-LANGE C.**, 2018, *La Mutualité. Grande seumeuse de progrès social*, Editions de La Martinière, Paris.

**SMADJA-RAKOTONDRAMANITRA T.** (2016), « Harrison White, Olivier Favereau et l'étude des conventions de qualité », in Batifoulier P., Bessis F., Ghirardello A., De Larquier G. et Remillon D., *Dictionnaire des conventions. Autour des travaux d'Olivier Favereau*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve D'Asq, pp. 193-197.

**THEVENOT L.** (1989), « Equilibre et rationalité dans un univers complexe », *Revue économique*, vol 40, n°2, pp. 147-198.

**THEVENOT L.** (2006), *L'action au pluriel, Sociologie des régimes d'engagement*, La découverte, coll « Textes à l'appui », série « politique et sociétés », Paris.

**TORNY D.** (1995), « "Mon corps est-il une bagnole ? " » Socio-fiction assurantielle ». *Revue française des affaires sociales, La documentation française*, vol 49, n°4, pp.67-77.

**URRUTIAGUER, BATIFOULIER ET MERCHIERS.** (2001), « Peut-on se coordonner sur une base arbitraire ? Lewis et la rationalité des conventions », in Batifoulier (DIR), *Théorie des conventions*, Economica, Paris, pp. 63-95.

**VIENNEY C.** (1994), *L'économie sociale*, La découverte, Paris.

**VINCENT H.** (2006), « La mutualité française dans l'union européenne : nouveau contexte, nouveaux défis », *Revue internationale de l'économie sociale*, n°300, p.62-77.