

La légitimation par la crise ; l'économie de la santé et les organisations internationales (1963-2014)

Constantin BRISSAUD

Labo SAGE-Strasbourg. cbrissaud@gmail.com

ABSTRACT.

L'article rend compte des conditions sociales d'émergence de l'économie de la santé. Le processus d'autonomisation de la discipline par la création de revues, de centres de recherche et de formations, implique un groupe mobilisé pour l'institutionnalisation de la discipline, qui s'avère régulièrement sollicité pour produire de l'expertise à destination d'organisations internationales.

La comparaison des rédacteurs de deux rapports OCDE sur les systèmes de santé, en 1990 et 2011, éclaire le processus d'institutionnalisation de l'expertise en santé publique. Alors que le premier rapport est rédigé par des économistes de la santé académiques, engagés dans des carrières universitaires, mais ayant signé d'autres rapports pour de nombreuses organisations internationales, le second est majoritairement rédigé par des permanents de l'OCDE, relativement moins diplômés, et davantage attachés à l'institution. Des entretiens affinent le sens de la comparaison; les organisations internationales représentent à la fois des débouchés et des forums d'échanges pour les premiers économistes de la santé. Le constat de « crise » des systèmes de santé est ainsi relayé entre ces institutions, favorisé par un contexte général de limitation des dépenses publiques rendant le travail des économistes de la santé d'autant plus nécessaire, et l'application des solutions plus urgente.

L'étude invite à généraliser ce résultat : la limitation des ressources - dont le constat de « crise » désigne un état paroxystique - apparaît alors comme condition préalable à l'appréhension d'un objet par la théorie économique.

Keywords: Economie de la santé, organisations internationales, OCDE, sociologie des sciences

« Ce qui manque ne peut être compté »

L'Ecclésiaste, 1.15¹

L'article de 1963 de Kenneth Arrow est souvent identifié comme l'acte fondateur de l'économie de la santé (Culyer et Newhouse, 2000 ; Cardoso, 2008 ; Getzen, 2014). Résultat d'une commande de la fondation Ford appelant à l'interdisciplinarité dans l'étude des domaines de la santé, de l'éducation et des politiques sociales, il constitue une tentative d'application des recherches d'Arrow sur l'équilibre des marchés aux relations entre médecins et malades. Coup de force théorique, dans la mesure où la relation entre médecin et malade relève par définition d'une asymétrie d'informations, l'article pointe les « défauts de marché » inhérents à cette situation, et établit les principes d'efficience d'un marché des soins médicaux. D'objet d'étude marginal, l'article rend, selon Mark Pauly, l'économie de la santé, « non seulement respectable ; mais en plus (...) intéressante ». Aidé par la notoriété de son auteur, l'article, de travail novateur, devient un véritable programme de recherche investi par de nombreux économistes, ce que les tentatives précédentes de théorisation de l'économie de la santé n'étaient pas parvenues à susciter (Cf. Mushkin (1958) par ex. puis Mushkin (1962)) Un article en particulier apparaît comme le fruit de l'intérêt des économistes pour la santé : l'article de Michael Grossman de 1972, qui théorise la « demande de soins », dans le cadre des théories du capital humain ouvertes par son directeur de thèse à Columbia, Gary Becker. La santé y est considérée comme un capital individuel, qui se déprécie au cours de l'existence et peut être augmenté par des investissements. Loin de se limiter au système de soins, Grossman considère donc le prix de « la santé » en y intégrant de nombreux autres facteurs, notamment individuels. Ainsi, l'article de Kenneth Arrow déploie la spécificité du marché des soins de santé, justifiant une spécialisation des chercheurs dans cette branche (Cardoso, 2008) tandis que Grossman élargit les recherches économiques sur la santé à des facteurs individuels, hors du marché des soins de santé.

La constitution de ce programme de recherche s'inscrit dans le cadre d'une effervescence théorique en science économique, qui voit ses objets d'étude se multiplier au point que certains économistes en appellent à un « impérialisme de la science économique »². La discipline ne connaîtrait virtuellement pas de limite à l'application de ses théories : politiques sociales (Buchanan), vote (Downs), démocratie, choix d'études (Becker) sont étudiées par des économistes qui y appliquent les cadres épistémologiques et les modes de pensée communs dans la discipline (choix rationnel et maximisation de l'utilité en particulier). C'est dans cette dynamique de translation du champ scientifique américain vers la

¹ Cité par Supiot (2015)

² Pour un constat en forme de programme cf. Tullock (1972)

science économique (Heilbron et Convert, 2004) que la santé publique est annexée à l'ensemble des objets justiciables d'une analyse économique. Si Andrew Abbott (2001) a mis en évidence le fonctionnalisme que présuppose la vision d'une science évoluant par l'affinage progressive de ses objets d'études ainsi réduits en ensembles de plus en plus spécialisés, il apparaît important de rendre compte des conditions sociales d'émergence d'une spécialité scientifique. On contribue par ce mouvement à une connaissance générale du processus et aux spécificités du cas d'espèce de l'économie de la santé.

On pointera ici les déterminants sociaux de la légitimation de l'économie de la santé dans la discipline économique. Notre hypothèse est que dans le contexte d'augmentation rapide des dépenses et de raréfaction des recettes, le constat de crise, appliqué aux systèmes de santé, constitue un puissant levier de constitution d'un corps spécialisé dans la résolution des problèmes de financement des systèmes de santé : les économistes de la santé. En outre, nous montrons que la contribution des organisations internationales s'avère déterminante dans la stabilisation du savoir accumulé par les économistes sur les systèmes de santé. Décrire la crise c'est aussi construire le problème comme « public » (Gusfield, 2009, [1981]) -, et offrir aux experts des moyens de prescrire les remèdes à apporter aux systèmes nationaux de santé. Le multi-positionnement (Boltanski, 1973) des experts en santé publique suscite la circulation des évidences et des modèles de solutions à apporter. Nous articulons donc une analyse de la constitution et des changements de la théorie économique appliquée à la santé, à l'apport des organisations internationales comme lieux de conception et de traduction des réformes de santé publique à destination des Etats. L'intérêt de cette perspective transnationaliste d'analyse de la protection sociale a été souligné par Patrick Hassenteufel et Bruno Palier (2001), tandis que Didier Fassin (2000) a mis en évidence le rôle des organisations internationales dans la redéfinition des politiques de santé publique. Enfin, Marina Serré et Frédéric Pierru (2001) ont étudié le discours propagé par ces organisations, mais dans une perspective institutionnaliste qui néglige les modalités intra-organisationnelles de constitution d'expertise savante sur les questions de santé.

Nous retracerons dans un premier temps l'émergence de l'économie de la santé en tant que spécialité en économie. La création de formations spécialisées d'une part, puis la consolidation des acquis de cette discipline dans des associations professionnelles seront pris en compte afin de déterminer le degré de cohésion du « corps » (Bourdieu, Boltanski et Maldidier, 1971) des économistes de la santé. Apparaissent ainsi une série de problèmes dont les économistes de la santé détiennent le monopole de l'explication légitime : une *jurisdiction* (Abbott, 1988) - (I) La recherche, à la fois étatique et internationale, d'expertise pour expliquer, voire résoudre ce qui est communément considéré comme une "crise" des systèmes de santé offre aux économistes de la santé des possibilités de reconversions avantageuses dans les organisations

internationales. On montrera en seconde partie que ces possibilités de reconversion sont en adéquation avec les dispositions dont sont porteurs les économistes de la santé travaillant pour ces organisations internationales en focalisant nos exemples sur les experts de l'OCDE. Organisation internationale spécialisée dans la production de données comparatives, l'OCDE revendique un travail correspondant aux canons scientifiques et emploie - à titre temporaire ou permanent - un grand nombre d'universitaires. Elle est la première organisation à avoir produit, à partir de 1977, des données régulières sur les comptes de santé de ses pays membres. La production d'un sens commun sur le constat de crise et les réponses à y apporter est alors favorisée par la circulation des agents entre organisations internationales, espaces académiques, et administrations nationales (II), produisant pour les économistes de la santé « la croyance en leur propre nécessité » à la manière des consultants étudiés par Odile Henry (1997).

Une sociologie historique de la création de l'économie de la santé sera entreprise dans la première partie. Après avoir retracé les trajectoires de ses premiers promoteurs, et la création de formations spécifiques, nous rendrons compte de la création des premières revues en économie de la santé et des propriétés sociales de leurs créateurs, en soulignant leur investissement précoce du niveau supra-national, tant de légitimation scientifique que d'action politique. Dans la seconde partie, l'analyse comparée des propriétés sociales des rédacteurs de deux rapports OCDE en 1990 et 2011 permettra d'approfondir les hypothèses proposées. La mise en évidence de deux populations distinctes d'experts, l'une disposant d'une grande légitimité académique, plus âgée et émargeant à de nombreuses organisations internationales, l'autre plus jeune, moins diplômée et davantage attachée à l'OCDE, permet de comprendre les modifications qui ont affecté l'espace transnational de l'économie de la santé ces trente dernières années. Apparaît un double système de légitimation, où la légitimité experte tend à être conférée davantage par le politique que par l'académique, et par l'international que le national. Condition structurale d'exercice de l'expertise, la circulation du constat de « crise » appliqué aux systèmes de santé apparaît au terme de l'étude comme la condition d'existence de l'économie de la santé (Weber, 1964 [1904] :139 ; Steiner et Vatin, 2009 : 5). Les conclusions sur le rôle de l'international en tant que niveau pertinent de définition des problèmes légitimes et de leurs solutions (Sapiro, 2013) restent toutefois spécifiques à la science économique - qui se distingue d'autres disciplines par une série de traits caractéristiques, en particulier la position dominante qu'y occupe la production nord-américaine (Lebaron, 2000) et sa proximité avec le « champ du pouvoir » (Bourdieu, 2011) - et à la période étudiée - qui diagnostique la « crise » du modèle de l'Etat Providence.

A. L'ÉMERGENCE DE L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

A.1. L'ÉMERGENCE DE FORMATIONS SPÉCIALISÉES

Si l'article d'Arrow est pionnier en économie, il n'est pourtant pas le premier à mettre en rapport les moyens investis en santé et les résultats obtenus. Par exemple l'épidémiologie a auparavant étudié de grandes cohortes de population pour définir les facteurs de maladie, les moyens d'action à même de prévenir leur développement, et l'évaluation des politiques mises en œuvre. Elle a aussi rapidement appliqué des modèles mathématiques complexes à l'étude du développement des maladies. En outre, les comptes nationaux de santé (Comité sur le coût des soins médicaux, 1933 ; Rapport Guillebaud, 1952) et les comparaisons internationales (émanant en particulier de l'Organisation Internationale du Travail) ont depuis longtemps mis en rapport coûts et bénéfices des politiques publiques de santé (Hassenteufel et Palier, 2001).

La véritable nouveauté de l'article d'Arrow réside dans son appréhension de l'espace des pourvoyeurs de soin comme un marché. Arrow opère un déplacement d'intérêt par rapport à l'épidémiologie ; de la santé des populations aux modèles de concurrence entre pourvoyeurs de soins. Il est très clair dans son introduction : « il faut souligner que le sujet de cet article est l'industrie du soin médical, pas la santé ».³ L'autonomisation théorique de l'économie de la santé par rapport à l'épidémiologie s'opère donc par le déplacement des fins de la recherche : santé des populations pour l'épidémiologie, marché « optimal » des soins de santé pour l'économie de la santé. Ou pour le reformuler en termes de demande : de la demande de santé à la demande de soins de santé.

Ce déplacement d'intérêt n'a toutefois pas résisté à l'essor des théories du capital humain. Si les choix les plus divers peuvent être considérés par l'analyse économique, pourquoi pas la demande de santé ? Ce tournant - illustré par l'article de Michael Grossman paru en 1972 - fait toutefois douter de l'unité de l'objet d'analyse.⁴ L'article de Kenneth Arrow évaluait en effet les différences entre un marché « classique » et le marché des soins de santé, à un niveau agrégé, tandis que l'article de Michael Grossman s'interroge sur la « demande de santé » émanant des individus. Il ouvre la voie à des programmes de recherche davantage micro-économiques, qui seront par la suite repris dans les questionnements sur la maîtrise des dépenses posés au niveau des gouvernements (Serré, 2003).

Deux travaux ont été consacrés à l'autonomisation de l'économie de la santé en France : les thèses de Daniel Benamouzig (Benamouzig, 2005) et Marina Serré. Ils s'accordent sur une chronologie qui voit l'économie de la

³ « It should be noted that the subject [of his paper] is the medical-care industry, not health »

⁴ Une économiste, Claudia Cardoso, s'interroge ainsi en 2008 : « Health economics or health care economics ? ». Plus généralement, il est significatif que soient labellisés « économie de la santé » des travaux aussi divers que ceux portant sur la manière la plus efficiente de faire fonctionner un hôpital, de réformer le système national des hôpitaux - par le système des agences régionales par exemple en France -, ou la manière dont un agent va choisir de réaliser des soins de santé en hôpital public ou dans une clinique privée. Le *New Palgrave : Dictionary of economics* de 1987 note ainsi : « the field divides naturally into two distinct, albeit related, subjects: the economics of health per se, and the economics of medical care ».

santé créée en France sous la double tutelle de la médecine et de l'administration du Plan, dont témoigne en 1955 la création de la division médicale - animée par des médecins hospitaliers - du CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie), organisme rattaché au Plan. Porté par une cohorte d'ingénieurs-économistes réformateurs, il témoigne de l'ambition d'appliquer la comptabilité nationale à la santé dans le cadre global d'un référentiel d'action publique keynésien (Serré, 2003; Benamouzig, 2005: 425).⁵ C'est au cours des années 1970 que l'économie de la santé s'autonomise par rapport à la médecine et l'administration publique. Comme le suggère Marina Serré, cette autonomisation est analysable selon le schème de la professionnalisation des économistes proposé par Frédéric Lebaron (2000). Marina Serré décrit ainsi les économistes académiques comme de « véritables entrepreneurs de professionnalisation ». Cette entreprise se traduit concrètement par la constitution d'associations professionnelles, de programmes d'enseignement et de recherche, et de création de revues ; « Les économistes de la santé académiques ne font, dans cette optique, que reproduire à leur niveau le processus qui caractérise l'ensemble des économistes » écrit-elle.

On retrouve cette chronologie dans de nombreux pays, où les enseignements en économie de la santé en tant que sous-discipline propre se développent dans les années 1970 (Danemark, France, Grande-Bretagne, Etats-Unis...). Le premier master en économie de la santé à l'université de York apparaît en 1978. Les premières facultés à créer des enseignements en économie de la santé, sont Harvard, la London School of Economics et l'université de l'Indiana, le plus souvent en lien avec des agences gouvernementales. Ainsi aux Etats-Unis, où la recherche en économie de la santé prend souvent la forme d'associations entre médecins, épidémiologistes et économistes dans les agences gouvernementales comme le NBER (National Bureau of Economic Research), ou des organisations comme la RAND Corporation, avant de devenir une spécialité académique, d'abord confidentielle dans les années 1970, puis généralisée au cours des années 1980 (Cardoso, 2008). Il faut toutefois noter la création en 1963 au sein de l'American Economic Association d'une section spécialement dédiée aux recherches sur la santé, tandis qu'un comité des économistes de la santé était créé dans les années 1970 au sein de l'Association américaine de santé publique. La section ne fera toutefois pas long feu, au contraire du Health Economists' Study Group créé en 1972, par un groupe d'économistes de l'université de York. Principalement porté par Anthony Culyer, aujourd'hui éditeur du *Journal of Health Economics* et du *Handbook of Health Economics* (Culyer et Newhouse, 2000), il est le premier réseau professionnel pérenne des économistes de la santé, et place durablement l'université de York sur la carte de la discipline. Enfin, le premier congrès international d'économie de la santé - qui prend plutôt la forme d'un séminaire international sur invitation - se tient à Tokyo en 1973,

⁵ Pour une mise en perspective historique qui enlève au référentiel « keynésien » son caractère d'évidence pour qualifier l'administration française des années 1950-1960, cf. Gaiti, 2014)

puis un autre à Leyde en 1981. Mais le premier véritable congrès international, comprenant beaucoup de participants (environ 400) a lieu en 1990 à Zurich.

Si le découpage chronologique comporte toujours une part d'arbitraire, on peut toutefois noter que l'institutionnalisation de la profession s'accélère dans la décennie 1990. L'éclosion de nouveaux centres de recherche et de formation en économie de la santé a multiplié le nombre de praticiens. Créée en 1994, l'association internationale des économistes de la santé estime à 25 le nombre d'économistes de la santé aux Etats-Unis et autant en Grande-Bretagne au début des années 1970. Leur nombre aurait été multiplié par dix en Grande-Bretagne et par cinquante aux Etats-Unis vingt-cinq ans après. En l'an 2000, les associations professionnelles nationales d'économistes de la santé comptent entre 200 et 250 membres en France et en Grande-Bretagne, plus de 300 dans le groupe des pays nordiques, plus de 1000 membres aux Etats-Unis, 150 au Canada et 100 dans le groupe australien. L'association internationale des économistes de la santé considérait en 2000 qu'environ un tiers du nombre total des économistes de la santé appartenait à l'association (Getzen, 2014).

Le premier prix académique en économie de la santé signale la stabilisation de la discipline autour d'un modèle commun de professionnalisme. Il est créé par Tom Getzen, président du comité pour l'économie de la santé de l'association américaine de santé publique en 1994. Avec le soutien de Joe Newhouse, Mark Pauly et d'autres économistes de la santé américains, ainsi qu'Anthony Culyer et Alan Maynard à York, et Bengt Jonsson et d'autres économistes de la santé des pays nordiques, il est nommé « prix Kenneth Arrow », en hommage au « créateur » de la discipline.

Un Ngram Google⁶ permet d'évaluer la multiplication des usages du terme « health economics » dans la littérature.

⁶ Le Ngram calcule le nombre d'occurrences d'un terme dans la base de données des livres numérisés de Google. Utile à titre exploratoire, il ne permet pas de conclusion formelle dans la mesure où l'étendue des livres numérisés à un moment donné est inconnue, et constamment changeante. Il reste qu'avec plus de 20 millions d'ouvrages numérisés, les tendances mises en évidence par le Ngram ont peu de risque de changer drastiquement.



Ngram représentant le nombre d'occurrences du terme «health economics » entre 1900 et 2000

On constate ainsi une formidable multiplication de l'usage du terme à partir des années 1970, augmentation d'autant plus notable qu'elle concerne les livres et non les articles, pourtant supports privilégiés de la communication scientifique entre économistes (Lebaron, 2000).

Du point de vue du contenu, l'économie de la santé conquiert sa spécificité par son objet : les services de santé. Auparavant non justiciables d'une analyse économique, Kenneth Arrow circonscrit précisément leur spécificité et pointe donc les directions disponibles pour l'analyse économique des services de santé. Il reste que l'objet se prête mal à l'analyse économique classique : l'information est par définition lacunaire, les marchés faussés et le consommateur ne paie que rarement la totalité du service. En outre, la définition de la santé *in abstracto* est impossible - écueil qu'Arrow évite en limitant son étude aux *services* de santé. Loin d'épurer la théorie, on est ici face à un approfondissement par la multiplication des objets d'étude proposés à la théorie économique et rendant la théorie plus appliquée, plus "impure ». L'approfondissement scientifique réalisé par l'économie de la santé s'apparente à l'approfondissement matériel que Philippe Steiner (1998) théorise pour les rationalisations de la connaissance économique entre 1750 et 1850 : il s'agit non de rendre plus élégantes les démonstrations mais d'élargir le spectre des objets pris en compte par la discipline au prix de tentatives *ad hoc* de développements, par la suite rattachées au paradigme.

L'approfondissement matériel de la théorie économique s'effectue donc dans un champ relativement hétéronome - celui de la production de théorie économique -, dans une spécialité dominée qui dispose donc ses producteurs à l'application pratique de leurs connaissances (Bourdieu, 1997). Le cas d'une sous-discipline en voie d'institutionnalisation fournit à ce titre un cas paradigmatique de professionnalisation par la

reconnaissance du monopole de l'expertise légitime sur une spécialité donnée, spécialité reconnue comme domaine potentiel d'action publique par l'action normative de l'Etat (Bourdieu, 2012 : 196).

Le sujet « fourniture de services de santé » est le plus abordé par les articles les plus cités en économie de la santé dans les années 1970 et 1980 (Wagstaff et Culyer, 2011 : 38). Nous l'analysons comme une réponse à la demande étatique de la part des économistes de la santé sollicités pour faire des comptes de santé pour les Etats, qui correspond au niveau théorique à une première tentative de différenciation entre les services « de santé » et les autres. Au cours des années 1990 et 2000 au contraire, les sujets les plus abordés par les articles les plus cités en économie de la santé sont « les déterminants de santé et de maladie », et « statistiques et économétrie de santé ». A un premier état des connaissances en économie de la santé caractérisé par des questionnements sur les limites de l'objet étudié et dont témoignait déjà l'article de Kenneth Arrow (qui différenciait la « santé » *in abstracto* des « services de santé ») répond un second état, qui dans la perspective ouverte par Michael Grossman, échafaude des modélisations de la « demande en santé ».

Ces tendances sont interprétables comme des indices du lien fort existant entre demande administrative et théorisation en économie de la santé ; dans les années 1960-1970, la préoccupation des Etats réside - dans une logique keynésienne - dans la production de comptes de santé, dans une cartographie au niveau macro des services de santé nationaux - que le travail d'Arrow pousse à considérer comme un marché. Dans les années 1980-1990 en revanche, les questionnements étatiques se concentrent sur la régulation économique des systèmes de santé. La « recherche d'efficacité » (OCDE, 1990) pousse à envisager le recours aux « mécanismes de quasi-marché » pour la plus grande part de la population et une protection maladie concentrée sur les plus pauvres (Duval, 2007 : 82-89 pour le cas français).

A.2. LES CRÉATIONS DE REVUES COMME INDICATEURS DE LA COHESION DU GROUPE

La création de journaux en économie de la santé offre un indicateur pertinent des réputations différentielles des premières générations d'économistes de la santé. L'identité des créateurs met aussi en évidence les centres de recherche les plus dynamiques dans l'institutionnalisation de la discipline. Une étude approfondie des revues, notamment par la technique de l'analyse de réseau des citations est en cours.

Le *Journal of Health Economics* est créé en 1981 par Joseph Newhouse (1942-) et Anthony Culyer (1942 -). Titulaire d'un PhD en économie obtenu à Harvard en 1969, Newhouse travaille à la RAND de 1972 à 1988 et occupe aujourd'hui la chaire de « Health Policy and

Management » à Harvard. Anthony Culyer est anglais. Après un Bachelor of Arts en économie obtenu à Exeter en 1965, il est titulaire d'une bourse Fullbright à l'Université de Californie à Los Angeles, et devient professeur en 1969 à l'université de York. Le rôle de passeur de Culyer - dans la mesure où il organise les premières réunions régulières des économistes de la santé - est récompensé par un doctorat honoris causa de l'université de Stockholm.

Health Economics est, d'après les informations qualitatives recueillies par entretien et selon son h-factor,⁷ le deuxième journal le plus central de la discipline. Créé en 1992 par Alan Maynard de l'université de York il compte parmi les quatre éditeurs du journal, deux universitaires de York, un de à Glasgow et un dernier de l'université du Wisconsin. Edité par l'université de York, il représente l'approche européenne de l'économie de la santé (Blaug, 1998).

Un troisième journal, *Health Affairs*, est fondé par John Iglehart en 1981. Moins spécifique à l'économie de la santé, il semble constituer davantage une instance de dialogue entre médecins et économistes de la santé ce dont témoignent quelques propriétés de son créateur. Correspondant du *New England Journal of Medicine* à Harvard et vice-président du Kaiser Foundation Health Plan - un organisme privé pourvoyant des services de santé intégrés (de l'assurance à l'hôpital) - Iglehart était formé en journalisme. Le journal apparaît moins influent que les deux précédents dans la cohésion du groupe des économistes de la santé mais son assise institutionnelle à Harvard et sa place particulière entre le corps des médecins et celui des économistes de la santé invite à en faire une analyse interne ultérieure.

Enfin, un indicateur important de la stabilisation théorique de la discipline est constitué par la publication du *Handbook of Health Economics* en 2000. Dirigé par Anthony Culyer (York) et Joseph P. Newhouse (Harvard), qui étaient aussi les créateurs du *Journal of Health Economics*, il est divisé en seize chapitres qui couvrent tant l'approche initiée par Arrow que les approches micro issues du travail de Grossman.

L'espace théorique de l'économie de la santé s'est, au terme de ce processus, internationalisé, et a renforcé ses frontières en stabilisant les objets et les méthodes de sa pratique. Au terme du processus, on peut effectivement parler d'une discipline « économie de la santé », portée par des centres de recherche très actifs (York et Harvard notamment), des revues (*Health Economics* et *Journal of Health Economics*) et des individus centraux dans la discipline (en particulier Anthony Culyer et Joseph Newhouse). Dans le même temps, les référentiels d'action publique se sont eux aussi harmonisés. Sans préjuger de la relation de causalité, il convient de remarquer que processus de stabilisation théorique et mouvement d'harmonisation transnationale des politiques de protection maladie sont concomitants, en particulier dans les pays de l'OCDE (réforme du National Health System britannique de 1991, plan

⁷ Pour une critique synthétique des indicateurs de bibliométrie cf. Gingras, 2014.

Juppé de 1995, réformes Seehofer de 1992 et 1997 en Allemagne...visent par exemple à restaurer l'efficacité des systèmes de santé par le recours aux systèmes de « concurrence encadrée »).

Au terme de cette description, il apparaît heuristique d'envisager la caractérisation des économistes de la santé comme corps, dans la mesure où ils apparaissent relativement homogènes du point de vue des principes de division dominants dans le champ de la science économique (travaillant une sous-discipline dominée, formés dans certains centres de recherche particuliers) et unis par une solidarité fondée sur la participation au même capital symbolique. Il faut aussi souligner l'hétéronomie de l'espace de l'économie de la santé ; discipline opérationnelle, ses objets d'étude sont intimement liés à la structure des espaces nationaux dans lesquels se déploie sa recherche. Newhouse (1998) notait ainsi, suite à une étude statistique sur les économistes de la santé que l'économie de la santé aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne pouvait être caractérisée comme « deux disciplines séparées par un langage commun », les économistes de la santé américains focalisant leurs recherches sur l'assurance, la demande et les marchés, quand les Européens étudient davantage les questions d'équité, et d'accès aux soins dans le cadre de l'Etat social. Les chemins différents pris par la discipline dans ces deux ensembles de pays illustrent toutefois la même vocation à l'application des recherches, qui répondent à chaque fois aux préoccupations spécifiques des pays dans lesquels elles se déploient. Cet aspect est notamment renforcé par la présence importante des économistes de la santé dans des institutions para-académiques comme les ministères, les agences de santé ou les organisations internationales.

B. L'INFLUENCE D'ORGANISATIONS INTERNATIONALES DANS L'ÉLABORATION NATIONALE DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Des comptes nationaux de santé ont été faits, par exemple aux Etats-Unis dans les années 1930 (Committee on the cost of medical care, 1933) et en Grande-Bretagne (rapport Guillebaud, 1956), mais la première comparaison internationale de systèmes de santé est due à l'OMS, qui, en 1958 compare les systèmes de santé de six pays, sous la direction de Brian Abel-Smith (1926-1996). Enfin, le rapport OCDE de 1977 est le premier à ouvrir une comparaison internationale des systèmes de santé comprenant une focale historique. C'est la raison pour laquelle nous avons focalisé notre étude sur cette dernière organisation.

B.1. LES RÉDACTEURS DES RAPPORTS EN SANTÉ PUBLIQUE POUR L'OCDE : DES ACTEURS MULTI-POSITIONNÉS

Les rédacteurs des rapports en santé publique de l'OCDE sont considérés comme les porteurs de modèles de réforme. On fait l'hypothèse que leurs circulations dans les organisations internationales sont aussi les circulations des solutions qu'ils préconisent à la « crise » des systèmes de santé. Il faudrait toutefois vérifier cette hypothèse par l'examen approfondi des archives de l'OCDE ; comparer les minutes des réunions d'experts et le contenu des rapports produits par l'OCDE permettrait d'affiner les transactions auxquelles se livrent les experts en économie de la santé, à la fois entre eux, et avec les représentants des gouvernements nationaux. Cet approfondissement, déjà entamé, tend à confirmer l'hypothèse de départ mais il sera mené de manière exhaustive pour la période 1977-2014 dans une phase ultérieure du travail. Sans préjuger de la représentativité de l'OCDE par rapport aux autres organisations internationales, ou des économistes de la santé à l'OCDE par rapport à la population générale des économistes de la santé, la comparaison des rédacteurs des rapports OCDE ouvre toutefois des perspectives comparatives heuristiques.⁸

⁸ Cette base de données est ainsi réalisée en collaboration avec Anabel Rodriguez (Cermes), qui code selon les mêmes variables les rédacteurs de rapports pour la Banque Mondiale ; et Magdalena Hadjisky et Dorota Dakowska (SAGE) qui codent selon les mêmes variables les individus des divisions respectivement « administration publique » et « éducation » de l'OCDE. Par comparaison, on se donne donc le moyen de déterminer la spécificité des experts en santé publique de l'OCDE par rapport à ceux officiant dans d'autres organisations internationales d'une part, et par rapport à ceux travaillant dans d'autres divisions de l'OCDE d'autre part ; c'est-à-dire de constituer la division santé de l'OCDE comme « cas particulier du possible » comme écrit Bachelard (1966 [1949]).

Les modalités de construction de la population

La détermination de la population était particulièrement délicate, du fait que l'appartenance à l'OCDE est rarement pleine et entière puisque, par hypothèse, nous souhaitons vérifier les circulations des experts en santé publique entre différentes organisations. En outre, l'appartenance à la population générale des économistes de la santé constitue un enjeu de luttes, ce qui fait de l'inclusion ou non dans la population initiale une prise de position dans le jeu que le chercheur souhaite justement étudier.⁹

On a donc choisi d'opérer depuis le « site » (Bourdieu, 1975) de l'OCDE, considérant que les membres de cette organisation étaient, du fait de la construction précoce d'une base de données de santé, les plus proches des économistes de la santé académiques. Tout individu cité comme auteur d'un rapport OCDE consacré à la santé est donc inséré dans la base de données. On s'est limité ici à deux rapports : *Les systèmes de santé ; à la recherche d'efficacité*, 1990 et *Panorama de la santé*, 2011 afin de comparer les propriétés sociales des producteurs de rapports OCDE à deux moments différents de l'institutionnalisation de la discipline.

Différents groupes de variables ont été construits pour cette première étape de la recherche. Ils permettent de résumer les différentes dimensions de l'espace dans une seule base de données qui a, en elle-même, un intérêt descriptif (Lebaron, 1997).

Les titres scolaires et leurs lieux d'obtention : M. Sc ou PhD, la discipline (économie de la santé, économie ou autre), l'année d'obtention et le lieu d'obtention.

Position professionnelle : le statut à l'OCDE (permanent, temporaire ou intergouvernemental), le poste actuel (secteur privé, universitaire, secteur public, ou organisation internationale)

Le capital académique : les tâches d'enseignement éventuelles, la centralité des publications (publications dans des revues généralistes, dans des revues spécialisées, ou dans des revues très spécialisées ou n'étudiant qu'une zone géographique circonscrite).

Ces variables sont complétées par d'autres indicateurs que l'on n'a pu faire figurer dans l'ACM pour des raisons de lisibilité (n=39). En particulier les lieux et dates de naissance, le sexe, les appartenances professionnelles (associations d'économistes généralistes ou d'économistes de la santé, mondiale ou régionale, passage par l'industrie pharmaceutique), des indicateurs de « capital international » (nombre de langues de publication, stages et études à l'étranger), des variables complémentaires affinant la position à l'OCDE (poste le plus élevé,

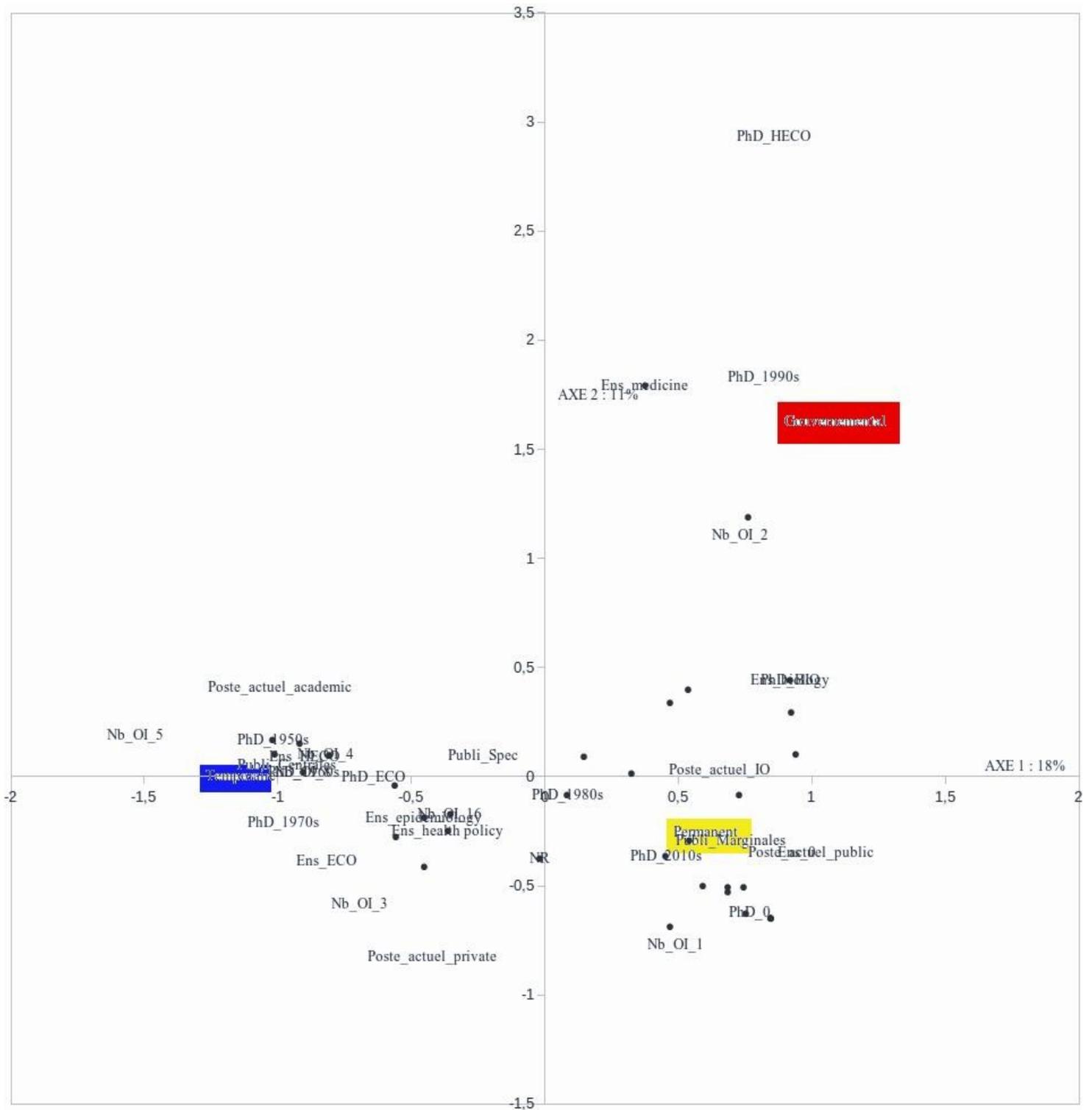
⁹ Bourdieu parle à cet effet de « cercle herméneutique » : « pour construire le champ, on doit identifier les formes de capital spécifique qui y seront efficientes ; et, pour construire ces formes de capital spécifique, on doit connaître la logique spécifique du champ. Ce qui enclenche un va-et-vient incessant dans le cheminement de la recherche, qui est long et difficile » (Bourdieu et Wacquant, 2014 : 154).

poste occupé le plus longtemps, nombre de postes occupés, nombre de rapports signés) et la position universitaire (conférences académiques, nombre de publications dans des revues scientifiques). Enfin, des indicateurs de pouvoir universitaire dans le corps des économistes de la santé (distinctions académiques spécifiques à la discipline, doctorats honoris causa).

Le rapport « Les systèmes de santé : à la recherche d'efficacité » compte plus de 200 pages. C'est le premier de cette taille pour l'OCDE. Préfacé par Thomas J. Alexander, chef de la division « travail, affaires sociales » de l'OCDE, le rapport est le septième de la série « études de politique sociale » de l'OCDE. Significativement, il se donne explicitement pour objectif de produire des recommandations de politique publique en matière de santé. Chaque chapitre est traité par un spécialiste (liste en annexes) dont une courte biographie est donnée à la fin de l'ouvrage.

Le rapport de 2011, « Panorama de la santé », témoigne a contrario de l'institutionnalisation des études de santé à l'OCDE. Célébrant le cinquantenaire de l'Organisation, il est précédé d'un avant-propos qui spécifie « cette publication a été préparée par une équipe de la Division santé de l'OCDE ». Les rédacteurs de chaque chapitre sont cités, mais c'est bien la Division qui est mise en avant car aucune information biographique sur les auteurs n'est donnée.

La comparaison des propriétés sociales des rédacteurs des rapports nous renseigne, à titre exploratoire, sur les tendances dans le recrutement des experts sur les questions de santé par l'OCDE.



ACM réalisée avec l'aide d'Alessio Motta, représentant, projetées sur un graphe, les propriétés sociales des rédacteurs des rapports OCDE de 1990 et 2011.

L'ACM indique les modalités prises par les variables liées à la position des individus dans l'OCDE. Le premier axe, qui explique 18 % de l'inertie totale, oppose les individus en fonction du statut d'emploi à l'OCDE. Trois populations sont nettement distinguées. Les intergouvernementaux d'une part ; détachés par leur pays à l'OCDE, ils sont relativement jeunes ; ils ont obtenu leur PhD dans les années 1990, et sont spécifiquement formés en économie de la santé.

Les permanents de l'OCDE sont encore plus jeunes, n'ont pour la plupart pas fait de carrière académique (ils n'ont pas de PhD et, pour ceux qui le font, publient dans des revues marginales). Pour partie au moins du fait de leur jeunesse, ils n'ont collaboré qu'à l'OCDE, ce qui invite à tester l'hypothèse de carrières modales qui feraient de l'OCDE un tremplin éventuel plutôt qu'une position de fin de carrière.

Enfin, les agents temporaires sont ceux qui ont été appelés pour la rédaction d'un rapport particulier. Concentrant les honneurs académiques, ils sont plus souvent que le reste de l'échantillon titulaires de PhD, et davantage en économie qu'en économie de la santé - ce qui correspond à l'obtention du PhD à un état naissant de la discipline -, publient dans des revues centrales - c'est-à-dire non spécifiques à l'économie de la santé - et sont tendanciellement plus âgés que le reste de la population étudiée.

En outre, c'est dans cette population, à l'ouest du graphe, que l'on trouve la participation à la rédaction de rapports pour plusieurs organisations internationales (de 3 à 5). Ces résultats suggèrent que c'est vers cette population qu'il faut se tourner pour comprendre les recompositions internationales de l'expertise en santé publique. L'ACM met donc en évidence l'existence d'experts travaillant *pour* l'OCDE (temporaires) qui circule le plus entre les OI. L'ACM rend aussi compte de l'institutionnalisation de l'étude des questions de santé par l'OCDE entre 1990 et 2011. Les individus recrutés par l'Organisation sont globalement plus jeunes, moins diplômés, et moins orientés vers des carrières académiques que les temporaires de l'ouest du graphe. La formation des permanents en économie *de la santé* renseigne sur les dispositions à l'application de connaissances précises pour cette population, mais aussi sur l'institutionnalisation d'un secteur d'action publique entre 1990 et 2011.

Enfin, nombre des individus situés à l'ouest du graphe cumulent des positions élevées dans la hiérarchie académique avec des positions de responsabilité dans leurs administrations nationales, que l'on n'a pu représenter ici par souci de lisibilité. Ainsi de Karen Davis, enseignante à Johns Hopkins, et administratrice dans la « Health Resource Administration » états-unien en 1980, et assistante au département d'Etat sur les services de Santé de 1977 à 1980. Sa carrière apparaît emblématique des carrières des individus situés à l'ouest du graphe, à la limite entre espace politique et espace universitaire. Membre de plusieurs groupes de réflexion sur les politiques de santé, pour l'Etat ou plus directement pour des sénateurs, elle a, après son PhD en économie

obtenu en 1969 à l'université d'Etat de Houston, travaillé dans le privé, puis été consultante pour diverses fondations nationales et internationales (son CV signale la signature de rapports pour pas moins de 8 organisations internationales) tout en poursuivant une carrière académique d'associate professor à l'université de Houston. Aidée pour emprunter les voies menant du public au privé par la profusion de think tanks - à mi chemin entre recherche et conseil politique - aux Etats-Unis (Medvetz, 2012), elle convertit ses connaissances dans les services de santé dans un poste de « research associate » à la Brookings Institution à Washington de 1970 à 1974, ce qui lui permet d'obtenir un poste de « visiting lecturer » à Harvard - dont le rôle pionnier dans la stabilisation de l'économie de la santé a été noté auparavant - tout de suite après. Elle navigue alors entre administration privée et think tanks, avant d'occuper en 1981 la chaire d'économie dans le département des politiques et management de la santé de l'université Johns Hopkins tout en poursuivant la rédaction de divers rapports pour des organisations internationales.

La carrière de Karen Davis illustre les possibilités de reconversion et de légitimation réciproque offertes par les proximités entre le champ académique de l'économie de la santé et le champ politique aux Etats-Unis. L'intersection entre recherche publique et privée, rapports gouvernementaux, internationaux et production d'articles permet la création de positions légitimées sur le plan académique par l'opérationnalité des savoirs acquis dans les champs politiques nationaux, et internationaux.

B.2. LÉGITIMITÉ NATIONALE ET SUPRA-NATIONALE ; ACADÉMIQUE ET POLITIQUE.

Les travaux de Frédéric Lebaron ont amplement mis en valeur les spécificités de la science économique dans le champ scientifique : l'attention soutenue à l'application de ses conclusions, l'écrasante domination nord-américaine et la mathématisation croissante apparaissent comme les caractéristiques principales de la discipline.

L'ACM rend visible l'investissement de positions dans les organisations internationales par les économistes de la santé ayant rédigé le rapport OCDE de 1990. Loin de s'y limiter, ils produisent des rapports pour nombre d'autres organisations internationales, ce que l'on peut interpréter comme un moyen de faire reconnaître leur *jurisdiction* au-delà de leur espace national, dans le cadre d'une discipline largement internationalisée comme l'est l'économie. En outre, ils sont en moyenne plus diplômés que les individus du rapport de 2011, mais davantage en économie qu'en économie de la santé, ce qui correspond, pour des

individus ayant obtenu leur PhD entre les années 1950 et 1970, à un état de la discipline où l'économie de la santé n'a pas encore de formations dédiées. Enfin, comme l'illustre le cas de la carrière de Karen Davis, ces économistes de la santé occupent pour les trois quarts d'entre eux à un moment de leur carrière des postes dans leurs administrations nationales.

Gosta Esping-Andersen a jeté un éclairage cru sur les marges d'action dont dispose un gouvernement national pour la définition de sa politique de protection sociale dans la période contemporaine. Il met en valeur l'influence des organisations internationales dans la définition de l'agenda et des modalités de réformes des systèmes de protection sociale : «le keynésianisme, sans même parler de la social-démocratie, dans un seul pays n'apparaît donc plus comme une option possible. Il semble même que la liberté d'un gouvernement d'élaborer comme bon lui semble ses politiques sociales a fortement diminué » (Esping-Andersen, 1996 :256). C'est le « scénario pessimiste » que décrivent Patrick Hassenteufel et Bruno Palier (2001). Mais pour éviter le fonctionnalisme et le substantialisme inhérents à la pensée par institutions il faut prendre en compte les rôles des différents acteurs *dans* l'organisation. Si la « dépendance au sentier » limite bien les perspectives d'action des organisations, ces dernières sont toutefois animées par des individus, dont la socialisation, l'insertion dans différents réseaux, la position dans l'organisation sont autant de facteurs qui déterminent le comportement. Faire des institutions internationales l'unité d'analyse comme le font Hassenteufel et Palier peut donc être heuristique, mais cette approche doit se doubler d'une attention aux individus engagés dans l'organisation.

Des données qualitatives recueillies lors d'entretiens avec des économistes de la santé (n=3), invitent à explorer la congruence entre les pistes de recherche empruntées par l'OCDE et les questionnements tenus pour légitimes dans l'état théorique correspondant de l'économie de la santé. Un premier état de la discipline, dans les années 70, voit une phase de comptage, où il s'agit, dans une logique macroéconomique, de réaliser des comptes de santé, à fins de comparaisons internationales. Pour le dire vite, une interrogation sur le *combien* est dépensé, qui coïncide avec la prise en charge des questions de santé à l'OCDE sous l'égide quasi-solitaire de Jean-Pierre Poullier. Daniel Benamouzig a bien retracé cette histoire là pour le cas de la France en soulignant les aspects communément admis comme keynésiens du travail de l'OCDE. L'implémentation de la base de données *éco-santé*, développée au CREDES puis utilisée à l'OCDE sous la direction de Simone Sandier, et dont la maintenance est aujourd'hui partagée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS constitue l'un des faits les plus marquants de cette période.

Un second état de la discipline, à la fin des années 80, voit une interrogation davantage microéconomique, où il s'agit de créer des modèles de dépenses de santé, que l'on pourrait résumer par un questionnement sur le *comment* des dépenses, en particulier dans le cadre de la réforme du National Health System britannique, suivie de

près par les économistes de la santé à l'OCDE (OCDE, 1995), et qui bénéficie de la structuration forte des économistes de la santé de l'université de York. Y sont en effet envisagés les « mécanismes de quasi-marché », tels que proposés notamment par Alain Enthoven et que la réforme du National Health System anglais n'avait que partiellement mis en œuvre en 1991 (Serré, 2003).

La forte structuration des économistes de la santé de York tient en partie à la configuration nationale du système de santé britannique, mais aussi à l'activisme de la première génération des économistes de la santé de cette université, qui organisent rapidement des journées annuelles des économistes de la santé, qui inspirèrent ce type d'événements en France et dans le reste du monde. La première génération d'économistes de la santé formée à York (Anthony Culyer, Alan Williams, Alan Maynard) et Harvard (Joseph Newhouse) fait rapidement école, et forme une deuxième génération qui essaime ensuite, en particulier aux Etats-Unis et constitue aujourd'hui le cœur de la discipline comme en témoigne leur présence dans les comités des principales revues d'économie de la santé : *Journal of Health Economics* et *Health Economics*.

Au cours des années 2000, la cellule santé devient une division de l'OCDE. Employant une quinzaine de personnes, elle voit ses fonds augmenter dans un contexte de gel général des dotations de l'organisation (Carroll, 2013). La division diversifie ses intérêts de recherche, en engageant notamment un travail sur les indicateurs de santé des populations soutenu par des fonds principalement japonais, américains, canadiens et australiens. Parmi la dizaine de personnes employées, quatre sont issues de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) suite aux contacts noués entre l'OCDE et cette institution par Simone Sandier (CREDOC (devenu IRDES) puis OCDE) et Zeynep Or (OCDE puis CREDOC).

Il apparaît ainsi que dans le premier état de la discipline, la présence des économistes de la santé dans les institutions internationales, ici l'OCDE, fonctionne tout à la fois comme mode de dialogue entre économistes de la santé et moyen de rassemblement de données empiriques et comparatives pour lesquelles l'OCDE est pionnière. Depuis les années 2000, la multiplication des fonds gouvernementaux pour l'étude des systèmes de santé et des déterminants de santé a permis aux organisations internationales d'étoffer leurs équipes. Employant auparavant des experts extérieurs pour des missions circonscrites, l'OCDE a pu mettre en place une équipe spécialement dédiée aux questions de santé, ce qui se traduit par un plus faible niveau moyen de diplôme de ses experts et surtout un moindre engagement dans les carrières académiques, que mesure le faible nombre de publications dans les revues scientifiques.

Ainsi, la comparaison des populations ayant rédigé les rapports de 1990 et 2011 dévoile les particularités historiques de l'investissement par l'OCDE des questions de santé. Mise en relation avec les évolutions

théoriques de la discipline elles invitent à quelques conclusions provisoires, et pointent des pistes de recherche future que la généralisation de la base de données aux rédacteurs de tous les rapports OCDE sur les questions de santé permettront d'approfondir.

Notre étude a mis en évidence les inflexions prise par l'économie de la santé entre les années 1970 et aujourd'hui. L'émergence progressive du corps des économistes de la santé académiques au cours des années 1980, autour de formations, colloques et associations professionnelles, apparaît concomitante de la généralisation d'un constat de « crise » appliqué aux systèmes de protection maladie dans les pays de l'OCDE. Une étude précise des programmes et des professeurs des premières universités proposant des spécialisations en économie de la santé permettrait d'approfondir le jeu d'échelle entre systèmes de santé nationaux et production internationale d'un consensus sur les définitions et les solutions à apporter à la « crise » des systèmes de santé. On rendrait ainsi compte de la relation dialectique nouant la stabilisation d'un corpus de connaissances, à l'institutionnalisation de la discipline d'une part, et à la production de solutions transposables au niveau international d'autre part. L'insertion de la première génération - ayant obtenu un PhD entre les années 1950 et 1970, le plus souvent en économie, et spécialisée par la suite sur les questions de santé - des économistes de la santé dans les organisations internationales apparaît en effet comme un moyen de dissémination, à la fois du constat de crise - renforcé par l'augmentation rapide et continue de la proportion du PIB consacrée à la santé - et des solutions à y apporter. L'exhaustivité de la base de données permettra par la suite de conclure sur les dispositions au multi-positionnement pour les économistes de la santé de l'OCDE, et de vérifier le lien entre positions institutionnelles, positions dans les organisations internationales et prises de positions matérialisées dans les rapports.

Généraliser le lien entre constat de crise et appréhension d'un objet par la discipline économique appellerait des recherches précises, sur des cas particuliers, mais semble a priori heuristique. L'économie néoclassique définit en effet la discipline comme science de l'allocation des ressources *rare*s à des fins alternatives. Et c'est cette définition qu'endosse implicitement Maria Goddard, directrice du Centre for Health Economics, dans son allocution, mise en exergue sur le site de l'université de York : « l'économie, ce n'est pas seulement évaluer les coûts et bénéfices d'un nouveau médicament, traitement ou service mais aussi, *dans un monde de budget limité*, les conséquences de la prise d'une décision dans les termes de ce qui ne pourra pas être donné aux autres patients ». Au terme de la période étudiée, le constat de « crise » des systèmes de santé, synonyme de rareté accrue des ressources, a produit, tant pour les gouvernements que les organisations internationales et la population des économistes (Fuchs, 1996), la croyance en la nécessité de l'économie de la santé.

C. RÉFÉRENCES CITÉES

- Abbott, A., [1988], *The system of professions*, Chicago, University of Chicago Press.
- Abbott, A., [2001], *Chaos of Disciplines*, Chicago, Chicago University Press.
- Arrow, K., [1963], « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American Economic Review*.
- Benamouzig, D., [2005], *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF, .
- Blaug, M., [1998], « Where are we now in British health economics ? », *Health Economics*, Vol. 7,.
- Boltanski, L., [1973], « L'espace positionnel : multiplicité des positions institutionnelles et habitus de classe », *Revue Française de Sociologie*, Vol. 14.
- Bourdieu, P., Boltanski, L., et Maldidier, P., [1971], « La défense du corps », *Information sur les sciences sociales*, n°10.
- Bourdieu, P., et Wacquant, L., [2014], *Invitation à la sociologie réflexive*, Paris, Liber.
- Bourdieu, P., [1975], « L'ontologie politique de Martin Heidegger », *Actes de la recherche en sciences sociales*,
- Bourdieu, P., [1997], *Les usages sociaux de la science. Pour une sociologie clinique du champ scientifique*, Paris, INRA Editions.
- Bourdieu, P., [2011], « Champ du pouvoir et division du travail de domination », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 190.
- Carroll, P., [2013], « The Expanding Role of the OECD in Global Health Policy », Paper prepared for 1 st International Conference on Public Policy, Grenoble, 26-28 June.
- Culyer, A. et Newhouse, J., [2000], *Handbook of health economics*, North Holland.
- Duval, J., [2007], *Le mythe du trou de la sécu*, Paris, Raisons d'Agir.
- Esping-Andersen, Gota, [1996], *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*, Londres, Sage.
- Fuchs, Victor, [1996], « Economics, values and health care reform », *The American Economic Review*, Vol. 86, n°1.
- Gaiti Brigitte, [2014], « L'érosion discrète de l'État-providence dans la France des années 1960 » Retour sur les temporalités d'un « tournant néo-libéral », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 201-202, p. 58-71.
- Getzen, T., [2014], « History and Growth of Health Economics Associations », papier présenté le 2 juin 2014 à l'association internationale des économistes de la santé.
- Gingras, Y., [2014], *Sociologie des sciences*, Paris, PUF, Que Sais-je ?.
- Grossman, Michael, [1972], « On the concept of human capital and the demand for health », *Journal of Political Economy*, Vol. 80, n°2.
- Gusfield, J., [2009 (1981)], *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica.
- Hassenteufel, P. et Palier, B., [2001], « Le social sans frontières ? Vers une analyse transnationaliste de la protection sociale », *Lien social et Politiques*, n° 45.
- Heilbron J. et Convert, B., [2005], « La réinvention de la sociologie économique », *L'année sociologique*, Vol. 55.
- Henry, O., [1997], "La construction d'un monde à part. Processus de socialisation dans les grands cabinets de conseil", *Politix*, n°39.
- Lebaron, F., [1997], « La dénégarion du pouvoir [Le champ des économistes français au milieu des années 1990] », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 119.
- Medvetz, T., [2012], *Think tanks in America*, Chicago, University of Chicago Press.
- Mushkin, S., [1958], « Towards a definition of health economics », *Public Health Reports*, Vol. 73.
- Mushkin, S., [1962], « Health as an investment », *The Journal of Political Economy*, Vol. 70.
- OCDE, [1977], *Dépenses publiques de santé*, Paris, Editions de l'OCDE.
- OCDE, [1990], *Les systèmes de santé : à la recherche d'efficacité*, Paris.
- OCDE, [1995], « A la recherche de mécanismes de marché, les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni », *Etudes de politique de santé*, n°6, OCDE, Paris.
- OCDE, [2011], *Panorama de la santé*, Paris.
- OCDE, [2013], *Panorama de la santé*, Paris.
- Sapiro, G., [2013], « Le champ est-il national ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°200.
- Serré, M. et Pierru, F., [2001], « Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la protection maladie », *Lien social et politiques*, n°45.
- Serré, M., [2002], « De l'économie médicale à l'économie de la santé » Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°143, p. 68-79.
- Steiner, P., [1998], *Sociologie de la connaissance économique. Essai sur les rationalisations de la connaissance économique (1750-1850)*, Paris, PUF.
- Steiner, P. et Vatin, F., *Traité de sociologie économique*, Paris, PUF, 2009.
- Supiot, Alain, [2015], *La gouvernance par les nombres (Cours au Collège de France 2013-2014)*, Paris, Fayard.
- Tullock Gordon, [1972], « Economic imperialism », in James Buchanan et Robert Tollison (eds), *Theory of Public Choice*, Ann Arbor, University of Michigan Press, p. 317-329.
- Wagstaff, A., et Culyer, A., [2011], « Four decades of health economics through a bibliometric lens », Policy Research Working Paper 5829, World Bank.
- Weber, M., [1964 (1904)], « L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociale », in *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon, 1964.

D. ANNEXES

Individu_nom	Individu_prenom	Lieu de naissance (pays)	Discipline du PhD	Décennie d'obtention du PhD	Institution du PhD	Discipline du Master	Permanent (P), Temporaire (T), Intergouvernemental (G)	Nb d'OI (rapports signés, détaché ou permanent) (nombre)	tâches d'enseignement (discipline principale)	tâches d'enseignement (institution principale)	publications académiques (0 ;1-5 ;6-15 ;16-40 ;41-100 ;+100)	publications académiques (discipline)	centralité de la revue de publication (Publi_Centrales =mondial généraliste/Publi_Spec=sécialité/Publi_Marginales=local ou très spécialisée)	Date du rapport où l'individu était cité (YYYY)
poullier	jean-pierre	france		0 NR	Pas_de_PhD	economics	P	2	Health Economics	France	Publi_Acad_++	health	Publi_Centrales	1990
biondi	nelly	france		0 NR	Pas_de_PhD	statistics	P	2		0 NR	Publi_Acad_++	economic epidemiology	Publi_Marginales	1990
borowitz	michael	united states	Health Econom	1990s	PhD_US	public policy	P	2		0 NR	Publi_Acad_0	NR	NR	1990
canaud	marie-clemence	france		0 NR	Pas_de_PhD	NR	NR	NR		0 NR	Publi_Acad_0	NR	NR	1990
cechini	michele	italy		0 NR	Pas_de_PhD	NR	NR	NR		0 NR	Publi_Acad_0	NR	NR	1990
holzmann	robert	austria	Economics	1970s	PhD_France	economics	P	16	Economics	US	Publi_Acad_+++	economics	Publi_Centrales	1990
reinhardt	uwe	germany	Economics	1970s	PhD_US	commerce	T	5	Health Economics	US	Publi_Acad_++	health economics	Publi_Centrales	1990
barer	morris	canada	Economics	NR	PhD_Canada	business	T	NR	Health Economics	Canada	Publi_Acad_+++	health economics	Publi_Centrales	1990
culyer	anthony	united kingdom		0 NR	Pas_de_PhD	economics	T	1	Health policy	UK	Publi_Acad_++	health economics	Publi_Centrales	1990
davis	karen	united states	Economics	1960s	PhD_US	mathematics a	T	8	Economics	US	Publi_Acad_+++	health economics	Publi_Centrales	1990
enthoven	alain	united states	Economics	1950s	PhD_US	economics	T	5	Health Economics	US	Publi_Acad_++	health economics	Publi_Centrales	1990
evans	robert	canada	Economics	1970s	PhD_US	political econo	T	4	Health Economics	Canada	Publi_Acad_+++	health economics	Publi_Spec	1990
henke	klaus_dirk	germany	NR	1970s	PhD_Germany	NR	NR	NR		0 NR	Publi_Acad_0	NR	NR	1990
hurst	jeremy	united kingdom		0 NR	Pas_de_PhD	NR	G	NR		0 NR	Publi_Acad_0	NR	NR	1990
jonsson	bengt	sweden	Economics	1970s	PhD_Sweden	economics	T	4	Health Economics	Norway	Publi_Acad_+++	health economics	Publi_Spec	1990
lindgren	bjorn	sweden	Economics	NR	Pas_de_PhD	NR	T	1	Health Economics	Sweden	Publi_Acad_++	health economics	Publi_Spec	1990
mcperson	klim	united kingdom		0 NR	Pas_de_PhD	medical and bi	T	3	epidemiology	UK	Publi_Acad_++	epidemiology	Publi_Spec	1990
meyer	jack	united states	Economics	1970s	PhD_US	economics	T	NR	Health Economics	US	Publi_Acad_++	public health	Publi_Marginales	1990
sandier	simone	france		0 NR	Pas_de_PhD	mathematics ar	P	2	Health Economics	NR	Publi_Acad_++	health economics	Publi_Spec	1990
schieber	george	united states	Economics	1970s	PhD_US	NR	P	3	Economics	US	Publi_Acad_++	health economics	Publi_Spec	1990
lafortune	gaetan	canada		0 NR	Pas_de_PhD	economics	P	1		0 NR	Publi_Acad_++	economics	Publi_Marginales	2011
deeloper	michael	australia		0 NR	Pas_de_PhD	NR	G	NR		0 NR	Publi_Acad_0	NR	NR	2011
schoenstein	michael	germany		0 NR	Pas_de_PhD	economics and	P	1		0 NR	Publi_Acad_0	NR	NR	2011
balestat	gaelle	france		0 NR	Pas_de_PhD	NR	NR	NR		0 NR	Publi_Acad_0	NR	NR	2011
abiaad	gerrard	lebanon		0 NR	Pas_de_PhD	health informat	P	NR		0 NR	Publi_Acad_++	NR	Publi_Marginales	2011
bennets	rebecca	australia		0 NR	Pas_de_PhD	NR	NR	NR		0 NR	Publi_Acad_0	NR	NR	2011
stevanovic	vladimir	serbia	Biology	NR	NR	NR	G	NR	biology	Serbia	Publi_Acad_++	public health	Publi_Marginales	2011
fujisawa	nie	united states	Economics	1990s	PhD_US	NR	P	NR		0 NR	Publi_Acad_++	NR	NR	2011
klazinga	niek	netherlands	Health Econom	1990s	PhD_Netherlands	NR	G	2	medicine	Netherlands	Publi_Acad_+++	health management	Publi_Spec	2011
devaux	marion	france	Economics	2010s	PhD_France	NR	P	1		0 NR	Publi_Acad_++	health economics	Publi_Marginales	2011
janssen	lothar	germany		0 NR	Pas_de_PhD	NR	NR	NR		0 NR	Publi_Acad_0	NR	NR	2011
morgan	david	united kingdom		0 NR	Pas_de_PhD	NR	P	1		0 NR	Publi_Acad_++	health economics	NR	2011
astolfi	roberto	france	Economics	1990s	PhD_Italy	NR	P	2		0 NR	Publi_Acad_++	health economics	Publi_Marginales	2011
mercier	jerome	canada		0 NR	Pas_de_PhD	economics	P	1		0 NR	Publi_Acad_++	economics	Publi_Spec	2011
xydiachamanta	marigarita	united kingdom		0 NR	Pas_de_PhD	health economi	P	NR		0 NR	Publi_Acad_0	NR	NR	2011
paris	valerie	france		0 NR	Pas_de_PhD	economics	P	NR		0 NR	Publi_Acad_++	health economics	Publi_Spec	2011
pearson	mark	united kingdom	Economics	1980s	PhD_UK	economics	P	4		0 NR	Publi_Acad_++	economics	Publi_Spec	2011

Liste des individus rédacteurs des rapports OCDE de 1990 et 2011.