

Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne

Patrick HASSENTEUFEL ¹

Dans les débats publics, tout comme dans ceux plus confinés au sein de forums institutionnels, la comparaison entre la France et l'Allemagne dans le domaine de la santé est le plus souvent menée d'un point de vue économique et financier à partir de l'évolution des dépenses. Si le niveau de celles-ci dans les deux pays est aujourd'hui proche (en 2009, 11,8 % du PIB en France, 11,6 % en Allemagne ²), leur évolution présente des différences plus marquées puisque entre 1997 et 2007, le taux de croissance annuel des dépenses de santé en termes réels était de 2,5 % en France contre 1,7 % en Allemagne ³. Ces différences se reflètent plus fortement encore au niveau de la situation financière de l'assurance maladie qui est excédentaire en Allemagne depuis 2004 ⁴, ce qui contraste avec le déficit structurel du système français ⁵. Toutefois, une forme de convergence est à l'œuvre, au-delà des proclamations politiques, tant dans les instruments de maîtrise que dans l'effectivité de leur usage, comme le montre le respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en France depuis 2010. Pour éclairer les débats actuels sur la convergence franco-allemande, il apparaît toutefois nécessaire de ne pas se limiter à la dimension économique et financière en s'intéressant aussi

1. Université de Versailles Saint-Quentin, Centre de recherches sur le droit et les institutions pénales (CESDIP).

2. Source : OECD Health Data, 2011. En 2007, l'écart était plus important : 11 % en France, 10,4 % en Allemagne.

3. *Panorama de la santé 2009* (OCDE).

4. Même si en 2010 un léger déficit a été enregistré (455 millions d'euros). En 2011, un excédent de 4 milliards d'euros a été enregistré.

5. La dernière année proche de l'équilibre est 1999 (déficit de 700 millions d'euros). Depuis cette date, le déficit a fortement augmenté jusqu'en 2004 (11,6 milliards d'euros) avant de baisser jusqu'en 2008 (4,4 milliards d'euros) et de remonter depuis (11,6 milliards d'euros de déficit en 2010, 9,6 milliards prévus pour 2011).

aux dimensions institutionnelles et politiques de l'organisation de ces deux systèmes d'assurance maladie.

Ces dernières années, ces dimensions ont le plus souvent été appréhendées à partir de la notion de gouvernance, consacrée en France par des rapports administratifs (notamment par le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de janvier 2004, qui a servi de base à l'élaboration de la loi sur l'assurance maladie d'août 2004) et utilisée par l'ensemble des acteurs et observateurs de l'assurance maladie en France, en particulier pour parler de la structure de pouvoir des caisses et au sein des hôpitaux. La notion s'est ainsi imposée comme une quasi-évidence pour désigner les structures institutionnelles et de pouvoir (Hassenteufel, Palier, 2005). Toutefois, du fait de sa polysémie et des usages multiples dont fait l'objet le terme de gouvernance, une certaine vigilance critique s'impose. Il est en effet frappant de constater à quel point le terme, au départ utilisé dans des travaux académiques de relations internationales (Rosenau, Czempiel, 1992) et de politiques publiques (Kooiman, 1993) a été utilisé, souvent stratégiquement, par les acteurs-mêmes des politiques publiques depuis les années 1990 (Gaudin, 2002).

Dans le cadre de l'analyse des politiques publiques, « la gouvernance peut être définie comme un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux et d'institutions, en vue d'atteindre des objectifs définis et discutés collectivement » (Le Galès, 2004:243). Elle renvoie donc à deux dimensions fondamentales : d'une part, des rapports horizontaux, faiblement hiérarchisés et peu institutionnalisés, entre des acteurs multiples, basés sur la négociation et la discussion ; d'autre part, la construction collective de l'action publique à la fois par des acteurs étatiques et non étatiques (Benz, Papadopoulos, 2006). Par ces deux caractéristiques, la notion de gouvernance est opposée à celle de gouvernement, correspondant à des relations verticales, hiérarchisées et institutionnalisées, fondées sur le primat de l'autorité publique sur la société civile, une nette séparation entre public et privé et la responsabilité politique. Mais, de ce fait, elle conduit à négliger les spécificités des ressources politiques (légitimité en particulier) et des finalités du politique, donc à occulter trop fortement les phénomènes de hiérarchisation liés au pouvoir politique au sein de l'Etat (Goetz, 2008).

Pour toutes ces raisons, nous ne parlerons pas ici de gouvernance mais de mode de gouvernement de l'assurance maladie. Cette notion présente le double intérêt de prendre en compte l'importance des logiques d'action portées par des acteurs politiques liés à l'Etat et ne pas postuler implicitement que les interactions entre les acteurs évoluent dans le sens d'une plus grande horizontalité et d'une plus grande ouverture. Au contraire, nous verrons que l'on assiste plutôt à des formes d'affirmation (ou de réaffirmation) du rôle de l'Etat à travers des évolutions institutionnelles qui

modifient les modalités d'interaction entre les principaux acteurs des systèmes d'assurance maladie : l'Etat, les caisses et les producteurs de soins (médecins, hôpitaux...). Du fait de leur complexité institutionnelle plus grande, liée à l'existence de caisses gérées par les représentants des actifs et des employeurs et au rôle de la négociation avec les médecins et les hôpitaux, la question du mode de gouvernement se pose avec une acuité particulière pour les systèmes d'assurance maladie. La France et l'Allemagne partagent les mêmes caractéristiques de base des systèmes de santé d'origine bismarckienne :

- un financement très largement majoritaire du risque maladie par des cotisations sociales (salariales et patronales) ;
- le rôle gestionnaire de caisses d'assurance maladie au sein desquelles siègent de manière paritaire des représentants des financeurs (syndicats de salariés et organisations patronales) ;
- une médecine ambulatoire dominée par des médecins libéraux exerçant en cabinet ;
- une médecine hospitalière dominée par l'hôpital public (où les médecins sont salariés).

Toutefois, quelques différences majeures doivent aussi être soulignées : l'Allemagne se distingue de la France par une plus grande diversité et décentralisation de caisses d'assurance maladie (156 caisses légales différentes au 1^{er} janvier 2011, en France trois régimes principaux) historiquement plus autonomes (jusqu'au 1^{er} janvier 2009, elles fixaient librement le montant des taux de cotisation), le tiers payant généralisé (le patient ne débourse rien) alors qu'en France prédomine le remboursement *a posteriori*, l'existence d'un plafond de revenu (4 000 euros brut en 2008) au-delà duquel l'obligation de cotisation n'a pas cours ⁶, un rôle plus important de la négociation entre les caisses et les représentants des médecins et avec les hôpitaux, un système fédéral qui donne un rôle important aux *Länder* (en particulier dans le domaine hospitalier). L'auto-administration (*Selbstverwaltung*) et le fédéralisme caractérisent ainsi fortement le mode de gouvernement du système allemand.

En France, l'Etat, qui contrôle les caisses, a joué historiquement un rôle plus actif dans le gouvernement de l'assurance maladie. On peut tout d'abord noter que le taux de cotisation prélevé par les caisses est fixé de manière uniforme par décret ministériel. Ensuite, l'Etat est représenté au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) par un directeur nommé en conseil des ministres, issu de la haute fonction publique et

6. Environ 10 % des Allemands sont entièrement assurés dans le secteur privé (Böckman, 2009), alors qu'en France l'ensemble de la population est couvert à la suite de la mise en place de la couverture maladie universelle (1999). Toutefois, la couverture complémentaire (mutualiste et privée) y occupe une place nettement plus importante qu'en Allemagne. Ajoutons que la liberté des honoraires est cantonnée au secteur privé en Allemagne, contrairement à la France du fait de l'existence du secteur 2.

qui dirige l'ensemble de l'appareil administratif des caisses, dont les budgets sont contrôlés par un arrêté ministériel. Par ailleurs, les conventions médicales nationales (négociées par les syndicats de médecins et les caisses) doivent, pour entrer en vigueur, être approuvées par le ministre en charge de l'assurance maladie. Enfin, l'Etat joue un rôle majeur dans la politique hospitalière en fixant notamment les dotations budgétaires des hôpitaux.

En analysant les évolutions des interactions entre ces différents acteurs, nous nous interrogerons de manière comparative sur l'existence d'un processus de convergence (au sens de rapprochement et non d'adoption d'un modèle identique ⁷) à l'œuvre dans le mode de gouvernement des deux systèmes. Nous nous appuyons sur les données recueillies dans le cadre d'une enquête comparative financée par la mission recherche (MIRE) du ministère français de la Santé, portant sur les acteurs des réformes institutionnelles de quatre systèmes de protection maladie européens : l'Allemagne, l'Angleterre, l'Espagne et la France (Hassenteufel *et al.*, 2008 ; Hassenteufel *et al.*, 2010 ; encadré 1).

Ces données ont été actualisées en nous appuyant sur deux recherches en cours : l'une, financée par l'IRESP, porte sur les opérateurs de l'évaluation économique et de l'amélioration de la qualité des soins (en Allemagne, en Angleterre et en France), l'autre porte sur le rôle des organisations de médecins dans les réformes récentes des systèmes de protection maladie (dans les trois mêmes pays).

La période couverte porte sur les vingt dernières années. Pour l'Allemagne, nous partons de la réforme de 1992 qui marque le point de départ concomitant de la mise en concurrence des caisses d'assurance maladie et de l'affirmation du rôle de l'Etat fédéral dans la politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie (encadré 2).

En France, c'est le plan Juppé, adopté en 1996, qui marque une rupture par l'affirmation d'une stratégie de renforcement institutionnel de l'Etat du fait de l'échec des politiques de maîtrise des dépenses négociées entre les caisses et les organisations de médecins (encadré 3).

Nous verrons tout d'abord que les réformes menées à partir des années 1990 ont plutôt conduit à accentuer ces différences dans le mode de gouvernement de l'assurance maladie de ces deux pays (I) ; toutefois, les réformes menées dans les années 2000 ont conduit à rapprocher le système allemand du système français dans le sens d'un gouvernement à distance de l'assurance maladie (II). Nous nous demanderons pour finir quelles sont les explications que l'on peut avancer de cette dynamique de convergence à l'œuvre en mettant l'accent sur le rôle d'acteurs programmatiques dans les deux pays (III).

7. Pour une présentation des différents sens et dimensions de la convergence, on pourra se reporter à Hassenteufel (2010).

Encadré 1

Sources et méthodologie

Cette enquête comparative s'est appuyée sur une analyse sociologique des acteurs du gouvernement de l'assurance maladie (en termes de trajectoires sociales et professionnelles et d'accumulation de ressources d'action publique) à travers laquelle nous avons cherché à répondre aux questions suivantes dans les cas allemand, britannique, espagnol et français :

- Dans quelle mesure peut-on identifier des acteurs programmatiques ?
- Quel est le contenu de leur programme de changement ?
- Qui sont ces acteurs programmatiques (parcours, position occupée, ressources détenues) ?
- Quel est le degré d'homogénéité de ce groupe ?
- Quelle est sa longévité ?
- Quel est leur rôle dans les processus décisionnels ?
- Quelle est leur implication dans la mise en œuvre des réformes ?

Trois types de matériaux empiriques ont été recueillis :

1. Un matériau sociographique permettant d'opérer une sociologie des acteurs clefs 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. Des rapports et des textes clefs produits en amont des réformes afin 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 clefs, 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.

I. Une divergence croissante entre les deux systèmes à partir des années 1990

Les réformes menées depuis le début des années 1990 ont accru les différences entre les deux systèmes : en Allemagne, le rôle de la négociation a été étendu et les caisses mises en concurrence, ce qui a ouvert de nouveaux domaines de négociation ; en France, à l'inverse, le rôle de l'Etat a été renforcé, ce qui a notamment restreint le champ de la négociation.

1.1. Contractualisation et mise en concurrence en Allemagne

En Allemagne, les politiques de maîtrise des dépenses de santé menées depuis la fin des années 1970 se sont fortement appuyées sur

la négociation entre acteurs non étatiques (Hassenteufel, Palier, 2007), comme l'illustre à la fin des années 1980 celle d'enveloppes globales encadrant le volume de dépenses de médecine de ville entre les caisses et les unions de médecins ; puis, dans la deuxième moitié des années 1990, la mise en place négociée d'outils plus fins : les budgets régionalisés, par spécialités, puis par cabinets médicaux (*Praxisbudgets*).

Encadré 2

Principales réformes du système d'assurance maladie allemand depuis 1992

1992 : Loi de stabilisation et d'amélioration structurelle de l'assurance maladie (Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV, GSG) :

- encadrement budgétaire strict de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie ;
- mise en concurrence des caisses d'assurance maladie.

1997 : Loi de rénovation de l'assurance maladie (GKV-Renovierungsgesetz, NOG) :

- augmentation des tickets modérateurs et mise en place du forfait hospitalier ;
- déremboursement de certaines prestations.

1999 : Loi de réforme de la santé 2000 (Gesundheitsreformgesetz 2000) :

- modification du financement des hôpitaux (basé sur l'activité) ;
- mise en place de structures de soins intégrées.

2001 : Loi de limitation des dépenses de médicament (Arzneikostendämpfungs-Gesetz) :

- mise en place du droit de substitution pour les pharmaciens (pour un médicament moins cher de la classe d'équivalence thérapeutique). Les médecins gardent cependant la possibilité de le refuser en l'inscrivant sur l'ordonnance.

2002 : Loi de stabilisation des taux de cotisation (Beitragssatzsicherungsgesetz) :

- gel des honoraires médicaux, des dentistes et des budgets hospitaliers.

2003 : Loi de modernisation de l'assurance maladie (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) :

- introduction d'un ticket modérateur pour les consultations médicales (10 €) ;
- suppression de la prise en charge de prestations ;
- fiscalisation partielle du financement (taxes) ;
- création d'un Institut pour la qualité et l'efficacité du système de santé (IQWiG) et de la commission fédérale commune (*Gemeinsamer Bundesausschuss*).

2006 : Loi sur l'amélioration de l'efficacité des médicaments (Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung) :

- négociation par les caisses et les unions de médecins de volumes de dépenses moyens pour les médicaments les plus consommés (*Tagestherapiekosten*).

Les médecins dépassant ces objectifs sont sanctionnés à partir d'un dépassement de 10 % (*Malus*), ceux qui les respectent récompensés (*Bonus*).

2007 : Loi de renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie (GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz) :

- principe de la couverture universelle et introduction d'un contrat de base commun aux assureurs privés et aux caisses légales ;
- fixation d'un taux unique de cotisation et possibilité pour les caisses de mettre en place un paiement forfaitaire complémentaire (*Gesundheitsprämie*) ;
- création d'un Fonds de santé (*Gesundheitsfond*) qui centralise les ressources financières de l'assurance maladie et les répartit entre les caisses en fonction d'un nouveau système de péréquation ;
- mise en place d'un nouveau système de rémunération des médecins à base d'objectifs quantifiés et de forfaits ;
- création d'une union fédérale des caisses d'assurance maladie ;
- possibilité donnée aux caisses de signer des contrats individuels avec des médecins et des groupes de médecins et de fusionner avec d'autres types de caisse.

2010 : Loi de financement de l'assurance maladie (GKV Finanzierungsgesetz) :

- gel du taux de cotisation patronal ;
- déplafonnement du niveau de la prime complémentaire (fixée par les caisses déficitaires et versée par les assurés).

2010 : Loi de réorganisation du marché du médicament (Arzneimittelmarkt Neuordnungsgesetz) :

- évaluation coûts/bénéfices systématique pour les nouveaux médicaments ;
- suppression du système de bonus/malus mis en place par la loi de 2006.

2011 : Loi structurelle sur l'organisation du système de soins (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) :

- flexibilisation de la planification sanitaire (facilite la prise en compte de spécificités régionales par les *Länder* et l'interdiction de s'installer dans les zones à forte densité médicale) ;
- assouplissement de l'encadrement budgétaire de l'activité des médecins dans les zones à faible densité médicale ;
- renforcement de la capacité d'action des unions de médecins (aide à l'installation dans les zones à faible densité, gestion de structures de soins, soutien à la coopération entre médecins) ;
- autonomisation de la négociation régionale (caisses/médecins) sur les volumes d'honoraires et les modes de rémunération ;
- la délégation d'actes médicaux à d'autres professionnels de santé est facilitée ;
- élargissement des possibilités données aux caisses de proposer une offre de soins spécifiques (soins dentaires, procréation artificielle, soins à domicile...) ;
- réorganisation de la commission fédérale commune (GBA) qui peut expérimenter de nouvelles techniques de soins.

Parallèlement a été opéré un rééquilibrage des ressources et pouvoirs des caisses et des médecins, dans la mesure où le déséquilibre entre des caisses fragmentées et les médecins représentés par des unions centralisées et monopolistiques était perçu comme un facteur important de l'explosion des dépenses. La structure et l'organisation des caisses ont été profondément modifiées par leur mise en concurrence à partir de la loi de réforme structurelle de l'assurance maladie (GSG) de 1992. Pour la comprendre, il est nécessaire de rappeler que le système existant alors était très fragmenté (près de 1 200 caisses différentes) et peu concurrentiel puisque l'affiliation à une caisse dépendait soit de son secteur d'activité professionnelle (pour les caisses professionnelles et les caisses d'entreprises – BKK), soit du statut d'assuré volontaire, autrement dit dont les revenus sont supérieurs au plafond de l'assurance maladie obligatoire (pour les caisses de substitution), soit du lieu d'habitation (pour les caisses locales – AOK). Cet éclatement du système des caisses s'accompagnait de fortes différences en termes de taux de cotisations : au 1^{er} janvier 1992, les deux extrêmes étaient de 8 % et de 16,5 %. Cette fragmentation des caisses d'assurance maladie était perçue comme génératrice d'inégalités et coûteuse. Les assurés à titre obligatoire, aux revenus les moins élevés, ne pouvaient pas choisir leur caisse, à la différence de ceux situés au dessus du plafond (qui pouvaient non seulement choisir leur caisse de substitution – EKK –, mais aussi opter librement pour une assurance privée). Ce cloisonnement entraînait également une concurrence portant sur les assurés présentant le profil le plus « sûr », c'est-à-dire disposant d'importantes ressources financières et des plus faibles risques de morbidité. Plus la proportion de ce type d'assurés était importante, plus une caisse pouvait proposer des taux de cotisation bas et offrir une gamme de prestations étendue. Les caisses locales étaient désavantagées puisque l'adhésion ne connaissait pas de conditionnalité : elles ne pouvaient pas refuser des assurés « à risques », ni ceux à faibles revenus. A cause de leur structure d'assurés plus défavorable, elles étaient contraintes de fixer des taux de cotisations en général plus élevés, ce qui alimentait le départ des assurés aux revenus les plus importants, ayant la possibilité de choisir une caisse de substitution. On comprend que les caisses locales aient été l'un des principaux soutiens à l'ouverture à la concurrence accompagnée d'un système de péréquation des risques.

La réforme de 1992, négociée entre les deux partis dominants (démocrates chrétiens CDU-CSU et sociaux-démocrates SPD) permet le libre accès de chaque assuré à n'importe quel type de caisse (à l'exception des trois caisses spécifiques à une profession ⁸). Il est d'ailleurs plus pertinent de parler d'intensification de la concurrence que d'introduction de la

8. Elles ont été ouvertes à la concurrence en 2003.

concurrence entre les caisses puisque jusque-là existait une concurrence entre caisses locales et caisses d'entreprise (lors de la création d'une telle caisse) et une concurrence entre les caisses dites primaires (AOK, BKK) et les caisses de substitution (EKK) pour les assurés au statut de cadre et aux revenus supérieurs au plafond de l'assurance maladie obligatoire.

L'objectif était aussi de contraindre les caisses à porter une attention croissante à leurs dépenses de façon à éviter toute hausse de cotisations, ainsi qu'à diversifier leur offre de prestations. La recherche d'efficacité repose sur la responsabilisation économique des caisses d'assurance maladie dans un cadre désormais plus concurrentiel (Kania, Blanke, 2000). Cette recherche d'efficacité s'est accompagnée d'un processus de concentration des caisses (favorisé par les lois de 2003 et de 2007 qui permettent notamment la fusion de caisses de types différents). Les caisses locales (AOK) ont été progressivement transformées en caisses régionales, ce qui permet une meilleure péréquation des risques mais aussi de renforcer la position de ce type de caisse dans le nouveau cadre concurrentiel. Au 1^{er} janvier 2011, il n'existait plus que 156 caisses (contre 1 150 avant la réforme).

A partir de la loi de modernisation de l'assurance maladie (GMG 2003), la concurrence a été étendue à l'offre des soins. Cela s'est traduit par la possibilité donnée aux caisses de proposer des formes de prise en charge intégrées (*integrierte Versorgung*), ainsi que la mise en place de centres de soins médicaux regroupant médecins et autres professions de santé⁹, ce qui remet en cause le monopole des unions de médecins sur l'organisation des soins ambulatoires. Les caisses peuvent également verser des primes aux assurés participant à des actions de prévention et/ou à des formes de prise en charge spécifiques, en particulier le passage systématique par le généraliste (*Hausarztzsystem*). Surtout, la réforme de 2003 (GMG) puis celle de 2007 (WSG) ont rendu possible la contractualisation individuelle avec des médecins et des groupes de médecins (et non plus seulement de manière collective avec les unions de médecins) afin de permettre ces nouvelles modalités de prise en charge (rôle pivot du médecin généraliste, prise en charge intégrée, mise en place de centres de soins médicaux), ainsi que celle des malades chroniques dans le cadre de Disease-Management Programs. Cette contractualisation d'un nouveau type, qui signifie la fin du monopole contractuel des unions de médecins, a entraîné un développement important de la négociation au niveau local¹⁰.

Cette intensification de la concurrence ne remet pas en cause les fondements de la régulation auto-administrée, historiquement au cœur du système d'assurance maladie. Ce sont les acteurs pivots de celle-ci, à savoir les

9. Plus d'un millier ont été mis en place depuis 2004 (Bandelow, 2009:49).

10. Environ 6000 contrats de soins intégrés ont été signés entre 2004 et 2008 (Bandelow, 2009:49).

caisses, qui sont porteurs de la libéralisation et qui ont joué un rôle clef au moment de la réforme de 1992. La « grande coalition politique ponctuelle » (entre la CDU et le SPD) qui a permis son adoption traduit le fait que la concurrence est acceptée par l'ensemble des acteurs (hauts fonctionnaires, politiques, médecins), dans un contexte où les préoccupations budgétaires (découlant de la réunification) et de compétitivité internationale (du fait du fort degré d'externalisation de l'économie allemande) prédominent. La libéralisation concerne essentiellement les caisses et ses finalités sont aussi définies en termes d'équité par la réduction des disparités de taux de cotisations entre assurés. Cette libéralisation est ainsi doublement encadrée : les assureurs privés en sont exclus et un fonds de péréquation financière (*Risiko Struktur Ausgleich*) a été introduit pour limiter les risques d'écroulement et pour tenir compte des disparités (en termes d'âge, de niveau de ressources et de type de morbidité) entre assurés des différentes caisses. Les modalités de mise en place de la concurrence s'inscrivent dans une forte continuité de la politique de protection maladie allemande, puisque les acteurs clefs de l'auto-administration (principalement les caisses) sont chargés de sa mise

Encadré 3

Principales réformes du système d'assurance maladie française depuis 1996

1996 : plan Juppé :

- vote annuel d'une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) comprenant des objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ;
- renforcement des pouvoirs des directeurs des caisses ;
- création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ;
- création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

2004 : loi sur l'assurance maladie :

- création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), pouvoirs importants conférés au directeur ;
- création de la Haute autorité en santé (HAS) ;
- participation forfaitaire d'un euro par consultation ;
- mise en place du système du médecin traitant.

LFSS 2005 : mise en place de la tarification à l'activité des hôpitaux (T2A).

LFSS 2008 : mise en place des franchises médicales.

2009 : Loi « Hôpital, patient, santé, territoires » (HPST) :

- création des agences régionales de santé (ARS) ;
- renforcement des pouvoirs des directeurs d'hôpitaux.

en place. Les traits spécifiques du système allemand ont donc été plutôt accentués (Altenstetter, Busse, 2005).

C'est ce que montre aussi le fait que le domaine de la négociation entre acteurs non étatiques a été étendu aux secteurs hospitaliers et du médicament, où les instruments et les procédures de régulation du secteur ambulatoire ont été dupliqués (Döhler, Hassenteufel, 1995 ; Döhler, Manow, 1997). Ainsi, les associations hospitalières des *Länder* (*Landeskrankenhausesellschaften*) se sont vues attribuer des compétences normatives et en matière de négociation qui les rapprochent fonctionnellement des unions de médecins de caisse. Elles sont intégrées à l'association des gestionnaires d'hôpitaux (*Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG*) qui regroupe aussi les communes, les groupes de cliniques privées et les associations caritatives. Elle négocie avec les caisses d'assurance maladie les dotations budgétaires et les objectifs de dépenses des établissements hospitaliers.

Dans le secteur du médicament, la mise en place, découlant de la réforme de 1988 (*Gesundheitsreformgesetz*), des classes d'équivalence thérapeutique et des montants forfaitaires de remboursement, basés sur le prix des médicaments génériques, s'est faite par la négociation dans le cadre d'une commission paritaire caisses/médecins. Par la suite, la loi sur l'amélioration de l'efficacité économique du médicament (2006) a mis en place la négociation par les caisses et les unions de médecins de volumes de dépenses moyens pour les médicaments les plus consommés (*Tagestherapiekosten*).

1.2. Renforcement institutionnel du rôle de l'Etat en France : du plan Juppé (1996) à la loi HPST (2009)

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'Etat. Il est vrai que, dès la fin des années 1970, l'Etat est intervenu plus fortement avec l'adoption, par décret ou par la voie législative, de « plans » de redressement des comptes ¹¹ 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 l'intervention de l'Etat.

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

11. 16 au total entre 1975 et 1993 (Palier, 2005:170 et s.).

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'Etat puisque celle-ci s'inscrit dorénavant dans le cadre d'objectifs financiers définis en dehors d'elle. A cela s'ajoute le fait que l'ordonnance d'avril 1996 sur l'organisation des caisses de Sécurité sociale donne à l'Etat des moyens nouveaux pour se substituer, en cas de carence, c'est-à-dire d'absence d'accord entre les acteurs paritaires et les syndicats médicaux, aux partenaires conventionnels par arrêté ministériel. Le rôle de substitut des LFSS par rapport à la négociation conventionnelle a été récemment illustré dans la LFSS pour 2012 par la possibilité donnée au gouvernement de mettre en place le secteur optionnel ¹² en cas d'échec de la négociation sur ce sujet, à l'agenda conventionnel depuis plusieurs années. Plus généralement, c'est dans le cadre de la LFSS que le gouvernement a, ces dernières années, fait adopter des mesures importantes telles que le nouveau mode de tarification à l'activité des hôpitaux (LFSS 2005) et les franchises médicales (LFSS 2008).

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

12. Il s'agit d'un secteur intermédiaire entre le secteur 1 (honoraires au tarif de l'assurance maladie) et le secteur 2 (honoraires libres) dans le cadre duquel les médecins (spécialistes) réalisent au moins 30 % d'actes sans dépassement et limitent les dépassements à 50 % du tarif servant de base au remboursement.

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 l'ONDAM. 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 (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 œuvre 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 de gestion rassemblent des pouvoirs autrefois séparés entre l'Etat et l'assurance maladie. Cette création correspond 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 *et al.*, 2002), accentuée par la mise en place progressive du nouveau système de tarification à l'activité à partir de 2005 (Or, 2007).

Cette régionalisation pilotée par des agences (de gestion) administratives a été renforcée par la mise en place, dans la cadre de la loi HPST de 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, ces agences ont un périmètre de compétence 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 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).

Cette tendance au renforcement du rôle régulateur de l'Etat central est toutefois également sensible en Allemagne où les réformes des années 2000 n'ont pas seulement renforcé la négociation collective et la concurrence mais aussi l'Etat fédéral.

II. Vers un gouvernement à distance de l'assurance maladie en France et en Allemagne

La plupart des analyses 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 *et al.*, 2005) qui a été parallèlement renforcée. Cette concomitance entre renforcement de la concurrence et du rôle régulateur de l'Etat est particulièrement nette dans la dernière réforme : celle de 2007 (Gerlinger *et al.*, 2008). Ces deux évolutions apparemment contradictoires peuvent être appréhendées à l'aide de la notion de « gouvernement à distance » qui permet aussi de mettre au jour un processus de convergence désormais à l'œuvre entre la France et l'Allemagne.

II.1. Affirmation du rôle de l'Etat fédéral en Allemagne

Cette affirmation s'est faite en partie parallèlement aux évolutions présentées précédemment. En effet, la réforme structurelle de 1992 (GSG) comprenait déjà des mesures allant dans le sens d'une extension de l'intervention étatique, en particulier l'encadrement des dépenses d'assurance maladie sous la forme de budgets annuels, donnant lieu à des pénalités financières dans tous les domaines (soins ambulatoires, médicaments et soins hospitaliers), des restrictions à la liberté d'installation des médecins de caisse dans les zones à forte densité médicale et l'extension du contrôle de l'Etat sur l'auto-administration (Perschke-Hartmann, 1993). Mais ce

sont surtout les mesures adoptées dans les années 2000 qui ont renforcé cette évolution qui rapproche progressivement l'organisation des pouvoirs dans le système allemand de celle de la France.

L'élément le plus significatif est la création d'un Fonds de santé (*Gesundheitsfonds*) par la loi de renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie (WSG) de 2007. Mis en place en 2009, il centralise 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 qui gèrent directement les cotisations de leurs adhérents. Surtout, l'Etat 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 pouvoir pour celles-ci, placées 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 revenus 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, et, d'autre part, le financement est complété par 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 d'euros ; 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. Déjà la loi de 2003 (GMG) prévoyait que certaines prestations ne seraient plus financées par l'assurance maladie mais par l'impôt : les indemnités et les soins liés à la grossesse, l'IVG, les indemnités pour enfant malade et les indemnités en cas de décès. La loi de 2007 (WSG) y ajoute la prise en charge de la couverture des soins des enfants par l'Etat. Si en France la fiscalisation (liée au rôle croissant du financement par des taxes et surtout à la mise en place de la Contribution sociale généralisée au début des années 1990) est plus forte (environ 45 % du financement de l'assurance maladie contre 10 % en Allemagne), la convergence est néanmoins à l'œuvre entre les deux pays. Elle se traduit aussi par l'introduction de tickets modérateurs, de forfaits et de franchises par l'Etat, depuis l'instauration d'un ticket modérateur d'ordre public en 1979 en France, et l'introduction de tickets modérateurs pour les médicaments sous la forme de montants forfaitaires de remboursement à l'intérieur de classes d'équivalence thérapeutique par la loi de 1988 (GRG) en Allemagne. Il en a résulté une baisse du taux de couverture public du

risque maladie dans les deux pays qui s'établissait à 79 % en France et à 76,9 % en Allemagne en 2007 (*Panorama de la santé*, OCDE, 2009) ¹³.

II.2. Etat régulateur et gouvernement à distance

Ces évolutions convergentes ne signifient pas pour autant que l'on assiste à un processus d'étatisation des systèmes d'assurance maladie puisque subsistent dans les deux pays les structures institutionnelles qui les différencient des systèmes nationaux de santé : les caisses d'assurance maladie, dont le rôle dans le mode de gouvernement reste important à travers la négociation collective. Ces évolutions peuvent être appréhendées de manière plus pertinente à partir de la notion d'Etat régulateur (Moran, 2002). Celle-ci résulte de deux évolutions interdépendantes des politiques publiques (Hassenteufel, 2007). La première est le passage progressif du faire au faire-faire : l'Etat régulateur est un Etat 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. Par là est mis en place un pilotage (Kickert, 1995) ou un gouvernement à distance (Epstein, 2005) ¹⁴. 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., notamment dans le cadre des agences, conformément aux préceptes du nouveau management public (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 en fournissant des outils de contrôle du respect de ces objectifs. 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 un gouvernement à distance, en France et en Allemagne. Elles entraînent un renforcement de la capacité d'expertise au service de l'Etat (que concrétisent la mise en place d'agences tournées vers l'évaluation comme on le verra) tout en réduisant les risques politiques par le report de la responsabilité vers des structures formellement extérieures à l'Etat et moins soumises au contrôle démocratique (Gerlinger, 2010:129-130).

En France, le pilotage à distance repose en particulier sur les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), puisque les augmentations

13. Ce chiffre global masque une couverture du risque par l'assurance maladie pour les assurés sociaux plus faible en France puisqu'en Allemagne 10 % de la population est assurée dans le privé, en particulier pour les soins courants (hors hospitalisation et maladies chroniques), pour lesquels le taux de prise en charge est évalué à 55 % (Tabuteau, 2010:88).

14. Nous privilégions ici cette notion car moins liée que celle d'Etat régulateur à la question de l'articulation Etat/marché qui n'est pas centrale dans le cas de l'assurance maladie.

d'honoraires négociées par les caisses et les syndicats de médecins sont désormais conditionnées au respect de l'ONDAM. Par ailleurs, la loi de 2004 a créé la procédure du comité d'alerte qui peut conduire le directeur de l'UNCAM à prendre des mesures immédiates en cas de risque sérieux de dépassement des objectifs. En Allemagne, il s'opère plus par la centralisation illustrée non seulement par la création du Fonds de santé encadrant financièrement les caisses, comme on l'a vu, mais aussi par d'autres institutions nouvelles. C'est le cas de la Commission fédérale commune (Gemeinsamer Bundesausschuss), créée par la loi de 2003 (GMG), formée de représentants des médecins, des caisses, des hôpitaux et des patients (mais sans droit de vote). Elle est principalement chargée d'établir le catalogue de l'ensemble des prestations prises en charge par l'assurance maladie, de formuler des recommandations de bonne pratique pour la médecine ambulatoire et d'évaluer les prestations prises en charge par les caisses. Elle a absorbé plusieurs commissions paritaires sectorielles préexistantes et est devenue la principale institution de l'auto-administration du système d'assurance maladie. Depuis la loi de 2007 (WSG), elle est présidée par une personnalité « neutre » (autrement dit ne représentant ni les caisses ni les médecins), salariée à plein temps de la commission. Cette neutralisation et cette professionnalisation, renforcée par la loi de 2011 (VSRG), facilitent son pilotage et son contrôle par l'Etat fédéral. On peut également mentionner la création, par la loi de 2007, d'une institution fédérale de l'ensemble des caisses ¹⁵ (le GKV Spitzenverband) au statut de droit public et présidée par une personnalité extérieure aux caisses, qui affaiblit considérablement le rôle des structures fédérales de chaque caisse. Ces nouvelles institutions fédérales dépendent plus étroitement du ministère de la Santé, dont les pouvoirs de contrôle ont été accrus (Gerlinger, Schmucker, 2009:10). Elles ont éveillé la crainte, auprès de responsables de caisses, d'une limitation de leur autonomie et d'une transformation progressive 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 fut notamment le cas en 2008 pour la fixation 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). Ces évolutions ont été analysées comme le passage à un « corporatisme domestiqué par l'Etat » (Gerlinger, 2010:130).

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

On assiste donc en Allemagne comme en France 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 aussi sur la mise en place de nouvelles institutions fondées sur le modèle de l'agence promue par le nouveau management public, c'est-à-dire de structures formellement distinctes de l'administration, dotées d'une importante capacité d'expertise, agissant comme des opérateurs autonomes et responsables pour le compte de l'Etat. En France, c'est tout d'abord le cas pour les agences régionales de l'hospitalisation, ensuite absorbées par les agences régionales de santé comme on l'a vu. Si leurs directeurs sont nommés en conseil des ministres et 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 un 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'Etat 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 »¹⁶. Cela 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'Etat 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

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

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 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 ; l'admission au remboursement ainsi que le contrôle de l'effectivité des bonnes pratiques dépendent quant à eux du nouvel homme fort du système d'assurance maladie : le directeur général de l'UNCAM (et de la CNAMTS). On peut donc se demander si la HAS ne forme pas, comme les autres agences sanitaires, une « nouvelle forme de bureaucratie, à la marge des administrations traditionnelles, [fournissant] une nouvelle forme d'expertise scientifique officielle, [étendant] les prérogatives de l'Etat et [renforçant] le rôle de la profession médicale dans des domaines qui échappaient à sa juridiction, sans nécessairement renforcer la légitimité démocratique de décisions, prises au nom de la science et de la technique » (Benamouzig, Besançon, 2008:302).

En Allemagne, 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). Il s'agit d'un organisme scientifique indépendant, employant environ 130 personnes et s'appuyant sur un réseau de plus d'une centaine d'experts, mis en place pour accroître la transparence des décisions 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-utilité 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 le saisir (Rosenbrock, Gerlinger, 2006). Son rôle s'articule toutefois avec la négociation collective puisque la procédure d'évaluation coût-utilité des médicaments définie par la loi de réorganisation du médicament de 2010 ne donne qu'un rôle consultatif à l'IQWiG. C'est au GBA de

décider du remboursement ou non d'un nouveau médicament (sur la base de l'évaluation de l'IQWiG), puis aux caisses de négocier avec l'industrie pharmaceutique le niveau de celui-ci.

Si l'on peut établir le constat d'évolutions convergentes se pose pour finir la question de leur explication.

III. Expliquer la convergence : le rôle d'acteurs programmatiques

La littérature de politiques publiques met en avant trois mécanismes principaux de convergence (Holzinger, Knill, 2005), basés 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 correspond à l'harmonisation transnationale, sous l'effet de normes juridiques contraignantes, la deuxième à la convergence fonctionnelle, qui découle de la similarité des enjeux et des problèmes, et la troisième à la convergence cognitive, qui est due à des représentations et des conceptions partagées.

III.1. Comment expliquer la convergence des modes de gouvernement de l'assurance maladie ?

Les deux premières modalités de convergence reposent sur une explication causale de la convergence qui présente quelques limites dans le cas analysé ici. Aucune institution internationale (même l'OMS ou l'OIT) ne produit de normes juridiquement contraignantes pour l'assurance 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 (Guigner, 2008). 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, a entraîné la mise en place d'une carte européenne de santé et l'adoption d'une directive santé sur les soins transfrontaliers, l'impact direct 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 repose sur une explication liée à la nature des problèmes à résoudre par les politiques publiques. Les deux pays partagent en effet l'objectif de maîtrise des dépenses, plus difficiles à contrôler dans les systèmes d'assurance maladie (Palier, 2010). Les enjeux économiques sont en grande partie communs : celui de la compétitivité économique du fait d'un mode de financement par cotisations basé sur le travail, et celui de l'équilibre budgétaire dans le cadre du pacte de stabilité de la zone euro. Toutefois, les différences institutionnelles ont aussi un impact

sur la définition des problèmes qui sont loin d'être entièrement identiques dans les deux pays, comme le montre notamment la mise en concurrence des caisses d'assurance maladie en Allemagne mais pas en France. L'analyse des débats sur les réformes de l'assurance maladie conduit à mettre en avant des différences dans la construction des problèmes, institutionnels en particulier, alors que c'est justement à ce niveau intermédiaire que nous avons identifié la convergence vers un gouvernement à distance. Autrement dit, l'explication fonctionnaliste a une pertinence forte au niveau macro (orientation partagée vers la maîtrise des dépenses dans une logique économique et financière), mais elle ne permet pas de comprendre la convergence des transformations institutionnelles au niveau meso.

La troisième explication, en termes de convergence cognitive, renvoie à des processus non contraignants résultant soit de la diffusion d'orientations, de contenus et d'instruments de politiques publiques par des institutions internationales et par des experts transnationaux, soit du transfert, c'est-à-dire l'adoption d'éléments d'une politique publique mise en place dans un ou plusieurs autres pays, dans une logique d'émulation et/ou d'inspiration (Dolowitz, Marsh, 2000). La convergence cognitive, par diffusion et par transferts, formait l'hypothèse de départ de notre recherche et a orienté le travail empirique vers le repérage de références à des expériences étrangères et à des principes d'action diffusés internationalement (en particulier le nouveau management public relayé par des consultants et des organisations internationales telles que l'OCDE) dans les entretiens, les discours publics et les rapports. Celles-ci ont surtout joué au niveau micro des instruments de politique publique. En France, les transferts ont essentiellement concerné 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 (2006:329), « 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 ». En Allemagne, les transferts d'instruments n'ont pas seulement concerné la nouvelle tarification des soins hospitaliers (fortement inspirée par les DRG australiens), mais aussi les Disease Management Programs inspirés des Etats-Unis et la création de l'Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit inspiré par le National Institute for Clinical Excellence britannique (bien plus que la HAS en France).

De manière plus générale, l'élaboration des réformes en France s'effectue moins qu'en Allemagne 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'évaluation et des études statistiques du ministère), reste assez franco-centrée et dominée par les hauts fonctionnaires. En Allemagne, l'« expertisation » de la politique de protection maladie (Döhler, Manow, 1997) s'accompagne d'une plus grande place des références à des cas étrangers dans les débats sur la réforme de l'assurance maladie (Zentner, Busse, 2004). Sur le plan institutionnel, la référence la plus systématiquement mentionnée est celle des Pays-Bas, qui a introduit la concurrence entre les caisses d'assurance maladie et un mode de financement mixte (Manougian *et al.*, 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.

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, qui sont ensuite adaptés au contexte national. Ce fut 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'Etat et une fiscalisation croissante du financement, le système allemand se rapproche du système français, les références à la France sont peu fréquentes. Lorsque les transferts s'opèrent, même au niveau des instruments, ils font l'objet d'une traduction par les acteurs élaborant les réformes dans les deux pays.

C'est donc en prenant en compte le rôle de ces acteurs que la convergence, au niveau meso, vers le gouvernement à distance de l'assurance maladie peut être expliquée. Plus précisément, on peut la relier à l'affirmation d'acteurs programmatiques. Par là, nous désignons des acteurs qui :

- sont porteurs d'un programme de changement qu'ils ont élaboré, modifiant des rapports de pouvoir institutionnels en leur faveur ;
- disposent de ressources de pouvoir leur permettant d'inscrire les orientations et les propositions qu'ils défendent dans des décisions publiques ;
- sont constitués d'acteurs individuels (plus que collectifs) qui se connaissent et se reconnaissent ;
- ont des profils administratifs, politiques et/ou d'experts en lien avec l'Etat ;
- sont fortement spécialisés et inscrits dans des processus d'apprentissage cognitifs, stratégiques et instrumentaux.

Ainsi, 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 (Genieys, Smyrl, 2008). L'accroissement de leurs ressources est, à la fois, un enjeu du changement et une de ses conditions 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. Dans le cas des systèmes de protection maladie comparés ici, c'est notamment par le fait que ces acteurs s'opposent aux gestionnaires « établis » (partenaires sociaux) et aux médecins que l'on peut comprendre la tendance convergente vers un gouvernement à distance qui permet l'autonomisation d'acteurs programmatiques liés à l'Etat. Autrement dit, la convergence du mode de gouvernement peut aussi être expliquée par des enjeux de pouvoir similaires autour desquels se structurent des acteurs porteurs de programmes de changement qui renforcent leur propre position.

III.2. Acteurs programmatiques français et allemands

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 administratives...), aux conceptions partagées et jouant un rôle central dans l'élaboration des politiques d'assurance maladie par-delà les alternances politiques. Pour mettre en place leur programme de changement centré sur l'affirmation du rôle régulateur de l'Etat 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 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* qui s'affirme très fortement depuis les années 1980.

Nous avons qualifié 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 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. 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. La tutelle financière que celui-ci impose 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, développé en particulier par la direction de la Sécurité sociale. 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 ». Le rôle clef de ces acteurs s'illustre par leur rôle dans l'élaboration des idées et des principes qui ont constitué le substrat intellectuel du Plan Juppé et lors du processus d'adoption de la loi sur l'assurance maladie de 2004, au cours duquel les arbitrages ont été favorables à la Direction de la Sécurité sociale par rapport à celle du budget.

Toutefois, l'élection de Nicolas Sarkozy en 2007, dont la plupart des conseillers en matière de protection sociale au début du quinquennat sont issus de Bercy ¹⁷, a correspondu à un renforcement de l'intégration des politiques de protection sociale à la politique budgétaire, comme le montre

17. Le conseiller social du président de la République entre 2007 et 2010, Raymond Soubie (ENA), avait notamment dirigé en 1993 la commission du Plan à l'origine du rapport « santé 2010 » proposant, entre autres, la mise en place d'agences régionales de santé.

la création du ministère des Comptes en mai 2007 et la mise en place des franchises médicales proposées par la mission assurance maladie de la direction du budget en 2004, et à la RGPP (Hassenteufel, 2012). Néanmoins, les « gestionnaires du social » ont préservé une certaine capacité à impulser le changement au niveau de l'UNCAM, comme l'illustre la mise en place du paiement à la performance des médecins, d'abord sous la forme du Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à partir de 2009, puis généralisé dans le cadre de la nouvelle convention médicale signée entre l'UNCAM et les syndicats de médecins durant l'été 2011.

En Allemagne, on peut mettre en avant 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, en particulier Horst Seehofer (CSU) et Ulla Schmidt (SPD). Ces deux acteurs politiques se caractérisent non seulement par leur spécialisation parlementaire dans le domaine de la santé, mais aussi, et surtout, par la durée de leur fonction ministérielle responsable de l'assurance maladie (six ans entre 1992 et 1998 pour Horst Seehofer, plus de sept ans, entre 2002 et 2009, 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 politiques. 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'acteurs programmatiques. 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 en 1991 (au moment de la mise en place d'un ministère de la Santé autonome) 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 deux grands partis, parce que les deux chambres avaient des majorités opposées – or, la santé étant une compétence partagée entre fédération et *Länder*, les deux chambres devaient se mettre d'accord (cas des réformes de 1992 et de 2003) – ou encore parce que les deux partis gouvernaient 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 sur les questions d'assurance maladie au début des années 1990 (Klaus Kirchner et Rudolf Dressler) avaient un passé de syndicalistes. Ce n'est plus le cas lors de la législature 2005-2009 : 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 lien 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).

Conclusion. Limites de la convergence

L'accent mis sur la convergence ne doit pas faire oublier qu'il s'agit ici plus d'une atténuation des différences dans le mode de gouvernement des systèmes d'assurance maladie français et allemands que de l'avènement d'une organisation institutionnelle identique. Ces limites de la convergence tiennent tout d'abord aux différences dans la composition des acteurs programmatiques, elles-mêmes liées à des différences au niveau de l'organisation institutionnelle du système d'assurance maladie et du système politique de manière plus générale.

Le poids prépondérant des hauts fonctionnaires en France permet notamment de comprendre le développement plus important des agences étatiques, une plus grande centralisation, une plus forte fiscalisation du financement et un moindre rôle de la négociation entre caisses et médecins. En Allemagne, une partie des acteurs programmatiques a des liens avec les caisses, ce qui explique que le gouvernement à distance s'est accompagné d'un rééquilibrage des pouvoirs au sein de l'auto-administration en faveur des caisses dans le cadre de la mise en concurrence et d'un développement de nouvelles formes de négociation collective au niveau local. La multiplicité des acteurs et la différenciation territoriale sont indéniablement plus importantes en Allemagne. Par ailleurs, les politiques d'assurance maladie

sont également liées à des contextes nationaux spécifiques (réunification en Allemagne, élections présidentielles en France...), notamment politiques. Ainsi, en Allemagne, le passage à un gouvernement de droite (CDU-FDP) en 2009 a conduit à une réaffirmation du rôle des institutions corporatistes et régionales. La loi de 2011 sur l'organisation des soins donne plus de pouvoirs aux unions de médecins pour organiser l'offre médicale au niveau régional (en particulier pour attirer des médecins dans les zones sous-médicalisées) et aux *Länder* pour la planification sanitaire¹⁸. De ce fait, on peut parler d'un gouvernement plus rapproché en France qu'en Allemagne, où le gouvernement s'exerce de manière plus distante sur les caisses, les médecins et les *Länder*.

Les limites de la convergence sont également liées à des différences au niveau de la mise en œuvre. La centralité plus grande de l'Etat en France n'est pas synonyme de plus grande capacité de mise en œuvre des réformes dans la mesure où la responsabilité politique de celles-ci est concentrée sur le pouvoir exécutif (Bandelow, Hassenteufel, 2006), de ce fait plus sensible à l'opposition d'acteurs tels que les médecins qui sont notamment parvenus à vider de leur contenu le caractère contraignant de l'ONDAM (Hassenteufel, 2003)¹⁹ ; en Allemagne, le caractère plus négocié des réformes et l'association plus forte à celles-ci d'acteurs clefs de la mise en œuvre (les caisses en particulier) facilite leur adoption et leur effectivité, dans le domaine de la maîtrise des dépenses de santé tout particulièrement.

18. Le rôle de la négociation collective et du GBA est également affirmé, comme c'était déjà le cas avec la loi de réorganisation du médicament de 2010.

19. Plus récemment, on peut mentionner l'adoption, en juillet 2011, de la loi « Fourcade » supprimant les mesures de la loi HPST de 2009 les plus fortement contestées par les syndicats de médecins libéraux : le contrat santé solidarité obligeant, sous peine d'amende, les médecins des zones sur-médicalisées à prêter main-forte à ceux exerçant en zone sous-médicalisée, et l'obligation de déclaration de congés auprès des ARS afin de faciliter la permanence des soins.

Références bibliographiques

- Altenstetter C., Busse R. (2005), « Health Care Reform in Germany: Patchwork Change within Established Governance Structures », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, n° 1-2, p. 121-142.
- Bandelow N.C. (2009), « Health Governance in the Aftermath of Traditional Corporatism: One Small Step for the Legislator, One Giant Leap for the Subsystem », *German Policy Studies*, vol. 5, n° 1, p. 43-63.
- Bandelow N.C., Hassenteufel P., (2006), « Merheitsdemokratische Politikblockaden und Verhandlungsdemokratischer Reformeifer. Akteure und Interessen in der französischen und deutschen Gesundheitspolitik », in Wendt C., Wolf C. (dir.), *Kölner Zeitschrift für Soziologie*, n° 46, *Soziologie der Gesundheit*, p. 320-342.
- Benamouzig D., Besançon J. (2008), « Les agences, de nouvelles administrations publiques ? », in Borraz O., Guiraudon V. (dir.), *Politiques publiques*, tome 1, *La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 283-307.
- Benz A., Papadopoulos Y. (dir.) (2006), *Governance and Democracy. Comparing National, European and International Experiences*, Londres, Routledge.
- Böhm K. (2009), « Federalism and the New Politics of Hospital Financing » *German Policy Studies*, vol. 5, n° 1, p. 99-118.
- Bras P.-L. (2004), « Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ? », *Droit social*, n° 11, p. 967-978.
- Bras P.-L. (2009), « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ? », *Droit social*, n° 11, p. 1127-1135.
- Böckman M. (2009), « The Private Health Insurance: Demarkitisation of a Welfare Market? », *German Policy Studies*, vol. 5, n° 1, p. 119-140.
- Döhler M., Hassenteufel P. (1995), « Les politiques de régulation de l'assurance maladie en France et en Allemagne », *Revue française d'administration publique*, n° 76, p. 549-560.
- Döhler M., Manow P. (1997), *Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren*, Opladen, Leske+Budrich.
- Dolowitz D., Marsh D. (2000), « Learning from Abroad: the Role of Policy Transfer in Contemporary Policy Making », *Governance*, vol. 13, n° 1, p. 5-24.
- Epstein R. (2005), « Gouverner à distance : quand l'Etat se retire des territoires », *Esprit*, 319, p. 96-111.
- 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*, vol. 20, n° 2, p. 43-60.
- Gaudin J.-P. (2002), *Pourquoi la gouvernance ?*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Genieys W., Smyrl M. (2008), *Elites, Ideas and the Evolution of Public Policy*, Londres, Palgrave Macmillan.
- Gerlinger T. (2010), « Health Care Reform in Germany », *German Policy Studies*, vol. 6, n° 1, p. 107-142.

- Gerlinger T., Mosebach K., Schmucker R. (2008), « Mehr Staat, mehr Wettbewerb: Gesundheitsfonds ante portas », *Blätter für deutsche und internationale Politik*, vol. 53, n° 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*, vol. 5, n° 1, p. 3-20.
- Goetz K. (2008), « Governance as a Path to Government », *West European Politics*, vol. 31, n° 1-2, p. 258-279.
- Guigner S. (2008), *L'institutionnalisation d'un espace européen de la santé, entre intégration et européanisation*, Thèse de science politique, Université Rennes 1.
- Hassenteufel P. (2003), « Le premier septennat du plan Juppé : un non-changement décisif », in de Kervasdoué J. (dir.), *Carnet de santé de la France 2003*, Paris, Dunod, p. 121-147.
- Hassenteufel P. (2007), « L'Etat mis à nu par les politiques publiques ? », in Badie B., Déloye Y. (dir.), *Les temps de l'Etat. Mélanges en l'honneur de Pierre Birbaum*, Paris, Fayard, p. 311-329.
- Hassenteufel P. (2010), « Convergence », in Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P., *Dictionnaire des politiques publiques*, 3^e éd., Paris, Presses de Sciences Po, p. 180-188.
- Hassenteufel P. (2012), « La Sécurité sociale, entre "ruptures" affichées et transformations silencieuses », in de Maillard J., Surel Y. (dir.), *Politiques publiques*, tome 3, *Les politiques publiques sous Sarkozy*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 341-360.
- Hassenteufel P., Genieys W., Moreno J., Smyrl M. (2010), « Programmatic Actors and the Transformation of European Health Care States », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 35, n° 4, p. 517-538.
- Hassenteufel P., Genieys W., Moreno J., Smyrl M., Beaussier A.-L., Hervier L. (2008), *Les nouveaux acteurs de la gouvernance de la protection maladie en Europe (Allemagne, Angleterre, Espagne, France)*, Paris, Rapport pour la MiRe, 165 p.
- Hassenteufel P., Palier B. (2005), « Les trompe-l'œil de la "gouvernance" de l'assurance maladie », *Revue française d'administration publique*, n° 113, p. 13-27.
- Hassenteufel P., Palier B. (2007), « Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems », *Social Policy and Administration*, vol. 41, n° 6, décembre, p. 574-596.
- Holzinger K., Knill C. (2005), « Causes and Conditions of Cross-National Policy Convergence », *Journal of European Public Policy*, vol. 12, n° 5, octobre, p. 775-796.
- Kania H., Blanke B. (2000), « Von der "Korporatisierung" zum "Wettbewerb". Gesundheitspolitische Kurswechsel in den neunziger Jahre », in Czada F., Wollman H. (dir.), *Von der Bonner zur Berliner Republik, Leviathan Sonderheft 19/1999, 10 Jahre deutsche Einheit*, p. 567-591.
- Kickert W. (1995), « Steering at a Distance: a New Paradigm of Public Governance in Dutch Higher Education », *Governance*, vol. 8, n° 1, janvier, p. 135-157.
- Kooiman J. (1993) (dir.), *Modern Governance. New Government, Society Interaction*, Londres, Sage.

- Le Galès P. (2004), « Gouvernance », in Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 242-250.
- Manouguian M., Greß S., Wasem J. (2006), « Die niederländische Krankenversicherungsreform – ein Vorbild für das deutsche GKV-WSG ? », *Gesundheits- und Sozialpolitik*, n° 11-12, p. 30-34.
- Moran M. (2002), « Understanding the Regulatory State », *British Journal of Political Science*, vol. 32, n° 2, avril, p. 391-413.
- Mordelet P. (2006), *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes, Editions ENSP.
- Or Z. (2007), « Hospital 2007 », *Health Policy Monitor*, <http://www.hpm.org/survey/fr/a9/1>.
- Palier B. (2005), *Gouverner la Sécurité sociale*, 2^e éd., Paris, PUF.
- Palier B. (2010), *La réforme des systèmes de santé*, 5^e éd., Paris, PUF.
- Perschke-Hartmann C. (1993), « Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992. Zur Selbstevaluation staatlicher Politik », *Leviathan*, vol. 21, n° 4, p. 564-583.
- Robelet M. (1999), « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix*, vol. 12, n° 46, p. 71-97.
- Rosenau J.N., Czempel E.O. (dir.) (1992), *Governance without Government: Order and Change in World Politics*, Cambridge University Press.
- Rosenbrock R., Gerlinger T. (2006), *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, 2^e éd., Bern, Hans Huber.
- Tabuteau D. (2010), « La métamorphose silencieuse des assurances maladies », *Droit social*, n° 1, p. 85-92.
- Talbot C. (2004), « The Agency Idea. Sometimes Old, Sometimes New, Sometimes Borrowed, Sometimes Untrue », in Pollit C., Talbot C. (dir.), *Unbundled Government. A Critical Analysis of the Global Trend to Agencies, Quangos and Contractualisation*, Abingdon, Routledge, p. 3-21.
- Trampusch C. (2005), « From Interest Groups to Parties: The Change in the Career Patterns of the Legislative Elite in German Social Policy », *German Politics*, vol. 14, n° 1, mars, p. 14-32.
- 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*, n° 9-10, p. 24-34.