

Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie

International Organisations' Role in the Construction of Shared Meaning Systems for Reform of Health Protection

Marina Serre and Frédéric Pierru

Number 45, Spring 2001

Les frontières du social : nationales, transnationales, mondiales ?

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/009402ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/009402ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (print)

1703-9665 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Serre, M. & Pierru, F. (2001). Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie. *Lien social et Politiques*, (45), 105–128. <https://doi.org/10.7202/009402ar>

Article abstract

This article presents the logic of recent reconfigurations in the role of international organisations active in the health and social policy domains. It finds there is increased intervention by economic organisations, such as the OECD and the World Bank, and that this involves a "harmonisation of knowledge and norms". With constantly growing resources, in the form of expertise as well as money, these new arrivals have contributed to a significant redefinition of the terms of national debates. They have made them more economic by focusing on "efficiency", and they promoted a notion of "limited competition", so as to sell a set of recipes inspired by the notion of managed care (in the American sense of the term) and of new public management. Such international organisations have become the agents of policy transfer within the OECD with respect to health protection. Nonetheless, the size and nature of the transfers depends on the particulars of national networks in health protection.

Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie

Marina Serre et Frédéric Pierru

Dans le cadre d'une comparaison des réformes des systèmes de santé de quatre pays européens (Allemagne, Angleterre, Espagne, France) menée collectivement¹, il nous a été donné de constater la formation et la consolidation d'un « sens commun réformateur » (Topalov, 1999 : 40) autour de la politique de protection maladie. Dit autrement, l'hypothèse de départ de ce travail est qu'il existe au niveau transnational une dynamique de redéfinition « des 'problèmes' à résoudre et, du même coup, des phénomènes qui s'imposent à l'observation, des chaînes de causalité à privilégier, de la famille des solutions concevables » en matière d'organisation des systèmes de santé. En première analyse, ce sens commun se définit

moins positivement que négativement, c'est-à-dire moins par un contenu précis que par l'exclusion du champ des débats d'un certain nombre de problématiques et d'alternatives. Il se manifeste d'abord par un consensus sur ce qu'il n'est pas ou plus possible de faire dans ce secteur. Les termes de cette nouvelle *doxa* pour penser les systèmes de santé et leur « réforme » sont en effet avant tout économiques, voire économicistes, puisque le « problème » qui en constitue le noyau dur est celui de l'efficacité économique. *De facto*, d'autres « problèmes » potentiels sont occultés ou relégués au second plan dans les débats publics et les controverses académiques : le creusement des disparités d'accès aux soins, l'aggravation sans précédent des inéga-

lités sociales et de santé liée à l'approfondissement, au double plan national et international, des inégalités économiques² (Fassin, 1996, 2000), la contribution du secteur de la santé à la croissance économique, etc. Cependant, les convergences (indéniables) entre les réformes mises en œuvre dans les pays européens amènent à poser la question de l'existence d'autres consensus, positifs cette fois, sur un certain nombre de principes et de recettes d'action publique. En particulier, un accord semble émerger à travers l'Europe sur les bénéfices à attendre en termes d'efficacité de l'introduction de mécanismes de type marché dans les systèmes de santé et, partant, sur la pertinence des recettes de la nouvelle gestion publique et de la gestion des

soins (Mougeot, 1994, 1999; MIRE-ENSP, 1995; Bocognano et al., 1998).

L'interrogation sur la constitution et la diffusion de ce nouveau sens commun réformateur, sur ce processus transnational d'« harmonisation cognitive et normative » (Palier, 2000) paraît indispensable à la compréhension de la dynamique actuelle des « policy transfers » – les activités d'import-export de programmes et de recettes d'action (Dolowitz et Marsh, 2000; Freeman, 1999) – en matière de politique de santé (Kimberly, de Pourville et al., 1993). C'est que l'existence d'un cadre problématique commun aux différents pays constitue une condition *sine qua non* de la pertinence du recours à des instruments élaborés dans d'autres contextes nationaux, en particulier aux États-Unis. Les organisations internationales (OMS, OCDE, Banque mondiale) apparaissent comme des acteurs décisifs de ce processus transnational d'harmonisation. En étudiant les logiques de cet investissement sectoriel des organisations internationales, il s'agit plus ici de donner « un coup de projecteur » sur un

aspect du processus d'harmonisation que de rendre compte de l'ensemble de ce phénomène, projet inenvisageable dans le cadre restreint d'un article³. Un tel projet supposerait en effet de recenser l'ensemble des « passeurs », qu'ils soient exportateurs (organisations internationales, mais aussi économistes, cabinets de consultants, *think tanks*...) ou importateurs (acteurs politiques, hauts fonctionnaires, acteurs sectoriels...) de diagnostics, de principes d'action et (ou) de recettes (Dixon, 1998; Saint-Martin, 1998; Wacquant, 1999). De même, il conviendrait de décrire les stratégies industrielles des firmes pharmaceutiques et de technologies médicales pour conquérir, avec le soutien des États nationaux, des parts dans un marché de plus en plus mondialisé et disputé (bien que largement dominé par les États-Unis) depuis la mise en œuvre de politiques de maîtrise des dépenses de santé. Car, comme le souligne pertinemment Michael Moran, « les biens et services de santé, considérés il y a encore une génération comme relevant principalement de la sphère de la citoyenneté, font désormais parties intégrantes des politiques industrielles nationales » (Moran, 1999 : 162). L'âpreté des négociations en cours entre les États-Unis et la Commission européenne au sein de l'Organisation mondiale du commerce témoigne de l'ampleur des enjeux économiques (et de santé publique) liés à la libéralisation des services et des biens médicaux pour les économies nationales (George et Gould, 2000).

Dès lors, seule l'analyse de la configuration complexe et chan-

geante des interactions entre ces multiples acteurs permettrait d'expliquer de façon exhaustive, à la fois la convergence des réformes et la persistance de spécificités nationales. Tel n'est donc pas présentement notre but. Nous chercherons plus modestement à cerner les stratégies des organisations internationales en mettant principalement en évidence leur rôle dans la production d'idées appelées à faire consensus (Fouilleux, 2000)⁴.

L'irruption des organisations économiques internationales et l'imposition progressive d'une problématique économique de la « réforme des systèmes de santé »

Jouant un rôle direct et indirect de plus en plus décisif dans le secteur de la santé (Fassin, 2000), les organisations internationales sont à l'origine d'une recomposition du champ des acteurs pertinents des politiques de santé autour de la problématique économique de la « réforme des systèmes de santé ». Comme le souligne Meri Koivusalo, « l'OCDE et la Banque mondiale font partie des grandes organisations qui soutiennent l'idée d'un consensus naissant sur les aspects économiques et organisationnels de la réforme dans le secteur social » (Koivusalo, 1999 : 62). Bien qu'elles soient des acteurs « inattendus » de la politique de santé au niveau supranational, ces deux organisations tendent à supplanter l'OMS, acteur plus « légitime » mais privé des ressources qui lui permettraient de tenir durablement une position dissidente de

celles de l'OCDE et de la Banque mondiale.

La protection maladie : un nouvel enjeu pour les organisations économiques internationales

L'investissement de la protection maladie par les organisations économiques internationales est relativement récent puisqu'il s'opère dans les années 1980. Les critiques dont ces organisations, et notamment la Banque mondiale, ont fait l'objet expliquent pour partie cette prise en compte croissante des préoccupations sociales. Mais cet élargissement des préoccupations des organisations économiques peut aussi être vu comme le produit d'une dynamique interne à ces organisations qui les amène à chercher à étendre leur champ d'intervention. La doctrine de ces organisations, structurée originellement autour des questions économiques, cherche désormais à intégrer le social, selon les mêmes principes d'action (limites de la régulation publique, imperfections du marché et concurrence encadrée) et les mêmes outils (marchés internes).

Ainsi, la Banque mondiale, institution « jumelle » du Fonds monétaire international, n'a vraiment développé ses actions dans les domaines sanitaire et social qu'à la toute fin des années 1980 (Brunet-Jailly, 1999). Son objectif prioritaire était, jusqu'alors, de sortir les pays en voie de développement du marasme économique par l'insertion dans le commerce international (*Alternatives Sud*, 1999). Sous l'ère McNamara, et alors que l'expertise économique des keynésiens fondait les stratégies de prêts, la

priorité était la « croisade contre la pauvreté », dont l'acteur principal devait être un État interventionniste et redistributeur. Cependant, les prêts dans le secteur de la santé étaient de faible ampleur et étaient consacrés exclusivement au planning familial, la surpopulation étant perçue comme un obstacle au démarrage économique. La « mise au pas » de l'institution dans les années 1980 (George, 1995, 1997; Dezalay et Garth, 1998), produit conjoint du travail de conquête des économistes de l'École de Chicago entamé une décennie auparavant et de la crise de la dette, va pérenniser ce faible investissement sectoriel. Si la Banque intervenait alors en matière de protection maladie, c'était dans la mesure où ses fameux plans d'ajustement structurel impliquaient une réduction radicale des dépenses publiques. Les services sociaux et sanitaires ont fait en grande partie les frais du *Washington Consensus*, la Banque conditionnant ses prêts à des coupes budgétaires et à la privatisation de ces services (George, 1988, 1995; Koivusalo et Ollila, 1997). Avec une telle doctrine, les investissements financiers ne pouvaient qu'être modestes et consistaient surtout à financer des projets de prévention sanitaire.

La présence de la Banque sur le continent européen va s'accroître à la fin des années 1980. Les actions menées dans les pays d'Europe de l'Est (voir par exemple World Bank, 2000), mais aussi la récente politique de communication menée auprès de ses bailleurs de fonds afin de corriger une image passablement dégradée par la multiplication des critiques

des plans d'ajustement structurel⁵, vont déboucher sur une plus grande visibilité de sa doctrine en matière de protection sociale et de réforme des systèmes de santé. Dans un premier temps, la Banque mondiale cherche à défendre les résultats obtenus par les plans d'ajustement structurel (notamment en Afrique: World Bank, 1994). Mais surtout, elle va démontrer sa « capacité à absorber et à intégrer dans sa doctrine un grand nombre des critiques qui lui sont faites » (Comeliau, 1989, 2000; Haas, 1990). L'institution abandonne ainsi dans les années 1990 les aspects les plus orthodoxes et économicistes de sa doctrine au profit d'un néolibéralisme intégrant davantage les impératifs sociaux. Cherchant à concilier les aspects financiers, institutionnels et sociaux, elle définit progressivement une doctrine de la « bonne gouvernance » (Merrien, 1998; Founou-Tchuinga, 1999; Jobert, 2000; Guilhot, 2000) qui fait sa place à un État régulateur et partenaire, soucieux de l'efficacité et de l'efficacité de son action. À partir du milieu des années 1990, la Banque va ainsi afficher une toute nouvelle doctrine sociale⁶.

L'investissement des secteurs santé-population et social symbolise ce relatif *aggiornamento* idéologique. La valorisation du thème de l'équité conduit les experts sectoriels à souligner la fonctionnalité économique du « filet de sécurité sociale » (Holzmann et Jorgensen, 2000): les fractions les plus pauvres des populations des PVD doivent pouvoir avoir accès à un ensemble de services sociaux et sanitaires de base afin de préserver leur « capital

humain » et d'apporter ainsi leur contribution au « démarrage économique ». De façon significative, la Banque va développer considérablement, et son expertise en matière de politique de santé, et le volume de ses prêts dans le secteur santé-population-nutrition. Le premier rapport exclusivement consacré à ce thème date de 1987 et sera suivi de trois autres en 1993, 1997 et 1999. Les trois quarts des prêts accordés dans le secteur l'ont été après 1990 (Banque mondiale, 1999). Cet investissement s'accompagne d'un déplacement de problématique; en effet, alors qu'au cours des années 1970 et 1980 les priorités étaient le contrôle des naissances et la prévention sanitaire, la question est désormais de savoir comment garantir l'accès aux soins (notamment pour les plus pauvres) tout en assurant un financement soutenable (pour l'économie) de ces derniers : « Bien qu'elle ait mis initialement l'accent sur les services de santé publique, la Banque s'occupe de plus en plus des questions concernant la fourniture des services de santé par des prestataires privés et des ONG, les assurances et la

réglementation » (Banque mondiale, 1999).

Il n'en demeure pas moins que l'image très libérale que conserve cette organisation et son champ d'action « naturel » (les PVD) font obstacle à la diffusion (du moins à la reprise explicite) de ses rapports et préconisations en Europe occidentale, alors même qu'ils ne sont guère éloignés de ceux de l'OCDE, dont les travaux, à l'inverse, connaissent un grand retentissement. Du fait de sa fonction plus consensuelle (coordonner les politiques économiques des États membres), l'OCDE est une institution bien moins contestée que la Banque, et ses rapports, mais aussi ses bases de données statistiques, sont largement diffusés et mobilisés dans les différents contextes nationaux. Davantage centrée sur les pays développés, l'OCDE a investi plus tôt que la Banque les questions de protection sociale. Toutefois, cet investissement demeure récent car l'OCDE restait et reste avant toute chose préoccupée par les politiques économiques. En effet, ce n'est que dans les années 1980 que l'institution s'intéresse au social, ou plus exactement au poids que les dépenses sociales font peser sur les économies nationales. Soulignant la « moindre efficacité des prestations et du financement, d'où le risque de compromettre la compétitivité des pays et leur capacité de poursuivre d'autres grands objectifs économiques et sociaux » (OCDE, 1993 : 3), l'OCDE adopte une « approche économique de la politique de santé [qui] se caractérise par l'importance qu'elle attache aux paramètres du financement et

des prestations. Elle se distingue de l'optique de santé publique qui met l'accent sur les objectifs, parfois en négligeant les conflits avec d'autres objectifs sociaux » (OCDE, 1993 : 37). S'intéressant au financement et aux prestations, l'OCDE met ainsi l'accent sur les performances économiques des systèmes de santé. Les différents rapports consacrés à la politique de santé sont le reflet d'une stratégie d'investissement récente du secteur par l'OCDE, qui entend y étendre les mécanismes de marché développés par ailleurs.

Les rapports de l'OCDE se multiplient au rythme des réformes nationales des systèmes de santé que ceux-là contribuent en retour à alimenter. Le premier rapport consacré au secteur date de 1985 et est paru dans la série « Études de politique sociale » (OCDE, 1985). Il faut attendre 1992 pour que soit créée une série « Études de politique de santé » (OCDE, 1992). La création de cette série correspond à la généralisation depuis le début des années 1990 de réformes des systèmes de santé par les pays membres de l'OCDE. Les différents rapports qui la composent s'attachent à comparer les réformes menées, à les évaluer et à émettre des préconisations à partir de cette analyse. Les comparaisons internationales contenues dans ces rapports constituent un instrument central du pouvoir de l'institution, qui exerce là un certain monopole en tant que productrice d'idées. Diffusées sous la forme de rapports ou de bases de données statistiques, ces productions intellectuelles sont un vecteur privilégié de la doctrine de l'OCDE, au demeu-

rant fort proche de celle de la Banque mondiale. L'objectif de l'OCDE est de promouvoir les politiques visant à réaliser la plus forte expansion (de l'économie et de l'emploi) et une progression du niveau de vie (« saine expansion de l'économie »)⁷. L'OCDE se voit ainsi comme un observatoire des politiques nationales menées, dont elle tire des « leçons » et des « recommandations » pour l'ensemble des pays membres⁸.

Reste que les rapports de l'OCDE ne sont pas plus que ceux de la Banque un plat compte rendu de « réalités » qui ne seraient que constatées. Les comparaisons internationales constituent en effet un instrument pour démontrer empiriquement la convergence des politiques nationales vers la « concurrence encadrée », par ailleurs présentée comme la « solution d'avenir ». Leur ligne directrice est toujours la même : il s'agit de démontrer « l'amenuisement de la marge discrétionnaire dont dispose chaque pays pour 'suivre sa propre route' dans un monde interdépendant » (OCDE, 1993 : 16) et la convergence des pays membres vers un système de « concurrence organisée », associant régulation publique et mécanismes de marché. Cherchant comme la Banque mondiale à concilier impératifs économiques et nouveaux impératifs sociaux (équité, qualité...), l'OCDE vise un double objectif : garantir l'accès « à des soins suffisants et équitables » (OCDE, 1992 : 14) et assurer l'efficacité macro- et micro-économique du système (maximiser les résultats par rapport aux sommes engagées).

Face à ce consensus des organisations économiques, dont l'OCDE semble le porte-parole légitime, et à l'opposé de la doctrine de la Banque mondiale, l'OMS, acteur plus ancien de la politique de santé, occupe une position en porte-à-faux : à la fois producteur d'idées concurrentes largement importées par les différents acteurs nationaux et institution dominée par ces « nouveaux entrants » que sont la Banque mondiale et l'OCDE.

Vers une normalisation des acteurs internationaux traditionnels de la santé (publique) ?

C'est à l'OMS, institution spécialisée des Nations Unies, qu'incombe sur le plan international la responsabilité principale en matière sanitaire. Son rôle est de définir des objectifs, de fournir des modèles, un cadre d'action dans lequel peuvent s'inscrire les politiques nationales. L'OMS n'est pas une organisation économique, même si elle prend en charge certaines aides directes aux pays membres. Les productions intellectuelles et les projets de l'OMS portent avant tout sur le pôle santé publique-droit de la santé; ils entrent dès lors plus aisément en « résonance » avec les soubassements idéologiques des États-providences d'Europe continentale et rencontrent, de ce fait, un succès important. Et ce d'autant plus que l'OMS a fortement développé son activité dans cette zone géographique à la suite des réformes des systèmes de santé adoptées dans les années 1980-1990. Les productions de l'OMS sont ainsi largement mobilisées et invoquées dans les pays européens

pour refuser les remises en cause de l'État-providence.

Du fait de sa spécialisation, la doctrine de l'OMS paraît beaucoup plus « durcie » que celle des organisations économiques. Elle repose sur trois principes éthiques : droit fondamental de chacun à la santé, équité et solidarité, participation et responsabilisation de tous les acteurs. Dans la doctrine de l'OMS, l'État est l'acteur central de la politique de santé, qui doit être planifiée et faire l'objet d'évaluations, mais il doit parvenir à susciter et à organiser autour de la santé un vaste « mouvement social ». Objectif doublement ambitieux puisque, pour l'OMS, la santé désigne un « état de bien-être complet, physique, mental et social » et pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité⁹. Le but que se donne l'institution – qui doit être selon sa doctrine celui de tous les États puisqu'il s'agit d'un droit fondamental – est d'offrir à chacun *le meilleur état de santé possible*. L'objet de l'OMS est donc de promouvoir une « politique de santé pour tous » garantissant la meilleure qualité des soins et la plus grande équité possibles¹⁰. Se présentant comme le défenseur du droit de chacun à la santé, l'OMS entend d'ailleurs jouer un rôle de « conscience sanitaire » en soulignant les éventuels manquements à ce droit¹¹.

Cette doctrine fait que les positions de l'OMS en matière de libéralisation sont extrêmement réservées, celle-ci étant souvent vue comme un obstacle à la réalisation des objectifs de « santé pour tous ». Cependant, les inflexions récentes

de ses questionnements et de sa doctrine sont notables. Déjà, les réunions tenues en 1987 à Bamako, sur le financement des soins, et à Hararé, sur l'organisation des systèmes de santé ont marqué une rupture dans la stratégie de l'organisation. La doctrine universaliste de soins de santé primaire élaborée à Alma-Ata en 1978 y a fait l'objet d'une substantielle réévaluation au profit d'une approche plus « particulariste » ou « culturaliste » des programmes de santé. Surtout, l'OMS a alors renoncé au dogme de la gratuité des soins pour promouvoir un « recouvrement des coûts », c'est-à-dire « une participation financière aux soins assortie d'une gestion décentralisée des fonds pour permettre d'assurer l'accès aux médicaments dits essentiels » (Fassin, 2000 : 143). Depuis, l'OMS semble se rallier bon gré mal gré au modèle de la concurrence encadrée, en l'accompagnant certes de mises en garde et d'une vigilance renforcée. De manière significative selon nous, le rapport *La Santé dans le monde 2000* est ainsi centré sur la « performance » des systèmes de santé et les rapports « coût-efficacité » des

interventions publiques. Le chapitre 3 (relatif au choix et à l'organisation des services de santé) affirme que « des ressources doivent être affectées à des interventions que l'on sait être efficaces conformément aux priorités nationales ou locales. *Étant donné que ces ressources sont limitées, il existera toujours une certaine forme de rationnement mais les prix ne doivent pas être le principal critère de détermination des soins dispensés et des bénéficiaires.* Tant les organisations administratives hiérarchisées que les marchés fragmentés et non réglementés présentent de sérieuses lacunes pour l'organisation des services : *une organisation souple de prestataires de soins de santé autonomes ou semi-autonomes pourrait atténuer ces problèmes* » (OMS, 2000. Souligné par nous).

Cette normalisation (relative) de la doctrine de l'OMS sous l'influence des organisations économiques s'explique en partie par l'état des rapports de force entre ces organisations. En particulier, la Banque mondiale mobilise des ressources financières considérables depuis peu sur le secteur : 14 milliards de dollars ont été investis dans le secteur santé, nutrition et population dans 92 pays, les trois quarts de cette somme l'ayant été après 1990; de surcroît, elle soumet certains de ses prêts à des conditions en matière de réforme du secteur public des pays dits « clients », et détient des ressources décisives pour imposer ses préoccupations et les termes des débats. Ce rapport de force favorable aux organisations économiques est redoublé par une action pédago-

gique, pour ne pas dire un prosélytisme (Gosovic, 2000), qui sera analysée plus bas. À vrai dire, ces deux aspects, matériels et symboliques, sont complémentaires; ainsi, l'OCDE est capable de mobiliser d'importants moyens pour financer des recherches et la mise sur pied de dispositifs statistiques dans les espaces nationaux. De fait, on semble assister à la cristallisation d'un consensus entre les différentes organisations internationales, y compris les plus axées sur la santé publique ou l'humanitaire. Cependant, comme tout consensus, il est asymétrique (Dobry, 1986), car si l'OCDE et la Banque mondiale ont dû faire quelques concessions bien souvent rhétoriques (et stratégiques pour la Banque mondiale) sur les questions d'équité, l'évolution des prises de position de l'OMS (mais aussi des autres acteurs traditionnels comme les ONG¹²) se révèle bien plus considérable.

En effet, cette dernière tend de plus en plus à se situer par rapport à la problématique économique désormais dominante, que ce soit pour s'en démarquer ou pour l'intégrer. La position de l'OMS est de plus en plus difficile dans la mesure où cette organisation ne dispose que de ressources qui sont faibles comparées aux masses financières mobilisées et distribuées par la Banque mondiale et, dans une moindre mesure, par l'OCDE. De ce fait, son audience est moindre et elle a dû intégrer à son optique de santé publique (droit à la santé, équité et solidarité, participation et responsabilisation de tous les acteurs) des préoccupations économiques (performance, efficacité, organisation optimale...). Amenée à collaborer

avec les organisations économiques et avec des acteurs privés pour élaborer et mettre en œuvre certains de ses programmes, l'OMS tend à inscrire sa réflexion dans le cadre de leur problématique, même si c'est pour s'en démarquer. Un certain nombre de recommandations émanant de la Banque et de l'OCDE font leur apparition dans les rapports de l'OMS (ciblage et assouplissement des prises de position relatives au rôle du secteur privé notamment).

Cependant, tout en acceptant le cadre problématique des autres organisations internationales, l'OMS continue de marquer sa différence par l'importance qu'elle accorde aux questions proprement sanitaires et sociales. Même si elle ne dispose que de (relativement) peu de ressources matérielles, l'OMS détient une légitimité certaine et fait malgré tout figure de « contre-modèle ». Ainsi, elle vient d'élaborer son propre classement des systèmes de santé, en fonction d'indicateurs spécifiques de santé publique (comme l'espérance de vie), qu'elle oppose à ceux de l'OCDE. Ce classement récent met en première position la France (qui est plutôt considérée par l'OCDE comme un mauvais élève), suivie de l'Italie, de l'Espagne et de Malte, alors que la Grande-Bretagne, considérée comme l'un des modèles à suivre par les organisations économiques, se retrouve à la 18^e place (OMS, 2000).

Le répertoire néolibéral des organisations internationales

Les organisations internationales cherchent à produire un

accord sur le cadre général dans lequel doivent s'inscrire les réflexions et les débats sur la protection maladie. Elles visent à définir de grandes orientations et surtout à les faire accepter par les différents acteurs nationaux. Ce travail pédagogique implique une double stratégie rhétorique : la première fait appel à la caution scientifique de l'économie néo-classique et du nouveau management public, la seconde repose sur la démonstration d'une convergence entre les réformes nationales, les faits conférant ainsi une légitimité plus pragmatique et opératoire aux préconisations avancées. Cette double argumentation, scientifique et empirique, permet aux organisations internationales de produire un cadre de pensée appelé à faire consensus. Cependant, c'est moins un modèle d'organisation précis et omnibus des systèmes de santé qu'un ensemble de principes d'action et d'outils que proposent ces organisations. Le répertoire néolibéral des organisations internationales repose ainsi à la fois sur un diagnostic (la crise d'efficacité des systèmes), un mot d'ordre (la concurrence encadrée) et des recettes inspirées du nouveau management public et de la « gestion des soins ».

La construction du « problème » de l'efficacité et de la qualité des soins : du diagnostic à l'invalidation des recettes passées

Le manque d'efficacité est progressivement construit par l'OCDE et la Banque mondiale comme le problème central des systèmes de santé. L'argumentation des organisations internationales consiste à

poser d'une part que l'augmentation des dépenses à un rythme plus rapide que le PIB national est impossible pour des raisons d'équilibre économique¹³ et d'autre part qu'il n'y a pas de corrélation absolue entre le montant des dépenses investies et les résultats obtenus. La Banque mondiale développe ainsi l'analyse suivante : constatant une tendance à l'explosion des coûts des services de santé dans les pays qui connaissent un développement économique marqué et une concentration des dépenses sur les classes urbaines aisées, elle affirme que celles-ci ne sauraient dépasser 6 à 7 pour cent du PIB sans hypothéquer les chances de développement durable. Soulignant la multiplicité des déterminants de l'état de santé d'une population (revenu par tête, éducation, qualité des infrastructures sanitaires, culture et comportements vis-à-vis du risque, etc.), la Banque estime que la seule voie envisageable est celle de l'optimisation du système afin qu'il soit possible, pour un montant de dépenses constant, d'améliorer les résultats obtenus en matière de santé publique, d'accès et de qualité des soins. Cette efficacité doit pouvoir être obtenue grâce à l'analyse rigoureuse des coûts et des bénéfices liés aux différentes stratégies envisageables pour combattre une maladie dont on estime qu'elle fait peser une « charge trop lourde » sur la population considérée (World Bank, 1993, 1997).

La prise en compte du thème de la qualité par l'OCDE semble fortement conditionnée par les réactions de populations inquiètes des conséquences des politiques de contrôle des dépenses pour la

qualité des soins. Ainsi, le rapport consacré à ce thème par l'institution se veut rassurant et illustre bien la rhétorique de l'OCDE, qui consiste à démontrer que la recherche d'efficacité n'est pas une menace pour la qualité des soins, au contraire (OCDE, 1994). L'argumentation consiste d'abord à démontrer que l'objectif des politiques de santé n'est pas de maîtriser les dépenses (sous-entendu donc de rationner les soins) mais d'obtenir une meilleure efficacité du système¹⁴ : « L'accent mis depuis plusieurs années sur le niveau élevé de dépenses de santé a conduit de nombreux commentateurs à désigner la maîtrise des dépenses de santé comme l'objectif principal des gouvernements des pays de l'OCDE en matière de réforme des systèmes de santé. Au contraire, l'objet principal des réformes récentes dans les pays de l'OCDE a plutôt été le rapport coût-efficacité (la prestation de soins appropriés et de qualité au moindre coût) » (OCDE, 1995 : 3). L'efficacité est entendue comme la conciliation d'impératifs macro- et micro-économiques. Dans un second temps, la recherche d'effi-

cience est présentée comme allant dans le sens de la qualité des soins car elle permet, par élimination des gaspillages et des dépenses inutiles, de réaliser des gains de productivité et, *in fine*, de dégager des ressources dont le rendement marginal serait bien supérieur si elles étaient investies ailleurs (éducation par exemple). Les différents rapports développent ainsi « la thèse selon laquelle ce sont les actes inappropriés et de mauvaise qualité qui sont chers, plutôt que la recherche de services adéquats et de bonne qualité » (OCDE, 1995 : 3).

On retrouve dans les prises de position de l'OMS une vision très proche de celle de l'OCDE et de la Banque mondiale sur ce dernier point, en plus argumenté, ce qui laisserait supposer une réflexion plus avancée à l'OMS. L'idée est que, pour concilier gestion rationnelle des finances publiques et qualité des soins, il faut optimiser les dépenses sur la base d'évaluations qui permettent d'éliminer les gaspillages. L'OMS défend ainsi une « conception de la médecine clinique axée sur les résultats en matière de santé, qui prévoit de surveiller certains critères de qualité et de transmettre des informations relatives à ceux-ci aux praticiens, grâce à des systèmes d'information appropriés. Cette conception a mis en lumière les énormes possibilités d'améliorer la qualité des soins, d'accroître le rapport coût/avantage des services de santé et en définitive, de dégager des ressources qui permettent de financer de nouvelles technologies de soins » (OMS, 1999 : 3). De ce fait, l'institution cherche à stimuler la mise en place de sys-

tèmes d'information et d'évaluation dans les pays membres et offre pour cela un soutien technique (formation, aides directes...). L'efficacité est donc aussi une préoccupation de l'OMS, mais celle-ci y est pensée dans une optique d'amélioration du niveau des prestations alors que, pour l'OCDE et la Banque mondiale, l'efficacité doit permettre de maintenir le niveau existant des dépenses.

La mise en forme statistique : objectivation de la « crise d'efficacité » des systèmes de santé et effet palmarès

Les organisations internationales ne se contentent toutefois pas de définir un problème (le manque d'efficacité), mais apportent des outils, en particulier statistiques, pour le mesurer. On retrouve le processus itératif décrit par Alain Desrosières entre la construction d'indicateurs nouveaux et la formulation d'un « problème public » : « sont co-construits, dans un processus sans début ni fin logiques, une question jugée socialement pertinente, un langage pour l'exprimer, la nécessité d'une action et une mise en forme statistique » (Desrosières, 1997 : 22). Ce sont en effet les organisations internationales, notamment l'OCDE, qui produisent les statistiques à partir desquelles elles posent un diagnostic sur les systèmes de santé. Ainsi, grâce à la neutralité apparente et à la force des chiffres, l'objectivation statistique permet de durcir considérablement la problématique de la « crise d'efficacité »¹⁵.

L'OCDE joue en effet un rôle central en matière de construction

statistique, à la fois en fixant des normes techniques pour l'élaboration de comptes nationaux de la santé et en diffusant les résultats de comparaisons internationales fondées sur les comptes de la santé de l'OCDE¹⁶. Ces comptes sont diffusés sous la forme d'une base de données largement exploitée au niveau national, tant par les décideurs que par les économistes de la santé. La quasi-totalité des données chiffrées citées dans les rapports officiels ou dans les manuels d'économie de la santé français est ainsi présentée sous le label OCDE, qu'il s'agisse de facteurs de croissance des dépenses, de résultats en matière sanitaire, de la grande hétérogénéité des pratiques médicales, etc. Par ailleurs, les résultats de ces comparaisons statistiques ont été vulgarisés dans une série de rapports de l'OCDE publiés à partir de la fin des années 1980 (OCDE, 1985, 1993). L'optique de l'OCDE en matière d'indicateurs économiques se fonde principalement sur une mesure de la part des dépenses de santé dans le PIB. Pour l'OCDE, la croissance rapide des dépenses de santé est une menace pour l'équilibre des économies nationales, d'où le principe d'action suivant posé par l'institution : « les dépenses de santé doivent représenter une fraction adéquate du PIB » (OCDE, 1992 : 14). La croissance des dépenses de santé doit être compatible avec celle du PIB, ce qui devient, dans sa traduction vulgarisée telle que l'on peut la trouver dans les débats nationaux : « les dépenses de santé ne doivent pas augmenter plus vite que le PIB »¹⁷. Il faut souligner que l'OCDE ne présente pas d'emblée

cette référence comme une norme mais comme le résultat des comparaisons qu'elle a menées. Sa démonstration se fonde sur la mise en évidence d'une corrélation entre niveau des dépenses de santé et montant des ressources disponibles et sur la notion de niveau de dépenses « attendu » en fonction du PIB : « La répétition de ces calculs sur trente années, de même que le comportement de quelques pays qui ont démarré à une certaine distance de la ligne tendancielle mais qui s'en sont par la suite progressivement rapprochés, confère à cette corrélation une sorte de fonction normative » (OCDE, 1993 : 14).

La construction statistique de l'OCDE, pourtant contestable d'un point de vue scientifique et technique, recueille aujourd'hui un large consensus. Elle a pour principal effet de transfigurer une moyenne en norme (le ratio dépenses de santé/PIB), voire en « loi économique » universelle et immuable, ce « réflexe » nomothétique constituant la marque de fabrique du paradigme néo-classique. Il n'en reste pas moins qu'en dépit de l'apparente sophistication des travaux économétriques et statistiques, toute cette construction intellectuelle repose sur une idée simple, un principe de « bon sens » (on ne peut dépenser plus que ce que l'on gagne) qui est ni plus ni moins celui de l'« économie domestique », universalisé sans autre forme de procès au plan macro-économique; on reconnaît là la fameuse « économie politique de la ménagère » si caractéristique du raisonnement libéral. De surcroît, il faut souligner, à la suite de Frédéric Lordon, la force persuasive, du fait de leur

simplicité même, de ce type de seuils quantitatifs dont la fixation et la proclamation sont tant affectées par la Banque mondiale et l'OCDE : « La force des critères, c'est donc leur pouvoir de démarcation. On sait la capacité de mise en ordre du monde que recèle la proclamation performative des limites, des bornes, des frontières, dont le pouvoir symbolique est au principe de véritables actes de magie sociale » (Lordon, 2000). Présentée comme la condition des grands équilibres économiques au niveau national comme au niveau mondial, cette « forme-seuil » cache donc un choix éminemment politique (Sandier, 1999 : 120-121). La réflexion sur la politique de protection maladie se déroulant désormais dans un cadre financièrement limité, il ne faut plus compter sur des dépenses supplémentaires pour améliorer les soins et l'égalité d'accès. C'est donc au sein des dépenses existantes qu'il faut chercher une marge d'action financière. L'efficacité prônée par les organisations économiques internationales signifie donc gestion au mieux de l'existant.

En outre, l'OCDE établit à partir de ses données un palmarès des systèmes de santé prenant comme critères la part des dépenses de santé dans le PIB et les résultats en termes de couverture sociale et de qualité des soins (espérance de vie...). Ce palmarès place des pays économes comme l'Angleterre en haut de l'échelle, et relègue en position intermédiaire ceux qui, comme la France, dépensent plus sans obtenir de meilleurs résultats, et plus bas les États-Unis, grands dépensiers mais aux résultats insa-

tisfaisants. Il contribue à lui seul à faire naître un modèle (le *National Health Service*). Bref, grâce à cet « effet palmarès » (Blum et Guérin-Pace, 2000), l'OCDE renforce considérablement sa capacité d'imposer les termes des débats.

Les systèmes d'information et d'évaluation sont particulièrement investis par l'OMS, qui en a fait l'un des objectifs de la politique de Santé pour tous pour le XXI^e siècle¹⁸. L'OMS fait en effet un certain nombre de recommandations pratiques pour l'élaboration d'indicateurs au niveau national. Son travail l'a amenée à établir une typologie des indicateurs pertinents distinguant trois types de champ de collecte des données : situation sanitaire (mortalité, morbidité, invalidité, santé maternelle et infantile...), déterminants de santé (modes de vie, environnement, ressources sanitaires, utilisation des services de santé, qualité des soins et dépenses de santé) et indicateurs démographiques et socioéconomiques. De manière très concrète, l'OMS mène une réflexion sur chacun de ces déterminants afin de les rendre plus précis. À titre d'exemple, l'indicateur de morta-

lité est aujourd'hui remplacé par une base de données unique sur la mortalité par grandes causes, celui d'espérance de vie est repensé en termes d'années de vie sans invalidité, de qualité de vie... En matière de qualité des soins, l'OMS supervise le recueil d'information via notamment des conférences de consensus afin de définir des indicateurs de qualité pour des soins spécifiques (diabète, obstétriques et périnataux, bucco-dentaires...). Par cet effort d'évaluation des résultats sanitaires et sociaux, l'OMS s'impose comme le lieu central de production statistique dans une optique de santé publique¹⁹, c'est-à-dire centrée sur l'équité et la qualité plus que sur l'efficacité économique. Ce rôle de leader est d'ailleurs souligné tant au niveau national qu'au niveau international dans les rapports de l'OCDE par exemple. Les indicateurs de résultats proposés par l'OMS sont ainsi repris au niveau national et par les autres organisations internationales pour mesurer les résultats du système, concernant notamment les inégalités, dans le but de pouvoir mieux répartir les dépenses publiques. Ainsi traduit dans la logique de l'OCDE, l'objectif de ces programmes est de « mettre clairement en évidence les avantages marginaux d'un supplément de dépenses de santé, ce qui pourrait aider les gouvernements à prendre les décisions délicates nécessaires quant au niveau de ressources jugé suffisant » (OCDE, 1994 : 55).

Or les organisations internationales s'attachent justement à souligner la mauvaise gestion des systèmes de santé et alimentent une controverse sur l'usage des

dépenses publiques, sur leur opportunité. L'OCDE et la Banque mondiale dramatisent volontiers les dysfonctionnements qui caractériseraient l'organisation actuelle des systèmes de santé : absence de véritable régulation, prix élevés, gaspillages, abus... Ce mode d'organisation (bureaucratique) serait non seulement incapable de corriger ses dysfonctionnements mais, plus encore, il en serait la principale cause. Au surplus, le rendement décroissant des dépenses de santé est souligné, de même que l'importance de facteurs extérieurs au système de santé (logement, éducation...).

La place incertaine des préoccupations d'équité dans le référentiel des organisations internationales

C'est dans ce cadre que les organisations internationales s'intéressent à l'égalité d'accès aux services de santé, pensée en termes (particulièrement polysémiques) d'« équité »²⁰. Celle-ci est progressivement intégrée dans la problématique de l'efficacité. La jonction de ces deux problématiques est particulièrement nette dans les rapports de la Banque mondiale. Les « gaspillages » des systèmes de santé sont brocardés non seulement pour leur non-sens économique mais aussi pour leur injustice sociale. Ainsi, selon cette organisation, dans les pays en voie de développement l'essentiel des ressources est absorbé par les soins curatifs et techniques, principalement consommés par les classes urbaines privilégiées, alors que les plus pauvres n'ont pas accès aux services essentiels. C'est donc au nom de l'efficacité économique et de

l'équité que la Banque préconise d'une part la réallocation des ressources vers les actions préventives et l'amélioration des conditions de vie (qui sont les déterminants principaux de l'état de santé), et d'autre part le ciblage des actions publiques sur les plus pauvres. Ces derniers doivent avoir accès à un ensemble de biens et de services principalement préventifs, financés par l'impôt (World Bank, 1997).

L'équité ne constitue pas traditionnellement une préoccupation centrale de l'OCDE, qui la perçoit plus comme une contrainte de l'action publique. Les différents rapports soulignent bien la nécessité de respecter le principe d'équité et les risques potentiels de la libéralisation en la matière, mais la réflexion sur le sujet semble récente. C'est en tout cas ce que donne à penser la comparaison dans le temps des différents rapports. Ainsi, dans la première comparaison des réformes menées en 1992 (OCDE, 1992), la question de l'équité est quasi inexistante, alors que, dans celle qui suit deux ans plus tard, on trouve un premier effort de définition (couverture, égalité d'accès aux soins, équité des résultats) (OCDE, 1994). Pourtant, dans les deux comparaisons, le terme d'équité n'apparaît pas dans les titres et est absent du glossaire proposé. On y trouve par contre une définition restrictive de la solidarité: « mot employé principalement dans les pays européens, exprimant la mise en commun obligatoire des risques dans le cadre d'un régime public d'assurance maladie dans lequel les versements au titre des soins sont fonction de la capacité de payer et l'offre de

soins fonction du besoin de soins ».. Concernant la solidarité, l'OCDE renvoie d'ailleurs volontiers aux réflexions menées par d'autres organisations, ce qui n'est pas le cas pour les autres thèmes²¹. Mais, et c'est là que l'OCDE est en totale opposition avec l'OMS notamment, tout importante qu'elle soit, la préoccupation d'équité ne doit pas entraver la libéralisation. L'analyse faite de la réforme anglaise autour des généralistes « fundholders » en est une parfaite illustration: « pour introduire plus de flexibilité et d'efficacité dans un système réglementaire, il est notamment essentiel de laisser aux forces de la concurrence la possibilité et le temps de jouer pleinement avant d'intervenir pour remédier aux éventuelles défaillances du marché qui semblent freiner la réalisation des résultats souhaités. La critique selon laquelle l'amélioration de la qualité des services fournis par les généralistes détenteurs d'un budget est en train de créer un système à deux vitesses mérite d'être signalée. Une certaine iniquité a toujours existé parce que la compétence des généralistes et les conditions dans lesquelles ils pratiquent sont largement différentes. Rien ne prouve cependant que ces iniquités se soient aggravées avec l'apparition des gestionnaires de fonds. Et quand bien même ce serait momentanément le cas, il conviendrait de le tolérer parce que ce serait largement le reflet de gains d'efficacité. La solution devra être recherchée dans un effort d'harmonisation, en augmentant le nombre des généralistes détenteurs d'un budget plutôt qu'en réglémentant leur activité » (OCDE, 1995 :

25). L'« équité » apparaît ainsi comme une sorte de garde-fou idéologique permettant de contrebalancer et d'« humaniser » l'efficacité; mais, mise en concurrence avec celle-ci, elle doit céder le pas.

À la différence de l'OCDE, l'OMS met l'équité au centre de ses préoccupations: il s'agit d'un des quatre piliers de la Santé pour tous, et le thème est largement développé dans les différents rapports consultés. Le terme est souvent employé en même temps que celui de solidarité. Mais la solidarité s'appliquerait aux relations entre pays alors que le terme d'équité concernerait les différents groupes sociaux au sein d'un même pays. Ce second volet de l'équité tend à susciter aujourd'hui une attention accrue de la part de l'OMS car il est considéré comme menacé dans de nombreux pays, même dans les pays riches suite aux réformes récentes qu'ils ont mises en œuvre (OMS, 1997). On constate une nouvelle fois que les objectifs de l'OMS sont extrêmement vastes puisque, en matière d'équité, les prises de position de l'institution, originellement fondées sur une conception étroite reposant sur des écarts géographiques, ont évolué vers une problématique plus large qui tient compte des différences en matière de sexe, de race, de revenus, d'instruction, d'emploi, etc.

Pour résumer, selon le nouveau sens commun réformateur des politiques de protection maladie, la croissance des dépenses de santé, très variable selon les pays, ne ferait qu'améliorer à la marge la situation sanitaire des populations mais obérerait la croissance écono-

mique dans une économie mondialisée. Ce manque d'efficacité ne peut être corrigé dans l'état actuel de l'organisation des systèmes de santé. Une fois ce constat établi, les organisations économiques et financières internationales lancent un « mot d'ordre » pour réorganiser les systèmes de santé : la « concurrence encadrée ».

Un mot d'ordre : la concurrence encadrée

Pourquoi qualifier cette préconisation de mot d'ordre ? C'est que la mise en concurrence est présentée comme permettant de concilier, un peu miraculeusement, des objectifs différents, objectifs par ailleurs inégalement conceptualisés et valorisés : efficacité, efficacité, maîtrise des dépenses, qualité des soins, adaptation aux besoins, etc. Surtout, la mise en concurrence fait figure d'« idéologie molle » (Jobert, 1992 : 224), car si un accord semble se faire sur ses « bienfaits », il n'en demeure pas moins que la persistance d'ambiguïtés et de contradictions sur l'architecture globale du système préconisé, particulièrement sur le dosage public-privé, est notable. Ce phénomène n'est pas

spécifique au secteur : comme l'ont justement fait remarquer B. Palier et G. Bonoli à propos de la réforme des retraites, « les changements d'institution et de logique de protection sociale passent principalement par un changement de recettes de politiques publiques, bien plus que par un changement idéologique radical et explicite [...] Ces recettes nouvelles ne peuvent être introduites que sur la base de l'invalidation des recettes passées [...] Les nouvelles mesures sont adoptées sur la base d'un consensus ambigu, voire contradictoire » (Palier et Bonoli, 2000). Cette observation vaut d'ailleurs pour l'ensemble de la galaxie conceptuelle qui accompagne la réforme des États-providences (Saint-Martin, 1999).

De fait, les organisations économiques et financières internationales prennent pour référence, parfois simultanément, souvent successivement, des systèmes de santé aussi différents que le *National Health Service* anglais, les *managed care organizations* américaines ou encore le système de santé canadien. Ainsi, l'OCDE semble osciller entre la référence anglaise, car le système public anglais est celui qui permet le mieux de contenir les dépenses (modèle du marché interne dit « public contract »), et la référence américaine car les réseaux américains de soins coordonnés (qui supposent la mise en concurrence d'assureurs et non plus un système public financé par l'impôt) sont particulièrement valorisés dans l'optique d'une amélioration de l'efficacité. Au passage, on notera l'apparent paradoxe qui consiste à ériger les États-Unis en référence,

alors même que l'échec du système de santé américain, du point de vue tant de l'universalité de l'accès aux soins que de la maîtrise globale des dépenses de santé, est aujourd'hui avéré. Les experts de l'OCDE sont conscients de ces échecs : ce qu'ils louent, c'est moins l'organisation globale du système de santé américain que sa faculté d'invention de nouveaux outils de gestion, inventivité aiguillée par les lois du marché, qui condamnent implacablement les opérateurs non compétitifs.

Les références de la Banque mondiale ne paraissent pas moins ambiguës. Au début des années 1990, c'est le modèle canadien qui retient l'attention de l'institution. En effet, ce modèle est alors valorisé et par l'OCDE et par le PNUD, du fait de ses indicateurs sanitaires satisfaisants et des efforts des Canadiens pour maîtriser les dépenses de santé. De plus, le système de santé canadien se fondait sur les principes mis en avant par la Banque : priorité accordée aux soins communautaires et préventifs, décentralisation et fédéralisme, importation et adaptation des recettes américaines en matière de gestion des soins, etc. (World Bank, 1993; Musgrove, 1994). Cependant, la croissance des inégalités d'accès aux soins liée au désengagement de l'État fédéral et celle des coûts vont rendre par la suite le système de santé canadien moins attrayant pour la Banque mondiale (Clair-Lambert, 2000 : 318 et ss.). Depuis, cette dernière semble être à la recherche d'un nouveau système de référence, même si le NHS britannique tend à être progressivement érigé en figure exemplaire (Deepak Lal, 1994).

Au demeurant, c'est certainement au sujet de la diffusion de ce mot d'ordre, la concurrence encadrée, que la superposition entre justifications théorique (argumentation à partir des travaux d'économie) et empirique (observation « objective » d'une convergence) apparaît de la façon la plus évidente. Le raisonnement, bien rôdé, est constitué en trois temps : la thèse (la faillite de la régulation publique), l'antithèse (les *market failures* ou l'impossible régulation marchande dans le secteur de la santé) et la synthèse (la concurrence encadrée).

Dans la doctrine de l'OCDE et de la Banque mondiale, l'action publique se trouve face à une alternative claire résumée ainsi dans un rapport de l'OCDE : « Il existe essentiellement deux modes de régulation : une régulation qui va dans le sens de la concurrence ou du marché (généralement en favorisant la liberté de choix des consommateurs et en encourageant l'autonomie et la concurrence entre les assureurs et/ou les prestataires); et une régulation de type exécution-contrôle (qui va souvent à l'encontre de la liberté de choix des consommateurs et de l'autonomie et de la concurrence entre les assureurs et/ou les prestataires) » (OCDE, 1992 : 10). La démonstration consiste donc dans un premier temps à opposer les dysfonctionnements de la régulation publique à l'efficacité de la régulation par le marché. Mais dans un second temps sont reconnues les particularités du marché de la santé qui rendent nécessaire l'intervention de l'État. La concurrence encadrée apparaît comme une « troisième

voie », comme le moyen de profiter de l'efficacité garantie par le marché tout en respectant les principes fondamentaux d'équité et de solidarité (World Bank, 1997, 1999).

Les références mobilisées dans l'argumentation sont principalement issues de la science économique, laquelle fait figure, on ne s'en étonnera guère, d'expertise principale pour les organisations économiques internationales. La théorie économique de la bureaucratie est invoquée pour démontrer la non-efficacité des systèmes de santé du type contrôle-commande comme le NHS, tandis que les travaux d'économie de la santé et de l'assurance sont appelés à démontrer la nécessité de l'intervention publique sur le « marché » de la santé du fait de ses imperfections. On soulignera au passage la contribution décisive de l'internationalisation de la science économique de la santé à la diffusion des problématiques, des connaissances et des informations sur les systèmes de santé dans les pays de l'OCDE²². Largement dominée par les débats académiques et travaux américains d'inspiration néo-classique en matière de *health economics* qui se développent dès le début des années 1960, l'économie de la santé est au fondement de la légitimation scientifique de la concurrence encadrée.

La plupart des travaux d'économie de la santé cherchent en effet à démontrer que l'instauration d'un marché, dès lors qu'il est encadré, conduit à l'efficacité : « Certains économistes sont d'avis que l'introduction de la concurrence dans le domaine de la santé crée des

incitations de type économique qui jouent sur les soins médicaux, facilitent la maîtrise des dépenses et améliorent l'efficacité. Si l'on met en place les mécanismes de marché appropriés, les régimes d'assurance vont s'efforcer spontanément, selon cette théorie, de contrôler à la fois le coût et le volume des prestations, dans la mesure où étant en situation de concurrence, ils vont vouloir accroître leur part de marché et attirer davantage d'affiliés (Enthoven, 1978) » (OCDE, 1994 : 357). Parmi les économistes les plus cités, on retrouve Alan Enthoven²³, considéré comme le « gourou » de la concurrence encadrée (et comme le principal inspirateur du Plan Clinton d'assurance maladie universelle : Hacker, 1997 : 47-48 : 160). Figure emblématique de ce type d'économistes agissant comme de véritables entrepreneurs politiques en s'appuyant sur des réseaux de relations interpersonnelles nationaux et transnationaux²⁴, A. Enthoven participe personnellement à la réforme des systèmes de protection maladie et d'abord à celle du NHS, du fait de ses contacts étroits avec les conservateurs et la *Policy Unit* du Premier ministre²⁵. Cette réforme a par la suite inspiré d'autres pays européens (l'Italie notamment). La Grande-Bretagne a ainsi servi dans le domaine de la santé, à l'instar de ce qui s'est passé en matière de politique pénale (Wacquant, 1999), de « sas d'acclimatation » des modèles d'organisation et de gestion élaborés aux États-Unis. A. Enthoven exporte d'ailleurs lui-même ce modèle dans différents contextes nationaux, notamment

aux Pays-Bas²⁶ ou encore en France²⁷.

Toutefois, la démonstration s'appuie aussi sur le « constat objectif » de la convergence des systèmes nationaux vers des solutions mixtes (public-marché), présentées dès lors comme les seules pertinentes. Cette convergence illustrerait la diminution des marges de manœuvres nationales dans le choix d'un type de régulation. Les pays suivraient une même tendance et, après avoir massivement opté dans les années 1980 pour des mesures d'essence publique et centralisée qui ont montré leurs limites, ils s'orienteraient aujourd'hui vers des réformes plus structurelles visant à garantir l'efficacité du système par l'introduction de mécanismes de marché²⁸. Reste que si les organisations économiques s'accordent sur l'idée selon laquelle la mise en concurrence est synonyme d'efficacité, certaines divergences se font jour, on l'a déjà mentionné, sur la forme précise qu'elle doit revêtir.

En premier lieu, des différences notables sont à souligner sur la

question du *mode de financement*. Pour l'OCDE, le financement public, par l'impôt, doit rester dominant dans la majorité des pays (solidarité) malgré (toujours selon l'OCDE) les « appels de la population pour obtenir la liberté de sortir du régime obligatoire ». Cette organisation souligne en effet l'importance d'un mode unique de financement pour maîtriser les dépenses puisque l'exemple des États-Unis montre que la pluralité des organismes payeurs rend la maîtrise des dépenses difficile²⁹. Le financement par les employeurs est condamné par l'OCDE (toujours par référence aux États-Unis), qui encourage tous les projets de réforme qui « auraient pour effet d'affaiblir le lien entre assurance maladie et emploi. La fourniture de l'assurance maladie par l'employeur est un archaïsme. Elle n'a pas plus de sens que de lier par exemple l'assurance automobile à l'emploi » (OCDE, 1992 : 59). En effet, elle limite le choix du salarié et donc réduit les avantages qu'est censé procurer un système décentralisé de financement. Pour sa part, la Banque mondiale reconnaît d'emblée une place plus importante au secteur privé, même si la nécessité d'une régulation de ce dernier est admise; ainsi, d'un côté, l'État doit financer les prestations ciblées sur les plus pauvres (idée d'un panier de soins primaires préventifs et, secondairement, curatifs dits « essentiels ») – ces prestations étant fournies par des acteurs publics et privés en concurrence –, de l'autre, la couverture des populations plus aisées et des soins plus techniques doit être assurée par le marché et les opérateurs privés. Or,

comme le premier objectif des pouvoirs publics doit être de garantir un « financement soutenable » des dépenses publiques, ce qui suppose des mécanismes de contrainte budgétaire forts, on mesure combien ce type de configuration risque de déboucher sur une dualisation du système de santé au détriment des plus pauvres, enfermés dans un secteur de soins dits « essentiels » budgétairement compressé au nom de l'impératif de développement économique. On mesure aussi combien l'objectif d'équité est non seulement secondaire (dans la mesure où il ne peut en aucun cas constituer une objection à la mise en concurrence et à la responsabilisation financière des usagers), mais encore interprété de manière plus ou moins restrictive : admise comme à regret par l'OCDE qui ne s'étend guère sur le sujet, la notion est définie par la Banque mondiale de manière ambiguë, puisque cette organisation semble osciller entre une définition en termes rawlsiens et une définition strictement « libérale » (Schneider-Bunner, 1997).

La participation financière des patients est considérée de manière consensuelle comme ne pouvant constituer la solution au problème de maîtrise des dépenses de santé. On a vu que la position de l'OMS a évolué sur ce point : alors que, jusqu'en 1987, elle écartait d'emblée ce principe en raison de ses effets pervers en termes d'accès aux soins, il ne fait plus l'objet d'un rejet aussi radical, même si sont avancés des garde-fou en la matière. L'OCDE et la Banque mondiale, tout en soulignant la limite que constitue l'impératif d'équité, admettent sans problème

ce principe qui permet, selon elles, de responsabiliser les assurés³⁰. La participation financière des patients est en effet depuis longtemps préconisée par la Banque mondiale (notion de *willingness to pay*), y compris pour les pays les plus pauvres, ce qui lui a valu des critiques nombreuses (George, 2000 : 232). De même, pour l'OCDE, il est nécessaire d'imposer des limites à la satisfaction de la demande en définissant ce que l'assurance maladie doit assumer, en laissant le reste à la charge des patients. Cependant, l'OCDE souligne la nécessité de moduler la participation aux frais en fonction des revenus, de limiter cette participation et de ne pas en faire un mode d'action privilégié (OCDE, 1992). Si la possibilité d'acquérir des prestations en dehors du système d'assurance principal est admise dans la mesure où elle renforce la liberté de choix, deux limites sont également soulignées : « Dans tous ces pays, une partie des coûts sera peut-être transférée du secteur public au secteur privé, mais l'effet sur le montant global risque d'être inflationniste »; le risque de « violation du principe fondamental de solidarité » est sérieux (OCDE, 1994 : 49). Cependant, si l'instauration du secteur II en France est par exemple citée pour illustrer les dangers d'une participation non limitée, les politiques visant à accroître la participation financière des utilisateurs sont en général mises en avant et considérées comme ne remettant pas en cause l'accès aux soins (OCDE, 1992 : 51). C'est le cas par exemple de la réforme menée en Islande, qui effectue un transfert du finance-

ment vers les ménages³¹ (« avec toutefois la garantie d'une certaine protection pour les nécessiteux »). L'OCDE se félicite de ces « mesures plus énergiques » et estime que « jusqu'ici le risque d'une atteinte à l'égalité des soins n'apparaît pas sérieux, étant donné la distribution assez uniforme des revenus en Islande » (OCDE, 1995 : 88). On retrouve l'idée selon laquelle l'accès aux soins doit être pensé conjointement avec la politique des revenus et que c'est par ce biais que le système peut garantir une certaine équité.

La mise en concurrence des assureurs fait l'objet de prises de position plus ou moins nuancées. Le modèle envisagé par l'OCDE s'inspire de l'expérience américaine des systèmes de soins coordonnés (HMO, PPO), mais au sein d'un système de taux collectifs imposé par les pouvoirs publics, comme en Grande-Bretagne (OCDE, 1994 : 52). L'effet positif attendu est le gain d'efficacité par le renforcement de la concurrence entre assureurs mais aussi entre producteurs. Plutôt que le système intégré, l'OCDE semble insister sur la nécessité de séparer les fonctions d'achat et de prestation, acheteurs et prestataires pouvant ainsi assurer des responsabilités claires (allocation des ressources d'un côté, fourniture des services au moindre coût de l'autre). Les effets pervers d'une mise en concurrence des assureurs sont pourtant soulignés (y compris le fait que les résultats sur les coûts ne soient pas garantis). La question de l'accès aux soins est très présente dès que l'OCDE aborde le thème de la mise en concurrence des assureurs : « Un fonctionnement

efficace du marché de l'assurance conduit inévitablement à une tarification en fonction du risque. Mais une tarification des primes d'assurance fondée sur le risque maladie n'est pas compatible avec l'impératif social d'universalité de l'accès à l'ensemble des soins de base » (OCDE, 1992 : 60). Le risque maladie ne peut donc être soumis à la concurrence dans n'importe quelles conditions. Mais si l'OCDE se montre consciente du « problème de l'écrémage » et fait même référence à des études américaines sur la difficulté de corriger la sélection des risques, elle n'apporte aucune réponse à ce problème et s'en remet aux expérimentations nationales : « Les efforts intensifs qui sont actuellement déployés aux États-Unis, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni pour résoudre ce problème devraient permettre de concevoir un marché de l'assurance maladie propre à satisfaire à la fois les objectifs d'équité et d'efficacité » (OCDE, 1992 : 163). Ainsi, le problème de la sélection des risques n'invalide pas pour l'OCDE le recours aux mécanismes de marché en matière d'assurance. En fait, la doctrine de l'OCDE n'est pas toujours claire sur ce point : si l'organisation prend parfois le système américain comme référence (OCDE, 1992), en admettant cependant la nécessité de réglementer l'assurance privée, d'assurer une compensation entre assureurs couvrant des risques différents et de verser aux assurés des aides en fonction de leur revenu, elle précise aussitôt que « seuls les pays où il existe déjà des assureurs en concurrence adoptent cette approche, peut-être parce

qu'il faut leur donner un rôle pour des raisons politiques dans la réforme du système » (OCDE, 1994: 52). La position de l'OCDE est d'autant plus ambiguë que l'organisation vante à la fois l'avantage des formules d'assurance qui s'adaptent mieux aux préférences et aux besoins de l'individu mais qui comportent des limites et celui d'un système centralisé de financement (accès universel, moins coûteux sur le plan administratif, pas « d'écrémage », contrôle des coûts facilité), au prix toutefois d'un choix beaucoup plus restreint. « Le financement centralisé des soins de santé de base n'exclut pas une assurance privée complémentaire permettant à l'individu de couvrir d'autres besoins » (OCDE, 1992: 61). Mais les experts de l'OCDE ne se prononcent pas explicitement pour que la concurrence ne s'exerce que sur l'assurance complémentaire...

L'OMS est à l'inverse très réservée sur la mise en concurrence des assureurs. Ainsi, *Santé 21* rappelle après d'autres déclarations officielles que les mécanismes de marché doivent s'appliquer à l'offre plus qu'à la demande: « Les

mécanismes de marché, dans ce domaine, ont des chances de mieux fonctionner, sur le plan financier et pratique, lorsqu'ils sont appliqués aux hôpitaux et aux médecins; par contre les efforts pour susciter une concurrence entre différents assureurs privés ou pour accroître la part des soins devant être payée par les patients n'ont pas donné de résultats très satisfaisants » (OMS, 1999: 161). Le mode de fonctionnement des régimes privés d'assurance maladie est présenté par l'OMS comme incompatible avec la solidarité, même si ce fonctionnement est encadré du fait du caractère inéluctable de la sélection des risques (OMS, 1997: 66).

La mise en concurrence des prestataires semble plus consensuelle. Placer au centre du système de santé le « consommateur » constitue le leitmotiv de l'OCDE comme de la Banque mondiale. L'idée est que la liberté de choix du prestataire accroît la satisfaction des patients et permet d'abaisser les coûts de production. Au sujet de l'Islande, l'OCDE remarque ainsi: « Comme pour tous les monopoles publics, il existe un risque de carence des incitations à accroître l'efficacité et un manque de responsabilité financière, l'offre étant orientée davantage par les préférences du prestataire que par celles du consommateur. Il faut donc d'une certaine façon reproduire les mécanismes de marché en laissant jouer le critère du choix (du médecin et du lieu de traitement) par le patient et le principe 'l'argent suit le patient' » (OCDE, 1995: 88). Toutefois, il peut être nécessaire d'orienter le choix du patient grâce à la mise en place de filières de

soins (sur le modèle anglais). De même, le choix se trouve réduit lorsqu'un contrat est passé sur la base prix-qualité (HMO, marché intérieur).

Les bénéfices de la concurrence encadrée sont donc présentés à la fois comme l'un des enseignements majeurs des travaux en économie de la santé et comme la conclusion d'une observation « objective » des réformes, lesquelles tendraient toutes à corriger par des mécanismes de type concurrentiel les effets pervers engendrés par la bureaucratisation des systèmes de santé. Cette double référence, scientifique et empirique, permet de légitimer les réformes prônées et de faire advenir la mise en concurrence sur le mode de la *self-fulfilling prophecy*.

Des recettes inspirées de la nouvelle gestion publique et de la gestion des soins

Les positions des organisations internationales sont nettement plus affirmées sur les recettes d'action et les instruments de la politique de protection maladie, comme si ces derniers n'étaient que « techniques », et donc politiquement neutres (Merrien, 1999). Comme l'écrit Meri Koivusalo, « Les réformes des systèmes de santé sont généralement présentées comme des tentatives neutres et non idéologiques d'améliorer l'efficacité technique » (Koivusalo, 1999). Les recettes préconisées reprennent à peu près tous les thèmes de la nouvelle gestion publique: distinction du rôle du fournisseur de celui du décideur, décentralisation, mise en concurrence et contractualisation

des prestataires publics et privés, évaluation de leur performance grâce à des indicateurs spécifiques (par les financeurs mais aussi par les usagers érigés en clients : notion d'*accountability*), assouplissement des règles de la fonction publique. Alors que les travaux sur la réussite limitée, voire l'échec, de ce type d'instruments en matière d'amélioration de l'efficacité se multiplient, les organisations économiques internationales continuent d'adhérer à cette pensée mythique qu'est la nouvelle gestion publique (Merrien, 1999; Pierru, 1999).

L'OCDE et la Banque mondiale (Shaw, 1999) se rejoignent aussi pour faire la promotion des instruments de quantification, de normalisation, d'évaluation et de rentabilisation de l'activité médicale, instruments principalement élaborés dans le cadre américain des réseaux de soins coordonnés (*Health Maintenance Organizations* notamment) (Le Pen, 1999). La réduction de l'hétérogénéité des prises en charge apparaît en effet comme consubstantielle à la réalisation de l'objectif d'efficacité. Les États-Unis font ainsi figure de vaste terrain d'expérimentation en matière d'outils de « gestion des soins »³² dans le secteur hospitalier (*Diagnosis Related Groups*) et ambulatoire (recommandations de bonnes pratiques médicales). La Grande-Bretagne est de même considérée pour certaines innovations : la réforme du NHS est fortement associée à certains outils comme la filière de soins autour du généraliste.

La fabrication du consensus

Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, la force du discours des organisations économiques internationales en matière de réforme des systèmes de santé vient non seulement des ressources parfois considérables qu'elles mobilisent mais aussi de la rhétorique adoptée par elles : le mode du constat objectif, fondé sur des statistiques réputées rigoureuses (et qui ne peuvent guère être contestées dans la mesure où ces organisations détiennent un quasi-monopole en la matière), la mobilisation des travaux de la science économique, la tonalité technocratique et volontairement apolitique d'un discours invoquant sans cesse les « bonnes pratiques internationales », la rhétorique du « juste milieu » (la concurrence certes, mais « encadrée », « régulée », « mixte », bref l'idée d'une « troisième voie » entre le marché et la bureaucratie) et de la « bonne gouvernance » (Banque mondiale), et, enfin, les ambiguïtés et les clairs-obscur parfois sciemment entretenus sont autant de stratégies contribuant à élargir l'audience des préconisations avancées (Brunet-Jailly, 1999). Il nous semble particulièrement important en l'occurrence d'insister sur la fonctionnalité du flou qui entoure le discours des organisations économiques internationales.

Il convient certes de prendre en compte le caractère récent, donc pas encore durci, de la doctrine sectorielle pour expliquer les ambiguïtés et les contradictions des préconisations. Celles-ci sont en outre explicables par les divergences qui opposent les experts de ces institu-

tions³³. Ainsi, la Banque mondiale admet qu'un débat interne oppose les experts macroéconomiques d'une part, très favorables aux options libérales (privatisation, etc.), et les experts sectoriels d'autre part (Banque mondiale, 1999). L'histoire récente de la Banque, qui a vu le responsable des études économiques, J. Stiglitz, démissionner bruyamment, témoigne de ces conflits internes. De même, les prises de position de l'OCDE relatives à la libéralisation sont plus ou moins favorables selon l'identité de l'auteur du rapport³⁴. Cependant, d'autres hypothèses peuvent être avancées. En premier lieu celle du pragmatisme qui tend à être de plus en plus affiché, voire revendiqué. En effet, les experts des organisations internationales ont de plus en plus clairement conscience des limites en termes de faisabilité politique d'une réforme globale à partir d'un modèle spécifique qui remettrait nécessairement en cause les rapports de pouvoir entre acteurs. Cette prudence doit beaucoup à la prise en compte croissante de la diversité institutionnelle des systèmes de santé, donc des acteurs en présence, des compromis et des arrangements politiques qui les sous-tendent. Ce point est particulièrement vrai pour la Banque mondiale. La redécouverte des institutions semble inciter cette organisation à plus de modestie dans ses ambitions et ses projets mais aussi l'amener à diversifier son expertise (jusque-là exclusivement économique et qui, depuis peu, tend à intégrer les acquis de la science politique par exemple) (World Bank, 1999). De même, l'OCDE admet que la mise en

concurrence des assureurs n'est envisageable que « dans les seuls pays où il existe déjà des assureurs en concurrence (qui) adoptent cette approche, peut-être parce qu'il faut leur donner un rôle pour des raisons politiques dans la réforme du système ». Ce pragmatisme comporte indéniablement une dimension tactique, car prôner de manière affirmée un modèle particulier, c'est risquer de voir ses recommandations ignorées dans les pays les plus étrangers au modèle valorisé. En ce sens, le flou permet des appropriations nationales multiples; il est consubstantiel à la diffusion élargie des travaux et permet la formation et le durcissement d'un consensus *a minima*. Comme le souligne à juste titre Michael Moran, « la montée en puissance de l'idéologie du marché s'explique par le fait qu'elle peut être appropriée par un large éventail d'intérêts. C'est là que réside sa force mais aussi sa faiblesse : elle promet différentes choses à des gens différents, bien que ces promesses ne soient pas toujours compatibles entre elles » (Moran, 1998 : 30).

De surcroît, il faut souligner les effets de synergie et de renforce-

ment engendrés par la convergence du discours et du travail des organisations internationales, en dépit des nuances qui les séparent. À cet égard, le fait que l'actuel directeur de la division protection sociale de la Banque mondiale, R. Holzmann, soit un ancien expert de l'OCDE et du Fonds monétaire international nous paraît très significatif de la proximité et de la circulation des référentiels en présence³⁵. Cette circulation est, de manière générale, accélérée par les collaborations de plus en plus fréquentes entre les experts des différentes organisations internationales et les membres des ONG sur des programmes ciblés.

Enfin, il est nécessaire de mettre l'accent sur les stratégies volontaristes d' enrôlement des acteurs nationaux, particulièrement évidentes dans les cas de l'OCDE et de la Banque mondiale. D'une manière générale, on peut dire que le rôle de ces dernières en matière de réforme des systèmes de santé européens s'est jusqu'ici cantonné, mais cela n'est pas rien, à un rôle de « magistrature morale », pour reprendre l'expression de Marianne Berthod-Wurmser (1999 : 219) : leur action a surtout consisté d'une part en un travail de pédagogie et d'information et d'autre part en la constitution d'une véritable communauté épistémique internationale³⁶ d'experts (selon les pays, économistes de la santé, hauts fonctionnaires, hommes politiques) de la réforme de la protection maladie.

Le travail d'information et de pédagogie recouvre une large palette d'activités qui débouchent

sur la diffusion d'une culture comparative et le partage d'un référentiel. La diffusion de celui-ci passe d'abord par la circulation au sein des experts nationaux des rapports officiels de ces organisations, ainsi que de leurs travaux plus officieux comme les *working papers*. Même s'ils ne sont pas toujours cités dans les rapports officiels nationaux, particulièrement en France, les cadres analytiques, les argumentaires et les références académiques proposés par cette littérature se retrouvent peu ou prou dans l'ensemble des publications relatives à la réforme des politiques de protection maladie³⁷. Si cette convergence tient essentiellement au fait qu'experts nationaux et internationaux (ce sont parfois les mêmes puisque de nombreux experts nationaux ont travaillé pour l'OCDE et l'OMS notamment) puisent majoritairement dans le même corpus (l'économie de la santé), il n'en reste pas moins que les rapports officiels de ces organisations fournissent des synthèses actualisées particulièrement utiles pour les acteurs nationaux. L'action pédagogique consiste aussi en l'organisation de séminaires et de colloques périodiques (qui sont l'occasion d'introduire dans les espaces nationaux des problématiques ou des concepts nouveaux mais aussi de développer le « réflexe comparatiste ») et en la mise sur pied de formations spécifiques à destination des *policymakers* et des experts sectoriels³⁸. De surcroît, les organisations internationales peuvent orienter les recherches et les pratiques nationales sur certains thèmes ou actions grâce à la distribution de financements souvent conséquents³⁹.

Cependant, les acteurs nationaux qui participent à cette socialisation et, *in fine*, à ce processus d'harmonisation cognitive et normative, revêtent une identité variable qui s'explique principalement par la spécificité des configurations des réseaux de protection maladie nationaux. La diffusion du programme néolibéral suppose en effet l'appropriation des productions intellectuelles des organisations internationales par des « importateurs » nationaux, appropriation qui est elle-même indissociable d'une sélection et d'une retraduction en fonction des besoins et des traditions nationales. Dans tous les pays, le programme néolibéral est porté par des acteurs qui renforcent leurs positions au sein des réseaux de la politique de protection maladie, mais ces acteurs diffèrent d'un pays à l'autre : ils sont plus politiques en Grande-Bretagne (plan national) et en Espagne (plan local), plus insérés dans des réseaux sectoriels en France (hauts fonctionnaires) et en Allemagne (caisses d'assurance maladie). Ces spécificités nationales expliquent la réception différenciée du programme porté par les organisations économiques internationales. Si les réformes récentes des systèmes de santé reprennent toutes certains éléments de ce programme (concurrence pour la couverture des soins ou entre prestataires de soins, mise en place d'instruments de mesure de la performance), elles varient tant dans leur contenu que dans leurs modalités de décision et de mise en œuvre, car elles reposent sur des importateurs différenciés au sein de configurations plus ou moins propices au changement. L'ampleur de

la contrainte économique, le degré d'ouverture et d'exposition aux expériences étrangères, ainsi que les capacités étatiques (*state capacities*) d'impulser des réformes structurelles contribuent aussi au maintien des spécificités nationales (Freeman, 1999).

Marina Serre
Université Paris I

Frédéric Pierru
Université de Picardie-Jules Verne
CURAPP-UMR 6054 CNRS

Notes

- ¹ Cette recherche a été menée par le groupe « Chinon santé », rassemblant mensuellement des chercheurs pour traiter de questions relatives à la protection maladie en Europe. Outre les auteurs, ce groupe comprend Patrick Hassenteufel (CRAP/ENSP), Sylvie Delaye (CNAM-Paris), Magali Robelet (Lyon 3, LEST), associés pour l'occasion à William Genieys (CEPEL-Montpellier 1), Isabelle Lucas (CRAP-LAPSS/ENSP) et Bruno Palier (CEVIPOF). L'enquête portant sur la diffusion de la concurrence dans la protection maladie en Europe est financée dans le cadre de l'appel d'offres du CNRS « L'identité européenne en questions » (1999-2000). La problématique de cette recherche a été esquissée dans Hassenteufel et al., 2000.
- ² Même si le « refoulement » de cet enjeu a perdu de son efficacité dans la période très récente. De manière inattendue, la prise de conscience des inégalités de santé peut être, comme dans le cas néerlandais, un effet induit de l'introduction de mécanismes de quasi-marché, les pouvoirs publics cherchant alors à affiner les classes de risque au moyen d'études sociologiques et épidémiologiques (Berthod-Wurmsser, 2000).
- ³ Ce dernier objectif, plus ambitieux, est, nous l'avons dit, poursuivi dans le cadre de la comparaison internationale menée avec d'autres chercheurs.

- ⁴ Les auteurs tiennent à remercier les lecteurs anonymes du comité de lecture pour leurs suggestions, ainsi qu'Isabelle Charpentier et Patrick Lehingue, pour leurs lectures stimulantes de versions préliminaires de ce texte.
- ⁵ À partir de la fin des années 1980, les critiques se multiplient de la part des ONG, de certains gouvernements, voire de membres de l'institution, et portent non seulement sur le bilan économique des plans (de nombreux pays clients s'enfonçant dans le sous-développement) mais aussi sur les conséquences écologiques, sanitaires et sociales de ces derniers (Ferrié, 1994).

- ⁶ Ainsi, en avril 2000 à Paris, la Banque mondiale a organisé un séminaire en collaboration avec l'IEP Paris, sur le thème « Réformer les politiques sociales à l'heure de la mondialisation ». R. Holzmann et S. Jorgensen, respectivement directeur et directeur sectoriel du secteur Protection sociale dans le réseau du développement humain de la Banque mondiale, ont alors eu l'occasion de présenter la doctrine de l'institution en la matière. (Holzmann et Jorgensen, 2000). Voir aussi *Revue française des affaires sociales*, 3-4, juillet-décembre 2000.

- ⁷ D'après l'article 1 de la Convention de 1961 instaurant l'OCDE.

- ⁸ Les politiques sociales sont suivies par la Direction de l'éducation, de l'emploi, du travail et des affaires sociales et par un Groupe de travail sur la politique sociale qui supervise la production de rapports sur ce thème.

- ⁹ Cette définition est inscrite dans la constitution de l'OMS et représente toujours la définition officielle utilisée.

- ¹⁰ Cet objectif « Santé pour tous pour l'an 2000 » a été fixé en 1978 dans la Déclaration d'Alma-Ata.

- ¹¹ Selon l'expression utilisée par le Bureau européen dans Santé 21 pour définir ses missions.

- ¹² De manière homologue à l'OMS, les ONG tendent à s'éloigner de l'idéal du militantisme humanitaire (Guilhot, 2000) et sont elles aussi amenées à entretenir des relations de plus en plus étroites avec la Banque mondiale, qui finance

Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformatrice de la politique de protection maladie

124

leurs actions et leur accorde une place de choix dans l'organisation des systèmes de santé des PVD. En retour la Banque mondiale peut « redorer son blason » en affichant ses liens avec des organisations dont la représentation est encore fondée sur la figure du militantisme moral. On assiste ainsi à une remarquable convergence entre les prises de position des ONG et les institutions financières internationales : reconnaissance du rôle joué par les acteurs privés à but lucratif, engagement dans les dispositifs de soins coordonnés, contractualisation des prestataires, etc. (Koivusalo, 1999).

- ¹³ Il faut souligner que ce manque d'efficacité, qui entraîne une dérive des dépenses de santé pour des bénéfices en termes sanitaires réduits, est considéré comme intolérable dans une économie globalisée, que ce soit pour les pays développés (OCDE) ou pour les pays en voie de développement (Banque mondiale).
- ¹⁴ La maîtrise des dépenses de santé est cependant omniprésente dans les rapports de l'OCDE, qui y consacrent en général au moins un chapitre. De plus, les mesures mises en place dans les différents pays sont le plus souvent évaluées en fonction de leurs résultats en la matière.
- ¹⁵ Dans cette perspective d'élucidation des usages stratégiques des statistiques par les organisations internationales (en l'occurrence l'OCDE), mais pour un tout autre objet (l'illettrisme), l'ouvrage d'Alain Blum et de France Guérin-Pace

se révèle particulièrement éclairant (Blum et Guérin-Pace, 2000).

- ¹⁶ Ces comptes sont largement diffusés par l'OCDE et, en France, par le CREDES, sous le nom d'Éco Santé OCDE (*OECD Health Data*) présenté comme la base de données incontournable.
- ¹⁷ Ainsi, les taux d'évolution des dépenses de santé par l'État en France sont fixés en fonction des perspectives économiques.
- ¹⁸ But 19 de Santé 21: « D'ici 2005, tous les États membres devraient avoir mis en place des systèmes de recherche, d'information et de communication qui facilitent davantage l'acquisition des connaissances, leur utilisation effective et leur diffusion pour concourir à la santé pour tous » (OMS, 1999).
- ¹⁹ Ainsi, c'est sous l'égide de l'OMS que se déroule la réflexion entre organisations supranationales sur le sujet. Des groupes de travail sont par exemple mis en place avec l'OCDE et la Communauté européenne pour faire une synthèse des indicateurs existants et établir des recommandations pour leur amélioration. Voir par exemple OMS, 2000
- ²⁰ Sur les différentes définitions de la notion en économie de la santé, voir Schneider-Bunner, 1997.
- ²¹ Ainsi, la première comparaison des réformes de 1992 renvoie aux travaux de l'OMS, qui font référence en la matière, et celle de 1994 à une étude de la CEE (CEE, *L'Équité dans le financement et la prestation de soins de santé*) (OCDE, 1992, 1994).
- ²² En se structurant comme discipline en Europe, à partir du milieu des années 1970 (Béjean, 1994, 1997), et donc en gagnant en autonomie intellectuelle par rapport aux pouvoirs publics, cette dernière s'est insérée dans le champ de la science économique, dont elle est devenue un sous-espace. De fait, elle est de plus en plus régie par des règles de fonctionnement et des critères d'excellence homologues (Lebaron, 2000 : 130-150). La publication d'articles dans les revues anglo-saxonnes, la maîtrise des modélisations mathématiques et économétriques ou encore la participation aux

colloques internationaux sont désormais hautement valorisées (Serré, 2000).

- ²³ Dans le rapport comparatif de 1992, il est cité deux fois dans les bibliographies par chapitre (OCDE, 1992). De même, lors d'une des premières conférences organisées par l'OCDE, il intervient longuement pour présenter le système américain (OCDE, 1990).
- ²⁴ Ces économistes sont des acteurs importants dans la transmission de principes et de recettes d'action parce que « leur intérêt vis-à-vis d'un sujet particulier [...] les conduit à construire un réseau d'envergure nationale et internationale de contacts qui sont autant de sources d'idées pour de nouveaux programmes » (Rose, 1993). Ainsi, depuis sa base à l'Université de Stanford, Enthoven est le pivot d'un réseau d'économistes de la santé qui a fait de son expertise une source très influente dans le débat sur les politiques de santé dans le monde entier.
- ²⁵ A. Enthoven est l'auteur d'un important rapport sur les dysfonctionnements du NHS en 1985 (Enthoven, 1985a) dont s'inspire le livre blanc de 1989 intitulé *Travailler pour les patients*, lequel connaît une diffusion internationale. Il intervient par ailleurs directement dans la réforme de 1991.
- ²⁶ D'origine hollandaise, A. Enthoven a été consulté à maintes reprises par les Hollandais, au moment où ceux-ci préparaient leur propre réforme du système de santé.
- ²⁷ Un rapport d'A. Enthoven publié par l'Institut La Boétie en 1985, la même année que le rapport anglais, atteste le passage de cet expert incontournable (Enthoven, 1985b).
- ²⁸ Illustration de cette capacité des organisations internationales de faire porter leur discours par d'autres acteurs, ce passage d'un rapport de l'OCDE : « Dans de nombreux pays, les autorités ont conclu qu'une bureaucratisation étendue de leurs appareils de prestation et de financement (forgée lors de l'universalisation de l'accès aux soins et de la mise en place de budgets globaux) était contre-productive » (OCDE, 1995 : 3).

- ²⁹ Un des projets de réforme du système américain, proposé notamment par les démocrates, consiste d'ailleurs à créer un système national de financement par l'État (OCDE, 1994).
- ³⁰ Voir notamment « Efficience micro-économique de la demande », dans OCDE, 1995: 61 et ss.
- ³¹ Instauration d'une participation pour les généralistes et majoration du ticket modérateur pour les spécialistes et les dentistes.
- ³² On entend par « gestion des soins » ou *managed care* l'ensemble des instruments qui permettent aux financeurs de contractualiser sélectivement avec les prestataires sur la base des coûts et de la qualité des soins délivrés.
- ³³ La restitution sociologique de ces oppositions, c'est-à-dire de leur(s) principe(s) (en termes de trajectoire notamment), justifierait un travail à part entière que nous n'avons fait – pour l'instant – qu'esquisser. Nous espérons donc que le lecteur exigeant nous pardonnera la simple mention de ces oppositions qui traversent les organisations internationales.
- ³⁴ Si la libéralisation est toujours un thème central des rapports de l'OCDE, ceux-ci s'engagent plus ou moins explicitement en sa faveur. On trouve ainsi des rapports très pro-libéralisation, comme la comparaison G.-B.-Canada-Islande (OCDE, 1995) et dans une moindre mesure la première comparaison des réformes (OCDE, 1992), et à l'inverse des rapports beaucoup plus réservés, voire distants face à la libéralisation (OCDE, 1994).
- ³⁵ Là encore il conviendrait de cerner les intérêts de carrière liés à ce qui semble être une « promotion » professionnelle.
- ³⁶ On entend par communauté épistémique, à la suite de P. Haas, les membres d'une communauté qui partagent une même croyance dans un ensemble de normes et de principes permettant de définir une base raisonnée de valeurs, les mêmes croyances causales découlant de leur observation des pratiques, les mêmes notions de validité pour mesurer le poids et la validité d'une connaissance dans leur domaine de compétence. (Haas, 1992).
- ³⁷ À cet égard, les rapports de l'OCDE, et dans une mesure moindre ceux de l'OMS, font figure d'exception puisqu'ils sont fréquemment cités dans les articles, recherches, manuels, et autres ouvrages de « vulgarisation » écrits par les spécialistes nationaux.
- ³⁸ Par exemple, l'OMS, qui s'est fixé comme but la participation de tous les acteurs à la politique de santé, a mis sur pied une véritable politique de formation pour les États membres. Elle s'est ainsi dotée dès 1982 d'un Groupe d'étude sur le développement de la formation en économie de la santé, qui a donné lieu à diverses sessions destinées aux professions de la santé et aux responsables de la sécurité sociale dans les différents pays. Plus récemment, en 1997, la Banque mondiale a mis sur pied une formation (*Flagship Program*) sur « la réforme dans le secteur de la santé et le financement soutenable », fondée sur « l'état de l'art » en économie de la santé et les enseignements des « bonnes pratiques » menées au plan international, et destinée aux gestionnaires, décideurs et experts; organisée en une série de modules, elle aborde successivement les questions de l'efficience et de l'équité des systèmes de santé, de leur financement, du panier de services et de biens, de la contractualisation et de la rémunération des prestataires, de la managérialisation des unités de soins, de la décentralisation, de la planification, et des « stratégies pour mener à bien le changement ». Les bases théoriques et les expériences tirées de la *managed competition*, tout comme celles du *New Public Management*, constituent donc l'essentiel de ce programme de formation.
- ³⁹ On pense notamment au groupe de recherche européen COMAC sur l'équité dans le financement de huit systèmes de santé européens ou encore au programme *Healthy Cities* développé par l'OMS. Sur celui-ci, voir Hassenteufel et al., « L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et à Brest », dans Fassin, 1998. De même la Banque mondiale, mais cela concerne moins notre domaine d'investigation, rémunère ou subventionne de nombreux chercheurs dans les pays qu'elle dit « clients ».

Bibliographie

- ALTERNATIVES SUD. 1999. « Les institutions de l'ordre économique mondial capitaliste », 6, 2.
- BANQUE MONDIALE. 1999. *La Santé dans le monde : un défi à relever*. Précis OED.
- BÉJEAN, S. 1994. *Économie du système de santé. Du marché à l'organisation*. Paris, Economica
- BÉJEAN, S. 1997. « Les nouvelles approches en économie de la santé. Fondements épistémologiques, divergences et convergences », dans J.-C. SAILLY et T. LEBRUN, dir. *Dix ans d'avancée en économie de la santé*. Paris, John Libbey.
- BERTHOD-WURMSER, M. 1999. « Le rôle des organisations internationales vis-à-vis de la santé. Influence et réticences », *Actes du séminaire* « La régulation sociale : le rôle des organisations européennes et internationales », IEP Paris, 23 et 24 mai.
- BERTHOD-WURMSER, M. 2000. « Programmes de recherche et débat public sur les inégalités de santé: la France est-elle en retrait? », dans A. LECLERC, D. Fassin, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG. *Les Inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte.
- BLUM, A., et F. GUÉRIN-PACE. 2000. *Des lettres et des chiffres. Des tests d'intelligence à l'évaluation du « savoir lire »*. Un siècle de polémiques. Paris, Fayard.
- BOCOGNANO, A., A. COUFFINAHL, M. GRIGNON, R. MAHIEU et D. POLTON. 1998. *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Bilan des expériences étrangères*. Paris, CREDES.
- BRUNET-JAILLY, J. 1999. « La Banque Mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé? », *Revue internationale des sciences sociales*, 161.
- CLAIR-LAMBERT, D. 2000. *Les Systèmes de santé en Europe*. Paris, Seuil.

Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie

126

- COMELIAU, C. 2000. « Le postulat de la croissance indéfinie », *Revue internationale des sciences sociales*, 166.
- COMELIAU, C. 1989. « La crise de la théorie du développement. Une seule politique : l'ajustement structurel », *Le Monde diplomatique*, février.
- DAVALOS, P. 1999. « La Banque Mondiale et la conception néo-libérale du développement durable », *Alternatives Sud*, 6, 2.
- DEEPAK, LAL. 1994. *The Role of the Public and Private Sector in Health Financing*, World Bank, « HRO Working Papers », 33.
- DESROSIÈRES, A. 1997. « Réfléter ou instituer : l'invention des indicateurs statistiques », dans J.-L. PARODI et E. Dupoirier, dir. *Les Indicateurs socio-politiques*. Paris, L'Harmattan.
- DEZALAY, Y., ET B. GARTH. 1998. « Le « Washington consensus ». Contribution à une sociologie de l'hégémonie du néolibéralisme », *Actes de la recherche en sciences sociales*.
- DIXON, K. 1998. *Les Évangélistes du marché*. Paris, Raisons d'agir.
- DOBRY, M. 1986. « Le jeu du consensus », *Pouvoirs*, 38.
- DOLOWITZ, D., R. HULME, M. NELLIS, et F. O'NEILL. 2000. *Policy Transfer and British Social Policy. Learning from the USA?* Buckingham, Open University Press.
- DOLOWITZ, D. P., et D. MARSH. 2000. « Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy making », *Governance*, 13, 1.
- ENTHOVEN, A. 1985a. *Reflections on the Management of the National Health Service*. Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- ENTHOVEN, A. 1985b. *Systèmes de santé : HMO, RSC : comparaisons internationales*. Paris, Institut La Boétie.
- FASSIN, D. 1996. *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, PUF.
- FASSIN, D. 2000. *Les Enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris, Khartala.
- FASSIN, D., dir. 1998. *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris, La Découverte.
- FERRIE, C. 1994. « Timides idées étouffées dans le dogme. Est-il possible de réformer la Banque Mondiale ? », *Le Monde diplomatique*, juin.
- FOUILLEUX, E. 2000. « Entre production et institutionnalisation des idées : la réforme de la politique agricole commune », *Revue française de science politique*, 50, 2.
- FOUNOU-TCHUINGA, B. 1999. « La révision du Consensus de Washington : quel nouveau rôle pour l'État ? », *Alternatives Sud*, 6, 2.
- FREEMAN, R. 1998. « Competition in context : The politics of health care reform », *International Journal of Quality in Health Care*, 10, 5.
- FREEMAN, R. 1999. « Policy transfer in the health sector », Florence, Institut universitaire européen, European Forum, Centre Robert Schuman.
- GEORGE, S. 1988. *Jusqu'au cou. Enquête sur la dette du tiers monde*. Paris, La Découverte.
- GEORGE, S. 1997. « How to win the war of ideas : Lessons from the Grascian right », *Dissent*, 44, 3.
- GEORGE, S. 1999. *A Short History of Neoliberalism*. Conference on Economic Sovereignty in a Globalising World, March 24-26.
- GEORGE, S. 2000. *Le Rapport Lugano*. Paris, Fayard.
- GEORGE, S., et E. GOULD. 2000. « Libéraliser sans avoir l'air d'y toucher », *Le Monde diplomatique*, juillet.
- GEORGE, S., et F. SABELLI. 1995. *Crédits sans frontières : la religion séculière de la Banque Mondiale*. Paris, La Découverte.
- GOSOVIC, B. 2000. « L'hégémonie intellectuelle mondiale et développement », *Revue internationale des sciences sociales*, 166.
- GUILHOT, N. 2000. « D'une vérité à l'autre, les politiques de la Banque Mondiale », *Le Monde diplomatique*, septembre.
- HAAS, E. B. 1990. *When Knowledge Is Power. Three Models of Change in International Organizations*. Berkeley, Los Angeles, Londres, University of California Press.
- HAAS, P. 1992. « Introduction. Epistemic communities and international policy coordination », *International Organization*, 49, 1.
- HACKER, J. S. 1997. *The Road to Nowhere. The Genesis of President Clinton's Plan for Health Security*. New Jersey, Princeton University Press.
- HASSENTEUFEL, P. 1997. *Les Médecins face à l'État. Une comparaison européenne*. Paris, Presses de Sciences po.
- HASSENTEUFEL, P. 1998. « Les réformes des systèmes de protection maladie entre libéralisation et étatisation », *Revue internationale de politique comparée*, 5, 2.
- HASSENTEUFEL, P., M. BACHIR, V. BUSSAT, W. GENIEYS, C. MARTIN et M. SERRE. 1999. *L'Émergence d'une élite du Welfare. Sociologie des sommets de l'État en interaction : le cas des politiques de protection maladie et en matière de prestations familiales (1981-1986)*. Paris, Rapport de recherche MIRE.
- HASSENTEUFEL, P., S. DELAYE, F. PIERRU, M. ROBELET et M. SERRE. 2000. « La libéralisation des systèmes de santé de protection maladie

- européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, 2.
- HOLZMANN, R., et S. JORGENSEN. 2000. « Gestion du risque social : cadre théorique de la protection sociale », Document de travail no 6, *Actes du séminaire Sciences Po-Banque Mondiale*, IEP Paris.
- JOBERT, B. 1992. « Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *Revue française de science politique*, 42, 2.
- JOBERT, B. « Comprendre la conquête néolibérale du monde », à paraître.
- KIMBERLY, J., et G. de POUVOURVILLE, dir. 1993. *The Migration of Managerial Innovation : Diagnosis Related Groups and Health Care Administration in Western Europe*. San Francisco, Jossey-Bass.
- KOIVUSALO, M., et E. Ollila. 1997. *Making a Healthy World*. Londres, Zed Books.
- KOIVUSALO, M. 1999. « Les organisations internationales et les politiques de santé », *Revue française des affaires sociales*, 34.
- LE PEN, C. 1999. *Les Habits neufs d'Hippocrate. Du médecin artisan au médecin ingénieur*. Paris, Calmann-Lévy.
- LEBARON, F. 2000. *La Croyance économique. Les économistes entre science et politique*. Paris, Seuil.
- LORDON, F. 2001. « La force des idées simples. Misère épistémique des comportements économiques », *Politix*, 52.
- MERRIEN, F.-X. 1998. « De la gouvernance et des États-providence contemporains », *Revue internationale des sciences sociales*, 155.
- MERRIEN, F.-X. 1999. « La nouvelle gestion publique : un concept mythique », *Lien social et politiques*, 41.
- MIRE-ENSP, 1995. *Les Transformations des systèmes de santé en Europe : vers de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs et pouvoirs publics*. Éditions ENSP.
- MORAN, M. 1998. « Explaining the rise of the market in health care », dans W. RANADE, éd. *Markets and Health Care. A Comparative Analysis*. Harlow, Addison-Wesley.
- MORAN, M. 1999. *Governing the Health Care State. A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester et New York, Manchester University Press.
- MOUGEOT, M., dir. 1999. *Régulation du système de santé*. Conseil d'analyse économique, La Documentation française.
- MOUGEOT, M. 1994. *Systèmes de santé et concurrence*. Paris, Economica.
- MUSGROVE, P. 1994. *Cost Effectiveness and Health Sector Reform*. Working Paper, World Bank.
- OCDE. 1985. *La Santé en chiffres (1960-1983) : dépenses, coûts, résultats*. Études de politique sociale, no 2.
- OCDE. 1990. *Les Systèmes de santé à la recherche d'efficacité*. Études de politique de santé, no 7.
- OCDE. 1992. *La Réforme des systèmes de santé : analyse comparée de sept pays de l'OCDE*. Études de politique de santé, no 2.
- OCDE. 1992. *Le Système américain à la croisée des chemins*. Études de politique de santé, no 1.
- OCDE. 1993. *Les Systèmes de santé des pays de l'OCDE. Vol. 1. Faits et tendances (1960-1991)*. Études de politique de santé, no 3.
- OCDE. 1994. *La Réforme des systèmes de santé : étude de dix-sept pays de l'OCDE*. Études de politique de santé, no 5.
- OCDE. 1994. *La Santé : qualité et choix*. Études de politique de santé, no 4.
- OCDE. 1995. *À la recherche de mécanismes de marché : les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni*. Études de politique de santé, no 6.
- OCDE. 1995. *Nouvelles Orientations de la politique de santé*. Études de politique de santé, no 7.
- OMS. 1997. *La Santé en Europe, 1997*. Rapport sur la troisième évaluation des progrès accomplis vers la santé pour tous dans la région européenne de l'OCDE (1996-1997).
- OMS. 1999. *Santé 21*. La politique-cadre de la Santé pour tous pour la région européenne de l'OMS, Série européenne de la Santé pour tous, no 6.
- OMS. 2000. *Rapport sur la santé dans le monde 2000*.
- OMS. 2000. *Réunion d'un groupe d'experts chargé d'examiner les observations faites par les États membres concernant les indicateurs de la Santé pour tous applicables à la nouvelle politique de santé de l'Europe*. Mars.
- PALIER, B. 2000. « Does Europe Matter ? Européanisation et réforme des politiques sociales des pays de l'Union européenne », *Politique européenne*, 2.
- PALIER, B., et G. BONOLI. 2000. « La montée en puissance des fonds de pension : une lecture comparative des réformes des systèmes de retraite, entre modèle global et cheminements nationaux », *L'Année de la régulation*, Paris, La Découverte.
- PIERRU, F. 1999. « L'hôpital-entreprise : une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, 46.
- REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES, 1999. 3-4.
- RODWIN, V. G., J. de KERVASDOUE et J. KIMBERLY. 1981. *La Santé rationnée ? La fin d'un mirage*. Paris, Economica.
- ROSE, R. 1993. *Lesson Drawing in Public Policy*. New Jersey, Chatham House.
- SAILLY, J.-C. 1994. « La recherche en économie de la santé. Réflexion sur un état des lieux », *Journal d'économie médi-cale*, 2-3.
- SAINT-MARTIN, D. 1998. « The new managerialism and the policy influence of consultants in government : An historical-institutionalist analysis of Britain, Canada and France », *Governance*, 11, 3.

Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie

128

- SAINT-MARTIN, D. 1999. « Variations sur le thème de la cohésion sociale », *Lien social et politiques*, 41.
- SANDIER, S. 1999. « Socio-économie de la santé. Interprétation des statistiques dans les médias », dans M. MATHIEN, dir. *Médias, santé, politique*. Paris, L'Harmattan.
- SCHNEIDER-BUNNER, C. 1997. *Santé et justice sociale. L'économie des systèmes de santé face à l'équité*. Paris, Economica.
- SERRE, M. 2000. « Quel rôle pour les économistes de la santé dans la réforme? », *Actes du 1^{er} colloque international des économistes de la santé français : l'état de la réforme*. CD-ROM.
- SHAW, R. P. 1999. *New Trends in Public Sector Management in Health. Applications in Developed and Developing Countries*. World Bank Institute.
- STONE, D. 2000. « Non-governmental policy transfer: The strategies of independent policy institutes », *Governance*, 13, 1.
- TOPALOV, C. 1999. « Les réformateurs et leurs réseaux », dans C. TOPALOV, dir. *Laboratoires du nouveau siècle*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- WACQUANT, L. 1999. *Les Prisons de la misère*. Paris, Raisons d'agir.
- WORLD BANK. 1987. *Financing Health Services in Developing Countries : An Agenda for Reform*. Washington, D. C.
- WORLD BANK. 1993. *Investing in Health. World Development Report 1993*. New York, Oxford University Press.
- WORLD BANK. 1997. *Population, Health and Nutrition. Sector Strategy*. Washington, D. C.
- WORLD BANK. 1999. *Investing in Health. Development Effectiveness in the Health, Nutrition and Population Sector*. OED.
- WORLD BANK. 2000. Project appraisal document on a proposed loan in the amount of US\$ 63.3 million to the Republic of Bulgaria for a health sector reform, Report No. 20339.