

ANGLETERRE :
DÉMOBILISER POUR RÉFORMER LE *NATIONAL HEALTH*
***SERVICE* (1997-2007)**

Les explications du processus de décision en Grande-Bretagne adoptent généralement une des trois approches suivantes pour comprendre la relation entre acteurs et politiques publiques.

- L'explication par le pouvoir du parti : un programme d'action publique est développé au sein d'un des partis principaux, puis mis en place quand le parti arrive au pouvoir (par exemple, la politique « néo-libérale » des gouvernements Thatcher).
- L'explication par le pouvoir de la fonction publique : le processus de décision est monopolisé par des spécialistes issus d'une fonction publique professionnelle qui possède, au minimum, une capacité de veto contre les initiatives politiques. (par exemple : l'influence persistante du ministère des finances sur les politiques économiques des gouvernements successifs).
- L'explication par le pouvoir corporatiste : les politiques sont développées en partenariat et en tenant compte des intérêts organisés et des individus influents. (par exemple : la gestion du NHS avec les médecins avant 1979)

L'obsolescence de l'un ou l'autre de ces modèles a souvent été pointé par les observateurs, mais généralement pour souligner la pertinence d'une autre explication. Suleiman (2003), par exemple, décrit – et déplore – la perte de pouvoir de la fonction publique, mais la situe dans un contexte de politisation. Nous observons davantage une démobilisation systématique de tous les acteurs collectifs traditionnels de la politique britannique. Deux causes différentes peuvent être soulignées. La première – et la plus étudiée – est le pouvoir croissant du Premier Ministre, comme acteur indépendant au sein de l'exécutif, aux dépens de son rôle de leader partisan ou parlementaire. La seconde cause, plus graduelle et bien moins évidente, concerne une évolution dans le monde des idées : les préférences programmatiques ne reflètent plus, comme auparavant, la carte des identités institutionnelles. La conséquence est l'affaiblissement des acteurs collectifs traditionnels et institutionnalisés au profit de coalitions transversales organisées et structurées par leurs préférences programmatiques : les « acteurs programmatiques ».

Quelle qu'en soit la cause, la marginalisation des acteurs collectifs traditionnels de la politique britannique forme un constat empirique indéniable de notre recherche. Dans le cas du parti travailliste et des syndicats, c'est le résultat d'une démobilisation interne de la part du gouvernement Blair. Le cas des groupes d'intérêts professionnels du secteur de la santé est à la fois plus compliqué et plus

intéressant. Initialement ignorés puis activement attaqués par le gouvernement Blair, on ne peut pas dire qu'ils soient affaiblis de manière permanente, et leur retour sur le devant de la scène politique est une des évolutions les plus importantes de ces dernières années.

Le déclin de l'importance du *Labour*, à la fois dans ses capacités parlementaire et électorale, est plus évident, et peut-être moins surprenant. Le Parlement est une institution qui a longtemps été faible lorsque que le gouvernement peut s'appuyer sur une solide majorité. Ceci est resté inchangé avec le retour au pouvoir du *Labour*. Le rôle du Parlement se limite ainsi à une surveillance générale et, occasionnellement, à quelques mesures ciblées. Le rôle du parti au Parlement est largement passif. Sauf à rejeter le budget du gouvernement, ce qui conduirait à une motion de censure, les membres de la majorité gouvernementale ont peu de marge de manœuvre¹. Son rôle se limite à quelques exercices mineurs de mise à l'agenda (en obligeant les Ministres à s'occuper de problèmes locaux spécifiques, par exemple), ou à des initiatives de faible envergure, complémentaires plus que concurrentes du programme gouvernemental (comme l'interdiction de fumer dans la lieux publics). Il ne participe pas au processus de formulation des politiques publiques.

Plus surprenant, peut-être, est le fait que la structure décisionnelle interne du parti travailliste en matière de politique publique, bien qu'encore formellement en place, ne joue aucun rôle significatif dans les choix du gouvernement. En effet, l'intention de Tony Blair de passer outre le parti a été évidente dès les premiers jours de son gouvernement. La structure de « partenariat au pouvoir » (*Partnership in Power*), créée en 1987 afin de permettre la transmission fluide des idées de la base du parti au gouvernement est largement ignorée lors de la rédaction du manifeste pour les élections de 2001. En ce qui concerne la politique de la santé, la rupture est plus tardive. Comme le rapportent deux participants au processus :

« A problematic winter for the NHS and a new Secretary of State meant that the most substantial revision of Labour's health policy came in the year after the policy had apparently been agreed. The resource issue was famously resolved when the Prime Minister committed the government to match the EU average – a dramatic promise which was widely welcomed particularly in the Labour Party. Equally dramatic was the emergence of the NHS Plan through 2000. An extensive, if swift, public consultation was followed by a comprehensive document, which by definition, almost immediately superseded the health policy agreed by Labour Conference the previous October.[...]. In effect, a new Labour health policy had been agreed with considerable consultation, but outside the Partnership in Power framework. The opportunity for party members to influence policy was through the public consultation. By the time the

¹ C'est devenu la conception habituelle du rôle du Parlement dans l'élaboration des politiques britanniques (Ham, 2004: 116-119).

opportunity for debate arrived in the 2000 conference, it was politically inconceivable that the NHS Plan could be challenged»².

Les évolutions ultérieures, en particulier après 2005, renforcent cette tendance, comme en témoigne un membre du forum de politiques publiques du parti travailliste (*Labour Party National Policy Forum*).

*« Changes in Primary Care Trusts were never discussed with unions or included in the election manifesto. Back-bench MP's among others were very angry: There was furious backlash and massive distrust. Morale was very bad. As a result, there has been an erosion of support for Labour within the NHS itself. The problem is not investment, but the high-handed approach taken. And meanwhile, the reform goes forth. The concept of a "mixed economy of health care" was never discussed within the Party »*³.

Cette marginalisation du parti peut être vue comme un élément du « style » de gouvernement plus général de Tony Blair. En ce qui concerne la politique de santé, une explication supplémentaire et plus spécifique apparaît cependant clairement. Un ancien conseiller du Premier Ministre l'exprime ainsi : *« The PM was trying to drive through a set of reforms with which much of the traditional Labour Party disagreed »*⁴.

Le rôle des syndicats, autrefois institutionnalisé au sein du parti travailliste, est aujourd'hui bien plus un rôle d'opposition. Même les syndicats les plus puissants, comme UNISON dans le secteur public, ne peuvent qu'essayer – la plupart du temps sans succès - d'influencer la politique de l'extérieur au moyen du lobbying ou d'organisations protestataires comme *Primary Care Concerns* ou la campagne *Keep NHS Public*.

En ce qui concerne la fonction publique, l'attitude du gouvernement Blair, dès son entrée en fonction, a été remarquablement similaire à celle de ses prédécesseurs Margaret Thatcher et John Major. Toutefois l'intention de Tony Blair était moins de politiser la fonction publique que de la contourner. Dans le champ de la politique de santé, les professionnels des politiques publiques les plus proches du pouvoir politique central considèrent clairement la fonction publique – à la fois le Ministère de la Santé et l'administration du NHS - comme dysfonctionnelle, c'est-à-dire comme faisant partie du problème plutôt que de la solution. Comme on peut s'y attendre, cela a provoqué du ressentiment et du conflit. Selon les mots d'un des rares fonctionnaires de carrière qui devint ensuite membre du groupe des réformateurs : *« Initially, there was a very conflictual relationship between the Government and the Department of Health – a sense of an immature new government coming in thinking that it had to change everything just for the sake of change, a sense that advisors were making decisions »*⁵.

² Campbell, Zeichner, 2001, p.16.

³ Entretien, 2007.

⁴ Entretien, 2007.

⁵ Entretien, 2007.

Vu de l'autre camp, le constat est aussi celui d'un haut degré de conflictualité, comme en témoigne un ancien participant :

« *From the department point of view there was much more resistance [to Practice-Based Commissioning] because it took commissioning decisions out of the hands of line managers. There was a constant battle within the Department over who gets to write or revise policy papers. Papers kept 'getting lost.' I was someone trusted to write final copies of reports* »⁶.

Toutefois, à la différence du parti et des syndicats, la fonction publique professionnelle est plus indispensable. Le « retour » de cet acteur collectif, ou comme le formule un participant « *the revenge of middle managers* », constitue une partie de l'histoire de l'évolution et de la mise en oeuvre de la réforme. Pour un autre membre de longue date du *Department of Health Strategy Unit*, le tournant s'effectue en 2002, au moment où la *Strategy Unit*, dont nous reparlerons, réalise elle-même « *qu'elle ne peut pas être une agence de mise en œuvre* ». Par conséquent, il fallait une fois de plus confier ce rôle aux fonctionnaires et aux gestionnaires du NHS. Il semble cependant qu'il y ait un accord quasi-général sur le fait que la réintégration de la fonction publique de carrière n'a pas été la source de nouvelles idées. Au mieux, cela a permis d'affiner et de mettre en œuvre les instruments de politique publique conçus par les réformateurs. Au pire – du point de vue des réformateurs – cette réintégration fut porteuse d'un nouveau potentiel d'obstruction.

La démobilisation du parti, des syndicats et de la fonction publique – en laissant de côté la question de son succès et de sa pertinence – est relativement nette. L'action du gouvernement Blair ne peut donc être reliée à aucun des trois modèles d'action publique britannique résumés plus haut. Dans sa tentative d'affaiblir le rôle de la profession médicale dans le processus de décision, le gouvernement n'a eu d'autre choix que de recourir à des alliances au sein de la profession elle-même ou, alternativement, de chercher d'autres alliés prestigieux en dehors de ses rangs⁷.

Durant les premières années du gouvernement Blair, la relation entre le gouvernement et la profession était ouvertement conflictuelle, les anciens conseillers pour la santé du Premier Ministre décrivant le rôle des professionnels de soins comme « *essentiellement obstructionniste* ». Les réformateurs voient une résistance à la réduction significative du temps d'attente, par exemple, de la part des « cartels locaux » de chirurgiens dont la lucrative activité était menacée. Ce point de vue a été renforcé par une série de scandales médicaux fortement médiatisés au début du gouvernement Blair, dont le plus célèbre est celui de la *Bristol Royal Infirmary*, où les chirurgiens pratiquaient systématiquement des actes au-delà de leur compétence. Pour les réformateurs, c'était la preuve que la profession médicale ne pouvait s'auto-réguler.

⁶ Entretien, 2007.

⁷ Sir Ian Kennedy, un juriste spécialisé dans le droit médical, est un exemple paradigmatique de ces alliés prestigieux et extérieurs. Il a conduit l'enquête dans le scandale médical de la *Bristol Royal Infirmary* et fut nommé par la suite Président de la *Healthcare Commission*.

Les représentants de la profession médicale, quant à eux, voient également leur relation initiale avec le gouvernement comme conflictuelle – comme elle l’était sous les gouvernements Thatcher et Major. Selon un ancien Président d’un des *Royal Medical Colleges*, c’est particulièrement vrai pour ces institutions socialement et professionnellement prestigieuses. Parlant d’Alan Milburn, ministre de la santé, il affirme clairement que : « *he did not like the Royal Colleges or such professional institutions. I am quite sure he wanted to get rid of us. He saw us as agents of [social and professional] conservatism; obstacles to change; unable to ‘think outside the box.’ He was deeply frustrated.* »⁸

A l’instar de leur relation avec la fonction publique professionnelle, celle des réformateurs avec la profession médicale a évolué dans le temps, en grande partie du fait de la prise de conscience qu’aucune réforme de la politique de santé ne pourrait être mise en place sans la coopération active d’au moins une part significative de l’establishment médical. Ce changement est discuté dans la dernière section de ce chapitre. Malgré une réintégration dans le processus de politique publique d’acteurs comme la fonction publique et la profession médicale, il n’en demeure pas moins qu’aucun des principaux éléments programmatiques ne trouve son origine chez ces acteurs.

Pour résumer, cette démobilisation systématique – bien qu’incomplète – des sources traditionnelles de production d’idées et de pouvoir dans la formulation des politiques publiques britanniques a préparé le terrain pour les réformes du gouvernement Blair. En elle-même, bien entendu, cette analyse n’indique ni l’origine ni les intentions des réformes, mais elle suggère que pour les comprendre, il est nécessaire de s’intéresser aux sphères proches du pouvoir lui-même. Deux hypothèses principales peuvent être formulées. La première est que la réforme provient du plus haut niveau du leadership politique, ce qui suppose que le Premier Ministre et son entourage soient arrivés au pouvoir avec un ensemble d’idées qu’ils se sont ensuite appliqués à mettre en œuvre par l’intermédiaire d’agents sélectionnés principalement sur la base de leur loyauté personnelle. Une seconde hypothèse est que l’impulsion politique est plutôt celle d’un « changement » général dont le contenu et l’orientation ne sont pas encore spécifiés au moment de l’installation du gouvernement Blair ; le contenu programmatique et opérationnel de ce changement est alors le fait d’un deuxième groupe d’individus proches du pouvoir, mais différent de l’entourage immédiat des dirigeants élus. Notre étude empirique va dans le sens de cette seconde hypothèse, comme nous allons le détailler ici.

⁸ Entretien, 2006.

1. Les réformes du NHS depuis 1997

En arrivant au pouvoir en 1997, le gouvernement Blair hérite d'une situation instable dans le secteur de la santé. Le NHS et les politiques de santé en général sont au cœur d'un ensemble de réformes profondément controversées engagées par les gouvernements Thatcher et Major et inspirées par le modèle du marché interne, réformes à propos desquelles Tony Blair avait promis, au cours de sa campagne, de faire marche arrière.

Trois périodes distinctes sont identifiables au cours des 10 ans que dura le gouvernement Blair.

Jusqu'en 1999, la réforme du NHS repose principalement sur l'annulation de certaines des mesures les plus impopulaires mises en place par les gouvernements conservateurs des années 1990, comme la gestion de budgets autonomes par les médecins généralistes (*GP fundholders*). Les initiatives prises au cours de cette période sont marquées à la fois par la rigueur budgétaire (« *best value for money* »), et par un centralisme régulateur (création de l'*Audit Commission* et du *National Institute for Clinical Excellence*). Cette politique est renforcée suite à une série de scandales médicaux, dont le plus célèbre est celui du *Royal Bristol Infirmary*, sur lequel nous reviendrons. Les années 1999-2000 sont marquées à la fois par un renforcement de la centralisation administrative, par le *NHS Plan* de 2000, et par un engagement en faveur de l'augmentation des dépenses.

Une inflexion significative de la politique de santé peut être discernée dans le programme électoral du Parti Travailleiste en 2001 ; elle devient manifeste dans le document daté de 2002 intitulé *Delivering the NHS Plan* (mettre en œuvre le plan pour le NHS) qui, malgré son titre, est unanimement reconnu comme constituant une rupture nette avec le passé. Ajoutée à l'annonce antérieure d'un engagement à une augmentation des dépenses, la nouvelle orientation conduit le gouvernement à s'éloigner d'une politique exclusivement centrée sur une administration centralisée, pour aller vers davantage de délégation et d'investissement.

« We made our choice in the Budget stating plainly that for the NHS to improve faster and tackle years of under-funding, more money is needed. The Budget now demonstrates how, within our tough public finance rules, we will through general taxation be able to fund a 'catch-up' period to get us to health spending of 9.4% of GDP by 2008 – easily on a par with European levels of health spending.

[...]

We believe that any system for delivering health care must uphold the founding principle of the NHS – that it is free at the point of use based on need, not ability to pay. But Chapter 1 describes how the 1948 model is simply inadequate for today's needs. We are on a journey – begun with the NHS Plan – which represents nothing less than the replacement of an outdated system.

We believe it is time to move beyond the 1940s monolithic top-down centralized NHS towards a devolved health service, offering wider choice and greater diversity bound together by common standards, tough inspection and NHS values»⁹.

Le caractère significatif de ce changement fait consensus auprès des personnes interrogées : plusieurs des participants utilisent spontanément le terme « conversion » pour décrire le processus par lequel les acteurs clés de la période précédente « ont réagi contre leur propre centralisation ». Le principal résultat de cette période de changement, qui s'étend sur trois ans, n'est pas un ensemble spécifique d'instruments de politique publique – qui ont été mis en place progressivement au cours des quatre années suivantes – mais plutôt un nouveau modèle programmatique centré sur la notion de concurrence managériale comme un outil pour améliorer à la fois la qualité des soins et l'efficacité de l'offre de soins.

Les années qui suivirent, à partir de 2003 et jusqu'à la fin du gouvernement Blair sont largement consacrées à la mise en œuvre de la vision construite dans la seconde période. Les instruments clés, à savoir l'établissement de *Fondation Trust Hospitals* financièrement autonomes et la politique du « *practice based commissioning* » par laquelle les cabinets de médecins généralistes négocient directement avec les hôpitaux au nom de leurs patients, sont progressivement mis en place. Il est significatif que la continuité des personnes ait été aussi faible entre la deuxième et la troisième période : les trois principaux architectes de la réforme, Allan Milburn, Simon Stevens et Christopher Ham ont ainsi quitté la scène. Bien que les idées mises en œuvre soient incontestablement les leurs, l'accent était clairement mis, au cours de cette dernière période, sur la mise en œuvre (*'delivery'* – littéralement « livraison ») et non plus sur la réforme, comme l'illustre l'importance croissante, au cours de ces années, du *Prime Minister's Delivery Unit* et de la mise en place, en présence du Premier Ministre, de bilans périodique. Enfin, il faut souligner que dans le contexte de la réforme du NHS, la fin du gouvernement Blair, choisi arbitrairement comme limite chronologique pour ce chapitre, doit être considérée comme un événement purement extérieur. Les réformes ne sont en aucun cas achevées en 2007.

. *Un État régulateur à deux visages: centralisation et contrôle à distance.*

Le gouvernement Blair a utilisé son pouvoir de régulation vertical (*top-down*) dans deux contextes très différents. En premier lieu, et de manière la plus évidente, on observe, tôt au sein du premier gouvernement Blair, une tentative d'exercer un contrôle plus direct sur la profession médicale, à travers l'élaboration et la mise en œuvre de normes de pratique. Un deuxième usage de ce pouvoir de régulation a consisté à poursuivre ces mêmes objectifs à travers des agences autonomes de régulation à distance. Bien qu'initialement conçues pour renforcer les acteurs

⁹ *Delivering the NHS Plan* p.3 (souligné dans le texte).

périphériques et non étatiques, ce second ensemble de mesures a été introduit de manière verticale, en s'appuyant sur l'autorité politique d'un gouvernement fort et d'un Premier Ministre politiquement puissant.

Cette « invasion du territoire médical » (Salter, 2004) a été opérée en deux temps. Pratiquement immédiatement après son installation, le gouvernement Blair a annoncé clairement son intention de participer plus activement à l'amélioration de la qualité des soins au sein du NHS que ne l'avaient fait ses prédécesseurs. Le premier document important sur la santé précise ce programme pour les agences créées dans la foulée : le NICE (*National Institutes for Clinical Excellence*) et la commission pour l'amélioration de la santé (*Healthcare Commission*) dans ce contexte fortement centralisateur (*Department of Health*, 1997).

Cette tendance est encouragée par une série de scandales médicaux dont le plus célèbre est celui de la *Bristol Royal Infirmary*, où il a été découvert, en 1998, qu'un groupe de chirurgien pratiquaient des opérations de cardiologie pédiatrique malgré un taux de mortalité des patients manifestement « inacceptablement élevé », selon les termes du rapport du Conseil Médical Général (*General Medical Council*). Le fait que les patients en question soient des enfants intensifia encore le scandale, une fois médiatisé¹⁰. De manière concomitante, il fut révélé que des organes et autres tissus étaient fréquemment retirés et conservés pendant les autopsies sans l'autorisation des familles – une pratique autorisée par la loi mais complètement décalée par rapport au sentiment général de l'opinion publique (*Chief Medical Officer*, 2001).

La réaction initiale du gouvernement Blair à ces événements fut de rechercher à renforcer le contrôle direct, légal et gestionnaire, sur la médecine. Dans cet esprit, le *Health Act* de 1999 instaure le principe de responsabilité légale des hôpitaux pour les soins fournis. Les agences initialement proposées en 1997 faisaient partie intégrante de cette vision. En ce qui concerne le NICE, le rapport de préparation de cette loi établit que « le Gouvernement prendra la responsabilité de clarifier quels traitements fonctionnent le mieux. » (*Department of Health*, 1998: 2-27)

Pour Simon Stevens, ce qui était en train de se produire était plus généralement une « redéfinition de la relation entre l'Etat et la profession médicale », selon laquelle le monopole de la profession sur le contrôle de la qualité (que les gouvernements conservateurs des années 1980 et 1990 n'avaient pas remis en cause) lui serait retiré une fois pour toutes. Dans cet esprit, le jeune gouvernement Blair insistait sur la micro-gestion verticale, gérant le NHS comme « un seul très gros hôpital ».

¹⁰ Deux éditoriaux, très autocritique, de l'organe officiel de la profession médicale donnent la mesure du scandale : « The Dark Side of Medicine. » *BMJ* 316 (1998) ; « All Changed, Changed Utterly » *BMJ* 317 (1998).

C'est à l'impossibilité de mettre cela en pratique – évidente même avant que le premier programme soit pleinement mis en œuvre – que Simon Stevens attribue le changement de cap du gouvernement, vers une approche plus indirecte de la gestion, dont il fut l'architecte en chef¹¹. Un membre du *Department of Health Strategy Unit* l'exprime ainsi : « *You can set national standards and expect people to operate within them. What is incompatible is to try to enforce standards through some sort of line management system which, in any case, the NHS didn't really have* »¹².

L'enseignement général de cette période, appliqué par la suite aussi bien à la régulation de la qualité et à des problèmes plus généraux d'organisation des systèmes, est que le contrôle des résultats est rendu plus facile par un désengagement partiel des procédures quotidiennes. Le résultat, en ce qui concerne le contrôle de qualité, est que les agences annoncées en 1997 et mises en place en 1999 prennent la forme d'institutions autonomes de surveillance et d'audit des soins médicaux.

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

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

Créé en 2000, la *Commission for Health Improvement* devait à l'origine être une agence d'inspection directe des hôpitaux. Elle joua un rôle central dans la production des grilles d'évaluation de performance (« *performance review* ») des *Hospitals trusts* qui reposant sur un système de classement par étoiles, dans le cadre duquel les hôpitaux étaient classés sur une échelle allant de zéro à trois étoiles. En 2003, la commission est fusionnée avec la *Commission for healthcare Audit and Inspection*, plus connue sous le nom de *Healthcare Commission*. Dans sa composition actuelle, la tâche de la commission est double. Pour les fournisseurs du secteur privé, elle agit comme une agence de régulation à part entière, qui a le pouvoir d'engager des poursuites judiciaires en cas de découverte d'insuffisances cliniques. Pour reprendre les mots d'un responsable, « elle a des dents ». En ce qui concerne les institutions publiques, ses pouvoirs sont bien plus circonscrits puisqu'ils se limitent à conduire des évaluations – les successeurs du système par étoiles – et à recueillir des plaintes. En théorie celles-ci peuvent être émises à l'initiative des professionnels de santé ou

¹¹ Un des chefs de file de la réforme, interviewé pour ce projet, donne un exemple de ce qu'il considère comme les lenteurs absurdes dans lesquelles se perd la micro-gestion verticale : le cas de la morgue surpeuplée du Bedford Hospital, où « *the secretary of State was called before Parliament to explain why there were bodies lying on the floor.* » La rapidité du passage d'une politique centralisée à une politique de contrôle à distance n'est pas sans ses critiques, y compris de la part d'un ancien conseiller à la Santé, qui souligne que lorsque le changement intervint, « *it was too early to tell whether the initial reform would be successful or not.* »

¹² Entretien, 2007.

même du public. En pratique, la commission a, jusqu'à ce jour, agi seulement sur ordre du ministère de la santé. Le rôle principal de la commission doit ainsi être vu comme un rôle d'enquête et de publicité, davantage que comme un rôle de régulation à proprement parler¹³. En réalité, la question de savoir si cette mission a elle-même été remplie fait débat. Brian Salter émet un jugement bien moins optimiste, en caractérisant la situation en 2004 par le fait que la Healthcare commission et ses membres régulateurs étaient « *émaciés et exposés, des tours de contrôle pour la surveillance de la médecine, mais mal informés de leurs positions respectives, excepté leur relation aux institutions d'auto-régulation.* » (Salter, 2004, p. 154)

De plus récentes évolutions semblent relever d'un progressif ré-engagement auprès de ces « institutions d'auto-régulation ». Les exemples qui peuvent être cités sont les *National Service Agreements* et les plus anciens *National Service Framework* négociés avec et conduits par des médecins hospitaliers pour certaines situations médicales entre le ministère de la santé et les organisations médicales.

Peu à peu, le contrôle de qualité à distance par des organismes comme le *National Institute for Clinical Excellence*, ou le *Committee for Health Improvement* et son successeur la *Healthcare Commission* sont devenues centrales pour le gouvernement Blair, à la recherche d'une troisième voie entre le contrôle bureaucratique direct et la concurrence du marché. Ces trois organismes contrastent avec la pratique antérieure de délégation du contrôle de qualité à la profession médicale, et témoignent de la prise de conscience par les protagonistes de la réforme que le contrôle direct du centre n'est pas réalisable. Ce système de régulation constitue également une alternative à un système entièrement décentralisé dans lequel les forces du marché font office de forces de régulation¹⁴.

. *Quasi-marchés, concurrence interne et décentralisation*

La politique initiale du gouvernement Blair était d'inverser le mouvement que ses prédécesseurs avaient engagé en réduisant (mais sans les éliminer) le rôle des mécanismes de marché dans le NHS. Cependant, cela ne signifie pas qu'il y ait eu à ce moment là un programme de réforme clair et cohérent. Un haut conseiller qui pris part au processus quelques temps après décrit ainsi la situation qu'il trouva à son arrivée :

« *The government in 1997 had criticized the Tories and wanted to move away from competition and the internal market towards cooperation, national standards, benchmarking, and so forth. But it had no clear view of the delivery mechanism; no rigorous understanding of how the vision that culminated in the NHS Plan would be*

¹³ Le Président de la Commission, Sir Ian Kennedy, qui est l'auteur du rapport sur la *Bristol Royal Infirmary*, suggère que la distinction clef est celle entre « gérer » et « imposer » le changement (Kennedy, 2006)

¹⁴ Sir Ian Kennedy souligne cette distinction (Kennedy, 2006).

delivered, what “levers” were available, or how much they would cost. An ambitious set of “deliverables” (waiting times, standards, etc.) had been set out, but no clear notion of how to achieve them »¹⁵.

Des chemins séparés furent suivis pour les médecins généralistes d’un côté et les hôpitaux de l’autre. Selon un des leaders réformateurs :

« The conceptual problem to be resolved in the first years of the government’s life was how to abolish the ‘internal market’ while keeping the purchaser-provider split. The idea was to engage GPs in decision-making without the market fragmentation brought on by fundholding. The ’97 debate had crystallized around fundholding. The government’s initial answer was that GPs should continue to be engaged, but so should nurses, etc. And that organization should be geographical rather than practice-based »¹⁶.

La conséquence a été, entre 2000 et 2002, un retour en deux temps à certains éléments du système pourtant si critiqué de marché interne. La première étape de ce processus fût la création, au niveau local, de *Primary Care Trusts*, dont le rôle était de coordonner les différents acteurs impliqués (les médecins généralistes, mais aussi les infirmières, les travailleurs sociaux, etc.) et de servir de commanditaire collectif des services de spécialistes pour le compte des médecins généralistes locaux. Destinés à être la contrepartie directe des *Foundation Trusts*, ceux-ci ne connurent pas le succès des premiers. Ceci est sans doute dû, en partie, à l’héritage négatif du *fundholding*. De plus, d’un point de vue purement pratique, il est probablement plus facile de coordonner les actions de quelques dirigeants hospitaliers que de dizaines de milliers de généralistes. Selon le conseiller qui hérita de la situation, le problème est même bien plus fondamental : la capacité de changement était à la traîne par rapport à la volonté de changement : *« You think that just because you create an institution it can do the things you ask it to do »*. Le problème n’était pas lié à de la mauvaise volonté, mais plutôt le fait qu’« on leur demande de faire des choses qu’ils ne savent pas faire »¹⁷.

Par conséquent, la mise en œuvre de la réforme des soins primaires a pris du retard par rapport à la première vague de réforme des hôpitaux, donnant la fausse impression que les deux ont été intentionnellement échelonnées dans le temps. En fait, l’intention était bien de les mener ensemble, mais cela n’a simplement pas fonctionné.

La décision de faire des médecins généralistes individuels – et non du *Primary Care Trust* - les acheteurs de soins spécialisés pour le compte de leurs patients, pratique appelée *Practice-Based Commissioning* (PBC), est encore plus controversée. Reposant sur une idée lancée par Simon Stevens à la fin de son mandat comme conseiller du

¹⁵ Entretien, 2007.

¹⁶ Entretien, 2007.

¹⁷ Entretien, 2007.

Premier Ministre, cette pratique a été développée par ses successeurs et est actuellement en train d'être mise en œuvre. Dans ce système, les médecins généralistes se voient allouer un budget, basé sur leur liste de patients, qu'ils peuvent dépenser, au cas par cas, pour acheter les soins spécialisés ou chirurgicaux pour leurs patients¹⁸

Dans le NHS tel qu'il a été créé en 1948 la responsabilité et l'autorité incombait complètement au niveau central. « *The 1948 settlement assumed central accountability for the NHS. The sound of every dropped bedpan was to reverberate around Whitehall, in Nye Bevan's immortal phrase* »¹⁹. Cependant, il y a dans les années 1990 un consensus général pour dire que cette vision ne correspond plus à la réalité. Pour citer un conseiller pour la santé auprès du Premier Ministre : « *People have always said that the NHS was a command and control institution. Actually, it was a command institution – there was no control whatsoever* »²⁰.

Alors que l'orientation première du gouvernement Blair a été de consolider son emprise sur le système de santé comme on l'a vu, on se rend compte rapidement, au sein du gouvernement, que cela ne fonctionnerait pas. Comme l'exprime un ancien conseiller à la santé auprès du Premier Ministre :

*« In theory the creation of NHS trusts in 1991 was to be a step toward devolution, but in practice that tended to cut out the local authorities and leave the Department of Health in even more direct control. In practice, this was an act of centralization. What was needed was legally binding arms-length separation between leading hospitals and health ministers. That is what Foundation Trusts were all about – a self-denying ordinance so that politicians can't intervene to do something ridiculous. It was severing the direct line of command. »*²¹

Il y a donc un lien direct entre les politiques de régulation verticales et les démarches de décentralisation qui suivirent. Une des fonctions assignées aux évaluations et au système de classement par étoiles était d'identifier les « bonnes pratiques » qui pourraient être généralisées. Un ancien conseiller au ministre de la santé décrit ainsi le processus :

« Within a few months of my being [at the DoH], we constructed the first public performance management system of hospitals in this country in Sept 2001. [...] We

¹⁸ Ce système diffère de l'expérience conservatrice du « *fundholding* » dans la mesure où les médecins généralistes devaient alors préalablement signer des contrats pour un volume prédéterminé d'un certain type d'actes avec un fournisseur particulier. Le PBC fonctionne, en outre, dans un contexte de prix fixes des différents actes : les hôpitaux et les médecins spécialistes ne sont donc pas mis en concurrence sur les prix.

¹⁹ *NHS Plan* 6.2, p. 56.

²⁰ Entretien, 2007.

²¹ Entretien, 2007.

then get together, within a month, all of the chief executives of the 3-star hospitals and asked them “what does autonomy mean?”²².

Finalement, la réponse est que cela ne signifie pas grand-chose puisque les cadres hospitaliers répondirent, en substance : « *Alan Milburn owns their hospitals* ». C’est au cours de ces réunions qu’apparaît la notion de *Foundation Trusts*, modelée sur l’exemple du secteur sans but lucratif américain, dont l’importance plus grande vient de sa place dans le séquençage de la réforme : « *The direction of change was to construct independent public hospitals* ». Une première version de ce plan est proposée par Alan Milburn dans un discours au *New Health Network*, le 14 janvier 2002 :

« Last month I met with the chief executives of the three star Trusts. They had a list of further specific restrictions that they wanted to have removed from them and we are now considering how best to do so. But they also asked us to go further. If they were as good as we agreed they were, why could they not become independent not-for-profit institutions with just an annual cash for performance contract and no further form of performance management from the centre? They all recognised the importance of external inspection and the national framework of standards. None were arguing to go private or to abandon the public service ethos. They wanted instead greater freedom to improve services than they currently have within the existing state-run nationalised industry.

[...]

This middle ground between state-run public and shareholder-led private structures is where there has been growing interest in recent years. Both the Right – through organisations like the Institute of Directors – and the Left – through the Co-operative Movement - have been examining the case for new forms of organisation such as mutuals or public interest companies within rather than outside the public services and particularly the NHS.

[...]

Our three star hospitals have now asked us to look at whether such models could be applicable to local health services to form Foundation Hospitals within the health service but run more independently than now. I think it is right that we should examine the case they have made. »

Cette vision est formalisée, en 2002, dans le rapport du Ministère de la Santé *Delivering the NHS Plan*, considéré par tous les acteurs interrogés comme un document clé, marquant la transition d’une approche centralisée à une approche décentralisée de la réforme.

« The first wave of three star trusts will be able to establish joint venture companies, get easier access to capital resources and will be subject to less monitoring and inspection. We have explored with them the scope to go further. These discussions led to the model of the “Foundation hospital” – fully part of the NHS but with greater

²² Entretien, 2007.

independence than now. In other European countries similar models are commonplace and those hospitals have delivered impressive results for patients.

The first NHS Foundation Hospitals will be identified later this year. Foundation status will also be available to high performing Primary Care Trusts and Care Trusts as well as NHS Trusts. These Foundation trusts will have greater freedoms than existing trusts and will be able to use their freedoms to bring about benefits for patients.

Foundation trusts will have freedom to develop their board and governance structures to ensure more effective involvement of patients, staff, the local community and other key stakeholders. Foundation trusts will in this way reflect the spirit of public sector enterprise that our plans are designed to unleash.

Foundation trusts will operate to NHS standards, be subject to NHS inspection and abide by NHS principles. They will have the freedom and flexibility within the new NHS pay systems to reward staff appropriately. These will help promote diversity and encourage innovation.

The powers of foundation trusts will include full control over all assets and retention of land sales. We will explore options to increase freedoms to access finance for capital investment under a prudential borrowing regime modeled on similar principles to that being developed for local government»²³.

L'autonomie financière des *Foundation Trusts* est rendue possible par une approche originale (pour la Grande-Bretagne) de leur revenu, directement lié au volume de leur « production » médicale.

« Instead of block contracts for hospitals they will be paid for the elective activity they undertake. This is a system of payment by results. The reformed financial system will offer the right incentives to reward good performance, to support sustainable reductions in waiting times for patients and to make the best use of available capacity. Over time we will develop the system to improve the commissioning process by:

- *providing patients with timely, comparable information on practices and hospitals updated regularly;*
- *offering choice to patients – choice of GPs, choice of hospitals and choice of consultants;*
- *ensuring that where choice is exercised cash for treatment goes with patients;*
- *setting the price for units of activity allowing the PCT to focus on volume, appropriateness and quality;*
- *offering commissioners and providers the flexibility to use savings and additional resources in a way that benefits staff and patients;*
- *requiring 'open book' relationships between PCTs and NHS Trusts.*

[...]

Experience of the internal market taught us that price competition did not work – particularly for emergency cases who were admitted to the nearest hospital – and merely led to excessive transaction costs. We will therefore use new Health Resource

²³ *Delivering the NHS Plan 7.7-7.11, p. 29-30.*

Group (HRG) benchmarks to establish a standard tariff for the same treatment regardless of provider. This is the hospital payment system used by many international health care systems »²⁴.

En principe, ce système, et en particulier l'introduction de « groupes de ressources de santé » comme base de paiement pour les hôpitaux, devait aller plus loin et être utilisé par les hôpitaux eux-mêmes comme la base à partir laquelle les médecins spécialistes seraient rémunérés. Cela aurait permis de corriger ce qui, de l'avis universellement partagé par les personnes interrogées (y compris chez les représentants de la profession médicale), constituait la partie la moins réussie de la première vague de réforme : les contrats qui déterminaient la rémunération des médecins spécialistes. En se concentrant exclusivement sur les heures travaillées et non sur les actes pratiqués, ces contrats cherchaient à détourner les médecins spécialistes de la pratique privée, afin de réduire les temps d'attente au sein du NHS. En se concentrant sur les entrées plutôt que sur les sorties, cette approche s'est cependant révélée très onéreuse et n'a pas été considérée comme véritablement porteuse d'améliorations. Cette opinion ne se limitait pas au cercle interne des réformateurs, sceptiques sur la bonne volonté de la profession médicale. Selon un ancien président du Collège Royal des Chirurgiens :

« The consultants were parking their cars in the car park at 7:30 in the morning and not taking them out until 6 in the evening, but were they in productive, useful, engaging work with good processes and good system reform, no. They were in inefficient hospitals with bad relations with their managers. The Government's solution was 'programmed activities,' trying to get doctors to account for their time. This didn't work because when you counted hours, there wasn't that much more to get out of them. All it did was anger them.²⁵ »

Les *Foundation Trusts* utilisant le paiement au résultat pouvaient, s'ils le désiraient et en accord avec le personnel médical, opter pour un système de paiement plus proche du système d'honoraire à la consultation, pratiqué par les généralistes. Jusqu'à présent, cela n'a toutefois concerné que des cas exceptionnels.

Du point de vue institutionnel, le changement majeur de la période Blair est la mise en place d'agences de contrôle et d'évaluation. En effet, tant la poursuite de la transformation managériale des institutions existantes (les hôpitaux en particulier) que la redéfinition du fonctionnement du marché interne de la santé mis en place au début des années 1990, s'inscrivent dans une continuité par rapport aux réformes des gouvernements conservateurs (Thatcher puis Major). L'élément nouveau est donc le fait que la managérialisation et la concurrence s'accompagnent d'un renforcement de l'évaluation et du contrôle dans une logique d'État régulateur.

²⁴ *Delivering the NHS Plan* 4.8-4.10.

²⁵ Entretien, 2007.

Comme nous allons le voir maintenant cette affirmation d'un État régulateur est élaboré par deux catégories d'acteurs principaux : d'une part, des experts universitaires, d'autre part, des managers issus du secteur privé. Ils se sont affirmés depuis les années 1980, sous les gouvernements Thatcher. Ainsi, la réforme 1991, qui met en place les « quasi-marchés », a été largement inspirée par le rapport « Griffith » (patron d'une chaîne de supermarchés) et les idées défendues par l'économiste (américain) Alan Enthoven qui a lui aussi rendu un rapport dans les années 1980. À cela s'ajoute le fait que cette réforme d'inspiration libérale a été décidée sans concertation avec les groupes d'intérêts dominants dans la santé, en particulier la profession médicale organisée (Hassenteufel, 1997). Cette mise à l'écart des acteurs traditionnellement dominants au sein du NHS (les médecins et l'administration de la santé) se poursuit après 1997.

2. Le rôle d'acteurs programmatiques

Le recours à des experts extérieurs pour réformer et contourner l'administration – à la fois celle du Ministère de la Santé et celle du NHS - est un élément central de l'approche adoptée par le gouvernement Blair pour les politiques de santé et la réforme du NHS en particulier. À la fin des dix années de mandat de ce gouvernement, la politique de la santé au Royaume-Uni est fortement marquée par un groupe d'hommes que peu de choses rassemblent, si ce n'est un ensemble d'idées communes. Tous sont extérieurs au Parti Travailleur et à Whitehall, et occupent des postes de « conseillers » ; la plupart d'entre eux sont retournés ensuite vers le secteur privé ou académique.

. Apprentissage programmatique et transfert d'instruments

Un consensus général se dégage parmi les personnes interrogées pour dire que le gouvernement Blair n'est pas arrivé au pouvoir avec un ensemble d'idées préconçues et spécifiques à la politique de la santé. Pour Simon Stevens, généralement reconnu comme son principal architecte, la politique finalement poursuivie était « émergente » - produite « au cours de débats, discussions, argumentations, compromis... ». En tant que telle, elle constitue un processus d'apprentissage par l'action (« *learning by doing* »), qui se caractérise par des ajustements sur la base du constat que certaines approches étaient trop dirigistes, ou avaient besoin d'être complétées. Selon un haut conseiller qui a pris part au processus un peu plus tard :

*« In the beginning, the government had a plan, but New Labour didn't. The first Secretary of State [Frank Dobson] was not New Labour. What did not exist at that time was a commitment to bring in competition. So the early reform was one-sided: an attempt to exert something like control. »*²⁶

²⁶ Entretien, 2007.

Cette situation change entre 1999 et 2002, moment où le programme du « New Labour » est mis en place. Les éléments caractéristiques du programme qui a émergé progressivement sont :

- la défense du principe d'un service public de soins où les patients ne doivent jamais payer de leur propre poche, même en attente de remboursement (« *free at point of service* »)
- l'imposition de normes de qualité définies indépendamment de la profession médicale
- la délégation de la responsabilité à des unités fonctionnelles et territoriales (hôpitaux mais aussi *Primary Care Trusts*)
- l'utilisation de mécanismes de concurrence et de choix pour introduire à la fois de la flexibilité et de la rigueur budgétaire dans le système.

Un certain nombre d'emprunts aux exemples étrangers a été mis au service de ces idées très générales – on pourrait dire, de ces idéaux²⁷. Deux exemples ont été évoqués au cours des interviews :

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

Deux remarques doivent être faites. Tout d'abord, ce « bricolage institutionnel » passe plus par l'utilisation d'outils spécifiques que d'idées programmatiques. En outre, les transferts portent beaucoup plus sur les hôpitaux que sur les soins de première intention. Dans ce domaine, qui est à la fois la partie du NHS qui reçoit régulièrement les meilleures évaluations de l'opinion publique britannique et le domaine dans lequel la réforme a été la plus innovante, le modèle britannique est largement *sui generis*. On peut déceler un écho (non reconnu) à certains HMO américains (le *Kaiser Permanente*, par exemple) dans la vision de Paul Corrigan prônant un recours extensif à la médecine générale, mais les concepts clés de *Primary Care Trusts* et de *Practice-based Commissioning* ne font sens que dans le contexte bien spécifique de l'architecture institutionnelle du NHS britannique.

²⁷ Pour une des rares discussions systématiques du potentiel et des limites des modèles internationaux on pourra se reporter à Stevens, 2005.

. Une équipe programmatique ponctuelle

Ce travail d'identification des acteurs principaux des réformes repose largement sur une approche relationnelle, qui consiste à demander aux personnes interrogés qui étaient, selon eux, les acteurs les plus influents. Bien que tous les individus ainsi identifiés n'aient pas été interrogés à leur tour, la récurrence des réponses similaires à cette question de la part des interviewés permet d'identifier un groupe d'acteurs programmatiques formé de quatre catégories d'acteurs.

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

- Tony Blair est reconnu par tous comme ayant fourni un soutien politique sans failles aux efforts successifs de réforme, mais sans toutefois posséder des idées programmatiques propres sur ce sujet particulier. L'insistance sur le « service » et la nécessité de « faire le point » au cours des deuxièmes et troisièmes gouvernements Blair ne constitue pas un apport substantiel direct à l'élaboration de la politique.
- En tant que ministre des finances, Gordon Brown approuva l'augmentation massive du budget au début des années 2000 et créa un important forum de d'élaboration programmatique, le *Council of Economic Advisors*.
- À la différence de Tony Blair et de Gordon Brown, Allan Milburn (député depuis 1992, proche de Tony Blair, ministre de la santé de 1999 à 2003) est souvent considéré comme directement impliqué dans le processus d'élaboration de la politique, mais principalement comme la caution de Stevens et Ham et comme un arbitre « qui écoute les conseils et se fait ensuite sa propre idée », plutôt que comme quelqu'un qui possède son propre projet.

2. Les leaders programmatiques (Simon Stevens, Chris Ham)

Ces deux acteurs, et en particulier Stevens, sont généralement considérés comme les premiers instigateurs au sein du Ministère de la Santé du changement de politique de 1999-2003. Simon Stevens a un profil de manager. Il a fait ses études à Oxford et à Columbia (NY). Durant les années 1990 il a été successivement directeur d'une autorité sanitaire, d'un service de santé mentale et d'une unité d'un hôpital universitaire. De 1997 à 2001 il est conseiller des deux ministres de la santé qui se sont succédés (Frank Dobson et Allan Milburn), puis conseiller santé de Tony Blair (de 2001 à 2004). Chris Ham est un universitaire, professeur à l'Université de Birmingham, et auteur de nombreuses publications sur les politiques de santé. Il dirige la *Strategy Unit* du ministère de la santé de 2001 à 2004.

3. Les membres de la *Strategy Unit*

Recrutés par Simon Stevens et Chris Ham, soit directement de l'université ou extérieurs au gouvernement, ces hommes illustrent parfaitement l'exercice du « brainstorming collectif » qui fut le style de la *Strategy Unit* du ministère de la santé.

4. Les « metteurs en œuvre » (Ian Dodge, Julian Le Grand, Paul Corrigan)

Tous trois furent conseillers pour la santé auprès du Premier Ministre (Paul Corrigan fut également conseiller pour le Secrétaire d'Etat à la Santé avant de s'installer au 10, Downing Street), mais arrivèrent en poste après la période de transition clé de 1999-2002.

- Julian Le Grand, professeur à la *London School of Economics*, succéda à Simon Stevens comme conseiller en grande partie grâce à sa réputation académique comme théoricien du « choix » dans les services publics. Il souligne qu'une fois à Downing Street, il s'est retrouvé à mettre en œuvre des politiques avec lesquelles il était entièrement d'accord mais qu'il n'avait pas lui-même élaboré.
- Ian Dodge est une exception dans ce groupe, puisqu'il est fonctionnaire de carrière du ministère de la santé. Interrogé pour cette recherche, il attribue son recrutement auprès de Tony Blair au fait que celui-ci et son entourage en étaient arrivés à la conclusion que « la santé avait été dépolitisée » et qu'ils avaient besoin d'un technocrate pour « pour assembler les morceaux ». (« *to finish up the bits and pieces* »)
- Paul Corrigan fut recruté par le ministère de la santé et ensuite au 10 Downing Street malgré son manque d'expérience dans le domaine des politiques de la santé parce qu'il bénéficiait, comme consultant, d'une réputation d'expert en changement des grandes organisations (surtout au sein de l'administration locale).

Ian Dodge et Paul Corrigan, lorsque nous les avons interrogés, ont insisté sur la culture organisationnelle, l'éducation, et la persuasion plutôt que sur les cibles et les incitations. Tous deux représentent la transition d'une relation très conflictuelle entre l'équipe des décideurs proche de l'exécutif, d'une part, et l'administration et la profession médicale, d'autre part, vers la recherche de partenaires et d'alliés dans le processus de mise en œuvre.

Le rôle des dirigeants politiques, au niveau programmatique, semble consister essentiellement à permettre ces évolutions. Ils ont créé et défendu un espace au sein duquel les acteurs programmatiques ont pu agir à l'abri des attaques politiques. Rien ne permet d'affirmer, cependant, qu'ils ont (à l'exception de Milburn, comme nous l'avons souligné précédemment) contribué substantiellement au contenu de la politique suivie.

Pour beaucoup d'individus, même très haut placé, on constate une tendance claire à recruter davantage pour un talent général que pour des connaissances pratiques détaillées du secteur. Même les quelques exceptions à cette règle, qu'il s'agisse de professionnels hospitaliers ou d'administratifs du secteur de la santé, ont été recrutés précisément à cause de leurs idées et, loin de représenter l'orthodoxie de leur milieu d'origine, sont considérés comme des innovateurs. La « proximité » politique au gouvernement du New Labour ne semble pas avoir joué un rôle particulièrement important dans le recrutement.

En gardant cela à l'esprit, il est intéressant d'examiner la question du recrutement dans l'autre sens. Il est frappant de constater que, pour la plupart des personnes appartenant aux groupes 2 à 4, le temps passé au gouvernement n'a été qu'une parenthèse dans leurs carrières. Parmi ceux qui ont choisi de rester, la plupart étaient des « outsiders » quand ils ont été recrutés, soit directement de l'université ou après un très court passage au ministère. Très peu d'entre eux ont quoi que ce soit de commun avec le profil « français » du haut fonctionnaire de carrière.

La plus claire explication des motivations de ces acteurs est exprimée ainsi par un membre du *Council of Economic Advisers* du Ministre des Finances, faisant partie lui-même du groupe qu'il décrit :

« You have to understand that, in the mid-1990s, Tony Blair was able to attract talent almost without regard to ideological affiliation. For young, ambitious people interested in policy, he seemed like the best hope for gaining influence. »

Le style de gouvernement particulier de Tony Blair servait de lien entre l'« offre » de jeunes hommes brillants et la demande, non pas tant d'experts confirmés en politique publique, que de penseurs innovants.

« Blair likes to govern through 'Sherpas' high-level advisors loyal to him whether they are formally part of his staff or in a ministry, whose job is to give directives and then hold ministers and senior civil servants to account.²⁸ »

Il est important de noter que les « sherpas » de Blair étaient supposés choisir pour eux-mêmes le chemin de leur ascension. Ils fournissaient des idées et pas seulement un soutien logistique.

. Les lieux d'élaboration programmatique

Trois lieux institutionnels ont servi de base à ces hommes. Il est significatif que ces trois lieux soient des créations ad hoc des membres du gouvernement.

- La *Strategy Unit* du Ministère de la Santé.

D'un point de vue conceptuel, la *Strategy Unit* fut l'endroit le plus important pour l'élaboration de la politique, et, au moins pendant une période, le lieu de surveillance de la mise en œuvre de la réforme. Elle fut créée par Allan Milburn

²⁸ Entretien, 2007.

pendant son mandat de Secrétaire d'Etat pour constituer un forum pour Simon Stevens et Chris Ham, au sein duquel ils recrutèrent un petit groupe de jeunes analystes. Elle fut initialement imaginée comme un lieu de réflexion et de créativité, libre de toute responsabilité administrative ou de supervision. Selon un de ses membres fondateurs :

« The strategy unit was formed largely by Allan Milburn and Simon Stevens, because they were frustrated by the advice they were getting from officials. They really wanted people to come in and challenge what officials were saying ; think innovatively ; come up with quite challenging ideas. [...]. They wanted people to sit down, think long and hard, look at the research evidence, and then come up with these ideas. The Unit at that time was run by Chris Ham. There were about 4 or 5 of us. We worked with ministers and top officials in the Department of Health and with No. 10, so we continued a close relationship with special advisors like Simon Stevens and Julian Le Grand later on. »²⁹

Un membre qui l'a intégrée un peu plus tard décrit cette structure dans des termes similaires :

« The Strategy Unit set up by Simon Stevens for Alan Milburn to generate a degree of contestability on policy advice within the civil service. I think they were quite concerned that they got one 'golden stream' of policy advice that wasn't always imaginative. They wanted to get a little bit of outside opinion on that. Milburn was a secretary of State who was intellectually very confident and was prepared to hear several points of view and then make up his own mind. [...] The unit was meant to be a "flat" structure – bright motivated people with ideas, a resource that would be accountable to Milburn and Stevens and would work on things that they were asked to work on. They would have high-level access to meetings and information, and were given the 'run of the playground. »³⁰

La *Strategy Unit* fut d'abord chargée de rédiger une première version des deux documents clés de la réforme Blair : le *NHS Plan* (2000) et *Delivering the NHS Plan* (2001). Depuis 2002, et le départ de ses trois membres fondateurs (Milburn, Stevens et Ham), elle s'est davantage orientée vers le contrôle et la mise en œuvre.

-L'équipe personnelle du Premier Ministre et la *Delivery Unit*.

Créée par le second gouvernement Blair (à partir de 2001), la *Prime Minister Delivery Unit* (PDMU) n'était pas une cellule d'élaboration de la politique, mais davantage un comité de surveillance indépendant de la mise en œuvre. Selon un ancien conseiller spécial :

« The task of the Prime Minister's Delivery Unit is to hold departments to account for their promises. Each department had a set of targets, waiting list targets for example, to bring down waiting lists by a certain time. What the PMDU would do is monitor progress toward those targets. Every two or three months or so, the Prime Minister would have what they called a "stock-take." The Secretary of State for

²⁹ Entretien, 2007.

³⁰ Entretien, 2007.

Health would be called in to the Cabinet room together with his or her officials, and the PM and I and the PMDU would hold the Department to account for meeting its targets. The PMDU would make a presentation about progress so far and the PM, briefed by me, would question the Secretary of State. They were quite challenging events. I was able to use the PMDU, which did have analytic capacity, to check up not only on the Department's ability to meet the targets but also to check on its ability to drive through these reforms.³¹ »

-Le Ministère des Finances : les *spending units* et le *Council of economic Advisors*.

Dirigé par Gordon Brown, le Ministère des Finances a également joué un rôle important dans l'élaboration de la politique et son analyse. Au centre de cette mission se trouve la cellule générale du *Council of Economic Advisors*, qui ne se limite pas au secteur de la santé (ni aux problèmes économiques). Comme l'exprime un haut fonctionnaire plus proche du Premier Ministre que du Ministre des Finances :

« This particular chancellor took a much more direct role in public sector reform. This was possible since every issue of this sort does have budgetary implications. The Council of Economic Advisors are people whom I considers to be at my own level. These are people in from the outside with independent intellectual and professional authority.³² »

Le conseil n'était pas seulement un *think tank*. Selon un de ses membres : *« In practice, Treasury has taken policy positions and sought to enforce these through control of budgets. »*

En plus de cette cellule générale, le ministère des Finances possède des cellules spécialisées (« *spending units* ») sur les principaux domaines de politique publique, donc aussi pour la santé, dont la fonction est de contrôler budgétairement la politique et d'établir des objectifs, pour des enjeux à dimension interministérielle. En pratique, cela passe par des accords de service public (« *public service agreement* »), négociés avec les différents ministères concernés et contenant, à la fois, des objectifs de politique publique et des indicateurs spécifiques. À la différence du *Council of Economic Advisors*, il ne s'agit pas d'une cellule *ad hoc* mais d'une structure traditionnelle de l'administration du Ministère des Finances.

Même en prenant en compte le rôle de mise en œuvre et d'application de cellules comme le PDMU ou les *Spending Units* du Ministère des Finances, l'absence d'effort initial pour établir des contrôles bureaucratiques de commande et contrôle est patente. Implicitement, les réformateurs du gouvernement Blair dépendaient, pour mettre en place les réformes, du professionnalisme de la fonction publique qui avait systématiquement été exclue de la formulation de ces dernières. Ceci conduisit à des problèmes prévisibles – dus à la fois à la résistance et à la mauvaise

³¹ Entretien, 2007.

³² Entretien, 2007.

compréhension par l'administration— qui font aujourd'hui l'objet de mesures tardives de réparation.

Conclusion

En replaçant le cas anglais dans une perspective comparative, il est clair que les acteurs programmatiques des réformes du NHS ne possèdent pas la stabilité de carrière de long terme qui caractérise leurs homologues français, ou même allemands. Leur influence dépend fortement du soutien actif des dirigeants politiques du gouvernement Blair (Blair, Brown, et au cours de la période critique de 1999 à 2003, Milburn).

Cependant, cette recherche montre que la dépendance à l'égard du patronage et de la protection par des dirigeants élus n'a pas, dans ce cas, réduit l'autonomie des « leaders programmatiques » et des collaborateurs recrutés au sein de la *Strategy Unit* du ministère de la santé, qui forment une équipe programmatique. Collectivement, ce groupe semble posséder les attributs clés que nous avons identifiés pour les acteurs programmatiques en général : l'accès direct aux leviers du pouvoir, et l'identification consciente à un ensemble cohérent d'idées programmatiques.

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

Les acteurs importants du changement programmatique forment une petite communauté d'experts en politique publique liés les uns aux autres, non pas par des liens personnels ou par des affiliations politiques pré-existantes, mais par un engagement commun en faveur d'un ensemble d'idées renvoyant à une conception de la santé comme « quasi-marché » (« marché social » ou « marché administré » seraient deux noms tout aussi appropriés)³³. Ce modèle s'oppose à la fois au

³³ Il faut souligner qu'alors même que l'importance des incitations matérielles privées dans le comportement des fournisseurs de service public est un élément central du cadre conceptuel proposé par les acteurs programmatiques britanniques, il ne semble pas leur être venu à l'esprit d'appliquer une analyse similaire à leurs propres actions. Les motivations, avancées lors des

compromis entre étatismes et corporatisme qui constituait l'approche orthodoxe du NHS avant 1979 et aux réformes calquées sur l'idée d'un marché pur et parfait souhaitées par les plus radicaux promoteurs du Thatchérisme des années 1980. Les principaux promoteurs en sont des hommes comme Simon Stevens, Julian Le Grand et Paul Corrigan.

En reprenant une des catégories phare de la science politique anglo-saxonne, cette dynamique peut être comprise comme une version bienveillante de la relation « *principal-agent* ». Dans ce cas, le « *principal* » (Tony Blair et dans une moindre mesure Gordon Brown) reconnaît explicitement l'asymétrie d'information en faveur de son « *agent* » (les conseillers) et exige de leur part, non pas l'adhésion à un contenu spécifique de politique publique (pour lequel le principal n'a pas de préférence claire), mais une loyauté personnelle et politique et, plus important encore, la production d'améliorations visibles (et mesurables) sur des indicateurs sensibles comme les temps d'attente, les taux de survie dans des conditions spécifiques, etc. Toute l'ironie de ce processus est que pour assurer des améliorations sur le court terme des indicateurs (les cibles, « *targets* »), les réformateurs ont mis en place un changement programmatique majeur dont l'influence sur l'architecture institutionnelle du NHS se fera sentir pendant de nombreuses années.

Ce faisant, les réformateurs ont d'abord agi, dans une large mesure, seuls. En dépit de la centralité de concepts comme la décentralisation, la régulation à distance, et même un certain degré de concurrence de marché, la méthode selon laquelle ces principes programmatiques ont été définis et défendus est essentiellement verticale. Les participants eux-mêmes le reconnaissent volontiers, comme en témoigne un d'entre eux : « *Ironically, making the transition to a model with less direct control requires more control in the short term.* »

Mais cette contradiction pose problème au niveau de mise en œuvre de la politique publique. Nous l'avons vu, les fonctionnaires du Ministère de la Santé et du NHS, tout comme la profession médicale elle-même ont été considérés, dans la première phase de la réforme, au mieux, comme des non-participants et, au pire, comme des opposants actifs à la réforme. En particulier en ce qui concerne la profession médicale, on se dirige lentement vers une dynamique plus coopérative. Ceci est dû en partie à la prise de conscience générale qu'elle est nécessaire pour que les réformes durent. En outre, il semble y avoir un effort des deux côtés pour combler le fossé entre les réformateurs et la communauté des professionnels. Le changement de vocabulaire des conseillers pour la santé, passé des « incitations » et des « cibles » à la « culture » et aux « encouragements » est apparu clairement au cours des entretiens menés avec eux. La clé, pour ces hommes, semble consister à

interviews, pour justifier leur décision d'interrompre une carrière dans l'industrie, la médecine ou l'université, soulignent le désir de « faire la différence » - d'exercer l'autorité, en d'autres termes.

faire évoluer le NHS d'une culture de « l'impuissance apprise » selon laquelle la seule chose importante est l'obéissance au centre, à une culture de l'incitation et de l'innovation. Dans cette perspective, il était important d'engager activement, au moins, les éléments de la profession les plus ouverts au changement. En ne le faisant pas, « nous avons créé de l'opposition inutilement ». Afin d'éviter de répéter cette erreur, « il faut entrer dans cette culture... il faut pouvoir parler aux médecins d'une manière qu'ils écouteront ». Du chemin a donc été parcouru depuis des affirmations telles que « *Governement will take responsibility for clarifying which treatments work best* » (*A First-Class Service*, 1999).

Une meilleure façon de faire peut être de trouver des partenaires appropriés, comme ce fut le cas pour les *National clinical frameworks* négociés avec des médecins et des associations médicales favorables à la réforme comme la *NHS Alliance* - une organisation autonome à la lisière du milieu professionnel (« *on the edge of a culture but part of it* »)- et, pour cette raison, des agents idéaux du changement. L'enjeu est aussi de trouver les bonnes incitations, qui ne sont pas toujours les incitations financières. Dans le cas des *Foundations Trusts*, par exemple, un membre de la *Strategy Unit* souligne que les cadres des hôpitaux de pointe voulaient être vus comme des précurseurs (« *leading the envelope* ») en participant à la première vague de réforme. « *C'était un problème d'égos* ».

Bien que moins optimiste sur beaucoup des détails de la réforme, la profession médicale à travers ses représentants semble être prête, au minimum, à accepter la réforme à moitié – c'est-à-dire à accepter ses principes de bases en échange de sa participation et d'un dialogue. Cela est bien moins clair en ce qui concerne la fonction publique. Cette recherche ne nous permet pas d'émettre une conclusion définitive sur ce point, mais il semble qu'il y ait encore une résistance considérable. Quelle que soit l'origine du changement programmatique intervenu dans le NHS anglais, celui-ci n'est certainement pas issu d'une révolution bureaucratique (Scott, Le Galès, à paraître). Ironiquement, alors que les réformes du gouvernement Blair étaient destinées – et pourraient bien avoir réussi – à rétablir la centralité de l'Etat dans le secteur de la santé après les attaques des années Thatcher-Major, une des premières sources d'opposition à cette recentralisation trouve sa source au sein de l'Etat lui-même, c'est-à-dire de l'administration. C'est bien au sein même de l'Etat que sont menées les principales luttes autour de la réforme.

Bibliographie

- Cambridge Economic Policy Associates. (2003). *Foundation Trusts and the New NHS Architecture*.
- _____. (2005). *NHS Reform, Will it Deliver the Desired Health Outcomes?*
- Campbell A., Zeichner D. (2001), « Partners in Power », *Fabian Review*
- Chief Medical Officer (2001), *The Removal, Retention, and Use of Human Organs and Tissues from Post-mortem Examinations*, Londres, Department of Health
- Corrigan, P. (2005), *Registering Choice: How Primary Care Should Change to Meet Patient Needs*, Social Market Foundation
- _____. (2005), *Size Matters: Making GP Services fit for Purpose*, New Health Networks
- Department of Health (1997), *The New NHS – Modern, Dependable*
- Department of Health (1998), *A first-Class Service: Quality in the New NHS*
- Dolowitz D. et al. (2000), *Policy Transfer and British Social Policy. Learning from the United States ?*, Buckingham, Open University Press
- Ham, C. (2004), *Health Policy in Britain*, Londres, Palgrave
- Kennedy I. (2006), *Learning From Bristol : Are We ?*, Healthcare Commission.
- Le Grand, J. (1998), *Learning from the NHS Internal Market*, Londres, King's Fund
- _____. (2006). *Motivation, Agency, and Public Policy*, Oxford, Oxford University Press
- Salter B. (2004), *The New Politics of Medicine*, Londres, Palgrave
- Scott A., Le Gales P. (à paraître), « Une révolution bureaucratique britannique ? », *Revue Française de Sociologie*
- Stevens, S. (2004), « Reform Strategies for the English NHS » *Health Affairs* 23(1)
- Stevens, S. (2005), « The Truth is out There? », *Public Finance*, 10

Entretiens (postes occupés en juin 2007)

- Anne Black: Labour Party National Policy Forum
- Carol Black (Prof.): Ancien Président du Royal College of Physicians
- David Haslan (Prof.): Président du Royal College of General Practitioners
- Daniel Murphy: Healthcare Commission
- Daniel Zeichner: UNISON and Labour Party National Policy Forum
- Ian Dodge: Department of Health (ancien conseiller santé du Premier Ministre)
- John Hall: Chef de la Health Spending Unit, Treasury (ancien membre de la Department of Health Strategy Unit)
- Julian Le Grand: LSE (Ancien conseiller à la santé auprès du Premier Ministre)
- Kevin Baron, Membre du Parlement: Président du Comité Parlementaire à la santé
- Paul Corrigan: Conseiller du Premier Ministre à la santé (ancien conseiller spécial du Secretary of State for Health)
- Rachel McIlroy: Trade Union Congress
- Stephen Dunn: Department of Health, Strategy Unit

Richard Taylor,(Dr.) Membre du Parlement, Parliamentary Committee on Health
Simon Stevens: ancien conseiller du Premier Ministre à la santé, ancien conseiller
spécial du Secretary of State for Health
Stuart Wood: Treasury, membre du Council of Economic Advisors
Tim Wilson (Dr.): Ancien membre du Department of Health Strategy Unit