



HAL
open science

Rationaliser le système de soins Les appropriations administratives de l'économie de la santé

Marc-Olivier Déplaudé

► **To cite this version:**

Marc-Olivier Déplaudé. Rationaliser le système de soins Les appropriations administratives de l'économie de la santé. Yann Bérard; Renaud Crespin. Aux frontières de l'expertise. Dialogues entre savoirs et pouvoirs, Presses universitaires de Rennes, pp.145-157, 2010, Res Publica. hal-01806519

HAL Id: hal-01806519

<https://hal.science/hal-01806519>

Submitted on 3 Jun 2018

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.

Rationaliser le système de soins

Les appropriations administratives de l'économie de la santé

Marc-Olivier Déplaud

In Yann Bérard et Renaud Crespin (dir.), *Les frontières de l'expertise Dialogues entre savoirs et pouvoirs*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, collection « Res Publica », 2010.

Introduction

Durant la seconde moitié des années 1970, les médecins français sont entrés dans une crise marquée par la conjonction d'une augmentation brutale de leurs effectifs et par l'inscription sur l'agenda gouvernemental de la nécessité de contenir l'accroissement des dépenses de santé. Le nombre de médecins en exercice est ainsi passé de 81 000 en 1975 à 179 000 en 1990¹. Durant la même période, « le trou de la Sécu » s'est installé de manière durable dans les préoccupations des pouvoirs publics et dans les colonnes des journaux². Une évidence a alors fini par s'imposer parmi les gestionnaires de l'assurance maladie³ : l'offre créerait la demande. N'obéissant à aucune nécessité de santé publique, l'accroissement démographique du corps médical se serait traduit par un accroissement artificiel de la consommation de soins. Formulée et développée par des économistes de la santé, la théorie de la « demande induite » a connu dans les années 1990 un grand succès auprès des gestionnaires de l'assurance maladie. Ce chapitre expose comment ils se sont appropriés cette théorie, et pour quelles raisons.

De nombreux travaux se sont intéressés, durant ces dernières années, à la formation des « sciences de gouvernement » et à la construction de l'expertise étatique⁴. Certains d'entre eux se sont plus précisément intéressés aux usages des savoirs académiques dans le milieu administratif⁵. À partir d'une étude de la réception de la théorie de la jus-

1 Source : ministère chargé de la Santé.

2 Voir DUVAL J., « Une réforme symbolique de la sécurité sociale. Les médias et le “trou de la Sécu” », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°143, 2002, p. 53-67. Voir également PALIER B., *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Presses universitaires de France, 2002 ; et PIERRU F., *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2007.

3 Par « gestionnaires de l'assurance maladie », nous désignons ici les hauts fonctionnaires ou experts intervenant dans la définition des politiques d'assurance maladie au niveau national (hauts fonctionnaires du ministère chargé de la Santé et/ou des Affaires sociales et de la direction du Budget, membres de cabinets ministériels, dirigeants de la Caisse nationale d'assurance maladie, ou experts sollicités pour diverses missions ou commissions).

4 Pour un bilan de ces recherches, voir IHL O., KALUSZYNSKI M. et POLLET G. (dir.), *Les sciences de gouvernement*, Paris, Economica, 2003.

5 Autour de cette question, voir DUMOULIN L., « Des modes de socialisation des savoirs académiques », *Droit et société*, n°60, 2005, p. 295-307. Pour des recherches portant sur l'économie, et plus précisément sur l'économie de la santé, voir BENAMOUZIG D., *La santé au miroir de l'économie. Une histoire de*

tice de John Rawls dans les organismes d'étude ministériels, un travail récent propose de conceptualiser les cheminements de ce type de savoirs en recourant au concept interactionniste de carrière⁶. Partant de « *l'hypothèse que la qualification d'une production théorique (qualification politique ou disciplinaire) n'est pas fonction de ses seules propriétés internes ou textuelles* »⁷, l'auteur entend montrer ce que la circulation d'une théorie académique dans différents espaces sociaux doit aux profits symboliques que les acteurs espèrent en retirer et donne moins d'importance à l'étude de son contenu lui-même

Tout en reconnaissant la fécondité d'une telle approche, qui présente de fortes analogies avec d'autres recherches inspirées par la sociologie des sciences et des techniques⁸, nous proposons de faire le pari inverse : montrer ce que les appropriations administratives d'une théorie académique doivent à ses propriétés. Il ne s'agit pas, ce faisant, de revenir à une perspective purement internaliste, c'est-à-dire à une approche qui prétendrait rendre compte des succès d'une théorie dans les milieux académique et/ou administratif par ses seules qualités épistémiques. Bien au contraire, la théorie à laquelle nous allons nous intéresser dans ce chapitre a été très controversée parmi les économistes, beaucoup l'ayant considérée comme peu robuste sur le plan scientifique. Après avoir exposé la teneur de la théorie de la demande induite et les appropriations dont elle a fait l'objet par les gestionnaires de l'assurance maladie, nous défendrons l'hypothèse suivante : leur intérêt pour cette théorie s'explique *pour partie* par certaines caractéristiques de cette théorie, résidant principalement dans sa portée critique vis-à-vis du corps médical et dans son apparence d'évidence.

Une théorie très débattue

Ce sont des économistes de la santé américains qui ont, les premiers, formulé la théorie de la demande induite dans le domaine de la médecine. La première tentative faite en ce sens est celle de R. G. Evans, lors d'un congrès organisé par l'*International economic association* à Tokyo en 1973⁹. Cette théorie revient à dire que les médecins ne se bornent pas à satisfaire les demandes exprimées par les patients, mais disposent d'un pouvoir discrétionnaire qui leur permet d'influer sur celles-ci – par exemple en procédant à des actes techniques supplémentaires ou en conseillant à leurs patients de venir les consulter plus souvent. Ils peuvent ainsi maintenir ce qu'Evans appelle leur « *revenu-cible* » dans un contexte d'intensification de la concurrence. Ces comportements

l'économie de la santé, Paris, Presses universitaires de France, 2005 ; et SERRÉ M., « De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°143, 2002, p. 68-79.

6 HAUCHECORNE M., « L'expertise d'État rattrapée par l'université ? Les usages de la théorie de la justice de John Rawls au sein des organismes d'étude ministériels », *Raisons politiques*, n°33, 2009, p. 81-102.

7 *Ibid.*, p. 84, n. 8.

8 Voir notamment CRESPIR R., « Connaître ou informer. La carrière sociale des tests ELISA/VIH dans deux enquêtes épidémiologiques en France et aux États-Unis », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, n°2, 2006, p. 53-89.

9 Cette communication a été publiée l'année suivante dans les actes issus de ce colloque (voir EVANS R. G., « Supplier-induced demand. Some empirical evidence and implications », PERLMAN M. (dir.), *The economics of health and medical care. Proceedings of a conference held by the International economic association at Tokyo*, New York, Wiley, 1974, p. 163-173).

auraient plus de chances d'être observés lorsque les médecins sont rémunérés à l'acte, comme les médecins libéraux en France. La théorie de la demande induite a suscité de très nombreux travaux et de vifs débats parmi les économistes. En France, les premiers économistes qui entreprennent de la discuter, comme Martine Bungener, Sébastien Darbon et Emile Lévy, alors rattachés au Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (LEGOS) de l'Université Paris-Dauphine se montrent très critiques à son égard¹⁰. Il faut attendre la thèse de doctorat en économie de Lise Rochaix, soutenue en 1986, pour qu'une recherche universitaire s'appuie de manière centrale sur l'hypothèse de la demande induite, réinscrite dans le cadre plus général de la théorie de l'agence et des asymétries d'information, pour étudier les pratiques professionnelles des médecins¹¹. D'autres travaux, s'inscrivant également dans ce cadre théorique, entreprennent de modéliser cette hypothèse et de la tester empiriquement dans les années 1990¹². Aux yeux de leurs auteurs, cette théorie présente en effet un double intérêt, théorique et pratique. Théorique, car la relation médecin/patient (et, dans une moindre mesure, médecins/organismes d'assurance) apparaît comme un objet privilégié pour mettre en œuvre certains concepts centraux de la « nouvelle micro-économie¹³ ». Pratique, car l'importance accordée par les gouvernants à la nécessité de « maîtriser » les dépenses de santé depuis la fin des années 1970 incite les économistes de la santé à s'intéresser à ce qui constitue pour eux une boîte noire : les pratiques professionnelles des médecins. En effet, ces pratiques sont supposés avoir un impact décisif sur les dépenses de santé en raison de l'autonomie dont bénéficient les médecins dans l'exercice de leur métier.

Cependant, en dépit des raffinements formels dont fait l'objet la théorie de la demande induite, et des tests empiriques auxquelles elle est soumise, elle demeure contestée parmi les économistes de la santé. Après avoir passé en revue les travaux publiés sur cette question entre le milieu des années 1970 et la fin des années 1990, deux auteurs pourtant favorables à cette théorie concluent :

« Les hypothèses de demande induite restent controversées. Pourtant, dans maintes études, des éléments d'induction ont pu être mis à jour. L'enseignement principal de cette littérature est que l'offreur de soins n'est, par nature, ni totalement intéressé ni totalement altruiste. Il est sensible aux incitations financières auxquelles il est exposé, qui peuvent influencer en partie sur son activité. Quand celles-ci se modifient de façon

10 BUNGENER M., *Besoins en médecins et fonctions sociales de la médecine. Essai sur la démographie médicale*, Thèse pour le doctorat en économie publique et en gestion des activités non marchandes de l'Université Paris 9, 1980, p. 154-172 ; DARBON S. et LETOURMY A., « La microéconomie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néoclassique ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 1, n°2, 1983, p. 31-77 ; LÉVY E. *et al.*, « La demande en économie de la santé », *Revue d'économie politique*, vol. 98, n°4, 1988, p. 445-507.

11 ROCHAIX L., *Asymétries informationnelles et comportement médical*, thèse de doctorat en économie de l'Université de Rennes 1, 1986.

12 Voir par exemple BÉJEAN S. et GADREAU M., « Asymétrie d'information et régulation en médecine ambulatoire », *Revue d'économie politique*, vol. 102, n°2, 1992, p. 207-228 ; LE PEN C., PIATECKI C. et ROCHAIX L. (dir.), « Nouvelles approches micro-économiques de la santé », *Économie et prévision*, n°129-130, 1997, p. 11-267 ; DELATTRE E. et DORMONT B., « Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude microéconométrique sur données de panel », *Économie et prévision*, n°142, 2000, p. 137-161.

13 LE CAHUC P., *La nouvelle micro-économie*, Paris, La Découverte, 1993.

adverse, il va réagir pour conserver des conditions plus favorables, tout en jouant sur son avantage informationnel »¹⁴.

En outre, si les économistes de la santé peuvent s'accorder sur ces conclusions particulièrement prudentes et estimer qu'il existe des effets d'induction de la demande sur l'offre, il leur est très difficile d'en évaluer l'importance, *a priori* variable suivant les types d'exercice pratiqués, comme l'indiquent les conclusions un peu embarrassées de deux autres économistes :

« L'étude des réactions des médecins face à des modifications exogènes de leurs revenus montre bien que ceux-ci ont un pouvoir discrétionnaire sur la demande. C'est donc une manière d'étayer l'hypothèse de l'induction de la demande. En revanche, les travaux scientifiques menés par les économistes ont plus de mal à démontrer de manière incontestable l'effet de la densité médicale sur la production d'actes supplémentaires dictée par l'intérêt économique du médecin. Il semble néanmoins acquis pour les spécialistes, mais son ampleur est sujette à débats »¹⁵.

Ces incertitudes s'expliquent par plusieurs raisons. Les plus couramment évoquées résident dans les limites inhérentes aux sources statistiques mobilisées, dans le choix des variables utilisées ou dans les modèles comportementaux construits par les auteurs. Ces problèmes sont généralement reconnus par les économistes de la santé, y compris par les tenants de la théorie de la demande induite, puisque c'est généralement au nom d'insuffisances constatées sur ces différents points qu'ils proposent des modèles plus réalistes ou des tests empiriques plus solides à leurs yeux. Toutefois, la théorie de la demande induite soulève un problème plus fondamental, rarement évoqué par ses partisans. Même si, par exemple, une relation entre la densité médicale et le niveau d'activité des médecins est généralement attestée, elle peut faire l'objet d'explications alternatives à celle défendue par les tenants de cette théorie. En effet, cette dernière repose sur une conception toute particulière de la relation offre/demande : celle selon laquelle les médecins peuvent être tentés de pratiquer des actes inutiles, voire nuisibles aux patients, pour maintenir leurs revenus, même si des barrières « éthiques » intérieures sont supposées pouvoir y faire obstacle¹⁶.

Cependant, il est possible de soutenir une interprétation contraire : en réduisant la distance géographique entre les médecins et les patients et en diminuant les délais d'attente nécessaires pour obtenir une consultation, l'accroissement de la densité médicale peut aussi conduire des patients à aller consulter plus facilement leur médecin, *en dehors de toute action de la part de ce dernier*. C'est le point de vue que défendent plusieurs études conduites par le Centre de recherche et de documentation sur la consommation (CREDOC) dans les années 1970. Leurs auteurs estiment en effet que « *l'influence de l'offre de soins sur la consommation médicale [peut être] analysée comme l'effet simultané de la situation géographique du patient relativement au sys-*

14 ROCHAIX L. et JACOBZONE S., « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie et prévision*, n°129-130, 1997, p. 33.

15 CHONÉ P. et POLTON D., « Les interactions entre l'offre et la consommation de soins. Que sait-on ? Quels enseignements pour l'analyse des besoins en médecins ? », *CREDES Démographie médicale : peut-on évaluer les besoins en médecins ?*, Actes du séminaire du 11 octobre 2000 organisé par le Conseil scientifique de la CNAMTS et le CREDES, Paris, CREDES, 2001, p. 65.

16 ROCHAIX L., « Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Économie et prévision*, n°129-130, 1997, p. 12.

tème d'offre de soins et de l'influence dissuasive de la distance sur la consommation elle-même », indépendamment de toute hypothèse sur le comportement des médecins eux-mêmes¹⁷. Cependant, la compréhension de la corrélation existant entre offre médicale et consommation de soins supposerait des investigations empiriques précises sur les pratiques professionnelles des médecins et sur les comportements des patients, qui font cruellement défaut tant aux analyses des économistes du CREDOC qu'aux tenants de la théorie de la demande induite. Cela explique qu'au vu des données empiriques mobilisées par les uns et par les autres, la validité ou non de la théorie de la demande induite reste indécidable : elle vaut au mieux, suivant la formule de François Simiand, « *comme une explication possible de faits possibles, mais non comme une explication positive des faits réels* »¹⁸. Néanmoins, en dépit de ses insuffisances, la théorie de la demande induite a suscité un grand intérêt auprès de certains segments de la haute administration.

L'appropriation administrative de la théorie de la demande induite

La théorie de la demande induite a rencontré un grand succès parmi les gestionnaires de l'assurance maladie. Succès tout d'abord auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui, dès la fin des années 1970, a financé les recherches du CREDOC sur l'influence de l'offre de soins sur la consommation médicale. Certes, les chercheurs du CREDOC ne reprennent pas à leur compte l'hypothèse de l'induction de l'offre sur la demande mais ils confirment, comme nous l'avons noté, l'existence d'une relation entre densité médicale et consommation de soins, notamment pour les spécialistes. Autrement dit, ils viennent accréditer l'idée, défendue notamment par Gilles Johanet, directeur de la CNAMTS de 1989 à 1993 et de 1998 à 2002, que l'offre de soins – et, surtout, l'offre de soins spécialisés – contribuerait à créer la demande :

« Le raisonnement à la base, c'était de dire : "Toutes choses égales d'ailleurs, comme nous sommes en demande illimitée, l'augmentation de l'offre crée l'augmentation de la demande." Alors, on était nous-mêmes conscients si vous voulez à l'époque que ce raisonnement était trop simple, mais on avait publié des études montrant que quand un généraliste... il n'y avait pas d'élasticité, il n'y avait plus d'élasticité de l'offre sur les généralistes : c'est-à-dire au fond, un généraliste de plus piquait son chiffre d'affaires sur les copains. Mais que par contre il y avait une très grande élasticité sur les spécialistes » (entretien, 26 octobre 2004).

Mais, surtout, la demande ainsi « créée » est considérée comme illégitime, conformément à la théorie de la demande induite défendue par les économistes de la santé :

« Depuis cinq à six ans, chaque nouveau généraliste mange la laine sur le dos du voisin, d'où une prolétarianisation de ces médecins. Quant aux spécialistes récemment instal-

17 MIZRAHI A., « Influence de l'offre de soins sur les consommations médicales », ROCHE L. *et al.* (dir.), *Leçons d'économie médicale*. 4, Paris, Masson, 1982, p. 38.

18 SIMIAND F., *Méthode historique et science sociale*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 1987 [1932], p. 497.

lés, psychiatres et pédiatres exceptés, ils créent leur clientèle sans répondre à un besoin social réel. Est-il vraiment indispensable d'avoir dix fois plus de dermatologues que la Grande-Bretagne ? » (entretien avec Gilles Johanet, L'Express, 30 mai 1991).

L'hypothèse de la demande induite est étayée par des comparaisons internationales ou par la constatation de fortes inégalités régionales en matière de consommation de soins, elles-mêmes corrélées avec les inégalités de densité médicale, plus grandes pour les spécialistes que pour les généralistes¹⁹. Sous l'impulsion de Gilles Johanet, le département statistique de la CNAMTS publie plusieurs études cherchant à étayer l'hypothèse d'une relation entre offre et demande de soins et, surtout, à *la quantifier*. Ainsi, suivant une étude publiée en juin 1991 sur l'évolution de la consommation de soins entre 1969 et 1991, la hausse du nombre de médecins expliquerait, depuis 1985, 20 % de l'augmentation du nombre d'actes techniques pratiqués et 55 % de l'augmentation du montant des prescriptions, contre respectivement 5 % et 25 % durant les années antérieures²⁰. La quantification de l'effet de l'offre de soins sur la demande de soins constitue un enjeu essentiel : il s'agit en effet de pouvoir déterminer, à partir de là, le nombre de médecins « en trop », c'est-à-dire le nombre de médecins correspondant, suivant leur activité moyenne, au nombre de consultations et d'actes « inutiles » suscités uniquement par une croissance excessive de l'offre. Au début des années 1990, la CNAMTS estime ainsi que 20 000 médecins seraient surnuméraires²¹.

La Direction du Budget fait également sienne la théorie de la demande induite au milieu des années 1990. Ainsi, un rapport préparatoire d'un inspecteur général des finances de 1996 affirme que l'idée selon laquelle « *le nombre actuel de médecins est suffisant pour soigner la population* » constitue un « *postulat sanitaire* »²². À partir d'une comparaison interrégionale spécialité par spécialité reposant sur l'hypothèse selon laquelle « *la région la plus démunie dans telle spécialité n'apparaît [...] pas pâtir d'une quelconque insuffisance de soins dans les pathologies concernées* », il estime à 30 000 « *l'excédent* » de médecins libéraux en France. Il va même jusqu'à chiffrer le coût financier de cet excès de médecins pour l'assurance maladie, qui serait de trente milliards de francs par an. Certes, l'auteur du rapport souligne à plusieurs reprises le caractère « *simpliste* » des hypothèses mobilisées. Mais elles reposent toutes sur le postulat – qui lui, n'est pas contesté – selon lequel une partie de la consommation de soins est suscitée *artificiellement* par l'offre de soins. En outre, si ce rapport souligne le caractère très rudimentaire des hypothèses utilisées et des calculs effectués, et s'exprime plus souvent au conditionnel qu'à l'indicatif, ces précautions disparaissent complètement du rapport de l'ancien directeur du Budget Jean Choussat pour qui il a été rédigé :

« S'il existe, pour les spécialistes, une très forte corrélation entre l'offre et la dépense, cette corrélation est beaucoup moins nette pour les généralistes. Une analyse détaillée

19 Suivant une étude publiée par la CNAMTS en 1995, l'inégale répartition de l'offre de soins est le principal facteur explicatif des différences de consommation de soins entre les départements français, voir CNAMTS, « Modélisation géographique des dépenses de remboursements de soins du secteur libéral en 1992 », *Dossier études et statistiques*, n°29, 1995, p. 1-55.

20 « Maîtriser les dépenses par la démographie médicale », *Espace social européen*, 7 juin 1991.

21 Note au Conseil d'administration de la CNAMTS, datée du 27 mars 1990 (source : centre de documentation de la CNAMTS).

22 MALABOUCHE G., *Efficacité et limites de la politique de régulation de la démographie médicale*, Rapport annexé à CHOUSSAT J., *Rapport sur la démographie médicale*, Paris, Inspection générale des affaires sociales/Inspection générale des finances, 1996, p. 25.

montre (cf. annexe) que le coût marginal pour l'assurance-maladie d'un généraliste supplémentaire est inférieur de 40 % environ au coût moyen, alors qu'il n'est inférieur que de 25 % pour un spécialiste. Il en résulte que les coûts marginaux des deux catégories de praticiens sont très voisins (1,1 MF pour les généralistes, 0,9 MF pour les spécialistes), là où l'éventail des coûts moyens est beaucoup plus ouvert (1,9 MF et 1,2 MF). Autrement dit, le spécialiste supplémentaire secrète très largement une nouvelle clientèle, alors que le généraliste supplémentaire la constitue pour une part non négligeable par prélèvement sur la clientèle existante »²³.

Court, écrit de manière particulièrement soignée, évitant de submerger son lecteur de données chiffrées en ne citant que celles jugées les plus significatives, ce dernier rapport, confié à un très haut commis de l'État, visait à devenir un document de référence tant à la Direction du Budget qu'auprès du ministère de la Santé. Mais cette visée vulgarisatrice le conduit simultanément à dissimuler (ou du moins à rejeter en annexe) les échafaudages fragiles sur lesquels reposent certaines de ses analyses. La théorie de la demande induite est ainsi présentée comme une évidence par les gestionnaires de l'assurance maladie. Un « livre blanc » confectionné en 1994 par trois experts reconnus du secteur de la santé et de l'assurance maladie avec l'appui du Commissariat général du Plan explique ainsi :

« La régulation de l'offre se justifie par le constat qu'en matière médicale, la demande suit, dans bien des cas, l'évolution de l'offre. En particulier, on observe clairement que plus la densité en médecins spécialistes augmente dans une aire géographique, plus la consommation médicale augmente. Le phénomène est bien connu : l'offre suscite sa propre demande. Il est lié au fait que le médecin est, en partie, maître de la consommation de ses patients, selon qu'il les encourage ou non à revenir le voir, les adresse à un confrère, rétrécit ou rallonge la liste des prescriptions. Ce phénomène est certainement amplifié par le fait que cette demande est socialisée et n'a donc aucun motif de résister à la sollicitation de l'offre »²⁴.

Ainsi, par le caractère d'évidence qui lui est conféré, la théorie de la demande induite acquiert pratiquement le caractère d'une boîte noire : un « savoir partiel, mitigé et fragile » est transformé en « un fait certain et cohérent »²⁵. Il n'a plus un statut hypothétique, mais *assertorique*. La théorie de la demande induite n'apparaît même plus comme une théorie (une théorie pouvant toujours être débattue) mais comme un fait, comme une évidence partagée, au sens où il s'agit d'une interprétation du comportement des médecins et des patients qui fait l'objet d'un assez grand consensus parmi les gestionnaires de l'assurance maladie, et où elle est formulée avec un ton de certitude²⁶. Autrement dit, ces acteurs ne se contentent pas de mobiliser des savoirs académiques : ils les

23 CHOSSAT J., *op. cit.*, p. 25.

24 SOUBIE R., PORTOS J.-L. ET PRIEUR C., *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, Paris, La documentation française, 1994, p. 69 (souligné par nous).

25 GUSFIELD J. R., *The culture of public problems. Drinking-driving and the symbolic order*, Chicago, The University of Chicago Press, 1981, p. 76.

26 Voir KRUGMAN P. « Cycles of conventional wisdom on economic development », *International affairs*, vol. 72, n°1, 1996, p. 717-732.

*transforment*²⁷. Mais, s'appropriier quelque chose, c'est aussi, au sens juridique du terme, s'en rendre propriétaire. En s'appropriant la théorie de la demande induite, les gestionnaires du secteur de l'assurance maladie en deviennent collectivement propriétaires, au sens où ils ne se réfèrent pas aux économistes mais au « bon sens ». La théorie de la demande induite devient, en quelque sorte, un savoir « *sans auteurs* »²⁸, qui paraît d'autant plus vrai que cette absence d'auteurs lui donne une apparence de neutralité. L'étude des interactions entre les économistes de la santé et les gestionnaires de l'assurance maladie d'une part, et des caractéristiques du milieu formé par ces derniers de l'autre, pourrait aider à rendre compte de cette appropriation et des formes qu'elle a prises²⁹. Par exemple, une économiste comme Lise Rochaix a sans doute joué un rôle essentiel dans la diffusion de la théorie de la demande induite auprès de la haute administration³⁰. Mais nous nous proposons plutôt de préciser ce qui, dans les caractéristiques de la théorie de la demande induite et dans les préoccupations des hauts fonctionnaires qui s'en sont saisis, a pu être à l'origine de leur intérêt pour cette dernière.

Une théorie de circonstance

Les gestionnaires de l'assurance maladie se sont sans doute appropriés d'autant plus aisément la théorie de la demande induite qu'il s'agissait d'une théorie économique et, plus précisément, d'une théorie s'inscrivant dans la nouvelle micro-économie anglo-saxonne, c'est-à-dire dans un ensemble de recherches bénéficiant d'une forte légitimité à l'intérieur et à l'extérieur du champ académique. Les hauts fonctionnaires ont en effet d'autant plus de chances de s'approprier une théorie académique qu'elle s'inscrit dans les savoirs que leur formation leur a appris à considérer comme légitimes, et que ces savoirs sont également considérés comme tels par divers publics « profanes » – ce qui est justement le cas de l'économie depuis les années 1960-1970, et plus précisément de la micro-économie anglo-saxonne d'inspiration néolibérale depuis les années 1980³¹.

27 Sur cette dimension des processus d'appropriation, voir CRESPIER R., « Drogues et sécurité routière. Changement politique ou nouvel usage des instruments ? », *Revue française de science politique*, vol. 56, n°5, 2006, p. 813-836.

28 BOURDIEU P., CHRISTIN O. et WILL P.-E., « Sur la science de l'État », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°133, 2000, p. 4.

29 William Genieys a ainsi montré que les hauts fonctionnaires du social et de l'assurance maladie forment un milieu d'interconnaissance relativement restreint (de l'ordre de quelques dizaines de personnes). Souvent passés par l'ENA et membres des mêmes corps de l'État, ils se côtoient régulièrement, dînent ensemble, se retrouvent dans des clubs, se lisent et se citent les uns les autres. Voir GENIEYS W., *L'élite des politiques de l'État*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008, p. 151-247.

30 La Commission des comptes et des budgets économiques de la Nation, rattachée à l'ex-direction de la Prévision, a ainsi commandé à Lise Rochaix une étude sur la théorie de la demande induite (« La demande induite : pourra-t-on un jour en mesurer l'envergure ? ») en 1995. Cette économiste a ensuite coordonné deux numéros de la revue phare de la direction de la Prévision, *Économie et prévision*, en 1997 et 2000, et a siégé en tant que « personne qualifiée » dans des commissions officielles ou dans des conseils d'administration d'institutions publiques. Ces activités lui ont valu d'être promue Chevalier de l'Ordre du mérite en 2002.

31 Voir BOURDIEU P. et BOLTANSKI L., « La science royale et le fatalisme du probable », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°2, 1976, p. 39-57 ; DULONG D. « Quand l'économie devient politique. La conversion de la compétence économique en compétence politique sous la V^e République », *Politix*, vol. 9, n°35, 1996, p. 109-130 ; JOBERT B. et THÉRET B., « La consécration républicaine du libéralisme »,

Cependant, en dehors de cette caractéristique assez générale, la théorie de la demande induite présentait également deux propriétés particulières : sa portée critique vis-à-vis du corps médical et son évidence apparente.

Une posture critique vis-à-vis du corps médical

Les travaux s'appuyant sur la théorie de la demande induite se caractérisent par un « rapport aux valeurs »³² particulier de leurs auteurs, voire, assez souvent, par une orientation clairement normative. Ce rapport aux valeurs consiste en une posture critique vis-à-vis des médecins : loin de se soucier uniquement du bien-être de leurs patients et de la santé de la population, les médecins sont aussi des *homo œconomicus*, c'est-à-dire des individus dont les comportements sont aussi gouvernés par des intérêts économiques. Certes, les tenants de la théorie de la demande induite reconnaissent que les médecins sont généralement soucieux de se conformer à un certain nombre de règles déontologiques, et que leurs comportements ne sont pas réglés par la seule raison économique. Toutefois, lorsque la concurrence intraprofessionnelle s'accroît – par exemple suite à un accroissement trop rapide des effectifs de la profession –, ces considérations déontologiques peuvent avoir moins d'emprise et les médecins peuvent être davantage tentés de recourir à des pratiques déviantes pour maintenir ou accroître leurs revenus.

L'idée selon laquelle l'intensification de la concurrence intraprofessionnelle peut être préjudiciable à la « morale » de ses membres est un lieu commun du discours médical. Toutefois, l'insistance mise sur la dimension économique de l'exercice de la médecine va à l'encontre de la façade historiquement construite par les porte-parole du corps médical. En effet, les médecins fondent leur légitimité professionnelle non seulement en se référant à l'importance vitale de la santé et à leurs compétences dans ce domaine, mais aussi en déniaient la dimension économique de leur travail. Mieux : un médecin digne de ce nom doit faire passer le bien du malade avant toute préoccupation pécuniaire ou budgétaire. Ainsi, contrairement à la rhétorique selon laquelle « la santé des français » n'aurait pas de prix et ne pourrait que pâtir de mesures visant à réaliser des économies budgétaires, la théorie de la demande induite suggère qu'un nombre excessif de médecins (ou plus précisément une offre de soins trop abondante et mal répartie) peut favoriser parmi eux des comportements non seulement coûteux pour l'assurance maladie, mais également préjudiciables à la santé publique.

La théorie économique de la demande induite se caractérise donc, en tant que telle, par sa portée critique vis-à-vis du corps médical. Cependant, loin de se borner à analyser les pratiques professionnelles des médecins et leurs effets sur la demande de soins, les tenants de cette théorie adoptent souvent un point de vue explicitement normatif et suggèrent aux gouvernants les mesures qu'ils pourraient prendre à l'encontre des médecins. L'économiste Lise Rochaix commence ainsi le résumé de sa thèse :

« Le médecin est au cœur du processus d'allocation des dépenses de santé. Ainsi, 50 à 80 % de ces ressources relèvent de sa compétence. L'étude du médecin en tant qu'agent économique, de ses objectifs et de ses contraintes est indispensable à une compréhension

JOBERT B. (dir.), *Le tournant néo-libéral en Europe. Idées et recettes dans les pratiques gouvernementales*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 21-86.

32 WEBER M., *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Pocket, 1992.

sion profonde du système de santé et donc une condition de réussite de politiques de santé visant à une plus grande efficacité »³³.

En conclusion d'un article publié en 1992, deux autres économistes estiment par ailleurs que « *l'instauration de Réseaux de Soins Coordonnés [...] permettrait simultanément de contrer l'induction et la sélection adverse sur le marché des soins médicaux, et le risque moral sur le marché de l'assurance : les médecins rémunérés forfaitairement et intéressés aux bénéfices du réseau [...] sont désintéressés à utiliser leur pouvoir discrétionnaire pour induire la demande* »³⁴. Tant par la conception des pratiques professionnelles des médecins qu'elle exprime que par les prises de position normatives auxquelles elle donne lieu, la théorie de la demande induite suggère donc qu'une réduction du nombre des médecins et une réorganisation du système de santé sont susceptibles d'avoir des effets tangibles et durables sur l'évolution des dépenses de santé sans incidence négative sur l'état de santé de la population. L'appropriation de la théorie de la demande induite par les gestionnaires de l'assurance maladie peut ainsi s'expliquer par le fait qu'elle leur fournit une doctrine apportant une justification publiquement acceptable aux réformes visant à « rationaliser » le système de soins. Avec moins de médecins, les Français pourraient non seulement être soignés à un moindre coût, mais également être mieux soignés. Loin d'être antinomiques, la raison gestionnaire et la raison sanitaire pourraient être conciliées. Dans un de ses livres, le directeur de la CNAMTS Gilles Johanet expliquait ainsi :

« Contrairement au discours qui fut longtemps dominant et qui anima encore la grève des internes en 1997, la volonté de maîtriser l'évolution des dépenses de santé et celle d'assurer à chacun les soins de qualité dont il a besoin sont non pas contradictoires mais convergentes. Parce que ce qui n'est pas économique n'est finalement pas éthique, mais surtout parce qu'aujourd'hui le gaspillage des ressources et le laxisme des comportements qu'il engendre mettent en cause la qualité des soins.

Les préoccupations sanitaires et budgétaires sont convergentes à condition qu'on cherche la qualité et qu'on exige cette recherche »³⁵.

Analyse savante et sens commun

L'intérêt que présente la théorie de la demande induite aux yeux des gestionnaires de l'assurance maladie réside également dans son apparence d'évidence. En effet, pour paraphraser François Simiand, *il n'est pas inexact* que les médecins soient, pour une part, des agents économiques, et que leurs pratiques professionnelles puissent être, en partie, guidées par des considérations économiques³⁶. L'idée selon laquelle les médecins peuvent, en fonction de leur activité, demander à un patient atteint d'une maladie chronique de venir à son cabinet plus ou moins souvent ou effectuer, pour une même pathologie, un plus ou moins grand nombre d'actes techniques, a également quelque fondement empirique – comme en témoignent les efforts des gestionnaires de l'assurance

33 ROCHAIX L., *Asymétries informationnelles et comportement médical*, *op. cit.*, non paginé.

34 BÉJEAN S. et GADREAU M., « Asymétries d'information et régulation en médecine ambulatoire », art. cité, p. 224.

35 JOHANET G., *Sécurité sociale. L'échec et le défi*, Paris, Seuil, 1998, p. 9.

36 SIMIAND F., *op. cit.*, p. 493-494.

maladie pour standardiser les pratiques professionnelles des médecins, par exemple en énonçant des normes de « *bonnes pratiques cliniques* »³⁷. Un professeur de médecine à la retraite remarquait ainsi :

« La marge de manœuvre honnête du médecin est énorme. Par exemple pour les césariennes : quel est l'optimum du nombre de césariennes pour une population ? C'est impossible à dire. Certains obstétriciens qui attendent leurs clients vont plus pratiquer la césarienne. C'est la même chose pour les visites : si j'ai beaucoup de patients, un hypertendu je le vois tous les six mois. Mais si je suis jeune et ai moins de clientèle, je peux le voir tous les deux mois » (entretien, 7 juillet 2006).

En outre, l'idée selon laquelle les médecins pourraient user de l'autonomie qui leur est conférée dans l'exercice de leur métier ou tirer parti de leur savoir pour imposer à leurs patients des traitements au mieux inutiles, ou au pire nuisibles à leur santé, rencontre sans doute un certain crédit en raison des multiples attaques et manifestations de défiance diffuses dont l'autorité médicale a fait l'objet depuis la fin des années 1960, en France comme dans les autres pays occidentaux³⁸. Les discours journalistiques, caractérisés jusqu'alors par une attitude assez déférente vis-à-vis du corps médical, se montrent ainsi de plus en plus critiques à son égard³⁹. Pour n'en donner qu'un exemple, les journaux d'information générale s'intéressant dans les années 1980 à la « crise » de la profession médicale soulignent à l'envi les effets qu'aurait la « pléthore » médicale sur les pratiques professionnelles des médecins. Subissant une concurrence accrue de la part de leurs confrères, les médecins seraient de plus en plus nombreux à recourir à des pratiques déviantes pour maintenir leurs revenus :

*« Les spécialistes, surtout ceux qui exercent dans une clinique, où l'investissement en appareils coûteux incite à la consommation, poussent parfois le bouchon un peu loin. Tels ces gynécologues qui ne réalisent pas moins de 8 échographies par grossesse. Aujourd'hui, certains généralistes n'hésitent pas à acquérir les véritables machines à sous que représentent les appareils à ultrasons, les électrocardiographes, les fibroscopes et autres engins »*⁴⁰.

En résumé, l'évidence apparente de la théorie de la demande induite s'explique par le fait qu'elle s'appuie sur des caractéristiques objectives de l'exercice de la médecine et s'inscrit dans la continuité des multiples critiques et manifestations de défiance dont la médecine a fait l'objet depuis la fin des années 1960. Un économiste américain a bien exprimé la force que cette apparence d'évidence a pu exercer sur les esprits :

37 Voir ROBELET M., *Les figures de la qualité des soins. Rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, Thèse de doctorat en sociologie de l'Université Aix-Marseille 2, 2002.

38 Voir notamment HAFFERTY F. W. et MCKINLAY J. B. (dir.), *The Changing medical profession. An international perspective*, Oxford, Oxford University Press, 1993 ; et MEMMI D., « Faire consentir : la parole comme mode de gouvernement et de domination », LAGROYE J. (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, 2003, p. 445-459.

39 CHAMPAGNE P., « Les transformations du journalisme scientifique et médical », MATHIEN M. (dir.), *Médias, santé, politique*, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 51-62.

40 *L'Express*, 21-27 août 1987.

« Toutes les discussions techniques n'y feront rien : pour l'économiste spécialisé dans le domaine de la santé, le soupçon sur l'existence d'effets de demande induits sont trop forts pour pouvoir être [...] facilement évacués »⁴¹.

Conclusion

En France comme dans de nombreux autres pays occidentaux, les discours dominants en matière de démographie médicale ont fortement évolué depuis le début des années 2000 : plutôt que de « pléthore » médicale, on parle de plus en plus de « pénuries » de praticiens⁴². Les promoteurs d'une rationalisation des systèmes de santé continuent néanmoins à se référer à la théorie de la demande induite, en arguant qu'un mauvais emploi des ressources affectées à la santé pourrait favoriser, dans les secteurs « surdotés », des phénomènes d'induction⁴³. Cette théorie est donc toujours mobilisée par les gestionnaires de l'assurance maladie pour justifier certains projets de réforme et de réallocation des ressources. Cependant, son impact effectif sur les politiques de santé et d'assurance maladie est sans doute resté limité⁴⁴. Comme nous l'avons montré ailleurs dans le cas de la démographie médicale, les décisions prises dans ce domaine l'ont été avant tout en fonction des rapports de force internes au corps médical⁴⁵. Les effets des savoirs académiques sur la production de l'action publique ne s'apprécient pas seulement en fonction des usages qui en sont faits dans les discours officiels, mais, plus fondamentalement, en fonction de la production et de la mise en œuvre effective des décisions publiques.

L'intérêt des gestionnaires de l'assurance maladie pour la théorie de la demande induite a donc résidé dans le fait que cette dernière était en adéquation avec leurs propres préoccupations et leur permettait de les formuler dans des termes publiquement acceptables à leurs yeux. Cette théorie présentait en effet deux caractéristiques susceptibles de les intéresser : sa posture critique à l'encontre du corps médical et son apparence d'évidence. Il ne faudrait pas en conclure, toutefois, que ces propriétés auraient suffi à assurer le succès de cette théorie dans n'importe quel contexte. Bien au contraire, ces propriétés sont relationnelles, dans la mesure où elles ne prennent sens que relativement à un contexte donné et aux préoccupations de certaines catégories d'acteurs. À un niveau plus général, notre étude suggère qu'une théorie académique a d'autant plus de chances d'être mobilisée par des acteurs administratifs qu'elle présente deux caractéristiques, dont le cas étudié ici a présenté des modulations particulières : un rapport aux valeurs conforme aux attentes de ces acteurs (la théorie n'a donc pas besoin, pour cela, d'être explicitement normative) ; et une apparence d'évidence, résultant elle-même des éléments empiriques sur lesquels la théorie peut s'appuyer et de l'inscription de cette

41 FUCHS V. R., « Physician-induced demand. A parable », *Journal of health economics*, vol. 5, n°4, p. 367, cité par ROCHAIX L. et JACOBZONE S., art. cité, p. 28.

42 Voir DÉPLAUDE M.-O., *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, Thèse de doctorat en science politique de l'Université Paris 1, p. 505-548.

43 Le *Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie* de 2004 souligne ainsi qu'« une offre mal organisée – et a fortiori une offre surnuméraire et inutile – n'améliore pas l'état de santé. Même si elle génère une consommation de soins qui paraît justifier sa présence » (p. 97).

44 Nous rejoignons en cela les remarques de BENAMOUZIG D., *op. cit.*, p. 3.

45 Voir DÉPLAUDE M.-O., *op. cit.*, p. 548-570.

dernière dans un ensemble de discours convergents plus ou moins diffus. Les fortunes ou infortunes d'une théorie académique dans la sphère politico-administrative sont sans doute étroitement liées, pour une part variable, à chacun de ces deux facteurs.