

Les fondements des nouvelles théories en économie de la santé

Sophie Bejean

► To cite this version:

Sophie Bejean. Les fondements des nouvelles théories en économie de la santé. [Rapport de recherche] Laboratoire d'analyse et de techniques économiques(LATEC). 1997, 33 p., ref. bib.: 3 p. 1/2. <hal-01526956>

HAL Id: hal-01526956

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01526956>

Submitted on 23 May 2017

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

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

LATEC

LABORATOIRE D'ANALYSE ET DE TECHNIQUES ÉCONOMIQUES

U.R.A. 342 C.N.R.S.

DOCUMENT de TRAVAIL



UNIVERSITE DE BOURGOGNE

FACULTE DE SCIENCE ECONOMIQUE ET DE GESTION

4, boulevard Gabriel - 21000 DIJON - Tél. 80 39 54 30 - Fax 80 39 56 48

ISSN : 0292-2002

n° 9704

**Les fondements des nouvelles théories
en économie de la santé**

Sophie BEJEAN*

janvier 1997

*Maître de Conférences à l'Université de Bourgogne
LATEC - UMR 5601 CNRS*

LES FONDEMENTS DES NOUVELLES THÉORIES EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ¹

Sophie Béjean

Résumé

L'application au domaine de la santé de nouveaux courants théoriques tels que la théorie des contrats, l'économie des conventions, la théorie des coûts de transaction et la théorie évolutionniste, est récente. L'objectif du présent papier est de proposer une grille de lecture de ces différents courants théoriques au regard de leurs fondements épistémologiques. Leurs hypothèses en matière de rationalité (substantielle ou procédurale), de mode de coordination (par des contrats ou des dispositifs collectifs de coordination), de nature de l'incertitude (risquée ou radicale) et de nature de l'économie (d'allocation ou de création de ressources) conduisent à montrer des positions épistémologiques radicalement opposées. Néanmoins, les applications de ces différents courants théoriques au champ de la santé montrent des complémentarités pour comprendre le fonctionnement et la régulation du système de santé. En matière de politique économique, des complémentarités entre incitations individuelles et dispositifs collectifs de coordination semblent d'ailleurs nécessaires, mais l'état actuel d'avancement des recherches appliquées au domaine de la santé ne permet pas de garantir l'efficacité de telles préconisations.

Mots-clés : Contrats, conventions, coûts de transaction, évolutionnisme, économie du système de santé.

Abstract :

In health economics, theoretic approaches such as the theory of contracts, the economy of conventions, the theory of transaction costs and the evolutionary theory, have been applied recently. The present paper offers a classification of these different theories focusing on their epistemological foundations. The clarification of their assumptions about individual rationality (substantial or procedural rationality), about coordination modality (by inter-individual contracts or collective rules), about uncertainty (probabilistic risk or cognitive uncertainty), shows oppositions between these theories. Nevertheless, the application of these different theories in health economics shows that they can be complementary in order to understand the health care system regulation. In politic economics, it seems necessary to combine individual incitations and collective motivation rules, but applied economics to the health care system are not advanced enough to guarantee efficiency of such recommendations.

Key-words : Contracts, conventions, transaction costs, evolutionnary theory, health economics.

¹ Nous tenons à remercier Maryse Gadreau, Caryn Mathy et Christine Peyron pour leurs remarques constructives sur une première version de cet article, et Philippe Mossé pour ses remarques et conseils au cours de diverses discussions.

LES FONDEMENTS DES NOUVELLES THÉORIES EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

I - L'émergence d'une logique de la discipline en économie de la santé

Dans le courant des années quatre-vingt, apparaissent les premières approches théoriques en économie de la santé : la logique du domaine qui avait prévalu jusqu'alors laisse place à une logique de la discipline qui privilégie la recherche d'un cadre théorique adapté aux spécificités du domaine. Adoptant cette logique, les premiers travaux en économie de la santé mobilisent le cadre d'analyse néo-classique qui définit un modèle producteur-consommateur en médecine libérale (médecin-producteur arbitrant entre travail et loisirs ; patient-consommateur de soins ou investisseur dans son capital-santé) et un modèle de l'hôpital-entreprise dans le secteur hospitalier. L'édifice théorique est rigoureux mais, malgré les spécificités accordées au domaine, l'adéquation à la réalité d'une telle analyse du système de santé reste contestable et sa capacité prévisionnelle est assez faible (S. Darbon et A. Letourmy 1983).

L'économiste doit alors envisager une problématique économique adaptée aux spécificités du système de santé, qui ne se cantonne ni à une simple description de la réalité, ni à l'élaboration d'un modèle trop éloigné de la complexité du système. L'enjeu d'une telle problématique est lié à la fonction d'aide à la décision dont ne doit pas être exempte une analyse économique cohérente.

Se sont alors développés de nombreux travaux s'inscrivant dans cette perspective... et les référents théoriques se sont multipliés : théorie de l'agence, théorie des jeux, théories des organisations, théorie des coûts de transaction, économie des conventions, théorie de la régulation, théorie des marchés contestables, nouvelle économie industrielle, théorie des réseaux, théorie évolutionniste... Dix ans après la publication des premiers travaux appliquant la théorie de l'agence en économie de la santé (Mougeot 1986, Rochaix 1986), quel bilan provisoire peut-on faire de l'émergence et du développement des "nouvelles approches théoriques en économie de la santé" ? Telle est la question qui guide l'une des sessions du dixième anniversaire des Journées des Economistes de la Santé Français.

Dans ce cadre, les objectifs du présent papier sont de proposer une grille de lecture de ces différentes approches à partir de leurs fondements épistémologiques, et d'essayer de mettre en lumière les oppositions et les complémentarités qui les relient dans leurs applications au domaine de la santé. Nous ciblerons plus particulièrement quatre courants qui nous paraissent essentiels : la théorie de l'agence, la théorie des coûts de

transaction, l'économie des conventions et la théorie évolutionniste². Nous proposons de montrer dans une première partie que les principales oppositions et divergences qui existent entre ces théories relèvent de leurs fondements épistémologiques. Dans une seconde partie, nous montrerons à partir de l'application de ces théories à divers domaines de l'économie de la santé que ces approches peuvent en fait être complémentaires. Enfin, en conclusion, nous proposerons quelques perspectives de recherche dans la lignée de ces nouvelles approches théoriques.

II - Une grille de lecture des nouvelles approches théoriques en économie de la santé : fondements épistémologiques et oppositions.

Dans une classification développée précédemment (Béjean 1994a) et inspirée des travaux de O. Favereau (1989), nous avons ciblé deux hypothèses pour définir les positions épistémologiques de certaines approches théoriques en économie de la santé (approche néo-classique, approche contractuelle et approche conventionnaliste) : l'hypothèse de rationalité individuelle des acteurs (substantielle ou procédurale) et l'hypothèse du mode de coordination de leurs décisions (externe par les prix ou interne par les règles). Aujourd'hui, nous souhaitons intégrer d'autres approches théoriques à la classification (approche transactionnelle et approche évolutionniste) : pour ce faire, il convient de préciser d'autres hypothèses relatives à la nature de l'incertitude, à l'environnement informationnel, à la nature de l'économie, et à la conception de l'organisation.

Le modèle néoclassique ou standard (selon la terminologie de Favereau 1989), précédemment évoqué comme étant fondateur des approches théoriques en économie de la santé repose, sur quatre hypothèses principales :

- une rationalité substantielle, calculatrice et individualiste des agents économiques,
- un avenir certain ou risqué mais probabilisable, fonction d'une liste des événements susceptibles de se réaliser connue *a priori*,
- un environnement informationnel parfait,
- une économie d'allocation des ressources.

Ces hypothèses constituent le préalable nécessaire à la définition du mode de coordination qui doit rendre les décisions mutuellement compatibles, et de la nature de la firme ou de l'organisation.

Dans le cadre du modèle standard, la coordination se réalise selon les règles du marché : les termes de l'échange marchand, à savoir les prix, sont ajustés jusqu'à ce que les décisions individuelles (agrégées en termes d'offre et de demande) soient compatibles. Le "lieu" de rencontre de ces décisions est donc le marché, conçu comme une construction idéalisée, où on ne sait pas à qui, au juste, revient la tâche d'équilibrer l'offre et la demande (Arrow 1974). Dans ce cadre, les entreprises, les organisations ou toute autre communauté de personnes,

² Nous ne retenons ici que les approches théoriques qui adoptent une démarche d'individualisme méthodologique. La théorie de la régulation et l'un des courants de l'économie des conventions (par exemple Rose 1990) sont exclus de notre analyse en raison de leur position holiste.

sont considérées comme des individus, des entités, c'est-à-dire qu'elles recherchent la maximisation d'un objectif unique. Est donc exclue l'analyse de ce qui se passe à l'intérieur de ces communautés, à savoir l'analyse des relations qui lient les personnes dont ces communautés sont composées. En outre, les relations qui lient les communautés entre elles sont supposées être de nature purement marchande.

Or, là ne sont pas les seules hypothèses que l'on peut faire de la rationalité qui guide les acteurs, et du contexte de leurs décisions : par rapport à l'avenir et à leur environnement informationnel, et par rapport à la nature de l'économie. Il en résulte autant de divergences quant aux modes de coordination des décisions et quant aux conceptions de l'organisation.

2.1 Rationalité, contexte de la décision et nature des comportements individuels.

2.1.1 Hypothèses.

L'opposition désormais traditionnelle entre rationalité substantielle (RS) et rationalité procédurale (RP) (Simon 1976) mérite d'être précisée et discutée. Définir une hypothèse de rationalité suppose de préciser quelles sont les *capacités cognitives* des individus, quelle est la *nature de l'incertitude* à laquelle ils sont confrontés, quel est leur *mode de prise de décision* (ou leur *critère de choix*), et enfin quel est l'*objectif* qu'ils poursuivent (ou quelles sont leurs *motivations*). En résultent différents types de comportements individuels.

La rationalité substantielle décrit le comportement optimisateur des individus qui est à l'origine de leur prise de décision. L'agent économique est supposé prendre sa décision en fonction du résultat de cette décision. La cible privilégiée est la conséquence ou le résultat attendu de la décision. Il convient de préciser par ailleurs qu'il adopte un comportement individualiste, c'est-à-dire que l'*objectif* ciblé doit lui fournir un gain en termes d'intérêt individuel (exprimé sous forme d'utilité, de revenu ou de profit³). Cette hypothèse suppose donc que l'individu est doté de *capacités cognitives* qui lui permettent d'anticiper les conséquences de ses décisions sur son intérêt personnel. Par conséquent, le *mode de prise de décision* de cet individu est le calcul, plus précisément l'optimisation du résultat de sa décision : son programme consiste donc à maximiser un objectif, fonction de son intérêt personnel, sous des contraintes qui lui sont exogènes, c'est-à-dire imposées par le monde extérieur.

Cette rationalité substantielle peut être contrainte par le contexte externe de la prise de décision : par l'information disponible et par l'*incertitude sur l'avenir*. L'information peut être imparfaite, incomplète ou asymétrique. L'individu doit alors intégrer à son calcul des coûts de recherche d'information et les stratégies des autres acteurs détenteurs de l'information qu'il n'a pas. Lorsque l'avenir est risqué, l'individu ne sait pas quels seront les événements qui se réaliseront mais il connaît la liste de ces événements : il doit alors attribuer des probabilités (objectives ou subjectives) à l'occurrence de chacun des événements possibles afin d'optimiser son objectif. En contexte d'incertitude (probabilisable) et d'information asymétrique, le programme d'optimisation de

³ L'hypothèse vaut autant pour l'entreprise que pour l'individu.

l'individu substantiellement rationnel devient plus complexe, nécessite des capacités cognitives illimitées, et confère à l'*homo economicus* le statut de "héros".

La rationalité substantielle contrainte par le contexte externe de la prise de décision devient en fait illimitée et aboutit à des comportements qualifiés d'opportunistes. L'information devient source de pouvoir et variable stratégique permettant à celui qui la détient d'accroître son intérêt personnel au détriment de celui des autres et au détriment de l'intérêt général. *L'opportunisme* peut alors être défini comme "une recherche d'intérêt personnel qui comporte la notion de tromperie" (Williamson 1994, p 70) rendue possible par l'asymétrie d'information.

L'hypothèse de rationalité substantielle est critiquable à différents niveaux : au niveau de sa définition propre en termes de capacités cognitives, de mode de prise de décision et de motivations, et au niveau des hypothèses concernant le contexte externe de la prise de décision (nature de l'incertitude).

L'hypothèse de rationalité procédurale (Simon 1976) constitue alors une alternative à l'hypothèse de rationalité substantielle. Cependant, entre les deux alternatives (RS et RP), existent des positions intermédiaires selon que tout ou partie seulement des hypothèses fondatrices de la rationalité substantielle sont levées.

Des capacités cognitives limitées

Les travaux de Simon (1976...) montrent que le modèle de la rationalité substantielle, en supposant des capacités cognitives illimitées, ignore tout ce qui concerne la psychologie de l'individu lors de sa prise de décision. La limite de la rationalité du décideur n'est pas externe (liée à une asymétrie informationnelle et à un avenir risqué) mais interne. Elle est notamment liée aux possibilités de calcul du cerveau humain, qui sont en fait limitées. Il convient alors de mettre l'accent sur l'environnement interne du décideur, c'est-à-dire "sa capacité à se représenter un réel plausible" (Giordano 1991).

Dans ce cadre l'information n'est pas rare mais au contraire trop abondante, et un surplus d'information peut conduire à se détourner de ce qui est important vers ce qui l'est peu. L'individu n'a pas les capacités cognitives nécessaires pour envisager toutes les conséquences possibles de sa prise de décision, associer des probabilités à ces différentes conséquences et événements futurs, tenir compte de sa propre méconnaissance de certaines informations, intégrer les comportements stratégiques des autres acteurs, calculer l'utilité espérée qu'il retirerait de ces différentes situations et, enfin, choisir la décision qui lui apporterait le plus de satisfaction. Ce programme "héroïque" est trop irréaliste : les capacités cognitives des individus sont limitées. Dès lors, la rationalité individuelle l'est aussi.

Un avenir non seulement risqué mais incertain

La rationalité individuelle est limitée non seulement par le contexte interne de la prise de décision (les capacités cognitives) mais aussi par le contexte externe. Le modèle de la rationalité substantielle suppose un environnement informationnel parfait et un avenir certain ou risqué.

L'information joue un rôle particulier : en effet, elle peut être asymétrique ou incomplète mais cela suppose alors des capacités de calcul accrues. En outre, le paradoxe consiste alors à doter les individus de "la connaissance de leur propre méconnaissance"... Enfin, dans le modèle de rationalité substantielle, l'environnement informationnel de l'individu reste parfait quant à la liste des états de la nature (les événements futurs possibles) : les individus sont supposés prendre leurs décisions en fonction d'un avenir connu (même s'il est risqué), alors que ce sont eux-mêmes qui le déterminent, puisque cet avenir dépend des conséquences de leurs propres décisions (Dupuy 1989).

Dès lors que l'on suppose que les connaissances ne sont pas figées dans le temps et donc immuables, on ne peut plus postuler que la liste des événements futurs soit connue *a priori*, lors de la prise de décision. On distingue alors à la suite de Knight (1921) les notions de risque (probabilisable) et d'incertitude (non probabilisable). L'incertitude est alors endogène (Ménard 1989), épistémique (Orléan 1989) ou critique (Thévenot 1989). Lorsqu'on reconnaît que les connaissances évoluent dans le temps⁴, et que les événements "nouveaux" (Orléan 1989) sont irréductibles aux données antérieures, on ne peut alors plus associer des probabilités aux événements futurs qui peuvent être inconnus au moment de la prise de décision ; c'est le cas lorsque des irréversibilités modifient l'éventail des choix possibles, et par conséquent l'ensemble des états de la nature. La maximisation d'une utilité espérée et le calcul comme mode de prise de décision deviennent alors impossibles.

Du critère de maximisation du résultat au critère de satisfaction de la procédure

Si les capacités cognitives sont limitées et le calcul impossible, cela ne signifie pas que les individus adoptent pour autant un comportement irrationnel. Le mode de prise de décision doit alors être différent.

Dans le cadre de l'hypothèse de rationalité substantielle, le programme de l'individu consiste à maximiser le résultat de sa prise de décision (en termes d'utilité ou autres), indépendamment de la façon dont celle-ci a été prise. Or, pour donner une conception réaliste de la rationalité des comportements, il faut tenir compte des critiques précédentes et d'un constat : les agents économiques, par exemple une partie du personnel des entreprises, consacrent du temps et des ressources à la préparation de leurs décisions. La rationalité est alors procédurale au sens de Simon : elle consiste à choisir une procédure de décision parmi un éventail d'alternatives, qui n'est pas nécessairement exhaustif, en fonction d'un système de valeurs et d'informations passées qui permettent de considérer la solution choisie comme satisfaisante. L'accent est mis sur l'aspect délibératif de la prise de décision. Les décisions individuelles sont prises dans le cadre d'un processus d'apprentissage qui autorise la révision des décisions antérieures en fonction de la réalisation de situations imprévues modifiant l'éventail des

⁴ Par exemple le savoir médical est transitoire et l'émergence future d'innovations technologiques ou biologiques peut remettre en cause les connaissances médicales antérieures.

alternatives possibles. Les préférences ne sont plus nécessairement stables mais peuvent être révisées tout comme les objectifs poursuivis. Le critère de maximisation est remplacé par un critère de satisfaction et la cible n'est plus le résultat mais la procédure de décision.

De l'individualisme pur au don-contre-don

L'hypothèse de rationalité substantielle bute également sur la primauté du *self-interest*, unique motivation de l'*homo economicus*, qui exclut la prise en considération de comportements désintéressés. Désintéressement et altruisme ne sont pas étrangers à la théorie néoclassique mais "leur rationalité est déduite du postulat de l'égoïsme généralisé" (Caillé 1989). La conception de ces valeurs par le paradigme de la rationalité substantielle est *ad hoc* si ce n'est paradoxale. L'altruisme est considéré comme une source de satisfaction pour l'individu, directement ou indirectement : directement, lorsqu'il est considéré comme un argument supplémentaire de l'utilité individuelle, et indirectement lorsqu'il permet aux individus de parfaire leur "réputation" ou de répondre aux "menaces" des autres acteurs⁵. Autrement dit, l'altruisme est lui-même un comportement... intéressé, ce qui ne manque pas d'apparaître comme un comportement hypocrite (Dupuy 1988).

L'hypothèse de rationalité procédurale permet une autre conception des comportements désintéressés : l'individu privilégie le choix d'une procédure de décision selon un critère de satisfaction, en fonction d'un système de valeurs et de croyances qui autorise la prise en considération de valeurs différentes de l'utilitarisme sans pour autant exclure l'intérêt individuel pour les avantages matériels. L'altruisme doit alors être compris au sens du don-contre-don de M. Mauss (1950), c'est-à-dire non pas au sens du désintéressement absolu, gratuit et sans retour, mais au sens d'un "égoïsme éclairé" (Simon 1983) qui trouve sa place entre le don purement gratuit et l'échange purement intéressé.

Les comportements individuels ne sont alors plus de nature opportuniste : les motivations individuelles ne sont plus la maximisation d'une satisfaction ou d'un profit, elles peuvent intégrer des valeurs telle que l'intérêt général, l'équité, l'altruisme... La tromperie, et son corollaire la défiance, qui caractérisent l'opportunisme, sont remplacés par la *confiance*.

21.2 Positionnement des théories.

Les deux conceptions alternatives de rationalité précédemment définies marquent deux positions épistémologiques radicalement opposées : celle de la théorie de l'agence, d'une part, et celle de l'économie des conventions et de l'approche évolutionniste, d'autre part.

Plus précisément, la théorie *normative* de l'agence conserve le cadre d'analyse néoclassique avec une hypothèse de rationalité substantielle pour caractériser les comportements individuels. Elle accepte cependant de

⁵ Pour une analyse de la conception de l'altruisme dans le domaine de la santé, on peut se reporter à Batifoulier 1990, Béjean 1994a, Gadreau et Béjean 1996.

relâcher l'hypothèse d'un avenir certain et d'une information également répartie pour intégrer la notion de risque et celle d'information asymétrique qui, sous l'hypothèse d'une rationalité substantielle, aboutissent à la mise en évidence de comportements opportunistes et de défiance, sources de problèmes pour la coordination des décisions individuelles.

L'économie des conventions adopte l'hypothèse d'un avenir radicalement incertain et d'une rationalité individuelle procédurale (cf sur ce point particulier le numéro spécial de la Revue Economique 1989, et Favereau 1989). La coordination des décisions individuelles (que nous étudierons ultérieurement) peut alors être facilitée par la confiance et l'engagement réciproque des acteurs dans la recherche d'un intérêt commun.

L'approche évolutionniste (Dosi, Teece et Winter 1990, Dosi 1991) se situe dans le cadre d'une économie de création de ressources (ce que nous préciserons ci-dessous) et considère par conséquent que l'émergence de situations nouvelles ou d'innovations rend l'avenir radicalement incertain. La position de l'approche évolutionniste vis-à-vis de l'hypothèse de rationalité se déduit de sa conception des relations économiques : elle met l'accent sur les interactions permanentes entre acteurs qui caractérisent les systèmes économiques. Les agents économiques sont supposés capables d'apprendre au cours des interactions successives pour adapter leurs comportements : la conception des comportements individuels est donc conforme à une hypothèse "cognitivist" (Coriat et Weinstein 1995) ; elle ne dote pas *a priori* les individus d'un principe de rationalité invariant (Dosi 1991) et considère que leurs comportements se construisent au cours des apprentissages. Cette conception conduit les évolutionnistes à rejeter le principe d'optimisation et l'hypothèse de rationalité substantielle⁶ pour retenir un principe de satisfaction et de rationalité procédurale. Dans une perspective évolutionniste, Callon (1991 et 1995) met en outre l'accent sur le rôle de la confiance dans les relations économiques : on retient alors l'hypothèse d'une rationalité procédurale des individus qui leur permet d'adopter, en autres, des comportements de confiance.

Entre l'hypothèse de rationalité substantielle et l'hypothèse de rationalité procédurale, certaines approches retiennent une hypothèse de "rationalité limitée mais intéressée"⁷ (au sens de la théorie des coûts de transaction avec Williamson et de la théorie positive de l'agence⁸) et une hypothèse de "mimétisme rationnel" (économie des conventions au sens de Gomez 1995a et b et 1996).

Selon Williamson, les capacités cognitives des agents économiques sont limitées et le contexte de leurs décisions est incertain au sens de Knight : la rationalité des agents économiques est donc limitée techniquement par des capacités intellectuelles qui ne sont pas infinies ; mais cela ne remet pas en cause le fait que leurs

⁶ Il convient de préciser que certains auteurs se situant également dans le cadre d'une approche évolutionniste (Arthur 1989, David 1992 et Foray 1989,95...), retiennent un principe optimisateur pour caractériser les micro-comportements individuels ; en fait ces auteurs privilégient l'étude de la "conduite collective" des réseaux résultant des interactions individuelles. Nous retiendrons ici la position évolutionniste inspirée de Dosi, Teece et Winter qui adoptent un principe de rationalité procédurale.

⁷ Nous avons choisi le terme de "rationalité limitée intéressée" et non pas simplement celui de rationalité limitée (*bounded rationality*) pourtant adopté par Williamson, afin de démarquer sa position de celle de Simon, qui adopta d'ailleurs l'attribut procédural (*procedural rationality*) à partir de 1973.

⁸ Pour une revue de la littérature, cf Charreaux 1987

décisions restent motivées par leur intérêt personnel : l'essence de la rationalité reste le *self-interest*, mais l'exercice de cette rationalité est limité ; l'altruisme et la confiance n'ont pas de place dans le cadre de cette position méthodologique et, au contraire, on y trouvera (comme dans le cadre de l'hypothèse de rationalité substantielle illimitée) des comportements d'opportunisme et de défiance.

Cette position méthodologique est particulièrement ambiguë. Ces théories mettent l'accent sur l'existence de coûts de transaction ou de coûts d'agence (de contrôle ou de monitoring) qui caractérisent les relations d'échange entre les individus et entre les firmes, et doivent par conséquent être intégrés dans les calculs individuels pour le choix de la forme de coordination (marchande ou hiérarchique). Les individus sont donc supposés être dotés d'une information imparfaite sur la liste des événements futurs, mais en revanche, on suppose qu'ils connaissent les coûts de transaction liés aux différentes formes de relations d'échange afin de pouvoir choisir la forme "optimale". La notion d'optimalité est d'ailleurs également ambiguë dans la mesure où la démarche adoptée est positive et se réfère à une rationalité limitée qui doit cependant conduire à des choix conformes à la rationalité substantielle (des formes de coordination qui minimisent les coûts de transaction). L'optimalité doit en fait résulter d'un principe de concurrence qui s'exerce entre les différentes formes de coordination : selon un processus de sélection darwinien⁹, les formes de coordination qui survivent sont supposées optimales (Brousseau 1989 et 1993).

Selon Gomez (1995a), les capacités cognitives des agents sont limitées (en particulier dans certains cas jugés complexes), l'incertitude est radicale et les modes de prise de décision peuvent alors être de nature procédurale. Cependant, les individus restent motivés par leur intérêt personnel. Pour la résolution de problèmes complexes, les agents ne peuvent obtenir de solution par un calcul consistant à comparer les solutions alternatives en fonction de leurs qualités intrinsèques respectives ; par conséquent une bonne manière d'obtenir une solution consiste alors à imiter le comportement des autres (observé ou susceptible d'être observé). "On débouche alors sur un *mimétisme rationnel*, tel que le comportement optimal de chaque acteur consiste, non pas dans un calcul, mais dans l'imitation des autres. Par un processus d'anticipation auto-réalisatrice, l'état du monde finit par ressembler *effectivement* aux attentes des acteurs" (Gomez 1995a, p 90). En fait, le calcul subsiste et doit permettre à l'agent de maximiser son utilité¹⁰, mais porte sur la procédure de choix : "le calcul de l'individu, exercice souverain de l'autonomie de ses choix, le conduira alors à imiter..." (Gomez 1995b, p 144). Gomez retient donc simultanément une double acceptation de la notion de rationalité : la rationalité est à la fois substantielle (les agents peuvent calculer selon leur intérêt) et procédurale (le mimétisme est la procédure de résolution des problèmes complexes). Il n'y a donc pas plus de don-contre-don ou de confiance dans ce cadre que chez Williamson.

⁹ Ce n'est pas parce que référence est faite à un processus de sélection darwinien que les auteurs adoptent pour autant une approche évolutionniste, d'autant plus que les relations que les différents courants économiques évolutionnistes avec la position de Darwin ne sont pas toujours claire (cf à ce sujet les contributions du colloque "L'évolutionnisme", Paris, septembre 1996).

¹⁰ L'auteur modélise alors les choix individuels à travers la notion d'utilité conditionnelle (l'utilité de l'agent augmente quand les autres font le même choix que lui).

Cette position méthodologique est également ambiguë : en situation d'incertitude radicale et face à des problèmes complexes, la rationalité est limitée, mais un comportement mimétique devient rationnel en conduisant à des choix conformes à la rationalité substantielle (la maximisation de l'utilité individuelle) ; en effet, l'auteur fait référence à un "comportement optimal" qui est supposé "maximiser son intérêt" (son utilité conditionnelle) tout en rejetant l'hypothèse de rationalité substantielle¹¹ ; le calcul subsiste et la notion d'optimum également, mais celui-ci n'est atteint que par le recours à une procédure particulière : le mimétisme. Cette position apparemment contradictoire peut être défendable si l'on accepte avec l'auteur (dans son ouvrage ultérieur de 1996) que la rationalité est "une capacité à trouver *ex post* une raison à son action". Il ne s'agit alors plus de savoir quelles sont les lois universelles qui permettent d'expliquer *ex ante* les prises de décision individuelles, mais de savoir quelle rationalisation est donnée *ex post* de ces décisions. La notion d'optimum évoquée ne peut alors se référer à l'optimum parétien. A notre sens, la position de Gomez reste ambiguë et, en tout état de cause, elle se distingue de la position généralement défendue par l'économie des conventions.

2.2 Allocation ou création de ressources : des problèmes de coordination différents.

L'approche néoclassique présentée au début de cette section s'inscrit dans une problématique générale d'analyse des formes de coordination (en l'occurrence marchandes) permettant d'allouer les ressources de façon à maximiser les intérêts individuels des agents économiques. Le cadre d'analyse néoclassique est donc celui d'une *économie d'allocation de ressources*. Les problèmes de coordination posés sont des problèmes d'organisation des échanges. L'existence d'un système productif (qui produit des ressources) n'est pas niée, mais les problèmes de production sont supposés pouvoir être traités de la même manière que les problèmes d'échange, en termes d'allocation des ressources. Les problèmes de production sont réduits à des problèmes d'allocation de ressources inhérents à la réunion d'inputs dont la combinaison permet d'obtenir une certaine quantité d'output (Brousseau 1993). Dans le cadre de cette approche normative, référence est faite à la notion d'optimum de Pareto, situation idéale à laquelle doivent conduire les systèmes de prix qui constituent les formes de coordination des décisions individuelles.

La théorie (normative) de l'agence se situe dans une même perspective : les problèmes de coordination posés sont ceux d'une économie d'allocation de ressources en référence à une situation optimale au sens de Pareto. Les problèmes de coordination dépassent cependant la recherche d'un système de prix optimal. En effet, l'accent est mis sur l'existence de coûts liés à l'échange : dans le cadre d'un univers risqué où l'information est inégalement répartie, les agents économiques doivent consacrer une partie de leurs ressources pour résoudre les problèmes de coordination inhérents aux asymétries d'information ; problèmes de risque moral lorsque le comportement des agents est inobservable, problèmes de sélection adverse lorsque les caractéristiques (en particulier la qualité) des biens sont cachées, problèmes de passager clandestin lorsque les individus peuvent ne

¹¹ Cette affirmation n'est d'ailleurs pas évidente dans la mesure où l'auteur considère dans son ouvrage de 1994 que rationalité substantielle et rationalité procédurale coexistent, alors qu'il rejette la première d'entrée de jeu dans son ouvrage de 1996.

pas révéler leurs préférences individuelles, autant de situations qui permettent aux agents économiques d'adopter des comportements opportunistes qui éloignent de l'optimum. Les coûts de l'échange doivent alors être intégrés aux calculs individuels pour conduire à un optimum de *second best*. Les problèmes de production sont également réduits à des problèmes d'allocation des ressources : en dehors des problèmes de coordination liés à la réunion des inputs, se posent les questions inhérentes au comportement éventuellement opportuniste des différents acteurs (notamment des salariés à l'intérieur de l'entreprise) "dont certains vont fournir une quantité (ou une qualité) moindre par rapport à ce qu'ils ont promis au départ" (Brousseau 1993 p 16).

La théorie des coûts de transaction et la théorie positive de l'agence adoptent une position quelque peu différente : en effet, l'approche est ici positive et ne cherche pas *a priori* à comparer les situations réelles à un idéal optimal au sens de Pareto ; elle se situe néanmoins dans le cadre d'une économie d'allocation des ressources. On retrouve les problèmes de coordination liés à l'organisation des échanges : les transactions comportent des coûts— de transaction ou d'agence — qui doivent être intégrés aux calculs individuels. La minimisation des coûts de transaction conduit alors au choix de la forme de coordination optimale (l'approche est positive mais se réfère finalement à un optimum qui porte sur la forme de coordination (cf ci-dessus pour une discussion de la notion d'optimum chez Williamson). Les problèmes de production sont analysés en termes d'échange : ces échanges entraînent des coûts de transaction lorsqu'ils se réalisent entre les entreprises, et des coûts de contrôle (*monitoring*) lorsque les activités sont intégrées à l'entreprise ; l'arbitrage entre coûts de transaction et coûts de contrôle permet de choisir entre "faire" ou "faire-faire" les inputs nécessaires à la production. Bien qu'elle conserve la perspective d'une économie d'allocation des ressources, la théorie des coûts de transaction aborde une question nouvelle à propos de la production de richesses : il s'agit de l'existence de savoirs ou de savoir-faire spécifiques à certaines activités productives ; néanmoins, ces "actifs spécifiques" sont supposés pré-exister et la question de l'apparition ou de la création de ces ressources spécifiques n'est pas analysée.

L'approche évolutionniste et l'économie des conventions¹² se situent dans une autre problématique : celle d'une *économie de création de ressources*. Les problèmes posés ne concernent alors pas seulement les échanges de ressources déjà existantes, mais aussi leur utilisation pour créer de nouvelles ressources. L'analyse des problèmes de coordination inhérents à une économie de production nécessite de s'interroger d'une part sur l'organisation du travail dans les activités productives, et d'autre part sur les spécificités des ressources nécessaires à la production. Dans cette perspective, l'accent est mis sur l'analyse de l'émergence et de la construction de savoirs et de savoir-faire spécifiques à l'activité productive : produire des ressources nouvelles implique de créer et d'organiser les connaissances et les qualifications indispensables à l'utilisation de ressources non immédiatement productives. Les formes de coordination ont alors pour objet non seulement de permettre l'accès aux ressources, mais aussi d'en assurer le meilleur usage (Brousseau 1993).

¹² L'approche évolutionniste s'inscrit délibérément dans la perspective d'une économie de création de ressources de par la problématique abordée : celle d'une conception de l'entreprise (et de l'économie) inspirée de Schumpeter. L'économie des conventions ne distingue pas d'entrée de jeu économie d'allocation de ressources et économie de création de ressources, cependant elle retient implicitement le contexte d'une économie de création de ressources (elle se réfère d'ailleurs aux approches évolutionnistes dès 1989 dans le numéro spécial de la Revue Economique, et plus explicitement dans l'ouvrage collectif sous la direction d'Orléan 1994).

Cette perspective implique de tenir compte de la dimension temporelle de la coordination : les connaissances et les qualifications sont acquises et accumulées par apprentissage dans un processus irréversible qui limite les possibilités de choix futurs (c'est "la contrainte du sentier" de Dosi, Teece et Winter 1990). Cette approche se réfère nécessairement à une conception radicale de l'incertitude : la liste des états de la nature ne peut pas être connue *a priori* ; l'apprentissage, l'accumulation des connaissances et des qualifications, les irréversibilités et la contrainte de sentier... impliquent l'apparition de situations nouvelles, et les décisions prises aujourd'hui conditionnent et modifient les états du monde futurs. Enfin, il faut noter que cette analyse dynamique est privée de la notion d'optimum¹³ : certaines formes de coordination peuvent être jugées préférables à d'autres, mais ne peuvent être comparées à un optimum ; les formes de coordination ne sont jamais optimales ou en situation d'efficacité, elles sont, au contraire, toujours en situation d'apprentissage (Gaffard 1990).

2.3 Règles de coordination et nature de l'organisation.

Des hypothèses précédentes concernant d'une part la rationalité des acteurs et le contexte de leurs décisions et d'autre part la nature de l'économie, résultent des conceptions différentes des formes de coordination et de la nature des organisations.

Des contrats interindividuels et une organisation-nœud de contrats

En se situant dans le cadre d'une économie d'allocation des ressources, et en retenant une hypothèse forte de rationalité substantielle (rationalité étendue en fait par la prise en considération du caractère risqué de l'univers et l'inégale répartition de l'information), la théorie normative de l'agence fournit une conception relativement restrictive des *contrats* susceptibles de résoudre les problèmes de coordination. L'échelon d'analyse est la relation interindividuelle entre deux agents dont les intérêts sont divergents et qui peuvent ne pas détenir la même information : le problème consiste alors pour le principal (le profane, celui qui n'a pas l'information et ne peut pas l'observer) à rechercher le contrat optimal afin d'obtenir la coopération de l'agent (l'expert, celui qui détient l'information), en limitant au mieux les problèmes d'opportunisme. Ces contrats se caractérisent par une négociation préalable entre les acteurs de la relation, qui ne nécessite pas d'intervention externe à la relation interindividuelle étudiée : les contrats sont auto-exécutoires (Brousseau 1995).

Lorsque l'agent détient des informations sur les caractéristiques (la qualité notamment) du bien (ou service) à échanger, le principal doit mettre en œuvre un mécanisme incitatif conduisant l'agent à révéler *ex ante* la véritable information : il s'agit en fait pour le principal de "payer" pour l'information qu'il souhaite obtenir (problème de sélection adverse). Lorsque l'agent doit réaliser une action ou un travail pour le principal, l'effort

¹³ De même que la théorie des coûts de transaction, l'économie des conventions et l'approche évolutionniste sont privées de la notion d'optimum, ce n'est cependant pas pour les mêmes raisons : ces dernières, se situant dans le cadre d'une économie de création de ressources, ne peuvent pas comparer une allocation des ressources donnée à une autre allocation des ressources jugée optimale ; la démarche n'est pas celle d'une analyse statique comparative, mais celle d'une analyse dynamique.

qu'il déploiera n'est pas observable par le principal ; celui-ci doit donc choisir un système de rémunération qui incite l'agent à respecter ses engagements *ex post* et mettre en place un système de contrôle du résultat de l'action réalisée ; il s'agit pour le principal de donner à l'agent une contrepartie, une sur-rémunération, en échange de sa coopération et de son absence d'opportunisme (problème de risque moral). Enfin, lorsque l'opportunisme de l'agent peut porter sur ses propres préférences qui ne sont pas observables, le problème consiste à trouver un mécanisme qui incite à la révélation des préférences *ex ante* (problème de passager clandestin). Dans tous les cas, l'asymétrie d'information éloigne de l'optimum de premier rang (avec une information parfaite et également répartie), mais les contrats, les incitations et les mécanismes de contrôle doivent permettre d'obtenir une situation optimale de second rang.

Dans le cadre d'une économie d'allocation des ressources, la théorie des coûts de transaction et la théorie positive de l'agence retiennent, rappelons-le, une hypothèse de "rationalité limitée intéressée". L'opportunisme, avec l'existence de coûts liés à l'échange — coûts d'agence ou coûts de transaction — restent donc sources de problèmes de coordination, mais la référence à une notion d'optimum est différente. Le problème consiste alors à trouver la forme de coordination la meilleure (celle qui minimise les coûts de transaction) : l'accord s'établit alors entre deux (ou plusieurs) individus aux intérêts divergents, et qui ne détiennent ni les mêmes informations, ni les mêmes qualifications. Lorsque les actifs (les qualifications) sont non spécifiques et facilement transférables, alors les coûts de transaction liés à l'échange marchand sont faibles et le marché est la forme de coordination optimale. Lorsque les actifs sont spécifiques et non transférables, les coûts de transaction liés à l'échange marchand sont élevés et la forme de coordination optimale est la hiérarchie : l'un (ou plusieurs) des acteurs accepte alors librement de se soumettre à l'autorité au sein de la hiérarchie, ce qui implique d'ailleurs des coûts de transaction internes (coûts de contrôle) pour éviter l'opportunisme. Entre le marché et la hiérarchie, peuvent exister des formes hybrides de coopération interentreprises telles la sous-traitance, les alliances... (Williamson 1985). L'accord reste de *nature contractuelle* : la négociation est librement réalisée entre les acteurs sans intervention externe.

Ces deux approches, normative et positive, des contrats se complètent : l'une définit les formes de contrats optimales pour lutter contre l'opportunisme dans le cadre de différentes formes de coordination (au sein d'une entreprise par exemple entre l'employeur et les employés, ou entre le principal et l'agent lors d'une délégation de pouvoir, le patient à son médecin par exemple), alors que l'autre définit la forme de coordination optimale (marché, hiérarchie ou coopération interentreprises) selon les coûts de transaction inhérents à chaque relation interindividuelle. Elles se rejoignent également dans leur conception de l'organisation : l'échelon de l'analyse est la relation interindividuelle et, même si la théorie des coûts de transaction s'interroge sur les frontières des entreprises, elles ne considèrent les entreprises ou les organisations que comme des *nœuds de contrats interindividuels* et non pas comme des entités ayant une identité collective.

Des dispositifs collectifs de coordination et une organisation-entité collective.

L'économie des conventions et l'approche évolutionniste se situent dans le cadre d'une économie de création de ressources, caractérisée par une incertitude radicale, où les comportements individuels s'expliquent par une hypothèse de rationalité procédurale. De par ces hypothèses, ces deux approches ne peuvent pas retenir uniquement une conception contractuelle (ou marchande) de la coordination, et ne confèrent pas à l'organisation la seule dimension de nœud de relations interindividuelles. Par leurs fondements épistémologiques, les approches évolutionniste et conventionnaliste se rejoignent, mais ne se réduisent pour autant pas l'une à l'autre¹⁴. Dans la présentation suivante de leurs conceptions respectives de la coordination et de l'organisation, nous tentons de montrer les facteurs de proximité entre ces deux approches.

La conception contractuelle de la coordination met l'accent sur l'aspect intentionnel de l'accord entre les individus : le contrat doit être négocié au préalable et librement consenti par les partenaires. Or, *pour l'économie des conventions*, la coopération entre les individus ne peut pas toujours résulter d'accords calculés et définis *a priori* :

- en cas d'incertitude radicale, le calcul ne peut s'exercer en raison de la méconnaissance de tous les états de la nature possibles ; le contrat ne peut pas envisager toutes les possibilités puisque ces possibilités ne sont pas connues lors de la rédaction du contrat ; comment se comporter lors de l'apparition de situations ou d'informations nouvelles que le contrat n'a pas envisagées ? Il faut alors recourir à des règles de comportement qui permettent de juger de la pertinence des informations utiles pour l'action, sans forcément analyser toutes les informations disponibles devenues trop abondantes ;
- dans certains cas, le calcul conduit à des situations d'indécidabilité : comment choisir lorsque, de deux alternatives possibles, l'une n'apparaît pas meilleure que l'autre, sauf à savoir *a priori* quel sera le choix des autres ? Ces situations conduisent à des spécularités infinies sur le comportement supposé des autres, et ne trouvent pas de solution dans le calcul, mais dans le recours à une règle extérieure commune ;
- la coordination contractuelle et la coordination marchande nécessitent l'existence de certaines règles que les acteurs ne discutent pas ; par exemple, les transactions marchandes exigent au moins un respect spontané de certaines règles, telles que le lieu, la date et l'heure régulière de rencontre comme pour les marchés des quatre-saisons (Brousseau 1995), ou l'existence de normes de qualité définies et reconnues à un niveau collectif, ou l'existence de lois et de règlements qui garantissent les conditions dans lesquelles le contrat peut être réalisé...

Ces règles sont des conventions : elles permettent aux transactions marchandes et aux accords contractuels de se réaliser ; elles facilitent la coopération même si elles n'ont pas forcément été conçues pour résoudre les problèmes de coordination économique ; elles résultent parfois d'accords intentionnels entre des acteurs individualistes et peuvent alors être assimilées à des contrats, mais elles résultent aussi, le plus souvent, de la rencontre d'individus motivés par d'autres arguments que leur seul intérêt personnel et ne peuvent alors être réduites à des contrats. L'activité économique est insérée (*embedded* ; Granovetter 1985) dans le social et le lien

¹⁴ L'ouvrage collectif sous la direction d'Orlén de 1994 "Analyse économique des conventions" comporte cependant des contributions d'auteurs évolutionnistes, et la synthèse de Brousseau (1993) rapproche également ces deux courants.

social ne résulte pas seulement d'échanges entre des individualistes rationnels. L'altruisme, l'engagement collectif, la confiance... motivent aussi les relations entre les individus au sein de la société, et sont à l'origine d'interactions dont résultent des conventions qui conditionnent et favorisent la coopération économique.

Reconnaître l'existence de ces règles — les conventions — ne suffit pas à en donner une définition, cependant nécessaire pour que ce concept puisse être opérationnel. En nous inspirant de différentes définitions des conventions (Revue Economique 1989, Favereau 1989, Orléan 1994, Gomez 1995a et 1996, Brousseau 1995), nous dirons qu'une convention peut prendre la forme d'une régularité, d'un accord collectif, tacite ou explicite, d'une règle de comportement... qui permet aux agents de coopérer ; elle apparaît comme le cadre constitutif de la coopération, et comme le résultat de cette coopération ; elle se distingue des règles d'un ordre logique inférieur :

- par le degré d'intentionnalité dont elle procède : ni nul (contrainte), ni infini (contrat) ; la conformité à la convention résulte d'attentes réciproques et de comportements non calculés ;
- par la dimension collective qu'elle donne à la coopération : le respect de la convention confirme l'appartenance à un groupe, à une collectivité ; la convention s'impose aux agents car la transgression de la règle entraîne l'exclusion du groupe ;
- par le processus d'apprentissage qu'elle suppose ; l'accent est mis sur le caractère procédural de la prise de décision.

La convention trouve son origine soit dans les interactions sociales (Granovetter 1985, Revue Economique 1989), soit dans l'histoire (Rose 1990), soit dans le comportement mimétique des agents économiques (Gomez 1995 et 1996, Orléan 1989, 1994)... La position des tenants de l'économie des conventions diffère d'ailleurs sur cette question :

- pour certains, il n'est pas nécessaire de s'intéresser à la genèse des conventions sauf à dire qu'elles "trouvent leurs sources dans l'interaction des relations sociales" ;
- pour d'autres, il faut au contraire s'intéresser à la dynamique constitutive des conventions : d'où viennent-elles ? Pourquoi sont-elles élaborées ? Quelles sont les modalités de leur transformation ? Ces questionnements rapprochent leurs auteurs de la position de la théorie de la régulation ;
- pour les derniers, l'émergence des conventions trouve son explication dans la dynamique des comportements mimétiques et dans un processus évolutionniste : elles sont auto-renforçantes et auto-réalisatrices du fait de l'accumulation de décisions individuelles d'imitation. La proximité entre l'économie des conventions et l'approche évolutionniste est alors inhérente à la conception même de l'origine des conventions et pas seulement due aux hypothèses épistémologiques retenues.

Ces différents points de vue sont liés à la position méthodologique de leurs auteurs : entre l'individualisme méthodologique (extrême pour les derniers, complexe pour les premiers) et le holisme méthodologique (pour les seconds).

L'approche évolutionniste s'intéresse plus directement aux problèmes de coordination posés par l'objectif de création de ressources au sein des entreprises ou entre les entreprises. De ce fait, elle met l'accent sur l'analyse

des processus d'émergence d'innovations ou de normes technologiques et sur l'analyse des formes de coordination favorables à la création de savoirs et de compétences spécifiques nécessaires à la création de ressources nouvelles.

Les innovations et les normes technologiques émergent suite à l'accumulation de décisions individuelles qui atteint un seuil critique et conduit à un choix irréversible : sans en avoir eu l'intention, les individus ont permis collectivement l'émergence d'une norme (de qualité par exemple) ou d'une innovation technologique.

La notion d'apprentissage est au cœur de l'approche évolutionniste : la répétition et l'expérimentation de certaines tâches sont sources d'efficacité et de compétences accrues ; ces compétences sont cumulatives et de nature plus organisationnelle qu'individuelle. En situation d'incertitude radicale, la coopération est obtenue grâce à des *routines* résultant des connaissances antérieures accumulées. Ces routines sont des modèles de comportement qui permettent aux individus de réduire l'incertitude liée à la prise de décision dans l'organisation (Coriat et Weinstein 1995) ; ces routines permettent une cohérence collective des décisions individuelles à l'intérieur de l'organisation, à la fois collection d'individus et entité possédant une identité et un comportement propres — une conduite collective.

Bien que les évolutionnistes ne définissent pas d'entrée de jeu les routines comme des conventions, on notera la proximité qui existe entre ces deux notions : pour les évolutionnistes (Dosi, Teece et Winter 1990) la routine est une règle de comportement, ni imposée, ni intentionnelle ; elle permet de résoudre les situations d'indécidabilité dans l'entreprise (ou dans le réseau d'entreprises), de réduire l'incertitude radicale (elle économise la recherche d'informations) ; elle permet la coopération tout en étant le fruit de cette coopération : elle se crée par apprentissage, elle résulte de la succession de relations de coopération entre individus et au niveau collectif et permet ensuite cette coopération ; enfin, elle confère une dimension collective à l'organisation. A notre sens, les routines sont des conventions : leur conception est conforme à celle d'une convention qui peut être une règle de comportement, résultat d'un apprentissage, permettant de réduire l'incertitude radicale dans l'entreprise : la routine sert directement de guide pour l'action dans l'entreprise. Mais les conventions ne sont pas toutes des routines : une convention peut être une norme de qualité qui ne sert donc pas directement de guide pour l'action mais plutôt de référence, de norme commune, pour l'évaluation d'un produit ou d'un service ; une convention peut être porteuse d'un système de valeurs (confiance, appartenance collective, équité...), qui ne sert pas non plus directement de guide pour l'action. Enfin, si une routine est par nature le résultat d'un apprentissage et de processus d'imitation, une convention, nous l'avons vu, peut être aussi le fruit de l'histoire et des rapports conflictuels entre groupes sociaux (au sens de l'approche régulationniste des conventions). Les routines sont des conventions mais les conventions ne sont pas toutes des routines. Cette divergence entre ces définitions des dispositifs collectifs de coordination tient sans doute à l'objet d'analyse respectif de chacune des approches : l'approche évolutionniste inspirée de Dosi, Teece et Winter s'intéresse surtout au fonctionnement des entreprises et à l'analyse de la création de ressources par ces entreprises, alors que l'économie des conventions aborde des domaines plus variés : détermination de la qualité des biens (Eymard-Duvernay 1989, Gomez 1995), relations de travail et conventions salariales (Salais 1989, Boyer et Orléan 1994), conventions financières (Orléan 1989), nature et fonctionnement des entreprises (Gomez 1996), évolution du système monétaire (Aglietta 1994),...

En retenant des fondements épistémologiques communs, l'approche conventionnaliste et l'approche évolutionniste donnent des conceptions proches du mode de coordination économique : la coopération est facilitée par des conventions et des routines qui forment des règles de comportement, par des conventions ou des normes de qualité qui s'imposent parce qu'elles sont adoptées et reconnues par tous ; la coopération n'est pas seulement interindividuelle (à travers des règles marchandes, ou à travers des contrats) mais aussi collective grâce au respect de conventions porteuses de systèmes de valeurs qui garantissent l'appartenance à une collectivité, et de routines qui assurent la cohérence collective de l'organisation ; enfin, l'organisation n'est plus conçue comme un nœud de relations interindividuelles : elle possède une cohérence collective, un comportement propre qui lui confère une identité distincte de la simple somme des individus qui la composent.

Du point de vue de leurs fondements épistémologiques, la théorie de l'agence et la théorie des coûts de transaction d'une part, et l'économie des conventions et l'approche évolutionniste d'autre part, s'opposent. Cependant, on notera que ces dernières n'excluent pas l'existence de modes de coordination marchands ou contractuels à côté ou en deçà des dispositifs de coordination collectifs (conventions ou routines). De ce point de vue, ces différentes approches apparaissent davantage complémentaires. En outre, si on peut critiquer les premières pour ne pas prendre en compte l'existence de modes de coordination collectifs, spontanés et désintéressés, on peut critiquer les secondes pour ne pas suffisamment intégrer l'analyse des relations de pouvoir et des stratégies individualistes des acteurs (cf à ce sujet les contributions du colloque "L'évolutionnisme", Paris, septembre 1996). Il nous semble donc que l'une et l'autre approches pourraient s'enrichir de leur complémentarité pour fournir une analyse complète et réaliste du fonctionnement du monde économique. Leurs applications à l'économie de la santé nous paraissent également montrer une complémentarité susceptible d'être particulièrement féconde en matière d'aide à la décision et de politique économique.

III - L'application de ces théories au domaine de la santé : des complémentarités.

L'application de ces théories en économie de la santé est récente : les premières applications de la théorie de l'agence datent de 1986 avec les travaux de M. Mougeot et ceux de L. Rochaix¹⁵, celles de l'économie des conventions datent de 1990 avec la thèse de Ph. Batifoulier, celles de la théorie des coûts de transaction sont plus dispersées (cf par exemple Fargeon 1995, Fargeon et Kerleau 1994, Bouvier-Patron et Dumoulin 1994), enfin l'application de l'approche évolutionniste au domaine de la santé sous-tend le programme de recherche du LEST (cf Branciard, Huard et Mossé 1994) et inspire certains travaux d'économie de la santé qui se réfèrent aux notions de réseau et de coopération (cf Fargeon 1995, Gadreau et Béjean 1994, Béjean et Gadreau 1996). Nous

¹⁵ Les travaux de L. Rochaix ne se situent pas explicitement dans le cadre de la théorie de l'agence dans la mesure où L. Rochaix rejette l'idée que le médecin soit l'agent du patient en raison du fait que les règles du contrat sont en fait déterminées par la tutelle ; elle accepte cependant l'existence d'asymétries d'information entre les deux protagonistes, le rôle d'expert que joue le médecin et le risque lié à l'intervention médicale que doivent partager agent et principal ; elle formalise cette relation en termes de stratégie de *search* de la part du patient et en termes de réponse du médecin à une menace de "vote avec les pieds" exercée par le patient.

souhaitons ici essayer de montrer en quoi ces différentes contributions se complètent : soit en apportant des réponses complémentaires à une même question, soit en donnant des réponses à des questions différentes.

Nous ciblerons pour cela deux thèmes principaux, chacun d'entre eux donnant lieu à l'application d'une partie des approches théoriques présentées en première partie :

- la régulation du système de santé : l'approche contractuelle et l'approche conventionnaliste permettent de fournir des schémas explicatifs renouvelés du fonctionnement du système de santé, ce qui implique des préconisations différenciées mais néanmoins complémentaires en termes de régulation du système de santé et de maîtrise des dépenses ; il s'agira ici de présenter successivement les différentes approches théoriques du système de santé et d'en montrer les avantages, les limites et les complémentarités ;
- l'évolution de l'organisation du système de santé : la "recomposition" du système de soins autour d'actions de coopération interhospitalière et de réseaux ville-hôpital conduit à s'interroger sur les explications théoriques que l'on peut donner de ces mutations dans l'organisation du système de santé ; cette évolution pose également la question du rôle des pouvoirs publics face à cette évolution décentralisée. La perspective retenue ici est différente de celle concernant la régulation du système de soins : il s'agira de partir du constat de la recomposition du système de soins et d'en rechercher les éléments explicatifs en recourant à différents cadres théoriques (théorie des coûts de transaction et approche évolutionniste), ce qui permettra également d'en montrer la complémentarité.

3.1 La régulation du système de santé

Le modèle néo-classique et ses limites

Les premières analyses théoriques en économie de la santé appliquent le modèle néo-classique : les individus sont supposés substantiellement rationnels et coordonnent leurs décisions individuelles en termes d'échange marchand. En médecine ambulatoire, on construit alors un modèle producteur-consommateur où le médecin maximise une fonction-objectif qui l'ammène à effectuer un arbitrage travail-loisirs, et où le patient est considéré soit comme un simple consommateur de services, soit comme un investisseur qui optimiserait son capital-santé. Les limites d'une telle approche ont été abondamment soulignées (cf notamment Darbon et Letourmy 1983) :

- en France, dans un système de prix administrés, le rôle des pouvoirs publics dans la détermination des prix est soit purement négligée, soit intégrée à travers une simple contrainte ; les variables privilégiées restent l'offre et la demande et l'équilibrage du marché se fait par les quantités ;
- l'indépendance de l'offre et de la demande, et la souveraineté du consommateur, sont remises en cause par l'existence d'un pouvoir discrétionnaire dont disposerait le médecin, ce qui lui permettrait d'induire la demande pour ses propres services ; l'hypothèse de la demande induite par l'offre développée dès les années 70 (Evans 1974) constitue une remise en question importante de l'application du modèle néo-classique en médecine ambulatoire ;

— enfin, les décisions qui engagent les dépenses de soins sont déconnectées de la responsabilité financière : ni le médecin, ni le patient ne supportent le coût intégral engendré par leurs décisions ; le rôle des prix est donc réduit.

Dans le secteur hospitalier, les modèles de l'hôpital-entreprise consacrent l'analyse de la fonction de coût d'un hôpital dont on suppose qu'il poursuit un objectif unique. Là aussi, le rôle des pouvoirs publics est restreint : il s'agit simplement de rechercher les règles de tarification publique qui permettent d'obtenir un optimum de second rang. Quant à la demande des usagers, on lui accorde quelques spécificités, soit en considérant le corps médical comme le demandeur de l'infrastructure offerte à l'hôpital, soit en identifiant la tutelle comme le véritable demandeur de l'hôpital. Une des limites supplémentaires de ces modèles est de considérer l'hôpital comme une "boîte noire" : la divergence d'intérêts et l'asymétrie d'information entre les différents groupes d'acteurs à l'hôpital (médecins, patients, administrateurs, personnel non médical...) ne sont pas intégrés à l'analyse.

En revanche, dans le domaine de l'assurance-maladie, l'accent est mis plus rapidement sur l'existence d'asymétries d'information entre les acteurs : dès 1963, Arrow souligne que le comportement préventif et de consommation de soins est inobservable par l'assureur, ce qui constitue une source de comportements opportunistes de la part des assurés, et donc d'inefficacités ; en 1970, Akerlof souligne que lorsque le niveau de risque de l'assuré est inobservable par l'assureur, des inefficacités résultent d'un phénomène de sélection adverse (les "bons risques" étant écartés du marché par les "mauvais risques").

Les apports de la théorie de l'agence...

Les critiques de l'application du modèle néo-classique en économie de la santé et les apports des notions de risque moral et de sélection adverse dans le domaine de l'assurance ont conduit les économistes de la santé à mettre l'accent sur les asymétries d'information et les divergences d'intérêts qu'une coordination purement marchande ne peut permettre de réduire. L'application de la théorie de l'agence (normative et positive) en économie de la santé (cf en France, Mougeot 1986 et 1994, Rochaix 1986, Fermon 1991, Béjean 1994a...) permet en effet de dépasser certaines des limites du modèle néo-classique et de fournir des éléments d'aide à la décision en matière de politique économique.

Les apports théoriques des approches du système de santé en termes de relations d'agence résident principalement dans une prise en considération explicite des conflits d'intérêts, des asymétries d'information et du risque lié aux activités économiques. Les relations entre les acteurs du système de soins sont modélisées en termes de relations d'agence multiples (cf Rochaix 1997 pour une synthèse de ces analyses dans cette même session) : entre le médecin et le patient en médecine ambulatoire, entre le patient-assuré et l'assureur ou le financeur dans le domaine de l'assurance-maladie, entre le médecin ordonnateur des dépenses et la tutelle, entre le corps médical et l'administrateur gestionnaire de l'hôpital, entre cet administrateur et ses autorités de tutelle... Dans chacune de ces relations, le principal (dépourvu d'informations) doit élaborer les termes du contrat qui lui permettront de s'assurer les services de l'agent (l'expert qui détient l'information) en limitant son comportement éventuellement opportuniste grâce à des incitations, et en partageant les risques liés à la délégation de pouvoir.

En médecine ambulatoire, l'interprétation de la relation médecin-patient en termes de relations d'agence rend compte de la délégation de pouvoir par le patient au médecin, délégation nécessaire en raison de l'exemplarité de l'asymétrie de savoir et d'information. Dans le secteur hospitalier, l'interprétation des relations entre les différents acteurs en termes de relations d'agence permet de prendre en compte la complexité du fonctionnement de cette organisation, la divergence d'intérêt et l'asymétrie d'information entre acteurs : l'hôpital n'est plus une "boîte noire" mais un nœud de relations contractuelles. Quant à l'analyse du financement des soins, elle conduit naturellement à interpréter les relations entre acteurs en termes d'agence du fait de la similitude des cadres conceptuels de la théorie de l'agence et de l'économie des assurances.

En matière de politique économique, le principal apport du cadre conceptuel de la théorie de l'agence est de montrer que la régulation du système ne doit pas reposer sur des prix, ni sur des contraintes, mais sur des incitations ; la réalisation de contrats ou d'accords non contraignants entre les acteurs implique que les agents se comportent dans le sens des intérêts du principal, non pas parce qu'ils y sont obligés mais parce qu'ils y ont intérêt : la mise en œuvre de mécanismes incitatifs ("concurrence fictive") et la mise en "concurrence organisée" des agents (selon les termes de Mougeot 1994) permettent de limiter les comportements opportunistes sources d'inefficacité. Dans le cadre du système de santé, il s'agit de mettre en œuvre des mécanismes incitatifs ou des procédures de mise en concurrence qui soient moins manipulables que les règles de paiement que sont la tarification à l'acte en médecine libérale ou le financement de l'hôpital au prix de journée (systèmes de paiement de type "cost plus").

Certaines réformes récentes des systèmes de santé sont d'ailleurs conformes aux préconisations des approches du système de santé en termes d'agence : il s'agit d'organiser une régulation incitative du système de santé, soit à travers l'instauration de règles de paiement ou d'attribution de budget qui "intéressent" les gestionnaires ou les ordonnateurs de dépenses (en général les offreurs de soins) au résultat de l'action qui leur est déléguée, soit à travers "l'organisation d'une mise en concurrence" des offreurs, et/ou des financeurs, afin d'obtenir de leur part une offre dans les meilleures conditions (en termes de maîtrise des dépenses, de qualité des soins...). On citera par exemple la réforme du NHS (National Health System) en Grande Bretagne qui instaure des quasi-marchés et met les offreurs en concurrence face notamment aux médecins généralistes dont on reconnaît le rôle d'ordonnateurs de dépenses en leur accordant la responsabilité financière de ces dépenses ; aux Etats-Unis, les HMO (Health Maintenance Organizations) sont également mis en concurrence pour offrir des soins en échange d'un prépaiement forfaitaire par patient ; les procédures d'appel d'offre pour les attributions de marchés hospitaliers impliquent une mise en concurrence des offreurs (Mougeot et Naegelen 1984) ; la réforme Nekker aux Pays-Bas organise également une mise en concurrence des assureurs et des offreurs de soins... (cf la présentation de ces réformes au regard de la théorie de l'agence proposée par Mougeot 1994).

L'application de la théorie de l'agence en économie de la santé comporte donc des apports importants tant sur le plan théorique qu'en matière de politique économique : sur le plan théorique, l'application du cadre théorique de l'agence n'a pour l'instant pas permis d'obtenir la détermination de contrats optimaux en médecine ambulatoire, à l'hôpital ou en matière d'assurance, notamment en raison de la complexité des relations qui

s'établissent dans le système de santé¹⁶ ; néanmoins, son apport principal nous paraît être la prise en considération explicite des problèmes d'asymétries d'information et des comportements opportunistes qui peuvent en résulter dans l'analyse du fonctionnement du système de santé ; en matière de politique économique, l'analyse théorique menée en amont permet de montrer que certaines règles de rémunération ou d'attribution de budget sont trop manipulables par les agents, il est alors nécessaire d'introduire une certaine dose d'incitation afin de limiter les comportements opportunistes des acteurs¹⁷.

... et ses limites.

L'application du cadre théorique de l'agence au système de santé rencontre cependant des limites inhérentes au modèle théorique lui-même et à ses hypothèses¹⁸, limites qui sont d'ailleurs exacerbées dans le domaine de la santé :

— le modèle repose, rappelons-le, sur l'hypothèse de comportements individuels rationnels, intentionnels et calculés : or les capacités cognitives des individus sont limitées notamment parce que les individus ne peuvent connaître *a priori* l'ensemble des états de la nature ; cela est d'autant plus crucial dans le domaine de la santé où l'innovation et le progrès de la médecine jouent un rôle primordial ; comment les médecins peuvent-ils "calculer" la meilleure stratégie thérapeutique lorsqu'ils ne peuvent connaître la nature des innovations qui peuvent survenir en matière de traitement et de diagnostic ? Quant au patient, ses préférences ne sont pas stables contrairement à ce que suppose l'hypothèse de rationalité substantielle ; citons l'exemple désormais connu des femmes qui refusent *a priori* une péridurale mais la réclament finalement au moment de l'accouchement ; la confrontation à la maladie et à la douleur modifie l'évaluation que le patient peut en faire, et par conséquent ses préférences en la matière ;

— l'hypothèse de rationalité substantielle rencontre en général des difficultés pour intégrer l'existence de comportements désintéressés ou altruistes ; c'est aussi le cas dans le domaine de la santé : le respect de l'éthique professionnelle par le médecin est une caractéristique importante de son comportement et la confiance est une dimension cruciale de la relation qu'il noue avec son patient. Pour expliquer l'éthique professionnelle, certains modèles stipulent qu'elle n'est qu'un argument supplémentaire de la fonction d'utilité du médecin, ce qui revient à supposer de façon paradoxale que le médecin adopte un comportement désintéressé parce que cela satisfait son propre intérêt... D'autres modèles supposent que la menace de "vote avec les pieds" exercée par le patient oblige

¹⁶ On notera par exemple qu'en médecine ambulatoire, la relation s'établit entre le médecin, le patient et la tutelle qui fixe les règles de rémunération, ce qui empêche de définir un contrat optimal entre le patient et le médecin (ce que L. Rochaix rappelle à juste titre, 1997, cette session).

¹⁷ Les incitations mises concrètement en œuvre restent généralement très simplistes par rapport à ce que préconiserait la théorie normative de l'agence : par exemple, les systèmes d'enveloppe globale ou de paiement forfaitaire de type "fixed price" sont interprétés comme des mécanismes incitatifs (Mougeot 1994, Rochaix 1997), mais c'est plutôt le caractère contraignant qui prédomine : quel que soit l'effort de l'agent, il retirera la même rémunération, il n'y a pas de véritable "partage" des risques entre le principal et l'agent ; les systèmes de paiement à l'acte dégressif sont en revanche véritablement incitatifs (Béjean 1994b).

¹⁸ L'application de la théorie de l'agence en économie de la santé peut être critiquée de façon interne (en ne remettant pas en cause le modèle de base néo-classique) ou externe (en remettant éventuellement en cause le cadre théorique lui-même) ; nous développerons ici les limites externes ; pour une analyse des limites internes, voir la présentation de Lise Rochaix 1997 dans cette même session.

le médecin à respecter une certaine éthique qui est alors interprétée comme une contrainte. L'éthique professionnelle et la confiance ne sont pourtant ni des contraintes, ni des objectifs recherchés intentionnellement, ni des contrats qui résulteraient d'un accord explicite entre le médecin et le patient ;

— les modèles d'agence mettent l'accent sur la nécessité de procédures de régulation incitative, ce qui suppose que seul l'intéressement individuel est propre à assurer la coordination entre les acteurs ; les procédures de régulation collectives (de type enveloppe globale collective par exemple) sont d'ailleurs critiquées en raison du risque d'adoption de comportements de passager clandestin par les médecins ; pourtant des dispositifs de coordination collectifs existent et fonctionnent, ne serait-ce que l'auto-régulation exercée par le Conseil de l'Ordre. Dans une même perspective, la conception de l'organisation par la théorie de l'agence, si elle permet d'ouvrir la "boîte noire", conduit finalement à ignorer les propriétés collectives de l'organisation au seul profit des relations interindividuelles ; pourtant, au sein de l'hôpital par exemple, les médecins ressentent un fort sentiment d'appartenance à l'organisation en tant que collectivité et il en est de même pour les autres catégories de personnel (infirmier ou autre) ;

— enfin, des procédures incitatives sont préconisées par la théorie de l'agence pour éviter les comportements opportunistes ; or les mécanismes incitatifs réalisables sont généralement simples, ce qui les rend manipulables par les agents si l'on suppose qu'ils sont mus uniquement par leur intérêt personnel¹⁹. En outre, les modèles d'agence ne peuvent théoriquement conduire à des contrats optimaux que si l'on peut juger objectivement du résultat de l'activité de l'agent, ce qui est contestable dans le cas de l'intervention médicale : l'amélioration de l'état de santé qui en est attendue ne peut être évaluée objectivement par le patient en raison du caractère non seulement physiologique mais aussi psychologique et social de la santé.

Les apports de l'économie des conventions et ses complémentarités avec l'approche contractuelle

Les critiques développées ci-dessus portent sur les fondements théoriques de l'approche contractuelle ; elles sont valables dans le cas de n'importe quelle activité économique mais sont peut-être encore plus flagrantes dans le domaine de la santé en raison des différences de nature qui caractérisent la santé en tant que produit d'une activité économique (son caractère subjectif et ses dimensions psychologiques et sociales), et en raison des particularités des relations qui se nouent dans ce domaine (éthique professionnelle des médecins et relations de confiance entre médecin et patient). L'économie des conventions permet sur le plan théorique de dépasser les limites du modèle contractuel en proposant un schéma explicatif plus réaliste des comportements économiques. En matière de politique économique, elle apporte des compléments indispensables à l'analyse proposée par la théorie de l'agence. Dans le domaine de la santé, les applications de l'économie des conventions sont récentes et encore peu développées (cf Batifoulier 1990, 1992, 1997, Béjean 1994a, et Gadreau et Béjean 1996), mais ces premiers travaux montrent l'intérêt de l'application des concepts de rationalité procédurale et de convention pour

¹⁹ Les incitations de type "fixed price" par exemple comportent un risque de baisse de la qualité des soins pour compenser la contrainte qui porte sur le couple prix-volume.

comprendre et expliquer le fonctionnement du système de santé, et ouvrent des perspectives de recherche intéressantes.

Sur le plan théorique, l'approche conventionnaliste et l'hypothèse de rationalité procédurale permettent d'appréhender de façon plus réaliste les comportements et les prises de décisions dans le domaine de la santé :

— le progrès des connaissances médicales et les innovations jouent un rôle important dans le domaine de la santé et les relations entre diagnostic, traitement et amélioration de l'état de santé, ne sont pas toujours de nature probabilisable ; en outre les préférences des patients ne sont pas stables ; les médecins cherchent alors plus à mettre en œuvre une procédure de diagnostic et de traitement satisfaisante qu'à obtenir un résultat maximal, résultat qui ne peut d'ailleurs être jugé de façon objective par les protagonistes de la relation ; les patients en situation d'incertitude radicale (tout comme les médecins d'ailleurs) adaptent et modifient leurs décisions au fur et à mesure en fonction d'informations et d'événements nouveaux ;

— l'éthique professionnelle respectée par les médecins, l'existence de comportements désintéressés et la confiance qui s'établit entre médecin et patient s'analysent ici dans la tradition sociologique du don-contre-don (Mauss 1950) : le concept de convention donne une représentation cohérente de l'éthique professionnelle (et de la confiance) et l'hypothèse de rationalité procédurale permet d'expliquer son respect spontané par les médecins. L'éthique professionnelle est une norme respectée de façon ni purement intentionnelle, ni purement contraignante, qui montre et garantit l'appartenance du médecin à une profession, qui économise au patient les coûts de recherche d'information (ou d'agence) sur les caractéristiques du médecin, ce qui assure finalement la coopération et la confiance entre le médecin et le patient (Gadreau et Béjean 1996, Béjean 1994a, Batifoulrier 1990, 1997).

La régulation du système de santé ne repose pas uniquement sur des incitations et des préoccupations purement individualistes de la part des différents acteurs. Les acteurs du système de santé (comme les autres agents économiques) sont aussi motivés par des arguments altruistes ou simplement désintéressés, par la recherche d'un intérêt collectif, par la confiance qui les lie aux autres agents économiques. Le rôle du Conseil de l'Ordre, des organisations professionnelles et syndicales, illustre concrètement la dimension collective des motivations individuelles. L'hôpital n'est pas seulement un nœud de relations contractuelles dont on pourrait expliquer le fonctionnement en s'intéressant uniquement à la répartition de l'information entre acteurs et à leurs divergences d'intérêt ; l'hôpital est une véritable organisation qui possède ses caractéristiques et son fonctionnement propres, différents de la simple agrégation des comportements individuels : des normes (conventions) de qualité (de nature industrielle et domestique : cf Batifoulrier 1997 dans la lignée des travaux de Boltanski et Thévenot 1987) et d'activité sont respectées spontanément par les personnels de l'hôpital et économisent au patient de rechercher l'information en assurant ainsi la coopération au sein de l'hôpital, et entre l'hôpital et son environnement.

En matière de politique économique, la régulation ne peut donc être obtenue en ciblant seulement les motivations individualistes des acteurs, médecins, gestionnaires, patients..., et ainsi les contraindre (au pire) ou les inciter (au mieux) à respecter les objectifs définis par les pouvoirs publics. Il ne s'agit pas de nier l'existence

de ces motivations individualistes²⁰ et des comportements opportunistes qui peuvent en résulter, mais de reconnaître que d'autres éléments entrent en jeu dans les prises de décisions, et que des conventions porteuses de valeurs (pas forcément utilitaristes) sont respectées spontanément par les individus.

Les politiques économiques mises en place en médecine ambulatoire ou dans le secteur hospitalier peuvent tenter d'inciter individuellement les agents à se comporter dans le sens d'une maîtrise des dépenses, mais elles doivent aussi chercher à obtenir l'adhésion, la motivation et l'engagement collectifs dans une politique intégrant des conventions, des valeurs, reconnues et respectées par tous : comment éviter la manipulation des mécanismes incitatifs (toujours trop simplistes pour ne pas être manipulables) si les valeurs portées par la réforme ne sont partagées par tous ?

L'analyse de la dernière convention médicale en médecine ambulatoire (Durand, Béjean et Gadreau 1996, Gadreau et Béjean 1996) montre dans une perspective positive que les politiques de maîtrise des dépenses associent en complémentarité des éléments introduisant une dose d'incitation et des facteurs favorisant l'établissement de conventions d'activité et de qualité : les références médicales opposables (RMO) peuvent être interprétées comme des conventions de qualité de nature industrielle auxquelles on associe un système de sanctions (incitations négatives) ; l'instauration du carnet médical est susceptible d'éviter le nomadisme médical et d'inciter ainsi les patients à réduire leur demande injustifiée de soins ; simultanément le système fidélise la clientèle et favorise l'établissement d'une relation de confiance entre médecin et patient (convention de qualité de nature domestique) ; le système des objectifs quantifiés d'évolution des dépenses associés à un ajustement automatique du niveau des honoraires appliqué collectivement (sanction collective *a posteriori*) et à des sanctions individuelles (déterminées au vu des dépassements éventuels par rapport aux RMO) peut être analysé comme une convention d'activité dont l'efficacité nécessite l'engagement collectif et individuel des médecins en faveur d'une discipline de maîtrise des dépenses...

Ainsi constate-t-on que la réalité n'est pas purement contractuelle et individualiste, ou purement conventionnaliste et désintéressée ; en matière de politique économique, il convient aussi d'associer ces deux dimensions finalement complémentaires : toute politique qui ne retiendrait qu'une logique contractuelle pour "intéresser" chacun individuellement au respect de l'objectif serait rejetée collectivement, considérée comme illégitime, et source de manipulations, mais une politique conventionnaliste dépourvue d'incitations individuelles ferait le pari voué à l'échec d'atteindre ses objectifs en ne comptant que sur l'adhésion de chacun à un intérêt général qui n'est peut être pas encore reconnu par tous.

²⁰ L'économie des conventions, tout comme l'hypothèse de rationalité procédurale, n'excluent pas l'existence de comportements individualistes mais précise que ceux-ci ne sont pas uniques et sont insérés (au sens de Granovetter) dans un écheveau de relations sociales où la confiance et le désintéressement jouent un rôle primordial.

3.2 L'évolution de l'organisation du système de santé

Le constat d'une certaine "recomposition" de l'organisation du système de santé (selon l'expression de Fargeon 1995) autour d'accords de coopération et de réseaux de soins a conduit les économistes de la santé à s'interroger sur les causes et les modalités de cette restructuration. Pour y répondre, il convient de retenir tout d'abord le point de vue de l'hôpital : pourquoi l'hôpital est-il amené à rechercher des stratégies de coopération, et quelles sont les modalités de cette coopération ? Se pose également la question d'une redéfinition du rôle des pouvoirs publics face aux initiatives locales et décentralisées de recomposition du système de soins. Nous ciblerons ici les réponses données à ces questions par la théorie des coûts de transaction et par l'approche évolutionniste en tentant d'en montrer la complémentarité.

Les causes de la recomposition du système de soins

Les frontières des unités productives hospitalières, la concurrence entre secteur privé et secteur public d'hospitalisation, la segmentation traditionnelle du marché entre médecine de ville et médecine hospitalière, l'indépendance entre secteur sanitaire et secteur social... sont remises en cause par les mutations récentes du système de santé, telles que la redéfinition et l'externalisation de certaines activités (en particulier logistiques) du secteur hospitalier, les conventions de co-utilisation d'équipements techniques entre secteur privé et secteur public, ou entre l'hôpital et la médecine de ville, les accords de complémentarité entre différentes structures hospitalières, la création de réseaux de soins ville-hôpital et de coopération entre secteurs sanitaire et social pour une prise en charge globale de certaines pathologies (sida par exemple) ou de certaines catégories de patients (personnes âgées).

Ces mutations s'opèrent dans un contexte où la contrainte budgétaire devient plus pressante, où la technicité et la spécialisation des compétences nécessaires à l'utilisation de certains équipements est croissante, où le coût de ces mêmes équipements grève de plus en plus fortement les enveloppes budgétaires, et où l'émergence de nouvelles pathologies à caractère chronique notamment montre la nécessité d'une prise en charge globale des patients. L'analyse du contexte, si elle permet d'expliquer pourquoi l'hôpital et les autres intervenants du système de soins cherchent à trouver une nouvelle forme organisationnelle, ne suffit cependant pas à expliquer le choix d'une stratégie particulière : celle d'une coopération simple (bilatérale) ou en réseau des différents acteurs.

L'économie industrielle et la théorie des activités de réseau de Curien (1993) permettent de distinguer, parmi les activités produites traditionnellement à l'hôpital, celles qui relèvent d'une structure de monopole verticalement intégré (en raison des économies d'échelle liées au plateau technique, des investissements spécifiques aux coûts irrécupérables, des économies d'envergure qui lient les activités médicales et paramédicales à l'utilisation du plateau technique...) de celles qui peuvent être externalisées et rendues au fonctionnement du marché (les activités logistiques principalement parce qu'elles ne possèdent pas les propriétés précédentes)

(Jacobzone 1995). Cependant, la délimitation des activités monopolistiques et des activités concurrentielles n'est pas toujours aussi claire (Béjean et Gadreau 1996) :

— L'externalisation de certaines activités logistiques et médicales conduit à des relations entre les tiers producteurs de ces activités et l'hôpital, nécessitant plus de flexibilité que des relations internalisées, mais aussi une relative stabilité que n'offre pas la remise en cause systématique de ces transactions par les mécanismes concurrentiels du marché. L'analyse de ce problème en termes de coûts de transaction dépasse l'analyse en termes de coûts de production : l'arbitrage entre coûts de transaction marchande (externes) et coûts de contrôle (internes) conduit à choisir une forme hybride de coordination, de type sous-traitance ou accord de coopération, en particulier lorsque la fréquence des transactions est élevée.

— Les accords établis entre hôpital et médecins libéraux, ou entre plusieurs structures hospitalières, pour une co-utilisation de certains équipements techniques trouvent des explications complémentaires : d'une part, les hôpitaux ne sont pas toujours en mesure d'utiliser leurs équipements à leur pleine capacité de production pour pouvoir bénéficier des économies d'échelle ; d'autre part les compétences médicales nécessaires à l'utilisation de ces équipements constituent des actifs spécifiques (au sens de la théorie des coûts de transaction ; Williamson 1985) ou des actifs complémentaires (au sens des évolutionnistes ; Dosi, Teece et Winter 1990) à d'autres actifs (que sont les équipements eux-mêmes) ; ces compétences ne doivent pas nécessairement être internalisées : l'accès à des ressources humaines spécifiques ou complémentaires nécessite une stabilité de la relation et peut alors se réaliser par des accords de coopération.

La constitution de réseaux ville-hôpital trouve également différentes explications principalement inspirées de l'approche évolutionniste :

— pour la prise en charge de certaines pathologies notamment chroniques, la recherche de compétences complémentaires est primordiale ; certains aspects de la pathologie peuvent être traités par un service hospitalier spécialisé alors que d'autres le sont par un médecin généraliste, la prise en charge doit alors être globale de façon à rendre cette complémentarité plus efficace et plus complète ;

— l'expérience partagée et l'apprentissage au sein du réseau de soins favorisent la diffusion des informations et des connaissances, mais surtout la création de compétences et de connaissances nouvelles ; les compétences accrues ainsi acquises sont de nature individuelle (chaque médecin acquiert des connaissances) mais aussi de nature organisationnelle dans la mesure où la spécialisation du réseau conduit, par un processus d'apprentissage collectif, à une organisation plus performante ;

— l'organisation en réseau réduit l'incertitude radicale à laquelle sont confrontés les différents professionnels de soins face à des pathologies nouvelles ou des problèmes complexes ; la confrontation des points de vue et des expériences est favorable à l'établissement de routines, de normes de pratiques, qui réduisent l'incertitude liée à la prise de décision dans le cas de problèmes tels que la prise en charge des patients atteints du sida ou des personnes âgées ; d'ailleurs, dans ce dernier cas, la complémentarité intervient non seulement entre différents secteurs de soins mais aussi entre le secteur sanitaire et le secteur social.

Les modalités de la coopération

Les explications précédentes de l'émergence de stratégies de coopération entre les différentes structures de soins ou les différents secteurs de l'activité sanitaire et sociale montrent quels sont les avantages d'une relation de coopération et d'une structure en réseau pour l'organisation du système de soins ; l'approche transactionnelle de Williamson et l'approche évolutionniste semblent complémentaires pour fournir les éléments explicatifs de cette recomposition. Pour expliquer les modalités concrètes de la coopération, ces deux approches diffèrent dans la mesure où elles ne se posent pas les mêmes questions.

Pour l'approche transactionnelle, il s'agit de savoir quelle est la forme de transaction la plus adaptée en fonction du problème posé, et lorsqu'une forme hybride entre le marché et la hiérarchie — la coopération ou le partenariat — est choisie, il s'agit de trouver les dispositifs concrets de coopération susceptibles de contenir l'opportunisme généré par les asymétries d'information et le comportement purement intéressé des différents acteurs (Fargeon 1997). La question posée est donc conditionnée par l'hypothèse fondamentale concernant le comportement des acteurs. Les réponses données sont alors également conditionnées par cette hypothèse comportementale. L'accent est mis sur des relations bilatérales ; la cession d'un "otage", ou un échange réciproque, sont supposés apporter aux deux protagonistes la garantie d'une stabilité de la relation, et réduire le risque d'opportunisme (cf Fargeon 1997 pour une explication de ces dispositifs)²¹.

Pour l'approche évolutionniste, la question de l'opportunisme et des stratégies individualistes des acteurs ne se pose pas ; il s'agit seulement de montrer l'existence de routines, porteuses de compétences organisationnelles, qui assurent la coopération au sein de l'organisation ; si l'on retient la conception évolutionniste de Callon (1991 et 1995), la confiance joue également un rôle non négligeable dans les relations de coopération : des relations informelles de confiance président à l'établissement des réseaux dont le fonctionnement rétroagit sur ces relations pour en assurer un caractère stable et durable.

Or les relations qui s'établissent au sein du système de santé, comme dans d'autres domaines économiques, ne sont pas purement intéressées avec comme caractéristique l'opportunisme, ou purement désintéressées avec comme caractéristique la confiance. Selon Callon (1995), les relations interindividuelles sont en fait des assemblages de différents modes de coordination : le marché, la hiérarchie (tous deux modes de coordination fondés sur une hypothèse comportementale d'individualisme) et le réseau (fondé sur des relations personnelles d'amitié, de voisinage, de confiance...). Il en est de même dans le système de santé : si les relations de sous-traitance entre hôpitaux et producteurs de services logistiques, ou entre médecins libéraux et hôpitaux pour les accords de co-utilisation d'équipements techniques, peuvent être appréhendées à travers des modes de coordination intéressés et individualistes (de type contractuel ou marchand), les relations qui s'établissent entre médecins hospitaliers, médecins généralistes, travailleurs sociaux... dans le cadre des réseaux de soins sont plus de nature désintéressée et collective (de type routines, conventions, confiance).

²¹ La théorie de l'agence et la théorie des jeux proposent également des dispositifs de coopération susceptibles de réduire l'opportunisme (les notions de menace, de réputation et confiance sont développées dans ce cadre mais rencontrent le paradoxe déjà souligné d'un comportement non opportuniste, désintéressé, qui résulte d'un objectif purement intéressé).

Une redéfinition du rôle des pouvoirs publics

Le développement des initiatives décentralisées de coopération et de structuration en réseau conduit à redéfinir l'intervention des pouvoirs publics traditionnellement effectuée du centre (les autorités de tutelle) vers la périphérie (les producteurs de soins). En fait, l'intervention des pouvoirs publics accompagne dorénavant déjà ces mutations. Dans le secteur hospitalier que nous venons de cibler, l'ordonnance du 26 avril 1996 réaffirme la volonté des pouvoirs publics de favoriser le développement des actions de coopération décentralisées, déjà présente dans les précédentes réformes hospitalières (Fargeon 1997). La définition de contrats d'objectifs entre les agences régionales de santé et les établissements de soins, et la possibilité de promouvoir la coopération sous des formes juridiques diverses (convention, groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique, syndicat interhospitalier...) dans un projet de réalisation commune (co-utilisation d'équipements, mises en commun de moyens logistiques, communautés d'établissement, réseaux de soins...) montrent que le développement des actions de coopération est l'un des deux objectifs prioritaires (à côté de la promotion de la qualité et de la sécurité des soins qui passe par l'instauration du système d'accréditation).

Cette régulation décentralisée pourrait favoriser le développement d'actions de coopération dans le cadre de relations désintéressées où la confiance et l'intérêt collectif seraient susceptibles de supplanter l'opportunisme et l'individualisme. Mais ces nouvelles dispositions de nature coopérative et décentralisée sont soumises à une détermination centralisée et autoritaire des enveloppes budgétaires, ce qui contribue à mettre les acteurs du système de soins (médecins, établissements hospitaliers, usagers...) en situation de concurrence, si ce n'est de conflit, face à une enveloppe budgétaire limitée, au détriment de la confiance et de l'engagement collectif indispensables à l'efficacité de la réforme (Béjean et Gadreau 1996).

On retrouve alors des conclusions similaires à celles que nous avons proposées au paragraphe 3.1 : les approches transactionnelle et évolutionniste apparaissent complémentaires pour expliquer les mutations récentes du système de soins, de même que l'approche contractuelle et l'approche conventionnaliste apparaissent complémentaires pour comprendre le fonctionnement et la régulation du système de soins. Cette complémentarité semble d'ailleurs nécessaire pour offrir des préconisations en matière de politique économique qui ne soient taxées ni de machiavélisme (lorsqu'on cible uniquement la lutte contre l'opportunisme), ni d'angélisme (lorsqu'on compte seulement sur l'engagement collectif et la confiance). Peut-on pour autant être optimiste face à la complémentarité apparente de différents corpus théoriques, complémentarité démontrée théoriquement qu'il suffirait alors de mettre en œuvre concrètement pour atteindre les résultats attendus ? (Mossé 1996). L'état actuel des recherches en économie de la santé, et les mises en œuvre concrètes de ces préconisations encore trop récentes, ne permettent sans doute pas de répondre définitivement à cette question.

IV - Conclusion et perspectives de recherche

Les recherches menées jusqu'ici pour appliquer différents courants économiques au domaine de la santé ont atteint une étape qui permet aujourd'hui de connaître l'intérêt, et les limites, de ces applications, mais qui permet surtout d'entrevoir de nouvelles pistes de recherche, dans des perspectives appliquée et empirique notamment, qui interviendront précisément en complémentarité à la logique de la discipline qui a guidé ces "nouvelles approches théoriques en économie de la santé". Au terme de notre réflexion, nous nous permettons de proposer quelques pistes de recherches :

— l'efficacité relative de différents modes de coordination : quelle est l'efficacité relative des différents dispositifs de régulation (incitations et conventions, contrats et réseaux) dans la politique de maîtrise des dépenses ? quel degré de complémentarité entre ces différents dispositifs choisir ? l'implantation des politiques correspond-elle aux objectifs qui ont présidé à leur élaboration ?²²

— le rôle des pouvoirs publics dans l'émergence de dispositifs collectifs de coordination : les pouvoirs publics peuvent-ils "décréter" des conventions ou une coopération décentralisée ? l'objectif de maîtrise des dépenses peut-il être érigé en convention reconnue et respectée par tous alors qu'il s'oppose apparemment à une autre convention encore primordiale dans notre système de santé, à savoir la liberté de prescription, d'installation, de choix du médecin... ?

— l'origine des conventions : comment les conventions émergent-elles ? l'analyse des processus historiques de transformation des conventions et des dispositifs de coordination peut-elle aider à dépasser l'analyse positive et à faire des préconisations en matière d'aide à la décision ? associer les apports de différentes approches théoriques (contractuelle, conventionnaliste, transactionnelle, évolutionniste, institutionnaliste...) permettrait-il d'analyser l'évolution des conventions sous l'influence des stratégies individualistes des acteurs, et sous l'influence du rôle des institutions ? ...

²² Question à laquelle Philippe Mossé (1996) tente de répondre à propos de la mise en place des RMO et du PMSI.

Bibliographie

- AGLIETTA M. (1994) "Ordre monétaire et banques centrales". In "Analyse économique des conventions", A. Orléan Ed., PUF, Paris.
- AKERLOF G.A. (1970). "The Market for "Lemons" : Quality Uncertainty and the Market Mechanism". Quarterly Journal of Economics, Vol 74, Août 1971, p 488-500
- ARROW K.J. (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." American Economic Review, Vol 53, N°5, Déc 1963, p 941-973
- ARROW K.J. (1974). "The limits of organization". New York, W.W. Norton & Company.
- ARTHUR B. (1989). "Competing technologies, increasing returns, and lock-in by historical events", The Economic Journal, 99.
- BATIFOULIER P. (1990). "Incitations et conventions dans l'allocation des ressources. Une application à l'économie de la santé". Thèse, Université Paris X.
- BATIFOULIER P. (1992). "Le rôle des conventions dans le système de santé". Sciences Sociales et Santé, vol 10, n°1, mars, p 5-44.
- BATIFOULIER Ph. (1997). "Règles, conventions et régulation du système de santé". 10ème Anniversaire des Journées des Economistes de la Santé Français, Lille, 30-31 janvier 1997.
- BEJEAN S. (1994a). "Economie du système de santé. Du marché à l'organisation", Economica.
- BEJEAN S. (1994b). "Maîtrise médicalisée des dépenses et incitations en médecine ambulatoire. Le rôle de la nomenclature des actes médicaux". Journal d'Economie Médicale, n°6.
- BEJEAN S. et GADREAU M. (1996). "Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé". Document de travail LATEC.
- BOLTANSKI L. et THEVENOT L. (1987). "Les économies de la grandeur". Cahiers du Centre d'Etudes de l'Emploi, n°31, PUF.
- BOUVIER-PATRON P. et DUMOULIN J. (1994). "Les stratégies d'acquisition des médicaments par les hôpitaux". Communication aux 15èmes Journées des Economistes de la Santé, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.
- BOYER R. et ORLEAN A. (1994) "Persistance et changement des conventions". In "Analyse économique des conventions", A. Orléan Ed., PUF, Paris.
- BRANCIARD A., HUARD P. et MOSSE Ph. (1994). "Nouveaux modes de coordination de l'organisation productive : le cas du système de santé". Communication aux 15èmes Journées des Economistes de la Santé, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.
- BROUSSEAU E. (1989). "L'approche néo-institutionnelle de l'économie des coûts de transaction", Revue Française d'Economie, n°4, vol.IV, automne.
- BROUSSEAU E. (1993). "Les théories des contrats : une revue". Revue d'Economie Politique, vol.103, n°1.

- BROUSSEAU E.** (1995). *"De la science du marché à l'analyse économique des formes de coordination"*. In "Les nouvelles théories économiques", Les Cahiers Français, n°272, juillet-septembre.
- CAILLE A.** (1989). *"Le don contre l'utilité"*. Présentation d'un numéro spécial de la Revue du MAUSS, quatrième trimestre, n°6, p 3-11.
- CALLON M.** (1991). *"Réseaux technico-économiques et irréversibilités"*, in *"Les figures de l'irréversibilité en économie"*, R. Boyer, B. Chavane, O. Godard Eds, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, p 195-230.
- CALLON M.** (1995). *"Réseaux et coordination"*. Document de travail.
- CHARREAUX G.** (1987). *"La théorie positive de l'agence : une synthèse de la littérature"*. Ext. De nouvelles théories pour gérer l'entreprise, Economica, Paris, p 21-55
- CORIAT B. et WEINSTEIN O.** (1995) *"Les nouvelles théories de l'entreprise"*, Le Livre de Poche, Paris, 218 p.
- CURIEN N.** (1993). *"Economie des services en réseaux"*, miméo, Leçon inaugurale au CNAM, mars.
- DARBON S. et LETOURMY A.** (1983). *"La microéconomie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo classique?"*. Sciences Sociales et Santé, n° 2, p 31-75.
- DAVID P.A.** (1992). *"Dépendance du chemin et prévisibilité des systèmes dynamiques avec externalités de réseau localisées"*, In D. Foray et C. Freeman Eds : *"Technologie et richesse des nations"*, Economica, Paris p241-274.
- DOSI G.** (1991) *"Perspectives on evolutionary theory"*. Science and Public Policy, dec., vol.18.
- DOSI G., TEECE D. et WINTER S.** (1990). *"Les frontières des entreprises : vers une théorie de cohérence de la grande entreprise"*. Revue d'Economie Industrielle, n°51, p 27-51.
- DUPUY J.P.** (1988). *"Common knowledge et sens commun"*. Revue du MAUSS, n°2, p 30-54.
- DUPUY J.P.** (1989). *"Convention et common knowledge"*. Revue Economique, vol 40, n°2, p 361-400.
- DURAND P., BEJEAN S. et GADREAU M.** (1996). *"Les normes dans la politique de maîtrise des dépenses de santé en France. Contrats ou conventions ?"*. Journal d'Economie Médicale.
- EVANS R.G.** (1974). *"Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications."* Mark Perlman (Ed), The Economics of Health and Medical Care, Proceedings of a Conference held by the International Economic Association, Tokio, p 162-173
- EYMARD-DUVERNAY F.** (1989). *"Convention de qualité et formes de coordination"*. Revue Economique, vol 40, n°2, p329.359.
- FARGEON V.** (1995). *"La coopération inter-entreprises : analyse économique des nouvelles organisationnelles de l'hôpital"*. Université de Paris I.
- FARGEON V.** (1997). *"Eléments d'analyse théorique des formes hybrides d'organisation : le cas de la recomposition de l'offre de soins"*. 10ème Anniversaire des Journées des Economistes de la Santé Français, Lille, 30-31 janvier 1997.

- FARGEON V. et KERLEAU M.** (1994). *"Stratégies de coopération dans la branche santé : éléments d'un problème"*. Communication aux 15èmes Journées des Economistes de la Santé, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.
- FAVEREAU O.** (1989). *"Marchés internes, marchés externes"*. Revue Economique, vol 40, n°2, p 273-328.
- FERMON B.** (1991). *"Application de la théorie de l'agence à l'analyse de la production de soins"*. Thèse, Université de Paris IX.
- FORAY D.** (1989). *"Les modèles de compétition technologique. Une revue de la littérature"*. Revue d'Economie Industrielle, n°48, 2e trimestre.
- FORAY D.** (1995). *"La technique probable : réseaux et actions anti-héroïques dans l'évolution technologique"*. Contribution à l'ouvrage "De la coordination".
- GADREAU M. et BEJEAN S.** (1994). *"Innovation, réseau et coordination dans le système de santé"*. Communication aux XVIèmes Journées des Économistes de la Santé : "L'innovation dans le secteur de la santé", Marseille - 17-18 novembre 1994.
- GADREAU M. et BEJEAN S.** (1996). *"Le "marché" des soins ambulatoires, la régulation des dépenses et l'éthique professionnelle. Entre contrat, contrainte et convention"*. Journal d'Economie Médicale, numéro spécial : "Marché et santé".
- GAFFARD J.L.** (1990). *"Economie industrielle et de l'innovation"*. Précis Dalloz, Paris.
- GIORDANO Y.** (1991). *"Décision et organisations : quelles rationalités ?"*. Economies et Société, série Sciences de Gestion, n°17, avril, p 161-194.
- GOMEZ P.Y.** (1994). *"Qualité et théorie des conventions"*. Economica, Paris.
- GOMEZ P.Y.** (1995) *"Des règles du jeu pour une modélisation conventionnaliste"*. Revue Française d'Economie, n°3, vol.10.
- GRANOVETTER M.** (1985). *"Economic action and social structure : the problem of embeddedness"*. American Journal of Sociology, vol 91, n°3, p 481-510.
- JACOBZONE S.** (1995). *"Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de gestion du secteur hospitalier public"*, Sciences Sociales et Santé, vol. 13, n°1, p 5-46.
- KNIGHT F.H.** (1921). *"Risk, uncertainty and profit"*. Boston New York, Houghton Mifflin Company.
- MAUSS M.** (1950). *"Sociologie et anthropologie"*. Quadrige/PUF, Paris.
- MENARD C.** (1989). *"Les organisations en économie de marché"*. Revue d'Economie Publique, n°6, p 771-796.
- MOSSE Ph.** (1996). *"Standardisation et normalisation des pratiques médicales, pour une analyse critique des réformes en cours"*. Document de travail, LEST.
- MOUGEOT M.** (1986). *"Le système de santé"* Economica, Paris.
- MOUGEOT M.** (1994). *"Systèmes de santé et concurrence"*. Economica, Paris, 213 p.
- MOUGEOT M. et NAEGELEN F.** (1984). *"Les marchés hospitaliers"*. Economica, Paris.
- ORLEAN A.** (1989). *"Pour une approche cognitive des conventions économiques"*. Revue Economique, vol 40, n°2, p 241-272.

- ORLEAN A. Ed. (1994). "Analyse économique des conventions", PUF, Paris.
- Revue Economique (1989). "L'économie des conventions", vol.40, n°2.
- ROCHAIX L (1997). *"Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie de l'agence"*. 10ème Anniversaire des Journées des Economistes de la Santé Français, Lille, 30-31 janvier 1997.
- ROCHAIX L. (1986). "Asymétries informationnelles et comportement médical". Thèse, Université de Rennes I.
- ROSE J. (1990). *"Des conventions aux formes insitutionnelles : éléments pour un débat"*. Revue Française d'Economie, été, p 123-153.
- SALAI S. (1989). *"L'analyse économique des conventions de travail"*. Revue Economique, vol 40, n°2, p 199-240.
- SIMON H.A. (1976). *"From substantive to procedural rationality"*. In Latsis ed : "Method and appraisal in economics", Cambridge University Press.
- SIMON H.A. (1978). *"Rationality as process and as product of thought"*. American Economic Review, vol 68, n°2.
- SIMON H.A. (1983). "Reason in human affairs". Basil Blackwell.
- THEVENOT L. (1989). *"Equilibre et rrationalité dans un univers complexe"*. Revue Economique, vol 40, n°2, p 247-197.
- WILLIAMSON O.E. (1985). "The economic institutions of capitalism". The Free Press, New-York.
- WILLIAMSON O.E. (1994). "Les institutions de l'économie". InterEditions, Paris.