

## **L'ÉTAT MIS À NU PAR LES POLITIQUES PUBLIQUES ?**

**Patrick HASSENTEUEFL**

**(Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines / C.R.A.P.E)**

En 1985, dans le *Traité de science politique*, Pierre Birnbaum faisait le constat suivant : « Lieu par excellence de l'exercice du pouvoir, l'État a néanmoins longtemps presque disparu de la science politique contemporaine ». Il en appelait par conséquent à « faire à nouveau de l'étude de l'État un objet essentiel » (Birnbaum, 1985, p.643). Il s'agit là d'un aspect central des travaux de Pierre Birnbaum entamé avec la publication, à la fin des années 1970, des *Sommets de l'État* (1977) puis, avec Bertrand Badie, de *Sociologie de l'État* (1979). Toutefois, cette entreprise intellectuelle n'a accordé qu'une place limitée aux politiques publiques. Dans le chapitre du *Traité de science politique* cité ci-dessus Pierre Birnbaum place au cœur de l'analyse de l'État en action la notion de différenciation. Elle l'amène à s'interroger sur l'émergence de processus de dédifférenciation repérables notamment à la fusion des catégories dirigeantes et au développement du néo-corporatisme. Ce n'est donc qu'à travers l'analyse des groupes d'intérêts que les politiques publiques sont intégrées, très indirectement, à l'analyse de l'État en action.

Cependant, si dans les années 1980 la sociologie de l'État s'intéresse peu aux politiques publiques, l'analyse de celles-ci, alors dominée par la sociologie des organisations, aux États-Unis mais aussi en France, refuse à l'inverse d'analyser l'État comme un centre politique reposant sur des ressources d'autorités et de légitimité spécifiques (intérêt général, citoyenneté, distinction public/privé ...). Le postulat de la non-hiérarchisation des systèmes d'action, l'absence de prise en compte de l'existence d'un centre politique conduit à diluer le pouvoir politique dans la société et à refuser

« de penser la crise de l'État en termes d'État » (Jobert, Leca, 1980, p.1169). Dans le cadre de ce type d'approche, l'État ne semble pas être une catégorie d'analyse pertinente de l'action publique. Bruno Jobert et Pierre Muller utilisent à cette époque la métaphore du « fossé » pour souligner la séparation entre les « recherches sur les politiques [publiques] et les réflexions plus générales sur l'État dans les sociétés contemporaines » (Jobert, Muller, 1987, p.9).

Paradoxalement, ce fossé est aujourd'hui de moins au profond, au fur et à mesure que se diffuse le constat de « l'évidement » de l'État, de sa fragmentation, de sa dilution et de son retrait. Ces remises en cause multiples de l'État sont de plus en plus reliées aux transformations des politiques publiques, en particulier leur « tournant néolibéral » (Jobert, 1994). Cette mise à nu de l'État à partir de l'analyse de l'action publique s'opère toutefois dans un certain oubli des catégories d'analyse de la sociologie de l'État en faveur de notions moins sociologiques : l'État creux, la gouvernance, l'État post-moderne, l'État post-westphalien, l'État facilitateur, l'État régulateur ... Il nous semble, au contraire, que l'articulation entre sociologie de l'État et analyse des politiques publiques est féconde, non seulement pour appréhender les différentes dimensions de la remise en cause de l'État mais aussi, et surtout, les mutations de l'État contemporain, que nous analyserons en privilégiant le cas de l'État Providence<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Comme Pierre Birnbaum dans le *Traité de science politique* nous nous cantonnerons au cadre des pays occidentaux, européens en particulier. Le cadre de ce chapitre ne permet pas bien sûr pas d'embrasser l'ensemble des politiques publiques, nous nous cantonnerons donc au cadre, déjà très large, des politiques de protection sociale, ce qui signifie aussi que nous n'aborderons pas la question de l'émergence d'un État européen sous l'effet de la multiplication des politiques publiques de l'Union Européenne.

## **L'INVERSION DE LA DYNAMIQUE HISTORIQUE DE L'ÉTAT PAR LES POLITIQUES PUBLIQUES**

La sociologie de l'État proposée par Pierre Birnbaum avec Bertrand Badie (1979), à partir la sociologie historique de l'État développée par Charles Tilly (1975) en particulier, se fonde sur la notion de différenciation. Elle renvoie à l'autonomisation de l'État par rapport aux structures sociales, sous la forme de son institutionnalisation par le développement d'une administration bureaucratique et du contrôle centralisé d'un territoire dans une logique militaire, judiciaire et fiscale. L'apport principal de cette approche est de fournir des catégories d'analyse permettant, à la fois, d'appréhender l'émergence historique de l'État, son développement et de comparer des trajectoires historiques, en particulier par rapport au « type idéal de l'État » que représente l'État en France (Badie, Birnbaum, 1979, p.173). Elle permet aussi d'analyser les transformations de l'État à partir des dynamiques d'évolution des politiques publiques.

Dans le cadre des travaux de politiques publiques l'articulation la plus nette effectuée avec les changements de l'État concerne la dimension territoriale. L'effacement des frontières nationales de l'action publique résulte d'un double mouvement, en partie interdépendant, de supra-nationalisation (européanisation et transnationalisation) et d'infra-nationalisation des politiques publiques, traduisant un « desserrement du verrou de l'État », et une remise en cause de la conception westphalienne de celui-ci (Le Galès, 1999). Le rôle croissant des acteurs (publics et privés) européens, transnationaux et locaux érode la capacité d'action autonome de l'État. En cela, il ne s'agit pas seulement d'un processus de dé-territorialisation de l'État mais aussi de dé-différenciation. Ce processus est au cœur de la transformation de l'État qui est de moins en moins en mesure d'agir de façon autonome du fait de la

multiplication des acteurs et des niveaux de l'action publique. L'État agit de plus en plus en interaction dans le cadre d'un processus de construction collective de l'action publique et non plus de production étatique des politiques publiques (Hassenteufel 2006). Cette construction collective de l'action publique a aussi pour conséquence d'éroder les frontières entre public et privé, comme l'exprime la notion de gouvernance qui, en mettant sur le même plan ces deux catégories d'acteurs vise à rendre compte des différentes modalités d'interactions entre acteurs publics et privés pour résoudre des problèmes collectifs (Koiman 2003, p.4). Le recours croissant aux acteurs privés (entreprises et groupes d'intérêts en particulier) dans la construction collective de l'action publique s'inscrit dans une dynamique de dé-différenciation l'État par les politiques publiques.

La dé-différenciation de l'État va de pair avec sa dé-institutionnalisation du fait notamment de la dynamique de privatisation. Elle se traduit, d'une part, par la transformation d'acteurs étatiques en acteurs privés prenant en charge des domaines de politiques publiques, en particulier économiques (transport, communications, énergie etc.), et, d'autre part, par des interdépendances accrues entre acteurs publics et privés comme le montre le cas des politiques publiques de sécurité marquées par une forte croissance de l'offre privée (sous la forme d'entreprises de sécurité) et ses effets sur le fonctionnement des services de police publique (Roché 2004, p.57). On assiste également à des formes de retrait de l'État par la réduction des effectifs de l'administration étatique dans le cadre du nouveau management public axé vers la réduction des dépenses publiques. Cette orientation aujourd'hui dominante dans les réformes administratives se traduit de plus par la diffusion de normes inspirées par les entreprises privées au sein de l'administration publique (Pollitt et Bouckaert, 2000). Par là s'opère aussi une dé-différenciation de l'État au niveau de ses principes et

finalités d'action désormais exprimés en termes principalement gestionnaires et financiers (performance, efficience, rentabilité, équilibre budgétaire ...).

Cette modification des objectifs de l'action étatique est très visible dans le domaine de la protection sociale où, depuis les années 1980, prédomine la recherche de l'équilibre financier et l'adaptation aux normes de compétitivité dans le cadre de la mondialisation économique, au détriment des finalités historiques de solidarité et de prise en charge généralisée des risques sociaux. La mise en place de politiques « d'austérité compétitive » et de retrait de l'Etat-providence (Pierson 1994) correspond au passage d'un *Welfare State* keynésien, dans le cadre duquel les politiques sociales sont orientées vers l'augmentation du niveau de bien-être, à un *Workfare State* schumpétérien, orienté vers le renforcement de la compétitivité et l'adaptation flexible au marché (Jessop, 1994). Cette inversion historique est particulièrement nette pour les systèmes de protection maladie qui ont poursuivi une même logique après la seconde guerre mondiale : offrir la couverture du risque maladie la plus large possible à la plus grande partie de la population. Cette dynamique d'universalisation est en particulier au fondement du N.H.S. britannique, créé en 1946. Elle inspire à la fois l'évolution des systèmes à assurance maladie, comme ceux de la France ou de l'Allemagne qui ont progressivement couvert la quasi-totalité de la population, et la mise en place d'autres systèmes de santé nationaux : dans les pays scandinaves dans les années 1950 et 1960, puis dans les pays d'Europe du Sud à partir des années 1970. Mais, depuis la fin des années 1970, la préoccupation centrale est devenue celle du financement de la protection maladie du fait du décalage croissant entre les recettes (dont le rythme d'évolution décroît dans un contexte de récession économique) et les dépenses (qui elles continuent à augmenter de façon importante, du fait notamment du vieillissement de la population et du progrès médical) Ainsi, pour l'assurance maladie, il s'agit aujourd'hui

plus de garantir l'équilibre financier des systèmes et de réduire la participation financière des entreprises que de garantir l'accès aux soins, comme le traduisent l'importance prise par la maîtrise des dépenses de santé, la mise en place de nouveaux outils de financement ne pesant pas directement sur les entreprises, la réduction de la prise en charge collective des soins et une recherche de plus en plus marquée d'efficience. Cette préoccupation nouvelle peut être exprimée de la façon suivante : soigner mieux (ou, tout au moins, aussi bien) à moindre coût.

L'imposition de la logique d'efficience a entraîné une dé-différenciation accrue du fait des nouvelles dynamiques de libéralisation à l'œuvre (Hassenteufel et al., 2000). La priorité accordée à ce nouvel objectif a conduit à l'introduction de mécanismes concurrentiels s'apparentant à ceux du marché, accompagnés par des éléments de privatisation. Placés dans un cadre concurrentiel, les acteurs du système de soins sont responsabilisés économiquement, afin de les inciter à s'inscrire dans le cadre d'une nouvelle rationalité : la recherche de l'efficience.

Cette dynamique de libéralisation et de privatisation prend trois formes principales :

-Le choix du mode de couverture du risque maladie pour le patient supposé devenir ainsi un consommateur de soins. Cette libéralisation de la couverture du risque s'accompagne d'un accroissement du rôle des assureurs privés, également favorisée par la diminution de la prise en charge collective et solidaire<sup>2</sup>.

-La concurrence entre les prestataires de soins (de type public et/ou de type privé) pour les ressources financières et pour les patients, ce qui correspond à la mise en place de

---

<sup>2</sup> Cette forme de privatisation est encore plus marquée dans le domaine des retraites du fait de la place prise par les fonds de pension dans le cadre de la diffusion de la logique de capitalisation sous la forme d'une épargne volontaire individuelle ou collective (Palier, 2003, p.93-94).

mécanismes de marché remettant en cause des monopoles et/ou des marchés captifs, en particulier dans le domaine hospitalier.

-La transformation des acteurs chargés des soins en « entrepreneurs de soins », ce qui renvoie à la fois à une dimension objective (la diffusion d'outils de gestion inspirés par le management privé) et subjective (la perception de soi comme un acteur en situation de concurrence sur un marché).

La dé-différenciation est au cœur des dynamiques de transformation actuelle de l'État Providence, même si la dé-territorialisation et la dé-institutionnalisation sont également à l'œuvre. En effet, dans de nombreux pays européens, on peut repérer des modalités de remise en cause de la logique de centralisation territoriale de la protection sociale (Hassenteufel 1997b). En France, les lois de décentralisation marquent un tournant tant symbolique qu'institutionnel. Les conseils généraux ont été dotés de compétences de plus en plus larges en matière de politiques sociales (aide sociale, prise en charge des personnes âgées dépendantes, lutte contre l'exclusion) transférées des administrations de l'État central vers des acteurs administratifs locaux. Mais il ne s'agit pas là de la seule traduction d'une nouvelle logique territoriale au sein de la protection sociale. La référence au territoire est au cœur de l'élaboration de « nouvelles politiques sociales » transversales qui ont toutes pour caractéristique de traiter des problèmes sociaux en se basant sur la définition de besoins locaux, sur une base territoriale et non plus sectorielle. Les illustrations les plus visibles en sont le Revenu Minimum d'Insertion et la politique de la ville. L'évolution est également nette dans les pays d'Europe du Sud : en Italie, où la régionalisation de l'État dans les années 1970 se traduit fortement au niveau de la protection sociale (aide sociale et santé en particulier), et surtout en Espagne où la mise en place de l'État des Autonomies traduit un nouveau mode de régulation de la protection sociale, en particulier dans le domaine de la santé.

Ces évolutions sont également repérables dans les pays scandinaves où la décentralisation des systèmes de santé a été accentuée depuis les années 1980 (Chambaretaud, Lequet-Slama, 2003).

L'analyse comparative des réformes de la protection sociale, dans le domaine de la protection maladie<sup>3</sup>, conduit toutefois à s'interroger sur la présence de logiques contradictoires de ré-institutionnalisation et re-différenciation de l'État.

---

<sup>3</sup> Nos recherches empiriques prennent en compte la diversité des systèmes européens liée, d'une part, à la différence entre systèmes nationaux de santé (Royaume-Uni, Espagne, pays scandinaves) et systèmes d'assurance maladie (Allemagne, France) et, d'autre part, entre systèmes centralisés (Royaume-Uni, France) et systèmes décentralisés (Allemagne, Espagne, pays scandinaves). La place de l'État est donc variable, ce qui permet de mieux mettre en évidence des tendances convergentes et leurs traductions nationales.



## LE RETOUR DE L'ÉTAT ? RÉ-INSTITUTIONNALISATION ET RE-DIFFÉRENCIATION DANS LES POLITIQUES DE PROTECTION MALADIE

En effet, les réformes, menées depuis les années 1990 en particulier, ont aussi conduit à la mise en place de nouvelles institutions étatiques qui renvoient à une dynamique plus large d'autonomisation de l'action de l'État dans le domaine de la protection maladie.

Ces nouvelles institutions chargées du pilotage, du contrôle et de l'évaluation des systèmes de protection maladie, prennent le plus souvent la forme d'agences étatiques et renvoient donc à de nouveaux modes d'organisation administratifs caractérisés par le ciblage des objectifs et des fonctions, la recherche de la performance et la mise en place de nouvelles formes de contrôle qualifiées de re-régulation (Talbot, 2004). Ils visent à remettre en cause l'autonomie des acteurs professionnels (médecins en particulier) et des acteurs économiques liés à la santé caractérisant le *Health Care State* tel qu'il s'est mis en place après 1945 (Moran 1999). Au Royaume-Uni la libéralisation, fortement développée avec la mise en place des « quasi-marchés » dans les années 1990, a été accompagnée par le développement d'instances d'évaluation et de contrôle, depuis 1997 en particulier (Ham 2004, Klein 2001). On peut notamment mentionner la mise en place de la *Commission for Healthcare Audit and Inspection* (qui regroupe depuis 2004 d'autres instances de contrôle et qui est chargée de la surveillance de l'ensemble des acteurs du système de santé), du *National Institute for Clinical Excellence* (chargé de la mise en place de normes de qualité) et du *Health Service*

*Commissioner*<sup>4</sup>. En Espagne, où la décentralisation du système de santé a été particulièrement importante, la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* votée en 2003, a pour but de renforcer la cohésion du système décentralisé et d'améliorer la qualité des services sanitaires. À cette fin, elle établit un catalogue de prestations commun ; surtout, elle renforce le rôle du *Consejo Interterritorial del SNS*, chargé de la coordination entre les systèmes régionaux et crée l'*Agencia de Calidad*, l'*Observatorio del SNS* et la *Agencia de Información Sanitaria* chargée de promouvoir l'« *Evidence Based Medicine* » ainsi que l'échange d'expériences et d'information entre les différents systèmes de santé régionaux. En France, le plan Juppé a marqué une étape très importante du point de vue du renforcement institutionnel du contrôle étatique sur l'assurance maladie (Hassenteufel, Palier, 2005). La réforme de 1996 confère tout d'abord au Parlement la responsabilité de l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Dans le cadre de la LFSS, le Parlement fixe tous les ans l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui n'existait pas auparavant. Mais dans les faits, il s'agit-là, avant tout, d'un renforcement des pouvoirs du gouvernement et de l'administration dans la mesure où, d'une part, les recettes dépendent toujours du pouvoir réglementaire qui en fixe le montant et où, d'autre part, le Parlement ne dispose que d'une faible expertise dans ce domaine, et dépend donc étroitement du cadrage par l'administration. L'ONDAM est en effet établi sur la base des travaux de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, de la Cour des comptes et de la Conférence nationale de santé. Le plan Juppé créé aussi des agences régionales d'hospitalisation dotées de compétences étendues puisqu'elles sont chargées à la fois de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins

---

<sup>4</sup> Le renforcement d'instruments de contrôle et de régulation reposant sur des audits est tout aussi net, depuis 1997, dans les rapports entre l'État et les autorités locales. Il correspond à une logique de recentralisation (Le Galès, 2004).

hospitaliers (pilotage), de coordonner l'activité des établissements publics et privés (planification) et de déterminer leurs ressources (financement). Ces agences rassemblent les pouvoirs autrefois séparés entre l'État et l'assurance maladie. Chaque agence régionale, placée sous la tutelle du ministère en charge de la santé et de la sécurité sociale, a un directeur, nommé en conseil des ministres ; il s'agit en majorité de hauts fonctionnaires. La réforme dite « Douste Blazy » d'août 2004 crée quant à elle une Haute autorité de santé (HAS), au statut d'autorité administrative indépendante, qui doit 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'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES), créée dans le cadre du plan Juppé, qui fixe de façon indépendante et légitime les normes et les bonnes pratiques médicales. La création de la HAS s'inscrit dans une dynamique plus large de création d'agences sanitaires correspondant à un processus de « bureaucratisation par les marges » se traduisant notamment par « une reprise en main par l'administration d'activités jusqu'alors déléguées à des acteurs privés » (Benamouzig, Besançon, 2005, p.308).

On assiste ainsi à la multiplication de nouvelles institutions (prenant souvent la forme d'agences étatiques) chargées de contrôler et de réguler les systèmes de protection maladie de manière centralisée. Elles sont notamment inspirées par les principes du nouveau management public qui ne vise pas seulement à importer des logiques de fonctionnement et d'action importés de l'entreprise privées mais aussi à renforcer la capacité de pilotage étatique. Ces institutions s'inscrivent dans un processus plus large d'autonomisation des acteurs étatiques par rapport aux groupes d'intérêts multiples (médecins, partenaires sociaux, industries médicales et pharmaceutique ...)

qui ont historiquement joué un rôle central dans la régulation des systèmes de protection maladie. Dans le cas de la France, on assiste à l'émergence d'une nouvelle élite administrative partiellement autonomisée par rapport aux acteurs politiques (Genieys, Hassenteufel, 2001). Il s'agit d'un groupe restreint de hauts fonctionnaires issus principalement de corps administratifs spécialisés, en particulier la Cour des comptes (plus précisément la V<sup>e</sup> chambre qualifiée de « chambre sociale ») et dans une moindre mesure de l'Inspection générale des affaires sociales. Ils se caractérisent aussi par leur longévité dans le secteur, qui se traduit par l'occupation de positions multiples (conseillers technique ou directeurs de cabinet, directeurs ou sous-directeurs d'administration centrale, directeurs de caisses, présidence de commissions, de comités ou de groupes de travail spécialisés, direction d'agences, etc.). Il en résulte deux effets : d'une part une capacité d'intervention importante dans la définition des politiques d'assurance maladie, et d'autre part une autonomie relative par rapport aux acteurs politiques. Ainsi, quelques figures marquantes de hauts fonctionnaires structurent des réseaux informels qui contribuent notamment à la formation de cabinets et de générations de hauts fonctionnaires, sur la base de liens interpersonnels plus que de proximités politiques.

Ces hauts fonctionnaires sont tous 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'État en matière de protection sociale, à partir d'une critique du paritarisme. Ces conceptions se traduisent très nettement dans le « plan Juppé » qui est largement issu de réflexions émanant de la direction de la Sécurité sociale dont le rôle s'est fortement affirmé depuis les années quatre-vingt. La qualification « d'élite du *Welfare* » renvoie donc, d'une part, à l'homogénéité d'un groupe de hauts fonctionnaires qui se définit, non seulement par des

propriétés sociales et professionnelles communes, mais aussi par des logiques d'action partagées (matrice cognitive commune) ; d'autre part, sur sa capacité à intervenir dans les processus décisionnels (particulièrement nette pour le plan Juppé mais aussi pour la mise en place du budget global hospitalier, du PMSI - Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information - ou encore de la réforme hospitalière de 1991).

Le renforcement du rôle de ces hauts fonctionnaires est particulièrement visible à travers les pouvoirs du directeur national de la Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, nommé par le gouvernement et issu de ce groupe. Depuis le plan Juppé, il participe au processus de nomination des directeurs des caisses primaires, auparavant seule prérogative des conseils d'administration paritaires. La loi d'août 2004 élargit encore les pouvoirs du directeur de la CNAMTS, qui devient en même temps le directeur général de la nouvelle Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), rassemblant les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, agricole et des professions indépendantes). C'est lui désormais qui négocie et qui signe avec les syndicats de médecins et d'autres professionnels de santé exerçant en ville les conventions médicales 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 et des prestations et du niveau de celui-ci. Enfin, il est désormais le seul responsable de la nomination des directeurs de caisses primaires de l'assurance maladie ainsi placés sous sa seule autorité. Avec l'affirmation de la figure du directeur de l'UNCAM, parfois qualifié de « pro-consul », qui a pour corollaire l'affaiblissement des instances paritaires, est donc institutionnellement consacré le leadership de l'élite du *Welfare* sur l'assurance maladie qu'incarne

aujourd'hui Frédéric Van Rookeghem, polytechnicien, ancien directeur de l'ACOSS (Agence centrale des organismes de sécurité sociale) puis du cabinet de Philippe Douste-Blazy. On voit aussi à travers cet exemple comment les mêmes acteurs jouant un rôle central dans les processus décisionnels sont ensuite amenés à occuper des positions clefs dans les nouvelles institutions créées.

Si, dans le cas français on peut clairement identifier une dynamique de re-différenciation dans la mesure où ces acteurs sont des hauts-fonctionnaires, dans la continuité de cet « État fort », présentant un certain degré d'autonomie vis-à-vis des acteurs politiques, les formes en sont différentes dans d'autres États. En Allemagne, comme au Royaume-Uni et en Espagne, on assiste aussi à une autonomisation de groupes d'acteurs liés à l'État par rapport aux groupes d'intérêt, mais celle-ci s'accompagne d'une politisation plus marquée<sup>5</sup>. Dans ces pays, l'évolution la plus marquante est « l'expertisation » croissante de la politique de protection maladie (Döhler, Manow, 1997, p.145-153). En Allemagne, elle s'inscrit dans une évolution d'ensemble des politiques publiques caractérisée par le rôle croissant de commissions d'experts, souvent universitaires (Heinze 2002). Dans le domaine de l'assurance maladie, on peut noter, d'une part, le rôle joué par une institution permanente, créée en 1985, le comité d'expert de l'action concertée en matière de santé composé de sept universitaires (en majorité des économistes de la santé) dont les rapports cadrent les débats sur la réforme de l'assurance maladie. D'autre part, plus récemment, la commission dite « Rürup » (du nom de son président, un professeur d'économie) a fortement contribué à définir les orientations de la loi de modernisation de l'assurance

---

<sup>5</sup> Rappelons toutefois que politisation de l'administration est une tendance de longue durée dans le cas français comme l'a mis en avant Pierre Birnbaum (1998), pour qui elle participe de la « déchirure du lien étatique », et s'inscrit une dynamique de dé-différenciation. La politisation se repère dans l'ensemble des États occidentaux et participe de la même tendance à la perte d'autonomie de l'administration bureaucratique que la diffusion du nouveau management public (Suleiman, 2005, p.263),

maladie de 2003 et les termes du débat actuel sur la transformation du financement de l'assurance maladie (Hassenteufel, 2005). Toutefois, cette « expertisation » va de pair avec des formes de politisation. Tout d'abord, parce que les experts les plus influents ont des liens privilégiés avec un parti politique, comme l'illustre le cas de l'expert actuellement le plus visible de la politique d'assurance maladie le professeur d'économie Karl Lauterbach, membre du comité d'experts de l'action concertée en santé et de la commission Rürup, principal conseiller de la ministre (SPD) de la santé Ulla Schmidt, élu député (SPD) à l'occasion des élections législatives de septembre 2005. La politisation se traduit aussi par le rôle croissant de l'expertise parlementaire et partisane. Une des raisons en est le fait que les principales réformes (celles de 1992 et 2003) ont fait l'objet d'un accord entre les deux principaux partis (SPD et CDU-CSU) ce qui a eu notamment pour conséquence de réduire les possibilités d'influence des groupes d'intérêts, en particulier les médecins. Il faut également souligner que les parlementaires membres de la commission des affaires sociales sont de moins en moins souvent issus des groupes d'intérêts par rapport auxquels il se sont autonomisés (Trampusch, 2005). Ces différents aspects traduisent une érosion nette de la régulation corporatiste de l'assurance maladie qui s'inscrit dans une dynamique de différenciation, plus par autonomisation d'acteurs politiques (au sens partisan et électoral) et d'experts politisés que par l'autonomisation d'une élite administrative comme en France. Cette double logique d'expertisation et de politisation se retrouve dans le cas britannique, où depuis les années 1980 l'arrangement corporatiste avec la profession médicale a été fortement remis en cause. En particulier la réforme 1991, qui met en place les « quasi-marché » a été largement inspirée par le rapport « Griffith » (patron d'une chaîne de supermarchés) et les idées de l'économiste Alan Enthoven et

décidée sans concertation avec les groupes d'intérêts dominants dans la santé, en particulier la profession médicale organisée (Hassenteufel 1997a).

L'analyse des politiques de protection maladie depuis les années 1980, à partir des catégories de la sociologie de l'Etat, conduit donc à mettre au jour des évolutions partiellement contradictoires puisque combinant des éléments de dé-différenciation et de re-différenciation ce qui pose la question de leur interprétation générale.



## QUELLE AUTONOMIE POUR L'ÉTAT RÉGULATEUR ?

La plupart des cadres d'interprétation proposés pour caractériser les transformations de l'État à partir de celle des politiques publiques mettant l'accent sur le caractère moins hiérarchisé de son mode de fonctionnement et donc par là de sa perte de capacité d'action autonome. Cet aspect est particulièrement mis en valeur par la notion, aujourd'hui très largement diffusée de gouvernance (Simoulin 2003). Elle s'expose toutefois au même type de critique que les systèmes d'action concrets, à savoir une tendance à négliger les spécificités des ressources politiques et des finalités du politique, donc à occulter les phénomènes de hiérarchisation liés au pouvoir politique au sein de l'État<sup>6</sup>. C'est ce qui explique que certains auteurs comme Jan Koimann (2003) parlent de « gouvernance hiérarchique » mais, dans ce cas là, on ne comprend plus très bien pourquoi distinguer gouvernance et gouvernement. La notion de gouvernance est alors trop diluée alors qu'initialement elle renvoie à la dé-dédifférenciation de l'Etat sous l'effet des transformations des politiques publiques. La prise en compte simultanée de la dé-différenciation et de la re-différenciation de l'État nécessite de s'appuyer sur d'autres notions. Jacques Chevallier (2003) propose celle d' « Etat post-moderne » pour embrasser les incertitudes, la complexité et l'indétermination des évolutions actuelles de l'État. Mais en cherchant à concilier tous les contraires la catégorie devient attrape-tout ce qui lui ôte une partie de sa portée analytique (Caillosse 2004).

Il paraît donc préférable de s'appuyer sur une notion moins ambitieuse mais plus précise : celle d'État régulateur. Elle renvoie en effet à deux évolutions interdépendantes des politiques publiques. La première est le passage progressif du faire au faire-faire : l'Etat régulateur est un Etat qui agit plus indirectement que directement,

---

<sup>6</sup> Les notions d'Etat partenaire ou d'Etat animateur, plus liées au débat français, ou d'État facilitation (*enabling State*) s'exposent au même type de remarques.

qui est plus en interaction qu'en action, qui délègue plus qu'il n'intervient directement, qui pilote et qui oriente plus qu'il ne met en œuvre. La deuxième évolution, qui découle de la première, est le renforcement des capacités de contrôle étatique à travers le développement de l'audit, de l'évaluation, du benchmarking, du contrôle de qualité, etc., en particulier dans le cadre des agences. La combinaison de ces deux logiques permet notamment de comprendre pourquoi la diffusion de la concurrence peut contribuer à l'affirmation de l'État comme on peut le voir dans le domaine de la protection maladie, l'avènement du nouveau management public renforcer le pouvoir politique (Rouban 1998) ou le développement d'agences indépendantes faciliter l'adoption de mesures impopulaires et améliorer l'efficacité de l'action publique (Thatcher 2005, p.366) . La notion d'Etat régulateur permet ainsi d'articuler la différenciation de l'État (en termes de perte de capacité d'action autonome) et sa re-différenciation (en termes de capacité de pilotage et de contrôle accru des politiques publiques). Toutefois cette notion recèle aussi des ambiguïtés et des confusions du fait des usages multiples dont elle fait l'objet, qui ne sont pas sans poser des problèmes analytiques eux aussi (Moran 2002). Surtout, se pose en fin de compte la question de l'autonomie de cet État régulateur et ceci à deux niveaux : au niveau de l'orientation générale de son action et au niveau des acteurs qui le composent. Au premier niveau, de nombreux auteurs soulignent que les finalités de l'État sont définies de manière fortement contrainte, par les dynamiques économiques internationales en particulier. Comme l'illustre le cas des banques centrales, la mise en place d' « institutions non majoritaires » vise avant tout à adresser des signaux aux opérateurs économiques internationaux (Jobert 2003). L'État ne serait alors que l'instrument du tournant néolibéral auquel il ne peut que s'adapter. Si le lien entre Etat régulateur et diffusion de la logique du marché est net, il n'en reste pas moins que ses institutions, en particulier les

agences peuvent aussi permettre la défense du consommateur face aux entreprises, celle du citoyen face aux institutions publiques (cas du médiateur) et privées et être porteuses de normes opposés au marché, en particulier la prévention des risques à travers le développement des agences dans le domaine de la santé et de l'environnement. Elles peuvent de ce fait s'inscrire dans des dynamiques de reformulation de l'intérêt général.

Au niveau des acteurs se pose la question de leur autonomie tant par rapport aux groupes d'intérêts que par rapport aux acteurs politiques qui peuvent exercer des contrôles formels et surtout informels (Thatcher, 2005). Les institutions de l'État régulateur contribuent toutefois surtout à renforcer la figure de l'expert, au risque toutefois d'entrer en tension avec les principes démocratiques en dépolitisant et en technicisant les enjeux de politiques publiques, comme l'illustre, en France, le renforcement de l'expertise technocratique par les agences sanitaires (Benamouzig, Besançon, p.314). Mais conformément au modèle pragmatique d'Habermas (1978), l'expertise peut aussi contribuer à la structuration du débat public. Par là la politisation, au sens large de débat public, participe de la remise en cause des arrangements corporatistes et permet une réaffirmation des principes défendus par l'État en interaction.

Ainsi, l'analyse des politiques publiques permet de mettre à nu le caractère contradictoire et hybride des transformations de l'État plus qu'elle ne dévoile son évident et son déclin. Mais ce travail de mise à nu nécessite de s'appuyer sur les apports et les outils de la sociologie de l'État, en particulier la notion de différenciation que Pierre Birnbaum a beaucoup contribué à développer et qui se révèle toujours féconde.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Benamouzig D., Besançon J., 2005, « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, 47 (2), p.301-322.

Birnbaum P., 1998, *La France imaginée*, Paris, Fayard.

Birnbaum, 1985, « L'action de l'État : différenciation et dédifférenciation », in J. Leca et M. Grawitz (éd.), *Traité de science politique*, vol. 3, Paris, P.U.F., p.643-682.

Birnbaum P., Badie B., 1979, *Sociologie de l'État*, Paris, Grasset

Caillosse J., 2004, « Une approche "tranquillisante" de la post modernité ? L'économie du droit post-moderne selon Jacques Chevallier », *Droits*, 39, p.121-138

Chambaretaud S., Lequet-Slama D., 2003, « Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix », *Revue française des Affaires sociales*, 57 (4), p.401-422.

Chevallier J., 2003, *L'État post-moderne*, Paris, L.G.D.J.

Döhler M., Manow P., 1997, *Strukturbildung von Politikfeldern*, Opladen, Leske+ Budrich.

Genieys W., Hassenteufel P., 2001, « Entre les politiques publiques et la politique : l'émergence d'une élite du *Welfare* », *Revue française des Affaires sociales*, 53 (2), p.41-50.

Habermas J., 1978, *La technique et la science comme idéologie*, Paris, Denoël.

Hassenteufel P., 2006, « Politiques Publiques », dans P. Savidan, S. Mesuré (éd.), *Dictionnaire des sciences humaines*, Paris, P.U.F, à paraître.

Hassenteufel P., 2005, « L'accélération des transformations du système d'assurance maladie allemand », dans I. Bourgeois (éd.), *Le modèle sociale allemand en mutation*, Cergy, Travaux et documents du CIRAC, p.123-134.

Hassenteufel P., 1997a, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po

Hassenteufel P., 1997b, « *Think social, act local*. La territorialisation comme réponse à la "crise de l'État-Providence" ? », *Politiques et management public*, 16 (3), p.1-11.

Hassenteufel P., Delaye S., Pierru F., Robelet M., Serré M., 2000, « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique Européenne*, 2, pp. 29-48,

Hassenteufel P., Palier B. (2005), « Les trompe-l'œil de la "gouvernance de l'assurance maladie" », *Revue française d'administration publique*, 113, p.13-28.

Ham C., 2004, *Health Policy in Britain*, Basingstoke, Palgrave, 5<sup>ème</sup> édition.

Heinze R., 2002, *Die Berliner Räterepublik*, Wiesbaden, Nomos

Jessop B., 1994, « The transition to post-Fordism and the Schumpeterian workfare state », in R. Burrows et B. Loader (éd.) *Toward a post-Fordist welfare state ?*, London, Routledge.

Jobert B., 2003, « Le mythe de la gouvernance dépolitisée », in P. Favre, J. Hayward, Y. Schemeil (éd.), *Être gouverné. Études en l'honneur de Jean Leca*, Paris, Presses de Sciences Po, p.273-285.

Jobert B., 1994, (éd.) *Le tournant néo-libéral en Europe*, Paris, L'Harmattan.

Jobert B., Muller P., *L'État en action*, Paris, P.U.F.

Jobert B., Leca J., 1980, « Le dépérissement de l'État. A propos de "L'acteur et le système" de Michel Crozier et Erhard Friedberg », *Revue française de science politique*, 30 (6), p.1125-1170.

Klein, R. (2001), *The New Politics of the NHS*, Harlow, Pearson, 4ème édition.

Koimann J., *Governing as Governance*, Londres, Sage, 2003.

Le Galès P., 2004, « Contrôle et surveillance. La restructuration de l'État en Grande-Bretagne », in P. Lascoumes et P. Le Galès (éd.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, p.237-261.

Le Galès P., 1999, « Le desserrement du verrou de l'État ? », *Revue internationale de politique comparée*, 6 (3), p.627-652.

Moran M. 2002, « Understanding the Regulatory State », *British Journal of Political Science*, 32 (2), p.391-413.

Moran M., 1999, *Governing the health care State. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*, Manchester, Manchester University Press

Palier B., 2003, *La réforme des retraites*, Paris, P.U.F.

Pierson P. 1994, *Dismantling the Welfare State ? Reagan, Tharcher and the Politics of Retrenchment*, Cambridge, Cambridge University Press.

Pollitt C. et Bouckaert G., 2000, *Public Management Reform. A comparative analysis*, Oxford, Oxford University Press.

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, p.3-21.

Roché S., 2004, « Vers la dé-monopolisation des fonctions régaliennes », *Revue française de science politique*, 54 (1), p.43-70.

Rouban L. 1998, « Les États occidentaux d'une gouvernementalité à l'autre », *Critique internationale*, 1, p.131-149.

Simoulin V. 2003, « La gouvernance et l'action publique : le succès d'une forme simmélienne », *Droit et société*, 54, p.307-328.

Suleiman E., 2005, *Le démantèlement de l'État démocratique*, Paris, Seuil

Thatcher M., 2005, « The Third Force ? Independent Regulatory Agencies and Elected Politicians in Europe », *Governance*, 18 (3), p.347-373.

Tilly C., 1975, « Reflections on the History of European State Making », in C. Tilly (éd.), *The formation of National States in Western Europe*, Princeton, Princeton University Press.

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), p.14-32.