

Séminaire ATEs n°6
Politiques de régulation des dépenses de santé
Nanterre, jeudi 31 mai 2001

POLITIQUES DE SANTÉ : ÉCLAIRAGES PAR L'ÉCONOMIE DES CONVENTIONS

L'Economie des Conventions permet-elle de comprendre et de juger les politiques publiques ?*

Sophie Béjean et Christine Peyron
LATEC, Pôle d'économie et de gestion, 2 bd Gabriel, 21 000 Dijon
Tél : 03 80 39 54 33, 03 80 39 35 29
Mél : Sophie.Bejean@u-bourgogne.fr, Christine.Peyron@u-bourgogne.fr

Depuis une dizaine d'année, le courant de l'Economie des Conventions (EC) a trouvé un champ d'application en économie de la santé (Batifoulier 1990, Béjean 1992 et 1994). Programme de recherche encore en cours de construction, l'Economie des Conventions propose une autre manière d'aborder les problèmes économiques. L'Economie des Conventions ne s'intéresse pas à un domaine d'investigation particulier, mais propose à travers la définition d'un concept — la convention — une nouvelle grille de lecture des interactions entre individus, des règles de coordination et des institutions¹.

En économie de la santé, ses mérites relèvent sans aucun doute de l'analyse du comportement des acteurs et des règles de coordination du système de santé, mérites reconnus par la communauté scientifique principalement pour leur pouvoir descriptif.

Lorsqu'il s'agit par exemple d'analyser les registres de la décision individuelle du médecin, l'Economie des Conventions dresse un tableau particulièrement réaliste en insistant sur la pluralité de ces registres de décision (pécuniaire, sanitaire, relationnel, professionnel, éthique...), en montrant la dimension collective de certains de ces registres, et en mettant en évidence la dynamique et l'articulation des modèles de comportement et des règles de coordination (cf. notamment Peyron et Béjean 2000, Batifoulier 1999).

* Nous remercions Elsa Lafaye de Michaux pour ses remarques pertinentes et constructives sur une première version de ce papier, dont nous restons seules responsables.

¹ En ce sens, l'EC n'est pas seulement une analyse des règles conventionnelles, mais une analyse de l'ensemble des règles et des institutions de l'activité économique.

L'une des fonctions attendues d'un économiste est aussi celle de l'aide à la décision. Dans notre domaine, celui de l'économie de la santé, cette fonction prend une importance toute particulière tant les questions de définition, de compréhension, et de mise en œuvre des politiques de régulation du système de santé sont fondamentales pour les pouvoirs publics.

L'objet de notre communication est de montrer la spécificité et l'apport de l'EC pour l'analyse des politiques publiques de régulation du système de santé². Au préalable, il convient de définir à la fois l'objet d'analyse — les politiques publiques — et la démarche de l'analyse.

Une politique publique associe des objectifs généraux (par exemple la recherche d'une plus grande équité), qui peuvent se décliner en objectifs spécifiques (réduire les disparités de l'offre de soins sur le territoire) et auxquels sont associés des moyens mis en œuvre pour poursuivre ces objectifs (la planification des structures hospitalières et l'ensemble des dispositifs qui participent à cette planification : réglementation, autorisation, incitation aux restructurations...). S'inscrivant dans ce cadre, les dispositifs de régulation sont des règles, soit édictées par les pouvoirs publics, soit négociées entre les pouvoirs publics et les acteurs concernés, qui tentent d'infléchir les comportements des acteurs et les mécanismes de fonctionnement existant dans le système observé, pour poursuivre un objectif spécifique plus ou moins explicite.

Pour l'économiste dont l'expertise est sollicitée en matière d'aide à la décision, l'analyse des politiques publiques peut se décliner en trois étapes :

- La compréhension des politiques au regard de l'existant : comprendre leurs effets sur les comportements et les règles de fonctionnement du système de santé et comprendre leur cohérence par rapport au problème posé et à l'objectif recherché.
- Le jugement des politiques publiques : évaluer à la fois leurs résultats directs immédiats et leurs effets de composition et de dynamique, évaluer la cohérence de ces politiques au regard de normes et de valeurs de référence c'est-à-dire évaluer le sens donné à l'action publique.
- L'aide à la décision : évaluer les conditions de l'échec ou du succès dans la mise en œuvre de ces politiques participer à la définition voire à la mise en œuvre des politiques (ou proposer des procédures de définition et de suivi des politiques publiques) en référence à la valeur normative du corpus théorique mobilisé.

Nous allons tenter de montrer que, en dépit de la carence supposée de l'EC en matière d'analyse des politiques publiques, celle-ci développe des pistes à la fois pertinentes et spécifiques pour comprendre et évaluer les politiques publiques. Le rôle de l'économiste en matière d'aide à la décision doit cependant être envisagé sous un angle nouveau.

² Nous utiliserons le terme générique de politiques publiques, ou simplement de politiques, pour nous référer aux politiques de régulation du système de santé mises en œuvre par les pouvoirs publics, financeurs ou autorités de tutelle.

I - Comprendre les politiques publiques

Pour évaluer les politiques publiques, puis aider à la définition de ces politiques, il convient au préalable de les comprendre au regard de la réalité dans laquelle elles s'inscrivent. Sans revenir sur l'ensemble des apports de l'Economie des Conventions pour appréhender la réalité du fonctionnement du système de santé, nous souhaitons montrer ici que l'outil conceptuel de l'Economie des Conventions, à savoir le concept même de convention et plus largement le système conventionnel des règles de coordination, apporte une compréhension spécifique des politiques de régulation du système de santé.

Nous ciblerons plus particulièrement le secteur de la médecine de ville, et notamment les relations que les médecins entretiennent avec les organismes d'assurance maladie sous tutelle de l'Etat. Il s'agit donc de comprendre comment les politiques de régulation en médecine ambulatoire s'inscrivent dans le cadre de ces relations, comment elles infléchissent ou non les comportements individuels et collectifs, comment elles peuvent façonner ou modifier de façon plus fondamentale les règles qui guident ces comportements et donnent un cadre à ces relations.

Pour ce faire, nous proposons :

- de définir les règles élémentaires de la coordination : l'EC définit une pluralité des règles de coordination, qui permet de comprendre la pluralité des registres de régulation ;
- de montrer la spécificité du concept de convention : entre la contrainte et le contrat, ces règles collectives peuvent avoir un contenu et un poids variable, ce qui implique de distinguer les différents statuts des conventions ;
- de montrer que l'intérêt de la notion de convention prend tout son sens lorsqu'on s'intéresse à l'articulation des règles entre elles et à l'interprétation qu'elles permettent et nécessitent pour être opérationnelles ; cette analyse permettra de comprendre que les politiques de régulation peuvent renforcer, ou remettre en cause le statut conventionnel de certaines règles, ou encore se heurter au poids des conventions.

Bien sûr, l'EC n'est pas un corpus théorique "stabilisé" où chaque concept, en particulier le concept de convention, peut être défini de façon définitive et accepté comme tel par l'ensemble des économistes des conventions. Même si l'introduction du numéro spécial de la Revue Economique (1989), considérée comme la profession de foi des pères fondateurs de l'EC, en donne une définition, la convention est définie de façons parfois bien différentes d'un auteur à l'autre³. Nous mobiliserons donc ici les concepts de l'Economie des conventions dans une

³ L'introduction de la Revue Economique (Dupuy et al. 1989, p.143) définit la convention comme *"le dispositif constituant un accord de volontés tout comme son produit, doté d'une force normative obligatoire, la convention doit*

acceptation qui nous est propre, tout en rappelant les bases communément admises pour définir ces concepts. Plus que la notion de convention elle-même, c'est l'ensemble du corpus théorique (nature des règles, hypothèse de rationalité...) et la démarche de l'EC dont montrerons l'intérêt pour comprendre les politiques de régulation.

1.1 Les règles élémentaires de la coordination

Le projet de l'Economie des conventions est de comprendre les interactions entre les individus. En ce sens, le projet n'est pas spécifique et la théorie néoclassique des marchés ou la théorie des contrats poursuivent le même objectif. La spécificité de l'EC est de montrer que les relations marchandes et les relations contractuelles exigent un cadre commun constitutif, qui produit des informations utiles à l'action ou à l'interaction. Ce cadre constitutif n'est pas le résultat d'un contrat primitif comme le suppose la théorie des contrats, mais le produit non intentionnel des volontés tout comme le cadre commun qui permet un accord de ces volontés. Le projet est donc de préciser la nature de ce cadre constitutif — la convention— et son articulation avec les autres règles de la vie économique. L'EC propose donc pour analyser les interactions individuelles un *système conventionnel* des règles de coordination où coexistent et s'articulent des règles élémentaires de coordination : règles contractuelles, règles hétéronomes et règles-conventions.

En médecine ambulatoire, chaque règle élémentaire, prise isolément, permet de focaliser l'analyse sur un élément organisationnel et d'appréhender certains comportements concrets, tant en matière de coordination (règles existantes) qu'en matière de régulation (règles mises en œuvre par les pouvoirs publics). Mais une règle ne peut à elle seule rendre compte de la multiplicité de ces comportements et de ces éléments qui structurent l'organisation de la médecine de ville.

Les *contrats* sont des règles de coordination qui se caractérisent par une négociation préalable entre les acteurs d'une relation. Il sont explicitement souscrits et le respect des termes du contrat est pleinement intentionnel de la part des souscripteurs qui y trouvent leur propre intérêt. Ce mode de coordination permet d'analyser des relations marquées par une forte asymétrie d'information où l'opportunisme des agents est source de problème de coordination.

Selon Ramaux (1996), on peut distinguer deux types de contrats : les contrats d'échange et les contrats d'usage.

être appréhendée à la fois comme le résultat d'actions individuelles et comme un cadre contraignant les sujets". Nous verrons que cette définition complétée et précisée par les différents auteurs peut être déclinée et orientée différemment selon que l'on insiste plus ou moins sur certains de ses traits caractéristiques (fonctions et rôle de la convention, contenu et formulation, origine de la convention, force normative...).

Les *contrats d'échange* impliquent l'existence d'une réciprocité explicitement et intentionnellement introduite dans l'accord des volontés (rémunération contre service, prix contre produit, incitation et sanction contre délégation de pouvoir...).

En médecine ambulatoire, nous avons montré ailleurs que la notion de contrat d'échange est particulièrement pertinente pour analyser la relation médecin-patient (cf Peyron Béjean 1998). Cette relation est caractérisée par une délégation de pouvoir explicitement accordée par le patient à son médecin, en échange d'une rémunération. Cette règle élémentaire participe à la coordination des colloques singuliers entre médecins et patients de même que d'autres règles dont certaines sont issues de l'intervention des pouvoirs publics.

Dans ce cadre, la notion de contrat d'échange peut être mobilisée pour éclairer le dispositif du médecin référent⁴. Négocié entre syndicats médicaux et caisses d'assurance maladie, ce dispositif de régulation vise une revalorisation du rôle des médecins généralistes et une fidélisation des relations médecin-patient. Tant le médecin que le patient adhèrent librement à ce système qui propose un mécanisme d'incitations positives en contrepartie du respect d'un certain nombre d'engagements. Pour le patient, la dispense d'avance de frais est une contrepartie de son engagement à consulter son médecin référent en première intention et à participer à des actions de dépistage et de prévention. Pour le médecin, une rémunération forfaitaire complémentaire constitue la contrepartie du travail spécifique qui lui est demandé (tenue du dossier médical, garantie de la permanence et de la continuité des soins, prescription de génériques...). Ainsi le concept de contrat d'échange permet-il d'éclairer la réciprocité de l'accord et l'intentionnalité de l'adhésion des intéressés. Pourtant cette règle ne rend pas compte de l'intégralité des dimensions de ce dispositif et ne permet pas de comprendre les effets que l'introduction de ce dispositif peut produire plus globalement et plus indirectement sur l'ensemble du fonctionnement de la médecine ambulatoire.

Les *contrats d'usage*⁵ organisent de façon explicite l'usage des ressources collectives. À la différence des contrats d'échange, ils n'impliquent pas de réciprocité dans l'accord. Le plus souvent, ces contrats sont négociés entre partenaires collectifs (syndicats professionnels, organismes publics, associations...).

En médecine ambulatoire, la "convention médicale" est une règle existante, traditionnelle, qui caractérise les relations dites "conventionnelles" entre médecins et financeurs. Négociée entre les

⁴ Introduit par la "convention médicale" de 1997, ce dispositif a été supprimé par le Conseil d'Etat en juillet 1998 et n'a donc réellement fonctionné que pendant un semestre. Notons au passage que le terme de "convention médicale" ne préjuge pas de la nature de cette règle qui régule les relations entre médecins et caisses d'assurance maladie.

⁵ Cette notion que l'on ne retrouve pas dans tous les travaux conventionnalistes est inspirée de la typologie des règles de coordination définie par Ramaux (1996).

caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux, elle précise les règles d'usage des ressources collectives engagées par l'activité et les prescriptions des médecins. La "convention médicale" relève en ce sens d'un contrat d'usage.

Pour autant la notion de contrat d'usage n'est pas suffisante à elle seule pour expliquer le sens de l'ensemble des dispositifs prévus par les "conventions médicales". Celles-ci intègrent généralement une négociation sur les niveaux d'honoraires et prévoient parfois des dispositifs spécifiques de régulation. Négocié dans le cadre des "relations conventionnelles", le dispositif du médecin référent inclus dans la "convention médicale" de 1997 constitue bien une règle collective et négociée concernant l'usage des ressources (contrat d'usage), mais relève du contrat d'échange lorsqu'on l'appréhende au niveau individuel.

Les *règles hétéronomes* ne sont pas issues d'un accord entre acteurs et s'imposent contre leur volonté, elles se définissent par leur caractère purement contraignant. Le système de santé, comme l'ensemble de la vie sociale, est pour partie soumis à des règles impératives, contraignantes, souvent juridiques, qui régissent certains comportements et influencent les échanges. En médecine ambulatoire, des dispositions réglementaires font, par exemple, que la violation du secret professionnel ou la pratique d'actes médicaux indûment effectués sont passibles de poursuites juridiques. Mais l'ensemble de ces règles hétéronomes ne suffit pas à déterminer et à coordonner tous les comportements en médecine ambulatoire. De plus, ce sont souvent les volets formels, officiels ou réglementaires de règles d'une autre nature.

Les *conventions* renvoient à un compromis entre l'accord et la contrainte. Une convention est une régularité comportementale, une norme d'interprétation et de référence⁶ qui permet aux agents de coopérer. Elle est à la fois le cadre constitutif de la coopération et le résultat de cette coopération. Elle possède un caractère collectif irréductible et un degré d'intentionnalité médian, ni infini comme dans le contrat, ni nul comme dans la règle hétéronome.

En France, le fonctionnement de la médecine de ville relève d'une règle générale qu'on appelle communément la "liberté d'exercice de la médecine". Cette "liberté d'exercice" qui recouvre la liberté d'installation des médecins, le libre choix du médecin par le patient, la liberté de prescription, et le paiement direct du patient au médecin, constitue un ensemble de règles qui ne sont aujourd'hui ni des contrats d'échange, ni des contrats d'usage, ni de pures contraintes. Ce sont des règles de fonctionnement sur lesquelles médecins, patients et financeurs s'accordent car

⁶ La terminologie utilisée pour désigner la convention est très variable chez les économistes des conventions : c'est une régularité objectivée (Dupuy 1989), un modèle cognitif (Favereau 1989), un système d'attentes réciproques (Salais 89), une forme sociale (Favereau 1999, Batifoulier 2001)... Cette diversité est sans doute le signe d'une pluralité des fonctions et du statut des règles-conventions, pluralité sur laquelle nous reviendrons (cf. ci-dessous §1.2).

étant perçues comme allant de soi et pour aller de soi. Ce sont des formes sociales qui trouvent leur source et leur origine historique dans les interactions sociales mais qui se présentent aujourd'hui sous une forme objectivée. L'ensemble de ces règles fournit donc aux acteurs (médecins, patients, financeurs, représentants médicaux de ces financeurs...) les informations utiles et pertinentes par caractériser leurs relations et interagir. Par le degré faible d'intentionnalité qui caractérise le respect de ces règles, on peut les qualifier de conventions.

L'identification du statut conventionnel de "la liberté d'exercice de la médecine" est d'importance pour comprendre le cadre dans lequel les pouvoirs publics — l'Etat et l'assurance maladie — peuvent mettre en œuvre des dispositifs de régulation. Si ces dispositifs respectent la convention de "liberté d'exercice", qu'ils aient été initialement imposés ou négociés, alors non seulement leur acceptation par les intéressés sera garantie, mais de plus le dispositif renforcera le statut conventionnel de la règle. En revanche, dans le cas contraire, c'est-à-dire pour tout dispositif qui remettrait en cause ces principes conventionnels, le risque est grand de se heurter au poids de la convention. La contradiction entre dispositif de régulation et convention peut conduire soit à l'échec du dispositif (si la convention est fortement ancrée dans le fonctionnement du système observé), soit à la fragilisation du statut conventionnel de la règle.

Ainsi, le dispositif du médecin référent remet en cause le principe de paiement direct du patient au médecin, et potentiellement, il remet également en cause le principe de libre choix du médecin par le patient⁷. En ce sens, le dispositif se heurte à la convention de "liberté d'exercice", mais cette convention est forte et malgré l'adhésion initiale de certains syndicats de généralistes, le dispositif n'a pas obtenu le succès escompté auprès des généralistes et de leurs patients.

Mobiliser la notion de convention pour analyser le fonctionnement de la médecine ambulatoire est donc intéressant non seulement pour décrire ce fonctionnement et les règles qui permettent aux acteurs de se coordonner, mais aussi pour comprendre dans quelles conditions certains dispositifs de régulation peuvent ou ne peuvent pas s'insérer dans ce fonctionnement.

En tant que concept d'analyse, ces règles élémentaires ont donc chacune des caractéristiques précises qui rendent le chercheur apte à saisir différentes spécificités du fonctionnement de la médecine ambulatoire : souligner la pluralité des règles élémentaires de la coordination permet aussi de comprendre la pluralité des registres de la régulation. Mais pour donner sens à la coordination, il n'est pas suffisant de juxtaposer ces règles élémentaires, il est nécessaire de percevoir leurs relations et leurs évolutions qui définissent, bien plus que les règles

⁷ Le dispositif tel qu'il était prévu et mis en place ne remettait pas directement en cause ce libre choix, cependant, en référence au système de *gate-keeper* britannique, la restriction du libre choix apparaissait pour les médecins et pour les patients comme une perspective réelle. C'est d'ailleurs sans doute du point de vue des spécialistes que cette perspective paraissait la plus menaçante.

élémentaires isolées, le fonctionnement d'un système et les interactions entre acteurs. Parmi ces règles, la convention joue un rôle particulier. Règle au contenu et aux fonctions variables, la convention est une règle qui possède un caractère arbitraire et qui émerge spontanément. Ces deux caractéristiques semblent marquer pour l'économiste l'impossibilité d'utiliser cet outil en matière d'aide à la décision : "*une convention ne se décrète pas et la définition de son contenu est arbitraire...*". Il convient désormais d'approfondir cette question en interrogeant les conditions d'émergence des conventions et la définition de leur contenu.

1.1 Les conventions

La nature d'une règle-convention n'est pas définie sans ambiguïté par les tenants de l'EC. Certains insistent sur son caractère implicite et sa fonction de modèle de comportement (Salais⁸ 1989), d'autres sur son caractère collectif et sa fonction de coordination (Favereau⁹ 1986) ou encore sur le caractère arbitraire de son contenu et son origine obscure (Favereau 1999, Batifoulier 2001)¹⁰. Malgré la diversité de ces définitions, deux traits caractéristiques de la convention nous semblent *a priori* pouvoir faire l'unanimité pour les économistes des conventions : la convention a un degré d'intentionnalité médian, ni infini comme dans le contrat, ni nul comme dans la contrainte, la convention a un caractère collectif irréductible (Peyron Béjean 2000).

La convention est à la fois un accord et une contrainte, un accord contraint et une contrainte volontaire. L'accord sera d'autant plus fort que la règle-convention apparaîtra comme, non pas soumise à un accord des volontés, mais "*objectivée, réifiée, naturalisée*" (Dupuy 1989, p.374). La stabilité et l'efficacité de la convention viennent de ce qu'elle semble échapper à l'arbitraire des volontés. Néanmoins, elle n'est pas un objet extérieur aux volontés mais un objet socialement construit dans le compromis et l'accord.

Le caractère collectif de la convention est sa deuxième caractéristique. La notion de convention implique une conception de la décision individuelle ancrée dans les relations sociales de l'acteur. Cette conception renvoie aux relations dialectiques entre individuel et collectif. A

⁸ Pour Salais, la convention est "*un système d'attentes réciproques sur les compétences et les comportements, conçus comme allant de soi et pour aller de soi*" (1989, p.213).

⁹ Favereau en 1986 définit la convention comme "*une modalité renouvelable (dans le temps) et généralisable (à d'autres agents) d'harmonisation, directe ou indirecte, des comportements individuels, sans échange marchand ni origine intentionnelle*" (p.252).

¹⁰ Favereau dans ses travaux plus récents (1999), insiste sur quatre traits caractéristiques de la convention :

- sa formulation est le plus souvent implicite
- son origine est obscure
- son contenu est arbitraire au sens où d'autres solutions sont légitimement concevables
- il n'existe pas de sanctions juridiques en cas de non respect de la convention, même si des conséquences désagréables peuvent en résulter.

l'image d'un collectif qui n'est ni la simple somme des individus, ni une structure totalement extérieure et imposée aux individus, la convention n'est ni totalement un accord volontaire, ni totalement une contrainte extérieure. La convention, comme le collectif, dépend des comportements individuels et, en même temps, leur échappe. Ce jeu entre contrainte et accord est une manière d'intégrer la subtilité du lien social dans la coordination des comportements individuels.

À l'inverse, d'autres caractéristiques de la convention semblent faire l'objet de points de vue différents pour les économistes des conventions : le contenu arbitraire de la convention est une caractéristique essentielle de la convention pour Favereau (1999) et Batifoulier (2001), alors que cette règle est dotée d'une force normative obligatoire, selon la définition donnée en introduction de la Revue Economique (Dupuy et al. 1989, cf. note 3). Pour certains, ces deux dimensions semblent *a priori* contradictoires, une même règle ne pouvant être à la fois arbitraire et dotée d'une force normative.

Une convention a un contenu arbitraire non pas dans le sens où n'importe quelle règle aurait pu convenir mais au sens où d'autres solutions au problème de coordination étaient légitimement envisageables (Favereau 1999). Ce caractère arbitraire est particulièrement marqué pour des conventions sans contenu normatif : rouler à droite ou à gauche sont deux solutions *a priori* satisfaisantes pour résoudre le problème de coordination dans la circulation automobile et aucun point de vue normatif ne permet de choisir. L'arbitraire de la convention n'a bien sûr pas le même sens pour les conventions dotées d'un contenu normatif : l'éthique donne des raisons d'agir tout autant que l'individualisme, ou d'autres valeurs morales qui pourraient guider les comportements. *"L'arbitraire n'est plus synonyme d'indifférence entre les solutions mais de pluralité des façons de juger et de légitimer une action"* (Batifoulier et Thévenon 2001, p14).

En réalité, une convention est dotée d'une force normative obligatoire. Dans le cas des conventions dont le contenu est issu d'une norme préexistante, d'une valeur morale, cette force normative est inhérente au contenu même de la convention. Dans le cas des conventions dont le contenu est purement arbitraire, la force normative de la règle est inhérente au statut conventionnel de cette règle : objectivée, réifiée, la convention s'impose aux volontés individuelles.

Cette dualité de la convention, à la fois normative et arbitraire, exprime finalement que la convention n'est pas une modalité uniforme de coordination (ainsi que nous l'avons montré dans le cadre d'un précédent séminaire Peyron et Béjean 2000, cf. encadré).

La convention devient alors un outil de coordination important du point de vue de l'aide à la décision. L'arbitraire n'est pas neutre, n'importe quelle règle ne fait pas l'affaire car l'une d'entre

elles est devenue convention... C'est alors les conditions d'émergence de la convention qu'il convient d'étudier. L'analyse des conditions de la genèse des conventions est en général écartée de leur champ par les économistes des conventions. En effet, le statut conventionnel des règles vient précisément du fait qu'elles s'imposent aux individus comme des présupposés dont les conditions sociales de la genèse ont été oubliées. La stabilisation de la convention s'est faite au prix de l'oubli des conditions particulières qui l'ont fait naître (Biencourt, Chaserant, Rébérioux 2001). Ainsi "*la connaissance éventuelle de l'histoire de la convention est sans effet sur son application*" (Batifoulier 2001, p.2). Pour autant, lorsqu'il se place dans une perspective d'aide à la décision, c'est précisément en interrogeant les conditions de la genèse des conventions, que l'économiste peut comprendre le rôle que peuvent jouer les pouvoirs publics dans ce processus.

Encadré : une typologie des conventions (Peyron et Béjean 2000).

Les conventions peuvent être distinguées en fonction de quatre critères :

- *Le degré d'antériorité sur la décision.* Ce critère est à la fois un critère distinctif de la convention par rapport aux autres règles (une convention est antérieure à la décision individuelle) et un critère de distinction des conventions entre elles (ce degré d'antériorité est variable).
- *Le concernement.* Les conventions ont un niveau d'application variable et selon le cas leur concernement est individuel, de groupe (professionnel par exemple) ou collectif.
- *L'objet de la convention.* La convention peut permettre la coordination, en ce sens elle donne des informations sur les moyens de l'action. La convention peut donner une légitimation à l'action, en ce sens elle donne des informations sur les raisons d'agir.
- *La force normative de la convention.* Dépendant de l'objet de la convention, le contenu de la convention peut relever d'un point de vue normatif (qui explicite un jugement de valeur sur les raisons d'agir). Dans d'autres cas, la force normative de la convention n'est pas inhérente à son contenu (qui explicite les moyens de l'action) mais à son statut (c'est parce que la règle est une convention qu'elle s'impose aux volontés individuelles comme modèle d'action).

Ces quatre critères sont intimement liés, le premier étant de notre point de vue primordial car il conditionne les suivants et permet une articulation entre niveau de concernement, objet et contenu de la convention. L'antériorité de la convention sur l'action individuelle participe du positionnement de l'action individuelle par rapport au collectif. Plus une règle est antérieure à l'action, plus elle l'a contraint et plus son évolution échappe aux actions individuelles.

L'antériorité de la convention conditionne également la stabilisation de son contenu : certaines règles sont émergentes, elles ne préexistent pas à la décision individuelle et sont au contraire en cours de renforcement par l'accumulation de comportements mimétiques, leur contenu est encore fragile. Ces *conventions émergentes* se constituent dans l'action et s'apparentent à un exercice de réinterprétation constant qui détermine l'évolution de leur contenu.

Certaines règles préexistent à l'échange et ont un aspect hiérarchique. Ces règles pourraient avoir un autre contenu, mais le temps les a dotés d'un contenu aujourd'hui en partie coercitif. Cette deuxième catégorie de règles, les *conventions fonctionnelles*, précise les moyens qui harmonisent et organisent les comportements. Leur niveau de concernement est souvent professionnel.

Les processus de décision s'appuient enfin sur des règles extérieures à l'action qui relèvent du bien commun ou d'un principe moral, ce sont les *conventions supérieures*.

1.1 Genèse et dynamique des règles

Les règles élémentaires de la coordination sont plurielles et chacune d'entre elles permet de comprendre une dimension spécifique de la coordination et des politiques de régulation. Parmi ces règles, la convention joue un rôle particulier car, en effet, si des conventions participent à la coordination et permettent de comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les politiques de régulation, les conventions ne sont ni le fruit d'une négociation entre pouvoirs publics et acteurs du système de santé, ni le produit de règles édictées de façon autoritaire et hiérarchique. Les pouvoirs publics n'auraient donc pas de pouvoir sur l'émergence des conventions, et c'est plutôt en composant avec la réalité des conventions qu'ils pourraient concevoir les politiques de régulation. Cependant, pour comprendre comment les politiques publiques peuvent infléchir les comportements et modifier les règles du système de santé, il convient d'appréhender les relations qui lient les règles entre elles et qui conditionnent leurs évolutions. Cette appréhension peut également permettre de montrer quelle peut être l'influence réelle des politiques publiques sur l'émergence et l'évolution des conventions, règles qui *a priori* échappent à la volonté des pouvoirs publics. Plus largement, l'interprétation des politiques publiques doit faire une place à la dynamique des règles, d'autant que ces politiques peuvent s'avérer être des leviers de transformation du fonctionnement du système et des relations entre les acteurs (Letourmy, 2000).

Les règles élémentaires de la coordination (contrats, règles hétéronomes et conventions) s'articulent selon trois principes d'agencement.

Premièrement, aucune de ces règles ne peut fonctionner seule ("*principe de combinaison*"). Le contrat nécessite des références communes qui ne soient pas soumises à la précarité d'un accord de volontés, faute de quoi les conditions de réalisation du contrat ne pourront être garanties. Les règles hétéronomes seules ne peuvent déterminer et coordonner les comportements : c'est en combinaison avec des conventions et des contrats que les contraintes participent à la coordination du système autant qu'à sa régulation. Ce principe permet de concevoir la coordination comme non seulement issue du fonctionnement isolé des règles élémentaires, mais sans doute plus fondamentalement comme la mise en relation de ces règles élémentaires.

Les politiques publiques elles-mêmes mobilisent différents registres de régulation qui sont liés et s'articulent entre eux pour poursuivre un objectif donné. Nous l'avons vu (§ 1.1), la "convention médicale" qui relève du contrat d'usage lorsqu'on l'appréhende au niveau collectif, peut comporter des règles de nature contractuelle par le caractère intentionnel de l'adhésion individuelle et par la réciprocité de l'accord lorsqu'on l'appréhende au niveau individuel.

Les politiques publiques s'appuient également sur des règles existantes et de nature diverse. La création du secteur 2 en médecine ambulatoire, qui autorise les médecins à pratiquer des dépassements d'honoraires en contrepartie du renoncement à la prise en charge par l'assurance maladie de leurs cotisations sociales, relève du contrat d'échange lorsqu'on l'appréhende au niveau individuel (adhésion volontaire des intéressés, contrepartie et réciprocité explicite) et du contrat d'usage lorsqu'on l'analyse au niveau collectif (négociation entre les représentants de collectifs sur l'usage des ressources collectives). Ce contrat à double dimension s'appuie sur une convention pour permettre la mise en œuvre de cette pratique de dépassement d'honoraires : les textes juridiques prévoient que les dépassements d'honoraires soient pratiqués "avec tact et mesure" par les médecins, mais rien ne permet d'évaluer et de contrôler ensuite si cette référence a été respectée, sauf à s'appuyer sur l'éthique professionnelle des médecins. Cette convention guide donc également les pratiques individuelles en matière de tarification¹¹.

Ensuite, une règle n'exclut jamais l'interprétation, même si la marge d'interprétation est variable ("*principe d'interprétation*"). Aucune règle n'est capable de guider exhaustivement l'action, et le degré d'exogénéité de la contrainte contenue dans la règle ne prédétermine en rien l'importance de la marge d'interprétation.

Pour Batifoulier et Thévenon (2001), l'interprétation des règles de coordination exige l'existence de principes normatifs qui précisent ce qui est juste ou légitime. Ces principes normatifs ont pour les auteurs le statut de convention, au même titre que les conventions supérieures que nous distinguons (cf. encadré). Mais ces principes normatifs assurent seuls la nécessité d'interprétation de toute règle. Ainsi, l'interprétation consiste à associer un principe normatif commun, conventionnel, à toute règle de coordination. A notre sens, le principe d'interprétation permet à chaque individu de mobiliser les règles qui précisent les moyens de l'action, parmi lesquelles les conventions fonctionnelles, les contrats, les contraintes, et les conventions supérieures qui explicitent les raisons de l'action.

Ce deuxième principe place donc au centre de la coordination, la détermination réciproque des règles élémentaires et des actions cognitives des acteurs. Les règles élémentaires déterminent les actions individuelles et leur mise en relation en ce qu'elles les guident, les rendent possibles

¹¹L'éthique professionnelle des médecins est analysée traditionnellement dans le cadre de l'EC comme une convention (cf. Béjean et Peyron 1997, Batifoulier 1999, Batifoulier et Rébérioux 2001) : l'éthique professionnelle est respectée spontanément par les médecins, ce n'est pas une règle négociée contractuellement entre médecins et patients ou entre médecins et pouvoirs publics, ce n'est pas non plus une règle hétéronome. Elle est reconnue comme allant de soi par l'ensemble des intéressés et leur fournit un cadre d'interprétation et de référence commun qui donne des repères, des modèles de comportement, pour l'action individuelle et collective. L'éthique professionnelle relève d'un principe moral : c'est donc une *convention supérieure* (cf. encadré) qui explicite les raisons de la décision sur un plan normatif (cf. Peyron et Béjean 2000 pour un développement).

ou les limitent. Mais ces règles sont sous le contrôle cognitif et opératoire des acteurs car elles ne sont jamais complètement exogènes à l'action.

Ce principe s'applique également aux dispositifs de régulation mis en place par les pouvoirs publics. La compréhension de l'effet de ces dispositifs exige donc d'anticiper la marge d'interprétation dont disposent les individus.

En médecine de ville, nous l'avons vu, les médecins sont profondément attachés à leur indépendance professionnelle, et à la convention de liberté d'exercice qui la garantit. Parallèlement, dans une contrepartie qui n'est ni explicite ni négociée, ils adoptent des comportements éthiques et produisent des soins de qualité. Si les dispositifs de régulation contestent la convention de liberté d'exercice, ils seront interprétés principalement comme des menaces pour l'indépendance professionnelle ; le risque est grand de voir alors les médecins changer de comportement.

Enfin, selon le niveau où elle est appréhendée ou dans son évolution temporelle, une même règle peut changer de nature ("*principe de transformation*"), la convention peut devenir contrat, le contrat une règle hétéronome...

La liberté d'exercice de la médecine si elle est aujourd'hui une convention résulte initialement d'un contrat d'usage explicitement souscrit entre pouvoirs publics et professionnels qui portait sur l'usage des ressources collectives. Mais l'apprentissage de cette règle d'usage l'a transformée : elle est désormais objectivée et s'impose comme exogène aux volontés. On pourrait également analyser cette règle comme hétéronome puisqu'étant inscrite au code de Sécurité Sociale, elle a une dimension réglementaire.

Plus largement, on peut penser à la suite de Favereau (1999) qu'il n'existe pas de règle, ou d'institution, sans convention sous-jacente. Certaines pratiques, par apprentissage, sont devenues des conventions et, un jour, on a décidé d'officialiser ces pratiques conventionnelles pour leur donner un statut réglementaire, et donc un pouvoir contraignant. En médecine ambulatoire, les pratiques médicales se standardisent tant par comportement d'imitation que par apprentissage. Ces standards sont alors des modèles existants respectés spontanément par les professionnels. Normes créées par les pouvoirs publics, les Références Médicales Opposables, en particulier dans leur volet d'opposabilité, ont donné une dimension hétéronome à ces pratiques. Les RMO n'ont pas été construites *ex nihilo* par les instances compétentes, elles viennent souvent officialiser les pratiques existantes. En outre, la diffusion du contenu des RMO, en dehors de toute sanction consécutive à un non respect de ces références, produit elle aussi un apprentissage qui peut transformer certaines de ces normes en conventions : objectivées, allant de soi, certaines normes s'imposent aux pratiques individuelles et guident les médecins dans leurs décisions médicales. Les pouvoirs publics peuvent donc compter sur ce processus d'apprentissage pour standardiser les

pratiques tout autant si ce n'est plus que sur la menace qu'exercent le caractère opposable des RMO et les sanctions qui lui sont associées¹².

Ces trois principes de combinaison, interprétation, et transformation, complètent le système conventionnel de la coordination. Dans la perspective qui nous intéresse ici, celle de la compréhension des politiques publiques, la prise en considération de ces principes est de première importance. Elle permet tout d'abord de comprendre l'effet indirect et souvent non souhaité de la mise en œuvre de certains dispositifs de régulation : visant à infléchir certains comportements, les dispositifs de régulation peuvent renforcer le statut conventionnel de certaines règles existantes ou au contraire l'ébranler. Les dispositifs de régulation, interprétés par les acteurs en fonction des valeurs qui sont les leurs, individuellement ou collectivement, peuvent aussi modeler et orienter ces valeurs de référence, ces conventions, dans un sens initialement non souhaité. Elle permet ensuite de comprendre que les politiques publiques peuvent prendre appui sur des règles existantes, en particulier les conventions qui offrent un cadre commun pour l'action. Elle permet enfin de comprendre que les pouvoirs publics, s'ils ne peuvent décréter les conventions, peuvent favoriser leur émergence en suscitant un processus d'apprentissage de certaines règles ou de certains modèles de pratique.

2 - Juger des politiques publiques

Si l'Économie des Conventions autorise une appréhension plus riche du système de santé, de la nature des dispositifs de régulation de ce système, si elle propose un autre cadre pour comprendre ces politiques, elle offre aussi des pistes spécifiques pour juger de ces politiques.

Bien évidemment constater l'atteinte immédiate d'objectifs qu'ils soient comptables ou organisationnels ne nécessite pas de détours théoriques, analytiques ou interprétatifs. Vérifier que l'objectif d'évolution des dépenses de santé est ou non atteint, mesurer la part des génériques dans les dépenses de pharmacie produit des indicateurs objectifs qui attestent d'un résultat de surface, parcellaire, positif ou négatif, de la politique mais qui ne permettent pas à eux seuls d'apprécier l'impact de cette politique, sa cohérence interne et externe.

Dans une politique publique, les moyens mis en œuvre cherchent à contribuer de manières diverses mais convergentes aux objectifs spécifiques qui eux-mêmes doivent concourir aux

¹² Les sanctions prévues dans le dispositif n'ont d'ailleurs été que très marginalement utilisées par les organismes de contrôle du respect de ces RMO.

objectifs plus généraux. Juger d'une politique, c'est évaluer l'atteinte des objectifs, la contribution des moyens mis en œuvre, mais aussi l'impact que cette politique a eu sur le réel. Que les objectifs soient ou non réalisés, les interventions liées à la politique publique ont pu modifier d'autres champs que ceux initialement ciblés. L'impact de cette politique peut alors aller au-delà de l'atteinte des objectifs.

Le système conventionnel de règles qui a été présenté et son fonctionnement peuvent servir d'appui pour produire un jugement plus complet sur un dispositif de régulation ou sur l'utilisation d'un dispositif. En effet, certaines caractéristiques des règles et de leurs relations amènent le jugement à investir des territoires que d'autres approches n'examinent que peu ou pas, à la fois pour juger des moyens mis en œuvre et de l'impact de la politique.

Le principe de combinaison conduit à examiner la cohérence entre dispositifs de régulation et règles existantes, le principe de combinaison et le principe de transformation conduisent à examiner non seulement les impacts directs mais aussi les effets de dynamique et de composition. Le principe d'interprétation, le caractère collectif et porteur de valeur de la convention conduisent enfin à examiner la cohérence entre les dispositifs, les normes et valeurs présentes dans le système de santé, les valeurs et le sens donné à la politique de régulation.

2.1 Juger de la cohérence des dispositifs et du système de règles

L'EC et l'usage d'un système conventionnel de règles offrent un cadre adéquat et surtout un cadre théorique structuré pour juger de la cohérence interne d'une politique de régulation. La notion générale de cohérence interne d'une politique publique peut être déclinée en cohérence des moyens mis en œuvre avec l'existant et en cohérence entre objectifs et impacts. La première de ces deux cohérences peut être examinée en prenant appui sur les relations décrites par le système de règles et sur le principe de combinaison.

La lecture du système de coordination des acteurs à travers un système de règles articulées, oblige à juger un dispositif de régulation non pas isolément mais en relation avec l'ensemble des règles du système. Cette attention systémique est plus spécifique à l'EC et modifie la perspective de jugement à court et long terme.

Le principe de combinaison insiste sur la mise en relation de règles élémentaires. Faire évoluer une règle élémentaire implique soit de s'assurer que cette évolution reste cohérente avec d'autres règles laissées identiques soit de faire évoluer simultanément certaines règles. Si la politique de régulation néglige cette cohérence interne du système, le dispositif de régulation ne

pourra s'implanter dans le système réel de coordination ou risquera d'entraîner par son incohérence une perturbation non voulue de l'ensemble du système.

L'exemple déjà donné du dispositif du médecin référent qui heurtait la convention de "liberté d'exercice" peut être analysé comme un dispositif incohérent en référence au principe de combinaison. Analysé isolément, le dispositif a force et argument, mais la prégnance de la convention de "liberté d'exercice" a sans doute en partie conduit à son abandon passé.

Ainsi pour juger de la cohérence d'un dispositif, visant une ou plusieurs règles effectives, avec le fonctionnement d'un système de coordination, il est nécessaire de théoriser avec la précision adéquate le statut des règles effectives, visées directement ou indirectement par le dispositif, et les liens que ces règles entretiennent. On dispose alors d'un vocabulaire et d'une syntaxe théoriques aptes à percevoir cette cohérence. Rechercher cette adéquation de la précision ou cette aptitude des outils théoriques revient à définir le degré de complexité du système conventionnel proposé. Ce degré qui évoluera selon le projet de l'observateur/théoricien doit permettre de résoudre le problème posé.

L'analyse théorique du statut et des relations des règles concrètes, et la mise en œuvre du principe de combinaison, permettent donc de modéliser puis de juger de la cohérence d'un dispositif de régulation, première des deux déclinaisons proposées pour aborder la cohérence interne. Mais l'EC et l'usage d'un système conventionnel de règle permettent également de juger des effets de dynamique et de composition, de juger des impacts recherchés ou non, de juger de la cohérence entre objectifs et impacts.

2.2 Juger des effets de dynamique et de composition

Les trois principes d'articulation des règles qui ont été énoncés conduisent à un jugement des politiques qui intègre plus que d'autres approches la dynamique immédiate ou potentielle du système de santé. Lorsqu'un dispositif modifie une règle, l'ensemble du système et son fonctionnement peuvent évoluer. Juger d'un dispositif, de son efficacité, nécessite alors non seulement de juger de son impact direct mais aussi des impacts en cascade, constatés ou potentiels qui sont liés à son implantation.

Dans un réel forcément enchevêtré, la lecture du système de santé à travers un système conventionnel de règles permet de caractériser sans trop le simplifier cet enchevêtrement des règles¹³. Comme dans toute démarche de théorisation, le degré de complexité de ce système

¹³ La coordination peut s'apparenter aux situations de hiérarchies enchevêtrées décrites par H. Atlan comme des situations complexes "... ces situations de "hiérarchies enchevêtrées" où un élément pertinent à un certain niveau

conventionnel dépendra d'abord du projet affiché par l'observateur/modélisateur : de quel dispositif ou ensemble de dispositifs cherche-t-on à évaluer l'impact ? Lorsqu'un dispositif vise une règle existante, le système conventionnel proposé devra éclairer les liens et la nature des liens entre cette règle et les règles connexes légitimement choisies.

Ce système conventionnel va alors permettre de mieux juger le dispositif de régulation. Il offre une lecture du réel pour relier entre elles des évolutions constatées ou possibles du fonctionnement effectif du système de santé. Il peut permettre d'expliquer pourquoi une règle de fonctionnement s'est modifiée en réaction à un dispositif de régulation, alors que cette règle n'était pas la cible annoncée de ce dispositif. Il peut également permettre d'expliquer comment un dispositif peut changer le statut d'une règle qui de convention peut devenir contrat, ou de règle hétéronome peut devenir convention.

Certaines des mesures de régulation qui ont été proposées ces dernières années ont, dans les esprits au moins, remis en cause la convention de liberté d'exercice de la médecine en faveur de l'objectif de maîtrise des dépenses : la liberté de prescription a été contestée par le dispositif des références médicales opposables, la liberté d'exercice a été menacée par l'éventualité de reversement d'honoraires, quant à la liberté de choix du médecin et le paiement direct des actes par le patient, leur pérennité a été mise en danger par le système du médecin référent. En effet, certaines références médicales opposables concernaient des prescriptions pharmaceutiques ou d'actes complémentaires et, en cela, restreignaient la liberté de prescription. Quant au reversement d'honoraires, il devait intervenir dans l'éventualité où l'objectif d'évolution des dépenses était dépassé. Si la loi prévoyait ce mécanisme, elle laissait en suspens le montant global à reverser par rapport au dépassement de l'objectif et surtout renvoyait aux négociations conventionnelles les modalités de la répartition entre médecins de ce reversement qui devenait alors individualisé. L'éventualité de ce reversement amoindrissait donc la pleine liberté d'exercice. Le dispositif du médecin référent a déjà été présenté dans la première partie de ce papier comme attaquant la convention de "liberté d'exercice".

En proposant ces différentes mesures, en attaquant cette convention de liberté d'exercice, les pouvoirs publics ont ébranlé la perception que les acteurs, et tout particulièrement les professionnels, avaient de ces règles. Elles peuvent désormais être perçues comme contractuelles ou hétéronomes, et ne plus être perçues comme allant de soi pour aller de soi. Le degré à la fois de l'adhésion volontaire des acteurs à ces règles et d'antériorité de ces règles est remis en question. Dès lors, certains professionnels (les plus "libéraux") peuvent revendiquer d'autres règles de nature contractuelle et individualiste. La remise en cause du statut conventionnel de la

d'interprétation se trouve tout à coup impliqué dans un phénomène observé à une tout autre échelle de temps et d'espace, jouant à la fois le rôle de la partie et du tout". H. Atlan (1991, p.37).

"liberté d'exercice", par les pouvoirs publics puis par certains professionnels, peut alors bouleverser l'ensemble du système : si ces règles de fonctionnement deviennent contractuelles, elles ne seront plus porteuses des mêmes valeurs, elles n'entreteniront pas les mêmes relations avec l'éthique, avec la relation contractuelle qui lie médecin et patient... Remettre en cause de telles règles fondamentales pourrait modifier de fait tout le fonctionnement de la coordination en médecine ambulatoire en modifiant la perception et l'adhésion des acteurs à ce fonctionnement.

L'examen des évolutions du système de santé et de son fonctionnement est bien évidemment inhérent à toute interprétation des politiques de régulation de ce système, ce domaine d'étude n'est donc pas l'apanage de l'EC. Toutefois l'EC et l'usage d'un système conventionnel de règles pour appréhender le système de santé permettent d'avoir une attention à la fois plus accrue et différente aux évolutions et surtout un cadre théorique pour aborder ces évolutions.

L'attention plus accrue aux évolutions du système de santé pour juger des politiques publiques est directement liée à l'importance donnée à la genèse et à la dynamique des règles dans la construction théorique de l'économie des conventions. Or, tout comme Postel (1998), il nous semble que la genèse et la dynamique des règles ne peuvent être dissociées du projet de l'EC et lui confèrent une partie de sa spécificité.

L'attention différente portée aux évolutions du système est liée à la possibilité de concevoir non seulement l'évolution du contenu d'une règle mais aussi l'évolution et la nature d'une règle. En se référant au principe de transformation, il est en effet possible de lire l'évolution du système de santé à travers des changements de nature des règles. La notion d'évolution s'enrichit alors, un phénomène observé, apparemment stable dans son contenu, peut correspondre dans le temps à des règles de natures différentes. Une norme de pratique médicale peut être soit une contrainte imposée par un dispositif, soit une convention de qualité qui s'est imposée après apprentissage du dispositif. Ce changement de nature peut être lu comme un indicateur de réussite de la politique qui a ainsi su remporter l'adhésion des acteurs. Le principe d'interprétation et le principe de transformation permettent de concevoir que les acteurs, dans le cadre d'une politique de régulation, puissent infléchir le contenu d'une règle, s'approprier un dispositif, l'insérer dans le système conventionnel et faire alors émerger un nouvel arrangement de ce système.

Dans l'examen des politiques, l'EC donne donc à l'observateur à la fois une plus grande sensibilité à la problématique de l'évolution et des référents théoriques pour expliquer ou prévoir les évolutions. Si ce domaine d'observation et de jugement n'est pas complètement spécifique à l'EC, il peut y être davantage et plus profondément exploré. Par contre, l'EC offre à l'économiste un domaine d'analyse et de jugement relativement vierge pour les autres cadres d'analyse, celui des valeurs, des normes et du sens des politiques.

2.3 Juger des valeurs et des normes et des représentations

Juger des politiques publiques implique, au delà des objectifs affichés, d'examiner les valeurs et les normes qui animent l'action publique. Ces valeurs et ces normes, explicites ou implicites, tracent les représentations du monde véhiculées par les politiques publiques. L'interaction entre ces représentations et celles des acteurs concernés va largement conditionner les conditions de validation de l'action publique (Lordon 1995).

Les normes et les valeurs de l'action publique ont bien évidemment une dimension sociale, elles sont celles au moins d'un groupe de décideurs. Une norme sociale est une injonction d'agir, partagée par un groupe social et maintenu par la crainte d'une sanction (Elster 1995). Les valeurs, qu'on pourrait appeler normes morales, ne sont pas orientées vers l'action mais vers le sens. Les normes sociales définissent ce que nous devons faire, ce que nous devons collectivement viser, les valeurs sociales répondent au *pour quoi* de l'action¹⁴.

Juger des valeurs, des normes et des représentations des politiques publiques, c'est repérer, expliciter ces valeurs et plus largement le sens donné à l'action publique, mais c'est aussi évaluer la cohérence et l'interaction de ces valeurs, normes et représentations avec celles des acteurs concernés. Pour reprendre le terme générique de cohérence qui éclaire ce que nous appelons juger des politiques publiques, ce jugement porte sur la cohérence externe de l'action publique, sur la cohérence des impératifs et du sens qui animent cette action, et non plus sur la cohérence des dispositifs comme dans la cohérence interne de l'action publique développée dans les deux points précédents.

L'EC porte une attention aux normes et aux valeurs qui la singularise dans la théorie économique. Elle apparaît donc être un cadre propice pour un économiste qui souhaite juger des valeurs et des normes des politiques publiques, domaine souvent abandonné aux analyses de la science politique ou de la sociologie.

Cette attention singulière aux normes et aux valeurs de l'EC se justifie à plus d'un titre. L'EC a abandonné l'hypothèse de rationalité substantielle, où la motivation individuelle se limite à l'axiomatique de l'intérêt, au profit d'une rationalité procédurale, où les motivations sont multiples, non limitées à l'intérêt et intègrent des normes et des valeurs collectives¹⁵. Dans la

¹⁴ Le sens de l'action collective est par ailleurs analysé par Batifoulier et Thevenon comme un principe conventionnel qui permet d'interpréter les règles incomplètes (Batifoulier et Thevenon 2001).

¹⁵ Pour les relations entre l'EC et la rationalité procédurale, on peut se référer à Favereau (1989) et à Béjean (1997) pour une application au domaine de la santé.

décision individuelle, et donc dans la réaction des acteurs aux politiques normes et valeurs peuvent être prises en compte.

La notion même de convention, dans ses définitions diverses, entretient des relations étroites avec les normes et les valeurs sociales¹⁶. Une norme sociale peut devenir une convention lorsqu'elle sert d'appui à une décision ou à une coordination, et est alors utilisée comme un guide stratégique possible. Elster distingue en ce sens les normes des *équilibres conventionnels par le fait qu'elles ne comportent pas, à proprement parler, d'enjeux stratégiques* (Elster 1995 p. 147).

Pour juger des valeurs, des normes et des représentations des politiques publiques, il est nécessaire tout d'abord de les repérer, elles peuvent être implicites ou explicites, et de les comprendre. L'explicitation du discours, l'analyse des dispositifs, l'examen des modalités d'implantation sont autant de révélateurs possibles. L'usage de dispositifs relevant de la contrainte, du contrat ou favorisant l'apprentissage, caractérisera par exemple la représentation qu'ont les pouvoirs publics des acteurs concernés et la norme qu'ils appliquent aux modalités de l'action publique.

On peut ainsi imaginer que la référence de plus en plus présente aux pratiques de marché dans les déclarations sur la régulation du système de santé ou dans des dispositifs proposés ne signifie pas seulement implantation de concurrence, de coordination par les prix et de statut éventuellement privé des opérateurs, mais signifie aussi que la gestion du système de santé est désormais pénétrée par des normes de rentabilité financière alors qu'elle était précédemment investie par des normes distributives fondées sur des valeurs d'équité et de solidarité (Dimicoli 1999). L'évolution de ces normes véhicule de nouvelles représentations de la gestion publique mais aussi peut-être du système de santé. Les acteurs, professionnels ou usagers, réagiront sans doute dans leurs décisions et leurs propres représentations à cette évolution initiale.

Les valeurs, les normes, mais aussi la représentation que les acteurs s'en feront en analysant les dispositifs proposés, vont rencontrer les propres valeurs et normes de ces acteurs. Les normes médicales, qui sont des normes sociales, prescrivent des modalités de prise en charge des patients. Elster (1995) cite notamment la norme de commisération (commencer par les cas les plus graves) et la norme de perfection (tout patient, une fois admis, doit bénéficier de toutes les techniques médicales existantes). Si la politique de régulation utilise "trop" de dispositifs limitant l'accès aux techniques existantes, elle va être interprétée comme animée d'une norme contraire à la norme de perfection et faire l'objet d'un violent rejet. La perception du "trop" dépendra sans

¹⁶ Les normes et les valeurs de l'action publique sont des normes sociales mais bien évidemment ne les épuisent pas. Elles sont celles d'un groupe de décideurs et peuvent ou non être partagées par les acteurs en jeu dans la coordination et être ou non liées aux conventions en action dans cette coordination.

doute du contenu objectif de la politique mais aussi des justificatifs ou des contreparties offerts à la limitation de l'accès aux soins. Une incohérence entre valeurs et normes de la politique et valeurs et normes des acteurs entraînera un rejet violent car les normes et les valeurs sociales ont une charge émotionnelle forte.

Les trois axes de jugement des politiques qui ont été développés, jugement sur la cohérence des dispositifs, jugement sur les dynamiques induites par l'intervention, jugement sur les normes, valeurs et représentations de l'action publique sont, nous l'avons montré, spécifiques ou favorisés par l'EC. Cet apport de l'EC à l'analyse des politiques publiques, et pour ce qui nous concerne à l'analyse des politiques de régulation du système de santé, est constitué à la fois d'outils d'analyse, comme le statut des règles de coordination, le fonctionnement statique et dynamique d'un système conventionnel de règles, et par une plus grande sensibilité donnée à l'observateur/théoricien sur des champs comme l'évolution volontaire ou non des organisations, l'analyse des valeurs et des représentations et de leur conflits. Ces outils et ces champs sont des atouts à saisir, tout particulièrement pour comprendre puis juger des politiques. Mais si l'économiste est aussi sollicité pour guider l'action publique, il trouvera également dans le cadre théorique de l'EC des thèmes d'expertise spécifiques qui lui permettront d'assurer sa fonction d'aide à la décision.

3 – Aider à l'élaboration des politiques

Les analyses précédentes pourraient conduire à une conception réductrice de la politique de régulation et de l'apport des économistes dans l'élaboration de cette politique. La politique de régulation possible pourrait être réduite à un compromis entre la logique forte d'un fonctionnement présent et la volonté des pouvoirs publics, les modalités possibles d'intervention seraient alors largement prédéterminées. Il n'était pas possible de réussir à implanter le dispositif du médecin référent car il était trop en incohérence avec la convention de "liberté d'exercice". La politique de régulation pourrait même apparaître comme non maîtrisable, agir sur une règle, en supposant que cette action soit cohérente, peut provoquer des effets en cascade. La modification d'une règle va agir sur et modifier d'autres règles, faire évoluer la perception des règles par les acteurs qui, à leur tour, vont modifier leurs comportements. Le produit de la politique de régulation semble plus qu'incertain, imprédictible.

Mais cette imprédictibilité reste relative et n'équivaut pas à impossibilité d'action. L'étendue des possibles, évolution possible, réaction possible, solution possible..., est grande

mais pas infinie. L'action publique n'est pas impossible mais nécessitera de connaître l'éventail des transformations possibles, connues ou non, et les modalités de pilotage de la politique publique. C'est sur ces deux domaines de connaissance que l'économiste pourra apporter son aide à l'élaboration des politiques.

L'expertise de l'économiste change donc de nature, il n'est plus celui qui prescrit l'objectif ou la décision mais celui qui rend compte des comportements, des règles, qui précise des conditions de validation pour une politique et qui prescrit des procédures de bonne mise en œuvre de cette politique¹⁷.

L'économiste qui choisit de mobiliser l'EC pour aider à l'élaboration de politique de régulation cherchera à sensibiliser le politique à l'architecture du système de règles, à l'étendue des évolutions possibles voulues ou non, insistera sur l'importance de la concertation, des modalités d'implantation pour maîtriser une relative imprédictibilité.

3.1 Faire comprendre l'évolution du système et connaître l'étendue des possibles

Le premier apport de l'économiste dans l'élaboration de la politique de régulation est de présenter les impacts possibles des dispositifs de régulation en insistant sur l'étendue des possibles, les interactions des règles, les réactions éventuelles des acteurs. Si le politique agit sans cette conscience de l'étendue des possibles et des registres de règles et des comportements, il va vouloir maîtriser la situation en la simplifiant, en appliquant des règles simples supposées atteindre un objectif prédéterminé. Mais ces règles sont perçues et interprétées par les acteurs qui ne réagissent pas nécessairement dans le sens unilatéral anticipé par les promoteurs de ces règles. En voulant maîtriser "la nature" en édictant des règles simples, on ne parvient ni à la simplifier, ni à la maîtriser (H. Atlan 1991). La réalité n'existe pas indépendamment de l'appréhension qu'on en a, et cela a d'autant plus de force lorsqu'on cherche non seulement à connaître cette réalité, mais aussi à agir sur cette réalité (J.P. Dupuy 1991).

Par exemple, la mise en œuvre par les pouvoirs publics de règles ayant pour objectif de limiter le comportement opportuniste des acteurs peut avoir des conséquences non prévues, mais néanmoins prévisibles. Partons d'une appréhension simplifiée de la situation : les individus sont supposés être motivés par leur seul intérêt personnel, ce qui les conduit à adopter des

¹⁷ On trouvera dans Béjean Midy Peyron (2001) la présentation de cette nouvelle expertise et son lien avec l'hypothèse de rationalité procédurale.

comportements opportunistes, si ce n'est immoraux¹⁸, et jugés déviants par rapport à une situation idéale à atteindre. Il suffirait alors de mettre en œuvre des mesures de contrôle et d'incitation pour contrecarrer ces comportements déviants (c'est du moins ce que prône la théorie des contrats et des incitations). Ce qui est attendu d'une telle politique, c'est donc la suppression de l'opportunisme et des inefficacités qui en résultent. Ce qui en résulte effectivement dans une situation complexe peut en fait être l'inverse. En effet, les acteurs vont percevoir et interpréter ces règles : on veut limiter leur opportunisme supposé, ils vont alors réagir de façon individualiste et opportuniste en cherchant à contourner ces procédures de contrôle et à profiter de ces mesures d'incitation. Loin de limiter l'opportunisme, de telles politiques peuvent le susciter. La prophétie est alors auto-réalisatrice (P. Watzlawick 1988) et la réalité finit par ressembler effectivement à ce qui était prédit dans la prophétie... mais ce résultat n'était pas souhaité, il est même contraire à l'objectif de l'action.

3.2 Favoriser la concertation et la délibération

Si les évolutions possibles s'entendent comme évolutions désirées et prévues par la régulation, elles doivent faire l'objet de procédures coopératives et délibératives. On ne peut nier que la régulation en médecine ambulatoire ait fait l'objet de longues et nombreuses négociations réunissant autorités de tutelle, caisses d'assurance maladie et syndicats médicaux. Ces négociations ont parfois abouti, parfois partiellement abouti (seuls quelques syndicats signent la convention), ont parfois débouché sur des vides conventionnels. La non-adhésion des médecins à certaines mesures bascule parfois dans le conflit.

Par exemple, les professionnels ont fortement réagi aux reversements qui devaient accompagner les objectifs quantifiés d'évolution des dépenses du Plan Juppé. Ces dispositifs donnaient une orientation comptable à la régulation des dépenses, les objectifs quantifiés paraissaient primordiaux et faisaient passer les objectifs de qualité au second plan. L'opposition des professionnels à l'action de régulation marquait sans aucun doute l'adhésion des professionnels à la notion de qualité dans les soins, mais marquait aussi l'effritement de la confiance des partenaires lorsque l'objectif et les modalités sont imposés. Les professionnels coopéraient pour une maîtrise médicalisée et obtenaient une maîtrise comptable imposée. Bien évidemment la logique d'une maîtrise comptable est une action plus simple que la maîtrise médicalisée, mais elle n'a de sens que s'il est prouvé que cette simplicité est une simplification pertinente face au système de la coordination et aux relations et aux représentations des acteurs de ce système.

¹⁸ D'après la définition de l'opportunisme donnée par Williamson : "une recherche d'intérêt personnel qui comporte la notion de tromperie" (O.E. Williamson 1994, p 70).

L'EC ne propose pas de méthode ou d'outil pour parvenir à coup sûr à un objectif donné, elle ne propose pas non plus d'objectif préalable et prédéterminé. L'objectif de l'intervention publique ne peut être défini *a priori* comme un idéal à atteindre. Il doit alors être construit en même temps que les moyens d'y parvenir. On ne peut agir sur un système de coordination en limitant l'action à quelques éléments séparés supposés simples et indépendamment modifiables. Les procédures comme le système doivent être récursives, de l'analyse à la prise de décision et au suivi de l'action. L'élaboration de la politique publique n'implique pas nécessairement des mesures compliquées, mais des procédures adaptées au système et aux acteurs concernés. Ces procédures doivent être attentives aux réactions et aux non-réactions des acteurs ; elles doivent tenir compte de l'adhésion ou de la défiance qu'elles peuvent entraîner de la part des acteurs. Pour cela, les promoteurs de l'action doivent préparer leurs décisions en favorisant la délibération avec les différents partenaires.

L'EC peut servir de référent théorique dans l'élaboration des procédures de décision, en argumentant pour des procédures procédurales et non pas substantielles¹⁹ : les objectifs de l'action sont construits et révisés au cours d'un processus délibératif où une diversité de points de vue, de valeurs, est favorisée ; ces objectifs sont construits conjointement à la détermination des moyens d'y parvenir ; les moyens de l'action ne peuvent être que satisfaisants par rapport au problème posé, et non pas optimaux au regard d'un objectif, puisque celui-ci ne préexiste pas mais se construit au cours de la procédure de décision. L'accent est mis sur la recherche d'une procédure de décision, plus que sur le résultat de la décision, sur la délibération plus que sur le calcul, sur l'apprentissage des acteurs et du système face à l'action et aux nouvelles informations et situations que la procédure engendre... Ces caractéristiques sont celles d'une rationalité procédurale de la décision (H.A. Simon 1976), ici publique.

Agir sur un système où les acteurs sont interdépendants mais animés d'intérêts parfois divergents, où les acteurs manifestent un attachement réel au fonctionnement présent mais pour des raisons ou des valeurs parfois dissemblables, peut facilement entraîner des situations de conflit, de remise en cause de règles fondamentales. Le risque est alors grand d'un effondrement des modes de coordination qui constituaient ce système.

Tout récemment un syndicat de médecins a organisé une concertation rassemblant un large échantillon des syndicats des professions de santé et des salariés. L'ensemble de ces syndicats²⁰, qui s'est baptisé " G7 ", a proposé de nouvelles règles d'organisation de la médecine ambulatoire, règles conformes à leur analyse et à leurs attentes. Ces règles font face aux

¹⁹ Par analogie avec les notions de rationalité substantielle et de rationalité procédurale (S. Béjean et C. Peyron 1997).

²⁰ CSMF, SML, FMF, CGT, FO, CFE-CGC, CFTC.

propositions précédemment faites par la CNAMTS²¹. Ainsi, deux des acteurs les plus importants dans le fonctionnement de la médecine ambulatoire, liés par le fonctionnement financier du système de soins, liés par des relations conventionnelles et parfois conflictuelles, prennent position dans le débat sur la régulation des dépenses en médecine ambulatoire. Dans la divergence des règles proposées, on peut sans doute lire leur divergence d'intérêt. La CNAMTS propose une certification et un conventionnement sélectif des professionnels de santé, le "G7" s'oppose à toute discrimination entre médecins libéraux et tout particulièrement au conventionnement sélectif et au système du médecin référent. La CNAMTS propose une modulation des avantages conventionnels sur le territoire, le "G7" une convention unique et nationale et des incitations fiscales pour remédier aux disparités géographiques. La CNAMTS propose une diversification des formes de tarification, le "G7" une revalorisation des tarifs conventionnels en secteur 1 et le maintien du paiement à l'acte.

Les propositions de la CNAMTS renforcent la remise en cause de la convention de liberté d'exercice, alors que le "G7" tente de réaffirmer les règles principales de cette liberté d'exercice. Il semble donc que cette convention se soit effritée au point de perdre son statut conventionnel. Nous assistons aujourd'hui à une phase de (re)négociation des règles de fonctionnement principales de la médecine ambulatoire. Ces règles, lorsqu'elles seront arrêtées, relèveront alors d'un autre statut, celui d'un contrat d'usage, qui nécessitera sans doute une phase d'apprentissage durable, avant de retrouver le statut d'une règle conventionnelle.

CNAMTS et "G7" sont sans doute profondément attachés au maintien d'une médecine ambulatoire au financement socialisé, mais avec des raisons et des valeurs diverses. Les pouvoirs publics — et l'Etat semble ici le seul tiers possible — doivent rapidement organiser concertation et délibération, afin que, campant sur leur position dans le débat et usant de leur position dans le système de santé, ces deux acteurs n'induisent une situation trop conflictuelle.

Si, en soit, une situation conflictuelle n'est pas dommageable et peut être une voie d'évolution qui débloque une situation, elle doit toutefois être circonscrite. L'action publique demande une perception précise du système, de son histoire, des acteurs, de leurs attentes ou de leurs résistances. L'objectif et les modalités de la régulation doivent correspondre à l'état présent du système qui n'est appréhendable que par l'histoire de sa constitution, par l'évolution de ses règles à travers les différents modes de régulation. Cet objectif et ces modalités doivent également prendre le temps d'émerger dans un temps de préparation des décisions où les procédures de délibération avec les acteurs sont fondamentales pour s'assurer de leur coopération face aux nouvelles règles possibles et donc garantir l'adhésion des acteurs aux réformes négociées.

²¹ Cf. rapport stratégique de G. Johanet (1998), dont les propositions ont été réitérées plus récemment.

BIBLIOGRAPHIE

- ATLAN H.** (1991) *"L'intuition du complexe et ses théorisations"*. In *"Les théories de la complexité. Autour de l'œuvre d'Henri Atlan"*. Sous la direction de FOGELMAN SOULIÉ F. Editions du seuil, Paris, p.9-42.
- BATIFOULIER P.** (1990) *"Incitations et conventions dans l'allocation des ressources. Une application à l'économie de la santé"*. Thèse de Doctorat, Université de Paris-X Nanterre.
- BATIFOULIER P.** (1999), *"Ethique professionnelle et activité médicale : une analyse en termes de conventions"*, *Finance, Contrôle, Stratégie*, Vol. 2, juin, p.5-24.
- BATIFOULIER P.** (2001), *"Les politiques de santé : éclairages par l'économie des conventions"*, séminaire ATEs n°6, 31 mai 2001.
- BATIFOULIER P. et REBERIOUX A.** (2001), *"La nature économique de l'éthique médicale : structure de gouvernance "clef en main" ou convention ?"*, Communication au deuxième colloque international des économistes français de la santé, CES, CNAM, février.
- BATIFOULIER P. et THEVENON O.** (2001), *"Interprétation, principe conventionnel et fondement normatif des règles"*, in *Théorie des conventions*, P. Batifoulier éd., Economica, à paraître.
- BEJEAN S.** (1992) *"Fonctionnement et régulation du système de santé". De l'entreprise à l'organisation"*. Thèse de Doctorat, Université de Bourgogne, décembre 1992.
- BEJEAN S.** (1994) *"Economie du système de santé. Du marché à l'organisation"*. Economica, Paris.
- BEJEAN S.** (1997) *"Les nouvelles approches théoriques en économie de la santé. Fondements épistémologiques, divergences et convergences ?"*, in Dix ans d'avancées en économie de la santé, Editions John Libbey Eurotext, Montrouge, p 3-30.
- BEJEAN S. et PEYRON C.** (1997), *"Contrats et conventions: quels apports pour l'économie de la santé ?"*, in Actes du colloque de l'AES: les avancées théoriques en économie sociale et leurs applications, Dijon, Septembre, tome 2, p 769-791.
- BEJEAN S., MIDY F. et PEYRON C.** (2001) *"La rationalité simonienne : lectures et enjeux"*. à paraître dans *Economie et Société – Série Oeconomia*
- BIENCOURT O., CHASERANT C et REBERIOUX A.** (2001), *"L'affirmation du programme de recherche de l'Economie des conventions"*, in *Théorie des conventions*, P. Batifoulier éd., Economica, à paraître.
- DIMICOLI Y.** (1999), *Commentaires au Rapport Michel MOUGEOT au Conseil d'Analyse Economique*, La Documentation Française, 1999.

- DUPUY J.P.** (1989). "*Convention et common knowledge*". Revue Economique, vol 40, n°2, p 361-400.
- DUPUY J.P.** et al. (1989). Introduction à la Revue Economique, vol 40, n°2, p 361-400.
- DUPUY J.P.** (1991). "*Sur la complexité du social*". In "*Les théories de la complexité. Autour de l'œuvre d'Henri Atlan*". Sous la direction de FOGELMAN SOULIÉ F. Editions du seuil, Paris, p.394-409.
- ELSTER J.** (1995). "*Rationalité ou normes sociales : un modèle pluridisciplinaire*". Le modèle et l'enquête, Editions de l'EHESS, Paris, p 139-148.
- FAVEREAU O.** (1986). "*La formalisation du rôle des conventions dans l'allocation des ressources*". Dans Salais R. et Thévenot L. (eds) Le travail, marché, règles, conventions, Paris, Economica, pp.249-328.
- FAVEREAU O.** (1989). "*Marchés internes, marchés externes*". Revue Economique, vol 40, n°1, mars.
- FAVEREAU O.** (1999), "*Salaires, emploi et économie des conventions*", Cahiers d'économie politique, n°34, pp 163-194.
- JOHANET G.** (1999) "*Des soins de qualité pour tous. Refonder le système de soins*". CNAMTS, mars 1999.
- LETOURMY A.** (2000), "*Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble*". Sociologie du travail, n°42, pp.13-30.
- LORDON F.** (1995) "*Théorie de la régulation et politique économique*". in Théorie de la régulation l'état des savoirs, Edition La Découverte, Paris, p 198-206.
- PEYRON C. et BEJEAN S.** (2000), "*Conventions et décision d'activité en médecine ambulatoire*", Communication au séminaire ATEs n°4, 12 mai 2000.
- POSTEL N.** (1998) "L'économie des conventions. Une approche instrumentale de la rationalité individuelle ?" Revue économique, vol.49, n°6p. 1473-1496
- RAMAUX Ch.** (1996) "*De l'économie des conventions à l'économie de la règle, de l'échange et de la production*". Economies et Sociétés, Economie du travail, série AB, n°19, p 121-150.
- SALAIS R.** (1989). "*L'analyse économique des conventions de travail*". Revue Economique , vol 40, n°2, p 199-240.
- SIMON H.A.** (1976). "*From substantive to procedural rationality*". In Latsis ed : "Method and appraisal in economics", Cambridge University Press.
- WATZLAWICK P.** (1988). "*L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*". Editions du Seuil, Paris.
- WILLIAMSON O.E.** (1994). "*Les institutions de l'économie*". InterEditions, Paris.