

Section thématique 15
« L'État régulateur en question : perspectives comparées »

« Expliquer l'État régulateur par les acteurs »

Patrick HASSENTEUFEL

(Université Versailles Saint-Quentin-CESDIP)

patrick.hassenteufel@uvsq.fr

Version provisoire-Ne pas citer

Le succès de la notion d'État régulateur (Moran, 2002) tient probablement à son intérêt analytique. Elle permet en effet d'échapper à une grille de lecture réductrice des transformations des modes d'action étatiques contemporains en termes de retrait de l'État ou de gouvernance. Elle permet aussi d'articuler deux évolutions en apparence contradictoire mais de fait interdépendantes des politiques publiques actuelles (Hassenteufel, 2007). La première est le passage progressif du faire au faire faire : l'État régulateur est un État qui agit plus indirectement que directement, qui est plus en interaction qu'en action, qui délègue plus qu'il n'intervient directement, qui fixe des objectifs, qui oriente et qui incite plus qu'il ne met en œuvre lui-même. Il en résulte la mise en place d'un pilotage (Kickert, 1995) ou d'un gouvernement à distance (Epstein, 2005). La deuxième évolution, qui découle de la première, est donc le renforcement des capacités de contrôle étatique à travers le développement de l'audit, de l'évaluation, du *benchmarking*, du contrôle de qualité, etc., notamment dans le cadre des agences (Talbot, 2004). Celles-ci forment des institutions plus autonomes parce que distinctes des administrations ministérielles classiques, et en même temps elles fournissent les instruments du pilotage à distance en précisant les finalités de l'action et fournissant des outils de contrôle du respect de ces objectifs.

Mettre en avant l'avènement de l'État régulateur conduit à poser la question de la convergence des États contemporains (dans le cadre de l'OCDE). Comme on le verra ici à partir du cas de la transformation des modes de gouvernement des systèmes de protection maladie européens la notion d'État régulateur correspondant à un mode de gouvernement à distance permet d'identifier des dynamiques de convergence entre des systèmes historiquement et institutionnellement contrastés. Si ce constat rejoint un certain nombre de travaux menés sur d'autres domaines de politiques publiques, nous allons plutôt nous interroger sur la façon dont est expliqué cette affirmation d'un État régulateur. On peut distinguer trois analyses explicatives principales :

1. Une analyse centrée sur les problèmes (perspective fonctionnaliste). Dans cette perspective le développement généralisé de l'État régulateur est expliqué par des problèmes convergents auxquels ont à répondre les États : régulation des marchés, multiplication des acteurs des politiques publiques, amélioration de l'efficacité de l'action publique ...
2. Une perspective économique mettant l'accent sur les contraintes financières pesant sur les États qui les contraindraient à adopter des modes d'action indirects et moins coûteux que l'intervention directe dans la production de biens matériels et d'infrastructures.
3. Une perspective en termes de transfert de politiques publiques qui met au centre de l'explication de la convergence la diffusion transnationale d'instruments d'action

publique. L'État régulateur repose ici sur les instruments du nouveau management public (notamment les agences) qui ont fait l'objet d'un large processus de transfert international.

Nous proposons ici de développer une autre perspective centrée sur les acteurs et sur les enjeux de pouvoir au sein des politiques publiques. Nous faisons l'hypothèse que le développement de l'État régulateur est porté par des acteurs défendant des programmes de transformation de l'action publique permettant de renforcer leur pouvoir. Autrement dit l'avènement d'un État régulateur peut aussi se comprendre comme un processus de prise de pouvoir dans un domaine d'action publique par des acteurs qualifiés de « programmatiques » (Genieys, Smyrl, 2008 ; Hassenteufel et al. 2010).

L'analyse développée ici repose sur une enquête empirique menée sur les acteurs de la transformation du mode de gouvernement des systèmes de protection maladie européens dans quatre pays : l'Allemagne, l'Angleterre, l'Espagne et la France (Hassenteufel et al., 2008), correspondant à quatre types différents de systèmes de protection maladie. Ceux-ci peuvent être distingués, d'une part, à partir de la différence entre les systèmes d'assurance maladie (financés par des cotisations, gérés par des caisses, couvrant les risques en fonction de la position sur le marché du travail, au paiement à l'acte dominant, offrant la liberté de choix pour le patient, avec une offre de soins à la fois publique -hôpital- et privée -cabinets médicaux-) et les systèmes nationaux de santé (financés par l'impôt, gérés directement par l'État, couvrant les risques par rapport à la citoyenneté, avec une part prédominante de médecins salariés et un parcours de soins fortement encadré, à l'offre de soins à dominante publique) et, d'autre part, de la distinction entre systèmes centralisés et systèmes décentralisés.

En combinant ces deux critères on obtient quatre types de systèmes :

- les systèmes d'assurance maladie centralisés (cas étudié : la France)
- les systèmes d'assurance maladie décentralisés (cas étudié : l'Allemagne)
- les systèmes nationaux de santé centralisés (cas étudié : l'Angleterre)
- les systèmes nationaux de santé décentralisés (cas étudié : l'Espagne).

Le travail empirique¹ a porté essentiellement sur les quinze dernières années au cours desquelles se donne à voir de la manière la plus nette l'évolution vers un État régulateur dans le domaine de la protection maladie.

1. LA CONVERGENCE VERS UN ÉTAT RÉGULATEUR

¹ Trois types de matériaux empiriques ont été recueillis :

1. Un matériau sociographique permettant d'opérer une sociologie des acteurs clés des réformes. Leurs cursus (formation, positions occupées, expériences professionnelles et internationales...) ont été reconstitués à partir d'annuaires, des CV disponibles sur internet, d'articles de presse et des entretiens.

2. Les rapports et les textes clés produits en amont des réformes. Il nous a permis de mettre au jour des programmes de changement, de repérer les références internationales et comparatives ainsi que de compléter la sociologie des acteurs par l'analyse de la composition des commissions ayant produit ces rapports et d'autres textes importants.

3. Des entretiens avec ces acteurs (70 au total) afin d'affiner la sociologie des acteurs clés, de mettre au jour leur rôle dans l'élaboration des réformes et les processus décisionnels, de repérer les interactions internationales et leur impact ainsi que de préciser leurs représentations du changement.

Ce travail a été effectué par P. Hassenteufel (Allemagne, France), W. Genieys (France, Angleterre), J. Moreno (Espagne), M. Smyrl (Angleterre), L. Hervier (France) et A.-L. Beaussier (France).

Dans trois des quatre cas étudiés cette évolution se fait jour à la suite de réformes menées au tournant des années 1980-1990 reposant sur des principes tels que la libéralisation, la managérialisation et la territorialisation et qui ont autonomisés un certain nombre d'acteurs par rapport à l'État. Ces réformes (en particulier la « réforme Thatcher » de 1991 créant des « quasi marché » dans le domaine de la santé, la « réforme Seehofer » de 1992 instaurant la concurrence entre caisses d'assurance maladie et la mise en place d'un système de santé décentralisé en Espagne) ont entraîné l'affirmation d'un État régulateur permettant de contrôler à distance les acteurs du système de soins préalablement autonomisés.

Cette temporalité en deux temps des réformes est la plus nette en Angleterre où le gouvernement Blair (1997-2007), tout en poursuivant la transformation managériale des institutions existantes (les hôpitaux en particulier) et en redéfinissant le fonctionnement du marché interne de la santé mis en place au début des années 1990, a mis l'accent sur le renforcement de l'évaluation et du contrôle dans une logique d'État régulateur. En Espagne la mise sur agenda de l'État régulateur date du début des années 2000 et correspond à la volonté de répondre à un certain nombre de problèmes posés par la décentralisation du système de santé mise en place progressivement depuis la fin des années 1980. En Allemagne l'affirmation d'un État régulateur se fait de manière parallèle à la mise en concurrence des caisses. La France se distingue des autres cas par le fait que l'on assiste plutôt à un renforcement continu du contrôle étatique sur un système d'assurance maladie dont historiquement la gestion a été confiée aux partenaires sociaux (à la tête des caisses d'assurance maladie) et la régulation (dans le domaine de la médecine de ville) à la négociation collective entre caisses et médecins (dans le cadre de conventions départementales puis nationales à partir de 1971).

. En Angleterre un État régulateur à deux visages: centralisation et contrôle à distance

Du point de vue institutionnel, le changement majeur de la période Blair est la création d'agences de contrôle et d'évaluation qui accompagnent la managérialisation et la concurrence héritées des réformes des gouvernements conservateurs (Thatcher puis Major). Cette « invasion du territoire médical » (Salter, 2004) a été opérée en deux temps. Tout d'abord on observe, au début du premier gouvernement Blair, une tentative d'exercer un contrôle plus direct sur la profession médicale, à travers l'élaboration et la mise en œuvre de normes de pratique. Par la suite ces mêmes objectifs ont été poursuivis à travers des agences autonomes de régulation à distance. Bien qu'initialement conçues pour renforcer les acteurs périphériques et non étatiques, elles ont été introduites de manière verticale, en s'appuyant sur l'autorité politique d'un gouvernement fort et d'un Premier Ministre politiquement puissant.

Pratiquement immédiatement après son installation, le gouvernement Blair a annoncé clairement son intention de participer plus activement à l'amélioration de la qualité des soins au sein du NHS que ne l'avaient fait ses prédécesseurs. Cette orientation a été favorisée par une série de scandales médicaux dont le plus célèbre est celui de la *Bristol Royal Infirmary*, où avait été découvert, en 1998, qu'un groupe de chirurgien pratiquaient des opérations de cardiologie pédiatrique malgré un taux de mortalité des patients manifestement « inacceptablement élevé », selon les termes du rapport du Conseil Médical Général (*General Medical Council*). Le fait que les patients en question soient des enfants renforça la médiatisation du scandale. La réaction initiale du gouvernement Blair à ces événements fut de chercher à renforcer le contrôle direct, légal et gestionnaire, sur la médecine. Dans cet esprit, le *Health Act* de 1999 instaure le principe de responsabilité légale des hôpitaux pour les soins fournis. Les agences initialement proposées en 1997 faisaient partie intégrante de cette vision.

Pour Simon Stevens (entretien), ce qui était en train de se produire était plus généralement une « redéfinition de la relation entre l'État et la profession médicale », selon laquelle le monopole de la profession sur le contrôle de la qualité (que les gouvernements conservateurs des années 1980 et 1990 n'avaient pas remis en cause) lui serait retiré une fois pour toutes. Dans cet esprit, le gouvernement Blair insistait sur la micro-gestion verticale, gérant le NHS comme « un seul très gros hôpital ». C'est à l'impossibilité de mettre cela en pratique que Simon Stevens attribue le changement de cap du gouvernement, vers une approche plus indirecte de la gestion, dont il fut l'architecte en chef appliqué aussi bien à la régulation de la qualité et à des problèmes plus généraux d'organisation du système de soin. Le résultat, en ce qui concerne le contrôle de qualité, est que les agences annoncées en 1997 et mises en place en 1999 prennent la forme d'institutions autonomes de surveillance et d'audit des soins médicaux.

Mentionnons, tout d'abord, le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), créé en 1999 avec trois missions principales :

- évaluer les nouvelles technologies médicales
- évaluer et disséminer des directives médicales
- développer et promouvoir l'audit clinique.

Créé en 2000, la *Commission for Health Improvement* devait à l'origine être une agence d'inspection directe des hôpitaux. Elle joua un rôle central dans la production des grilles d'évaluation de performance (« *performance review*») des *Hospital trusts* qui reposant sur un système de classement par étoiles. En 2003, la commission est fusionnée avec la *Commission for healthcare Audit and Inspection*, plus connue sous le nom de *Healthcare Commission*. Dans sa nouvelle composition, la tâche de la commission est double. Pour les fournisseurs du secteur privé, elle agit comme une agence de régulation à part entière, qui a le pouvoir d'engager des poursuites judiciaires en cas de découverte d'insuffisances cliniques. Pour reprendre les mots d'un responsable, « elle a des dents ». En ce qui concerne les institutions publiques, ses pouvoirs sont bien plus circonscrits puisqu'ils se limitent à conduire des évaluations – les successeurs du système par étoiles – et à recueillir des plaintes. En théorie celles-ci peuvent être émises à l'initiative des professionnels de santé ou même du public. En pratique, la commission a agi seulement sur ordre du ministère de la santé. Le rôle principal de la commission doit ainsi être vu comme un rôle d'enquête et de publicité, davantage que comme un rôle de régulation à proprement parler. De plus récentes évolutions semblent relever d'un progressif ré-engagement auprès de ces « institutions d'auto-régulation ». Les exemples qui peuvent être cités sont les *National Service Agreements* et les *National Service Frameworks* négociés avec et conduits par des médecins hospitaliers pour certaines situations médicales entre le ministère de la santé et les organisations médicales.

Peu à peu, le contrôle de qualité à distance par des organismes comme le *National Institute for Clinical Excellence*, ou le *Committee for Health Improvement* et son successeur la *Healthcare Commission* sont devenues centrales pour le gouvernement Blair, à la recherche d'une troisième voie entre le contrôle bureaucratique direct et la concurrence du marché. Ces trois organismes contrastent avec la pratique antérieure de délégation du contrôle de qualité à la profession médicale, et témoignent de la prise de conscience par les protagonistes de la réforme que le contrôle direct du centre n'est pas réalisable. Ce système de régulation constitue également une alternative à un système entièrement décentralisé dans lequel les forces du marché font office de forces de régulation (Kennedy, 2006).

. *En Espagne un État régulateur pour coordonner un système de santé fortement régionalisé*

À partir des années 1980, le système de santé espagnol a connu une série de transformations qui ont radicalement changé sa structure, son fonctionnement et son étendue. Tout d'abord a

été opéré, avec la loi générale de santé (LNS) de 1986 la transformation d'un système assurantiel en un système national de santé à vocation universaliste ; ensuite sa décentralisation complète, prévue par la loi de 1986, qui a eu lieu parallèlement au déploiement des principes et des instruments de la nouvelle gestion publique dans les années 1990. Dans un troisième temps on a assisté à une tentative de transformation du rôle des autorités de santé nationales en agences de régulation gouvernementales chargées de la coordination de tout le système et de l'articulation entre les différents systèmes de santé régionaux qui composent le système national de santé (SNS) espagnol.

Avec le transfert des responsabilités de santé aux dix dernières communautés autonomes en 2002, une réflexion générale sur la nécessité d'atteindre un degré plus fort de coordination dans les services de santé régionaux qui composent le SNS a gagné en importance. Le débat général a porté principalement sur la nécessité de clarifier les fonctions et les responsabilités respectives des autorités de santé nationales et régionales, et sur le renforcement du rôle du *Consejo Interterritorial* du SNS (CISNS) comme agence de coordination pour la totalité du système. En 2003, le Parlement espagnol a adopté la loi 16/2003 intitulée *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* (LCCSNS) avec un appui pratiquement unanime des différentes forces politiques. Cette loi était supposée renforcer la cohésion du système de santé décentralisé, améliorer la qualité des services médicaux, et établir un catalogue de services que tous les systèmes régionaux du SNS doivent respecter. Elle reflète un changement de logique, partant de la « coordination » (rôle attribué au Ministère de la Santé) pour aller vers la « cohésion ». Une attention spéciale a été consacrée aux liens entre territorialité et qualité des soins, incluant à la fois la protection du droit de chaque citoyen à recevoir un traitement égal dans chaque région indépendamment de sa résidence, et le souci de maintenir des niveaux de soins adéquats dans chaque région indépendamment de sa richesse relative et de son niveau de développement (Solozabal Echavarría, 2006).

Une série de mécanismes a été mis en place pour atteindre ces objectifs. Le plus important est la redéfinition de la composition et des fonctions du CISNS. Cet organisme, qui avait été créé en 1984 et institutionnalisé par la LGS de 1986 comme un forum réunissant les autorités de santé du gouvernement central et les ministères de la santé des régions, est redéfini par le LCCSNS comme l'institution responsable de la coordination permanente, de la coopération et de l'information entre les différents services de santé régionaux, ainsi qu'entre eux et les autorités de santé nationales. L'objectif principal de cette institution est de « *promouvoir la cohésion du SNS par la garantie efficace et équitable du droit des citoyens sur le territoire entier de l'État* », par son intervention dans la planification, l'évaluation et la consultation pour le système, ainsi que par sa participation dans la coordination et la coopération entre le gouvernement central et les autorités de santé régionales. Cette mission plutôt abstraite est traduite de façon plus opérationnelle par le rôle du CISNS comme organisme consultatif dans le fonctionnement général du SNS, incluant la définition du catalogue des biens et services, l'élaboration et la mise en œuvre de planification de santé et la définition d'objectifs et de stratégies pour tout le système de santé. Le CISNS est composé du Ministre de la Santé qui en est le président, et des ministres de la santé régionaux. Ses décisions sont censées être atteintes par consensus, mais elles n'ont que le caractère de recommandations ; elles ne déterminent donc pas les politiques adoptées par le gouvernement central, et n'ont aucune capacité de veto sur ses décisions. Comme Solozabal Echavarría le souligne, « *the demand for consensus as mechanism of decision making (...) reduces the functional capacities of the CISNS to act as the main body of direction of the SNS* » (2006, p.35).

Le deuxième organisme établi par le LCCSNS est l'*Alta Inspección* du SNS, l'institution chargée de la fonction de vérifier et de garantir la mise en place des compétences et des

responsabilités de santé des autorités de santé régionales. Si ce corps d'inspection trouve des infractions dans le fonctionnement du système de santé d'une région, il est censé élaborer un rapport qui sera transmis aux autorités de santé de cette région. Et si ces autorités négligent de répondre à cette demande, le gouvernement central peut amorcer des actions judiciaires contre cette autorité de santé régionale.

Le LCCSNS crée aussi l'*Agencia de Calidad*, l'*Observatorio* du SNS et l'*Instituto de Información Sanitaria*, agences dirigées par le CISNS et chargées de la mission de promouvoir l'« *evidence based medicine* », ainsi que les informations et l'expérience partagées entre les systèmes régionaux qui composent le SNS. L'idée initiale pour ces trois nouvelles agences était de les rendre entièrement indépendantes, mais cette proposition n'a pas été retenue ; elles ont en fin de compte le statut d'unités administratives rattachées au Ministère. Tandis que l'*Agencia de Calidad* et l'*Instituto de Información Sanitaria* semblent fonctionner, l'*Observatorio* du SNS est dans un état d'hibernation.

En 2006, en conséquence de l'adoption de la LCCSNS, a été créé le *Fondo de Cohesión Sanitaria* (RD 1207/2006), responsable de l'articulation des mécanismes de compensation entre des Régions Autonomes pour les soins de santé fournis à leurs citoyens dans d'autres régions (Freire, 2007 : 58). Il correspond à une incitation claire au développement de pratiques plus coopératives (puisque les flux d'argent seront dépendants du fonctionnement adéquat de ces systèmes) et pour le développement de systèmes d'information (l'interconnexion de cartes de santé, le partage des listes des bénéficiaires, etc.). À cet égard, un décret crée le *Sistema de información del Fondo de cohesión sanitaria* (SIFCO), chargé de rassembler toutes les informations pertinentes sur les flux de patients entre les AC. Néanmoins, en plus de la taille restreinte de ce fonds (environ 0,1 % du budget total du SNS), la capacité du gouvernement central à contrôler l'utilisation finale des fonds initialement alloués aux régions dans l'objectif d'améliorer le système de santé a été limité par la Cour Constitutionnelle qui, dans plusieurs décisions, a bloqué ces initiatives considérées comme étant des mécanismes financiers pour réduire l'autonomie des gouvernements régionaux. Ainsi, ces fonds sont distribués en suivant un ratio a priori et ne peuvent pas fonctionner comme un système d'incitation pour augmenter la coordination des différents systèmes régionaux de santé dans le SNS (Rey Biel et Rey del Castillo, 2006).

Cette dynamique de centralisation est également à l'œuvre en Allemagne pour un système d'assurance maladie fédéralisé et historiquement caractérisé par l'auto-administration (gestion des caisses par les partenaires sociaux, négociation collective de celles-ci avec les unions de médecins et les hôpitaux).

. L'affirmation du rôle régulateur de l'État fédéral en Allemagne

La plupart des analyses récentes des réformes du système d'assurance maladie allemand soulignent les ambivalences des transformations à l'œuvre : la mise en concurrence et le développement de nouveaux champs de négociation collective s'est opérée « à l'ombre de l'autorité hiérarchique de l'Etat » (Wendt, Rothgang, Helmert, 2005) qui a été renforcée. Cette concomitance entre renforcement de la concurrence et du rôle régulateur de l'État est particulièrement nette dans la loi de renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie (WSG), votée en 2007 (Gerlinger, Mosebach, Schmucker, 2008). Celle-ci crée un Fonds de santé (*Gesundheitsfonds*), qui, depuis le 1^{er} janvier 2009, regroupe l'ensemble des sources de financement de l'assurance maladie : les cotisations des salariés et des employeurs ainsi que les ressources fiscales qui lui sont affectées. Par conséquent, ce ne sont plus les caisses paritaires (patronat, syndicats) qui gèrent directement les cotisations de leurs adhérents. Surtout, l'État

fédéral fixe désormais par décret un taux unique de cotisation pour l'ensemble des caisses. Il s'agit là d'une perte importante de compétences et de pouvoirs pour les caisses dans la mesure où le Fonds de santé leur retire le droit de fixer leur taux de cotisation. Les caisses perdent aussi leur rôle de gestionnaire des cotisations puisque le prélèvement est centralisé au niveau régional et au niveau fédéral sous l'autorité du Bureau fédéral de l'assurance qui est aussi chargé de la répartition de ce Fonds entre les caisses selon un nouveau système de péréquation (*Risiko Struktur Ausgleich*), basé sur le niveau de revenu des cotisants, la structure des risques pris en charge (mesurés par les critères de l'âge, du sexe et de la morbidité) et l'efficacité de chaque caisse.

Avec le Fonds de santé est mis en place, comme en France depuis 1996 avec les LFSS, un budget *a priori* pour l'assurance maladie dans la mesure où, d'une part, le gouvernement fédéral fixe un taux de cotisation unique pour l'année à venir ; d'autre part, le financement est complété les cotisations des retraités et des chômeurs (dont le montant est également fixé par l'Etat) et le budget de l'Etat (dont la part a été augmentée d'un milliard et demi d'euros, ce qui la porte au total à 4 milliards € ; une augmentation annuelle de ce montant est prévue jusqu'en 2016). La mise en place du Fonds s'inscrit par là clairement dans une fiscalisation croissante du financement de l'assurance maladie, visible surtout depuis la loi de 2003 (GMG). Ce renforcement du niveau fédéral se traduit aussi par la création de la commission fédérale commune (*Gemeinsamer Bundesauschuss*) en 2003 et de l'organisation fédérale des caisses (*GKV Spitzenverband*) en 2007. La commission fédérale commune (*Gemeinsamer Bundesauschuss*), formée de représentants des médecins, des caisses et des patients (mais sans droit de vote) est principalement chargée d'établir le catalogue de l'ensemble des prestations prises en charge par l'assurance maladie. Elle absorbe plusieurs commissions paritaires sectorielles, qui avaient été mises en place précédemment, et devient donc la principale institution de l'auto administration du système d'assurance maladie. Depuis la loi de 2007 (WSG) elle présidée par une personnalité « neutre », salariée à plein temps de la commission. Cette centralisation et cette professionnalisation facilitent son pilotage et son contrôle par l'Etat fédéral. Il en va de même pour la nouvelle structure fédérale de l'ensemble des caisses² (le *GKV Spitzenverband* qui a une centaine de salariés et qui est de droit public), elle aussi présidée par une personnalité extérieure aux caisses, dont la création par la loi de 2007 affaiblit considérablement le rôle des structures fédérales de chaque caisse. Dans les deux cas, ces structures dépendent plus étroitement du ministère de la santé dont les pouvoirs de contrôle ont été accrus (Gerlinger, Schmucker, 2009 : 10) et ont éveillé la crainte, auprès de responsables de caisses, de limiter leur autonomie et de les transformer progressivement en agents fonctionnels de mise en œuvre des politiques définies par l'Etat fédéral. Parallèlement les négociations entre médecins et caisses sont plus fortement encadrées et arbitrées par des experts nommés par le gouvernement fédéral. Ce fût notamment le cas en fin 2008 l'adoption de la valeur du point pour la rémunération des actes médicaux. Enfin, dans le domaine hospitalier la mise en place progressive du nouveau système de tarification, basé sur les coûts par pathologie (DRG), s'accompagne d'une centralisation de la négociation entre les caisses et les hôpitaux (Böhm, 2009).

Ajoutons que la loi de modernisation de l'assurance maladie (GMG) de 2003 a créé l'Institut pour la qualité et l'efficacité dans le système de santé (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*), inspiré par le NICE britannique. Il s'agit d'un organisme scientifique indépendant, employant une soixantaine de personnes et s'appuyant sur un réseau d'une centaine d'experts, mis en place pour accroître la transparence des décisions

² Au sein de celles-ci le pouvoir des élus a été, depuis la réforme de 1992 (GDG), en grande partie transféré à une instance composée de salariés à plein-temps (Gerlinger, Schmucker, 2009 : 11).

concernant les biens et services de santé remboursés. Il est devenu un acteur clef de l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des actes médicaux et des médicaments (l'évaluation coût-bénéfice des médicaments a été introduite dans ses missions en 2007). S'il travaille en appui au GBA, son comité de direction est composé non seulement de représentants des caisses et des médecins mais aussi des hôpitaux et, surtout, du ministère fédéral de la santé, qui peut lui aussi le saisir (Rosenbrock, Gerlinger, 2006).

On retrouve ces deux évolutions -l'encadrement croissant de l'action et des interactions entre les acteurs non étatiques (caisses et médecins en particulier) et la mise en place de nouvelles institutions (agences) permettant ce gouvernement à distance- dans le cas de la France.

. Le renforcement institutionnel du rôle de l'État en France

En France, les difficultés rencontrées dans la mise en place d'une maîtrise des dépenses d'assurance maladie négociée avec les partenaires sociaux et les médecins à partir de la fin des années 1980 ont conduit à l'adoption d'une autre stratégie : celle du renforcement du rôle de l'État. Il est vrai que dès la fin des années 1970 l'État est intervenu plus fortement avec l'adoption, par décret ou par la voie législative, de « plans » de redressement des comptes³ visant à réduire le déficit de l'assurance maladie, contenant principalement des mesures de participation financière des patients (tickets modérateurs, création du forfait hospitalier, déremboursement de soins et de médicaments...) et d'augmentation des ressources (nouvelles taxes, augmentation des cotisations). Mais, à partir de la réforme de 1996 (« plan Juppé »), des changements institutionnels ont été opérés afin de faciliter le pilotage du système d'assurance maladie par l'État.

On peut tout d'abord mentionner la réforme constitutionnelle de 1996 qui confère au Parlement la responsabilité de l'élaboration d'une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Dans ce cadre, le Parlement fixe tous les ans un objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'hôpital et la médecine de ville. Dans les faits, les LFSS ne ménagent qu'une marge d'action très limitée aux parlementaires, elles apparaissent bien davantage comme un renforcement des capacités d'action et de réforme du gouvernement, en renforçant sa légitimité à agir sur le système d'assurance maladie. Tout comme la loi de finances, la LFSS doit, en effet, être comprise d'avantage comme une loi permettant au Parlement d'autoriser le gouvernement à exécuter le budget social que comme une « détermination » du budget lui-même par le Parlement. Dans une telle configuration les instances gouvernementales, à savoir le(s) ministère(s) en charge de la Sécurité sociale et surtout la direction de la Sécurité sociale (DSS), jouent un rôle essentiel tant dans la préparation du projet de budget qui est soumis à autorisation du Parlement, que dans son exécution, une fois la loi de financement votée. Les LFSS correspondent de ce fait à un encadrement plus étroit de la négociation conventionnelle entre les caisses et les syndicats de médecins par l'État puisque celle-ci s'inscrit dorénavant dans le cadre d'objectifs financiers définis en dehors d'elle. À cela s'ajoute le fait que l'ordonnance d'avril 1996 sur l'organisation des caisses de Sécurité sociale donne à l'État des moyens nouveaux pour se substituer aux partenaires conventionnels par arrêté ministériel, en cas de carence, c'est-à-dire d'absence d'accord entre les acteurs paritaires et les syndicats médicaux. C'est aussi par l'intermédiaire des LFSS que le gouvernement a, ces dernières années fait adopter des mesures importantes telles que les franchises médicales, de nouveaux forfaits pour les patients ou le nouveau mode de tarification des hôpitaux (tarification à l'activité).

³ 16 au total entre 1975 et 1993 (Palier, 2005, p.101).

Le deuxième aspect, lui aussi engagé en 1996, est la réduction de l'autonomie d'action des partenaires sociaux (patronat, syndicats) gérant les caisses. Le plan Juppé renforce les pouvoirs du directeur national (un haut fonctionnaire nommé par le gouvernement) puisqu'il contrôle désormais le processus de nomination des directeurs des caisses locales, auparavant prérogative des conseils d'administration paritaires. Ceux-ci perdent par ailleurs un certain nombre de pouvoirs au profit des directeurs. Par la suite, avec la loi sur l'assurance maladie d'août 2004, est créée l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), qui rassemble les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, agricole et des professions indépendantes). Elle est dirigée par le directeur de la CNAMTS (régime général des salariés), toujours nommé par le gouvernement, qui se voit par là doté de nouvelles prérogatives. C'est lui désormais qui négocie avec les syndicats de médecins et d'autres professionnels de santé exerçant en ville, sur la base d'un mandat issu du collège des directeurs au sein duquel il est majoritaire, et qui signe les conventions médicales, toujours soumises à l'approbation du gouvernement et devant permettre de respecter les objectifs de dépenses d'assurance maladie votés par le Parlement. Il s'agit-là d'une prérogative essentielle qui revenait précédemment au président du conseil d'administration de la CNAMTS, issu des rangs des partenaires sociaux. Le directeur général de l'UNCAM décide aussi de l'admission au remboursement des actes médicaux et des prestations et du niveau de celui-ci (montant du ticket modérateur et du nouveau forfait par acte et par consultation, place du secteur 2, etc.) ainsi que de la nomenclature. Cette forte affirmation des pouvoirs du directeur général de l'UNCAM, nommé pour cinq ans et seul responsable de la nomination des directeurs de caisses primaires de l'assurance maladie ainsi placés sous sa seule autorité, a pour corollaire l'affaiblissement des instances paritaires. L'UNCAM, comme l'ensemble des caisses d'assurance maladie, ne comprend plus de conseils d'administration mais de simples « conseils », qui se bornent à définir des orientations, à donner des avis (sur les accords conventionnels), à se prononcer sur des propositions (du collège des directeurs) ainsi que sur la nomination et le renvoi des directeurs (Bras, 2004).

La redéfinition des rapports entre l'Etat et les caisses d'assurance maladie concerne également le secteur hospitalier. Les ordonnances d'avril 1996 ont créé les agences régionales d'hospitalisation (ARH) aux compétences étendues puisqu'elles sont chargées à la fois de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers (pilotage), de coordonner l'activité des établissements publics et privés (planification) et de déterminer leurs ressources (financement). Ces agences rassemblent des pouvoirs autrefois séparés entre l'État et l'assurance maladie. Leur création correspond indéniablement à un renforcement du pilotage par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS, ex-direction des hôpitaux) et de son ministre de tutelle au détriment des caisses d'assurance maladie paritaires qui perdent leurs compétences sur les cliniques privées. Les ARH s'inscrivent ainsi dans une tendance à la centralisation et à la normalisation des pratiques (Fargeon, Minvielle, Valette, Denis, 2002), accentuée par la mise en place progressive du nouveau système de tarification à l'activité depuis 2005. Dans le cadre de la dernière génération de Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires (SROS), les ARH définissent des objectifs quantifiés pluriannuels contraignant plus fortement l'activité, l'organisation et les investissements des hôpitaux (Or, 2007). Cette régionalisation pilotée par des agences administratives, a été renforcée par la mise en place, découlant de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » votée en 2009, d'Agences Régionales de Santé (ARS). Absorbant les Agences régionales de l'hospitalisation, les Unions régionales des caisses d'assurance maladie, les services santé au sein des Directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale, les missions régionales de santé et les groupements régionaux de santé publique, leur périmètre de compétence est très large puisqu'il inclut l'ensemble des soins hospitaliers et de ville, la prévention et le médico-social.

Elles sont dotées des moyens de définir et de piloter, en s'appuyant sur de nouveaux outils contractuels, l'ensemble de la politique de santé au niveau régional. Toutefois, leurs pouvoirs sont plus importants dans le domaine hospitalier du fait d'un renforcement de leur autorité sur les directeurs d'hôpitaux, aux pouvoirs eux-mêmes accrus au sein de leur établissement, que pour les soins de ville parce que les principaux moyens d'action restent maîtrisés par la CNAMTS et le médico-social où les compétences sont partagées avec les départements (Bras, 2009).

On assiste donc en France comme en Allemagne à un encadrement croissant des interactions entre acteurs non étatiques correspondant à un gouvernement à distance par l'Etat, qui fixe des règles du jeu de plus en plus contraignantes et qui s'est doté de moyens de surveillance, de contrôle, d'évaluation et de sanction accrus sur l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie. Ce gouvernement à distance repose sur la mise en place de nouvelles institutions fondées sur le modèle de l'agence, c'est-à-dire de structures formellement distinctes de l'administration, agissant comme des opérateurs autonomes et responsables pour le compte de l'État. C'est tout d'abord le cas pour les agences régionales de l'hospitalisation, absorbées par les agences régionales de santé comme on l'a vu. Si leurs directeurs sont nommés en conseil des ministres, si elles sont dotées d'un conseil de surveillance présidé par le préfet de région et soumises au conseil national de pilotage des ARS présidé par les ministres de tutelle, elles disposent toutefois d'une large autonomie et de nombreux instruments d'action pour piloter les politiques de santé régionales. Une partie de ces instruments sont incitatifs (dans le domaine de la coordination des soins et de la répartition de l'offre de soins notamment), correspondant à une forme de gouvernement à distance au niveau régional.

Pour l'UNCAM, même si le terme d'agence n'est pas utilisé, il s'agissait aussi de « *créer un acteur responsable et autonome, de lui donner des outils, de lui dire : ton job c'est ça, on te donne des objectifs, tu les atteins ou tu ne les atteins pas, c'est ça l'idée de base* », conception s'inscrivant « *dans une logique de réforme de l'État pour dire : si on veut être efficace il faut un opérateur autonome, un peu éloigné de l'administration centrale, à qui on donne plus de moyens* »⁴. Elle se traduit notamment par le fait que les caisses font elles-mêmes leurs propositions de recettes et de dépenses pour l'année suivante. Ce modèle de l'opérateur autonome renvoie à celui de l'agence de gestion, distincte de l'administration ministérielle.

La référence au modèle de l'agence est plus explicite pour l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) créée en 1996. Il s'agit d'un établissement public administratif de l'État placé sous la tutelle du ministère en charge de la Santé, qui se substitue notamment aux partenaires conventionnels pour la détermination des références médicales opposables, pivots de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et qui est responsable de l'accréditation des établissements hospitaliers. L'ANAES se substitue à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), créée en 1989. Ce changement institutionnel correspond, à une double évolution : le passage à une conception plus globale de l'évaluation qui n'est plus seulement fondée sur des critères cliniques et médicaux, mais qui intègre les dimensions organisationnelles, sociales et économiques ; le renforcement des contraintes, ce que traduit en particulier le caractère obligatoire de la procédure d'accréditation des établissements hospitaliers (Robelet 1999). Par la suite, la loi de 2004 a créé la Haute autorité de santé (HAS), au statut « d'autorité publique indépendante à caractère scientifique ». Son rôle est de procéder à l'évaluation des produits, des actes et des prestations de santé pour déterminer quels sont les actes et les produits médicaux et pharmaceutiques qui peuvent être remboursés par l'assurance maladie. Elle absorbe aussi l'ANAES, dont elle reprend les compétences pour l'établissement des normes de bonnes pratiques médicales et de leur

⁴ Entretien, ancien membre du cabinet de P. Douste-Blazy au moment de l'élaboration et de la négociation de la réforme, 2007.

évaluation, l'accréditation des équipes médicales et la certification des établissements de santé. Si l'indépendance de la HAS est plus forte que celle de l'ANAES, elle ne peut qu'émettre des avis, qui sont (ou non) suivis par le ministre pour ce qui concerne les médicaments.

On peut donc parler d'affirmation du rôle régulateur de l'État à partir des éléments suivants que nous avons identifiés dans les quatre cas comparés :

- le contrôle de la pratique médicale reposant sur des agences fixant des standards de qualité, de normes de bonnes pratiques et évaluant celles-ci
- la mise en place et le développement de systèmes de paiement à la performance afin d'inciter les opérateurs de soins (hôpitaux en particulier) à se comporter de manière efficiente
- le contrôle accru sur la répartition des financements et le contrôle de ceux-ci (Fonds de santé en Allemagne, LFSS en France)
- la mise en place de nouveaux outils de pilotage à distance du système de soins (ARS en France).

L'État ne se substitue pas aux autres acteurs du système de soins mais les encadre de façon croissante en diminuant leur pouvoir comme on le voit avec les caisses d'assurance maladie en France et en Allemagne.

Il s'agit là d'un processus de convergence au sens de processus dynamique de rapprochement entre des politiques publiques menées dans des pays différents, susceptible de prendre plusieurs formes (Heichel, Pape, Sommerer, 2005) : celui de la réduction de la variance entre des politiques publiques (sigma convergence), celui du rattrapage de certains pays par d'autres (bêta convergence) et celui de la réduction de l'écart par rapport à un modèle (delta convergence). On est ici clairement en présence d'une sigma convergence, correspondant à des rapprochements entre des systèmes différents sans adoption de politiques identiques, qu'il nous faut maintenant expliquer.

2. EXPLIQUER LA CONVERGENCE : LE RÔLE D'ACTEURS PROGRAMMATIQUES

Pour répondre à ce type de questionnement les travaux de politiques publiques ont recours à des distinctions entre différents types de mécanismes de convergence (Holzinger, Knill, 2005), basées sur trois dimensions fondamentales de l'action politique : les normes (au sens de règles juridiques contraignantes), les problèmes (au sens d'enjeu et d'objet d'une politique publique) et les représentations (ce qui renvoie à la dimension cognitive). La première renvoie à l'harmonisation transnationale (convergence sous l'effet de normes juridiques contraignantes), la deuxième à la convergence fonctionnelle (convergence découlant de la similarité des enjeux et des problèmes), et la troisième à la convergence cognitive (convergence due à des représentations et des conceptions partagées).

Les deux premières modalités de convergence reposent sur une explication causale de la convergence qui s'avère peu pertinente dans le cas de cette recherche. En effet, l'harmonisation transnationale s'explique par l'adoption de normes juridiquement contraignantes imposées par des institutions internationales ou européennes. Aucune institution internationale (même l'OMS ou l'OIT) ne produit de normes juridiquement contraignantes pour la protection maladie. Ce n'est pas non plus le cas de l'Union Européenne qui n'a que des compétences limitées en matière de santé et de protection sociale. Et, même si la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés Européennes concernant la liberté de circulation, depuis l'arrêt

Kohll et Dekker de 1998 (Hassenteufel, 2003), a entraîné la mise en place d'une carte européenne de santé et l'initiative de la Commission européenne en faveur d'une « directive santé », l'impact sur les systèmes de protection maladie européens reste, pour l'heure, très limité. En tous les cas, aucune des réformes analysées ici ne correspond à la transposition d'une directive européenne.

La convergence fonctionnelle s'explique, quant à elle, par la nature des problèmes à résoudre par les politiques publiques. Ce mécanisme de convergence a été particulièrement mis en avant par les travaux portant sur les effets fortement contraignants de la mondialisation économique. Ce type d'explication s'avère peu convaincant dans notre cas du fait des différences dans la nature des problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de protection maladie que nous avons comparés (Hassenteufel, Palier, 2007). Dans le cas de la France prédominent deux problèmes : le déficit de l'assurance maladie et la régulation de l'offre de soins (hospitalière et ambulatoire). En Allemagne, l'accent est plus fortement mis sur le niveau des taux de cotisations (et leur impact sur la compétitivité des entreprises) ainsi que sur les disparités entre caisses (ce qui a fondé la mise place de la concurrence et d'un système de péréquation). Même si ces deux pays partagent l'objectif des maîtriser des dépenses, plus difficiles à contrôler dans les systèmes d'assurance maladie (Palier, 2005), les enjeux des réformes ne sont pas identiques du fait des différences institutionnelles au niveau des caisses (en Allemagne une plus forte autonomie, une plus grande diversité et l'absence de mutuelles) et des médecins (rôle plus important des unions allemandes plus fortement institutionnalisées et intégrée à la régulation du système d'assurance maladie) (Hassenteufel, 1997).

Dans les systèmes nationaux de santé prédominent les problèmes d'efficacité et de qualité des soins mais, là aussi, on peut relever des différences significatives entre le cas anglais et le cas espagnol. En Angleterre, le sous-financement a également été identifié comme un problème majeur (ce qui a conduit à une augmentation significative du budget de la santé pendant le deuxième mandat de Tony Blair), alors qu'en Espagne les enjeux territoriaux ont été prédominants.

La dynamique de convergence vers un État régulateur que nous avons identifiée renvoie donc plutôt à un processus de convergence cognitive. Elle s'inscrit dans le cadre de processus non contraignants résultant, le plus souvent, de la diffusion d'orientations, de contenus et d'instruments de politiques publiques par des institutions internationales et par des experts transnationaux. Les institutions internationales effectuent un travail de légitimation et d'objectivation de ces orientations, contenus et instruments de politiques publiques, par la production de rapports, de données comparatives dans une logique de classement et de *benchmarking*, de données statistiques, etc. Leur diffusion est assurée par une forte activité de publication, l'alimentation des médias en données, l'enrôlement d'experts, l'organisation de colloques, de réunions de travail ou de séminaires permettant de socialiser un nombre croissant d'acteurs aux propositions qu'elles formulent. La convergence cognitive peut aussi correspondre, de manière plus horizontale, au mimétisme ce qui renvoie à l'adoption non contraignante d'éléments d'une politique publique mise en place dans un ou plusieurs autres pays, dans une double logique d'émulation et/ou d'inspiration, lié notamment à la diffusion de « modèles ». Ce processus est également lié à l'importation de contenus et d'instruments par des experts nationaux ayant une activité transnationale, dans une logique de transfert (Dolowitz, Marsh, 2000).

Notre enquête empirique nous a conduit à relativiser le rôle des transferts transnationaux (avec toutefois des différences assez marquées entre les cas nationaux, liés en particulier à la place occupée par les experts académiques qui sont les vecteurs principaux de la transnationalisation). Celle-ci se fait plus de manière indirecte (imprégnation progressive d'orientations ou

d'instruments inspirés par des cas étrangers) et/ou stratégique (recours instrumental à des modèles extérieurs).

Ainsi en Angleterre plusieurs exemples étrangers ayant inspirés les acteurs porteurs des réformes⁵ ont été évoqués au cours des interviews :

- Le modèle nord- américain (à la fois les Etats-Unis et le Canada) d'hôpitaux sans but lucratif a influencé la forme finalement prise par les *Foundations Trusts* (mais pas la décision initiale de les créer).
- Le système français de l'inspection des hôpitaux a joué un rôle dans la forme que prennent les différents organismes d'inspection et d'audit (NICE, *Healthcare Commission*, etc.) créés suite aux différents scandales médicaux des années 1990.
- Bien qu'il n'ait pas été évoqué spontanément lors des interviews, il semble y avoir un lien clair entre le système de « paiement au résultat » et la notion plus générale de « *diagnosis-related groups* » mise en place aux Etats-Unis notamment.

Il ne s'agit que d'emprunt ponctuels sans qu'il y ait eu d'importation d'un modèle étranger ou international, en outre ils ont beaucoup plus porté sur les hôpitaux que sur les soins de première intention. Dans ce domaine, qui est à la fois la partie du NHS qui reçoit régulièrement les meilleures évaluations de l'opinion publique britannique et dans lequel la réforme a été la plus innovante, le modèle britannique est largement *sui generis*. On peut déceler un écho (non reconnu) à certains HMO américains (le *Kaiser Permanente*, par exemple) dans la vision de Paul Corrigan prônant un recours extensif à la médecine générale, mais les concepts clés de *Primary Care Trusts* et de *Practice-based Commissioning* ne font sens que dans le contexte bien spécifique de l'architecture institutionnelle du NHS britannique.

En France, l'élaboration des réformes s'est très peu effectuée en référence à des expériences étrangères. La réflexion, nourrie essentiellement par des rapports administratifs (rapports du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, de la Cour des Comptes, de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, notes et dossiers de la Direction de la Recherche, de l'Evaluation et des Etudes Statistiques du Ministère), est très centrée sur la France. Les transferts ont à aussi essentiellement concerné des instruments de politique publique dans le domaine hospitalier : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information dans les années 1980, la démarche projet au début des années 1990, et, dans le cadre du « plan hôpital 2007 » (mis en place entre 2002 et 2005) la tarification à l'activité, la création de pôles d'activités, les partenariats public/privé et la convergence tarifaire avec le secteur privé. Comme le souligne Patrick Mordelet (2006, p.329), « la réforme hôpital 2007 s'inspire directement des principes du gouvernement d'entreprise et des recommandations de l'OCDE et de l'Union européenne en ce domaine ». Par contre, sur le plan institutionnel la réflexion est très franco-centrée, et les exemples étrangers sont plutôt mobilisés comme repoussoirs (ainsi le NICE). La monopolisation de l'expertise par les hauts fonctionnaires est un élément d'explication important. En effet, les universitaires ne sont pas associés aux réflexions programmatiques qui sont internes à l'administration.

En Allemagne, l'« expertisation » de la politique de protection maladie (Döhler, Manow, 1997) est l'un des éléments permettant de comprendre l'importance plus grande prise par des références à des cas étrangers dans les débats sur la réforme de l'assurance maladie en Allemagne (Zentner, Busse, 2004). La référence la plus systématiquement mentionnée pour la dernière réforme est le cas des Pays-Bas qui a introduit la concurrence entre les caisses

⁵ Pour une des rares discussions systématiques du potentiel et des limites des modèles internationaux on pourra se reporter à Stevens, 2005.

d'assurance maladie et un mode de financement mixte (Manougian, Greß, Wasem, 2006). Ainsi, en janvier 2006 un séminaire a été organisé par la ministre de la santé (Ulla Schmidt) pour réfléchir sur la réforme néerlandaise. Toutefois cette référence s'est ensuite progressivement estompée au cours du processus de réforme et n'a fait l'objet que d'un usage instrumental. À un niveau moins global des transferts ont été opérés pour des instruments : c'est le cas pour la nouvelle tarification des soins hospitaliers (fortement inspirée par les DRG australiens), pour les *Disease Management Programs*, inspiré des Etats-Unis et pour l'*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit* inspiré par le *National Institute for Clinical Excellence* britannique. Tous les acteurs interviewés s'accordent cependant pour considérer que la logique des réformes est avant tout nationale et que les transferts sont limités à des instruments spécifiques (comme dans le cas français même si l'expertise mobilisée est plus ouverte sur l'international), qui sont ensuite adaptés au contexte allemand. Ce fût le cas pour l'IQWiG, qui devait initialement s'appeler le centre pour la qualité dans la médecine, dont la composition et les missions diffèrent de celle du NICE. Il est d'ailleurs frappant de constater que si, par la fixation d'un taux de cotisation unique par l'État et une fiscalisation croissante du financement, le système allemand se rapproche du système français, les références à la France sont peu fréquentes. Et le Fonds de santé est une institution sans véritable équivalent ailleurs, fruit d'un compromis politiques

En Espagne, comme dans les autres pays, les transferts les plus nets ne concernent pas directement les institutions et les instruments de l'État régulateur. L'influence étrangère la plus nette concerne la question de l'universalisation de la couverture du système public de santé portée au début des années 1980 par des médecins principalement ayant eu une expérience de travail et d'études en Grande-Bretagne (en suivant des masters de gestion et d'économie de la santé à la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et à l'*University of York*) et dont le modèle pour la transformation du système de santé espagnol était le NHS britannique. Par là, ils étaient en accord tant avec ceux qui avaient été à Cuba, qu'avec ceux qui étaient restés en Espagne, mais ils étaient plus conscients de la nécessité d'introduire une version plus dynamique du NHS à la lumière des critiques qui avaient pris place dans le fonctionnement du système de santé anglais durant ces mêmes années. Ils ont donc essayé d'apprendre de l'expérience britannique et de chercher les méthodes les plus avancées de gestion en santé et d'organisation des soins.

Cette troisième explication de la convergence vers un État régulateur présente donc aussi de limites importantes, c'est pour cela qu'il est possible de mettre l'accent sur un autre facteur : l'émergence et l'affirmation d'acteurs programmatiques. Par là nous désignons un groupe d'acteurs porteurs du changement, caractérisés plus précisément par deux éléments : la structuration autour d'un programme de changement d'une politique publique qu'ils ont contribué à élaborer et la détention de ressources de pouvoir permettant de participer directement à la décision (Genieys, Smyrl, 2008). Ces acteurs partagent un programme articulant des orientations nouvelles, la redéfinition des problèmes et des principes de légitimation, ainsi que des propositions d'action reposant sur la transformation des règles du jeu institutionnelles et l'introduction de nouveaux instruments. Par ailleurs, ils sont dotés de ressources suffisantes pour pouvoir orienter et définir le contenu l'action publique. A cela s'ajoute le fait que ces acteurs s'inscrivent dans des processus d'apprentissage. On peut, à la suite de Peter May (1992), distinguer trois dynamiques d'apprentissage dans le cadre des politiques publiques : l'apprentissage instrumental, qui concerne la maîtrise des techniques et des instruments et qui renvoie en particulier à la phase de la mise en œuvre des politiques publiques ; celle de l'apprentissage social (*social learning*) que l'on pourrait qualifier aussi d'apprentissage cognitif puisqu'il concerne la grille de lecture des problèmes, les raisonnements sous-tendant l'orientation d'une politique publique et ses objectifs, il concerne donc la

formulation des problèmes et leur mise sur agenda ; enfin, celle de l'apprentissage politique, qui pourrait aussi être qualifié d'apprentissage stratégique car il porte sur la faisabilité politique et surtout sur la capacité à maîtriser les interactions d'acteurs, ce qui renvoie aux processus décisionnels. Les acteurs programmatiques sont au cœur de ces dynamiques multiples d'apprentissage qui s'appuient notamment sur l'observation du passé et de cas étrangers ou relevant d'autres domaines de politique publique, sur l'expérimentation et l'évaluation, sur des échanges avec d'autres acteurs, sur la correction d'erreurs ...

Enfin, les acteurs programmatiques sont directement engagés dans une logique de prise de pouvoir au sein d'un domaine d'action publique à partir d'un programme de changement. Dans le cas des systèmes de protection maladie, c'est notamment par le fait que ces acteurs s'opposent aux gestionnaires « établis » (partenaires sociaux pour les systèmes d'assurance maladie et administration sanitaire pour les systèmes nationaux de santé) et aux médecins que l'on peut comprendre la tendance convergente vers un État régulateur. L'identité de ces acteurs programmatiques est un autre facteur important puisqu'une partie d'entre eux est liée étroitement à l'État (gouvernants et hauts fonctionnaires) comme on le verra. L'accroissement de leurs ressources est, à la fois, un enjeu du changement et une condition du changement puisque le renforcement de la position de pouvoir de ces acteurs leur permet de porter (et d'accentuer) le changement, qui s'inscrit dans une dynamique de moyen, voire de long, terme.

L'intérêt de cette approche centrée sur les acteurs est non seulement de rendre compte d'un processus de convergence que l'on peut qualifier de politique car reposant en fin de compte sur la similarité des enjeux de pouvoir auxquels sont confrontés ces acteurs programmatiques (autonomisation par rapport aux acteurs dominants du système de soins -médecins- et des gestionnaires des systèmes de protection maladie -partenaires sociaux en France et en Allemagne, autorités régionales en Espagne, administration centrale en Angleterre-) mais aussi les limites de celle-ci, liés à la morphologie, aux contours et aux ressources différentes de ces acteurs programmatiques dans les quatre cas comparés.

3. COMPARER L'ÉTAT RÉGULATEUR À PARTIR DES ACTEURS

En effet les acteurs programmatiques identifiés dans les quatre cas analysés présentent des différences significatives. Trois modes de structuration de ces acteurs peuvent être distingués de figure à partir de deux critères principaux (le degré d'homogénéité et la durée de ces acteurs) et de deux critères secondaires (participation aux processus décisionnels et à la mise en œuvre) :

-La structuration d'une élite programmatique avec une forte homogénéité et une présence de longue durée (plus de dix ans) dans l'élaboration des politiques publiques et les processus décisionnels.

-La structuration d'équipes programmatiques, restreintes et homogènes, mais relativement éphémères (moins de cinq ans).

-La structuration de coalitions programmatiques, plus larges et plus diversifiées (plusieurs catégories d'acteurs), inscrites dans une durée relativement longue (plus de dix ans).

Les acteurs programmatiques des réformes de la protection maladie
(années 1990-années 2000)

Pays	Angleterre	Allemagne	France	Espagne
Période	1997-2007	1992-2007	Années 1990-2007	Années 2000
Homogénéité	Forte (experts, managers)	Intermédiaire (parlementaires, fonctionnaires politiques, experts)	Forte (hauts fonctionnaires)	Limitée (gouvernants experts)
Longévité	Limitée	Forte	Forte	Limitée
Accès aux processus décisionnels	Direct	Direct	Direct	Direct
Participation à la mise en oeuvre	Limitée	Faible	Forte	Faible
Structuration	<i>Équipe programmatique</i>	<i>Coalition programmatique</i>	<i>Élite programmatique</i>	<i>Coalition programmatique faible</i>

. En Angleterre : une équipe programmatique soutenue par des leaders politiques

En Angleterre l'affirmation d'un État régulateur est élaboré par deux catégories d'acteurs principaux : d'une part, des experts universitaires, d'autre part, des managers issus du secteur privé. Ils se sont affirmés depuis les années 1980, sous les gouvernements Thatcher. Ainsi, la réforme 1991, qui met en place les « quasi-marchés », a été largement inspirée par le rapport « Griffith » (patron d'une chaîne de supermarchés) et les idées défendues par l'économiste (américain) Alan Enthoven qui a lui aussi rendu un rapport dans les années 1980. À cela s'ajoute le fait que cette réforme d'inspiration libérale, et lié à des transferts venant d'outre Atlantique, a été décidée sans concertation avec les groupes d'intérêts dominants dans la santé, en particulier la profession médicale organisée (Hassenteufel, 1997). Cette mise à l'écart des acteurs traditionnellement dominants au sein du NHS (les médecins et l'administration de la santé) se poursuit après 1997. Le recours à des experts extérieurs pour réformer et contourner l'administration – à la fois celle du Ministère de la Santé et celle du NHS - est en effet un élément central de l'approche adoptée par le gouvernement Blair pour les politiques de santé et la réforme du NHS en particulier. Au cours des dix années de mandat de ce gouvernement, la politique de la santé au Royaume-Uni a été fortement marquée par un groupe d'hommes que peu de choses rassemblent, si ce n'est un ensemble d'idées communes. Tous sont extérieurs au Parti Travilliste et à Whitehall, et occupent des postes de « conseillers » ; la plupart d'entre eux sont retournés ensuite vers le secteur privé ou académique. Bien que tous les individus ainsi identifiés n'aient pas été interrogés à leur tour, la récurrence des réponses similaires à cette question de la part des interviewés permet d'identifier un groupe d'acteurs programmatiques formé de quatre catégories d'acteurs.

1. Les leaders politiques (Tony Blair, Gordon Brown, Allan Milburn)

- Tony Blair est reconnu par tous comme ayant fourni un soutien politique sans failles aux efforts successifs de réforme, mais sans toutefois posséder des idées programmatiques propres sur ce sujet particulier.

- En tant que ministre des finances, Gordon Brown approuva l'augmentation massive du budget au début des années 2000 et créa un important forum de d'élaboration programmatique, le *Council of Economic Advisors*.
 - À la différence de Tony Blair et de Gordon Brown, Allan Milburn (député depuis 1992, proche de Tony Blair, ministre de la santé de 1999 à 2003) est souvent considéré comme directement impliqué dans le processus d'élaboration de la politique.
2. Les leaders programmatiques (Simon Stevens, Chris Ham)
- Ces deux acteurs, et en particulier Stevens, sont généralement considérés comme les premiers instigateurs au sein du Ministère de la Santé du changement de politique de 1999-2003. Simon Stevens a un profil de manager. Il a fait ses études à Oxford et à Columbia (NY). Durant les années 1990 il a été successivement directeur d'une autorité sanitaire, d'un service de santé mentale et d'une unité d'un hôpital universitaire. De 1997 à 2001 il est conseiller des deux ministres de la santé qui se sont succédés (Frank Dobson et Allan Milburn), puis conseiller santé de Tony Blair (de 2001 à 2004). Chris Ham est un universitaire, professeur à l'Université de Birmingham, et auteur de nombreuses publications sur les politiques de santé. Il dirige la *Strategy Unit* du ministère de la santé de 2001 à 2004.
3. Les membres de la *Strategy Unit*
- Recrutés par Simon Stevens et Chris Ham, soit directement de l'université ou extérieurs au gouvernement, ces hommes illustrent parfaitement l'exercice du « brainstorming collectif » qui fut le style de la *Strategy Unit* du ministère de la santé.
4. Les « metteurs en œuvre » (Ian Dodge, Julian Le Grand, Paul Corrigan)
- Tous trois furent conseillers pour la santé auprès du Premier Ministre (Paul Corrigan fut également conseiller pour le Secrétaire d'Etat à la Santé avant de s'installer au 10, Downing Street), mais arrivèrent en poste après la période de transition clé de 1999-2002.
- Julian Le Grand, professeur à la *London School of Economics*, succéda à Simon Stevens comme conseiller en grande partie grâce à sa réputation académique comme théoricien du « choix » dans les services publics. Il souligne qu'une fois à Downing Street, il s'est retrouvé à mettre en œuvre des politiques avec lesquelles il était entièrement d'accord mais qu'il n'avait pas lui-même élaboré.
 - Ian Dodge est une exception dans ce groupe, puisqu'il est fonctionnaire de carrière du ministère de la santé.
 - Paul Corrigan fut recruté par le ministère de la santé et ensuite au 10 Downing Street malgré son manque d'expérience dans le domaine des politiques de la santé parce qu'il bénéficiait, comme consultant, d'une réputation d'expert en changement des grandes organisations (surtout au sein de l'administration locale).

Dans une perspective comparative, il est clair que les acteurs programmatiques des réformes du NHS ne possèdent pas la stabilité de carrière de long terme qui caractérise leurs homologues français, ou même allemands. Leur influence dépend fortement de leur soutien actif aux dirigeants politiques du gouvernement Blair (Blair, Brown, et au cours de la période clef de 1999 à 2003, Milburn). Cependant, la dépendance à l'égard des dirigeants élus n'a pas, dans ce cas, réduit l'autonomie des « leaders programmatiques » et des collaborateurs recrutés au sein

de la *Strategy Unit* du ministère de la santé, qui forment une équipe programmatique. Collectivement, ce groupe possède les attributs clés identifiés pour les acteurs programmatiques en général : l'accès direct aux leviers du pouvoir, et l'identification consciente à un ensemble cohérent d'idées de changement.

La décision de Tony Blair de permettre la réforme et de recruter pour la conduire des agents de l'extérieur est à la fois la cause et la condition nécessaire du changement. Cette décision est motivée, à la fois, par la perception de problèmes (aussi bien du point de vue objectif des résultats médicaux, que du point de vue subjectif de l'expérience des patients en matière de qualité des soins), et par le désir de démarquer son gouvernement de certaines des mesures impopulaires prises par ses prédécesseurs (l'enthousiasme excessif à l'égard du marché et de la privatisation). Ce faisant, Blair ouvre une « fenêtre politique », mais ne précise pas dans le détail ce qui passera par cette fenêtre. L'explication par le leadership politique de Blair est donc insuffisante pour expliquer la nature et le contenu du changement.

Les acteurs importants du changement programmatique forment une petite communauté d'experts en politique publique liés les uns aux autres, non pas par des liens personnels ou par des affiliations politiques pré-existantes, mais par un engagement commun en faveur d'un ensemble d'idées renvoyant à une conception de la santé comme « marché régulé ». Ce modèle s'oppose à la fois au compromis entre étatismes et corporatismes qui constituait l'approche orthodoxe du NHS avant 1979 et aux réformes calquées sur l'idée d'un marché pur et parfait souhaitées par les plus radicaux promoteurs du Thatchérisme des années 1980.

Les réformateurs ont d'abord agi, dans une large mesure, seuls. En dépit de la centralité de concepts comme la décentralisation, la régulation à distance, et même un certain degré de concurrence de marché, la méthode selon laquelle ces principes programmatiques ont été définis et défendus est essentiellement verticale. Mais cette contradiction pose problème au niveau de mise en œuvre. Les fonctionnaires du Ministère de la Santé et du NHS, tout comme la profession médicale elle-même ont été considérés, dans la première phase de la réforme, au mieux, comme des non participants et, au pire, comme des opposants actifs à la réforme. En particulier en ce qui concerne la profession médicale, une évolution s'est faite jour vers une dynamique plus coopérative, due à la prise de conscience générale que sa participation est nécessaire pour que les réformes durent. La clé, pour ces acteurs programmatiques, semble consister à faire évoluer le NHS d'une culture de « l'impuissance apprise » selon laquelle la seule chose importante est l'obéissance au centre, à une culture de l'incitation et de l'innovation. Dans cette perspective, il était important d'engager activement, au moins, les éléments de la profession les plus ouverts au changement. Des partenaires appropriés ont été trouvés, comme ce fut le cas pour les *National clinical frameworks* négociés avec des médecins et des associations médicales en faveur de la réforme comme la *NHS Alliance* - une organisation autonome à la lisière du milieu professionnel. L'enjeu était aussi de trouver les bonnes incitations, qui ne sont pas toujours les incitations financières. Dans le cas des *Foundations Trusts*, par exemple, un membre de la *Strategy Unit* souligne que les cadres des hôpitaux de pointe voulaient être vus comme des précurseurs (« *leading the envelope* ») en participant à la première vague de réforme. « *C'était un problème d'egos* ».

Quelle que soit l'origine du changement programmatique intervenu dans le NHS anglais, celui-ci n'est certainement pas issu d'une révolution bureaucratique (Scott, Le Galès, 2008). Ironiquement, alors que les réformes du gouvernement Blair étaient destinées - et pourraient bien avoir réussi - à rétablir la centralité de l'État dans le secteur de la santé après les attaques des années Thatcher-Major, une des premières sources d'opposition à cette recentralisation trouve sa source au sein de l'État lui-même, c'est-à-dire de l'administration. C'est bien au sein

même de l'Etat que sont menées les principales luttes autour de la réforme comme on le voit également en France.

. En France une élite de hauts fonctionnaires en quête d'autonomisation

En France, on assiste depuis les années 1980, à l'affirmation d'une élite de hauts fonctionnaires, faisant carrière dans l'administration de la protection sociale en occupant des positions multiples (en administration centrale, en cabinet, dans des commissions administrative...), aux conceptions partagées et jouant un rôle central dans l'élaboration des politiques d'assurance maladie marqués par une forte continuité par-delà les alternances politiques (Hassenteufel et al, 1999, Genieys, 2005). Elles s'inscrivent dans un programme d'action publique cohérent centré sur l'affirmation du rôle régulateur de l'Etat. Ce programme est progressivement réalisé à travers des changements institutionnels qui renforcent les positions de ces hauts fonctionnaires comme le traduisent en particulier le plan Juppé (1996) et la loi sur l'assurance maladie de 2004. Pour mettre en place son programme et s'autonomiser à la fois vis-à-vis du Ministère des Finances, des partenaires sociaux gérant les caisses, des groupes d'intérêts (médecins, industrie pharmaceutique ...) et des acteurs politiques, ces hauts fonctionnaires s'appuient sur des ressources d'expertise et de pouvoir. L'occupation successive de positions de pouvoir multiples leur confère en effet une capacité d'intervention dans la définition des politiques publiques et une autonomie croissante.

Le premier élément d'homogénéisation de ce groupe est en effet sa spécialisation reposant sur l'accumulation d'une capacité d'expertise et de savoir faire s'inscrivant dans un processus d'apprentissage, notamment au sein de corps spécialisés comme la Cour des comptes et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ainsi que de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) qui s'est affirmée comme une institution-clef du secteur. Des liens interpersonnels, qui se traduisent notamment par une estime mutuelle assez forte, jouent également un rôle intégrateur important. Quelques figures marquantes de hauts fonctionnaires ont structuré des réseaux informels qui ont contribué à la formation de cabinets, sur la base d'affinités entre des personnes possédant un haut niveau de compétence plus que sur la base de proximités politiques. Surtout, ce groupe d'acteurs partage et porte un même programme de changement que l'on peut formuler de la façon suivante : « pour préserver la Sécurité sociale, il faut l'adapter à la contrainte financière en renforçant le rôle de pilotage de l'Etat et en ciblant les prestations sociales vers les plus démunis ». Les hauts fonctionnaires que nous avons interviewés se sont tous montrés très attachés aux principes fondateurs de la Sécurité sociale française tout en privilégiant une approche financière des politiques de protection sociale. Ils mettent l'accent sur les responsabilités de l'Etat en se fondant sur une critique du paritarisme. Cette affirmation du rôle de l'administration par rapport aux caisses de Sécurité sociale constitue un leitmotiv récurrent qui, bien que n'étant pas radicalement nouveau, s'affirme très fortement depuis 1981.

Nous avons qualifiés de « gestionnaires du social », les hauts fonctionnaires s'investissant dans le secteur de l'assurance maladie après 1988. Ils se caractérisent de manière générale, à la fois, par une acceptation partagée de la contrainte financière sur les politiques sociales (Brocas, 2001), et par un usage stratégique de celle-ci, afin de garantir leur autonomie vis-à-vis d'autres hauts fonctionnaires, avec lesquels ils sont en compétition. Ces hauts fonctionnaires ont aussi en commun une filiation par rapport aux deux générations précédentes identifiées (les « grands anciens » et la « génération 81 »). Celle-ci se traduit par le développement d'interconnaissances et un apprentissage d'une approche renouvelée des politiques sociales au sein des différents corps du secteur (Cour des comptes et IGAS). Si les générations précédentes avaient « intériorisé » la dimension financière dans leur approche des politiques sociales, les « gestionnaires du social » l'ont reconvertie en ressource, à travers la construction de nouveaux instruments d'action publique, leur permettant d'affirmer leur pouvoir à l'intérieur du secteur,

vis-à-vis des partenaires sociaux, mais aussi à l'extérieur du secteur, à l'égard du ministère des finances. Ces deux dimensions ne sont pas sans rappeler les critères d'intégration verticale (cette génération succède à celle qui l'a formée) et d'intégration horizontale (elle se différencie des autres par le savoir technique), caractérisant selon Robins (1976) le processus d'institutionnalisation d'un groupe d'élites dans la structure du pouvoir.

La tutelle financière imposée par le ministère des Finances sur les politiques sociales à partir de 1983, vécue dans un premier temps comme une contrainte imposée au secteur, devient, au terme d'une réappropriation tactique, une ressource déterminante dans la construction d'un nouveau programme d'action publique fondée sur la maîtrise des comptes sociaux. Cela se traduit par le développement d'une « contre-culture » au sein de la plupart de la direction de la Sécurité sociale en particulier, comme l'atteste son rôle central dans la promotion des idées qui constituent le substrat intellectuel du Plan Juppé. Il est frappant de voir comment les hauts fonctionnaires de cette direction revendiquent la paternité de cette réforme sans avoir d'affinité politique avec le gouvernement en place. En son sein, les hauts fonctionnaires qui promouvaient le progrès social ont laissé leur place à une élite sectorielle qui privilégie une approche financière des politiques sociales, au point même de se voir qualifier de « véritable ministère du budget social ».

. La structuration d'une coalition programmatique en Allemagne

En Allemagne l'enquête met en évidence l'émergence d'un groupe de spécialistes de l'assurance maladie qui s'est progressivement autonomisé par rapport aux partenaires sociaux gérant les caisses (les syndicats de salariés en particulier) et aux médecins. Trois catégories d'acteurs composent ce groupe.

Il s'agit tout d'abord des ministres fédéraux de la santé, qui sont en même temps des parlementaires (comme en Angleterre ils continuent à siéger comme député après leur nomination au gouvernement). Le lien avec la spécialisation parlementaire est net pour les deux ministres les plus importants de la période analysée : Horst Seehofer (CSU) et Ulla Schmidt (SPD). Ces deux acteurs politiques se caractérisent non seulement par leur spécialisation parlementaire mais aussi, et surtout, par la durée de leur fonction ministérielle responsable de l'assurance maladie (6 ans pour Horst Seehofer, plus de 7 ans pour Ulla Schmidt). Elle leur a permis de mener des politiques dans la durée en s'entourant d'une équipe soudée et cohérente formée de fonctionnaires politiques⁶.

Ces acteurs, occupant des fonctions clefs au ministère de la santé (chef du département assurance maladie et chef du département politique) mais qui ne sont pas fonctionnaires de carrière, forment une deuxième catégorie d'acteur programmatique. Ce sont en effet des acteurs spécialisés du fait des fonctions qu'ils ont auparavant occupé au sein des groupes parlementaires, dans l'appareil des caisses d'assurance maladie ou encore comme médecins.

Les parlementaires forment une troisième catégorie d'acteurs fortement impliqués dans l'élaboration et la décision des réformes. La nature parlementaire du système politique allemand et la mise en place d'une commission santé ne suffisent pas à l'expliquer. Il faut aussi mettre en avant le fait que les réformes les plus importantes ont nécessité un accord entre les

⁶ Rappelons qu'en Allemagne les fonctions les plus élevées au sein de l'administration fédérale (secrétaire général d'un ministère fédéral et directeur de département d'une administration fédérale), soit environ 150 postes, sont attribués directement par le pouvoir exécutif. On parle de ce fait de poste de fonctionnaires politiques (*politische Beamte*). Quelques indicateurs attestent d'une politisation croissante de ces hauts fonctionnaires. Il s'agit tout d'abord de la croissance continue du nombre de hauts fonctionnaires appartenant à un parti politique, qui est passé de 28% en 1970 à 52% en 1981 et à 60% en 1995 (Derlien 2003, p.408). On peut également mentionner la croissance régulière du taux de rotation pour les postes de fonctionnaires politiques dans les six mois qui suivent une alternance politique : 33% en 1969-1970, 37,5% en 1982-1983, 52% en 1998-1999 (Derlien 2003, p.409).

deux grands partis, soit parce que les deux chambres avaient des majorités opposées alors qu'un accord entre elles était nécessaire, la santé étant une compétence partagée entre fédération et länder (cas des réformes de 1992 et de 2003) ; soit parce que les deux partis gouvernent ensemble (cas de la réforme de 2007). Plus précisément deux types d'acteurs jouent un rôle important : les chefs de groupe CDU/CSU et SPD et les porte parole santé de ces deux groupes. Il est à noter que le profil des parlementaires spécialisés a changé. Au SPD en particulier les parlementaires les plus influents (Klaus Kirchner et Rudolf Dressler) sur les questions d'assurance maladie au début des années 1990 avaient un passé de syndicaliste. Ce n'est plus le cas aujourd'hui : les porte-parole santé du SPD (Carola Raiman) et de la CDU (Annette Widmann-Mauz) ne sont pas issus de l'auto-administration et n'ont pas exercé de responsabilités dans des associations ou des syndicats. De manière plus générale, on ne trouve que deux syndicalistes parmi les 31 membres de la commission santé et sept professionnels de santé (la plupart sans liens avec des organisations professionnelles). On repère donc pour la santé la même tendance à l'autonomisation croissante des parlementaires du social vis-à-vis des groupes d'intérêt depuis les années 1970 (Trampusch 2005).

Deux caractéristiques se dégagent donc : la spécialisation et la politisation de nouveaux acteurs programmatiques, ce qui les autonomise par rapport aux acteurs corporatistes clefs de l'auto-administration. Toutefois une certaine différenciation est à noter entre rôle d'élaboration programmatique (que ces acteurs ne monopolisent pas du fait du rôle des experts), rôle décisionnel (pris en charge par des acteurs politiques spécialisés sur les questions d'assurance maladie et par les fonctionnaires politiques) et rôle opérationnel (la mise en œuvre reste assez largement prise en charge par des groupes d'intérêts, partenaires sociaux et médecins, marqués par une professionnalisation croissante).

Les experts ont, en effet, plus un rôle programmatique que décisionnel : ce sont les acteurs politico-administratifs qui décident de reprendre ou non leurs propositions. Seul un nombre réduit d'entre eux est véritablement en mesure d'avoir un impact direct sur l'élaboration des politiques de protection maladie. Il s'agit tout d'abord des experts occupant des fonctions de conseiller auprès du ministre comme l'illustre le cas de Karl Lauterbach, professeur d'économie de la santé, membre du comité d'experts du développement du système de santé et de la commission Rürup, conseiller de la ministre (SPD) de la santé Ulla Schmidt de 2002 à 2005, puis élu député (SPD) à l'occasion des élections législatives de septembre 2005. Comme conseiller, il a joué un rôle important dans l'élaboration de la réforme de 2003. Ensuite, on peut mentionner les experts appelés pour une mission *ad hoc*, incarné par la figure devenue incontournable de Bernd Rürup, professeur d'économie et président du conseil des experts économiques. Enfin, le président du comité d'experts pour la santé, du fait de sa position institutionnelle, peut également exercer un pouvoir d'influence.

. L'affirmation contrariée d'une coalition programmatique en Espagne

En Espagne on peut également identifier une coalition programmatique mais moins structurée car composée d'un large ensemble d'acteurs, comprenant des décideurs politiques de différentes institutions de l'Etat (le Ministère de la Santé, les services de santé régionaux), des universitaires et des partis politiques. Son but principal est le renforcement des fonctions régulatrices et des responsabilités des autorités de santé du gouvernement central. Influencée par des réflexions d'économistes de la santé sur le fonctionnement et la coordination de systèmes fédéraux, et bien qu'alimentée par des contributions de régions différentes (en particulier des experts catalans), cette nouvelle coalition programmatique est surtout structurée autour du Ministère de la Santé, institution à la recherche d'une fonction plus claire dans le

SNS désormais entièrement décentralisé. Dans ce contexte, la coalition politique qui est apparue pour faire voter la LCCSNS s'est avérée trop faible pour placer le Ministère de la Santé au cœur d'un système coordonnant les systèmes de santé régionaux qui composent le SNS.

Si, dans le cas espagnol, nous avons identifié, comme dans les autres pays, des changements institutionnels récents conduisant à l'affirmation d'un État régulateur porté par des acteurs programmatiques, il faut souligner, d'une part, que cette dynamique est moins forte que dans les autres pays et, d'autre part, que le rôle d'acteurs programmatiques est moins net au cours de la dernière période. On peut mettre en relation ces deux aspects : l'absence de structuration forte d'acteurs programmatiques explique l'échec (relatif) de la mise en place d'un État régulateur assurant une meilleure coordination du SNS. Plus fondamentalement, cette difficulté d'émergence est liée à la dynamique de régionalisation différenciée du système de santé espagnol qui a conduit à mettre en place un système complexe et fragmenté, régulé par une grande diversité d'acteurs. La multiplication des acteurs rend non seulement problématique l'affirmation d'un État régulateur mais aussi plus difficile la structuration d'un groupe d'acteurs programmatiques. C'est donc la dynamique même du SNS qui apparaît aujourd'hui comme l'obstacle majeur à un nouveau mode de gouvernance porté par l'administration sanitaire centrale.

Ainsi prise en compte des acteurs programmatiques apporte non seulement des éléments de compréhension de la tendance convergente vers un État régulateur (en termes de prise de pouvoir par de nouveaux acteurs à partir d'enjeux de pouvoir similaires) mais aussi de différences dans le degré d'affirmation de cet État régulateur et dans le contenu de ses composantes. Le degré d'affirmation de cet État régulateur apparaît d'autant plus fort que l'homogénéité des acteurs programmatiques est importante. L'avènement d'un État régulateur est le plus net en France et en Angleterre, mais il prend des formes différentes qui ne sont pas seulement liées aux contrastes entre les systèmes de protection maladie de ces deux pays. En Angleterre, il est étroitement articulé à la mise en concurrence, résultant d'une dynamique de transfert portée par des experts proches des acteurs politiques et de l'affirmation d'acteurs managériaux, et dépendant du leadership politique (les équipes programmatiques étant structurées sur des périodes correspondant à des mandats politiques) ; en France, il s'inscrit dans une logique plus forte d'étatisation portée par des hauts fonctionnaires critiques vis-à-vis du rôle joué par les partenaires sociaux. En Allemagne, l'affirmation d'un État régulateur est plus progressive et incrémentale, du fait d'une plus grande hétérogénéité des acteurs programmatiques formant une coalition à laquelle participent des acteurs liés aux caisses d'assurance maladie. Enfin, en Espagne, le changement d'acteurs programmatiques et l'hétérogénéité de la coalition actuelle éclairent la difficile tentative d'affirmation d'un État régulateur dans un système de protection maladie qui a été fortement régionalisé, à la différence des autres cas comparés ici.

BIBLIOGRAPHIE (provisoire elle aussi !)

- Böhm K., (2009), « Federalism and the New Politics of Hospital Financing » *German Policy Studies*, 5 (1), p.99-118.
- Bras P.-L. (2004), « Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ? », *Droit social*, 11, p.967-985.
- Bras P.-L. (2009), « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné », *Droit social*, 11, p.1126-1135

- Brocas A. M., (2001), « L'autonomie du ministère chargé des Affaires sanitaires et sociales. Quelques réflexions à propos des travaux qui précèdent », *Revue française des affaires sociales*, n°4, octobre-décembre, pp. 65-67.
- Derlien H-U. (2003) « Mandarins or Managers ? The Bureaucratic Elite in Bonn, 1970 to 1987 and Beyond », *Governance*, 16 (3)
- Döhler M., Manow P. (1997), *Strukturbildung von Politikfeldern*, Opladen, Leske+ Budrich
- Dolowitz D., Marsh D. (2000), « Learning from abroad : the role of Policy Transfer in contemporary Policy Making », *Governance* 13 (1)
- Epstein R., (2005), « Gouverner à distance : quand l'État se retire des territoires », *Esprit*, 319
- Fargeon V., Minvielle E., Valette A., Denis J-L. (2002) « Les ARH ont cinq ans : bouleversement ou aménagement d'un dispositif de régulation ? », *Politiques et management publics*, 20(2)
- Genieys W., (2005), « La constitution d'une élite du *Welfare* en France dans la France des années 90 », *Sociologie du travail*, 47 (2)
- Genieys W., Smyrl M. (2008), *Elites, Ideas and the Evolution of Public Policy*, Londres, Palgrave
- Gerlinger T., Mosebach K., Schmucker R., (2008), « Mehr Staat, meh Wettbewerb : Gesundheitsfonds ante portas », *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 53 (10), p.107-116.
- Gerlinger T., Schmucker R., (2009), « A Long Farewell to the Bismarck System : Incremental Change in the German Health Insurance System », *German Policy Studies*, 5 (1), p.3-20.
- Hassenteufel P. (1997), *Les médecins face à l'Etat, une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po
- Hassenteufel P. (2003) « L'eupéanisation par la libéralisation ? Les réformes des systèmes de protection maladie dans l'UE », dans P. Hassenteufel, S. Hennion-Moreau (dir.), *Concurrence et protection sociale en Europe*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes
- Hassenteufel P., (2007), « L'État mis à nu par les politiques publiques », dans B. Badie, Y. Déloye (dir.), *Le temps de l'État. Mélanges en l'honneur de Pierre Birnbaum*, Paris, Fayard
- Hassenteufel P., Genieys W., Bachir M., Bussat V., Matin C., Serré M., (1999) *L'émergence d'une élite du Welfare ? Le cas des politiques de protection maladie et en matière de protections familiales*. Paris, Rapport MIRE
- HASSETEUFEL (Patrick), SMYRL (Marc), GENIEYS (William), MORENO (Javier) « Programmatic Actors and the Transformation of European Health Care States », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35 (4), 2010.
- P. Hassenteufel, W. Genieys, J. Moreno, M. Smyrl, A-L. Beaussier, L. Hervier (2008), *Les nouveaux acteurs de la gouvernance de la protection maladie en Europe (Allemagne, Angleterre, Espagne, France)*, Paris, Rapport pour la MiRe
- Hassenteufel P., Palier B. (2007), « Towards Neo-Bismarckian Health Care States ? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems », *Social Policy and Administration*, 41 (6), 2007, p.574-596.
- HEICHEL (Stephan), PAPE (Jessica), SOMMERER (Thomas), « Is there convergence in convergence research? An overview of empirical studies on policy convergence », *Journal of European Public Policy*, 12 (5), p. 817-840, 2005.
- Holzinger K., Knill C. (2005), « Causes and conditions of cross-national policy convergence », *Journal of European Public Policy*, 12 (5)
- Kennedy I. (2006), *Learning From Bristol : Are We ?*, Healthcare Commission
- Kickert W., 1995, « Steering at a distance: a new paradigm of public governance in Dutch higher education », *Governance*, 8 (1).
- Scott A., Le Gales P. (2008), « Une révolution bureaucratique britannique ? Autonomie sans contrôle ou *freer markets, more rules* », *Revue Française de Sociologie*, 49 (2), p.301-330
- Manouguian M., Greß S., Wasem J. (2006), « Die niederländische Krankenversicherungsreform - ein Vorbild für das deutsche GKV-WSG ? », *Gesundheits- und Sozialpolitik*, n°11-12, 2006
- Moran M. (2002), « Understanding the Regulatory State », *British Journal of Political Science*, 32 (2)
- Mordelet P. (2006), *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes, Éditions ENSP
- Or Z. (2007), « Hospital 2007 », *Health Policy Monitor*, <http://www.hpm.org/survey/fr/a9/1>
- Palier B. (2005), *La réforme des systèmes de santé*, Paris, PUF
- Rey Biel, P., Rey del Castillo, J. (2006), *La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver*. Document de travail 100/2006, Madrid, Fundación Alternativas

- Robelet M. (1999), « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix*, 46
- Robins R. C., (1976), *Political Institutionalisation and the Integration of Elites*, Londres, Sage, 1976.
- Rosenbrock R., Gerlinger T. (2006), *Gesundheitspolitik*, Bern, Hans Huber, , 2ème édition
- Salter B. (2004), *The New Politics of Medicine*, Londres, Palgrave
- Solozábal Echavarría J. J. (2006), *Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico*, document de travail 89/2006, Madrid, Fundación Alternativas
- Talbot C. (2004), « The Agency idea. Sometimes old, sometimes new, sometimes borrowed, sometimes untrue », in C. Pollit et C. Talbot (éd.), *Unbundled Government. A critical analysis of the global trend to agencies, quangos and contractualisation*, Abingdon, Routledge
- Trampusch C., (2005), « From Interest Groups to Parties: The Change in the Career Patterns of the Legislative Elite in German Social Policy », *German Politics*, 14 (1)
- Wendt C., Rothgang H., Helmert U. (2005), *The self-regulatory German health care system between growing competition and state hierarchy*, TranState Working Papers n°32, Université de Brême
- Zentner A., Busse R., (2004), « Das Ausland in aller Munde : Eine systematische Analyse zum Einfluss anderer Gesundheitssysteme auf die deutsche Reformdebatte », *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 9-10