

La connaissance économique à travers ses motifs : une sociologie cognitive de l'économie de la santé en France

Daniel Benamouzig

▶ **To cite this version:**

Daniel Benamouzig. La connaissance économique à travers ses motifs : une sociologie cognitive de l'économie de la santé en France. Interventions Economiques : Papers in Political Economy, 2006, 33 (1), pp.2 - 17. hal-01397787

HAL Id: hal-01397787

https://sciencespo.hal.science/hal-01397787

Submitted on 16 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Daniel Benamouzig

La connaissance économique à travers ses motifs. Une sociologie cognitive de l'économie de la santé en France

Introduction

1 La genèse de l'économie de la santé offre l'occasion d'apprécier les conditions dans lesquelles des savoirs économiques acquièrent une forme d'autonomie cognitive. En France comme dans beaucoup d'autres pays industrialisés, l'économie de la santé s'est développée dans les décennies d'après-guerre à la jonction de l'administration, du monde des sciences sociales et de la profession médicale. La dynamique à travers laquelle l'économie s'est saisie de la santé est un processus lent au sein duquel des institutions jouent un rôle de premier plan. La naissance de l'économie de la santé est intimement liée à l'élaboration d'une comptabilité nationale. Auprès du Commissariat Général au Plan, un organisme au statut initialement mal défini, le CREDOC, est constitué en 1953 pour produire les Comptes nationaux de la consommation. Jusqu'à la fin des années soixante, cet organisme est le seul à produire en France des données économiques relatives à la santé. Son travail est marqué par les exigences de la planification nationale et par la proximité de ses membres avec la profession médicale, qui se voit déléguer l'expertise économique sur la santé. De manière significative, l'économie de la santé est alors appelée « économie médicale » (Serré, 2002). Pour les médecins qui en promeuvent l'usage, cette activité revient de droit à des médecins, seuls à avoir quelque légitimité pour aborder des questions relatives à la santé, fussent-elles de nature économique. Dans cet article, nous cherchons à comprendre les dynamiques institutionnelles, les parcours individuels et les productions intellectuelles qui ont concouru à la formation de cette « économie médicale ». Pour étudier ensemble l'usage social des raisonnements économiques et leurs propriétés spécifiquement intellectuelles, nous avons introduit la notion de « motif cognitif », qui permet de saisir empiriquement des raisonnements, par nature plus difficiles à observer que d'autres phénomènes sociaux, plus directement accessibles. Le travail des économistes peut alors être appréhendé comme un processus de production, de rationalisation et d'utilisation de motifs cognitifs. À travers leurs accomplissements, ces motifs acquièrent une capacité intrinsèque à convaincre, c'est à dire une forme d'autonomie. Après avoir présenté les enjeux d'une analyse empirique de la connaissance économique à partir de l'étude de motifs cognitifs, nous illustrons cette démarche par l'examen du contexte qui a vu la production des premiers travaux économiques sur la santé en France.

Les motifs cognitifs

2 L'intérêt porté aux aspects cognitifs du travail des économistes distingue notre démarche des autres approches en sociologie de la connaissance économique. Dans ce domaine, il est d'usage de distinguer des travaux « internalistes », attentifs aux idées, aux théories ou aux raisonnements, de travaux « externalistes », intéressés par institutions scientifiques et les pratiques sociales.

Une troisième voie en sociologie de la connaissance économique ?

3 Classique en sociologie de la connaissance, cette distinction conserve une certaine portée en matière de connaissance économique. Des travaux d'histoire des idées économiques se cantonnent d'un côté à l'histoire des théories ou des idées économiques, en mettant à l'arrière-plan, voire en ignorant le contexte historique dans lequel elles ont été produites, discutées ou abandonnées. Ces contributions ne sont pas sans intérêt, notamment pédagogique, mais elles ne permettent pas de comprendre les enjeux sociaux et politiques qui se nouent autour du travail des économistes. À l'inverse, des travaux sociologiques explorent les conditions sociales dans lesquelles les économistes travaillent, sans toujours mettre en relation ces conditions avec les

productions qui en résultent. Certains travaux, comme ceux d'Alfred William Coats (1992) aux États-Unis, insistent ainsi sur la dynamique de professionnalisation de l'économie au cours des dernières décennies. D'autres, comme ceux de Jean-Yves Caro (1983) ou de Frédéric Lebaron (2000) en France, étudient l'économie à travers la structure du « champ » de la discipline, au sein duquel les positions des économistes sont supposées rendre compte de leur activité et de leurs engagements, plus souvent politiques et idéologiques que véritablement scientifiques. Ces deux postures, à dominante internaliste et externaliste, se dispensent d'une exploration fine des liens entre l'activité sociale des économistes et les productions intellectuelles auxquelles ils s'adonnent.

4 Dépassant cette opposition, les tenants du renouvellement de la sociologie des sciences inspiré du « programme fort » établissent un lien systématique entre les idées économiques et les pratiques sociales. Les deux niveaux d'analyse que les postures internalistes et externalistes s'accordaient implicitement à dissocier sont ici « encastrées » (*embedded*). à telle enseigne que les deux niveaux ne sont plus distingués. Pour opérer cet encastrement, deux options, non exclusives l'une de l'autre, sont envisagées. Selon la première, les productions intellectuelles des économistes sont le produit de réseaux sociotechniques, qui les font tenir. L'intensité des liens sociotechniques garantit la solidité reconnue au raisonnement. Tout est ici affaire d'alliances entre des entités de nature différente, tantôt humaines, tantôt matérielles[1]. Une seconde option, proposée plus récemment par Michel Callon (1998), stipule que les raisonnements économiques ne sont pas seulement le produit de réseaux sociaux et techniques, mais sont aussi leur matrice : les raisonnements économiques ont un caractère performatif, qui fait advenir la réalité dont ils sont supposés rendre compte. Leur validité, bien réelle, n'est pas assurée par une simple correspondance avec le réel, comme le croient les épistémologues positivistes, nombreux parmi les économistes, mais par la fabrication sociale d'une réalité conforme aux raisonnements économiques. Dans chacune des deux options constructivistes, les raisonnements économiques sont immédiatement rapportés à la réalité sociotechnique, soit parce qu'ils ne sont rien d'autre que le produit immédiat de cette réalité, soit parce qu'ils en sont directement issus.

5 Les travaux s'inspirant du renouvellement de la sociologie des sciences intervenu après les années soixante-dix ont un grand mérite : ils considèrent conjointement les aspects intellectuels et les pratiques sociales, là où les travaux internalistes ou externalistes restaient amputés de l'une des deux dimensions. Mais ils souffrent aussi d'une grave limite : ils tendent à ramener le travail intellectuel des scientifiques en général, et celui des économistes en particulier, à des pratiques sociales et matérielles ordinaires, sans considération pour leur éventuelle spécificité. Tout occupé à montrer que l'activité des économistes est une activité comme les autres – ce qu'elle est à bien des égards – ils oublient de montrer qu'elle n'en est pas moins singulière, en ce sens qu'elle n'est pas seulement sociale, stratégique ou pragmatique, mais qu'elle est aussi intellectuelle, et selon des formes particulières. Sauf à renoncer à comprendre ce qui fait la spécificité du travail des économistes, ou plus généralement des scientifiques, il importe non seulement de rendre compte de leur activité comme d'une activité sociale en tout point comparable à d'autres, mais de comprendre aussi en quoi cette activité, pour banale qu'elle puisse être, n'en est pas moins relativement spécifique.

6 Se dessine alors une nouvelle voie, qui échappe aussi bien à l'ancienne opposition entre l'internalisme et l'externalisme, qu'aux tentatives plus récentes de résorption de cette opposition par la sociologie des sciences postérieure aux années soixante-dix. Il s'agit d'abord de conserver l'exigence empirique d'une appréhension *conjointe* des réalités sociotechniques, d'une part, et des réalités intellectuelles ou cognitives, d'autre part. En ce sens, les méthodes de recherche mises en œuvre après le renouvellement de la sociologie des sciences restent utiles. L'étude des controverses favorise notamment la restitution de la dimension problématique des situations auxquelles des acteurs scientifiques sont confrontés. Mais il s'agit aussi de considérer plus sérieusement la spécificité du travail auquel se livrent ces derniers. Les économistes de la santé ont une activité non seulement sociale mais aussi intellectuelle, qui les conduit à *faire de l'économie*. Nous devons les étudier en train de produire, de transformer, de chercher à améliorer des raisonnements économiques, et non pas seulement

en train de se livrer, comme tout autre acteur, à des activités de nature plus ou moins stratégique, visant à renforcer des réseaux ou à constituer des alliances (ce qu'ils font aussi, et au titre même de leur travail d'économiste). Tout en prenant au sérieux le fait que les deux types d'activités sociales et cognitives sont si compatibles entre elles qu'elles sont dans la réalité difficilement dissociables, nous pensons que l'activité des économistes conserve un caractère spécifiquement intellectuel, qui les conduit à produire, entre autres choses, des raisons, des arguments, des raisonnements et parfois même des contributions théoriques d'un genre particulier. Moyennant une attention délibérée, ces éléments cognitifs sont observables. Ils apparaissent même dotés d'une certaine autonomie, qui les distingue d'autres éléments empiriques, de nature plus classiquement sociale ou matérielle. Saisis dans les pratiques, les raisonnements font en outre l'objet d'un travail intellectuel de rationalisation, qui modifie leurs propriétés dans le sens d'un renforcement progressif : les procédures de raisonnements deviennent plus robustes, les informations utilisées, plus fiables, l'ensemble, mieux agencé et plus convaincant. L'appréhension empirique de cette qualité cognitive intrinsèque nécessite un outil d'observation approprié, qui permet de saisir des raisonnements et de comprendre comment ils sont transformés. Nous avons appelé cet outil un « motif cognitif ».

Une sociologie des motifs cognitifs

7 Au-delà de son acception esthétique, de nature musicale, architecturale ou décorative, la notion de motif renvoie à différents registres de signification. Elle réfère à la psychologie de l'action – et se distingue alors du mobile, moins rationnel – aussi bien qu'au vocabulaire juridique, dans lequel elle dénote des procédures de justification (l'exposé des motifs). Quelle que soit sa nature, un motif inclut la notion de « mise en mouvement ». Il donne lieu à des variations autour d'un principe unitaire, susceptible d'être infiniment décliné et de produire à chaque occurrence des effets de conviction plus ou moins puissants chez ceux qui en prennent connaissance. À travers cette variété de sens, le jeu des métaphores situe la notion de motif à la confluence de trois registres de réalité, de nature respectivement objective, subjective et intersubjective. Le motif artistique a par exemple un caractère plus objectif que le motif d'une action, plus subjectif. Il n'est cependant pas dépourvu de toute dimension subjective, dès lors qu'il s'agit par exemple de délectation esthétique. Le motif artistique inclut même une dimension intersubjective, liée à la réception de l'œuvre. De même, le vocabulaire de l'action ne confine pas le motif dans le pur registre de la subjectivité. Rationnel, le motif renvoie à une forme d'objectivité. Quant au vocabulaire juridique, il renvoie certes à des activités intersubjectives de justification, mais elles-mêmes visent à produire des convictions subjectives à partir de raisons objectives. C'est dans l'entrelacs de la subjectivité, de l'objectivité et de l'intersubjectivité que le vocabulaire du motif et son ontologie hybride se déploient.

8 Au-delà des métaphores, la notion de motif a bénéficié d'une réflexion sociologique, dont on trouve des occurrences chez des auteurs comme Georg Simmel ou Max Weber. Il revient au sociologue américain Charles Wright Mills (1940, 1954) d'en avoir fait un véritable concept sociologique. Sans retracer un débat qui déborde le cadre de la sociologie, quelques éléments permettent de préciser le sens que nous attribuons à la notion de motif lorsque nous l'employons à propos de raisonnements économiques.

9 Chez Weber, la notion de motif renvoie à la méthode « compréhensive », qui saisit le sens intentionnel des actions pour les expliquer. En ce sens, le motif fait référence au registre de la subjectivité. Mais le sens imputé à l'acteur n'est pas l'intention même de l'acteur, c'est une reconstruction plausible, qui saisit la subjectivité dans sa dimension « typique », de manière objective. L'acception wébérienne de la notion de motif oscille entre la subjectivité de l'acteur et l'objectivité de sa compréhension. Pour reprendre une distinction empruntée au philosophe américain John Searle (1995), le motif wébérien renvoie à la subjectivité « ontologique » des états de conscience intentionnels, et à l'objectivité « épistémologique » de l'observateur qui en restitue le sens. On note en outre que Weber (1995 : 38) associe la notion de motif à une composition de parties, à un « ensemble significatif » (*Sinnzusammenhang*), pour ainsi dire à un système de raisons.

10 Avec Simmel (1988a, b), la notion de motif prend un caractère à la fois plus nettement objectif et plus composite. La notion est utilisée dans un registre esthétique, pour mettre en valeur la force intrinsèque des œuvres. Ces dernières sont certes l'expression de processus subjectifs, mais elles acquièrent une autonomie devant conduire, selon Simmel, à les considérer pour elles-mêmes (Deroche-Gurcel, 1997). C'est en référence à ces ensembles devenus autonomes que Simmel utilise la notion de motif. À propos d'objets aussi différents que le travail de Michel-Ange, la symétrie du visage ou l'ambiance d'un paysage, Simmel introduit la notion de motif pour caractériser des ensembles intégrés dont les parties, à la fois matérielles et idéelles, entretiennent des relations antagoniques, et dont la réunion produit une harmonie objective, capable de déclencher un sentiment de justesse ou d'attractivité. À partir de l'œuvre, saisie comme une composition objective d'éléments hétérogènes, matériels ou non, se déploient ainsi des impressions subjectives.

11 Chez Charles Wright Mills (1940, 1954), enfin, le motif a une dimension relationnelle, dans le cadre d'interactions sociales. Les motifs sont impliqués dans un travail de justification entre individus. Cherchant à comprendre comment des types de personnalités se développent dans des contextes sociaux, au sein desquels le langage joue un rôle décisif, Charles Wright Mills appréhende les motifs dans leur dimension rhétorique, publique et pragmatique. Fixés sur des supports linguistiques « extérieurs », les motifs facilitent la coordination entre acteurs. Les états intentionnels de ces derniers coïncident davantage avec l'usage des motifs en situation qu'ils ne les précèdent ou les déterminent. Les motifs constituent moins des raisons privées ou subjectives que des entités discursives objectives, liées à un travail intersubjectif de justification[2]. À partir de leurs expressions extérieures, les états intentionnels sont accessibles de plain-pied aux acteurs et aux observateurs. C'est à travers ces éléments publics que se constituent des états subjectifs, des « caractères ». Stabilisés sous la forme de « vocabulaires », les motifs peuvent faire l'objet d'une analyse rhétorique, au sens de Kenneth Burke (1945, 1950), auquel Charles Wright Mills rend un hommage appuyé. Les motifs deviennent en ce sens accessibles à l'investigation empirique, ils ne sont plus le résidu ou la trace objective d'états intentionnels insaisissables, mais leur manifestation même.

12 Au fil des usages, quelques propriétés des motifs se dégagent. Quel que soit le sens attribué à cette notion, les motifs apparaissent à la confluence des trois registres de la subjectivité, de l'objectivité et de l'intersubjectivité. Cette propriété n'est pas anodine pour qui veut étudier des raisonnements. Considérés comme des motifs cognitifs, les raisonnements économiques n'ont pas à être saisis comme des évènements mentaux, auxquels les acteurs n'ont généralement plus accès, mais comme des données publiques, en grande partie linguistiques, appréhendées à partir de supports matériels, dans le cadre d'interactions sociales. L'ontologie hybride des motifs, à fois objectifs, intersubjectifs et subjectifs, rend possible une investigation empirique d'éléments cognitifs. Les motifs apparaissent par ailleurs comme des compositions de parties, intégrant des éléments cognitifs, sociaux et matériels, dont l'organisation plus ou moins réussie produit des effets de conviction. Le caractère objectif de la cognition n'implique nullement l'absence d'états intentionnels, d'autant plus faciles à saisir qu'ils peuvent être véritablement « compris » par l'intermédiaire des motifs. Parmi les éléments constitutifs d'un motif cognitif, signalons ceux que nous rencontrons le plus fréquemment dans notre travail. Les motifs que nous étudions incorporent des procédures de raisonnement, telles que des opérations logiques ou mathématiques, des informations, de nature quantitative ou qualitative, et des formes d'argumentation, qui ordonnent les éléments et conduisent vers une conclusion. Ils sont aussi inscrits sur des supports matériels, le plus souvent écrits dans le cas qui nous intéresse. Le graphisme joue un rôle spécifique dans la composition, la compréhension ou la réplication de certains motifs. Enfin, les motifs partagent des propriétés pragmatiques, liées aux usages qui peuvent en être fait en situation. Loin d'être clos sur eux-mêmes, les motifs sont des ensembles structurés, mais ouverts sur des usages en raison de leur caractère plus ou moins normatif. Qu'ils poursuivent une visée explicitement normative, comme certains raisonnements économiques destinés à la prise de décision, ou une visée plus analytique, les motifs produisent toujours des raisons, des arguments, des effets de conviction plus ou moins sensibles, de nature à provoquer un « mouvement ». Ils indiquent de manière plus ou moins

implicite ce qu'il est utile, adapté ou correct de penser, de sentir ou de faire. En ce sens, la juste compréhension des motifs cognitifs suppose qu'une attention soit portée à un large ensemble de phénomènes, relatifs non seulement à leurs propriétés techniques et microsociologiques mais aux situations à la fois locales et plus globales dans lesquelles ils sont constitués et mis en œuvre. Ainsi introduite, la notion de motif cognitif se précise. Composés de procédures de raisonnements, d'informations et d'argumentations plus ou moins solides et correctement articulées entre elles, les motifs cognitifs sont des systèmes organisés de « bonnes raisons », matérialisés sur des supports objectifs et utilisés dans le cadre de situations pragmatiques[3].

13 Les usages répétés auxquels les motifs cognitifs donnent lieu s'accompagnent de variations autour de principes unitaires de composition, qui permettent d'en repérer la cohérence à travers une pluralité d'expressions. Au fil de leurs usages, les motifs sont modifiés. Leurs transformations entretiennent des liens étroits avec leurs contextes d'usage, mais donnent également à comprendre leur relative autonomie. Les motifs sont en effet soumis à deux processus de transformation, identifiés en son temps par Max Weber (1986) à propos du droit, et dont Philippe Steiner (1998) a évalué toute l'importance pour la connaissance économique. Comme le droit, la connaissance économique est l'objet d'une double évolution, contradictoire et complémentaire. Elle est l'objet d'une rationalisation *formelle*, liée au travail intellectuel de certains acteurs, passablement » théoriciens », qui épurent le raisonnement et accroissent sa cohérence formelle, au prix d'une réduction de sa portée concrète. Parallèlement, d'autres acteurs, plus proches des pratiques, font un usage concret des raisonnements. S'accommodent mal des abstractions, ils procèdent à une rationalisation *matérielle* de la connaissance, qui accroît sa pertinence concrète, au prix d'un affaiblissement de ses qualités formelles. Dans la mesure où les deux processus sont le fait d'acteurs différents, dont l'influence est plus ou moins sensible selon les situations et les périodes, les deux processus de rationalisation intellectuelle impriment alternativement leurs effets, en provoquant des transformations allant dans le sens d'une plus grande intégration des raisonnements, ou dans le sens d'une plus grande adaptation aux situations pratiques. Soumis à ce processus dialectique, les motifs cognitifs se transforment. En économie de la santé, les usages pratiques, proches des milieux administratifs ou médicaux, alternent avec le formalisme des économistes académiques. Les deux processus conjuguent leurs effets bien plus qu'ils ne les annulent. La rationalisation formelle s'applique à des motifs ayant bénéficié d'une rationalisation matérielle, et réciproquement. Par accumulation d'efforts, les propriétés intrinsèques du motif cognitif s'améliorent. Sa cohérence et sa pertinence s'accroissent, en même temps que sa faculté à emporter l'adhésion. Les procédures de raisonnement deviennent plus solides, plus cohérentes. Les informations utilisées, plus précises et plus spécifiques. L'argumentation est plus serrée, mieux maîtrisée. L'ensemble s'avère plus convaincant. La force de conviction acquise par le motif cognitif n'est plus entièrement liée aux situations dans lesquelles il est mis en œuvre, elle dépend aussi des propriétés intrinsèques que le motif a acquis au bénéfice d'un patient travail de rationalisation formelle et matérielle. L'autonomie du motif n'est nullement abstraite, restituée après coup par l'analyse sociologique. Elle est une propriété concrète du motif, qui apparaît en situation. Elle se manifeste à travers les effets de conviction produits par le motif, et dont les acteurs rendent compte, mais aussi à travers un ensemble de déplacements, qui attestent l'autonomie de certains motifs, qui peuvent être transférés dans des situations, des contextes ou des périodes différents[4]. En ce sens, l'étude empirique des motifs permet d'analyser non seulement la production sociale de connaissances économiques, mais aussi, de manière plus paradoxale, la production sociale *de l'autonomie* de ces connaissances. La formation d'une « économie médicale » dans les décennies d'après-guerre en offre une illustration.

Le CREDOC, entre planification et Comptabilité nationale

14 L'économie de la santé n'a pas toujours été un domaine d'application de la science économique. Cette représentation en quelque sorte ancillaire de l'économie de la santé est largement rétrospective, postérieure à la convergence intellectuelle de la discipline économique autour de l'économie néoclassique, intervenue dans les années quatre-vingt dans

le cas de la France. Longtemps, l'économie de la santé s'est développée à l'écart de la discipline économique, elle-même peu unifiée et médiocrement considérée en France jusqu'à la fin des années soixante-dix. Dans les décennies d'après-guerre, l'économie néoclassique est tenue en piètre estime. Associée à la crise économique des années trente, elle est politiquement discréditée (Fourquet, 1980). Elle constitue tout au plus un discours académique, enseigné dans les facultés de droit et notoirement coupé des réalités. Elle a peu de choses à dire sur l'intervention massive de l'État dans l'économie, qui constitue la grande affaire du moment. Même la « synthèse keynésienne » réalisée dans les décennies d'après-guerre reste en France un exercice académique[5]. Les espaces les plus dynamiques en économie se développent auprès de l'administration, dans le contexte d'un développement économique volontariste, auxquelles les théories de Keynes offrent un cadre général. C'est autour d'outils constitués par l'administration que se constituent de nouveaux savoirs. L'élaboration de la Comptabilité nationale et les modèles de prévision qu'elle permet de constituer, puis la mise au point d'analyses coûts-avantages destinées à analyser les investissements publics, constituent des foyers actifs pour le développement de nouveaux savoirs en économie.

15 Ces travaux à finalité pragmatique, dans lesquels les ingénieurs économistes français se taillent une réputation internationale, trouvent des déclinaisons dans le domaine de la santé. Des analyses macroéconomiques mesurent les agrégats issus du comportement de classes d'agents impliquées dans la production, l'échange ou la consommation de biens médicaux. Plus tard, des analyses coûts-avantages sont produites pour analyser des actions plus spécifiques, comme la mise en œuvre de politiques de dépistage ou l'organisation de secteurs de soins, comme la périnatalité. Les premiers travaux économiques sur la santé, auxquels nous nous limitons dans cet article, sont réalisés à proximité immédiate de l'administration, à la confluence de la planification et de l'élaboration d'une Comptabilité nationale. C'est dans ce cadre qu'est créée la première équipe d'économie médicale, au sein d'un nouvel organisme, le CREDOC.

Une équipe pour l'économie médicale

16 Nommé Commissaire Général au Plan au lendemain de la guerre, Jean Monnet souhaite disposer d'une Comptabilité nationale pour orienter la planification (Fourquet, 1980 : 61). Il sollicite pour ce faire des économistes de l'INSEE et de l'Institut de Sciences Économiques Appliquées (ISEA)[6]. Les premiers jalons de la Comptabilité nationale sont produits dès 1947, avant d'être progressivement complétés. La place institutionnelle du Plan évolue lorsque Pierre Mendès France est élu à Présidence du Conseil, en 1954. Conformément aux orientations que ce dernier aurait aimé voir prévaloir à la Libération, il constitue un grand ministère associant les Finances, l'Économie et le Plan et créé un Commissariat général à la productivité[7]. Dans le nouveau schéma de planification, des domaines sociaux comme l'éducation et la santé deviennent prioritaires. Pour réaliser des investissements en la matière, les Finances travaillent à l'élaboration de comptes spécifiques. De plus, l'intérêt des milieux planificateurs se déplace du domaine de la production vers celui de la consommation. Dans ce domaine, les moyens d'expertise du Plan sont limités. Aussi un organisme est-il spécifiquement créé en 1953 pour établir les Comptes nationaux de la consommation et réaliser des études sectorielles sur la consommation. Le Centre de Recherche et de Documentation sur la Consommation (CREDOC) constitue « une équipe de recherche fonctionnant dans le cadre de l'Association Française pour l'Accroissement de la Productivité » ; il n'acquiert le statut d'association, et la personnalité juridique qui l'accompagne, qu'en 1961.

17 L'équipe du CREDOC se forme autour d'anciens membres de l'ISEA, comme Edmond Lisle et Georges Rottier, qui en prend la direction[8]. Pour produire les comptes de la consommation, le CREDOC s'appuie sur différents types de données. Les statisticiens se fondent sur des statistiques fiscales et des données de gestion, comme les statistiques de production ou de distribution de secteurs déterminés, généralement rassemblées par les professionnels du secteur concerné, avec lesquels ils entrent en contact. Une méthode plus innovante consiste à interroger un échantillon de ménages. En 1955, une première enquête sur le budget des ménages est envisagée par le CREDOC et par l'INSEE. Une enquête pilote est financée par le Fonds national pour la productivité, avant d'être étendue à partir de 1956. Dans ce cadre, une

étude pionnière est consacrée aux dépenses de santé des Français. Elle peut-être considérée comme la première étude française d'économie médicale.

18 La constitution de l'équipe d'économie médicale du CREDOC est ensuite progressive. Cette équipe se structure autour de médecins. Le docteur Henri Péquignot y joue un rôle décisif. En raison de son parcours, il bénéficie d'une position institutionnelle et d'un réseau de relations originaux, qui le situe à la jonction des mondes médical et administratif. Il sert de médiateur entre les préoccupations économiques du CREDOC et les intérêts professionnels du monde médical. Porté par tempérament autant que par formation à aborder les questions médicales dans leur généralité, il s'intéresse aux questions sociales posées par la médecine. Ses convictions catholiques le poussent à appréhender l'homme dans sa globalité, sans le réduire aux aspects physiques de la maladie. Pendant la Seconde Guerre mondiale, il rejoint Alger et fréquente les milieux de la France Libre. Incorporé comme médecin militaire, il arrive à Paris à la Libération et se présente au ministère de la Santé à la recherche d'instructions. Le nouveau Directeur de l'Hygiène Sociale, le docteur Eugène Aujaleu, lui demande de faire office de médecin au sein du ministère. Pendant plusieurs années, Péquignot y occupe une fonction de soignant, tout en terminant ses études. Il bénéficie ainsi d'une double culture administrative et médicale, qui le conduit à s'intéresser au droit sanitaire et aux aspects financiers de la médecine. En tant que médecin, Péquignot voit en consultation les membres du ministère. Il devient l'une des figures marquantes du ministère. Les contacts noués à Alger pendant la guerre facilitent son recrutement au cabinet du ministre de la Santé, où il s'occupe en 1951 du coût de l'hospitalisation. Il déplore un manque de données chiffrées relatives à l'organisation et au fonctionnement du système de santé. Chargé, en 1952, d'animer un séminaire à l'ENA sur la politique et l'administration sanitaire, il s'empresse de souligner :

> Les évaluations financières et les évaluations économiques sont difficiles à préciser, pour plusieurs raisons. La documentation nécessaire est difficile à rassembler. Cette documentation paraît entachée de causes d'erreur nombreuses. Les chiffres que l'on possède sont en effet incontrôlables, et surtout sont fréquemment trouvés dans des travaux dont le but est d'appuyer une thèse qui n'est malheureusement pas toujours explicitée (Péquignot, 1954 : 17).

19 En somme, il n'existe pas de données économiques ou financières objectives sur le système de santé. Les dépenses augmentent, mais aucun dispositif ne permet de les mesurer. Proche de la démocratie chrétienne, Péquignot a l'occasion de débattre de ce problème dans un cercle de réflexion catholique animé par le Père Maydieu, autour de la revue *La vie intellectuelle*. Il y rencontre aussi Dumontier et Rottier, qui participent à la création du CREDOC, dont certains travaux doivent précisément porter sur la consommation médicale (Péquignot, 1988 :57-60). Dumontier et Rottier sollicitent Péquignot pour qu'il les aide. Ce dernier ne souhaite cependant pas travailler exclusivement sur ces questions. Nommé médecin des hôpitaux de Paris en 1950, il souhaite devenir professeur en médecine. Rottier propose à Péquignot de l'aider à recruter un collaborateur et ce dernier choisit l'un de ses élèves, le docteur Georges Rösch. Né à Alger, ce dernier réalise au CREDOCsa thèse de médecine sur l'hospitalisation des immigrés d'Afrique du Nord (Rösch, 1957). La qualité de son travail et la protection de Péquignot lui permettent d'animer l'équipe chargée d'étudier la consommation médicale. Une première étude est réalisée en 1954, et la consommation médicale fait partie intégrante de l'enquête effectuée auprès des ménages, en 1955. En 1959, débute une seconde enquête auprès des ménages, conduite avec l'INSEE, qui deviendra l'enquête décennale santé, qui s'est poursuivie jusqu'aujourd'hui.

20 Le développement des activités de l'équipe médicale du CREDOC exige le recrutement de nouveaux collaborateurs. Rösch forme une équipe d'abord composée de médecins, puis de statisticiens. Le CREDOC accueille de jeunes médecins faisant leur thèse sur des sujets de médecine sociale. Ces thèses sont publiées dans la presse médicale et favorisent la diffusion des travaux du CREDOC auprès de la profession. De 1954 à 1964, dix-sept travaux sont ainsi publiés dans la collection « série thèses et mémoires » de l'équipe médicale du CREDOC. Ils représentent un cinquième des publications totales de l'équipe. Georges Rösch s'entoure aussi de médecins recrutés à titre permanent, comme Michel Magdelaine et Monique Chasserant, qui exercera ultérieurement des responsabilités à la Confédération Syndicale des Médecins de

France (CSMF), favorisant la diffusion des travaux auprès du puissant syndicat de médecins. Plus tard, d'autres médecins complèteront l'équipe initiale.

21 Le recrutement des statisticiens intervient dans un second temps, après celui des médecins. Il s'inscrit dans une politique commune à l'ensemble du CREDOC, qui accueille des jeunes diplômés de l'Institut de Statistique de l'Université de Paris (ISUP). Georges Rottier y anime un enseignement et draine certains diplômés vers l'organisme. Sont ainsi recrutés les époux Arié et Andrée Mizrahi, ainsi que Simone Sandier, qui constitueront pendant plusieurs décennies le noyau dur de l'équipe médicale du CREDOC. Cette dernière se constitue ainsi autour de deux types de compétences, celles des médecins et celles des statisticiens. Plus tard, des économistes sont chargés d'étudier les aspects médicaux de la Comptabilité nationale. Alain Foulon est recruté en 1966, Marc Duriez en 1972. La composition de cette première équipe d'économie médicale appelle quelques commentaires.

Une économie très médicale

22 On note d'abord l'absence d'économistes pendant plus d'une décennie. Bien que des économistes de premier plan comme Edmond Malinvaud siègent au conseil scientifique du CREDOC, il ne semble pas que le domaine de la santé relève *a priori* d'une approche économique traditionnelle. Les premiers travaux d'économie médicale paraissent plutôt relever d'une nature *sui generis*, plus proche de la médecine que de l'économie. C'est ce dont témoigne un faisceau d'indices.

23 La composition et l'organisation même de l'équipe médicale témoignent en premier lieu de la prégnance d'un modèle médical, hérité du modèle hiérarchique et personnalisé de la médecine clinique (Foucault, 1963). Au sein de l'équipe, les médecins sont d'autant plus influents qu'ils assurent des postes de conseiller scientifique (Péquignot) et de directeur (Rösch) du CREDOC (et non seulement de l'équipe médicale)[9]. L'équipe médicale est en outre organisée selon un mode hiérarchique de transmission des connaissances de maître à élève, caractéristique de la profession : Rösch est un élève de Péquignot, dont il suit chaque semaine la consultation à l'Hôtel-Dieu. Lui-même accueille au CREDOC de jeunes médecins pour les former. Dans les premières années de fonctionnement du CREDOC, trois générations de médecins constituent la cheville ouvrière de l'équipe médicale. La politique de publication de l'équipe médicale du CREDOC atteste en deuxième lieu un net souci de s'adresser au monde médical. Les travaux de l'équipe font l'objet de publications dans des revues médicales et dans la presse professionnelle[10]. Entre 1954 et 1964, la moitié des documents publiés par l'équipe paraissent dans la presse médicale (ce pourcentage décroît au cours de la décennie ultérieure, passant à 20 %). Enfin, la dénomination même de la nouvelle discipline, baptisée « économie médicale », (plutôt qu'« économie sanitaire » ou « économie de la santé » par exemple) témoigne de l'importance accordée à son rattachement à la médecine. Ce faisceau d'indices est confirmé par le témoignage des intéressés.

24 En 1959, les promoteurs de l'économie médicale présentent la nouvelle discipline dans une série d'articles. Rösch affiche un parti pris médical teinté de méfiance vis-à-vis de l'économie néoclassique. Ce texte programmatique mérite une longue citation et quelques commentaires.

> Peut-être utilisons nous les mots d'économie médicale dans un sens plus large qu'il n'est habituel. Sens qui englobe à la fois l'expression habituelle, appliquée à la discipline de l'économie politique, et sens plus fonctionnel qui apparaît lorsqu'on parle de l'« économie de l'organisme humain »[11]. […] La voie d'abord de cette exploration pourra paraître un peu inattendue. Nous essaierons sinon de la justifier, du moins d'expliquer pourquoi elle s'est imposée à nous, en indiquant comment peuvent se concevoir les quatre étapes que devront parcourir les études d'économie médicale, si elles veulent répondre aux questions qui leur sont posées. Étapes qui doivent conduire à observer, expliquer, prévoir, aider à la décision. […]
>
> Devant ces difficultés […] deux positions d'esprit seulement sont possibles : la prudence et l'étude. Mais il n'est pas permis non plus d'attendre. Les techniques et les comportements évoluent trop vite pour qu'on ait le temps comme autrefois de laisser se créer des équilibres naturels. Il faut organiser et faire des plans.
>
> Ici sont les vrais problèmes. Ce sont ceux que les médecins peuvent seuls résoudre, et auxquels on doit s'attaquer. Et tout médecin se trouvera très proche des processus qui suivent de telles

> recherches. Trop ambitieuses peut-être mais respectant au moins les bonnes règles de pensée, appliquant simplement notre démarche habituelle - diagnostic, étiologie, évolution, pronostic, traitement - à l'ensemble de la population d'une nation (Rösch, 1959 :1311-48).

25 Écornant l'économie néoclassique et ses « équilibres naturels », Rösch inscrit l'économie médicale dans le cadre de la médecine. Les mêmes méthodes doivent y prévaloir, les mêmes hommes – des médecins – présider à sa destinée. Mais on ne saurait prendre le texte de Rösch au pied de la lettre. Sa complaisance à l'endroit des médecins relève aussi d'une stratégie de persuasion, qui vise à prévenir un possible rejet. Rösch veut asseoir auprès de ses confrères la légitimité de sa propre démarche, « qui pourra paraître un peu inattendue ». L'inscription de l'économie médicale dans la médecine apparaît plus clairement encore dans un texte de Péquignot (1959), publié cette fois dans une revue généraliste, *Problèmes*.

26 En s'excusant d'une approche « peut-être étroitement professionnelle », Péquignot souligne l'importance du caractère scientifique des recherches médicales. Il y rattache le développement de recherches « socio-économiques », appréhendées comme une expression de l'usage croissant des mathématiques en médecine. De la même manière que les anglo-saxons développent une médecine quantitative, à laquelle « ils donnent volontiers le nom d'épidémiologie », il importe, selon Péquignot, d'engager des travaux d'économie médicale. Ce travail nécessite l'engagement de médecins. Éloigné du regard médical, l'économiste s'enfermerait dans les « pièges du langage » et produirait des résultats stériles. L'économie médicale revient de droit aux cliniciens :

> Cet appel que nous faisons au langage du sociologue, ou plutôt de l'économiste ne doit pas faire méconnaître notre conviction profonde qu'une telle tâche ne peut être accomplie que par des cliniciens, sous la surveillance permanente de la clinique. Certes un travail en commun avec des économistes et des statisticiens est indispensable, mais la présence d'un clinicien et le jugement du clinicien à tous les stades de l'élaboration de la recherche est indispensable, car il s'agit d'une recherche clinique (Péquignot, 1959 : 16-17).

27 L'économie médicale est placée sous le contrôle de membres de la profession. Sans être l'affaire *des* médecins, elle est prioritairement affaire *de* médecins. Comme dans d'autres domaines de l'administration sanitaire, l'émergence d'une expertise publique en économie de la santé fait l'objet d'une délégation de compétences : l'administration de la santé est confiée à des représentants de la profession.

28 Une telle délégation n'est ni absurde ni illégitime. Son principal inconvénient tient bien entendu au biais d'implication dont peut pâtir l'économie médicale. Même éclairés, des médecins aussi jaloux de leurs prérogatives semblent difficilement neutres vis-à-vis d'un système dont leur profession tire l'essentiel de ses ressources, matérielles et symboliques. De fait, les médecins du CREDOC jouent sur plusieurs tableaux. Péquignot ne renonce pas à sa carrière hospitalière, qu'il poursuit au rang de professeur agrégé à partir de 1960. Après son passage au CREDOC, Monique Chasserant rejoint les rangs syndicaux de la CSMF, où elle dirige le département « Sécurité Sociale et économie de la santé ». Des liens étroits sont préservés entre la profession et l'économie médicale.

29 Mais l'appartenance de ces experts au milieu médical présente aussi des avantages. Les premiers économistes médicaux peuvent mobiliser des compétences techniques. En raison de leur formation, ils sont immédiatement capables de comprendre les caractéristiques de leur objet d'étude, plus difficilement accessibles au profane. La connaissance des maladies, des traitements, de l'état des technologies ou des services hospitaliers leur permet de mobiliser une connaissance intime des aspects les plus techniques des sujets étudiés. Sans doute la décision de confier l'économie de la santé à des non-médecins eût-elle nécessité une période d'apprentissage. Dans une savoureuse comparaison, Péquignot établit une relation entre le statut épistémologique de l'économiste médical à celui de l'ethnologue peu averti des populations qu'il étudie :

> Il n'est pas fréquent que les non médecins prennent conscience de l'imprudence avec laquelle ils manient généralement les problèmes médicaux en voulant ne les voir que du dehors. Ils me semblent recommencer ainsi l'erreur des ethnographes des siècles lointains qui ne pouvaient étudier les tribus primitives qu'en projetant sur elles les valeurs, les catégories et les jugements de leurs références inconscientes d'adultes européens, blancs et 'civilisés'. Il serait sage que

> les sciences sociales qui veulent s'occuper de médecine accordent à l'ensemble des sciences médicales, leurs aînées, plus solidement constituées en tant que sciences et techniques efficaces que leurs disciplines, plus jeunes et plus subjectives, et à ceux qui pratiquent ces sciences – les médecins – le même traitement que les ethnographes d'aujourd'hui, mieux avertis, accordent aux tribus amazoniennes les plus primitives : tenir compte de leur point de vue et de leur régulation interne (Péquignot, 1973 : 15).

30 Le second avantage tient à la légitimité dont les médecins-économistes bénéficient dans le monde de la santé. Vis-à-vis des profanes (administratifs, patients, représentants des caisses...), ils sont auréolés d'une autorité morale, que personne ne songe alors à leur contester. Vis-à-vis du monde médical, le fait de confier l'économie médicale à des médecins constitue un gage de fiabilité, qui permet d'envisager le développement de liens entre la nouvelle discipline et certains segments de la profession. Ces liens favorisent l'adaptation des raisonnements économiques au monde de la santé, comme l'atteste le développement de Comptes de la santé dans le cadre de la Comptabilité nationale.

L'économie médicale comme activité cognitive

31 L'élaboration des Comptes de la santé est l'une des premières tentatives de quantification économique d'éléments médicaux ou sanitaires. S'intéresser aux conditions dans lesquelles ils ont été produits permet d'appréhender la naissance de l'économie médicale d'un point de vue non seulement social et institutionnel, mais aussi intellectuel ou cognitif. Pour ce faire, nous considérons les Comptes de la santé comme un « motif cognitif », c'est à dire comme un ensemble structuré de « bonnes raisons » pouvant être déclinés sous différentes formes et produisant ainsi des effets de conviction plus ou moins puissants, selon leurs propriétés et leurs usages.

La rationalisation formelle du motif cognitif : un surcroît de cohérence

32 Les Comptes de la consommation médicale reproduisent et adaptent une méthode de raisonnement élaborée à la fin des années quarante par les comptables nationaux. Adoptant une démarche intellectuelle inspirée des travaux de François Quesnay au XVIIIe siècle, et de théoriciens plus contemporains, comme Leontief ou Kuznets, la Comptabilité nationale met en œuvre une perspective globale, macroéconomique, offrant une représentation complète de l'économie nationale. La cohérence du schéma prime sur la précision et l'exhaustivité des informations. Plutôt que de procéder par induction, en recensant les données économiques et en les intégrant ensuite, les comptables nationaux procèdent de manière déductive, en identifiant des classes d'agents (ménages, entreprises, administrations, extérieur) et d'opérations (production, consommation, épargne), qui décrivent un tableau complet de l'économie nationale[12]. Un système de nomenclatures permet de décomposer les classes d'agents et d'opérations en sous-classes, voire en sous-sous-classes, selon le degré de précision souhaité. Les opérations économiques des différents agents peuvent alors être retracées, en suivant les principes de la comptabilité en partie double : pour chaque agent et chaque opération, des comptes en « ressources » pour les disponibilités et en « emploi » pour les utilisations sont établis. La valeur portée au débit trouve sa contrepartie au crédit d'un autre compte. De sorte que le système reste cohérent et en partie redondant (les mêmes valeurs sont inscrites dans plusieurs comptes, au débit et au crédit). Par déduction, ce système permet de recouper ou de compléter certaines données, et de tester ainsi la cohérence statistique des sources utilisées.

33 La rationalisation formelle du raisonnement nécessite une définition rigoureuse des nomenclatures. Au fur et à mesure que les rubriques sont détaillées, la définition des concepts doit être suffisamment rigoureuse pour préserver la possibilité d'agréger les données. À un niveau d'analyse donné, les définitions d'opérations ou d'agents subordonnés les uns aux autres doivent décrire des classes exclusives les unes des autres, tandis que d'un niveau d'agrégation à l'autre, les concepts doivent être inclusifs les uns par rapport aux autres. La rationalisation formelle du motif cognitif donne lieu à un travail qui cherche à préserver sa cohérence.

34 Sans entrer dans le détail de la construction des comptes, certaines de ses propriétés font apparaître des signes extérieurs de rationalisation. Le motif laisse en particulier apparaître toutes sortes de *symétries*, dont l'existence signe, selon Simmel, le phénomène de rationalisation (Simmel, 1988a). Les symétries apparaissent dans les catégories de comptes (comptes « d'opérations » *versus* comptes « d'agents »), comme au sein de chaque compte, entre les emplois et les ressources. L'usage de certains concepts renvoie à des principes symétriques, contradictoires, inverses ou encore complémentaires. L'« extérieur » renvoie à l'« intérieur », la « production » à la « consommation », les « résidents » au « non-résidents », les « biens » aux « services », les « achats » aux « cessions », etc. Les comptes nationaux font figure de véritable construction géométrique, ordonnée jusque dans ses moindres détails. Les expressions locales de ces propriétés formelles renforcent l'impression globale d'équilibre. Cette démarche permet d'obtenir des indications agrégées sur les grandes catégories d'agents et d'opérations économiques, sans avoir à collecter la totalité des informations statistiques auprès des acteurs de la vie économique.

La rationalisation matérielle du motif cognitif : une adaptation au contexte

35 La rationalisation du mode de raisonnement est aussi matérielle, ce qui se traduit par une adaptation progressive des cadres d'analyse à de nouveaux domaines, et par l'amélioration de la qualité des informations utilisées. Au fur et à mesure que les comptables nationaux entrent dans le détail des comptes, ils s'intéressent à des secteurs jusqu'alors appréhendés de manière agrégée. Les comptes de production ayant fait l'objet de premiers développements conséquents, le motif comptable est ensuite étendu à la consommation. Pour ce faire, des efforts spécifiques sont engagés dans différents secteurs, dont celui de la santé. Le processus de rationalisation matérielle s'y manifeste bientôt à travers une série de spécifications et de développements au sein même des Comptes de la consommation médicale. Dès 1958, les dépenses de soins dentaires sont par exemple dissociées des dépenses de soins médicaux, grâce aux statistiques des syndicats professionnels. Tout au long des années soixante et soixante-dix, un travail de rationalisation matérielle continue de détailler les nomenclatures en couvrant de manière plus précise des domaines jusqu'alors mal connus. Progressivement, un nombre croissant de paramètres sanitaires fait l'objet de valorisations économiques.

36 À cette extension, correspond un élargissement des sources d'information exploitées et une amélioration des données statistiques et économiques collectées. Les sources utilisées se complètent, les données deviennent plus fiables. Si les principales sources sont initialement administratives, elles sont bientôt complétées par des données recueillies auprès des acteurs du secteur, notamment auprès des professionnels et des patients.

37 Parmi les données administratives, deux sources sont principalement exploitées. Un premier ensemble d'informations est disponible auprès de certains services ministériels, auprès du ministère des Finances notamment. Le Service des Études Économiques et Financières (SEEF) y évalue par exemple les dépenses d'aide sociale à partir d'un dépouillement des comptes des collectivités locales. La Direction de la Comptabilité Publique dispose d'informations permettant d'estimer les recettes des hôpitaux publics ou privés. En matière de médicaments, la Direction Générale des Prix connaît le chiffre d'affaires fiscal des entreprises pharmaceutiques. On note l'indigence des sources statistiques du ministère de la Santé[13]. Un second ensemble de données est issu des caisses d'assurance maladie. Ces informations sont transmises par la Direction de la Sécurité Sociale, rattachée au ministère du Travail, ou plus directement, par les organismes de gestion de certains régimes d'assurance maladie. Dans ce dernier cas, les efforts des comptables se heurtent à la grande diversité des régimes d'assurance maladie. Si certaines données sont facilement accessibles, auprès du régime de la SNCF ou du régime des mines par exemple, d'autres sont plus difficiles d'accès. On doit en outre souligner que les travaux du CREDOC bénéficient d'emblée du soutien de la Fédération nationale des œuvres de la Sécurité Sociale (FNOSS), qui préside aux destinées de l'assurance maladie[14]. Les statisticiens doivent recourir à des estimations qui « nécessitent des extrapolations faites à partir de renseignements fragmentaires » (Vassereau, 1959 : 98).

Dans le domaine administratif, le travail de l'équipe médicale du CREDOC se heurte à « la persistance de longs délais d'établissement des statistiques de base. [...] Certaines statistiques ne sont établies qu'avec un, deux voire trois ans de retard... » (Vassereau, 1959 : 98).

38 Pour contourner ces difficultés, les experts se tournent vers les acteurs du système de santé. L'établissement des Comptes de la consommation s'appuie sur des informations obtenues auprès des professionnels de la santé, et bientôt auprès des ménages. Les experts du CREDOC s'adressent à la Confédération des Syndicats Médicaux de France (CSMF) pour obtenir une évaluation des tarifs de consultation (libres jusqu'en 1960). La CSMF transmet un « tarif syndical », qui doit ensuite être ajusté pour correspondre aux écarts et variations constatés selon les régions et les types de médecins (les médecins ruraux pratiquent des tarifs inférieurs au tarif syndical, tandis qu'en ville les tarifs sont souvent plus élevés, notamment pour les médecins bénéficiant d'une certaine notoriété). En 1956, une enquête sur la consommation réalisée conjointement par l'INSEE et le CREDOC, inclut diverses questions relatives à la consommation médicale. Elle permet de recueillir des informations sur la consommation médicale auprès des ménages. Relativement simples, ces questions n'évaluent que les « débours » des ménages (les sommes que les patients doivent avancer, avant remboursement). Ces informations permettent de compléter, d'ajuster et de préciser les données administratives. Les résultats de 1956 conduisent à une réévaluation à la hausse des dépenses de médecine de ville et des dépenses de soins dentaires, jusqu'alors sous-estimées.

39 Issues de diverses sources, les informations incorporées au motif des Comptes de la santé sont complétées et diversifiées. Par recoupement et comparaison, la diversification permet une rationalisation des informations, qui accompagne la rationalisation formelle du schéma comptable. Les deux processus de rationalisation formelle et matérielle du motif évoluent de manière concomitante. Aux améliorations matérielles, succèdent des avancées formelles, et réciproquement. Rendant compte de l'établissement des dépenses médicales pour les années 1957 et 1958, Alain Vassereau note par exemple que les sources statistiques obtenues pour ces deux années n'étant pas aussi précises que celles obtenues en 1956 grâce à l'enquête auprès des ménages, il s'est efforcé d'en accroître la cohérence d'ensemble : « si aucune amélioration des sources et de la précision des données n'a pu être obtenue, nous avons par contre cherché à accélérer l'établissement du tableau des dépenses médicales » (Vassereau, 1959 : 98).

40 La mise en relation des éléments « syntaxiques » et « sémantiques » permet de produire des résultats plus ou moins fiables. En raison de leur robustesse intrinsèque, et progressivement améliorée, ces résultats permettent à d'éventuels utilisateurs de tirer des conclusions étayées, d'alimenter des convictions. De fait, des enseignements sont immédiatement tirés des premiers Comptes de la consommation médicale. Le motif des Comptes de la consommation permet d'objectiver une forte croissance de la consommation, en valeur comme en volume. De manière moins intuitive, il permet d'établir l'absence de relation statistique entre le niveau de couverture et le niveau de consommation médicale. Les économistes médicaux en déduisent que l'argument traditionnellement avancé contre la Sécurité Sociale, accusée d'encourager les « abus » et le « gaspillage », n'y est pas fondé, que la consommation médicale répond avant tout à un « besoin incompressible ». Grâce aux éléments statistiques organisés selon les canons de la Comptabilité nationale, les économistes médicaux mettent en place des appareils à produire des « bonnes raisons », tenus à la disposition d'éventuels utilisateurs. Même si les membres du CREDOC revendiquent une qualité de chercheurs, le motif n'en est pas moins engagé dans des pratiques sociales.

La dimension pragmatique du motif cognitif

41 La dimension pragmatique du motif cognitif apparaît à travers les usages différenciés qu'en font différentes catégories d'acteurs. Le groupe des économistes médicaux, tout d'abord, s'appuie sur le motif pour développer sa propre autonomie. Impliqués dans la production des comptes, ces experts s'engagent dans un processus d'autonomisation institutionnelle. Au sein du petit groupe des économistes médicaux du CREDOC, la relative technicité requise par les Comptes de la santé favorise une spécialisation. Après les travaux initiaux réalisés par Georges Rösch et Alain Vassereau, des économistes et des statisticiens comme Alain Foulon ou Simone

Sandier sont encouragés à se spécialiser et deviennent des experts ès qualité. Leur autonomie institutionnelle n'est pas seulement gagnée par rapport aux autres membres de l'équipe médicale du CREDOC, elle se traduit aussi par des liens institutionnels spécifiques, nationaux ou internationaux. Un véritable « collège invisible » de spécialistes se constitue autour des Comptes de la santé (Crane, 1977). Dès les années soixante, les spécialistes du CREDOC s'insèrent dans une communauté internationale spécialisée dans l'établissement des Comptes nationaux de santé. Ils travaillent en France avec des interlocuteurs administratifs privilégiés, comme les Docteurs Rempp et Aubenque à l'INSEE, et bénéficient parallèlement de travaux pionniers réalisés au Canada, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne, où une démarche analogue est entreprise par Brian Abel-Smith et Richard Titmuss (Abel-Smith et Titmuss, 1956 ; Rösch, 1958).

42 Les Comptes de la santé sont en second lieu utilisés par des acteurs administratifs (Serré, 1999). Les commissions de planification en font un usage direct. Grâce aux comptes, les planificateurs disposent de données de cadrage offrant une représentation réaliste et permettant de produire des prévisions à moyen terme. Au fur et à mesure que les objectifs de la planification sanitaire s'élargissent, passant d'une simple logique d'équipement hospitalier à une définition de politiques de santé plus ambitieuses, à partir du sixième Plan, l'usage des Comptes de la santé s'enrichit, comme le précise alors Georges Rösch :

> La préparation du sixième Plan a marqué une étape nouvelle dans le développement de ces études et surtout de leur utilisation aux fins d'explication, de prévision et de décision. Les résultats des travaux menés au cours des années précédentes avec la collaboration de l'INSEE permettaient de mieux satisfaire les besoins de la Commission de la santé du sixième Plan, dont l'optique était beaucoup plus large que celle des Commissions de l'équipement sanitaire et social qui avaient travaillé à la préparation des plans précédents (Rösch, 1972 : 13).

43 La réalisation des Comptes de la santé a enfin des implications pour les professionnels de santé, qui sont à la fois l'objet des comptes (leurs activités sont décrites) et l'objet des décisions prises à partir des Comptes de la santé. Or l'établissement des Comptes de la santé est largement compatible avec les intérêts de la profession. En privilégiant un certain degré de généralité, liée à leur dimension macroéconomique, les Compte de la santé se cantonnent à la mesure d'agrégats, qui, à de rares exceptions près, ne permettent pas d'entrer dans le détail des comportements ou des pathologies, dont la connaissance échappe aux pouvoirs publics et plus généralement au regard public. S'il est sans doute abusif de considérer les Comptes de la santé comme un instrument préservant intentionnellement l'opacité de certains aspects économiques de la médecine, cet instrument est en revanche compatible avec les intérêts de la profession, par ailleurs peu encline à justifier ses pratiques, à discuter ses rémunérations ou seulement à déléguer une partie de son expertise. Pendant plusieurs décennies, à chaque fois que des chercheurs du CREDOC essayent d'« empiéter » sur ces domaines, ils se voient adresser de sévères remontrances issues du milieu médical. Les premières études sur les rémunérations des médecins suscitent l'agacement, voire le courroux des organisations professionnelles. Sur un plan plus technique, les médecins de l'INSERM estiment qu'il n'est pas légitime que des non médecins interrogent des malades sur leur consommation médicale, car leurs déclarations mobilisent des concept médicaux, relatifs aux pathologies, aux examens ou aux traitements, que ni les uns ni les autres ne maîtrisent. Selon cette perspective, seuls des médecins ont la légitimité pour aborder de telles questions[15].

44 À bien des égards, les Comptes de la santé apparaissent comme un compromis entre les besoins de l'administration et les intérêts du monde médical. L'administration prend connaissance des évolutions des agrégats et enregistre la progression rapide de la consommation, qu'elle impute à des besoins incompressibles, tout en se gardant de se doter des moyens d'analyse des comportements économiques des agents impliqués dans la constitution des agrégats, à commencer par les médecins. Ce compromis illustre l'autonomie dont bénéficie une profession médicale alors au faîte de sa puissance. Elle illustre aussi l'insertion pragmatique du motif cognitif. Que l'on considère l'implication des médecins, de l'administration ou des experts en économie médicale eux-mêmes, les Comptes de la santé apparaissent comme un motif cognitif profondément inséré dans des pratiques sociales, des usages et des intérêts stratégiques. Ils

n'en restent pas moins l'objet d'un travail non seulement social mais aussi intellectuel, visant à rationaliser et à renforcer certaines de leurs propriétés cognitives, qui peuvent être saisies au cœur des pratiques.

Conclusion

45 Au seuil des années soixante, la constitution d'un ensemble de travaux économiques dans le domaine de la santé est ainsi associée au travail de planification, dont la Comptabilité nationale est l'un des principaux instruments économiques. Des médecins proches de l'administration s'impliquent dans la production de ces nouveaux savoirs, qui font entrer des éléments de nature médicale, et plus largement sanitaire, dans le domaine de la valorisation économique. Malgré son caractère administratif, l'économie médicale se déploie dans un espace qui préserve très largement l'autonomie de médecins en position de revendiquer un monopole en matière d'expertise économique sur la santé. La position de « dominance professionnelle » de la médecine sur l'économie de la santé est ici saisie à la veille d'une remise en cause durable, entamée à la fin des années soixante. À partir de cette période, de nouvelles expertises économiques sur la santé se constituent autour d'autres institutions, administratives ou académiques, concédant moins d'autonomie à la profession médicale (Benamouzig, 2005). Au-delà de ces considérations historiques, qui attestent l'importance des dynamiques institutionnelles, l'examen des conditions dans lesquelles des travaux économiques sur la santé ont été produits à partir des années cinquante offre l'occasion d'une réflexion sur les rapports entre la connaissance économique et les pratiques sociales. La nécessité d'aborder ensemble les aspects sociaux et intellectuels conduit à dépasser le clivage entre des études internalistes, attentives aux seuls éléments intellectuels de la connaissance, et des travaux externalistes, portées à étudier les seuls aspects sociaux de la production de connaissances. Cette nécessité n'implique cependant nullement de confondre en les réduisant l'une à l'autre les deux dimensions sociale et intellectuelle, soit réduisant la connaissance à un ensemble de liens sociotechniques, soit en faisant de la réalité une réalisation performative des connaissances économiques. L'étude de motifs cognitifs permet d'isoler des objets spécifiquement intellectuels (quoique non exclusivement intellectuels) au sein même des pratiques sociales et institutionnelles, et d'étudier leurs propriétés cognitives et le travail collectif de rationalisation intellectuelle auxquels ces motifs donnent lieu. La connaissance économique produite par des acteurs et des institutions peut ainsi être appréciée pour elle-même, sans être détachée des contextes sociaux dans lesquels elle est produite et utilisée.

Bibliographie

Abel-Smith, B. et R. Titmuss (1956). *The Cost of the National Health Service in England and Wales*, National Institute of Economic and Social Research, Cambridge University Press.

Anonyme, (1958). « La consommation des ménages français en 1956 », *Consommation*, Annales du CREDOC, 1960, n° 2. juin, p. 9-34.

Ashmore, M., M. Mulkay et T. Pinch (1989). *Health and Efficiency : Sociology of Health Economics,* Buckingham, UK, Open University Press.

Benamouzig, D. (2000). *Essor et développement de l'économie de la santé en France, une étude empirique de sociologie cognitive*, Paris, Université Paris IV, 891 pages.

Benamouzig, D. (2005). *La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, PUF.

Boudon, R. (2003). *Raison, bonnes raisons*, Paris, Presses Universitaires de France.

Burke, K. (1945). *Grammar of Motives*, Berkeley, University of California Press.

Burke, K. (1950). *Rhetoric of Motives*, Berkeley, University of California Press.

Callon, M. (1998). *The Laws of the Markets*, Oxford, Blackwell Publishers.

Caro, J-Y. (1983). *Les Économistes distingués. Logique sociale d'un champ scientifique*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

Coats, . W. B. (1992). *Sociology and Professionnalization of Economics*, Londres, Routledge.

Crane, D. (1977). *Invisible Colleges*, New-York, Columbia University Press.

Deroche-Gurcel, L. (1997). *Simmel et la modernité*, Paris, Presses Universitaires de France.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France.

Fourquet, F. (1980). *Les comptes de la puissance. Histoire de la comptabilité nationale et du Plan*, Paris, Encres éditions Recherches, 384 pages.

Lebaron, F. (2000). *La croyance économique : les économistes entre science et politique*, Paris, Le Seuil.

Mendès-France, P. et G. Ardant (1954). *La science économique et l'action*, Paris, Julliard-Unesco.

Mills, Charles Wright (1940). « Situated Actions and Vocabularies of Motives », *American Sociological Review*, vol. 5, n° 6, p. 904-913.

Mills, Charles Wright et Hans Heinrich Gerth (1954). *Character and Social Structure : The Psychology of Social Institutions*, New York, N.Y., Harcourt, Brace and World.

Péquignot, H. (1954). *Éléments de politique et d'administration sanitaire*, Paris, ESF.

Péquignot, H. (1959). « La médecine sociale », *Problèmes*, n° 61, p. 16-17.

Péquignot, H. (1973). « Préface », dans G. Rösch, *Économique médicale*, Paris, Flammarion, p. 15.

Péquignot, H. (1988). « Naissance de l'économie médicale en France, aux origines du CREDES », (Entretien avec S. Sandier), *Prospective et santé*, n° 47-48, p. 57-60.

Piriou, J. P. (1987). *La comptabilité nationale*, Paris, La découverte.

Rösch, G. (1957). « Démographie, sociologie et pathologie des immigrés nord-africains dans la Seine, étudiées d'après les enquêtes hospitalières », *CREDOC*, série « thèse et mémoires ».

Rösch, G. (1958). « L'enquête canadienne sur la maladie et les soins médicaux », *Consommation*, n° 1, janvier, p. 99-103.

Rösch, G. (1959). « Le rôle de l'économie médicale », *La gazette médicale de France*, 2 septembre 1959. p. 1311-1348.

Rösch, G. (1972). « Avant propos », *Economie et santé, Les comptes nationaux de la santé*, n° 2, p. 13.

Searle, J. R. (1995). *La redécouverte de l'esprit*, Paris, Gallimard, *(The Rediscovery of the Mind*, 1992, traduction française par Claudine Tiercelin).

Serré, M. (1999). « La santé en comptes », *Politix*, n° 46, p. 49-70.

Serré, M. (2002). « De l'économie médicale à l'économie de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, p. 68-79.

Simmel, G. (1988a). « Esthétique et sociologie » dans *La tragédie de la culture et autres essais*, Paris, Rivages, p. 129-138, [publié en 1896].

Simmel, G. (1988b). « La signification esthétique du visage » dans *La tragédie de la culture et autres essais*, Paris, Rivages, p. 139-146, [publié en 1901].

Simmel, G. (1988c). « La philosophie du paysage » dans *La tragédie de la culture et autres essais*, Paris, Rivages, p. 231-245, [publié en 1913].

Simmel, G. (1996). *Michel-Ange et Rodin*, Paris, Rivages.

Spenlehauer, V. (1998). *« L'évaluation des politiques publiques, avatar de la planification »*, thèse pour l'obtention du doctorat de sciences politique, Grenoble, 585 pages.

Steiner, P. (1998). *Sociologie de la connaissance économique. Essai sur les rationalisations de la connaissance économique (1750-1850)*, Paris, Presses Universitaires de France.

Valat, B. (2001). *Histoire de la Sécurité Sociale, 1945-1967. L'État, l'institution et la santé*, Paris, Economica.

Vassereau. (1959).« Les dépenses médicales en 1957 et 1958 », *Consommation*, n° 4, oct. déc.

Weber, M. (1986). *Sociologie du droit*, Paris, Presses Universitaires de France, [publié en 1922].

Weber, M. (1995). *Économie et société*, Paris, Presse Pocket, [publié en 1920].

Notes

1 Pour une illustration de cette démarche appliquée à l'économie de la santé, voir Ashmore, Mulkay et Pinch (1989).

2 Comme le formule Charles Wright Mills « Les aveux et l'imputation des motifs semblent émerger dans le cadre de relations interpersonnelles dans lesquelles les buts sont exprimés en relation étroite avec le discours et les actions d'autrui, dans des situations dans lesquelles notre conduite et nos intentions font l'objet d'un questionnement de la part d'autres personnes, ou de nous mêmes » (C. Wright Mills et H. Gerth, 1954, p. 115).

3 Nous utilisons la notion de « bonnes raisons » au sens où elle a été développée par Raymond Boudon (2003), avec cette nuance toutefois que nous situons les éléments cognitifs à prendre en compte du côté des réalités objectives et matérielles, directement accessibles à l'investigation empirique, plutôt que du côté des réalités subjectives, reconstruites et imputées aux acteurs de manière plausible, à des fins d'interprétation.

4 Nous ne développons pas ce point empiriquement dans cet article, qui se concentre sur la période de formation de l'économie médicale. Pour l'étude du trajet de motifs dans des situations empiriques différentes, nous renvoyons à notre ouvrage (Benamouzig, 2005).

5 Il est d'usage d'appeler « synthèse keynésienne » ou « synthèse classico-keynésienne » un ensemble de travaux ayant cherché, dans les décennies d'après-guerre, à associer les théories de Keynes aux fondements micro-économiques de l'économie néoclassique. Parmi les économistes les plus connus de ce courant, citons notamment Hicks, Samuelson, Solow ou Modigliani.

6 L'ISEA est une association fondée en 1944 par François Perroux. Elle regroupe des économistes cherchant à appliquer les outils économiques à des questions concrètes. Au lendemain de la guerre, l'ISEA constitue un lieu de rencontre pour les économistes travaillant dans le domaine de l'économie publique, alors en plein renouvellement.

7 Cet organisme facilite les déplacements de fonctionnaires en voyage d'étude aux États-Unis. Il sera intégré au Commissariat Général au Plan en 1958. Son directeur, Gabriel Ardant, est Inspecteur de Finances et a été membre de différents cabinets ministériels d'avant-guerre. Il est conseiller technique au sein du cabinet du Général de Gaulle en 1946, puis Secrétaire Général du Comité Central d'Enquête sur les Coûts et les Rendements des Services Publics, jusqu'en 1954. Il est alors nommé Commissaire Général à la Productivité. Proche de Pierre Mendès France, il publie avec ce dernier en 1954 un ouvrage sur l'usage politique de la science économique (Mendès France et Ardant, 1954). Pour une analyse des dynamiques administratives au cours de cette période, voir Spenlehauer (1998).

8 Polytechnicien de formation et intéressé par la macroéconomie, Georges Rottier avait assuré la direction du Bureau de Londres de l'ISEA, par l'intermédiaire duquel il était en relation avec les chercheurs et les fonctionnaires britanniques travaillant à l'élaboration de la comptabilité nationale, notamment Richard Stone (Fourquet, 1980*, p.* 168-178).

9 La direction du CREDOC est collégiale. Au début des années 1960, elle associe Georges Rottier, Edmond Lisle, Georges Rösch et un Inspecteur du Trésor, Luc Poessel. CREDOC, *Rapport d'activité 1962,* Paris.

10 Citons par exemple, *La semaine médicale, La Semaine des Hôpitaux de Paris, La presse médicale, Le concours médical, L'information médicale et paramédicale, La Gazette médicale de France* ou *La revue d'hygiène et de médecine sociale.*

11 Implicitement, Rösch semble ici faire allusion à la démarche médicale du Docteur François Quesnay (1694-1774), dont les idées ont constitué une source d'inspiration aux travaux de Wassily Leontief (1906-1999) puis à ceux qui ont rendu possible l'élaboration de la Comptabilité nationale, dont sont directement issus les travaux du Docteur Georges Rösch...

12 Pour une présentation de la comptabilité nationale, voir Piriou (1987).

13 Les seules sources exploitables sont celle de l'aide sociale. Encore doit-on noter que les normes du ministère de la Santé étant différentes de celles des collectivités locales, exploitées par le ministère des Finances, il est très difficile de les confronter.

14 La FNOSS réunit les différents organismes de Sécurité Sociale jusqu'en 1967, date de la réforme Jeanneney qui conduit à la séparation des différents régimes d'assurance, selon la nature des risques (maladie, vieillesse et famille). Au cours des années cinquante et soixante, le président de la FNOSS, Clément Michel, passe commande de plusieurs études à la DEM, dont il finance une partie des activités (Valat, 2001).

15 Entretiens avec Simone Sandier, Thérèse Lecomte, Arié et Andrée Mizrahi. septembre 1998.

Pour citer cet article

Référence électronique

Daniel Benamouzig, « La connaissance économique à travers ses motifs. Une sociologie cognitive de l'économie de la santé en France », *Revue Interventions économiques* [En

ligne], 33 | 2006, mis en ligne le 01 avril 2006, consulté le 21 décembre 2014. URL : http://interventionseconomiques.revues.org/776

À propos de l'auteur

Daniel Benamouzig
(CNRS / CERMES) Centre de Recherche Médecine Sciences, Santé Société benamouz@vjf.cnrs.fr

Droits d'auteur

© Tous droits réservés

Résumés

Cet article cherche à comprendre les dynamiques institutionnelles, les parcours individuels et les productions intellectuelles qui ont concouru à la formation de « l'économie médicale ». Pour étudier ensemble l'usage social des raisonnements économiques et leurs propriétés spécifiquement intellectuelles, la notion de « motif cognitif » a été introduite, ce qui permet de saisir empiriquement des raisonnements, par nature plus difficiles à observer que d'autres phénomènes sociaux, plus directement accessibles. Le travail des économistes peut alors être appréhendé comme un processus de production, de rationalisation et d'utilisation de motifs cognitifs.

This article seeks to apprehend the institutional dynamics, individual courses and the intellectual productions which contributed to the formation of "medical economics". To study together the social use of the economic arguments and their specifically intellectual properties, the concept of "cognitive reason" was introduced. It is then possible to seize empirically various reasonings, which are by nature more difficult to observe than other social phenomena more directly accessible. The work of the economist can then be compared to a production process of rationalization and use of cognitive reasonsing.

Entrées d'index

Mots-clés : économie médicale, économie de la santé, motif cognitif, connaissance économique, motif, CREDOC
Keywords : medical economy, health economy, cognitive reason, economic knowledge, reason, CREDOC