

LE RECOURS AU MARCHÉ COMME PROCESSUS POLITIQUE

Les réformes du gouvernement de coalition britannique
(2010-2015) dans la santé et la police

Patrick Hassenteufel et Jacques de Maillard¹

Résumé : Cet article porte sur la mise en place d'instruments de mimétisme marchands de l'État dans deux secteurs en Angleterre : la santé et la police. Trois aspects sont mis en avant : le recours à des prestataires privés, la mise en concurrence par l'évaluation de la performance et la création d'un marché interne. Leur mise sur agenda, leur adoption et leur mise en œuvre sont analysées lors de la séquence du gouvernement de coalition (2010-2015) en mettant en avant l'importance des processus politiques qui permettent aussi de comprendre les limites du recours aux instruments marchands et les différences inter-sectorielles.

MOTS-CLÉS : ANGLETERRE – CONCURRENCE – MARCHÉ – PERFORMANCE – PRIVATISATION – POLICE – PROCESSUS POLITIQUE – SANTÉ

RECOURSE TO MARKETS AS A POLITICAL PROCESS. HEALTHCARE AND POLICE REFORMS DURING THE BRITISH COALITION GOVERNMENT (2010-2015)

Abstract: This article focuses on the introduction and implementation of market instruments in two policy sectors in England: healthcare and security. Three dimensions are highlighted: outsourcing from the public to the private sector, the introduction of competition based on performance indicators and the creation of an internal market. Agenda-setting, decision-making and implementation behind these dimensions during the Coalition government (2010-2015) are analysed as a political process. This perspective provides a means of understanding the limits of marketisation and key differences between the two policy sectors.

KEYWORDS: COMPETITION – ENGLAND – HEALTHCARE – MARKET – PERFORMANCE – POLICE – POLITICAL PROCESS – PRIVATISATION

La perspective d'analyse proposée par ce numéro de *Gouvernement et action publique*, centrée sur le recours au marché comme instrument de politique publique, conduit non seulement à analyser celui-ci comme dimension d'une politique publique (*policy*) mais aussi comme produit de processus politiques (*politics*). Si, dans leur introduction, Matthieu

1. Les auteurs remercient Anne-Laure Beaussier et les trois évaluateurs anonymes pour leurs remarques et commentaires qui leur ont permis de clarifier leur argumentation.

Ansaloni et Andy Smith soulignent que le mimétisme marchand de l'État n'est pas la concrétisation d'un grand dessein politique porté par des élites transnationales et/ou nationales mais plutôt d'expérimentations et d'effets d'opportunité, ces derniers renvoient à des interactions entre des acteurs multiples (publics, privés, politiques, professionnels...) en lutte pour la régulation d'un secteur d'action publique. Ces interactions correspondent à des processus politiques non seulement parce qu'elles ont pour enjeu l'exercice d'une forme de pouvoir au sein de l'État mais aussi parce qu'elles engagent des valeurs politiques et s'inscrivent dans le cadre de la compétition politique. Comme l'ont souligné Hacker et Pierson (2009) les politiques publiques sont à la fois un enjeu central de la compétition politique permettant l'exercice d'une autorité (*policy as prize*) et son espace structurant de déploiement (*policy as terrain*). Une analyse en termes de processus politique ne se limite donc pas à la prise en compte du rôle de leaders politiques (perspective qui a été notamment développée et discutée pour les réformes conduites par Margaret Thatcher au Royaume-Uni : Marsh, 1994 ; Moon, 1995) mais vise à prendre en compte l'ensemble des interactions politiques (c'est-à-dire engageant des enjeux de pouvoir et mobilisant des valeurs politiques) autour d'enjeux de politique publique.

Si une littérature abondante existe sur les idées néo-libérales (Audier, 2012 ; Blyth, 2002 ; Denord, 2007 ; Mirowski, Plewe, 2009) et leur diffusion, les travaux, moins nombreux, de politiques publiques mettent plus l'accent sur les interactions politiques permettant de comprendre non seulement l'élaboration mais aussi la mise en place d'instruments de marché dans des domaines d'action publique. Ces travaux tendent toutefois à privilégier l'analyse des processus d'adoption de mécanismes de marché (c'est d'ailleurs le cas de plusieurs articles de ce numéro) en montrant l'importance de leur extension. Dans cet article nous nous intéresserons aussi aux processus politiques permettant de comprendre les limites du mimétisme marchand de l'État, en prenant le cas de deux domaines de politiques publiques en Angleterre² : la santé et la police.

Au premier abord, il peut sembler paradoxal de prendre des cas anglais pour évoquer les limites de la marchandisation puisque le Royaume-Uni est l'État européen qui a opéré le tournant néo-libéral le plus important dans les années 1980, se traduisant par un changement de paradigme économique et une transformation du mode de gestion de l'État et des services publics (Hayward, Klein, 1994). Une véritable « réinvention de l'administration » a été opérée autour de trois postulats : le secteur public n'est pas assez efficace, la gestion privée l'est plus et la mise en concurrence facilite le transfert d'activités vers le secteur privé (voir Faucher-King, Le Galès, 2007, p. 59-65). Elle est principalement fondée sur l'idée d'introduction de mécanismes de marché comme instrument permettant de rendre la gestion du secteur public plus efficace en se rapprochant de celle du privé. Mettre en évidence les limites au mimétisme marchand de l'État dans le cas anglais nous semble comme, au

2. La santé et, dans une moindre mesure, la sécurité ont fait l'objet d'un processus de dévolution à partir de la fin des années 1990 qui a conduit à une différenciation territoriale accrue, entre l'Angleterre et les autres régions britanniques (Écosse, Pays de Galles et Irlande du Nord). Cette divergence territoriale des politiques publiques ne pouvant pas être appréhendée dans le cadre restreint de cet article, qui compare déjà deux secteurs, notre analyse se limite à l'Angleterre où, dans la santé, le recours aux instruments marchands a été beaucoup plus poussé que dans les autres régions, la dévolution, en particulier en Écosse, ayant entraîné leur remise en cause progressive (Greer, 2013, p. 89-92 ; Hunter, 2016, p. 129-133 ; Paton, 2016, p. 114).

contraire, particulièrement riche d'enseignement. L'intérêt de travailler sur ce pays tient aussi au fait que les réformes néo-libérales y ont fait l'objet d'un investissement politique particulièrement fort à partir des années 1970 avec l'arrivée de Margaret Thatcher à la tête du parti conservateur puis du gouvernement (Fry, 2008), rompant avec le consensus de l'après-guerre (Kavannah, 1990). Cet agenda politique néo-libéral a été poursuivi dans les années 1990 par Tony Blair qui s'est inscrit dans l'héritage des réformes de l'ère Thatcher (Farall, Hay, 2014) pour redéfinir le travaillisme (Casey, 2009). La politisation des réformes néo-libérales a également été forte avec l'arrivée au pouvoir de David Cameron en 2010, à la tête d'un gouvernement de coalition avec les libéraux-démocrates. Le premier mandat de D. Cameron (2010-2015) correspond à une période particulièrement importante de recours à des instruments relevant du marché dans les deux secteurs que nous allons comparer ici : la police et la santé. C'est en effet en 2012 que l'on assiste à un développement significatif des partenariats publics-privés (*business partnering*) dans les polices anglaises et, dans la santé, à l'adoption du *Health and Social Care Act* dont l'objectif majeur était de renforcer la concurrence et d'accroître la part du secteur privé. Cette loi a été considérée comme représentant la réforme la plus large (et la plus complexe) qu'ait connu le système national de santé anglais (National Health Service – NHS) depuis sa création en 1946 (Klein, 2013a). Ces deux secteurs ont aussi pour point commun d'être fortement investis politiquement, comme en atteste la place prise par les enjeux de santé et de sécurité (suite aux attentats de 2005 en particulier) dans les campagnes électorales récentes (le financement du NHS a ainsi été l'un des arguments majeurs des pro-Brexit en 2016).

La comparaison intersectorielle, démarche nettement moins fréquemment adoptée que la comparaison internationale, vise le plus souvent à mettre en évidence l'importance des styles sectoriels de politiques publiques (par rapport aux styles nationaux) (Freeman, 1985) ou de la structuration des réseaux d'acteurs sectoriels (Varone, Schiffrino, 2004). Ici, elle est plutôt mobilisée pour souligner l'importance des processus politiques (relevant en partie d'acteurs extérieurs au secteur considéré : leaders politiques et médias notamment) pour comprendre, à la fois, la mise sur agenda du recours au marché comme instrument de politique publique, le choix d'instruments marchands et les limites de leur mise en œuvre, dans deux secteurs qui présentent des différences importantes, tant par leurs objectifs généraux (fourniture de soins/protection de la population) que par leurs acteurs (plus grande diversité des acteurs professionnels dans la santé) et leur organisation territoriale en Angleterre (forte autonomie des autorités locales dans la police, notamment depuis les réformes engagées par le gouvernement de coalition, comme on le verra, contrairement à la santé). Ces différences expliquent que ces deux secteurs, également marqués par une forte spécialisation des chercheurs³, soient rarement comparés.

Nous allons donc nous interroger sur la façon dont s'est opéré le processus de mimétisme marchand de l'État, comme l'appellent Matthieu Ansaloni et Andy Smith dans leur introduction et que l'on peut caractériser de « *the process of taking goods and services that*

3. Soulignons pour la sécurité le poids des études criminologiques qui, au Royaume-Uni, ont obtenu un véritable statut disciplinaire (*criminology*) ; c'est aussi le cas pour la *social policy* dans le cadre de laquelle sont menés de nombreux travaux britanniques portant sur les politiques de santé (d'autres s'inscrivant dans celui de la santé publique). Cette spécialisation sectorielle est également sensible pour la sociologie avec la forte autonomie de la sociologie pénale et de celle de la santé (Bungener, 2015 ; Castel, 2015).

had previously been provided under bureaucratic, political, or professional means of resource allocation and transferring them to market arrangements » (Crouch, 2009), dans ces deux secteurs en Angleterre, en nous focalisant sur la séquence temporelle et politique du gouvernement de coalition (moins étudiée que les périodes de gouvernements Thatcher et Blair). Toutefois, pour la comprendre, il est nécessaire de commencer par retracer la trajectoire politique antérieure des réformes visant à promouvoir la concurrence et le recours au privé, afin de mettre en évidence les éléments communs et les différences entre les deux secteurs, inscrits dans des processus politiques de longue durée. Dans les deux parties suivantes, nous nous focaliserons sur la période du gouvernement de grande coalition (2010-2015), en analysant les projets de réforme visant à étendre ces logiques marchandes dans la santé et la police, ce qui nous conduira à souligner les limites des changements, au niveau tant de la conception des politiques publiques, que de leur adoption et de leur mise en œuvre⁴. Enfin, dans un dernier temps, nous proposerons une explication permettant de rendre compte des résistances politiques suscitées par les projets gouvernementaux d'extension des logiques marchandes.

Les trajectoires politiques du mimétisme marchand de l'État dans la santé et la police (1979-2010)

Le mimétisme marchand de l'État dans la santé et la police est engagé dans les années 1980 en lien avec l'agenda néo-libéral des gouvernements Thatcher successifs. Il prend trois formes principales : le recours à des opérateurs privés, la mise en concurrence par la performance et la séparation entre commanditaire et prestataire qui a conduit à la mise en place d'un « quasi-marché » à l'intérieur du NHS, sans équivalent dans la police.

Recours au privé et mise en concurrence par la mesure de la performance

Le recours à des opérateurs privés a été opéré dès le début des années 1980. Ainsi, en 1983, le ministère de la Santé a demandé aux *District Health Authorities* de mettre leurs services hôteliers (restauration, entretien, blanchisserie) en concurrence avec des prestataires du secteur privé, extérieurs au NHS. Ce mécanisme reposant sur l'achat de prestations

4. Nous nous appuyons sur plusieurs enquêtes de terrain auxquelles nous avons participé et sur la littérature secondaire. Pour la santé, les données ont été recueillies dans le cadre de plusieurs enquêtes comparatives, intégrant le cas de l'Angleterre, coordonnées par Patrick Hassenteufel et permettant de couvrir une période allant des années 1980 jusqu'à 2015 : enquête sur la libéralisation des systèmes de protection maladie en Europe (1999-2001), enquête sur les transformations institutionnelles des systèmes de protection maladie en Europe (2006-2008) et enquête sur les médecins face aux réformes de la protection maladie en Europe (2015-2017). À cela s'ajoutent des données recueillies dans le cadre d'une enquête comparative européenne portant sur le développement de l'évaluation en santé coordonnée par Daniel Benamouzig (2013-2015). Le travail empirique, effectué en Angleterre par Isabelle Lucas, Marc Smyrl et Louise Hervier, a surtout reposé sur des entretiens avec des acteurs du NHS et le recueil de la littérature grise. Pour la police, les données ont été recueillies par Jacques de Maillard dans le cadre du projet ANR Refmanpol (« Réformes managériales des polices », 2012-2014), conduite avec Anne-Cécile Douillet, Steve Savage et Matthieu Zagrodzki, principalement au travers de la conduite d'entretiens avec des responsables policiers et du recueil systématique des différents documents administratifs et politiques. Si la recherche a porté sur la France et l'Angleterre, nous ne mobilisons ici que les données portant sur ce dernier pays.

sur un marché portait toutefois seulement sur les fonctions non sanitaires (les soins en étant alors exclus). Dans la continuité, en 1988, le secrétaire d'État à la Santé, John Moore, proche de la Société du Mont-Pèlerin, a enjoint les autorités sanitaires à explorer de nouveaux moyens de financement, notamment par des concessions à des chaînes de restauration rapide, de buralistes, de coiffeurs et de blanchisserie. Puis, à partir 1993, le gouvernement Major a encouragé les partenariats public-privé avec la mise en place, pour l'ensemble, de l'administration de la *Private Finance Initiative*⁵, permettant à des opérateurs privés de construire, financer, et faire fonctionner des services publics. Dans la santé, des hôpitaux financés de la sorte ont été « loués » au secteur public pour des périodes allant jusqu'à soixante ans. La *Private Finance Initiative* a également été implantée au sein des polices, mais avec une ampleur moindre puisque si, dans la santé, on compte 149 projets pour un montant de 6,5 milliards de Livres, pour l'ensemble du Home Office, ce furent seulement 46 projets (dont 23 spécifiquement sur la police) pour 1,2 milliard de Livres (Johnston *et al.*, 2009). Dans la police, les partenariats ont porté principalement sur les missions dites « ancillaires⁶ » (construction de bâtiments, gestion des équipements), plutôt que « centrales » (à l'exception de quelques projets ayant concerné la gestion des lieux de gardes à vue), et de multiples obstacles sont apparus : méfiance des chefs de police vis-à-vis du secteur privé, réticence à s'engager sur de longues périodes, opposition de certaines autorités de police⁷ pour des raisons idéologiques, fragmentation du système policier (Johnston *et al.*, 2009). Le recours à des opérateurs privés en concurrence a donc été, avant 2010, plus marginal dans la police que dans la santé.

Le principal élément de mimétisme marchand de l'État commun aux deux secteurs a donc plutôt été l'introduction des *league tables* puis d'indicateurs de performance, de plus en plus détaillés et agrégés à grande échelle, dans une logique où se combinent mise en concurrence et régulation accrue par le niveau central reposant sur une pluralité d'agences (Le Galès, 2004). Cette modalité de mise en concurrence pilotée à distance par l'État a été développée avec une forte continuité par les gouvernements conservateurs des années 1990 puis néo-travailleurs.

C'est dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du NHS de 1990, qu'a été adoptée, en 1991, la *Charte du patient (Patient's Charter)*, déclinaison dans la santé de la *Charte du citoyen* promouvant un nouveau type de relations entre les usagers et les prestataires des services publics. Le consommateur a été encouragé à user de ses droits à choisir entre des prestataires concurrents et à exiger des services d'une meilleure qualité. Ceci nécessitait que chaque structure publique fournisse aux patients des informations sur la qualité de ses prestations. Les standards de la Charte utilisés dans l'évaluation de la performance et de la qualité des soins ont été publiés dans des *league tables* à partir de 1994. Ils définissaient alors essentiellement les temps maximum d'attente pour un traitement

5. La *Private Finance Initiative* a été portée par le gouvernement conservateur dans son ensemble, et ensuite reprise par les néo-travailleurs.

6. La distinction entre missions ancillaires (*ancillary*) et centrales (*core*) a été posée par la Commission Posen (Home Office, 1995) : les premières concernent les missions (restauration collective, ressources humaines, etc.) qui ne demandent pas l'intervention d'un agent assermenté, à la différence des secondes.

7. Les autorités locales de police étaient jusqu'à leur remplacement par les *police and crime commissioners* en 2012 les organismes qui définissaient les priorités des polices régionales et auxquels ces dernières rendaient des comptes. Elles étaient composées d'élus locaux et de membres nommés par le Home Office.

donné, mais pas de normes de qualité ou de résultat pour celui-ci. Les *league tables* sur la performance (non clinique) publiées annuellement ont été largement perçues comme insuffisantes pour l'amélioration des standards de soins dispensés aux malades par les professionnels de santé.

Avec les gouvernements néo-travaillistes, l'évaluation et le contrôle des établissements de soins mis en concurrence (voir *infra*) ont été accrus. La Commission for Health Improvement (CHI), régulateur national des hôpitaux créée en 2000 à la suite du scandale de la chirurgie cardiaque à Bristol, a produit les premières grilles d'évaluation de performance (*performance review*) des hôpitaux permettant un classement par étoiles. Les établissements obtenant le maximum d'étoiles (3) se voyaient attribuer plus d'autonomie, plus de capitaux et de liberté financière par rapport au NHS Performance Fund, ainsi que la possibilité de demander les statuts de *foundation*. À l'inverse, ceux n'ayant aucune étoile étaient tenus de faire un *performance action plan*. En outre, l'établissement était « *named and shamed* » et le directeur général risquait de perdre son poste. Ces indicateurs de performance, qui ont fait l'objet d'une forte publicité (Ham, 2009, chap. 10), étaient vus comme un guide pour le public afin d'évaluer la performance de leurs services de santé locaux, et le NHS les a utilisés pour récompenser les plus performants. L'objectif principal était toutefois plus d'améliorer la performance des prestataires, notamment avec des cibles nationales clés, que d'informer le choix des patients (Nuffield Trust, 2013, p. 15). Au final, les évaluations de la CHI ont plus porté sur les processus et l'organisation des soins que directement sur la qualité des soins et les résultats thérapeutiques, beaucoup plus difficile à évaluer (Walshe, 2002).

En 2003, la CHI a été remplacée par la Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHAI), organisme indépendant chargé à la fois de la qualité des services de santé et de l'efficacité de l'utilisation des ressources (Ham, 2009). Cette évolution correspond à un élargissement des compétences par rapport à la CHI puisqu'elle inclut aussi dans ses prérogatives la santé publique et les fournisseurs qui n'appartiennent pas au NHS (prestataires privés et tiers secteur). En 2004, la CHAI est absorbée par la Healthcare Commission (HC), dont le rôle est de mettre en place des corps d'inspection autonomes pour rendre compte de la performance des *NHS Trusts*, de publier des informations pour aider les patients à choisir. En 2005, le système des *stars ratings* est remplacé par un système d'évaluation plus large et les cibles nationales sont abandonnées, le système de gouvernement par indicateurs ayant fait l'objet de fortes critiques pour ses nombreux effets pervers (Bevan, Hood, 2006).

La même évolution peut être mise en avant pour la police puisque, à partir du début des années 1990, les conservateurs au pouvoir considèrent que les polices donnent trop peu de « retour » au regard de leur coût (Savage, 2007). Le Home Office commence alors, comme dans la santé, à introduire des *league tables*, permettant de comparer les polices, et confie à l'Audit Commission le soin de constituer des indicateurs de performance adaptés. Depuis lors, le Home Office a obligé les forces de police à rendre des comptes, selon une logique de mesure de la performance basée sur la fixation d'objectifs annuels. Le gouvernement néo-travailliste a renforcé cette dynamique en donnant aux objectifs nationaux du *Police Performance Framework* un caractère de plus en plus contraignant, en accentuant la dimension de comparaison entre les forces et en accroissant le rôle d'audit et d'inspection confié

aux organes nationaux (Her Majesty's Inspectorate of Constabulary – HMIC), Audit Commission ou encore Police Standards Unit (Savage, 2007 ; Jones, Newburn, 2009). Au cours de la période, le Home Office a notamment changé le rôle du HMIC d'une « maison de retraite pour chefs de police pour [devenir] une force motrice de l'introduction de la "culture de la performance" » (Waddington, 1999, p. 228). La Police Standards Unit au sein du Home Office a été quant à elle chargée du suivi des indicateurs de performance et a pu intervenir en cas de « *performance failings* » de certaines forces, traduisant une intervention opérationnelle inédite des unités centrales dans le fonctionnement quotidien des polices (Maillard, Savage, 2012).

Au cœur de ce processus, on trouve la comparaison entre les forces de police opérée par le *crime and policing comparator*. Établi par le HMIC, ce dernier compare les performances respectives des polices sur quelques mesures standards (comportements antisociaux, satisfaction, délinquance, coût des polices, etc.) et rend ces comparaisons accessibles au public⁸. Le HMIC rédige également des *value for money profiles*, rendus publics et que les citoyens peuvent comparer : « *Comparisons are one of the most powerful ways of making data about the police service transparent. They expose important differences between forces and enable those without specialist knowledge of policing to find answers to questions and understand how the service provides value for public money*⁹. » Autrement dit, pilotage par objectifs, indicateurs de performance, classements inter-forces ont durablement marqué les polices anglaises, au point que certains observateurs y ont vu « a "businesslike" policing-by-numbers regime... to enhance their crime fighting efficiency » (Reiner, 2010, p. 242 ; voir aussi Maillard, Savage, 2017).

Si, dans les deux secteurs comparés, on assiste au recours croissant à des opérateurs privés et à la tentative de mise en place d'un pilotage par la performance, la logique de mimétisme marchand de l'État est de plus grande ampleur dans la santé du fait de la mise en place d'un marché interne, reposant sur le principe de la séparation de la fonction d'acheteur et de producteur de soins.

La mise en place d'un marché interne au NHS

La réforme de 1990, basée sur le Livre blanc *Working for Patients* (1989), représente le moment fondateur (Klein, 2013b) de la transformation du système de santé anglais en « quasi-marché », fortement encadré et restant public (Le Grand, 1991). Le principe de base de ce marché interne est la séparation entre le rôle d'acheteur (*purchaser*) et celui de prestataire de soins (*provider*). La loi de 1990 institue à cet effet deux types d'acheteurs de soins. Il s'agit tout d'abord des autorités sanitaires de district (*District Health Authorities – DHA*), couvrant des populations locales en fonction de leur densité, responsables de l'achat de soins. Elles passent ainsi d'un rôle d'organisateur d'un service public de santé en situation de monopole à celui d'acheteur de services de santé mis en concurrence. Leur nouveau pouvoir d'acheteur leur a permis de recourir à des services de santé qui ne pouvaient pas être dispensés dans les limites de leur zone géographique. En second lieu, les plus gros

8. [www.justiceinspectors.gov.uk/hmic/crime-and-policing-comparator/].

9. *Ibid.*

cabinets de médecins généralistes se sont vus attribuer des budgets¹⁰ afin d'acheter, pour leurs patients, des soins hospitaliers, psychiatriques, paramédicaux ainsi que les médicaments, y compris auprès de prestataires privés ou du secteur « volontaire » (associatif ou tiers secteur). Ces *GP fundholders* sont de ce fait aussi entrés en concurrence avec les DHA. Il était également prévu que les *GP fundholders* soient soumis à une concurrence accrue pour la constitution de leur patientèle, puisque le budget qui leur était alloué par l'autorité de santé régionale dont ils relevaient est devenu proportionnel au nombre de malades inscrits sur leur liste. Élargir le choix du patient était en effet un objectif-clé du Livre blanc *Working for Patients*. Des mesures ont été mises en place pour lever les obstacles au changement de médecin généraliste et pour les inciter financièrement à accroître leur nombre de patients.

Par ailleurs, une implication importante du principe de séparation acheteur/prestataire est le fait que les établissements de soins spécialisés mis en concurrence ont été transformés en *NHS Trusts* plus autonomes financièrement et dans leur fonctionnement interne, tout en restant publics mais en changeant de statut. Il s'agit donc bien de la mise en place d'un marché interne sans privatisation, même si la réforme autorise les acheteurs de soins à recourir à des prestataires privés de soins spécialisés (pour des patients subissant un délai d'attente supérieur à un an).

Les réformes néo-libérales dans la santé des gouvernements Thatcher sont inscrites dans une rhétorique politique et managériale visant à faire du NHS une institution tournée vers le patient transformé en consommateur actif qui aurait les moyens d'effectuer (indirectement) des choix entre les diverses solutions disponibles sur le marché des prestations médicales. Ce nouveau cadrage cognitif et sémantique du NHS donnant la priorité aux besoins des patients, apparaît au moment des débats ayant trait au service de santé suite à la publication du premier rapport de Sir Roy Griffiths en 1983 puis de celui de l'économiste de la santé américain Alan Enthoven en 1985 (O'Neill, 2000). Il s'inscrit dans une conceptualisation économique de la santé formulée en termes de mise en concurrence développée internationalement à partir des années 1980 (Hassenteufel *et al.*, 2001 ; Hassenteufel, 2014). Le raisonnement repose sur l'idée que, placés dans un environnement concurrentiel, les acteurs du système de soins peuvent être responsabilisés économiquement, et donc par-là, incités à s'inscrire dans le cadre d'une nouvelle rationalité : la recherche de l'efficacité, autrement dit chercher à soigner mieux à moindre coût (Freeman, Moran, 2000).

En 1997, la politique initiale du gouvernement Blair était d'inverser le mouvement que ses prédécesseurs avaient engagé en réduisant le rôle des mécanismes de marché dans le NHS tout en gardant le principe de la séparation acheteur/prestataire (Mays *et al.*, 2011). Les acheteurs (*purchasers*) ont été rebaptisés commanditaires (*commissioners*) pour valoriser la dimension de fourniture de services en atténuant la connotation marchande de la fonction d'achat. En 2000, les *GP fundholders* ont été remplacés par des *Primary Care Trusts*, dont le rôle était à la fois de coordonner les différents acteurs impliqués (les médecins généralistes, mais aussi les infirmières, les travailleurs sociaux, etc.)¹¹ et de servir de commanditaire collectif de soins généralistes et de certains soins spécialisés pour le compte de

10. Ils ont, de ce fait, été transformés en *GP fundholders*. Cette attribution de budgets se fait sur une base volontaire. Cinq ans après la mise en place de la réforme environ 50 % des généralistes avaient fait ce choix.

11. Prise en charge des soins d'environ 200 000 personnes.

leurs patients. Cette logique de centralisation se retrouve dans la transformation des *District Health Authorities* en *Strategic Health Authorities* (dont le nombre est passé de 28 au moment de leur création à 4 en 2010) commanditant les autres soins spécialisés, tout en contrôlant la prise en compte des priorités nationales de santé publique par les prestataires de soins locaux.

Puis, en 2002, les médecins généralistes individuels – et non le Primary Care Trust – se sont vus confier la tâche d’acheteurs de soins spécialisés pour le compte de leurs patients, fonction appelée *practice-based commissioning* (PBC). Dans ce système, les médecins généralistes volontaires se sont vus 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 patients. Ce système diffère du « *fundholding* » mis en place dans le cadre de la réforme de 1990 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.

Par ailleurs, en 2003, les hôpitaux publics, ont eu la possibilité de prendre le statut de *NHS Foundation Trusts*, un statut hybride entre public et privé (correspondant à celui de « *public benefit corporation* ») afin de renforcer leur autonomie organisationnelle et gestionnaire, leur responsabilité financière (avec la possibilité de faire des profits) et leur capacité de contracter avec le secteur privé. La place des prestataires privés a été par la suite renforcée par l’extension du choix des soins spécialisés à tout hôpital privé en 2008 et la possibilité donnée au secteur privé de prendre en charge des *Independent Surgical Treatment Centres* (ISTC). En conséquence 5 % des soins spécialisés stationnaires étaient pris en charge par le privé à la fin de la période de gouvernements travaillistes (Timmins, 2012, p. 20).

Si cette période (1997-2010) est donc loin de marquer la fin du mimétisme marchand de l’État fondé sur la séparation acheteur/prestataire, celui-ci a toutefois fait l’objet d’une reformulation (par l’introduction du terme de *commissioner*) appelée à durer. Fondée sur une forte conceptualisation économique, diffusée internationalement, cette réorganisation du NHS a été un acte politique majeur des gouvernements Thatcher et pris comme modèle de référence pour d’autres systèmes nationaux de santé (Hassenteufel *et al.*, 2001), dont on ne trouve pas l’équivalent dans le domaine policier.

Deux éléments communs se dégagent donc : la mise en concurrence par la mesure de la performance et, dans une moindre mesure, le recours à des opérateurs privés pour certaines missions. Ils s’inscrivent dans des logiques de réforme transversales des services publics, fortement portées politiquement par les gouvernements conservateurs et néo-travaillistes : consumérisme, agencification et partenariats public-privé. Par contre, la mise en place d’un marché interne distingue la santé de la police, ce qui s’explique moins par des différences de styles ou de structuration d’acteurs sectoriels que par la conjonction de la formulation préalable d’un modèle de réorganisation de la santé fondé sur la séparation commanditaire/prestataire et d’un contexte politique poussant à la réforme à la fin des années 1980, du fait notamment de scandales (décès d’enfants dans des maternités en particulier) fortement médiatisés (Paton, 2016, p. 131). La réforme de 1990, initiant la trajectoire de

Tableau 1. Modalités de recours au marché (1979-2010)

	Santé	Police
Mise en concurrence par la mesure de la performance (définition d'indicateurs de performance, classement des organisations publiques, création d'agences, etc.)	Classement des hôpitaux en fonction de leur performance, transformation des hôpitaux les plus performants en <i>Foundation trusts</i>	Logique de classement inter-forces par définition d'indicateurs communs, forte publicité, emprise grandissante des agences centrales
Externalisation (délégation de missions à des acteurs privés) : <i>outsourcing</i> , partenariat public-privé	D'abord en dehors des activités de soins (années 1980) puis extension avec la <i>Private Finance Initiative</i> et développement des prestataires de soins privés (années 1990)	Logique limitée d'externalisation (pour des missions ancillaires), avec la mise en place de la <i>Private Finance Initiative</i>
Mise en place d'un quasi-marché (mise en concurrence d'acteurs publics, voire avec des acteurs privés)	Mise en place d'un marché interne au NHS (1990) reposant sur la mise en concurrence des hôpitaux, ouverture limitée au privé.	Absence de mise en concurrence des polices

changement marchand dans la santé, a été portée par des acteurs politiques, sous pression médiatique, en contournant les modalités sectorielles habituelles d'élaboration des réformes de la santé. Ce poids du politique est tout aussi fort en 2010.

Les réformes de la grande coalition : le recours à des mécanismes de marché comme enjeu politique

Sur un plan politique général, le gouvernement de coalition a marqué sa volonté de changement par le projet de *Big Society*, visant à donner plus d'autonomie et de place à la société civile¹². Il correspond notamment à une critique directe du mode de gouvernement par objectifs tel qu'il a été initié par les gouvernements conservateurs, puis généralisé et renforcé par les différents gouvernements néo-travailleurs, où l'assignation d'objectifs nationaux, la mise en place d'unités chargées du suivi de la performance a été une figure centrale d'un mode de gouvernement *top down* et concentrant des ressources d'expertise. Le slogan « *Bonfire of quangos*¹³ », lancé par George Osborne en 2010, a servi de message politique pour résumer ces changements. Si cette dimension se retrouve dans les réformes impulsées

12. « *A society with much higher levels of personal, professional, civic and corporate responsibility; a society where people come together to solve problems and improve life for themselves and their communities. [It involves] redistributing power from the state to society; from the centre to local communities; giving people the opportunity to take more control over their lives* » (Conservative Party, 2010, p. 39).

13. Il a été fortement repris par la presse, en référence à Savonarole (*Falò delle vanità*). Voir J. Parkinson, « Politicians' love/hate relationship with Quangos », *BBC News*, 14 octobre 2010.

dans les deux secteurs, ceux-ci font aussi l'objet d'investissements politiques spécifiques liés notamment aux ministres en charge de ces deux domaines de politiques publiques : Andrew Lansley pour la santé et, dans une moindre mesure, Theresa May pour la police.

Une réforme politique portée par le ministre dans la santé

L'importance politique du *Health and Social Care Act* apparaît comme très paradoxale en première analyse puisque le thème de santé a été peu présent dans la campagne pour les élections législatives de 2010 du fait du contexte de la crise qui conduit surtout à envisager des mesures d'austérité potentiellement coûteuses politiquement. Aucun des partis n'a donc cherché à faire de la santé un enjeu important de la campagne (Timmins, 2012, p. 40) et leurs programmes sont assez proches (centrés sur la réduction des coûts administratifs et les gains d'efficience) (*ibid.*, p. 41). Si le programme de gouvernement rendu public en mai 2010 contient 30 mesures pour la santé, aux principales propositions contenues dans le programme des conservateurs (transformer Monitor en régulateur économique ; créer une agence centrale allouant les ressources ; permettre à chaque patient de choisir n'importe quel prestataire de soins ; renforcer la place des généralistes...) s'ajoutent des mesures demandées par les libéraux-démocrates (présence de représentants des patients élus directement et de représentants des autorités locales dans les PCT) –, il est précisé que (comme le faisait déjà le programme des conservateurs) « *we will stop the top-down reorganisation of the NHS that have got in the way of patient care* » (cité par Exworthy, Mannion, 2016, p. 4).

Pourtant, dans le Livre blanc *Equity and Excellence. Liberating the NHS* rendu public deux mois après, en juillet 2010, par le ministre de la Santé conservateur Andrew Lansley, une réforme du NHS présentée comme radicale est annoncée. La politisation de la réforme tient à deux éléments : d'une part à l'ampleur des questions qu'elle traite (la loi finalement votée comporte 550 pages et comprend 200 articles, elle est donc trois fois plus longue que la loi de 1946 créant le NHS), d'autre part au caractère controversé et publiquement fortement débattu de son contenu¹⁴.

Il est donc nécessaire de comprendre tout d'abord pourquoi une telle réforme a été proposée. L'explication principale renvoie à l'acteur politique qui la porte : le nouveau ministre de la Santé, Andrew Lansley. Celui-ci, un ancien *private secretary* de Norman Tebbit au moment de la privatisation de British Telecom et directeur du Conservative Research Department au début des années 1990 (à une époque où David Cameron et George Osborne y travaillaient aussi), était depuis six ans et demi le *shadow minister* conservateur de la santé. Dès 2005, il a dressé les contours d'une réforme du système de santé, inspirée par son expérience dans les télécommunications, fondée sur la compétition par les prix, le renforcement du pouvoir de commanditaire des généralistes parce que plus proches des patients, et la mise en place d'un régulateur économique de la concurrence (Timmins, 2012, p. 21-24). Il arrive donc à la tête du ministère en ayant en tête un projet de réforme déjà assez élaboré, qui n'avait toutefois pas été complètement repris dans le programme conservateur du fait de la crise. Deux éléments ont favorisé l'élaboration rapide du Livre blanc par le ministère.

14. Un certain nombre d'analystes considèrent qu'il s'agit de la loi la plus controversée de l'histoire du NHS (Ham *et al.*, 2015).

Tout d'abord, le fait que l'une des premières décisions du gouvernement Cameron a été de démanteler les structures d'expertise en matière de politiques publiques rattachées au Premier ministre, créées sous les gouvernements travaillistes, afin de donner plus de poids aux ministres (Ham *et al.*, 2015, p. 9). Le deuxième élément est que selon l'analyse communément partagée à l'époque au sein du nouveau gouvernement, Tony Blair avait « gâché » son premier mandat en faisant peu de réformes, d'où la volonté de faire vite (d'autant plus que le contexte de crise rendait plus aléatoire la perspective d'un deuxième mandat) ce qui a entraîné une « course aux projets de réforme » entre les différents ministres. Lansley, du fait de son expertise dans le domaine de santé, était donc bien placé dans cette compétition interne au gouvernement. De plus, la négociation du programme de gouvernement a conduit à donner une plus grande ampleur à la réforme en ajoutant aux mesures proposées par les conservateurs des demandes formulées par les libéraux-démocrates portant notamment sur le renforcement du rôle des autorités locales dans le NHS et une plus forte représentation des patients par l'élection. Ce caractère cumulatif, lié à la dynamique politique de la coalition gouvernementale, a conduit à un projet de réorganisation plus ample, en particulier sur le plan institutionnel, mais aussi plus complexe et moins cohérent (Timmins, 2012, p. 131-132).

Si la réforme de 2012 s'inscrit dans la continuité de la dynamique de mimétisme marchand de l'État dans la santé, elle modifie plusieurs aspects du « quasi-marché » afin de renforcer la concurrence et le recours au privé. Le changement se traduit de la manière la plus visible politiquement par le démantèlement de structures créées par les gouvernements néo-travaillistes. Ainsi, les *Primary Care Trusts* sont remplacés par des *Clinical Commissioning Groups* (211 CCG sont devenus opérationnels en 2013), contrôlant désormais les deux tiers du budget du NHS. Leur responsabilité principale est de commanditer (*commissioning*) des soins spécialisés. Andrew Lansley met fortement en avant le renforcement de la place des généralistes par rapport aux managers qui dirigeaient les PCT en ayant recours au mot d'ordre : « *putting the GPs in the driver's seat*¹⁵ » et en parlant de la mise en place d'un « *clinical-led commissioning* » plus proche des besoins des patients, sans revenir pour autant au *GP fundholding* mis en place en 1990¹⁶. D'ailleurs, en 2014, la possibilité a été donnée aux CCG de devenir également commanditaires de soins primaires. Du côté de l'offre de soins, la réforme renforce surtout les possibilités de recours à des prestataires privés et de transformation des hôpitaux en *Foundation Trusts*, qui ont été autorisés à percevoir jusqu'à 49 % de leurs revenus hors NHS (autrement dit dans le privé).

En ce qui concerne les agences, la loi de 2012 supprime les *Strategic Health Authorities* et les remplace par une institution centralisée : le NHS Commissioning Board, indépendant du ministère de la Santé, responsable des nouveaux *Clinical Commissioning Groups* locaux (leur allouant leurs ressources et négociant avec eux afin de renforcer la coordination des soins) et chargé de définir des standards de qualité (aux côtés du NICE). Cette nouvelle agence, devenue par la suite NHS England, joue donc désormais le rôle de régulateur central des soins ambulatoires et complète la logique d'agencification visant à retirer au ministère le rôle de

15. D'ailleurs dans les premières versions de la loi il était question de mettre en place des *GP Consortia*, composés uniquement de généralistes alors que les CCG comprennent aussi d'autres professionnels de santé (médecins hospitaliers et infirmières) ainsi que des gestionnaires.

16. L'objectif central de la réforme annoncée par le Livre blanc de juillet 2010 étant « *to bring NHS resources and NHS decision-making as close to the patient as possible* » (cité par Greener, 2016, p. 110).

gestion au quotidien (« *day to day management* ») du système de santé. Ainsi, en 2015, ces trois agences nationales (NHS England, CQC et Monitor) employaient quatre fois plus de salariés (8 000 au total dont plus de 4 000 à NHS England) que le ministère (Greer *et al.*, 2016, p. 91). Parmi celles-ci, Monitor, créée en 2004 pour jouer un rôle de régulateur public indépendant des *Foundation Trusts*, contrôlant leur budget et les incitant à améliorer leurs performances financières, se voit confier une mission plus large : celle de régulateur public en charge de la concurrence au sein du marché interne de la santé. L'affirmation de ce nouveau rôle repose sur le contrôle du respect de la législation sur la concurrence et la promotion de la concurrence au sein du NHS sur le modèle de l'OFGEM, le régulateur de l'énergie et d'autres régulateurs d'anciens services publics en réseau, comme le montrent aussi ses membres qui sont principalement des consultants et des juristes (Greer *et al.*, 2016, p. 91-92).

Si, dans la santé, la réforme, étroitement associée politiquement au ministre qui la porte, vise à renforcer la concurrence à l'intérieur du secteur public dans la logique du marché interne mis en place au début des années 1990, elle passe aussi par une ouverture plus grande aux opérateurs privés et une remise en cause de structures emblématiques de l'ère néo-travailleuse, deux aspects que l'on retrouve pour la police.

La promotion du recours à des opérateurs privés dans la police

Une idée forte portée initialement par David Cameron est que la police constitue le « dernier grand service public non réformé » (*the last great unreformed public service*), idée qu'il avait exprimée en janvier 2006 dans un article du *Sunday Telegraph* alors qu'il était chef de l'opposition. Si ce constat a de quoi étonner compte tenu des réformes successives qu'ont connues les polices anglaises depuis le milieu des années 1990 (Savage, 2007), un tel jugement doit se comprendre à l'aune de l'itinéraire politique spécifique de David Cameron : il avait servi au début des années 1990 comme jeune conseiller auprès de la Commission Sheehy (du nom de Patrick Sheehy, PDG de British American Tobacco), laquelle avait porté un projet de réformes radicales des polices anglaises inspiré des méthodes du secteur privé dans la rémunération, les récompenses, le déploiement et plus généralement l'approche des forces de polices : réduction du nombre de rangs hiérarchiques, diminution des salaires de départ, introduction de rémunérations liées aux responsabilités et la performance plutôt qu'au rang et à l'ancienneté, contrats à durée déterminée pour tous les agents (Sheehy, 1993). De telles réformes, qui agitaient le « chiffon rouge devant le taureau » (Savage, 2007, p. 176), avaient ensuite échoué devant les mobilisations réussies des syndicats dans un contexte très largement marqué par la logique *law and order* des années 1990. Si l'on tient compte du fait que les liens entre M. Thatcher et les syndicats policiers ont très fortement limité les réformes qu'ont connues les autres services publics anglais au cours des années 1980, on peut qualifier le projet porté par le gouvernement Cameron comme étant de nature post-thatchérienne : il fallait enfin s'attaquer à un service public considéré comme coûteux et trop souvent protégé. De ce point de vue, les coupes drastiques des financements attribués aux polices anglaises (20 % sur quatre ans, voir *infra*) trouvent une explication politique, au-delà de la seule crise financière.

Outre ces coupes budgétaires, deux points majeurs marquent les réformes engagées par le gouvernement de coalition : le recours au secteur privé pour certaines tâches considérées

jusque-là comme relevant exclusivement de la police et l'abandon du régime de performance centralisé mis en place par les conservateurs et néo-travailleurs les années précédentes. Sur le premier aspect, une série d'annonces successives au début de l'année 2012 augurait d'une transformation des relations entre polices et secteur privé, allant au-delà des activités ponctuellement externalisées vers des partenariats public-privé (dits de *business partnering*, voir Home Office, 2012, p. 32-33) plus durables et globaux. La police du Lincolnshire annonce en février 2012 la signature d'un contrat de 200 millions de Livres sur 10 ans (soit 18 % de son budget) avec G4S pour un ensemble très large de services : services de garde des personnes arrêtées, enquêtes de voisinage, salle de commande, etc. Selon les termes du contrat, la moitié du personnel civil de la police du Lincolnshire (soit 575 employés) doit rejoindre G4S. Ce contrat va être à l'origine d'un intense *benchmarking* de la part des différentes forces anglaises, ce que formule le *chief constable* du Lincolnshire : « *Other forces around the country were very interested [...] When we had gone ahead with the contract we held a big national seminar sharing lessons learned. We tried to relieve the pressure on our team from having constant visits* » (cité dans White, 2015, p. 291). Un appel d'offres conjoint des polices des West Midlands et Surrey intitulé *Business Partnering for Police* pour un montant de 1,5 milliard de Livres sur sept ans est annoncé parallèlement. Le spectre des activités potentiellement couvertes est encore plus large : soutien aux victimes et témoins, gestion des individus à risque, patrouille dans les quartiers, gestion des relations avec le public, etc. Au moment de son lancement, cet appel à projets suscitera 300 manifestations d'intérêt de la part d'entreprises. Toujours au cours de ce premier semestre 2012, les polices du Cambridgeshire, du Bedfordshire, du Hertfordshire, et même la Metropolitan Police de Londres ont lancé des projets d'externalisation dans les ressources humaines, les finances, l'usage des technologies informatiques. Sept autres forces (dont les polices de la Thames Valley et du Hampshire) ont également initié un processus d'appels d'offres pour gérer 30 centres et 600 cellules de gardes à vue.

Pour comprendre ces changements, il faut d'abord rappeler que les polices anglaises se trouvaient alors sous pression budgétaire. Le nouveau gouvernement a annoncé très rapidement la réduction de sa dotation aux polices de 20 %¹⁷, obligeant ces dernières à réduire leurs effectifs, à chercher des formes de mutualisation, mais aussi à trouver des solutions avec le secteur privé pour diminuer certains coûts. Il faut ajouter à cela que la législation édictée en 2001 sur la régulation du secteur de la sécurité privée a renforcé la crédibilité de ce dernier, permettant aux entreprises de se présenter non pas simplement comme des entités marchandes recherchant le profit mais comme des organisations liées à l'État contribuant à la sécurité de leurs concitoyens (White, 2010).

Les chefs de police (*chief constables*) britanniques, qui jouent un rôle stratégique dans le devenir des forces de police, commencent aussi à changer d'attitude : alors qu'ils voyaient le secteur privé comme un rival, ils l'envisagent désormais plus facilement comme un partenaire avec lequel ils peuvent nouer des partenariats pour faire des économies. Comme Martin Gill (2015) l'a montré, les attitudes des responsables policiers vis-à-vis de la sécurité privée varient considérablement, allant des « *embracers* » aux « *sceptics* » en passant par les « *pragmatists* ». Dans le Lincolnshire, c'est un mix d'« *embracers* » et de « *pragmatists* »

17. Rappelons que si les polices anglaises et galloises sont régionales, elles sont principalement financées, aux alentours de 80 %, par le Home Office.

qui décident de tirer des leçons des expériences d'externalisation engagées par le conseil municipal du Lincolnshire et la police de Cleveland pour élaborer leur propre projet (White, 2015). L'appel à projets conjoint des polices du Surrey et du West Midlands est porté significativement par Chris Sims (*chief constable* des West Midlands) et Mark Rowley (*chief constable* du Surrey) qui étaient en charge de ces réflexions au sein de l'Association of Chiefs Police Officers (ACPO).

Si ces dynamiques d'externalisation sont le résultat d'un contexte d'austérité budgétaire et de l'attitude de chefs de police enclins à avoir recours au secteur privé, les acteurs gouvernementaux ont joué un rôle important. Lors d'un colloque organisé par le Think Tank Reform en février 2012, la ministre de l'Intérieur, Theresa May déclare qu'il est nécessaire d'exploiter l'innovation du secteur privé pour aider les polices à se réformer. Cependant, compte tenu de l'indépendance locale des polices, le gouvernement ne peut pas imposer aux polices de recourir à l'externalisation. Il va alors jouer un rôle incitatif fort, en soutenant opérationnellement, idéologiquement, voire financièrement, ces initiatives. Une cellule du Home Office, spécialement créée pour aider les polices tentant d'opérer une logique de contractualisation avec le secteur privé, a soutenu la procédure d'appel à projets des polices du Surrey et des West Midlands de plusieurs façons : en finançant le rapport de consultation initial (réalisé par Impower Consulting), en indiquant sa volonté de fournir des financements additionnels pour les phases de contractualisation ultérieures, mais aussi, plus largement, en créant les conditions du dialogue entre les différents partenaires tout au long de la négociation¹⁸. Au même moment, le gouvernement a annoncé un plan pour établir un nouveau régime de régulation de la sécurité privée, avec une tonalité très favorable à l'autorégulation du secteur, puisqu'il est question de « *reflecting the maturity of the private security industry and supporting the industry's willingness to take on further responsibility* » (Home Office, 2012).

Le gouvernement Cameron soutient aussi, c'est le deuxième aspect politique des réformes, une remise en cause radicale de la logique de gouvernement de la performance, à la fois standardisé et centraliste, mise en place par le New Labour. Les critiques suscitées par ce régime de la part des experts, des policiers, voire même de certains politiques (autour des thèmes du micro-management, des effets pervers du « *targetitis* »¹⁹) avaient déjà conduit le gouvernement néo-travailleuse à alléger les objectifs nationaux à partir de la deuxième moitié des années 2000 (McLaughlin, Fleming, 2012), mouvement qu'achève le gouvernement Cameron : en 2010, le Home Office a abandonné les objectifs nationaux, la nouvelle *Home Secretary* (Theresa May) adoptant une rhétorique particulièrement offensive à l'égard de l'usage des indicateurs de performance²⁰.

18. Un rapport de l'autorité de police du West Midlands a souligné le rôle du Home Office pour favoriser « un dialogue très positif entre les partenaires potentiels et les fournisseurs » (West Midlands Police Authority, *Business Partnering for Police : Report of the Chief Constable*, septembre 2011).

19. Les critiques du *policing by targets* (comme dans la santé ou dans l'éducation) ont dépassé les seuls forums académiques. Chefs policiers, syndicalistes, responsables politiques les ont relayés. L'ACPO, influente organisation regroupant les chefs de police anglais, a notamment plaidé auprès du gouvernement pour assouplir le régime de performance.

20. « *I know that some officers like the policing pledge, and some, I'm sure, like the comfort of knowing they've ticked boxes. But targets don't fight crime. Targets hinder the fight against crime* » (« Theresa May Axes Police Performance Targets », *The Independent*, 29 juin 2010) ; « *I want police officers chasing criminals, not chasing targets. So I've given the police just one single objective – to cut crime* » (Theresa May, « The Deal.

Plutôt qu'un régime de performance centralisé, c'est une *accountability* locale des polices qui est promue, avec la mise en place de *police and crime commissioners* (PCC), élus pour quatre ans au suffrage universel direct et chargés de définir les objectifs des forces de police, qui doivent être les acteurs capables de fonder la redevabilité locale des polices, avec une interférence limitée de Whitehall : « *This is a government that is serious about localism and about devolving power. Many police authorities, invisible and unaccountable themselves, have in turn been unable to properly hold chief constables to account... That is partly because central government has over years sucked power from local people by dictating targets and practices... one aim of the current reforms is to reduce interference in local policing from Whitehall*²¹. » Élus à l'automne 2012 avec un taux de participation très faible (15 %), les PCC vont pourtant très vite jouer un rôle essentiel dans la direction des polices régionales : ils vont définir des *Police and crime plans* qui vont orienter l'action des polices, et vont aussi devoir se positionner par rapport à certains projets de *business partnering* annoncés avant leur élection.

Tableau 2. Modalités de recours au marché (2010-2015)

	Santé	Police
Mise en concurrence par la mesure de la performance (définition d'indicateurs de performance, classement des organisations publiques, création d'agences, etc.)	Renforcement du rôle régulateur d'agences nationales : NHS England, Care Quality Commission et Monitor (chargé de la concurrence)	Relâchement de l'emprise du gouvernement central dans le pilotage des indicateurs (avec des formes d' <i>accountability</i> locale), mais maintien de logique de classement inter-forces
Externalisation (délégation de missions aux acteurs privés) : <i>outsourcing</i> , partenariat public-privé	Renforcement des possibilités de recours à des prestataires privés et de l'activité privée des hôpitaux	Mise en place de <i>business partnering</i> , lancement d'appels à projets.
Mise en place d'un quasi-marché (mise en concurrence d'acteurs publics, voire avec des acteurs privés)	Réorganisation du marché interne de la santé autour des <i>Care Commissioning Groups</i>	Absence de mise en concurrence des polices

Les réformes portées par le gouvernement de coalition s'inscrivent donc dans les trajectoires antérieures (marché interne dans la santé en particulier) dont certains aspects sont renforcés (recours au privé) et d'autres infléchis (concurrence par la mesure de la performance). Surtout, elles ont été limitées par les oppositions politiques qu'elles ont suscitées.

One Year On », discours, mai 2011). Sur les changements, nous nous permettons de renvoyer à Maillard et Savage (2017).

21. Damian Green, *Minister of State for Policing* (de 2012 à 2014), discours, Policy Exchange, 23 février 2012 (cité dans Crawford, 2016, p. 123).

Les limites du mimétisme marchand de l'État

Le fort investissement politique dont ont fait l'objet les réformes dans les deux secteurs, de la part des acteurs gouvernementaux en particulier, permet de comprendre une partie des limites qu'elles ont rencontrées. Suscitant une forte attention politique et médiatique elles ont été contestées dans les deux cas, selon des modalités toutefois différentes. Dans la santé, le choix politique de recours à la loi a politisé le processus décisionnel au niveau central, alors que pour la police, les appels d'offre lancés par les polices ont politisé la mise en œuvre du recours à des opérateurs privés.

La politisation de l'élaboration de la loi dans la santé

Dès sa publication, le Livre blanc *Equity and Excellence. Liberating the NHS* a suscité de fortes oppositions de deux ordres (Klein, 2013a, p. 850). D'un côté, on trouve des acteurs formant la « *Kill the Bill Brigade* » (Timmins, 2012, p. 115) unis par le refus idéologique de la logique de renforcement de la concurrence que contient la réforme (et qui sont les dimensions sur lesquelles Andrew Lansley met le plus l'accent comme on l'a vu). Les acteurs cherchant à obtenir le retrait du projet de loi sont à la fois professionnels (en particulier la British Medical Association, certains *Royal Colleges* de spécialistes et le Royal College of Nursing) et politiques (la majorité des parlementaires travaillistes et une minorité de parlementaires libéraux-démocrates). L'autre logique d'opposition, qualifiée de pragmatique par Rudolf Klein, portée par une majorité des parlementaires conservateurs et libéraux-démocrates, en particulier ceux les plus proches des professions de santé, et par bon nombre d'experts du NHS, est fondée sur la complexité de la réforme, selon eux source de nombreux problèmes à venir de mise en œuvre.

Ces oppositions se sont manifestées à la fois dans les arènes parlementaires (non seulement à la Chambre des communes mais aussi à celle des Lords où en fin de compte les changements les plus importants ont été introduits) et dans des espaces publics plus larges. La mobilisation des opposants par l'intermédiaire des réseaux sociaux (notamment la campagne « *Keep our NHS Public* » et la e-pétition du réseau 38 Degree qui a recueilli 600 000 signatures) a été forte et le cadrage médiatique de la réforme négatif du fait de l'importance prise par les thème de la privatisation (connoté très négativement dans un domaine symboliquement et politiquement aussi sensible que la santé²²) et de la concurrence, ce qui a entraîné un large débat sur l'application du droit européen de la concurrence dans la santé. Ainsi, les arguments politiques anti-UE ont aussi alimenté la contestation de la marchandisation accrue du NHS.

Du fait de l'ampleur des contestations, l'impopularité de la réforme et les risques politiques que représenterait son abandon, David Cameron, après un accord passé avec Nick Clegg, le leader des libéraux-démocrates, a mis en place, en mai 2011, une instance de concertation avec les acteurs, en particulier professionnels, du NHS (en excluant les

22. On peut rappeler que le système de santé fut célébré comme symbole fort de l'identité britannique dans le cadre de la cérémonie d'ouverture des Jeux olympiques de Londres en 2012 et que Margaret Thatcher avait attendu son troisième mandat et un scandale majeur pour mettre sur agenda la mise en place d'un marché interne.

acteurs privés²³) : le NHS Future Forum, présidé par l'ancien président du Royal College of GPs, permettant un débat public et la prise en compte de propositions de modifications (Timmins, 2012, p. 93-101). D'ailleurs, le gouvernement a ensuite repris à son compte la quasi-totalité des conclusions du Future Forum. Au cours de la discussion parlementaire (cinquante jours de débats au total) le projet de loi a encore été fortement amendé (près de 2 000 amendements ont été intégrés à la loi) dans le sens d'une atténuation de la marchandisation en particulier. En effet, la concurrence sur les prix a été abandonnée, le rôle du Monitor comme promoteur de la concurrence a été redéfini : symboliquement, il n'est plus considéré comme un régulateur économique comme dans le Livre blanc mais, à l'instar de secteurs industriels, comme un « régulateur sectoriel », ses missions comprenant aussi la défense des patients, la promotion de la qualité, la coordination des soins, la lutte contre les inégalités. La part des revenus provenant de patients privés des *Foundation Trusts* a été quant à elle plafonnée à 49 % (pour ne pas franchir la barre symbolique des 50 %).

De façon plus générale a été opérée une réorientation progressive de la politique de santé, suite aussi au changement de ministre en 2012 (Jeremy Hunt remplaçant Lansley), après le vote de la loi. Désormais la régulation de la qualité et l'intégration des soins priment par rapport aux thèmes de la concurrence et de la privatisation comme le traduisent l'adoption du *Care Act* en 2014 et le retour de Simon Stevens, ancien conseiller de Tony Blair et acteur central des réformes néo-travailleurs, à la tête de NHS England (Ham *et al.*, 2015).

Le retrait des projets de business partnering dans la police

Pour la police, les limites sont encore plus importantes puisque en l'espace de quelques mois, les réformes annoncées en termes de *business partnering* vont se voir très largement enterrées. Après l'annonce successive de partenariats entre les polices et le secteur privé en 2012 (voir *supra*), trois séries d'événements vont conduire à l'abandon des projets de réforme (Maillard, 2013 ; White 2015 ; Crawford, 2016). D'abord, l'annonce de l'appel d'offres West-Midlands/Surrey est à l'origine d'une très forte concentration de l'attention médiatique, avec une couverture principalement négative quant à cette « privatisation » (pour reprendre le terme utilisé dans la presse) des polices. À partir de mars 2012, c'est une intense campagne médiatique qui s'engage, avec une couverture essentiellement négative par *Channel 4*, le *Daily Mail* ou encore *The Guardian* (White, 2015). De plus, la logique d'austérité accrue se traduit par un durcissement des conditions d'emploi des policiers (notamment en ce qui concerne les retraites), ce qui va conduire à des mobilisations syndicales. Couplant les deux thèmes, la Police Federation organise une manifestation en mai 2012 qui rassemble 20 000 à 30 000 policiers dénonçant la « privatisation rampante » des services de police avec des bannières proclamant « *Police for Public – Not for Profit* ».

23. Leur implication dans le projet de réforme ayant été dénoncée, en particulier le poids des consultants de Mac Kinsey qui ont participé à son élaboration (Klein, 2013a, p. 856), et dont est issu le nouveau directeur de Monitor nommé par Andrew Lansley.

La deuxième séquence s'ouvre en juillet 2012, avec l'annonce de G4S²⁴, à deux semaines de la cérémonie d'ouverture des Jeux olympiques, qu'elle ne sera pas en mesure de mobiliser les 10 400 agents accrédités et formés contrairement à ce qui était prévu dans le contrat de 284 millions d'euros... ce qui entraîna la mobilisation de plusieurs milliers de militaires et policiers pour assurer la sécurité des JO. Cela sonne comme un échec cinglant de G4S, et plus largement de la capacité des acteurs de la sécurité privée à apporter des solutions sûres et crédibles, à l'inverse du secteur public (en raison des règles d'emploi des policiers et militaires). La presse fera à nouveau ses gros titres sur cet échec, dont le plus emblématique sera celui du *Sun* : « G4Scandalous » (*The Sun*, 13 juillet 2012). Et un rapport de la Chambre des communes va également prendre une tournure extrêmement critique dénonçant sévèrement les pratiques de G4S et donnant un caractère émotionnel et moral à la question : « *G4S is under a moral obligation to immediately make generous ex gratia payments by way of apology* » (House of Commons, 2012-2013, p. 11).

Enfin, les thématiques de campagne des *police and crime commissioners* au cours de l'automne 2012 vont prendre une tournure principalement critique vis-à-vis des logiques de privatisation. Selon l'analyse réalisée par Adam Crawford (2016) des programmes et manifestes, les candidats qui ont mentionné la question de la privatisation (ou plus largement d'une implication accrue des acteurs privés) l'ont principalement fait avec tonalité critique, dans un contexte où cette question ne semble pas bénéficier d'un fort soutien dans l'opinion²⁵. Pour ce qui concerne les 41 PCC élus, un seul a eu des paroles favorables à la privatisation, contre 12 avec des positions défavorables à toute implication supplémentaire du secteur privé. De nombreux PCC élus, principalement issus du Labour ou indépendants, adopteront des positions claires contre tout projet de privatisation des services : « *keep police on the beat not hand policing over to private companies. Our police is not for sale* » (Tony Lloyd, Labour, PCC du Greater Manchester), « *we need to protect the service from devastating cuts and worrying proposals from Westminster for privatising police work* » (Winston Roddick, Independent, North Wales) (cité dans Crawford, 2016, p. 143). Significativement, en novembre 2012, le PCC (Labour) des West Midlands annonce quelques heures seulement après avoir pris ses fonctions qu'il met un terme à la procédure d'appel à projets « *business partnering for police* ». Quelques semaines plus tard, un autre accord entre les polices de Bedfordshire, Cambridgeshire et Hertfordshire, qui avaient annoncé en juin 2012 la possibilité de contractualiser sur, au minimum, les ressources humaines, les finances et les technologies d'information et de communication, est abandonné en raison de l'opposition frontale du nouveau PCC (Labour) de Bedfordshire²⁶.

Bref, tout se renverse au cours de l'année 2012, avec un effet cumulatif : les annonces du début de l'année suscitent une couverture médiatique négative, les intérêts professionnels

24. G4S est la plus grande entreprise mondiale de sécurité (suivie par Securitas), employant 675 000 employés dans 125 pays. C'est une entreprise très visible dans l'espace public au Royaume-Uni (assurant la sécurité des aéroports ou d'événements sportifs tels que Wimbledon).

25. Le candidat PCC du Lincolnshire se rappelle : « *it was something that was raised at every hustings and during my walkabouts when I knocked on doors and delivered leaflets. It was something that occupied people. I quickly discovered that the main fear was that we were going to have private police on the streets. That the local force was going to be replaced by private security* » (cité dans White, 2015, p. 293).

26. « Major Blow to G4S as Police Multimillion-pound Deal to Outsource Services Collapses », *The Independent*, 30 janvier 2013.

se mobilisent massivement contre cette logique, l'annonce de G4S renforce les doutes sur la capacité du secteur privé à se substituer aux acteurs publics, et la séquence se clôt par l'élection de PCC dans un contexte où la privatisation est au mieux une thématique que l'on évite, au pire que l'on dénonce.

Les projets poursuivant des objectifs de marchandisation connaissent donc de fortes oppositions qui vont, dans la santé, réduire l'ampleur de la réforme (en réintroduisant des attentes concernant la qualité au-delà de la mise en concurrence et de ses effets attendus sur les prix), et dans la police, conduire à l'abandon des principaux appels à projets visant à établir des formes d'externalisation par l'entremise des *business partnering*. Autrement dit, dans les deux secteurs, les transformations radicales annoncées, en 2010 pour la santé et en 2012 pour la police, sont loin de se concrétiser : la loi portée par Lansley est considérablement amendée et les principaux appels à projet de *business partnering* sont oubliés. Comment comprendre ces réorientations et abandons ?

Les résistances aux mécanismes de marché : mobilisations politiques et médiatisation de « scandales »

Pour rendre compte des freins et redéfinitions des réformes, il faut tout d'abord souligner l'intervention d'acteurs politiques (acteurs parlementaires dans la santé, et *police and crime commissioners* dans la police) qui, dans la première phase (globalement entre 2010 et 2012), n'avaient joué qu'un rôle secondaire, tout en resituant leurs mobilisations dans un contexte socio-politique marqué par les mobilisations d'opposition, un traitement médiatique négatif et le poids des scandales.

Alors que l'on considère traditionnellement le système anglais comme étant dominé par l'exécutif, le fait que les blocages viennent d'un côté des parlementaires (santé), de l'autre des PCC (police) est à souligner : dans les deux cas, les obstacles viennent d'acteurs politiques extérieurs à l'exécutif. Dans la santé, Lansley ne parvient pas à trouver une majorité pour le soutenir au Parlement, y compris au sein des conservateurs. Outre les réserves de certains députés conservateurs, les exigences des accords de coalition conduisent à des concessions aux libéraux-démocrates qui vont atténuer la dimension marchande associée à la réforme. Dans la police, la création de *police and crime commissioners* par le gouvernement central finit par produire de nouveaux centres de pouvoir qui ne se conforment pas aux orientations favorables à une extension des logiques marchandes.

Ces prises de position des élus doivent être comprises dans un contexte politique marqué par trois dimensions communes : les alliances avec les professionnels opposés aux réformes, la couverture médiatique négative de la marchandisation et l'effet de scandales publics. S'il n'est pas toujours aisé de démêler ce qui relève de l'opposition à l'austérité budgétaire, de la préservation des intérêts professionnels et de la contestation idéologique de la marchandisation, force est de constater que dans les deux secteurs, les organisations professionnelles se sont mobilisées massivement, en alliant accès aux élus, production d'une contre-expertise, manifestations publiques et présence médiatique. Dans la police par

exemple, les syndicats de policiers se mobilisent contre l'austérité budgétaire et les projets de privatisation au cours du printemps 2012.

Ensuite, quand les choix politiques prennent un caractère public (concurrence politique à l'approche des élections des PCC, NHS Future Forum), la dimension des « échanges bloqués » (Loader *et al.*, 2014 ; Sandel, 2012), reposant sur l'idée que certains biens et services ne peuvent être légitimement produits par des acteurs privés, vient cadrer la sélection des alternatives. Le cadrage sémantique opéré par les médias est particulièrement révélateur : la « privatisation » remplace « l'*outsourcing* » dans le débat, la première notion suggérant une idée d'une bien plus grande présence du marché que la seconde (White, 2014, p. 285). Les changements dans le Lincolnshire vont également prendre un certain relief quand les nouvelles épaulettes et cordons associant G4S et la police du Lincolnshire vont être rendus publics, générant une campagne médiatique dénonçant cette « désacralisation » de la police. Le *chief constable* du Lincolnshire s'en souvient avec une certaine amertume : « *we got hammered mercilessly about privatising the police when in fact we weren't. But nobody was interested in a sophisticated argument about that because it just didn't sell newspapers* » (cité dans White, 2015, p. 292).

C'est ici qu'entre en jeu une troisième dimension : pour rendre compte de la nature prise par les débats, il faut souligner que les scandales reçoivent un écho particulier²⁷, notamment dans la police en activant la croyance forte au sein du public britannique dans le caractère emblématique du *bobby* comme un signe de l'identité collective et de l'ordre public (Crawford, 2016, p. 142 ; voir Loader, Mulcahy, 2003). Comme on l'a vu, l'échec de G4S lors des Jeux olympiques fait les titres des médias et attire des critiques particulièrement sévères de la part du parlement, créant un contexte favorable aux polices publiques tout en réduisant la crédibilité des opérateurs privés à prendre en charge la sécurité de grands événements. La médiatisation et la politisation de difficultés dans la mise en œuvre du mimétisme marchand de l'État jouent aussi pour la santé. On peut tout d'abord mentionner l'échec de la privatisation de l'hôpital de Hichingsbrooke, mise en avant comme un cas exemplaire par les opposants de la réforme, qui a conduit à sa réintégration au NHS au bout de trois années seulement (Powell, 2016, p. 25). De la même façon, le scandale du Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, qui a contribué à remettre au premier plan la question de la qualité de soins par rapport à la promotion de la concurrence (Ham *et al.*, 2015, p. 16), est à l'origine de la réorientation de l'activité de Monitor vers la sécurité des patients et sa fusion, en 2015, avec la NHS Trust Development Authority, jusque-là en charge de l'évaluation de la performance des hôpitaux au statut de *NHS Trusts*.

En reprenant les catégories de Kingdon (1984), on peut considérer que les trois courants de politiques publiques ne sont plus à partir de 2012 favorables aux réformes : du côté du courant des problèmes, les scandales finissent par transformer le secteur privé en problème ; pour le courant des solutions, l'expertise réformatrice fait face à une contre-expertise venant d'acteurs professionnels et politiques ; enfin, dans le courant politique, des acteurs politiques

27. Ces scandales rappellent deux événements du tournant des années 1990 : l'attaque à la bombe par l'IRA de bâtiments de la marine gardés par une société de sécurité privée (Reliance) en 1989, et la fuite de 6 prisonniers gardés par Group 4 pendant leur transfert le premier jour d'un contrat passé avec le Home Office en 1993. Ces deux scandales ont suscité une très importante négative couverture médiatique.

(parlementaires et *police and crime commissioners*) se montrent particulièrement attentifs aux risques politiques associés à un soutien trop explicite à des projets qui pourraient se voir assimilés à de la privatisation par le grand public.

Conclusion

Les secteurs de la police et de la santé ont été pénétrés par différentes formes de mimétisme marchand au cours des trois dernières décennies. Nous avons essayé de montrer la variété de ces logiques marchandisation, en distinguant notamment mise en concurrence par la mesure de la performance, délégation à des acteurs privés et mise en place de mécanismes de quasi-marché, et tenté d'en prendre la mesure en nous focalisant sur les projets portés par la coalition conservatrice-libérale démocrate (2010-2015). Rappelons que ces deux secteurs ont connu des niveaux et types de mimétisme marchand différents : la création d'un marché interne dans la santé, soutenue par une conceptualisation économique sophistiquée, ne connaît pas d'équivalent dans la police, où l'activité policière demeure plus intégrée. Dans ce dernier domaine, les tentatives du gouvernement de coalition de mettre en place des relations partenariales durables sous la forme de *business partnering*, se traduisant par une externalisation de certains services assurés jusque-là par les polices publiques, se sont vues (pour le moment) remises en cause.

Ceci nous conduit au deuxième élément : le mouvement de marchandisation n'implique pas automatiquement un déclin des valeurs de service public (*public good*) au profit de logiques de marché. Notre constat diffère de travaux ayant souligné une révolution bureaucratique, marquée par l'institutionnalisation de mécanismes de marché, introduits sous l'impulsion de l'État, qui finissent par redéfinir les comportements et calculs des agents (Le Galès, Scott, 2008). L'explication développée ici met en avant le poids des processus politiques. Dans les deux cas, des acteurs politiques, principalement locaux dans la police, nationaux dans la santé, se mobilisent contre les réformes elles-mêmes fortement portées politiquement, en se démarquant de projets de marchandisation qui suscitent des oppositions larges au sein de l'opinion publique tant ils mettent à mal des mythes ancrés (le *bobby* et la *nurse*) et sont sujets à des scandales obligeant les autorités publiques à agir. L'impact politique du slogan de la défense des services publics, à nouveau mobilisé avec succès par le parti travailliste lors des élections législatives du printemps 2017, apparaît bien comme un frein majeur au renforcement de la concurrence et du recours au privé.

Plutôt que d'une logique de marchandisation qui se traduirait par un basculement clair du privé vers le public, il faut donc ici beaucoup plus parler d'une logique d'hybridation. D'un côté, les acteurs publics utilisent le recours aux instruments du marché en facturant, en étant sponsorisés, en comparant leurs performances. Mais de l'autre, les acteurs privés dans des secteurs qui restent très marqués par des « échanges bloqués » (Loader *et al.*, 2014) demeurent attachés à valoriser la dimension publique de leur activité. Ainsi, selon l'analyse d'Adam White (2014), les cadres de la police du Lincolnshire intériorisent certains principes du secteur privé (les coûts d'unité, le *business process streamlining*), mais en même temps, les agents de G4S montrent une empathie constante avec l'ethos de service public policier, ce qui rend leur discours audible auprès des policiers. Dans la santé, le brouillage tient à deux éléments : le

premier est que la concurrence s'exerce très majoritairement au sein du service public de santé (marché interne) dont les fondements sont préservés (financement par l'impôt, accès à tous les citoyens, gratuité) ; le deuxième tient à la multiplication de statuts hybrides pour les prestataires de soins (les hôpitaux en particulier), Lansley lui-même parlant du développement de *social enterprises* plus que d'opérateurs privés (Greener, 2016, p. 114-115). Ainsi, le mimétisme marchand de l'État passe par un brouillage des frontières entre le public et le privé et une diversification des statuts des prestataires de soins (Sheaff, Allen, 2016), comme dans la police.

Enfin, on peut souligner le caractère contradictoire des projets de réforme portés par le gouvernement Cameron, et notamment des différentes composantes que pouvait représenter l'idée générale de *Big Society* telle qu'elle était portée dans le manifeste du parti conservateur en 2010. La mise en place des *police and crime commissioners* pouvait potentiellement se traduire par un renforcement de la logique de privatisation, ce d'autant plus que ces derniers peuvent donc faire des arbitrages budgétaires entre polices publiques et sécurité privée. Pour autant, ce n'est pas la logique qui a été dominante : le renforcement des mécanismes d'*accountability* locale a été dans ce cas spécifique contraire à la logique d'implication accrue du secteur privé. Dans la santé, deux contradictions fortes sont à l'œuvre. La première réside dans l'accent mis sur les économies budgétaires attendues de la réforme de 2012 alors même qu'elle repose sur des réorganisations institutionnelles coûteuses (au moins dans un premier temps) qui sont devenues prioritaires par rapport à la recherche de gains d'efficacité. La deuxième concerne le constat, renforcé depuis 2012, de la nécessité d'accroître la coordination des soins ce qui peut aller à l'encontre de la concurrence que le *Health and Social Care Act* voulait renforcer.

Ainsi, les processus réformateurs visant à introduire des logiques marchandes demeurent contraints par un ensemble de normes et symboles politiques définissant le champ des possibles. Le traitement médiatique défavorable à la « privatisation », appuyé sur la popularité des *bobbies* et *nurses*, a constitué un cadre favorable aux mobilisations professionnelles et a rendu les acteurs politiques particulièrement sensibles aux risques politiques des réformes. Par ailleurs, les contingences politiques ont pleinement joué leur rôle : scandales (dont la survenue est par nature imprévisible), effets de la crise économique (qui rend plus compliquée l'implication du secteur privé en raison des ressources publiques limitées) ou arrangements politiques internes dans un gouvernement de coalition ont également façonné et remodelé des réformes fortement inscrites dans des processus politiques plus que spécifiquement sectoriels.

Patrick Hassenteufel

Université Versailles-Saint-Quentin-Paris-Saclay
Laboratoire Printemps
Sciences Po Saint-Germain-en-Laye
patrick.hassenteufel@uvsq.fr

Jacques de Maillard

Université Versailles-Saint-Quentin-Paris-Saclay
CESDIP
Sciences Po Saint-Germain-en-Laye
demaillard@cesdip.fr

Bibliographie

- AUDIER, S. (2012), *Néo-libéralisme(s), une archéologie intellectuelle*, Paris, Grasset.
- BEVAN, G., HOOD, C. (2006), « What's, Measured is what Matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System », *Public Administration*, 84 (3), p. 517-538.
- BLYTH, M. (2002), *Great Transformations: Economic Ideas and Institutional Change in the 20th Century*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BUNGENER, M. (2015), « La sociologie et les sciences sociales de la santé : émergence et installation d'un milieu de recherche pluridisciplinaire », dans PARADEISE, C., LORRAIN, D., DEMAZIÈRE, D. (dir.), *Les Sociologies françaises. Héritages et perspectives (1960-2010)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 483-494.
- CASEY, T. (ed.) (2009), *The Blair Legacy Politics, Policy, Governance, and Foreign Affairs*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- CASTEL, P. (2015), « De la sociologie de l'action organisée à la sociologie de la santé. Développement et diversification des travaux sociologiques sur la santé », dans PARADEISE, C., LORRAIN, D., DEMAZIÈRE, D. (dir.), *Les Sociologies françaises. Héritages et perspectives (1960-2010)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 495-506.
- CHECKLAND, K., COLEMAN, A., McDERMOTT, I., PECKHAM, S. (2016), « Clinically Led Commissioning: Past, Present and Future? », in EXWORTHY, M., MANNION, R., POWELL, M. (eds), *Dismantling the NHS? Evaluating the Impact of Health Reforms*, Bristol, Policy Press, p. 149-170.
- CONSERVATIVE PARTY (2010), *Invitation to Join the Government of Britain: The Conservative Manifesto 2010*, Londres, Conservative Party.
- CRAWFORD, A. (2016), « The English and Welsh Experiment in Democratic Governance of Policing through Police and Crime Commissioners: A Misconceived Venture or a Good Idea, Badly Implemented? », in DELPEUCH, T., ROSS, J. (eds), *Comparing the Democratic Governance of Police Intelligence: New Models of Participation and Expertise in the United States and Europe*, Cheltenham, Edward Elgar, p. 116-152.
- CROUCH, C. (2009), « Marketization », in FLINDERS, M., GAMBLE, A., HAY, C., KENNY, M. (eds), *The Oxford Handbook of British Politics*, Oxford, Oxford University Press, p. 879-895.
- DENORD, F. (2007), *Néo-libéralisme version française : histoire d'une idéologie politique*, Paris, Demopolis.
- EXWORTHY, M., MANNION, R. (2016), « Evaluating the Impact of NHS Reforms-policy, Process and Power », in EXWORTHY, M., MANNION, R., POWELL, M. (eds), *Dismantling the NHS? Evaluating the Impact of Health Reforms*, Bristol, Policy Press, p. 3-16.
- FARRAL, S., HAY, C. (eds) (2014), *The Legacy of Thatcherism. Assessing and Exploring Thatcherite Social and Economic Policies*, Oxford, Oxford University Press.
- FAUCHER-KING, F., LE GALÈS, P. (2007), *Tony Blair. 1997-2007*, Paris, Presses de Sciences Po.
- FREEMAN, G. P. (1985), « National Policy Styles and Policy Sectors: Explaining Structured Variations », *Journal of Public Policy*, 5 (4), p. 467-496.
- FREEMAN, R., MORAN, M. (2000), « Reforming Health Care in Europe », in FERRERA, L., RHODES, M. (eds), *Recasting European Welfare States*, Londres, Frank Cass, p. 35-58.
- FRY, G. (2008), *The Politics of the Thatcher Revolution. An Interpretation of British Politics (1979-1990)*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- GILL, M. (2015), « Senior Police Officers' Perspectives on Private Security: Sceptics, Pragmatists and Embracers », *Policing and Society*, 25 (3), p. 276-293.
- GREENER, I. (2016), « An Argument Lost by Both Sides? The Parliamentary Debate over the 2010 NHS White Paper », in EXWORTHY, M., MANNION, R., POWELL, M. (eds), *Dismantling the NHS? Evaluating the Impact of Health Reforms*, Bristol, Policy Press, p. 105-124.
- GREER, S. (2013), « The Rise and Fall of Territory in UK Health Politics », in COSTA-FONT, J., GREER, S., *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, p. 81-100.
- GREER, S., ROWLAND, D., JARMAN, H. (2016), « The Central Management of the English NHS », in EXWORTHY, M., MANNION, R., POWELL, M. (eds), *Dismantling the NHS? Evaluating the Impact of Health Reforms*, Bristol, Policy Press, p. 87-104.
- HACKER, J., PIERSON, P. (2009), « The Case of Policy Focused Policy Analysis », communication au congrès annuel de l'American Political Science Association.
- HAM, C. (2009), *Health Policy in Britain*, Basingstoke, Palgrave Macmillan [6^e éd.].
- HAM, C., BAIRD, B., GREGORY S., JABBAL, J., ALDERWICK, H. (2015), *The NHS under the Coalition Government. Part One: NHS Reform*, Londres, The King's Fund.
- HASSENTEUFEL, P. (2014), « Les systèmes de santé entre conceptualisation économique et reconceptualisation politique », *Socio-logos. Revue de*

- l'Association française de sociologie* [En ligne], 9, mis en ligne le 11 mars 2014, [http://socio-logos.revues.org/2812].
- HASSENTEUFEL, P., DELAYE, S., PIERRU, F., ROBELET, M., SERRE, M. (2001), « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, Européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, 2, p. 29-48.
- HAYWARD, J., KLEIN, R. (1994), « Grande-Bretagne : de la gestion publique à la gestion privée du déclin économique », dans JOBERT, B. (dir.), *Le Tournant néo-libéral en Europe*, Paris, L'Harmattan, p. 87-122.
- HM GOVERNMENT (1989), *Working for Patients*, Department of Health White Paper.
- HOME OFFICE (1993), *Inquiry into Police Responsibilities and Rewards*, Londres, Home Office.
- HOME OFFICE (1995), *Review of Police Core and Ancillary Tasks*, Londres, Home Office.
- HOME OFFICE (2004), *Building Communities, Beating Crime*, Londres, Home Office.
- HOME OFFICE (2012), *Consultation on a Future Regulatory Regime for the Private Security Industry*, Londres, Home Office.
- HOUSE OF COMMONS 531-I (2012-2013), *Olympics Security*, Londres, TSO.
- HUNTER, D. (2016), *The Health Debate*, Bristol, Policy Press.
- IACOBUCCI, G. (2014), « A Third of NHS Contracts Awarded Since Health Act Have Gone to Private Sector », *British Medical Journal*, 349, p. 7606.
- JOHNSTON, L., BUTTON, M., WILLIAMSON, T. (2008), « Police, Governance and the Private Finance Initiative », *Policing and Society*, 18 (3), p. 225-244.
- JONES, T., NEWBURN, T. (2009), « Le managérialisme et la nature des réformes policières en Angleterre et au Pays de Galles », *Revue française de science politique*, 59 (6), p. 1175-1196.
- KAVANNAGH, D. (1990), *Thatcherism and British Politics: The End of Consensus?*, Oxford, Oxford University Press.
- KINGDON, J. (1984), *Agendas, Alternatives and Public Policies*, New York (N. Y.), Harper Collins.
- KLEIN, R. (2013a), « The Twenty-Year War over England's NHS: A Report from the Battlefield », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38 (4), p. 849-861.
- KLEIN, R. (2013b), *The New Politics of the NHS. From Creation to Reinvention*, Londres, Radcliffe [7^e éd.].
- LE GALÈS, P. (2004), « Contrôle et surveillance. La restructuration de l'État en Grande-Bretagne », dans LASCOUMES, P., LE GALÈS, P. (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 237-271.
- LE GALÈS, P., SCOTT, A. (2008), « Une révolution bureaucratique britannique ? Autonomie sans contrôle ou "freer markets, more rules" », *Revue française de sociologie*, 49 (2), p. 301-330.
- LE GRAND, J. (1991), « Quasi-markets and Social Policy », *The Economic Journal*, 101 (5), p. 1256-1267.
- LOADER, I., MULCAHY, A. (2003), *Policing and the Condition of England: Memory, Politics and Culture*, Oxford, Oxford University Press.
- LOADER, I., GOOLD, B., THUMALA, A. (2014), « The Moral Economy of Security », *Theoretical Criminology*, 18 (4), p. 469-488.
- MAILLARD, J. DE (2013), « Les dynamiques récentes de la police et de la sécurité privée en Grande-Bretagne », *Sécurité et stratégie*, 13, p. 19-25.
- MAILLARD, J. DE, SAVAGE, S. (2012), « Comparing Performance: The Development of Police Performance Management in France and Britain », *Policing & Society*, 22 (4), p. 363-383.
- MAILLARD, J. DE, SAVAGE, S. (2017), « Les détectives dans la cage de fer néo-managériale ? Une analyse de deux polices anglaises », *Sociologie du travail*, 59 (4), à paraître.
- MCLAUGHLIN, E., FLEMING, J. (2012), « Through a Different Lens: Researching the Rise and Fall of New Labour's Public Confidence Agenda », *Policing and Society*, 22 (3), p. 280-294.
- MARSH, D. (1994), « Explaining Thatcherite Politics: Beyond Uni-dimensional Explanation », *Political Studies*, 43 (3), p. 595-613.
- MAYS, N., DIXON, A., JONES, L. (eds) (2011), *Understanding New Labour's Market Reforms of the NHS*, Londres, The King's Fund.
- MIROWSKI, P., PLEWE, D. (2009), *The Road from Mount Pèlerin: The Making of the Neoliberal Thought*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- MOON, J. (1995), « Innovative Leadership and Policy Change: Lessons from Thatcher », *Governance*, 8 (1), p. 1-25.
- NUFFIELD TRUST (2013), *Rating Providers for Quality: A Policy Worth Pursuing ?*, Report for the Secretary of State for Health.
- O'NEILL, F. (2000), « Health: The Internal Market and the Reform of the NHS », in DOLowitz, D. (ed.), *Policy Transfer and British Social Policy. Learning from the USA?*, Buckingham, Open University Press, p. 59-76.
- PATON, C. (2016), *The Politics of Policy Reform in the UK. England's Permanent Revolution*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- POWELL, M. (2016), « Orders of Change in the Ordered Changes in the NHS », in EXWORTHY, M.,

MANNION, R., POWELL, M. (eds), *Dismantling the NHS? Evaluating the Impact of Health Reforms*, Bristol, Policy Press, p. 17-36.

REINER, R. (2010), *The Politics of the Police*, Oxford, Oxford University Press [4^e éd.].

SANDEL, M. (2012), *What Money Can't Buy: The Moral Limits of Markets*, New York (N. Y.), Allen Lane.

SAVAGE, S. (2007), *Police Reform. Forces for Change*, Oxford, Oxford University Press.

SHEAFF, R., ALLEN, P. (2016), « Provider Plurality and Supply-side Reform », in EXWORTHY, M., MANNION, R., POWELL, M. (eds), *Dismantling the NHS? Evaluating the Impact of Health Reforms*, Bristol, Policy Press, p. 211-232.

SHEEHY, P. (1993), *Report of the Inquiry into Police Rewards and Responsibilities*, Londres, Cm 2280.

TIMMINS, N. (2012), *Never Again? The Story of the Health and Social Care Act 2012. A Study in Coalition Government and Policy Making*, Londres, The King's Fund.

VARONE, F., SCHIFFINO, N. (2004), « Regulating Biotechnologies in Belgium: Diverging Design for ART and GMO's », *Archives of Public Health*, 62, p. 83-106.

WADDINGTON, P. (1999), *Policing Citizens. Police, Power and the State*, Londres, Routledge.

WALSHE, K. (2002), « The Rise of Regulation in the NHS », *British Medical Journal*, 324, p. 967.

WHITE, A. (2010), *The Politics of Private Security: Regulation, Reform and Re-Legitimation*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

WHITE, A. (2012), « The New Political Economy of Private Security », *Theoretical Criminology*, 16(1), p. 85-101.

WHITE, A. (2014), « Post-Crisis Policing and Public-Private Partnerships: The Case of Lincolnshire Police and G4S », *British Journal of Criminology*, 54 (6), p. 1002-1022.

WHITE, A. (2015), « The Politics of Police "Privatization": A Multiple Streams Approach », *Criminology & Criminal Justice*, 15 (3), p. 283-299.