

Note rapport CNRS

« Diffusion de la concurrence et redéfinition de la protection maladie. Le cas espagnol »

William Genieys
(Chargé de recherche / CEPPEL)

Les présentes parties du rapport de recherche sont rédigées dans un ordre chronologique du point de vue du processus historique de transformation globale du système de protection de santé en Espagne.

Précisons d'entrée de jeu que le cas espagnol revêt une singularité forte par rapport aux autres pays étudiés dans ce rapport. En effet, c'est le seul terrain retenu où le changement dans les politiques publiques doit être pris en compte à travers le processus plus global du changement de régime. La succession de conjonctures politiques particulières comme celle de la transition démocratique et de la consolidation démocratique ne sont pas sans effets sur la formulation de nouvelles politiques (Genieys, Hassenteufel, 1997). Dans cette perspective, nous avons montré qu'en Espagne, c'est au début des années quatre-vingt, durant la période de consolidation des institutions démocratiques, que de nouvelles politiques publiques s'institutionnalisent. Le secteur de la santé et plus particulièrement celui de la protection maladie n'échappe pas à ce constat. Bien au contraire, le processus de réforme de la protection maladie en Espagne est construit à partir d'une double dynamique :

— la première tient à l'héritage d'une forte logique d'autonomie sectorielle au sein de l'appareil d'Etat que la politique de couverture universelle ne remettra en cause que partiellement¹ ;

— la seconde dynamique relève de l'invention institutionnelle comme l'atteste le processus de dévolution de ces compétences sectorielles dans le domaine des compétences d'action publique des Communautés autonomes².

Ces deux dynamiques loin de s'exclure se chevauchent tellement (au sens de *overlap*) dans la réalité empirique depuis l'institutionnalisation de « l'Etat des autonomies » (Genieys, 1997), qu'elles ont conduit à la construction d'un système de protection sociale « hybride » et multi-

¹ Une des caractéristiques de l'organisation de l'appareil d'Etat franquiste réside dans une forte « compartimentation » des secteurs d'activité (Gunther, 1996).

² Il est intéressant de noter que le processus d'octroi des compétences aux Communautés Autonomes ne joue pas seulement qu'en matière de représentation politique, mais aussi pour certains secteurs de l'activité étatique. Rappelons à ce propos que la *Ley de Coordinación Sanitaria*, approuvée par le gouvernement de la Seconde République en 1934, évoquait déjà cette question, (Rico, 1998, p. 133).

niveaux, fortement contingent des rapports politiques qu'entretiennent le centre et ses périphéries. Ce n'est qu'au terme de ce détour que nous pourrions mettre en perspective le rôle de la Catalogne dans la diffusion de la concurrence et la redéfinition de la protection maladie. En effet, si la mise en

concurrence est portée aujourd'hui avec un certain succès par les acteurs politiques catalans, alimentée par les économistes de la santé, celle-ci n'est intelligible qu'à travers une logique de démarcation avec le centre (Madrid).

1/ Le système de santé en Espagne : la mixité et la concurrence dans l'héritage franquiste.

S'il s'agit pour nous de développer l'hypothèse selon laquelle la politique de libéralisation du système de protection sociale est liée en grande partie au changement de régime politique, il ne faut pas sous estimer pour autant les contraintes inhérentes à l'héritage franquiste. Dans une perspective plus « continuiste » que « rupturiste », la politologue Ana Guillen nous incite à analyser la construction politique du système de santé espagnol à travers le prisme de la continuité pour comprendre la tension qui existe entre les stratégies d'importation et d'hybridation du modèle britannique du NHS en Espagne (Guillen, 2000). L'originalité de l'auteur consiste à inscrire ce processus dans la moyenne durée historique car « En Espagne, on connaît parfaitement et ce depuis les années quarante le modèle implanté par *Beveridge* en Grande-Bretagne, mais les tentatives qui ont essayé de l'introduire ont simplement été rejetées » (*ibid.*, p. 220).

Cette approche nous permet d'éviter le piège des analyses diffusionnistes qui occultent généralement la dimension historique, et qui surévaluent les effets du tournant néo-libéral de la fin des années 1980³. Ainsi, l'imposition depuis 1986 du modèle de couverture universelle en matière de protection sociale doit être relativisé. Toutefois, une telle approche ne doit pas nous faire perdre de vue le rôle particulier récemment joué par les communautés autonomes, notamment la Catalogne, dans la production de nouveaux référents d'action publique dans le secteur de la protection maladie.

Une rapide mise en perspective historique montre que tant du point de vue du financement de la gestion que de la couverture, il existe des réticences au sein de la société espagnole quant à l'accentuation du rôle de la sphère publique. En effet, contrairement à une idée reçue qui tend à faire voir le régime autoritaire comme celui qui se structure sur la base d'un Etat omnipotent en matière de *Welfare*. La participation de l'Etat franquiste au financement du système de santé publique reste très faible (Guillen, 2000). De même, le système de sécurité sociale mis en place à partir des années soixante dépend pour les cotisations des entrepreneurs et des salariés et, pour la gestion de l'I.N.I (Institut National de l'Industrie). Ainsi, la délégation de la gestion comme l'usage du critère du travail pour accéder au système montre bien le niveau limité de l'intervention étatique (de Miguel, 1979). Par ailleurs, s'il existe un domaine où l'héritage est prégnant c'est celui de la « culture de la prévision sociale » qui fut initié sous le *tardio franquismo* par l'Institut National de la Prévision (INP), et qui permettra notamment à l'Espagne jusqu'alors hors de l'Union politique européenne d'intégrer plus facilement la nouvelle donne politique (Guillen, 2000, p. 216)⁴.

³ L'auteur explique aussi que « la conception du rôle de l'Etat comme coordinateur et superviseur de l'offre des prestations sociales et non comme le *provider* universel direct dans ce domaine, montre aussi les limites à l'adoption d'un modèle de santé similaire à celui de la Grande-Bretagne ou de la Suisse », (Guillen, 2000, p. 220).

⁴ L'auteur souligne le rôle important des techniciens de l'INP qui ont participé à la construction de cette « culture de la prévision ». Ce sont ces élites qui se trouvent à la base du développement du système de sécurité sociale à l'espagnole tout en prenant en compte les contingences des conventions internationales en la matière. Dans une

Enfin, le dernier domaine d'héritage de l'ancien régime réside dans la « compartementalisation » du système de protection sociale en fonction des branches d'activités professionnelles. Si la loi générale sur la santé de 1986 inscrit comme principe évolutif la couverture universelle basée sur l'impôt progressif, il existe aujourd'hui des îlots d'exception (Guillen, Cabiedes, 1998, p. 197). L'exemple des fonctionnaires espagnols est fortement significatif comme nous le fait remarquer un haut fonctionnaire du secteur de la santé en Catalogne :

« L'exemple le plus intéressant est celui des fonctionnaires d'Etat (environs 2 millions d'agents) qui ont aujourd'hui la possibilité de choisir leur provider privé. Seul, les fonctionnaires peuvent être affilié à une compagnie privé (hors sécurité sociale). C'est une particularité héritée du franquisme »⁵.

En effet, ces derniers sont couverts par le système mutualiste MUFACE et ils ont le choix entre le secteur privé et le secteur public pour ce qui concerne leur couverture complémentaire⁶. Il en va de même pour les populations qui traditionnellement relèvent de l'assistance publique (*Beneficiencia*). Ces populations restent toujours sous un régime de sécurité sociale dérogatoire. De plus :

« Une autre particularité du système espagnol réside dans le fait que les grandes entreprises investissent pour se doter de leur propre service de santé »⁷.

Cette mixité (qui peut être perçu aussi comme un indicateur de la concurrence) est accentuée au sein de certaines périphéries lors de la mise en œuvre de la nouvelle politique de protection sociale dans les années quatre-vingt-dix. Ainsi, le directeur de l'Institut *Universitari de Salut Publica de Catalunya* (IUSP) déclare :

« la loi d'organisation de la santé en Catalogne a constitué un moyen intelligent de gérer l'héritage du système franquiste et la modernisation européenne, car pour ce qui relève du particularisme beaucoup de bases étaient jetées. En effet, la mixité du système de sécurité sociale provient en grande partie de là. C'est-à-dire une couverture universelle publique parfois déficiente et une couverture sociale privée. L'exemple le plus marquant est celui du système d'hospitalisation qui n'est ni vraiment public, ni vraiment privé. Cela est incompréhensible si l'on ne sait qu'originellement l'église et les sociétés de bienfaisance avaient leurs propres hôpitaux »⁸.

Les professionnels du secteur de la santé au sein de certaines périphéries (la Catalogne constituant l'exemple le marquant) reconnaissent de façon implicite que le processus de dévolution des compétences en matière de santé et de protection sociale était inscrit dans la constitution de 1978 (article 149.1.17°) pour certaines communautés autonomes⁹. Ainsi, c'est à

perspective comparée, cela ne va pas sans nous rappeler le rôle de l'élite du *Welfare* à la française (Hassenteufel, dir., 1999).

⁵ Entretien.

⁶ Le sociologue Jésus de Miguel a analysé les effets socio-politiques de cette spécificité lors du processus de transformation du système de protection sociale hérité de la période franquiste. La MUFACE (Mutuelle Générale des Fonctionnaires Civils) jouant un rôle particulier en se dotant d'un système hospitalier autonome (de Miguel, 1979).

⁷ Entretien.

⁸ Entretien.

⁹ Sur ce point particulier, on peut observer toute la problématique et la complexité du nouvel édifice constitutionnel dont se dote l'Espagne à partir de 1978. En effet, un certain nombre d'articles (41 et 43) affirment que l'assistance

travers un jeu complexe entre le centre et les périphéries que le système de protection sociale s'est construit dans l'Espagne post-franquiste. La question de la diffusion de la concurrence comme un élément de redéfinition de la protection maladie en Espagne ne peut être alors appréhendée dans une terminologie comparatiste qu'en tant que variable dépendante. Dès lors, il s'agit de montrer comment la transformation des rapports politiques entre l'Etat central et certaines communautés autonomes agissent comme des fenêtres d'opportunité (*oportunidades windows*) facilitant ou non l'introduction de la concurrence dans le système de protection maladie espagnol.

2/ Le système de protection sociale à travers le prisme des rapports centre et périphéries.

Pour bien comprendre ce processus, il est nécessaire de restituer le contexte et les règles du jeu qui ont conduit à une « régionalisation »¹⁰ du système de santé espagnol depuis 1975 (Rico, 1998a et b). Rappelons que le processus de transformation structurelle de l'Etat espagnol se joue avant tout sur le terrain du politique (Genieys, 1997). C'est dans le contexte de la transition démocratique que les élites politiques responsables du processus d'élaboration de la Constitution acceptent les revendications régionales d'auto-gouvernement. La solution politique apportée à la question de l'autonomie politique de certains territoires a conduit à la construction constitutionnelle d'une structure d'Etat très décentralisée, pour répondre aux revendications politiques basques et catalanes. Ces entités territoriales ont été définies comme des « communautés autonomes » et ont obtenu d'importants (bien que variables) transferts de pouvoir¹¹. Dans le domaine des services de santé, les différences constitutionnelles dans la répartition des pouvoirs entre les CA « spéciales » et « standards » sont particulièrement importantes (Rico, 1998b, p. 143).

Quatre « régions historiques » ont obtenu les pleines compétences dans le domaine de la santé : l'Andalousie, le Pays basque, la Catalogne et la Galice. Ultérieurement la Navarre, la région de Valence et les îles Canaries se sont vues également octroyer ces droits par délégation du gouvernement central. Les autorités sanitaires centrales conservent toutefois des pouvoirs exclusifs en matière de financement, de redistribution territoriale, de contrôle et de coordination, ainsi que de définition des objectifs généraux via des lois nationales de base. De plus, l'Etat central a conservé le pouvoir de décider des modalités du transfert de compétences. Par conséquent la décentralisation s'est effectué au cas par cas en fonction des difficultés survenant dans les négociations entre les autorités politiques régionales et le gouvernement central¹². Par

sanitaire et la protection santé sont des compétences de l'Etat central pour les grandes orientations, mais il est reconnu plus loin que la gestion doit être décentralisée. C'est donc au terme d'un processus de négociation politique ou l'arbitrage du Tribunal Constitutionnel a été prépondérant que le système s'est formalisé. Sur ce point voir la thèse d'Ana Rico (1998, chapitre 3, pp. 123-222).

¹⁰ Nous employons ici le terme de « régionalisation » pour faciliter la compréhension pour le lecteur français. Car en Espagne cette question s'est posé en d'autres termes autour de la reconnaissance de « nationalités historiques » (Catalogne, Pays basque et Galice dans un premier mouvement) et surtout s'est traduit par la reconnaissance d'une « autonomie politique différenciée » à certains territoires (Genieys, 1998, pp. 12-14).

¹¹ En effet, la Constitution de 1978 reconnaît deux types de Communautés Autonomes : les Communautés Autonomes « spéciales » (correspondant aux « régions historiques » ayant les revendications d'auto-gouvernement les plus fortes / la Catalogne, le Pays basque, la Galice, et l'Andalousie qui suite à une forte mobilisation politique a pu accéder à ce type de statut) et les Communautés Autonomes « standards » (Genieys, 1997).

¹² Il est intéressant de souligner la temporalité et les rapports politiques qui sont sous-jacents au processus de dévolution des compétences dans le domaine de la santé. En effet, à l'exception de la Catalogne qui obtient le transfert des compétences dès 1981. Pour les cinq autres régions (Andalousie, Pays basque, Valence, Navarre et Îles Canaries), le transfert de compétences s'est effectué après l'entrée du parti socialiste dans les gouvernements

contre les dix communautés autonomes standards ne disposent de compétences reconnus constitutionnellement dans le domaine des services de santé, si ce n'est dans les domaines annexes de la prévention, de la santé publique et de l'hygiène. Ces paramètres ont une double conséquence sur le processus de diffusion de la concurrence et de la redéfinition de la protection maladie en Espagne :

— la première provient du fait que la différence, tant en termes de répartition des compétences que de temporalité dans le transfert, ont rendues impossibles toute tentative de pression régionale conjointe sur les politiques publiques portées par le gouvernement central ;

— la seconde réside dans la stratégie de différenciation en matière de politique, fortement prononcée dans une région comme la Catalogne, qui se traduit par l'introduction d'un modèle de concurrence particulier (voir nos développements infra sur le cas catalan).

a/ Transition démocratique et trajectoire d'importation du modèle du NHS britannique (I) : une hybridation inachevée.

Ce dernier point mérite d'être approfondi car il permet de comprendre la logique d'introduction de la concurrence dans le système de protection maladie en Espagne, mais aussi d'en saisir la forme particulière. Rappelons tout d'abord que dès les années soixante-six des grèves, menés par des jeunes médecins de tendances communiste ou socialiste, ont éclaté dans certaines régions périphériques et qu'elles ont lié les revendications sectorielles pour la socialisation de la santé à des revendications d'autonomie politique. C'est notamment au sein de la périphérie catalane qu'émerge alors une élite sectorielle qui prône l'adoption du modèle britannique de service national de santé et d'une importante décentralisation des pouvoirs de gestion de la santé au profit des régions¹³.

De plus conformément à une tactique particulière aux élites catalanes (et aussi des basques) l'instauration précoce du gouvernement autonome en 1977 (un an avant que la Constitution de 1978 ne le reconnaisse et que les premières compétences en matière de santé ne soient transférées en 1979) a donné plus de deux ans aux experts pour préparer le projet de réforme et de jouer les premiers rôles dans le débat national sur la politique de santé¹⁴. Cette situation emblématique du passage de la transition à la consolidation des institutions démocratiques se caractérise par une dynamique conflictuelle dominante dans les rapports centre/périphérie. Elle provient, d'une part, des tentatives des représentants politiques basques et catalans pour accroître leurs compétences par rapport au centre en l'absence de loi-cadre nationale et d'autre part, à cause des tentatives concomitantes du centre pour imposer hiérarchiquement ses prérogatives de coordination et de planification aux dépens de l'autonomie des gouvernements des Communautés Autonomes

régionaux (le PSOE étant au gouvernement central de 1982 à 1995). En revanche, la Galice gouvernée par le Parti Populaire, n'a obtenu de pouvoirs matière de santé qu'en 1990, après de longs conflits juridictionnel avec le gouvernement central (Rico, 1998a).

¹³ Ce projet émerge d'abord en Catalogne, où il existe une longue tradition de médecine sociale et de réformateurs de la santé (de Miguel, 1979).

¹⁴ Dans son étude sur le processus de décentralisation et de réforme sanitaire en Espagne Ana Rico montre bien le rôle des élites sectorielles catalanes dans la mise en œuvre de nouvelle politique sectorielle. En effet, les experts catalans (PSUC) au gouvernement de la Généralité de Catalogne (1977/80) ont d'abord exercé une forte pression sur le gouvernement central pour que la réforme de la santé soit à l'ordre du jour au Parlement. Ensuite, ils ont investi des postes décisionnels dans le ministère de la Santé lors de la nomination d'un ministre socialiste d'origine catalan en 1983 (Rico, 1998, p. 147).

(Rico, 1998, a).

Le conflit se trouve renforcé par les ambiguïtés de la Constitution de 1978 sur la question (cf., développement supra)¹⁵. Une bataille de décrets ayant pour objectif de régler les nouvelles règles du jeu entre le centre et les périphéries s'engage. Le tribunal constitutionnel va réguler la question à partir de 1983 en favorisant les tentatives du gouvernement central pour imposer une coordination hiérarchique aux régions autonomes. C'est dans ce contexte que le nouveau ministre socialiste, de la santé, Ernst Lluch, décide de lancer un débat public sur une première ébauche de la Loi générale sur la santé. Ce projet reprend les quatre grands objectifs débattu depuis la fin du franquisme sur cette dimension de l'activité de l'Etat :

- 1/ la séparation des services de santé du système de protection sociale, avec pour objectif central la fiscalisation ;
- 2/ l'introduction d'une couverture universelle en matière de santé étendue à tous les citoyens espagnols ;
- 3/ l'unification des différents réseaux de prestataires publics, ainsi que la clarification du rôle de l'important secteur des prestataires privés ;
- 4/ la promulgation des lois cadres nationales afin d'orienter le processus de régionalisation.

Le modèle proposé par la réforme socialiste s'inspire du Service national de santé britannique (*National Health Service*) : un accès universel et gratuit à un système de santé officiellement séparé du système de l'assurance sociale, financé par le budget de l'Etat, et des soins délivrés principalement par des prestataires publics. L'imposition d'une telle réforme suppose la nationalisation du secteur bénévole (héritage du franquisme et très fort dans certaines régions comme la Catalogne, la centralisation des responsabilités législatives, de planification financière, conjuguée à une décentralisation importante de l'administration et de la gestion à toutes les régions (Rico, 1998, a).

Ces propositions défendues par les socialistes jusqu'en 1985 sont acceptées par les communistes. De plus, les autres objectifs principaux, en dehors de la question de la répartition des soins entre le public et le privé, sont partagés par la plupart des partis politiques centraux. Seule la question de la répartition territoriale des pouvoirs a entraîné des désaccords importants entre les partis régionalistes de centre-droit basques et catalans et le parti socialiste¹⁶. Toutefois ce désaccord porte essentiellement sur le modèle plus global de mise en place institutionnelle des communautés autonomes.

Cependant, le problème de la fourniture publique/privé a entraîné de plus fortes controverses. Les partis de droite (UCD et AP) ont exercé une pression importante sur les socialistes au Parlement pour que les hôpitaux privés soient inclus dans le service national de santé tout en préservant les droits de propriété et la discrétion réglementaire. En outre, la profession médicale et l'opinion publique étaient toutes deux assez divisées sur ce sujet, même si, en général, elles

¹⁵ Entre 1981 et 1986, ce sont quelques 76 plaintes qui ont été déposées devant le Tribunal constitutionnel (43 par le gouvernement central et 35 par les autres CCAA, principalement les représentants basques et catalans).

¹⁶ Notons en accord avec Ana Rico qu'il existe au sein même des élites gouvernantes socialistes un conflit entre partisans du centralisme, aux positions jacobines pro-étatiques (PSOE) et les partisans d'une autonomie régionale, en particulier les partis socialistes basque et catalan (Rico, 1998, b, p. 149).

étaient favorables à un mélange de prestations publiques et privées.

Enfin, une contrainte de politique interne s'affirme au fur et à mesure que la réforme semble être mise sur l'agenda politique. En effet, les trois premiers aspects de la réforme impliquent une confrontation entre le ministère des Finances et le ministère des Affaires sociales, d'une part, et le ministère de la Santé de l'autre. Les premiers défendaient la nécessité de maîtriser les dépenses publiques et soulignaient l'incapacité des structures de l'Etat à entreprendre un tournant politique aussi ambitieux que la création d'un service national de santé. Cette position était conforme aux positions néo-libérales dominantes des socialistes vis-à-vis de la politique économique, ainsi qu'aux engagements internationaux issus de l'adhésion de l'Espagne à la Communauté européenne, négocié à la même époque que la réforme de la santé (Maravall, 1998). C'est donc dans ce cadre politique là que la loi sur la réforme de la santé est votée en 1986 par le Parlement espagnol.

b/ Consolidation démocratique et trajectoire d'importation du modèle NHS britannique révisité (II) : une hybridation renouée.

La mise en place de la réforme de santé est lancée par le deuxième gouvernement socialiste en 1987, dans un contexte d'expansion économique et de croissance des dépenses publiques. Toutefois, malgré ce contexte favorable le fait marquant va être la capacité d'inflexion de la politique de santé et de protection sociale espagnole par les élites politiques et sectorielles des communautés autonomes à forte identité nationale¹⁷. Outre la création du conseil inter territorial du système national de santé, les opportunités institutionnelles ouvertes par la complexité intrinsèque du processus de dévolution des compétences permettent aux CA d'affirmer leur capacité d'innovation en matière de politique sanitaire. Un des responsables de la santé publique en Catalogne nous rappelle cet aspect de l'évolution de l'implication de gouvernements autonomes dans les politiques sectorielles :

« Une première loi de 1981 attribue au gouvernement de Catalogne dans une compétence en matière d'assistance médicale, ce qui en fait la première région espagnole à sa voir reconnaître ce type de compétences. On peut remarquer que cette communauté autonome fut la dernière à exploiter les potentialités offertes par la loi-cadre de 1986 en votant la loi d'orientation pour la politique de santé en Catalogne en 1990 (LOSC)... (ce retard volontaire peut faire l'objet d'interprétation en termes d'analyse stratégique). La loi de 1990 pourrait être qualifié d'ingénierie sémantique tant il s'agissait de contourner la loi cadre de 1986 dans l'optique souhaitée par le gouvernement catalan de centre droit (CiU) tout en restant dans le cadre légal »¹⁸.

Ainsi, les nouvelles autorités sanitaires ont rapidement démontré leur capacité à répondre au défi de la mise en place de nouveaux dispositifs sectoriels en mettant en avant une capacité à introduire des innovations plus soutenues que celle de l'Etat central. C'est à travers cette dynamique que va se former le paradoxe central dominant la mise en place de la réforme de la santé en Espagne à partir des années 1990. Pour Ana Rico, ce changement de paradigme (le

¹⁷ Il faut souligner ici que les CA « historiques » comme le Pays basque, la Catalogne etc. arrive à infléchir le dispositif de politique mis en place par l'Etat central alors que les partis régionalistes qui les gouvernent n'ont pas de poids électoral significatif. Ainsi tout se passe comme si une majorité de l'opinion publique et une partie importante des élites politiques au niveau central avaient tendance à considérer ces options profondément divergentes comme légitimes d'un point de vue politique en raison de la coïncidence historique entre d'une part, centralisme répressif et gouvernements autoritaires et, d'autre part, décentralisation régionale et régime démocratiques.

¹⁸ Entretiens.

modèle de la NHS britannique première version) dans les politiques provient d'une convergence entre une contrainte externe et une contrainte interne : d'une part, un jeu de différenciation entre le centre et les périphéries (les Communautés autonomes) dans la mise en œuvre de politiques innovantes, et d'autre part, une inflexion au niveau européen du modèle social-démocrate de gestion du *Welfare* à partir de la diffusion des thèses néo-libérales (Jobert, 1994).

L'importation du premier modèle de NSH britannique d'inspiration « Beveridgein » va donc se trouver remise en cause alors même que la réforme générale de 1986 de la santé en Espagne l'avait à peine introduit dans une forme hybride. Le nouveau paradigme qui se développe s'effectue autour de la référence au principe de gestion des compétences (*managed competence*) formulé par Alan Enthoven à l'université de Stanford dans les années 1980. Originellement, ces politiques ont été mise en place en Europe par le gouvernement britannique à partir de 1989 par le gouvernement Thatcher sous le nom de réforme du « marché interne » (cf., la partie sur la GB du rapport ; Hayward, Klein, 1994). La proposition centrale, entraînant un changement politique majeur dans le secteur de la santé, consiste à maintenir un financement public et un accès universel, mais de séparer le financement, l'achat et la fourniture des services de santé, d'encourager la concurrence entre les prestataires et d'accorder un rôle étendu aux prestataires privés et aux techniques de gestion au sein du système national de santé.

C'est donc une version revisitée et néo-libérale du modèle NSH britannique (deuxième version) qui devient à partir des années 90 la référence en matière de paradigme pour les politiques publiques de protection maladie. Il est intéressant de noter que la logique de diffusion de ce nouveau modèle emprunte la même voie que le précédent. C'est-à-dire celle des élites sectorielles périphériques, en l'espèce les économistes de la santé des grandes universités catalanes telles que « *la Centrale (UB) et la Pompeu Fabra* »¹⁹. La tradition héritée qui consiste à faire de la Catalogne un laboratoire en matière d'ingénierie sociale se trouve ainsi réactivée. Mais, contrairement aux expériences précédentes, à l'exception de l'éphémère seconde République, les experts catalans vont pouvoir appliquer et promouvoir *in situ* (dans le cadre de l'autonomie politique) leurs idées avant d'essayer de les diffuser à l'ensemble du territoire espagnol (Lopez i Casanovas, Ortun Rubio, Murillo Fort, 1999). Ainsi, au même titre que les économistes d'Etat à la Française, les économistes de la santé catalan participent à la formulation d'un nouveau référentiel en matière de protection maladie fondée sur l'introduction de mécanisme de concurrence et introduisant la notion de « quasi-marché ».

C'est dans ce contexte européen d'adhésion progressive aux nouvelles idées que le Parlement de Catalogne vote en mai 1990, la loi catalane sur la réforme de la santé (*Ley de ordenacion sanitaria de Catalunya*, LOSC). Cette loi essaye de croiser les principes énoncés par la loi générale de 1986 avec les nouvelles idées de réforme comme la sous-traitance d'une partie de la fourniture publique à des hôpitaux privés (pour la plupart à but non lucratif), et en introduisant une concurrence accrue entre les divers prestataires publics. De même, l'application du droit privé aux principales institutions publiques responsables de l'élaboration et de la direction de la politique ainsi que l'introduction d'innovations en matière de gestion et d'organisation caractéristique du secteur privé est proposée (Rico, 1998, a). Outre un fort consensus au sein de la société catalane (regroupant les associations patronales, les syndicats, le corps médical et tous les partis politiques de l'opposition), cette caractéristique est le résultat d'une longue tradition d'investissement privé dans le domaine de la santé. Il convient de préciser que l'introduction de ces nouvelles idées en Catalogne est favorisée par des caractéristiques institutionnelles

¹⁹ Entretiens.

spécifiques du secteur catalan de la santé. Ainsi, les deux tiers des soins hospitaliers publics sont fournis par les hôpitaux privés à but non lucratifs²⁰. Pour résumer :

« la loi d'organisation de la santé en Catalogne a constitué un moyen intelligent de gérer l'héritage du système franquiste et la modernisation européenne... Dans cette perspective, elle a permis la création du service catalan de la santé (Servei Catala de la Salut) dont l'objectif consiste à responsabiliser les services de santé en matière de dépense(c'est nous qui le soulignons) »²¹.

Par ailleurs, ce changement de représentation dominante dans la politique de santé en Catalogne s'explique aussi grâce à la compatibilité entre les propositions libérales du parti Convergence et Union et l'idéologie néo-libérale en matière de politique de santé, notamment à travers l'idée de préserver un secteur privé assez important. Enfin, l'opposition des autorités de l'Etat central au projet de réforme catalane commence à s'atténuer à partir de mars 1990. Partant de là, la réforme catalane notamment pour ce qui relève de ces propositions en matière de gestion de la concurrence devient un modèle de « réforme pour la réforme ». La réforme catalane va se révéler très influente pour la politique centrale et régionale durant la première partie des années 90. Pour les autorités sanitaires centrales et la presse, la loi catalane de 1990 va être érigé comme un modèle à suivre pour le reste du pays. En janvier 1991, le Parlement nomme un comité d'expert (le comité d'analyse et d'évaluation du système national de santé qui donne naissance à « *L'Informe Abril* » (juillet 1991).

3/ *L'Informe Abril* ou l'échec relatif du « manifeste » sur l'introduction de la concurrence dans le système de protection maladie

C'est suite à une discussion en séance plénière que le Congrès des députés admet la proposition du CDS de créer une commission d'experts pour évaluer le fonctionnement du système national de santé (SNS) au regard de sa propre spécificité, mais aussi en comparaison avec les autres pays de la Communauté européenne²². L'objectif affiché est triple : d'une part, analyser la structure, l'organisation et le fonctionnement du SNS en relation avec la qualité, l'efficacité et l'équité ; d'autre part, prévoir l'évaluation et les scénarios possibles pour le SNS ; et enfin faire des propositions pour améliorer le SNS²³. Le mode d'organisation de la *commission Abril* est original. Il conjugue trois critères de bases : l'indépendance de pensée et d'action ; le consensus entre les membres de la commission dans les méthodes de travail et les recommandations et enfin la prise en compte de toutes les opinions produites par les acteurs du système de santé espagnol.

La *commission Abril* va aussi introduire une façon de procéder particulière (Costas Lombardia, 2000). Ainsi, la commission va inviter à titre personnel plus de 140 spécialistes qui viendront

²⁰ Un des cadres de la politique hospitalière catalane reconnaît ce fait : « le système catalan d'hospitalisation catalan n'est ni vraiment public, ni vraiment privé. Originellement l'église, les sociétés de bienfaisance, les différents niveaux des collectivités avaient leurs propres hôpitaux... », cf., Entretiens.

²¹ Entretiens.

²² Cette commission qui donnera naissance à « *L'Informe Abril* » est placée sous la direction de l'ancien vice-président du gouvernement espagnol Abril Martorel. Elle va élaborer un audit sur le fonctionnement du système de santé espagnol. Cette pratique est proche de celles développées dans les « *reports* », forme d'audit sociétal et sectoriel, tel qu'ils sont pratiqués en Grande-Bretagne depuis les années 1980.

²³ Recull d'informació monogràfic. *Informe Abril Martorell* (3 vol.), Servei Catala de la Salut, Area de Recursos Humans, 1991.

alimenter les discussions sous-thématiques. De même c'est quelque 101 entités et organismes publics et privés qui sont auditionnés. Tous les avis des « conseillers santé » des communautés autonomes et même ceux des experts étrangers comme Sir Roy Griffiths²⁴. De plus des déplacements de la commission sont réalisés in situ en Grande-Bretagne, en Suisse et en Allemagne pour voir comment fonctionnent concrètement les autres systèmes de santé en Europe (on peut remarquer ici que le modèle Français n'est pas retenu). Enfin, un spécialiste des enquêtes d'opinion de l'université d'Harvard est mobilisé pour étudier les perceptions des Espagnols du SNS et la comparer avec les autres pays européens. Au total, les résultats de la commission Abril ont été communiqués au public *in extenso*. D'entrée de jeu, la *commission Abril* inscrit son travail dans une perspective d'europanisation du système de santé espagnol (Costas Lombardia, 2000, p. 54).

Le diagnostic sur le fonctionnement du SNS rappelle tout d'abord les principes de bases du système espagnol. Le principe de la couverture sociale universelle est rappelé autour de l'équité de base même si dans la réalité sociétale, il existe encore des différences et des inégalités. Les experts mobilisés montrent aussi que la médecine et le système hospitalier a évolué et, se trouve aujourd'hui sur un pied d'égalité avec ce qui fait dans le reste de l'Europe (Informe Abril, 1991, pp. 21 et s.). Il en va de même pour ce qui relève de la formation des spécialistes et sur le système pharmaceutique²⁵. Toutefois, des certains nombres de dysfonctionnements internes au système ont été notés, notamment pour tous ce qui relève des modalités de financement, sur la « rigidité administrative, l'irresponsabilité démocratique, l'inefficacité, la désinformation, le découragement du personnel de santé, la centralisation, la politisation et l'insatisfaction de l'utilisateur » (ibid., p. 24). Ce dernier point, c'est-à-dire la question de la prise en compte des attentes de l'utilisateur, semble être une réflexion innovante introduite par l'Informe Abril.

Dans une partie plus critique, les experts reviennent sur les éléments qui sont susceptibles de limiter l'efficacité du SNS (Costas Lombardia, 2000 pp. 54 et s.). La première relève de ce qui est qualifié comme « l'indétermination budgétaire », à savoir qu'il y a une différence problématique entre le budget initial liquidé et la dépense effective. D'après les experts, ce phénomène entraîne une augmentation des coûts fortement liée au mode de financement asymétrique du SNS (qui se traduit par une distribution inéquitable des ressources). La seconde relève de la confusion des fins entre la promotion de la santé et la prévention de la maladie qui constituent en soi des objectifs bien trop larges. Le troisième provient de la rigidité administrative produite par la réglementation par le droit public. La quatrième fortement liée à la précédente provient de l'irresponsabilité bureaucratique dans un secteur d'action publique où les activités sont guidées par la norme et non par des objectifs précis et exigibles (l'atteinte de résultat n'est pas une question centrale). Autrement dit, la recherche de la production de soins à moindre coût n'est pas une préoccupation structurante pour le SNS. Ainsi, l'inefficacité observée à partir d'une gestion limitée par le droit public, la dette accumulée de façon permanente, la déconnexion entre la décision clinique et les conséquences économiques, la méconnaissance des coûts des services.

De façon plus générale, les experts reprochent au SNS de limiter au regard de sa nature organisationnelle une gestion sensée des ressources. La pratique de l'évaluation des politiques doit aussi se développer. De même, la centralisation décisionnelle semble constituer une source

²⁴ Cet expert britannique, issu des *think tank* conservateur, est celui qui a coordonné la commission qui a élaboré le *Management Inquiry report* en 1986, dont les principes généraux seront repris par le programme gouvernemental en janvier 1989 dans le white paper « *Working for patients* » (Costas, p. 54).

²⁵ D'après une de nos personnes interviewées : « *l'Espagne est le pays européen où les médicaments sont les moins chers* ».

de problème important pour le SNS. Enfin, le SNS fait l'objet d'une politisation forte qui se traduit d'une part par la nomination des postes de directions par le gouvernement qui souvent privilégie les affinités partisans au détriment de la compétence professionnelle. Au total, la non-satisfaction de l'utilisateur peut être considéré comme latent, c'est ce que semblent confirmer les prises de positions du SNS vis-à-vis de l'introduction du concept de « client » dans les textes sur la politique de santé en Espagne même si cela est déjà le cas en Catalogne.

Enfin, une partie de l'Informe Abril est consacrée à l'étude comparée de l'opinion publique face aux systèmes nationaux de santé dans 11 pays occidentaux industrialisés. Les Espagnols affichent un taux de non-satisfaction extrêmement élevé (77% de personnes non satisfaites) que seul l'Italie et les Etats-Unis dépassent. Le mécontentement observé porte surtout sur le manque d'efficacité de l'organisation, la bureaucratisation et l'inefficacité du système et non sur la qualité technique des prestations.

A partir de ces observations de terrain et au terme d'une réflexion collective, les experts de la commission Abril vont établir une liste de prescriptions pour améliorer le fonctionnement du système de santé. L'audit final, publié en juillet 1991 comprend quelque 64 recommandations pour améliorer le fonctionnement du SNS. Les idées dominantes peuvent ainsi se résumer autour de quelques grandes lignes :

- maintenir l'équité et la solidarité du SNS
- stimuler l'efficacité dans l'usage des ressources
- promouvoir la conscience des coûts pour le personnel de santé et l'utilisateur
- l'autonomie et la flexibilité dans la gestion des centres d'assistance
- responsabilité personnelle des gestionnaires
- motivation et participation à la gestion du personnel de santé.
- Meilleure satisfaction de l'utilisateur (voire du client)

D'après Enrique Costas Lombardia, la commission Abril s'est beaucoup informée et a peu innové dans ses conclusions. Certaines des idées reprises (ou plutôt) mises en avant proviennent de la loi d'organisation de la santé en Catalogne (LOSC, 1990). Toutefois, les nombreuses recommandations peuvent être regroupées en trois angles possibles pour améliorer le SNS :

— *Financement public, équité et perception :*

On garde le principe de financement par l'impôt fondement du SNS espagnol tout en essayant de sensibiliser et de responsabiliser sur les coûts. Délimiter les prestations basiques et établir une distribution captive des ressources entre les régions avec un fond de régulation inter-territorial.

— *Organisation décentralisée, transparente et compétitive :*

Séparer le financement public d'achats et celui des fournitures (publics et privés), « compétences gestionnaires mixtes » (système d'information, contrats/programmes par objectifs etc.).

Aires de santé présentées comme des « quasi-marchés ».

Offre privée compléter le système assistantiel

Développer action de santé intersectorielle et des activités en faveur de la prévention et de l'éducation sanitaire avec des financements propres distincts du système assistantiel.

(Sur ce point voir nos développements infra sur le système catalan de protection sociale mis en place suite à la LOSC de 1990).

Développement de technique entrepreneuriale et de moyen de contrôle mieux adapté. Etablir un budget prospectif. Les hôpitaux et autres centres de soins doivent être considérés comme des établissements public soumis partiellement aux règles du droit privé. De même la contractualisation doit être forte en matière d'externalisation des services. S'il convient de respecter les « droits acquis » en matière de gestion des personnels, il est nécessaire de gérer différemment les nouveaux personnels. De plus, dans une logique d'amélioration de la qualité, la participation du personnel médical à la gestion du système est nécessaire. Enfin, le principe de « qualité » et celui d'évaluation des nouvelles technologies doit être central.

C'est sur la base du document contenant ses prescriptions que l'Informe Abril est présenté en juillet 1991. Le secteur de la santé ainsi que la société espagnole ne vont pas rester sans réaction face à ce document qui doit servir de base au devenir de ce secteur d'activité étatique. L'innovation principale du rapport Abril, qui doit beaucoup à l'influence des autres modèles européens, se résume au postulat suivant : pour améliorer le système de santé il faut insister sur la séparation entre le financement (public) et la production des services qui peut être publique ou privé (Informe Abril, p. 50). Il s'agirait alors d'introduire « une certaine dose de concurrence entre les différents *providers* » (*Informe España*, 1997, p. 354).

Précisons, d'entrée de jeu que l'*Informe* entraîne une polémique politique et partisane très virulente²⁶. Cette dernière va permettre de révéler l'anachronisme syndical avec la mobilisation autour de la défense du *statu quo*. De plus, tout ce qui relève de la volonté de faire participer l'usager à l'effort de rationalisation économique est rejeté en bloc. La proposition d'introduction du « ticket modérateur » pour la consommation des médicaments constitue le détonateur à partir duquel l'Informe fut rejetée en bloc (Guillen, Cabiedes, 1998, p. 194). De même, la thématique de la rupture du principe d'équité est avancée par les opposants à l'*Informe Abril*. Leur interprétation démagogique du rapport se traduit à travers l'imputation d'une volonté politique masquée dont l'objectif est de défigurer le SNS en introduisant un clivage autour des « vieux » et des « pauvres » (ceux qui coûtent cher). L'accusation de tentative de « privatisation » du système de santé espagnol est affichée de même que la volonté de supprimer *in fine* la régulation par l'Etat de ce secteur. De plus, dans une logique de recherche d'une meilleure équité, les experts proposent l'introduction d'exemption fiscale pour les personnes qui relève d'une assurance privée et qui doivent aussi obligatoirement payer leur sécurité sociale à travers la partie des impôts affectés au SNC. Face une à la mobilisation politique naissante, le travail de la commission fut soumis au silence de la part du gouvernement socialiste.

Paradoxalement, le rapport va avoir des effets sur le monde de la santé et sur le processus de régionalisation de la santé en Espagne. Au sein du milieu des professionnels de la santé, le rapport est appréhendé différemment dans la mesure où, il souligne des déficiences réelles et des nécessités premières²⁷. Au niveau de certaines communautés autonomes, comme en Catalogne, où le Service Catalan de Santé propose de poursuivre la réforme de 1990 en appliquant certaines

²⁶ Pour avoir un aperçu significatif dans la presse nationale de ces débats voir les contributions : B. Arruñada, « La reforma », *CAMBIO 16*, octobre 1991 ; F. Abril Martorel, « Instrumento para la discusion », *El Pais*, octobre 1991 ; E. Costas Lombardía, « Propuesta polemicas », *El PAIS*, octobre 1991 et J. Ma. Via i Redons, « Contradicciones y aciertos », *El PAIS*, octobre 1991.

²⁷ A. Serigo Segarra, « Ocho comentarios y un resument al Informe Abril », *Noticias Médicas*, octobre 1991 ; V. Garcia Vilela, « Consideraciones sobre el Informe Sanitario de Abril Martorell », *Noticias Médicas*, octobre 1991.

recommandations de *l'Informe Abril*, comme celle de la séparation du financement dans l'achat et l'approvisionnement de l'assistance publique ou encore celle de l'évaluation des nouvelles technologies. De fait, le Service de Santé Catalan introduit progressivement la pratique des « quasi-marché ». Dans une perspective assez proche, la CA du Pays basque reprend aussi un certain nombre d'idée dans son programme rénovateur « *Osasuna Zainduz* »

Au total, bien que rejeté dans sa globalité par la classe politique espagnole le rapport Abril a trouvé des possibilités d'applications partielles au sein de certaines communautés autonomes. Il est toutefois indéniable que cet *Informe* a « commencé à changer l'imaginaire collectif en matière de système de santé en Espagne » (*Informe España*, 1997, p. 355). Mais, ces changements ont été limités et fragmentés, et cette pratique partielle des recommandations de *l'Informe Abril* ne signifie pas que la réforme de SNS soit effectivement en marche²⁸. En effet, le coût politique de la mise en place de ces nouvelles orientations en matière de politique de santé au niveau central semble encore trop élevé. Par contre le principe de la concurrence est introduit de manière très différenciée entre les communautés autonomes. Cette nouvelle donne entraîne autant une logique de mimétisme entre le CA qu'une demande de régulation par le centre du système de santé.

On peut conclure cette partie en soulignant le paradoxe qui fait que la référence au modèle de la NSH anglais revisité par les « *Think Thank* » thatcherien est importé par les économistes de la santé catalans. Or tout se passe comme si, l'histoire des politiques du secteur santé se répète en Espagne, à la différence près qu'il rentre aussi dans la pratique en Catalogne avec l'adoption de la LOSC 1990 contrairement à la première importation. De plus, les économistes de la santé espagnols ont attribué comme conséquences positives au processus de décentralisation du système de protection sociale l'augmentation de la compétitivité, le dynamisme et l'innovation (Guillen, Cabiédes, p. 197).

4/ La concurrence en matière de protection maladie au concret : le rôle particulier de la Catalogne dans la transformation des politiques

Comme nous venons de la rappeler c'est de manière différenciée entre le centre et la périphérie que la concurrence est introduite dans le système de protection sociale en Espagne. Parallèlement à *l'Informe Abril* qui prône l'introduction des mécanismes de concurrence dans le système de santé espagnol, la « *Ley de Odenacion Santaria de Catalaña* » (09/07/1990), par laquelle on peut sentir la forte influence des économiste de la Santé catalans²⁹, jette les bases d'un système de santé concurrentiel. Pour comprendre les mécanismes qui entraînent ce changement dans les politiques, il est nécessaire de s'arrêter sur le rôle manifeste des « experts catalans de la santé ». Cette tradition issue du « modernisme catalan de la fin du XIXe siècle » semble encore aujourd'hui se confirmer, tant cette région constitue un centre d'extraction privilégié dans la formation de ce type d'acteur. Cette observation permet aussi d'expliquer « l'avant gardisme » structurel de la Catalogne dans ce secteur de l'activité étatique.

²⁸ M. Sanchez Bayle, « Una oportunidad perdida », *El PAIS*, octobre 1991 et F. Abril Martorel, « Me dolio que desoyeran el Informe » *El PAIS*, novembre 1991.

²⁹ Le rôle des « socio-économistes de la santé » catalans dans la production de nouvelles représentations autour d'un système concurrentiel est indéniable. Se référer notamment à l'imposante production bibliographique sur la question de Jesus de Miguel, Josep Rodriguez, (sociologues Université de Barcelone), Guillem Lopez i Casanova, Vicente Ortun, Carlos Murillo, (Economiste de l'Université Pompeu i Fabra) etc. (cf., notre bibliographie exhaustive).

A/ Une tradition d'action toujours revisitée : le rôle des spécialistes de la santé publique

Autrement dit, la vieille « prophétie » de Juan Linz sur « *the Eight Spains* » (1966), selon laquelle l'Espagne est un système où les centres de formations des élites sont à la fois différenciés sectoriellement et territorialement, continue plus de 25 ans après, à être ancré dans la réalité sociétale espagnole³⁰. Cette constante historique (le particularisme territorial) nous permet de mieux comprendre pourquoi la plupart des acteurs que nous avons interviewés dans le cadre de notre enquête de terrain insiste sur la « dimension naturelle » du rôle des économistes de la santé catalans dans la fabrication d'un modèle catalan de gestion de la santé publique³¹. A ce propos, un responsable du Service Catalan de Santé admet :

« Depuis, longtemps en Catalogne l'Université (Centrale de Barcelone) forme des personnels spécialisé en économie pour le secteur de la santé »³².

En effet, sans avoir pu mener une véritable enquête sociographique sur ce milieu professionnel, nos entretiens nous ont permis d'identifier au moins deux pôles scientifiques susceptibles de promouvoir l'innovation dans les politiques de ce secteur³³.

Le premier pôle est constitué au sein du Département de sociologie de l'Université de Barcelone par deux « figures majeures » de l'analyse du système de santé espagnol Jésus de Miguel et Josep Rodriguez. Ils représentent ce que l'on pourrait qualifier de « socio-politologues de la santé ». Ces chercheurs ont en commun d'avoir suivie une formation de haut niveau dans de prestigieuses Universités américaines sur les différentes dimensions de la politique de santé en Espagne à la sortie du franquisme³⁴. À travers leur approche analytique, fortement influencée par la sociologie politique américaine³⁵, ils prolongent, mais aussi rénovent, la longue tradition des « experts catalans de la santé » (sur ce point voir nos précédent développement). À ce titre, la préface de

³⁰ Dans un texte, visionnaire Juan Linz montre enquête sociologique à l'appui la singularité du système de production sociale des élites en Espagne. Dans cette perspective, le système catalan déjà sous le régime franquiste était fortement incliné dans la formation quasi exclusive des élites économiques (1966, pp. 267-319). Dès lors on peut penser que le développement institutionnel des économistes de la santé en Catalogne relève de l'inscription de ce mouvement sur le long terme.

³¹ Entretiens.

³² Entretiens.

³³ Entretiens.

³⁴ Ces deux sociologies ont en comment d'avoir effectué un PH. D sous la direction de Juan Linz à l'Université de Yale. Ce phénomène n'est pas en soi d'une grande originalité tant ce dernier a participé à l'institutionnalisation de la sociologie et de la science politique en Espagne. Ce qui est singulier, c'est que ces deux spécialistes de la santé est décidé de faire carrière dans au sein de l'Université de Catalogne. Pour leurs travaux pionniers se référer à : Jésus de Miguel, *Health in the Mediterranean Region : A comparative Analysis of the health systems of Portugal, Spain, Italy and Yugoslavia*, Ann Arbor, Michigan University, 1976 ; et Josep Rodriguez, *The Politics of Medicine in Spain*, Ph. D, Yale, 1991.

³⁵ Ces deux sociologues ont produit une série de travaux faisant références sur le système et les politiques de santé en Espagne. On peut citer à ce titre d'exemple deux références majeures qui mettent en perspective critique la situation espagnole : Jesus de Miguel, *La sociedad enferma : las bases sociales de la politica sanitaria española*, Madrid, Akal, 1979 ; et Jesus de Miguel et Josep A. Rodriguez, *Salud y Poder*, Madrid, CIS, 1990.

leur ouvrage sur les rapports entre le politique et les politiques de santé en Espagne est exemplaire de ce milieu (cf., de Miguel, Rodriguez, 1990, p. 14). Ces chercheurs remercient au titre de « discutant » de leur thèse un nombre important d'acteurs comme les importateurs de la sociologie « étasunienne » en Espagne (J.Linz, J. Diez Medrano, P. Craig, R. Fischman, S. Giner, etc.), mais aussi les intellectuels catalans (J. Bellavista, J. Commelles J. Gol, A. Jovell, F. Mercadé, J. Reventos, etc.) et les économistes de la santé (V. Ortun, A. Segura, etc.) et enfin le ministre de la santé catalan d'origine Ernest Lluch. Plus récemment encore, un numéro spécial de la revue *Gestion y Analisis de Politicas Publicas* (avril, 1999) coordonné par Jesus de Miguel comprend un dossier sur le thème de la décentralisation des services sociaux et sanitaires où l'efficacité des politiques de santé est appréhendée à partir de la problématique proximité/usagers. De même, ces sociologues viennent de fonder au sein de l'Université de Barcelone un *Master* de Santé Publique. Tous ces éléments sont autant d'indicateurs de la pérennisation d'un creuset de spécialistes de la santé en Catalogne.

Le deuxième pôle, encore plus directement impliqué dans l'opérationnel, est constitué par les « économistes de la santé catalans » issu du département d'économie de la santé de l'*Université Pompeu Fabra* (Barcelone). Guillem Lopez i Casanovas et Vicente Ortun Rubio, figures dominantes de ce groupe d'experts, dirigent actuellement le *Master* d'économie de la santé de cette Université. Au même titre que leurs collègues sociologues, ces économistes ont en commun une formation anglo-saxonne, d'où une forte mise en réseaux avec l'Université d'*Harvard* et la *London School of Economics* où ont été construites et développées les thèses néo-libérales en matière de santé publique. De même, ils inscrivent pleinement leur action dans le cadre des réseaux européens d'économistes de la santé, d'où une forte prédisposition pour jouer le rôle de « passeur » voire de traducteur dans la production de nouveaux référentiels d'action. C'est pour ces raisons multiples que l'on peut leur imputer un rôle central dans l'importation, mais surtout le processus d'hybridation, en Catalogne d'une version revisitée du modèle NHS britannique. Dans ce registre, ils sont les porteurs du projet de la mise en concurrence dans le système de protection sociale avec l'introduction des « quasi-marché ». Dans cette perspective, leur ouvrage « *El sistema sanitario español : informe de una decada* » (1999), publié à partir d'une enquête financée par la fondation BBV (*Banco de Bilbao i Viscaya*)³⁶, montre de façon explicite à l'aune de quel modèle le problème actuel et surtout l'avenir du système espagnol est appréhendé.

Ce rapport/bilan propose une lecture critique de la dévolution du système de santé espagnol doublement intéressante : d'une part, elle propose un évaluation de la gestion du système de santé espagnol durant la dernière décade et, d'autre part, elle inscrit le devenir du système national de santé (SNS), fort de la « réussite » de l'expérience catalane en matière de santé publique, dans la généralisation de l'introduction de la concurrence et des « quasi-marchés » (Lopez i Casanovas, Ortun Rubio, Murillo Fort, 1999). La thèse centrale défendue par ces économistes de la santé se fonde sur une lecture spécifique de l'efficacité et de l'efficacités en matière de politique de santé. Pour ces experts, les spécificités du système de santé sont contingentes de la structure institutionnelle du système (propre au contexte historico-culturel) mais surtout dépendant des relations contractuelles qui sont établies autour du triptyque : « *financeur-providor-usagers* »

³⁶ La *Fondacion BBV* est financée par la *Banque de Bilbao y Viscaya* (BBV). Elle a réalisé depuis 1998 170 rencontres, financé 500 recherches, 270 séminaires et plus de 450 conférences et a déjà publié plus de 175 titres. Son implication dans l'analyse du système de santé espagnol date de 1992. Elle se fonde sur une approche pluridisciplinaire dont la finalité affichée est la proposition de solution pour améliorer l'efficacité et l'équité du Système. Trois axes d'investigations sont considérés comme prioritaire : la formation des professionnels de santé ; l'organisation et la gestion du système de santé ; la santé, la communication et la société, (cf., la présentation de la fondation dans l'ouvrage cité).

(ibid., p. 20 et s.). Pour eux, il est nécessaire d'agir sur la demande en matière de services sanitaires en augmentant « la participation de l'utilisateur dans les coûts du service sanitaire »³⁷. Par ailleurs, l'autre point important concerne la gestion de l'offre en matière de service sanitaire notamment pour ce qui relève du système de financement hospitalier en Espagne. Sur ce point, la dévolution progressive de la politique hospitalière aux Communautés Autonomes n'a pas été sans effets quant à l'introduction de certaines transformations des politiques de santé.

De fait, cette thèse propose l'introduction de la concurrence dans le système de protection sociale. Elle reprend en bien des points celles qui sont développées par les économistes de la santé dans d'autres pays européens. Pour Ana Rico, cette situation permet de comprendre le changement de paradigme important qui se produit dans les politiques de santé en Espagne. Ainsi, pour elle : « le paradoxe principal de la mise en œuvre de la réforme de la santé est le fait que le paradigme politique qui l'inspire, à savoir le modèle NHS britannique a été sérieusement remis en cause au même moment. Un nouveau paradigme politique s'est diffusé internationalement, basé sur le principe de la gestion des compétences (*managed competence*) proposé par Alan Enthoven au milieu des années quatre-vingt, et mis en place par le gouvernement britannique à partir de 1989 avec les « quasi-marchés ». Ce nouveau modèle ne remet pas en cause le financement public et l'accès universel, mais vise à séparer le financement, l'achat et la fourniture des services de santé, à encourager la concurrence entre les prestataires et à accorder un rôle étendu aux prestataires privés et aux techniques de gestion managériales au sein du système de santé » (Rico, 1998, p. 151).

C'est donc dans ce cadre que le Parlement de Catalogne a voté, en mai 1990, la loi catalane sur la réforme de la santé (*Ley de Ordenacion Sanitaria de Catalunya*, LOSC, mai 1990). Cette loi tente de concilier les principes de la Loi générale de 1986 avec d'autres modes de régulation, comme la sous-traitance d'une partie de la fourniture des hôpitaux privés (pour la plupart à but non lucratif), une concurrence accrue entre les divers prestataires publics, l'application du droit privé aux institutions publiques responsables de l'élaboration et de la direction de la politique ainsi que l'introduction d'innovation en matière de gestion et d'organisation, inspirées par le secteur privé.

Un tel changement a d'abord été rendu possible par certaines caractéristiques institutionnelles du secteur catalan de la santé : en particulier le fait que, dans le secteur hospitalier les hôpitaux privés à but non lucratif fournissent les deux tiers des soins hospitaliers financés publiquement. Il s'agit là du résultat d'une longue tradition d'investissements privés dans le domaine de la santé. Le directeur de *l'Institut Universitari de la Salut Publica de Catalunya* souligne à propos de cette spécificité :

*« l'exemple le plus marquant est celui du système d'hospitalisation qui n'est ni vraiment public ni vraiment privé. Originellement l'Eglise, les sociétés de bienfaisances, les différents niveaux de collectivités (Diputacion et Ayuntamiento) avait leurs propres hôpitaux... »*³⁸.

De plus, le rôle des établissements privés fait l'objet d'une évaluation positive de la part des associations patronales, des syndicats, du corps médical et de tous les partis de l'opposition. C'est

³⁷ Une des responsables du *Servei Catala de la Salut* affirme à ce propos : « *que pour comprendre la loi catalane de 1990, il faut s'intéresser au rôle particulier des proveeders* », cf., Entretiens.

³⁸ Entretiens.

en étant fort de pouvoir s'appuyer sur ce consensus que le gouvernement catalan a fait passer la loi en 1990.

Enfin, pour Ana Rico, on peut noter comme deuxième facteur la compatibilité d'un nouveau paradigme international avec l'idéologie et le programme électoral du parti de centre droit (C i U) au pouvoir en Catalogne, qui depuis le début des années quatre-vingt manifeste une volonté de préserver un secteur privé important (*ibid.*, p. 152). Un de nos acteurs interviewé, loin de partager complètement ce point de vue, montre que la réalité était plus complexe que cela :

« La loi de 1981 attribue au gouvernement de Catalogne la compétence en matière d'assistance médicale de la population. On peut remarquer à ce propos que la Catalogne qui a été la première Communauté Autonome à être dotée de compétences en matière de santé a été la dernière à développer les potentialités offertes par la loi de 1986 en ne votant qu'une loi en 1990. D'ailleurs cette loi pourrait être qualifiée d'ingénierie sémantique, car il s'agissait de contourner la loi-cadre de 1986 dans le sens voulu par le gouvernement de Catalogne tout en restant dans le cadre légal. De plus, la LOSC a constitué un moyen intelligent de gérer l'héritage du système franquiste et la modernisation européenne. Mais beaucoup de base était déjà jetée pour ce qui relève du particularisme »³⁹.

Sans réfuter ici, la thèse avancée par Ana Rico, il convient de mettre l'accent sur le rôle particulier des experts catalans de la santé (sociologues et économistes de la santé) dans le processus de formulation de nouveau cadre d'action pour le système de protection sociale au sein de la Communauté Autonome de Catalogne. Dans une perspective élitiste, une étude plus fine des trajectoires socio-politiques de ces acteurs ou groupe d'acteur permettrait de mieux saisir les « glissements » dans le référentiel conduisant actuellement les politiques. A ce stade de notre analyse, comprendre le changement dans les politiques de santé espagnoles, c'est-à-dire l'échec relatif de l'importation du modèle NHS dans sa version « originelle » et l'introduction par les périphéries (Catalogne entre autre) du modèle NHS revisté par le néo-libéralisme thatchérien, c'est comprendre comment les élites sectorielles des périphéries se montrent capable d'infléchir la politique de l'Etat. En effet, si dans le premier temps de la fin de la transition, ce sont des élites d'extraction catalanes, les cadres de la politique de santé de la Généralité de Catalogne, qui se sont retrouvés, dès 1983 aux sommets de l'Etat dans l'entourage d'Ernst Lluch pour promouvoir la politique de couverture universelle, dans un second temps, ce sont les experts catalans fort de la « réussite » de leur politique au niveau de la CA (introduction partielle de la concurrence etc.) qui se trouvent en position favorable pour influencer significativement le devenir du système de protection sociale de l'Espagne.

B/ Les effets concrets de l'introduction partielle de la concurrence dans le système de protection sociale en Catalogne.

Nos observations empiriques sur la transformation du système de protection, notamment celles qui portent sur le changement qui se produit dans et à travers le processus de régionalisation des politiques de santé en Catalogne, valide partiellement la problématique globale de phénomène de *path dependance* au niveau européen malgré la spécificité des trajectoires nationales. La

³⁹ Entretiens.

spécificité espagnole réside certainement dans la diffusion par la périphérie des dynamiques du changement. Le discours sur la nécessaire efficacité du système de protection maladie y rencontre pour les raisons précédemment évoquées un terrain particulièrement favorable. C'est dans cet esprit que sont mis en place au début des années 90 les quasi-marchés.

Du point de vue organisationnel, le système de santé en Catalogne est structuré autour du Service Catalan de la santé créée par la Loi de 1981. Toutefois, la *Generalitat*, premier gouvernement autonome à se voir dotée de compétence en matière de santé publique a attendu dix ans pour proposer sa loi en la matière. Outre des raisons stratégiques qui consistaient à attendre que le gouvernement central ait légiféré sur ce secteur central de l'activité étatique, pour s'en différencier ou mieux encore le dépasser. Par contre depuis cette loi d'orientation générale du système de santé en Catalogne, le Service Catalan de Santé est devenu une institution dotée d'un fort potentiel de régulation des activités sectorielles :

« Il fait tout d'abord l'interface avec les fournisseurs du secteur, dont il formalise la différenciation entre les organismes religieux, municipaux etc. Pour la politique hospitalière, il établit la XHUP, c'est-à-dire le document contractuel qui définit le réseau hospitalier en délimitant la partie publique et la partie réservée au privé. Son domaine de compétence repose sur la gestion du financement, de la planification et de l'évaluation. La technique de négociation utilisée est celle du contrat donnant naissance au plan de santé qui par la suite sont soumis à l'évaluation»⁴⁰.

Rappelons aussi que la réforme catalane (LOSC 1990) introduit une différenciation en matière de gestion de « l'attention primaire », dans la mesure où une contractualisation externe des services est devenue possible. Cette disposition innovante rend la situation de la Catalogne encore plus singulière par rapport au reste de l'Espagne. Celle-ci se trouve encore renforcée avec la réforme de septembre 1995 qui reconnaît aux associations de professionnels, incluant celles intégrées au Service Catalan de la Santé, d'intervenir dans les dispositifs de contractualisation en tant que *providers*. Dans ce sens, la réforme catalane de santé se rapproche de celle qui s'est imposée dans le système britannique à partir des années 80 dans la mesure où l'on reconnaît explicitement la séparation entre « financeurs » et « acheteurs » et entre « gestionnaires » et « producteurs » de service (Guillen, Cabiedes, 1998, p. 192). C'est à partir de ces années-là que les marchés internes (et sub-national) fonctionnent comme des marchés mixtes (quasi-marché).

Par ailleurs, cette politique de contractualisation, innovante en matière de financement a été adoptée par d'autres communautés autonomes telle que l'Andalousie, la Galice, le Pays basque et la communauté de Valence, comme si la loi catalane de 1990 s'était tout d'abord diffusée au niveau des communautés autonomes avant d'interroger plus frontalement le devenir du système de santé national (SNS). Il en va de même pour le principe de réglementation de certaines activités du service catalan de santé par le droit privé plutôt que par le droit administratif qui est adopté par plusieurs Communautés Autonomes. D'après Ana Rico, le Parlement basque a adopté en 1993 un document programme appelé « réformer de la réforme qui prévoit également la séparation progressive des fonctions de financement, d'achat de fourniture ainsi que la sous-traitance de services au secteur privé à but non lucratif comme un objectif à moyen terme (Rico, 1998, p. 153). Il en va de même pour la politique hospitalière catalane qui inspire le gouvernement andalou pour « l'importation » d'une série de mesures :

⁴⁰ Entretiens.

— la première consiste à sous-traiter l'ensemble des services d'urgence d'Andalousie au secteur privé (réforme rejetée par le Parlement andalou en 1992)⁴¹ ;

— la seconde est la création d'hôpitaux à statut mixte public/privé intégrant à titre expérimental, les techniques de gestion privées ;

— enfin troisièmement, fort de cette nouvelle logique d'action sectorielle un système novateur de paiement proportionnel aux résultats pour les hôpitaux et pour les gestionnaires de soins primaires.

Plus précisément pour ce qui relève de l'application concrète de la réforme hospitalière catalane souvent citée comme modèle pour le système hospitalier au niveau national. Rappelons tout d'abord que l'organisation du système hospitalier comporte trois niveaux :

— l'Ayuntamiento (la municipalité)

— les Comarcas (structures institutionnelles de type intercommunal que l'on trouve qu'en Catalogne)

— la Generalitat (gouvernement de la communauté autonome)

Comme nous le rappelle un haut responsable du système de santé en catalan à propos de la « politisation » du système hospitalier :

« Dans la pratique il existe des hôpitaux de droite et de gauche »⁴²

Partant de là, la gestion politique hospitalière de l'Ayuntamiento de Barcelone est très intéressante car elle constitue une région sanitaire à elle seule. Cette situation particulière s'explique par le fait que la plus grande partie de la population catalane est concentrée à Barcelone. De plus c'est la seule région où l'on trouve toutes les spécialisations. La double contingence avec les dynamiques de la vie politique locale et la dimension multi-niveaux du secteur hospitalier ont conduit les responsables politiques à pratiquer le consensus dans un souci de recherche d'efficacité en matière de politique :

« Cela est très intéressant du point de vue politique car Barcelone est gouverné par les socialistes depuis le retour de la démocratie. Ainsi, cette ville est propriétaire de 6 hôpitaux municipaux et d'une société d'assurance sociale particulière. De même le personnel du secteur n'est pas composé de fonctionnaire. De plus les régimes de la fonction publique sont différents en fonction de l'institution responsable (municipal, régional, etc.). C'est pour cela entre autres qu'il y a eu un pacte entre la mairie de Barcelone et le gouvernement de la Generalitat qui a permis la création d'institution à responsabilité partagées. Il faut comprendre que les politiques se trouvent négociées et infléchies par l'entente entre ces partis. Le mode de régulation par l'évitement du conflit est très fort car la politique des hôpitaux (Generalitat

⁴¹ En lieu et place une entreprise de gestion avec un statut public a été créée en 1993.

⁴² Entretiens le 07/04/00.

Ayuntamiento) dépend des budgets qui sont votés. »⁴³.

Le reste des hôpitaux composant le système hospitalier catalan sont financés par des budgets alloués pour deux ans sur la base d'un *ratio* lits/jours occupés. Ainsi, depuis la loi de 1990 l'aide budgétaire allouée aux hôpitaux est proportionnelle à la capacité et à la qualité de soins reconnue aux hôpitaux. Partant de là, les nouveaux hôpitaux sont dans une logique productiviste. Sur les effets de cette question de rationalisation et de recherche d'une meilleure efficacité du système, un responsable du secteur apporte une double précision très riche de sens :

« 1/ Précisons tout d'abord qu'il y a beaucoup de petites cliniques privées qui ne sont pas bonnes. Ce système n'est pas couvert par la Sécurité Sociale catalane. Avec la loi d'organisation de la santé publique en Catalogne de 1990, on assiste à la naissance d'un projet d'accréditation des hôpitaux et des cliniques par le Service Catalan de Santé publique. Cette politique a entraîné la reconversion de petites cliniques de mauvaise qualité qui ont changé de branche d'activité sociale »⁴⁴.

Il rajoute ensuite à propos de la rhétorique de la réforme en Catalogne et à propos de l'influence réelle du modèle anglais de management public sur la réalité catalane :

« Précisons tout d'abord que dans la pratique cela est impossible hors de Barcelone car l'offre est très faible. Cependant, le discours modernisateur est pourtant très fort et très porteur en Catalogne. Sur ce point, on se doit d'être dans ce débat comme les autres pays européens. Toutefois, la question de la compétence est un leurre car il est aujourd'hui impossible de fermer un hôpital. En Catalogne depuis, la loi de 1990 seulement un hôpital de 100 lits ont été fermé. Ainsi, si dans le préambule la LOSC, la référence au modèle britannique est explicite, dans la pratique cela se passe différemment »⁴⁵.

Enfin, sur l'organisation concrète des hôpitaux en catalans, on peut préciser deux éléments qui permettent de mieux comprendre comment se diffuse « l'esprit de la réforme ». Tout d'abord, pour ce qui est de la formation des cadres dirigeant les hôpitaux qu'il n'y a pas de cursus type des directeurs d'hôpitaux en l'absence d'école spécialisée comme en France. De plus les compétences en matière de gestion ne sont pas obligatoires, c'est pour cela que de nombreux médecins de formation optent pour ce type de carrière, bien souvent après avoir suivie une formation dans les *masters* de gestion de la santé publique dans les grandes universités barcelonaises⁴⁶. Ces précisions permettent de comprendre comment les nouvelles modalités de gestion fondées sur la recherche de l'efficacité et la quête d'une meilleur gestion se diffuse :

⁴³ Entretiens le 08/04/00

⁴⁴ Entretiens le 08/04/00

⁴⁵ Entretiens le 08/04/00

⁴⁶ Rappel de l'organigramme des hôpitaux catalans Organisation du système hospitalier public :

1- Gerente (directeur)

1- directeur médecin

1- directeur infirmier

1- directeur de gestion

Sources les entretiens.

« Le système privé est géré différemment comme une entreprise privée avec un chef d'entreprise. Pas de possibilités de bénéficier des marchés publics en matière d'équipement hospitalier. Pour les hôpitaux publics, la mixité facilite la prise de décision alors que dans l'ancien système de sécurité sociale (avant la loi de 1991) on ne pouvait pas agir. De toute façon aujourd'hui si on perd de l'argent dans le public tout le monde paye. Dans le privé la sanction est immédiate la structure ferme »⁴⁷.

L'autre point sur lequel la loi d'orientation de la santé en Catalogne a mis l'accent dans le cadre d'une inclinaison vers la diffusion de plus de concurrence et la redéfinition de la protection maladie réside dans le changement sémantique au niveau des textes réglementant la santé par le passage de la notion « d'usager » à celle de « client » (cf., les textes officiels). Si dans un premier temps, c'est la notion d'usager qui est mise en avant par le texte de la réforme, c'est à partir du milieu des années 1990 que la notion de clients devient une référence légitimante. Pour une responsable du service catalan de santé :

« Dès 1994, nos services ont commandé une étude sur la perception par les usagers de la notion de clients. Il ressort de ce travail de socialisation que la référence aux clients est plus forte que celle de l'usager car ce dernier (le client) est considéré comme celui qui paie. Pour nous le rapport équité/inégalité n'est pas un thème structurant du débat, pour le référent c'est la place du client. L'acceptation de la notion de client est une évolution importante pour nous. D'ailleurs nous sommes en train à l'heure actuelle de réorganiser une partie de notre dispositif institutionnel, dont une de ses subdivisions sera consacrée à l'attention aux clients et à la satisfaction des usagers »⁴⁸.

On peut toutefois observer que cette évolution sémantique, quoique encore confuse (cf., supra clients et usagers) est loin d'être partagée par l'ensemble du système de santé publique en Espagne. A ce propos, Enrique Costas Lombardia note que dans sa réflexion sur le devenir du SNS que cette institution de régulation nationale des politiques de santé publique en Espagne a refusé explicitement l'introduction du concept de client dans les textes officiels (Ortega, Lamata, 2000, p. 57). Au total, il ressort que si la Catalogne constitue un laboratoire réel en matière d'ingénierie pour les politiques de santé, la diffusion à l'ensemble du dispositif national de nouveau référentiel d'action publique reste complexe et problématique tant elle est contingente de la constitution de majorité politique au centre mais aussi à la périphérie.

« Toutefois, il n'y a pas de loi instaurant une logique de privatisation du système. Le Parti Populaire en 1996 n'a pas osé ouvrir le voie à cette politique car de toute façon tous les espagnols sont très attachés à ce système. Ce qui a changé c'est que sous les gouvernements socialistes le complément d'assurance sociale peut se déduire des impôts sur le revenu ce qui a été supprimé par le gouvernement Aznar. Toutefois, il n'y a pas de réelle privatisation. De plus 25% des dépenses publiques sont effectuées pour la politique du médicament où l'industrie pharmaceutique joue un rôle important »⁴⁹.

⁴⁷ Entretien le 08/04/00.

⁴⁸ Entretien le 08/04/00.

⁴⁹ Entretien le 08/04/00.

Au regard de notre étude, l'introduction de la politique de concurrence d'inspiration néolibérale résulte d'une logique d'hybridation qui interroge fortement en retour le contenu même de ces idées.

Par ailleurs, en matière de comparaison, on se doit d'insister sur la spécificité espagnole, où contrairement au modèle britannique de gestion de la santé, l'échelon privilégié pour la diffusion mais aussi la structuration du système de santé est le niveau sub-étatique celui des communautés autonomes.

Annexes Documents

Textes officiels de loi intégrant la concurrence et la protection maladie :

— *La ley General de Sanidad*, 14/1986.

— *La Ley de Ordenacion Sanitaria de Cataluña* de 9 Juillet 1990 (discour de présentation du projet et texte de la loi), Genralitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.

— *La ley de Contratos de las Administraciones Publicas*, 13/1995.

— Décret royal, 15/75/1993, sur le libre choix du médecin généraliste et pédiatrique dans les services de « l'Attention primaire » ud système d'Insalud.

— Décret royal, 63/1995, sur la réglementation des prestations de santé du Système Nationale de Santé.

— Décret royal, 8/1996, régulant le libre choix du médecin dans les services *d'Atencion primaria* dans le cadre de l'Institut National de la Santé.

— Décret royal, 414/1996, pour réguler les produits de santé.

— **Informe Abril, 1991.**

Documents et rapport officiels en Catalogne :

— *Plan de salud de Catalunya* 1993-1995, Genralitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.

— *Plan de salud de Catalunya* 1996-1998, Genralitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.

— Memoria d'activitat 1998, *La xarxa sanitaria d'utilizacio publica*, Servei Catala de la Salut, 1999.

— Enquesta de salut de Catalunya, *Els catalans parlen de la seva salut*, Servei Catala de la Salut, 1994.

— *Cataluña, un modelo para la sanidad publica*, Servei Catala de la Salut, 1997.

— Recull d'informacio monografic. *Informe Abril Martorell* (3 vol.), Servei Catala de la Salut, Area de Recursos Humans, 1991.

— Estudios Prospectivo Delphi - Libro Blanco, *El seguro sanitario privado en España*, réalisé par le Gabinete de Estudios Sociologicos Bernard Krief, 1999.

— El servei Català de la Salut, un model per la sanitat pública, *Salut Catalunya*, vol. 11 monogràfic, 1998.

Bibliographie exhaustive

Bibliographie :

Ouvrages :

- William Genieys, *Les élites espagnoles face à l'Etat*, Paris, L'Harmattan, 1997.
- Richard Gunther, « The impact of regime change : the case of Spain », *Journal of public policy*, vol. 16 n°2 1996, pp. 157-201.
- Jesus de Miguel, *La sociedad enferma : Las bases sociales de la politica sanitaria española*, Madrid, Akal, 1979.
- H. V. Vuori, *El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodologia*, Madrid, Masson, 1989.
- Jesus de Miguel, Josep A. Rodriguez, *Salud y poder*, Madrid, CIS, 1990.
- Carlos Escibano, José Fereres, *Economia de la Salud*, Madrid, Fundacion Rich, 1992.
- Guillem Lopez i Casanovas (dir.), *Estudi del sistema de finançament autonomic de la Sanitat*, Gèneralitat de Catalunya, Departament de sanitat i Seguretat Social, 1992.
- Ana Rico, *Decentralisacion y reforma sanitaria en España (1976-1996)*, Madrid, Fundacion Juan March (thèse publiée n° 18), 1998.
- E. Canes et ali., *Reformas sanitarias y equidad*, Fundacion Argentaria, 1998.
- ESSADE, *Sanidad la reforma posible*, Arazuri, 1997.
- Ricard Goma, Joan Subirats (dir.), *Políticas publicas en España. Contenidos, redes de actores y nivel de gobierno*, Barcelona, Ariel, 1998.
- Javier Catala, Manuel Keenoy, *La salud publica y el futuro del estado de bienestar*, Andalucia, INFORME SESPAS, 1998
- Guillen Lopez i Casanovas, Vincente Ortun Rubio, Carlos Murillo Fort, *El sistema sanitario español : informe de una decada*, Bilbao, Fundacion BBV, 1999.
- F. Ortega, F. Lamata, *La decada de la reforma sanitaria*, Madrid, Exlibris Ediciones, 1999.
- Walter Holland, Elias Mossialos, *Public Health Policies in the European Union*, Aldershot, Ashgate, 1999.

— Ana Guillen Rodriguez, *La construction del sistema sanitario español : de la postguerra a la democracia*, Madrid, Exlibris Ediciones, 2000.

— ????, La privatizacion del sistema Nacional de Salud, in ???, *Sistema Nacional de Salud : evaluacion de su eficiencia y alternativas de reforma*.

Articles et revue dépouillées.

William Genieys, « Las élites periféricas españolas ante el cambio de regimen politico », *Revista de Estudios Politicos*, n° 102 oct-dic 1998, 9-38.

William Genieys, Patrick Hassenteufel, « De la transition à la consolidation des régimes politiques. Une comparaison Espagne/Allemagne », *Revue Internationale de Politique Comparée*, Vol. 4 n°3 1997, pp. 699-732.

M. Rodriguez, R. Scheffer, J. Agnew, « An update on Spain's health care system : is it time for managed competition ? », *Health Policy*, n° 51 2000, pp. 109-131.

Ana Rico, « Régionalisation et transformation du système de santé espagnol depuis 1975 », *Politiques et management public*, vol. 16, n°3 septembre 1998, pp. 137-157.(b).

Ana Guillen, Laura Cabiedes, « Toward a national Health service in spain : The search for equity and efficiency », *Journal of European Social Policy*, vol. 7 n°4 1997, pp. 319-336.

Ana Guillen, « Improving efficiency and containing cost : health care reform in southern europe », Working paper, Institu Européen de Florence.

Enrique Costas Lombardia, « El informe Abril », F. Ortega, F. Lamata, *La decada de la reforma sanitaria*, Madrid, Exlibris, 2000, pp. 53-68.

« Entrevista al molt honorable President de la Generalitat de Catalunya : Jordi Pujol », *Salut Catalunya*, vol. 5, n°2 abr/Jun 1991, pp. 99-101.

Javier Elola Somoza, « La reforma sanitaria espanyola 1983-1990 i la seva integracio en el proceés europeu de reforma », *Fulls Economics*, n°11 julio/septiembre 1991, pp. 7-16.

Jospe N. Via Redons, « La ley de ordenacion sanitaria de Catalunya (LOSC) », *Quadern CAPS*, hivers n° 25 1996, pp. 69-79.

Guillem Lopez Casanovas, « Nuevas perspectivas de gestion en los sistemas sanitario publicos », *Gaceta Sanitaria*, nov.-dic. n°15, vol. 3, 1989, pp.573-580.

Julio Lopez Bastida, « Crisis de la sanidad o crisis de la medicina ? », *Gaceta Sanitaria*, septiembre-octubre, n°44 vol. 8, 1994, pp. 248-256.

Revista de Administracion Sanitaria (entièrement dépouillée) :

Revue sectorielle spécialisation dans l'administration de la Santé où l'on trouve de nombreux discours d'acteurs.

J.M. Romay Beccaria, « La sanidad española, presente y futuro », *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. I n°1 enero/marzo, 1997, pp. 27-33.

J. Sanchez Caro, « Nuevas formas de gestion : las razones de una ley », *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. I n°1 enero/marzo, 1997, pp. 101-117.

F. Lamata, « Dos acuerdos y una Ley importantes para la sanidad », *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. II n°5 enero/marzo, 1998, pp. 9-15

Documentos base, « Acuerdo de la Subcomision de Sanidad del Congreso de los diputados de consolidacion y modernizacion del sistema de salud », *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. II n°5 enero/marzo, 1998, pp. 149-164.

J. M. Freire, « Comentarios a proposito del documento de la Subcomision parlamentaria para la reforma del sistema nacional de Salud Español », *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. II n°5 enero/marzo, 1998, pp. 23-50

M. Sanchez Bayle, « La contrareforma sanitaria », *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. II n°5 enero/marzo, 1998, pp. 51-61

« Ley 25 abril 1997. Num 15/1997. Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. Habilitacion de nuevas forams de gestion del sistema nacional de Salud », *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. II n°6 abril/junio, 1998, pp. 153-155.

A. Nuñez Feijoo, « El plan estrategico del insalud », *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. II n°6 abril/junio, 1998, pp. 47-55.

A. Jimenez Palacios, « El plan estrategico del insalud : continuidad o reforma », *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. II n°6 abril/junio, 1998, pp. 9-13.

J. Rey del Castillo, « La evolucion del estado autonomico. Hay algo que decir desde el punto de vista Sanitario ? », *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. II, n°8 octubre/diciembre, 1998, pp. 99-115.

M. Sanchez Bayle, « Privatizando lo que es de todos. Analisis critico del plan estratégico del insalud » *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. II, n° 7 Julio/septiembre, 1998, pp. 29-39.

M. Silvia Fresneda Fuentes, « La reorientacion en la gestion hospitalaria : Estudios de caso », *Revista de Administracion Sanitaria*, vol. II n° 7 julio/septiembre 1998, pp. 99-115.

A. Nuñez Feijoo, « Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud », *Revista de Administración Sanitaria*, vol. III, nº 9 enero-marzo 1999, pp. 59-67.

F. Sevilla Pérez, « Gestión Clínica : la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el sistema nacional de Salud », *Revista de Administración Sanitaria*, vol. IV nº13 enero-marzo, 2000, pp. 63-79.

Liste des personnes interviewées
en Catalogne à Barcelone

Entretien Directeur du département de sociologie de l'UB 06/04/2000
Fondateur du Master sur le Santé publique.

Josep Rodriguez (professeur de sociologie).

Entretien sur cite Hospital de Belvidges **Institut Universitari de Salut publica de Catalunya** le
07/04/2000

Andreu Segura (directeur de Institut Universitari de Salut publica de Catalunya)

Joan Guix Oliver (dir. de la politique qualité/Grup Sagessa)

Entretien sur cite **Servei Catala de la Salut** le 08/04/2000

Teresa Salas

Anna Bosh

(Reponsables du service de communication du Servei Catala de la Salut)