

DEUX OU TROIS CHOSES QUE JE SAIS D'ELLE
REMARQUES A PROPOS D'EXPÉRIENCES DE
COMPARAISONS EUROPÉENNES¹

PAR

Patrick HASSENTEUFEL

Université de Rennes 1, CRAP

Tantôt présentée comme le remède universel à nombre de questions problématiques, tantôt dénoncée comme la voie la plus sûre vers des impasses méthodologiques inéluctables, la démarche comparative ne cesse de susciter des débats au sein de la science politique². Il est vrai qu'après une période dominée par des macro-comparaisons (comme en attestent notamment les très importants travaux de Reinhard Bendix³, Barrington Moore⁴, Stein Rokkan⁵, Theda Skocpol⁶, Charles Tilly⁷...), relevant principalement d'une approche

1. Je remercie Philippe Leroy qui m'a fourni l'opportunité, dans le cadre de son séminaire de DEA à l'IEP de Rennes, de m'interroger sur ma pratique de la comparaison, ainsi que Myriam Bachir et Frédéric Sawicki qui m'ont permis de poursuivre, à Amiens et à Lille, cette réflexion.

2. Cette discipline est bien sûr loin d'en avoir l'exclusive. A titre d'exemple on peut rappeler le débat, au sein de la sociologie française, entre tenants de l'approche "sociétale" (Maurice et Silvestre) et tenants de l'approche culturelle (d'Iribarne) : cf. *Revue Française de sociologie*, vol. 32, n° 4, 1991 et vol. 33, n° 1, 1992. Et il est bien évident que les questions soulevées par les sociologues et les historiens sont d'une importance cruciale pour les politistes.

3. *Kings or People. Power and the Mandate to Rule*, Berkeley, University of California Press, 1978.

4. *Les origines sociales de la dictature et de la démocratie*, Paris, Maspéro, 1969.

5. "Dimensions of State formation and Nation building", dans Tilly (C.) (dir.), *The formation of national States in western Europe*, Princeton, Princeton University Press, 1975, pp. 562-600.

6. *États et révolutions sociales*, Paris, Fayard, 1985.

7. *Big Structures, Large Processes, Huge Comparison*, New-York, Russel Sage Foundation, 1974.

en termes de sociologie historique, les critiques qu'elles ont suscitées ont conduit à ce que certains ont appelé une "crise du comparatisme classique"⁸. Toutefois, une nouvelle génération de travaux a vu le jour, tenant compte de ces discussions. Sans que l'on puisse véritablement parler de "courant", tant ses contours sont flous, le néo-institutionnalisme est aujourd'hui l'une des approches comparatives les plus fructueuses⁹, qui s'est principalement intéressée au domaine des politiques publiques, de l'économie politique et de la représentation des intérêts¹⁰. Toutefois, là aussi, nombre de questions de méthodes sont loin d'être résolues : approche quantitative ou qualitative ? Approche par styles nationaux ou par secteurs ? Approche en termes de choix rationnels ou approche cognitive ? Approche par les institutions, par les idées ou par les intérêts ? Approche diachronique ou approche synchronique ?...

En France, la nécessité d'un débat méthodologique sur la comparaison s'impose avec une urgence particulière au moment où est de plus en plus ouvertement regretté le "franco-centrisme" de la science politique hexagonale. Pierre Favre, dans son rapport sur la science politique en France réalisé en 1996 pour la conférence d'évaluation de la coopération interuniversitaire en Europe, parle d'une "discipline asséchée par le franco-centrisme" et note que "la part «dominante» de la science politique française reste exclusivement franco-centrée. Ses travaux portent sur des phénomènes français étudiés pour eux-mêmes ou sur l'histoire d'institutions ou de pratiques exclusivement dans leur forme française, et on y décèle même souvent la quête de terrains plus locaux encore, de telle manière qu'ils soient proches et familiers au chercheur. Le comparatisme est exceptionnel ou marginal"¹¹. Cet appel à respirer à pleins poumons le grand air de la comparaison n'est pas unanimement partagé, comme en témoignent notamment les remarques de Daniel Gaxie dessinant les contours de l'impasse que représenterait le comparatisme : "Ou bien l'on prend la comparaison au sérieux et l'imposition d'une norme scientifique comparatiste revient à placer la définition du travail scientifique recevable hors de portée de la quasi totalité des chercheurs et des équipes de chercheurs qui travaillent en France, et dans beaucoup de pays comparables. Ou bien, comme ce me semble être actuellement une tendance possible de la recherche, l'imposition d'une norme comparatiste conduit les chercheurs à une compa-

8. Badie (B.) et Hermet (G.), *Politique Comparée*, P.U.F., 1990, p. 19. Pour ces auteurs, les orientations nouvelles les plus fécondes sont l'approche culturelle (dans la perspective sémiotique initiée par C. Geertz s'appuyant sur la définition webérienne de la culture) et l'approche stratégique.

9. Pour Ira Katznelson, il s'agit là du successeur "le plus visible de la grande école macro-analytique des années 1960 et 1970", "Structure and Configuration in Comparative Politics", dans Lichbach (M.-I.) et Zuckerman (A.-S.) (dir.), *Comparative Politics. Rationality, Culture and Structure*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997, p. 85.

10. C'est sur ce domaine de la science politique que ce texte est centré du fait de l'orientation de mes propres recherches comparatives au niveau européen.

11. On se reportera aussi aux remarques fort pertinentes de Bruno Cautrès et Patrick Le Galès sur "la [faible] visibilité de la science politique française à l'étranger", publiées dans le n° 4 du *Bulletin de l'Association Française de Science Politique* en novembre 1997.

*raison au rabais, soit qu'ils se contentent pour certains des pays retenus d'un travail, par ailleurs nécessaire, de compilation bibliographique, soit que l'investigation bibliographique se limite à quelques coupures de journaux ou, dans le meilleur des cas, à des investigations nécessairement sommaires*¹².

Si ce constat me paraît relever d'un scepticisme excessif, il a, toutefois, le double mérite de clairement souligner qu'en matière de comparatisme il y a un fossé, difficile à combler, entre le "dire" (autrement dit s'afficher comme comparatiste) et le "faire" (c'est-à-dire effectuer une recherche comparative) et de formuler une double exigence : une exigence en termes de moyens et une exigence en termes de travail effectif de terrain. Un des problèmes soulevé ici est le fait que sous le label "comparaison" on trouve une multitude de pratiques qui sont loin de toutes répondre à des exigences méthodologiques minimales. Bref il existe bien, comme l'indique Daniel Gaxie, des "*comparaisons au rabais*". Quatre d'entre elles me semblent particulièrement répandues.

On peut d'abord mentionner la "comparaison Canada dry", c'est-à-dire les travaux qui ont l'apparence de la comparaison mais qui, en définitive, quand on les regarde de plus près, n'en sont pas, ou si peu... C'est souvent le cas d'ouvrages collectifs portant, par exemple, sur une politique publique sectorielle, formés de chapitres couvrant un cas national et rédigés par des auteurs différents (en général du pays traité). La comparaison se réduit alors à de vagues considérations introductives (voire conclusives), dans la mesure où la présentation des différents cas nationaux n'est pas faite à partir d'une grille d'analyse partagée et homogène.

On peut ensuite évoquer le cas des "comparaisons de bureau". Cette appellation peut être conférée aux travaux comparatifs qui s'appuient uniquement sur la littérature disponible et sur des coupures de presse (dans le meilleur des cas) évitant ainsi au chercheur de pénibles (et coûteux !) déplacements sur le terrain¹³. La comparaison suppose pourtant un minimum de familiarité, donc de contacts directs, avec les cas nationaux observés. La démarche comparative implique une dose d'acculturation que permettent, seuls, les séjours à l'étranger, sur le terrain.

Le troisième de cas de figure est celui des "comparaisons jivaros". On pense ici tout particulièrement aux comparaisons fondées sur des indicateurs quantitatifs qui réduisent, par exemple, le développement de l'État-

12. "Remarques sur le comparatisme, le franco-centrisme et quelques autres sujets topiques", *Palaestra*, vol. 3, n° 9, 1997, pp. 34-35.

13. Il est vrai qu'Internet permet de plus en plus d'accumuler de la documentation primaire (rapports, prises de position, textes officiels...) tout en restant bien calé dans son fauteuil de bureau. Je précise que mon propos ne vise pas à dénier toute pertinence à ce type de matériau ; au contraire, c'est un préalable indispensable à toute recherche comparative, mais ce n'est qu'un préalable...

Providence au niveau de dépenses sociales ou le type de politique économique suivie au taux d'inflation et au taux de chômage¹⁴. Cette forme de réductionnisme quantitativiste tend à écraser complètement les réalités nationales que l'on prétend comparer.

On signalera enfin le cas de la "comparaison ventriloque", c'est-à-dire les cas où la comparaison n'est là que pour valider une hypothèse sans que d'autres hypothèses soient prises en compte. Ici, la façon de construire la comparaison détermine *a priori* le résultat. Le travail empirique n'a plus qu'une valeur illustrative (décorative ?). Le chercheur ne laisse pas "parler" la comparaison, il la fait "parler", ou plutôt il parle à sa place.

Il s'agit là bien sûr d'une vision quelque peu cavalière qui ne prétend pas englober l'ensemble des travaux comparatifs aujourd'hui menés en science politique¹⁵. Elle ne signifie pas non plus qu'il faille, face aux nombreux obstacles à la pratique de la comparaison que souligne Daniel Gaxie et à ses dérivés possibles, abandonner toute ambition comparatiste. En effet la nécessité du travail comparatiste s'impose, au moins à trois titres. Tout d'abord l'interdépendance accrue des systèmes politiques (dans le cadre des processus de transnationalisation, en particulier d'eupéanisation) rend plus que jamais indispensable la compréhension des "autres". Ensuite, la demande sociale sur la comparaison est forte, comme en témoigne l'augmentation très nette des appels d'offre incitant à la comparaison (que ce soit au niveau d'institutions de recherche comme le CNRS¹⁶ ou d'administrations ministérielles et bien sûr européennes)¹⁷. Enfin, la comparaison est porteuse d'avancées théoriques et empiriques dans le domaine de la science politique comme je voudrais le souligner ici.

Pour parler de la manière de comparer (comment comparer ?) et des apports de la comparaison (pourquoi comparer ?), je ne vais pas me livrer à l'exercice, pourtant indispensable, de la revue de littérature dans la mesure où c'est un travail déjà effectué par ailleurs, en particulier pour les politiques publiques¹⁸. Je vais donc ici plutôt m'appuyer sur ma propre pratique empirique de la comparaison, dans le domaine des politiques publiques essentielle-

14. Les travaux visant à mettre en relation l'orientation partisane des gouvernements (elle aussi réduite à une seule dimension) et les politiques publiques sont tout à fait illustratifs de cette façon de faire de la comparaison. Pour une présentation critique on peut se reporter à Schmidt (M.), "When parties matter", *European Journal of Political Research*, vol. 30, n° 3, 1996, pp. 155-183.

15. D'autant plus que l'on assiste indéniablement à une augmentation tant quantitative que qualitative, surtout dans le domaine des politiques publiques.

16. On peut mentionner le récent programme "L'identité européenne en question".

17. Il y a ici un enjeu crucial pour les chercheurs dans la mesure où de plus en plus de rapports administratifs, préparatoires aux décisions publiques, ont une dimension comparative.

18. Pour une mise au point récente on se reportera au n° 1, volume 7, de la *Revue Internationale de Politique Comparée*, printemps 2000 (à paraître) consacré à la comparaison des politiques publiques, en particulier les articles d'Andy Smith ("L'analyse comparée des

ment. Ces expériences sont à la fois individuelles (en ce qui concerne mes travaux sur la représentation des intérêts de la profession médicale et son intervention dans les politiques de protection maladie¹⁹) et collectives (c'est le cas pour trois recherches : la première portant sur les modes de représentation institutionnels des salariés dans l'entreprise²⁰ ; la seconde sur la représentation des intérêts familiaux²¹ et la troisième sur les transformations des systèmes de protection maladie européens, analysés à partir des notions de concurrence et d'équité²²).

I - COMMENT COMPARER ? LES EXIGENCES DE LA DÉMARCHE COMPARATIVE

Éviter nombre des écueils présents dans les quatre façons de faire de la comparaison évoquées ci-dessus suppose de s'interroger sur les conditions nécessaires à une pratique méthodologiquement maîtrisée. Ce questionnement peut être opéré à trois niveaux : celui de la construction de l'objet, qui pose le redoutable problème de la comparabilité ; celui du travail empirique, qui amène à évoquer les conditions de faisabilité de la comparaison ; enfin, celui de la restitution qui conduit à se pencher sur les stratégies d'écriture comparative.

A) La construction d'objets comparables

Faire de la comparaison suppose en préalable de se démarquer de deux positionnements : le premier est celui de l'incomparabilité, le second est celui de la comparabilité spontanée. Dans le premier cas, l'accent est mis sur l'irréductible spécificité nationale de tel ou tel processus politique ce qui fait obs-

(suite note 18) politiques publiques : une démarche pour dépasser le tourisme intelligent ?”) et de Peter Hall (“Le rôle des intérêts, des institutions et des idées dans l'économie politique comparée des nations industrialisées”).

19. *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*, Paris, Presses de Science-Po, 1997, 367p. Ce travail, effectué dans le cadre d'une thèse de science politique dirigée par Pierre Birnbaum (Paris 1), est centré sur la comparaison franco-allemande et a donné lieu à d'autres publications : “Les politiques de régulation de l'assurance-maladie en France et en Allemagne : le poids des configurations d'acteurs” (avec Marian Döhler), *Revue Française d'Administration Publique*, n° 76, 1995, pp. 549-560 ; “The medical profession and health insurance policies : a franco-german comparison”, *Journal of European Public Policy*, vol. 3, n° 3, 1996, pp. 441-460.

20. Présentée notamment dans “Représentation des salariés en France et en Allemagne : institutions et pratiques représentatives dans l'établissement” (avec C. Dufour et A. Hege), *La revue de l'IRIS*, n° 8, hiver 1992, pp. 9-40.

21. En collaboration avec Martin (C.), *La représentation des intérêts familiaux en Europe (Allemagne, Belgique, France, Portugal, Royaume-Uni)*, rapport de recherche pour la D.G.V. (Commission Européenne, Bruxelles), 1997.

22. Il s'agit d'une recherche en cours financée dans le cadre de l'appel d'offres du CNRS “L'identité européenne en question”. Elle porte sur quatre pays : l'Allemagne, l'Angleterre, l'Espagne et la France.

tacle à toute démarche de type comparative : en effet, pas de comparaison sans comparabilité²³. Mais, en même temps, la comparabilité est rarement un donné, elle est au contraire à construire. C'est dans le second cas qu'il faut se méfier des pièges du nominalisme, c'est-à-dire comparer deux objets parce qu'ils sont désignés par le même terme, le plus souvent juridique, dans des pays différents. Ce problème se pose tant pour l'analyse des acteurs d'une politique publique que pour une politique publique en tant que telle.

L'enquête sur la représentation des intérêts familiaux en fournit un bon exemple. Le premier piège nominaliste consistait à comparer, à partir de la situation française, les associations familiales en Europe. Un tel point de départ aurait rapidement conduit à écarter le cas anglais dans la mesure où on n'y trouve pas d'associations familiales, ce qui ne signifie pas pour autant que les intérêts familiaux n'y sont pas représentés. Il était donc nécessaire de partir de la construction d'un objet comparable, en terme de représentation d'un type d'intérêt singulier. Nous avons été de ce fait conduit à cibler la comparaison sur le rôle de porte-parole et non sur la forme organisationnelle. Nous avons retenu comme principe de sélection des organisations comparées, non pas le critère institutionnel d'appartenance à la COFACE (la structure de représentation au niveau de l'Union Européenne), mais celui de l'accès régulier aux Pouvoirs publics en charge de la politique familiale et de l'intervention au niveau de la définition et/ou de la mise en oeuvre de ces politiques. Nous avons ainsi été amenés à distinguer trois types de représentation des intérêts de la famille en fonction des modes de construction de ceux-ci : la représentation d'intérêts définis comme ceux de la famille en général ; la représentation d'intérêts rapportés à un type particulier de famille (par exemple les familles monoparentales) et la représentation d'intérêts se rapportant à une composante de la famille (par exemple les enfants).

Le deuxième piège nominaliste est celui que renferme le terme de "politique familiale", qui peut conduire à se focaliser sur l'existence d'un secteur institutionnel labellisé de cette façon. En effet, l'institutionnalisation d'un secteur "famille" est très variable entre les pays étudiés sans que cela soit un indicateur pertinent de l'extension et de l'importance de la politique familiale. Il fallait donc sortir des catégories administratives existantes et délimiter différemment la politique publique afin de la rendre comparable.

Dans le cadre des différentes expériences de la comparaison européenne évoquées ici, la construction d'un objet comparable apparaît comme une nécessité, à la fois pour la comparaison d'un acteur d'une politique publique et pour la comparaison du contenu d'une politique publique.

23. Il est bien évident que tout n'est pas comparable : pour un certain nombre d'objets, la monographie nationale peut être la démarche la plus pertinente.

En ce qui concerne le premier aspect, à savoir la comparaison d'acteurs de politiques publiques, je suis parti de la notion de représentation des intérêts, définie par l'existence d'une (ou de plusieurs) structures organisationnelles parlant et agissant au nom d'un intérêt rapporté à un groupe défini collectivement. C'est sur la base de ce travail de définition que ma comparaison de la représentation de la profession médicale ne s'est pas limitée à telle ou telle structure dont on ne trouve pas forcément d'équivalent nominal (et juridique) dans plusieurs pays (c'est le cas par exemple de l'Ordre des médecins ou des syndicats médicaux, que l'on ne retrouve sous cette forme ni en Allemagne, ni en Angleterre), mais a pris en compte l'ensemble des structures organisationnelles et leurs rapports, afin de mettre en évidence deux grands types de configurations nationales de la représentation²⁴. Le premier type est celui des configurations intégrées caractérisées par l'existence de lieux unifiés de représentation de la profession médicale (Unions et Chambres en Allemagne, British Medical Association en Grande-Bretagne) au sein desquelles se positionnent les autres structures de représentation. Le second type est celui des configurations fragmentées où, au contraire, prévaut la concurrence entre organisations, la multiplicité des clivages et l'absence de lieux d'agrégation d'un intérêt collectif (cas de la France).

Dans le cas de la représentation des intérêts familiaux, nous n'avons pas seulement comparé la construction historique des configurations nationales de la représentation, dans le cadre de la dynamique historique des systèmes nationaux de protection sociale (en distinguant trois pôles : l'État, la société civile et le marché), mais aussi l'articulation entre les structures organisationnelles et les ressources pertinentes d'action publique. Plus précisément, nous avons comparé les représentants des intérêts familiaux à travers une grille de lecture combinant deux axes : celui des ressources pertinentes d'action publique — en distinguant les ressources militantes, fondées sur la capacité de mobilisation et la représentativité des organisations, des ressources relationnelles renvoyant au degré d'institutionnalisation, à la densité de contacts politiques et à la capacité d'expertise — et celui des cibles de l'action des organisations — en distinguant l'activité de groupe de pression auprès des autorités publiques et celle de prestataire de services auprès des familles.

La comparaison de ce type d'acteurs de politiques publiques ne se limite pas cependant à ces deux aspects (les configurations de la représentation et les ressources pertinentes d'action publique) dans la mesure où elle porte aussi sur les représentants en interaction, ce qui correspond à une approche, non plus interne, mais aussi externe²⁵ de la représentation. Cette dimension a été

24. La problématisation en termes de configurations de la représentation permet, d'une part, d'interroger le processus d'agrégation d'un groupe, ici professionnel ; d'autre part de prendre ses distances par rapport à la notion, très impressionniste et journalistique, de "lobby médical" en se centrant sur les interactions au sein de la profession médicale. Cf. *Les médecins face à l'État, op. cit.*, pp. 135-167.

25. Sur cette distinction, cf. notamment Davis (F.) et Wurth (A.), "American interest

prise en compte à partir de deux notions opératoires permettant de rendre comparable les représentants en interaction : celle de niveau de politique publique et celle d'enjeu de politique publique.

La première se fonde sur une vaste littérature, notamment comparative²⁶. Dans la mesure où les réseaux sont des construits analytiques, ils se prêtent particulièrement bien à la démarche comparative, à la condition d'éviter deux écueils²⁷. Le premier est celui de son usage purement métaphorique, le second est celui d'une définition strictement juridico-institutionnaliste des réseaux, à partir de la seule prise en compte des interactions formalisées. L'utilisation comparatiste de l'outil des réseaux de politique publique, qui en préalable suppose que soit effectué un travail de repérage et d'analyse des différents acteurs, nécessite donc de prendre en compte les différents types d'interaction (formelles/informelles), la répartition des ressources entre les différents acteurs (ressources matérielles, juridiques, institutionnelles, d'expertise, symboliques, de légitimité, de mobilisation...), les interdépendances (c'est-à-dire les modalités d'échange des ressources au sein du réseau), les rapports de pouvoir, les alliances existant au sein du réseau (ce qui amène à analyser les lignes de clivages et les éléments de consensus), sa densité (à partir de la fréquence des interactions) et enfin son degré de stabilité. C'est sur la base de cette démarche que j'ai comparé la configuration des réseaux des politiques de protection maladie²⁸ à partir de la position des médecins au sein de ces réseaux. J'ai distingué les réseaux corporatistes (cas de l'Allemagne et de l'Angleterre) — caractérisés par un rôle central de la profession médicale représentée dans le cadre d'une configuration intégrée, cumulant des ressources diversifiées, inscrite dans des interactions fréquentes et multiples avec les acteurs étatiques, partageant les principes de régulation du système de protection maladie et participant à la fois aux processus décisionnels et à la mise en oeuvre des politiques — des réseaux pluralistes (cas de la France) — au sein desquels le rôle de la profession médicale, fortement fragmentée, est plus ponctuel et plus conflictuel dans le cadre d'un système d'interaction moins stabilisé et moins institutionnalisé.

Toutefois, l'analyse comparée du rôle d'un acteur au sein d'un réseau nécessite de recourir à une autre notion : celle d'enjeu de politiques publiques, permettant une mise à l'épreuve empirique de l'intervention de cet acteur. Le choix de l'enjeu part de deux éléments : le fait qu'il mette directement en jeu les intérêts de l'acteur analysé, et le fait de se poser dans des

(suite note 25) group research : sorting out internal and external perspectives", *American Political Review*, vol. 78, n° 3, 1984 ; Hassenteufel (P.), "Les groupes d'intérêt dans l'action publique : l'État en interaction", *Pouvoirs*, n° 74, 1995, pp. 155-167.

26. Pour une présentation d'ensemble récente on pourra se reporter à Marsh (D.) (dir.), *Comparing Policy Networks*, Buckingham, Open University Press, 1998.

27. Hassenteufel (P.), "Do policy networks matter ? Lifting descriptif et analyse de l'État en interaction", dans Le Galès (P.) et Thatcher (M.) (dir.), *Les réseaux de politiques publiques : débat autour des policy networks*, Paris, L'Harmattan, 1995, pp. 91-107.

28. *Les médecins face à l'État*, op. cit., pp. 183-199.

termes comparables dans les pays comparés. C'est pour cela que j'ai sélectionné, pour la profession médicale, l'enjeu de la maîtrise des dépenses de santé²⁹. Cette démarche a également été adoptée pour le travail portant sur la représentation des intérêts familiaux. Nous avons analysé l'intervention de ces représentants sur trois enjeux similaires dans les pays étudiés : la dimension redistributive de la politique familiale, l'évolution des prestations financières attribuées sur la base de critères familiaux et l'articulation vie familiale/vie professionnelle.

L'accent mis ici sur une entrée par les acteurs en interaction (interactions internes et externes) ne signifie pas pour autant, bien sûr, qu'il s'agit là de la (seule et unique) bonne manière de comparer les politiques publiques. D'autres entrées sont tout aussi pertinentes, notamment celles qui, dans une perspective plus cognitive, s'intéressent à la façon dont les problèmes sont définis et formulés³⁰. On peut aussi évoquer l'entrée par le contenu des politiques publiques, démarche adoptée dans l'enquête en cours sur les transformations des systèmes de protection maladie. Notre souci a été ici d'élaborer une grille d'analyse comparative à partir de deux notions : celle de concurrence et celle d'équité. La comparabilité est ici aussi construite à partir d'un travail de définition précis³¹ sur ces deux notions. Pour ce qui est de la concurrence nous sommes partis d'une élaboration analytique des différentes dimensions de la concurrence (et non pas de la référence à la concurrence par les acteurs) : le choix du patient (choix du médecin, choix de l'établissement hospitalier, possibilité de recours à des filières ou des réseaux de soins, choix du mode de couverture du risque), les instruments permettant de faire fonctionner la concurrence (outils d'évaluation de la performance sanitaire, information du consommateur de soins) et l'existence d'entrepreneurs de soins (médecins et établissements de soins). Ce travail permet de comparer les transformations des systèmes de protection maladie européens à partir de deux questions : quelles sont les formes de concurrence que l'on peut identifier dans chacun des pays ? Quel est le degré de concurrence existant sur chacune des différentes dimensions dégagées analytiquement ? Par là, nous ne sommes pas prisonniers d'un *a priori* consistant à partir de l'idée que l'on assiste à un renforcement des mécanismes de concurrence puisque la deuxième question n'écarte pas la prise en compte d'évolutions allant, au contraire, dans le sens de restriction de la concurrence. Nous sommes guidés par la recherche d'outils d'analyse répondant au critère, mis en avant par Sartori, de mesurabilité des concepts utilisés pour la comparaison.

29. *Ibid.* Chapitre 5, "Les médecins face à la maîtrise des dépenses de santé", pp. 266-348.

30. Cf. la contribution de Chloé Vlassopoulou à cet ouvrage.

31. C'est là un moyen d'éviter le recours à des concepts trop extensifs, risque inhérent à la comparaison comme le souligne avec vigueur Giovanni Sartori à travers l'expression de "concept stretching" : "Comparing and miscomparing", *Journal of Theoretical Politics*, vol. 3, n° 3, 1991, p. 249.

Pour ce qui est de l'équité nous avons construit analytiquement une formule d'équité : garantir l'accès pour tous (critère d'universalité) aux mêmes prestations de soins (question du panier de soins couverts) dans les mêmes conditions (en termes de prise en charge, de qualité de soins et d'accès au système de soins). Elle permet de poser des questions analogues à celles utilisées pour la concurrence : quels sont les aspects de la formule d'équité qui se modifient ? Quelle est l'orientation des évolutions sur ces différentes dimensions (plus ou moins d'équité) ?

C'est donc le sac à dos remplis d'objets construits comme comparables que l'on peut s'en aller arpenter les terrains étrangers, seul ou en groupe.

B) Comment "tenir" empiriquement la comparaison ?

Le travail empirique dans le cadre de la comparaison suppose de mettre en oeuvre la même grille d'analyse, sur le même type de terrain, en recueillant le même type de données. A titre d'exemple, dans le cadre de mon travail sur la représentation collective de la profession médicale en France et en Allemagne, je me suis appuyé sur trois types de sources similaires dans les deux pays :

- Entretiens semi-directifs (59 au total, dont 34 en France et 25 en Allemagne) à partir du même guide d'entretien³². Ils ont été conduits avec des responsables d'organisations représentant la profession médicale (représentants élus et secrétaires généraux) et avec des interlocuteurs de ces représentants (responsables des caisses d'assurance-maladie, fonctionnaires des ministères en charge de la santé et membres de cabinet pour la France, élus en charge des questions de protection maladie).

- Documentation primaire : c'est-à-dire des documents émanant des structures représentatives de la profession (tracts, périodiques des organisations, documents internes). La période 1988-1993 a été systématiquement étudiée dans les deux pays. Dans le cas de la France un travail d'archives, s'appuyant sur les revues syndicales, a en outre été effectué pour les périodes 1924-1932 et 1956-1961.

- Dépouillement de la presse spécialisée (quotidiens médicaux des deux pays sur la même période 1988-1993) dans la mesure où non seulement elle fournit des informations précises sur la représentation de la profession et sur l'action de ses représentants, mais où elle est aussi un lieu d'expression privilégiée de ceux-ci.

32. L'élaboration d'un guide d'entretien commun est particulièrement crucial pour le travail d'enquête comparatiste. Sur cet aspect on se reportera notamment à la contribution de Myriam Bachir et Virginie Bussat dans ce même ouvrage.

Face à cette exigence de cohérence deux options sont en théorie possibles : l'option solitaire et l'option collective. La comparaison individuelle garantit bien évidemment l'homogénéité du questionnement comparatif, mais l'exigence d'un travail empirique de même nature sur les terrains comparés limite le champ de la comparaison pour des raisons matérielles (financement des déplacements et des séjours à l'étranger), temporelles (temps disponibles pour des séjours multiples à l'étranger) et linguistiques (nécessité de maîtriser la langue du pays comparé).

Ces différentes contraintes conduisent souvent à privilégier la pratique collective de la comparaison qui permet, en effet, de multiplier les cas nationaux en accroissant les ressources tant matérielles³³ que temporelles et linguistiques (surtout !). Mais, en même temps, l'homogénéité de questionnement et de démarche devient problématique, ou tout au moins n'est plus garantie *a priori*. En effet la comparaison en équipe nécessite une phase d'appropriation collective de la grille d'analyse et de son mode d'opérationnalisation empirique. Si en la matière, comme pour toutes les méthodes de sciences sociales, il n'existe pas de remède miracle, deux remarques peuvent être faites.

Tout d'abord il est nécessaire de souligner que l'apprentissage collectif est chronophage, car c'est sur la durée que s'établissent une bonne compréhension mutuelle et des rapports de confiance, indispensables à tout travail collectif. C'est pour cela que, dans le cas de la recherche portant sur les transformations des systèmes de protection maladie en termes de concurrence et d'équité, j'ai fait le choix de constituer une équipe fondée sur une dynamique collective préalable : celle d'un séminaire doctoral (informel) centré sur les politiques de santé³⁴. L'habitude du travail en commun facilite l'appropriation collective de la problématique comparative et limite les risques d'incompréhensions et de décalages. L'expérience accumulée sur la base d'expériences partagées, dans le cadre de plusieurs recherches successives, est une variable déterminante pour la réalisation d'un travail de terrain véritablement comparatif.

La deuxième remarque porte sur la constitution d'équipes plurinationales. *A priori*, il s'agit de la solution la plus adaptée à la comparaison dans la mesure où elle minimise les risques d'erreurs d'analyse des réalités nationales³⁵, où elle supprime l'obstacle linguistique et où elle réduit fortement les coûts matériels de la recherche. Mais, en même temps, cette façon de faire de la comparaison est celle qui débouche le plus fréquemment sur ce que j'ai appelé plus haut la "comparaison canada-dry". Plus une équipe est éclatée

33. Dans la mesure où les réponses aux appels d'offre sont le plus souvent conditionnées par la constitution d'équipes de recherche.

34. Les discussions au sein de ce groupe ont notamment débouché sur la réalisation d'un numéro de *Politix*, n° 46, "La santé à l'économie", 1999.

35. Et le risque de recours à des concepts inadéquats car trop liés à une réalité nationale spécifique : le parochialisme, pour reprendre l'expression de Sartori, art. cité, p. 247.

géographiquement, plus les risques de décalage et de malentendus "transnationaux"³⁶ sont importants : on a alors souvent autant de problématiques que de pays comparés, chaque membre appliquant sa grille d'analyse à sa propre réalité nationale. En fait la constitution d'équipes transnationales suppose, outre une inscription dans la durée comme pour le cas de figure précédemment évoqué, qu'elle soit constituée de personnes connaissant aussi les autres pays intégrés à la comparaison. C'est pour cela que, dans le cadre de la comparaison franco-allemande de la représentation des salariés dans l'entreprise, les enquêtes ont été menées systématiquement par un binôme franco-allemand dans les deux pays. Si ce dispositif est riche méthodologiquement, il est par contre coûteux, contraint par les compétences linguistiques et compliqué à mettre en place. Il restreint donc le nombre de pays comparés : il n'est pas franchement évident de mener une enquête en quatuor multinational dans quatre pays différents !

Le recours à une équipe de recherche rend aussi plus complexe la restitution du travail de terrain.

C) La restitution : quelle stratégie d'écriture comparative ?

La question de l'écriture est rarement abordée dans les débats méthodologiques, comme si elle n'était pas en soi un problème. Certes, le rapport à l'écriture est éminemment subjectif, mais il n'en reste pas moins que l'on peut se livrer à quelques considérations générales à propos de la stratégie d'écriture comparative. En fait la question est celle de l'organisation du travail de rédaction pour laquelle deux options se présentent : la structuration par terrains ou la structuration par entrées analytiques. Si, bien sûr, des compromis entre les deux options sont possibles, il s'agit cependant là de deux choix assez sensiblement différents.

La première option privilégie la description approfondie des terrains nationaux, au risque d'une écriture qui juxtapose ces terrains plus qu'elle ne permet de les comparer. Dans ce cas l'écriture est plus guidée par le terrain que par la comparabilité de l'objet construit préalablement. La comparaison à proprement parler n'intervient alors que de façon conclusive et sous la forme de tableaux et/ou de schémas comparatistes. Le risque inhérent à cette de cette stratégie d'écriture est bien celui de la "comparaison canada-dry"³⁷.

36. Aux difficultés du dialogue transnational, dépendant fortement des compétences linguistiques inégalement partagées des uns et des autres, s'ajoutent les pièges du vocabulaire : notions intraduisibles, notions décalées pour certains cas nationaux, notions qui n'ont pas le même sens en fonction du contexte national dans lequel elles sont utilisées...

37. Il est vrai que ce choix de stratégie d'écriture est fréquent dans le cadre de comparaisons menées collectivement, surtout dans le cadre d'équipes plurinationales.

La deuxième option, au contraire, fait prédominer une logique d'écriture guidée par la grille d'analyse comparative. C'est cette option que j'ai systématiquement retenue afin de privilégier la comparabilité, il est vrai parfois au détriment de la restitution exhaustive du terrain. Dans mes différents textes comparatifs je me suis efforcé d'éviter toute juxtaposition descriptive en adoptant des découpages renvoyant à mes hypothèses comparatives. Plus concrètement, cela passe par l'adoption de découpages ne renvoyant jamais spécifiquement à un cas national : le point d'entrée est systématiquement analytique, et non pas national³⁸, afin de faciliter les allers retours entre les cas comparés. Cette stratégie d'écriture présente toutefois parfois le risque de déformer les cas nationaux, en ne prenant en compte que ce qui rentre dans le cadre de la comparaison. Cependant, cette option paraît la plus accordée à la démarche comparative, mais sa validité dépend de la pertinence de l'objet comparé, donc surtout de la façon dont il a été construit, en termes de comparabilité.

Ces quelques remarques correspondent, en quelque sorte, à des exigences minimales permettant d'éviter, pour une grande part, les quatre dérives de la comparaison évoquées en introduction. La comparaison inter-nationale est certes exigeante, mais ce n'est pas un objectif inatteignable, comme en témoigne le développement des enquêtes comparatives, surtout dans le domaine des politiques publiques. Le respect de ces différentes exigences, aussi contraignant soit-il, se justifie pleinement, à mes yeux, par les apports multiples de la démarche comparatiste, en particulier au niveau européen.

II - POURQUOI COMPARER ? LES APPORTS DE LA DÉMARCHE COMPARATIVE

Le recours à la comparaison ne s'impose pas seulement par le contexte d'interdépendance accrue des États, en particulier dans le cadre européen, et l'existence d'une demande (administrative, sociale, politique...) importante, mais aussi par les avancées en termes de connaissance et de théorisation. En effet la comparaison, quand elle répond aux exigences formulées précédemment permet notamment de déplacer son regard en incitant fortement à une mise à distance de sa propre réalité nationale ; de mettre à l'épreuve sur plusieurs cas des hypothèses théoriques ; de formuler de nouveaux schèmes d'explication et enfin de prendre à bras le corps la question de la convergence des États contemporains, au prisme de leurs politiques publiques.

38. Que ce soit dans *Les médecins face à l'État* ou dans le rapport sur les associations familiales, aucun chapitre ne renvoie spécifiquement à un cas national, au contraire les différents cas nationaux sont tous pris en compte dans chacun des chapitres (et même des sous-chapitres dans le cadre du livre).

A) *La mise à distance de sa propre réalité nationale*

Comme pour l'anthropologue³⁹, le détour comparatif permet de porter un regard "autre" sur sa propre réalité nationale et ainsi de questionner des éléments qui peuvent paraître "évidents" d'un point de vue strictement interne. Il en va ainsi, par exemple, du caractère "libéral" de l'exercice de la profession médicale d'un point de vue franco-centré. Or, dans le cadre d'un système d'assurance maladie très proche du système français, comme l'est le système allemand, prédomine, au contraire, la figure du "médecin de caisse", image repoussée comme un épouvantail par les médecins français. En Allemagne cette représentation s'est imposée comme l'identité professionnelle défendue par les structures de représentation institutionnelles. Elle s'inscrit dans un répertoire de légitimation centré sur la défense du principe d'auto-administration (*Selbstverwaltung*). Loin d'être universels, les principes de la médecine libérale sont donc à expliquer par des éléments spécifiques, renvoyant principalement à l'histoire du système de protection sociale français. En France, le syndicalisme médical, à la différence de l'Allemagne, s'est développé dans les années 1880, avant l'avènement de l'Etat-Providence, dans le cadre de la lutte contre le charlatanisme et le développement des mutuelles. Progressivement dominé par les médecins grandes villes (ayant la clientèle la plus aisée) et les grands patrons hospitaliers, il prend position contre la mise en place d'un système d'assurances sociales dans les années 1920. Dans ce contexte se cristallisent les principes de la médecine libérale et en particulier celui de l'entente directe (libre fixation du montant des honoraires par le médecin), emblématique du refus de l'intégration au système d'assurance-maladie. En France, la défense de l'identité libérale fournit la matrice du répertoire de légitimation des représentants de la profession du fait des spécificités des rapports entre les médecins et l'Etat.

Cette extériorisation du regard porté sur sa propre réalité nationale passe aussi par le recours à des paradigmes d'analyse ayant émergé dans d'autres pays. La comparaison permet un croisement d'approches : c'est ainsi que, dans mon travail de thèse, j'ai élaboré ma problématique notamment à partir de l'abondante quantité de travaux allemands portant sur le rôle des médecins dans le système de santé, dominé par le paradigme corporatiste. Le travail de réflexion sur cette approche⁴⁰, peu utilisée en France pour analyser les politiques de protection maladie, m'a permis d'élaborer une grille d'analyse comparative. De fait, la familiarisation avec un corpus de travaux étrangers est non seulement un préalable indispensable à tout travail comparatif (pour "entrer" dans le terrain étranger et pour comprendre la façon dont les éventuels partenaires étrangers appréhendent eux-mêmes l'objet comparé) mais aussi une source d'enrichissement de la problématique, dans la mesure où la comparabilité se construit aussi à partir de la confrontation de traditions

39. Balandier (G.), *Le détour, pouvoir et modernité*, Paris, Fayard, 1985.

40. Hassenteufel (P.), "Où en est le paradigme corporatiste ?", *Politix*, n° 12, 1990, pp. 75-81.

d'analyses nationales. Ce travail de lecture et de réflexion permet de mettre à distance les différents outils d'analyse disponibles, en les inscrivant dans un contexte national. L'exigence de comparabilité conduit à utiliser les notions les moins spécifiques à telle ou telle tradition nationale d'analyse et de ce fait moins source de malentendus et d'incompréhensions mutuelles.

B) La validation et l'invalidation d'hypothèses théoriques

La démarche comparative, par la multiplication des cas qu'elle suppose, permet aussi une validation (ou une invalidation) empiriquement fondée d'hypothèses théoriques générales⁴¹. Ainsi, dans la cadre de ma comparaison France/Allemagne, je suis parti d'une hypothèse générale souvent formulée dans le cadre de la sociologie de la profession médicale : celle de la professionnalisation, liant étroitement développement du savoir médical et pouvoir politique des médecins. Dans les deux pays, à la pointe du progrès scientifique à la fin du XIX^e siècle, l'évolution du savoir médical, qui conditionne l'affirmation sociale et économique de la profession, se fait de façon très similaire. Or, la représentation de la profession présente d'importants contrastes. En Allemagne, prédominent deux instances de droit public, à adhésion obligatoire : les unions de médecins de caisse et les chambres de médecins. En France, la seule instance de ce type est l'Ordre des médecins, aux fonctions limitées à la fixation et au respect de la déontologie, ainsi qu'à l'administration de l'exercice professionnel. L'approche en termes de professionnalisation, privilégiée dans le cadre de la sociologie des professions, s'avère donc nettement insuffisante pour expliquer des configurations de la représentation, très contrastées comme on l'a vu plus haut. C'est pour cela que j'ai développé une analyse centrée sur les interactions entre les médecins et l'État, dans le contexte de la mise en place et du développement des systèmes de protection sociale.

En Allemagne, face à un État-Providence imposé "par le haut" (dans le cadre d'un régime autoritaire), les médecins (en particulier ceux des villes industrielles où ont été mises en place les premières caisses d'assurance-maladie) ont poursuivi une stratégie de construction d'un contre-pouvoir face aux caisses. La création de syndicats, aux modes d'action directement inspirés par le mouvement ouvrier, visait la monopolisation de l'offre de soins face aux organismes payeurs mis en place par la loi de 1883. La mobilisation syndicale

41. Rappelons que pour Durkheim la comparaison est l'unique outil d'administration de la preuve en sociologie : "Nous n'avons qu'un moyen de démontrer qu'un phénomène est cause de l'autre, c'est de comparer les cas où ils sont simultanément présents et absents et de chercher si les variations qu'ils présentent dans ces différentes combinaisons de circonstances témoignent que l'un dépend de l'autre", *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, P.U.F., 1983 (21^{ème} édition), p. 124. De même, pour Sartori, le contrôle des hypothèses générales, en termes de vérification et de falsification, est la raison première du recours à la démarche comparative, art. cité, p. 242.

a conduit à une contractualisation et à une institutionnalisation progressive des relations avec les caisses d'assurance-maladie. Elle a débouché, en 1931, sur la création d'instances fortement institutionnalisées, disposant du monopole garanti par l'État (adhésion obligatoire), en matière d'exercice de la médecine ambulatoire dans le cadre de l'assurance maladie : les unions régionales de médecins de caisse. L'institutionnalisation de la représentation de la profession dans le cadre de l'État-Providence en Allemagne a pour conséquence de conférer une place centrale à la "médecine de caisse" au sein du système de santé. Elle configure la représentation de l'ensemble de la profession. La plupart des organisations professionnelles (*berufliche Verbände*) se créent dans le cadre de la compétition pour l'occupation de positions de pouvoir au sein de ces enceintes institutionnelles.

Alors que le syndicalisme médical allemand a opté pour l'intégration institutionnelle à l'État-Providence, la question du rapport à celui-ci est l'enjeu saillant qui configure la représentation de la profession en France, historiquement fortement marquée par l'opposition à la mise en place des assurances sociales au cours des années 1920. Celle-ci a conduit à la cristallisation des principes de la médecine libérale, exprimant un refus des fondements même de la protection sociale, comme on vient de le voir. Les divergences internes à la profession, suscitées par la question du rapport à l'État-Providence, permettent de comprendre la faible institutionnalisation du syndicalisme médical. Il ne s'est progressivement intégré au système d'assurance-maladie qu'à partir des années 1960 (réforme Debré de 1958 créant un corps de médecins hospitaliers publics, décret de mai 1960 sur le conventionnement, loi sur la convention nationale de 1971). Mais, la conciliation de cette intégration avec la défense de l'identité libérale reste une source de clivage interne à la profession comme le traduit l'émergence récurrente d'organisations "libérales", au cours des années 1980 en particulier : création du Syndicat de la Médecine Libérale, apparition de coordinations et scissions successives du syndicalisme hospitalier. La non résolution de la question du rapport à l'État-Providence en fait le clivage structurant le champ de la représentation.

Ces éléments, résultats de la démarche comparative, m'ont également conduit à remettre en cause deux autres hypothèses générales. Tout d'abord celle de l'existence universelle (ou tout au moins dans l'aire occidentale) d'un "lobby médical" : la comparaison permet de mettre en évidence les éléments de fragmentation de la profession et la multiplicité des formes d'interventions politiques des médecins. C'est aussi le cas pour l'hypothèse de la segmentation, selon laquelle les lignes de clivages internes à la profession médicale correspondraient au mouvement de spécialisation du savoir médical. Là aussi mon travail comparatif m'a amené à souligner le rôle des clivages politiques, notamment dans le cas de la recomposition du syndicalisme médical français.

L'invalidation d'hypothèses théoriques générales sur la base d'un travail de terrain comparatiste débouche de ce fait sur un travail de (re)formulation d'hypothèses explicatives.

C) Formulation et reformulation d'hypothèses explicatives

De façon générale la démarche comparative, dans la mesure où elle conduit à mettre en évidence des ressemblances et/ou des dissemblances, conduit, en quelque sorte "naturellement", à formuler des hypothèses explicatives. La comparaison n'est pas seulement description, elle est aussi explication (ou plutôt tentative d'explication).

Une de mes hypothèses explicatives principales porte sur l'impact des formes de la représentation des intérêts, en particulier son mode d'institutionnalisation, sur les modalités et le contenu de l'action publique. C'est ainsi que je me suis demandé, dans le cas des politiques de protection maladie, en quoi le mode d'action publique sectoriel peut s'expliquer par la configuration de la représentation des intérêts. S'il ne s'agit pas là de la seule variable explicative, elle permet cependant de rendre compte du système de contraintes spécifiques dans lequel s'inscrivent les politiques de protection maladie

Ainsi les choix différents faits dans les deux pays en matière de politiques de maîtrise des dépenses de santé peuvent être compris à partir de la configuration des réseaux : en Allemagne, un réseau quasi corporatiste (c'est-à-dire dominé par des acteurs non étatiques fortement organisés, bénéficiant de quasi monopoles de représentation) formant une communauté épistémique (du fait de l'existence d'un consensus normatif sur des principes généraux de régulation, en particulier l'auto-administration) ; en France un réseau conflictuel et fragmenté, au sein duquel les médecins interviennent dans une logique de groupe de pression auprès des acteurs étatiques, qui disposent d'un certain nombre de ressources décisives. De ce fait, dans le premier cas prédominant des politiques de maîtrise négociées, dans le second des politiques de maîtrise imposées⁴².

Toutefois, cette analyse tend à être remise en cause par les importantes réformes des systèmes de protection maladie dans les années 1990 ("réforme Seehofer" en Allemagne, "plan Juppé" en France et "Griffith Reform" en Grande Bretagne)⁴³, liées notamment au poids des contraintes en termes de financement et à des conjonctures politiques spécifiques. Elle m'ont conduit à réinterroger la pertinence de cette hypothèse, à partir d'une analyse de la transformation interne des réseaux. L'identification de ces changements (frag-

42. *Les médecins face à l'État*, op. cit., pp. 266-316.

43. Hassenteufel (P.), "Les réformes des systèmes de protection maladie entre étatisation et libéralisation. Éléments de comparaison européenne (Allemagne, France, Grande-Bretagne)", *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol. 5, n° 2, 1998.

mentation croissante de la profession médicale, échange politique partiel entre les médecins généralistes et l'État, nouvelles stratégies du patronat et de certains syndicats — la CFDT en France — ...) permet également de rendre compte des changements dans les politiques de protection maladie dont les contours restent liés aux configurations des réseaux de politiques publiques. La prise en compte de la dynamique temporelle, essentielle en matière de comparaison⁴⁴, permet donc d'échapper à une explication de type causale : ce sont bien plus les interactions multiples entre changements internes aux acteurs (notamment la fragmentation croissante de la profession médicale et l'affirmation d'un secteur de la haute fonction publique spécialisé⁴⁵), changements dans le réseau de la politique publique et changements dans les politiques menées qui permettent de comprendre les dynamiques des systèmes de protection maladie.

C'est pour cela que dans le cadre de la recherche actuellement menée sur ces transformations, à travers le double prisme de la concurrence et de l'équité, nous mettons conjointement à l'épreuve des terrains nationaux trois hypothèses explicatives :

- La mobilisation d'acteurs favorables à la concurrence : experts (en particulier économistes de la santé), hauts fonctionnaires et groupes d'intérêts (assureurs, patronat, médecins) ;
- Les transferts de politiques publiques, à travers le processus de diffusion transnationale des idées et des expériences ;
- La dynamique d'intégration européenne, à travers le rôle de la Commission, de la Cour de Justice des Communautés et de l'impact des politiques macro-économiques.

Ce type de questionnements, à partir de la démarche comparative, permet, enfin, d'aborder de front la question de la convergence des politiques publiques.

D) L'analyse des évolutions convergentes au niveau européen

La pertinence des (très abondants) discours et analyses sur la mondialisation ou sur l'eupéanisation ne peut être évaluée qu'à partir de travaux comparatistes partant de l'hypothèse de convergence. Celle-ci peut être appréhendée comparativement (au moins) de trois façons, qui ne sont pas forcément exclusives l'une de l'autre.

44. Bartolini (S.), "On time and comparative research", *Journal of Theoretical Politics*, vol. 5, n° 2, 1993, pp. 131-167.

45. Cet aspect a été analysé, uniquement pour la France, dans le cadre d'une recherche collective : *L'émergence d'une "élite du Welfare" ? Sociologie des sommets de l'État en interaction*, MIRE, 1999, 243 pages. La contribution de William Genieys, dans cet ouvrage, présente la méthode suivie.

On peut tout d'abord partir de l'hypothèse de la convergence vers un modèle prédéfini, soit par une organisation transnationale, soit sous la forme d'une politique nationale érigée progressivement en modèle de référence et diffusée d'un pays à l'autre. Dans ce cas le point de départ de la comparaison est ce modèle de référence transnational dont on étudie à la fois le mode de construction et les modalités d'exportation et d'importation.

Une deuxième manière de procéder part de l'analyse d'évolutions convergentes. L'enjeu méthodologique de départ est donc de construire une grille d'analyse reposant sur des critères d'évaluation de la tendance posée comme hypothèse de départ. C'est ainsi que j'ai travaillé sur l'hypothèse du déclin du pouvoir médical en Europe⁴⁶. Sa mise à l'épreuve est basée sur un modèle d'analyse intégrant les différents aspects du pouvoir médical : le pouvoir professionnel (à partir des critères du monopole sur les soins, de la position dominante dans la hiérarchie des soins et vis à vis des patients, enfin de l'autonomie professionnelle), le pouvoir politique (évalué à partir de la capacité d'intervention sur les politiques concernant la profession médicale), le pouvoir économique (appréhendé à l'aune de l'évolution des revenus de la profession et de sa position dans la hiérarchie des revenus) et enfin le pouvoir social (pris en compte en termes de prestige et d'image auprès de l'opinion publique).

La troisième façon d'analyser la convergence part, quant à elle, des modèles comparatifs existants, en particulier les typologies disponibles. Le travail de comparaison consiste dans ce cas à s'interroger, dans un contexte de changement, sur la pertinence de la (ou des) typologie à partir des différents critères utilisés pour la construire.

Dans le cadre de la recherche en cours sur les transformations des systèmes de protection maladie nous combinons ces trois manières d'appréhender la convergence puisque nous cherchons à la fois à identifier des modèles transnationaux (à travers l'analyse des processus de transfert de politiques et des institutions de l'Union Européenne), à repérer des évolutions convergentes (en nous appuyant sur une grille d'analyse proposant des outils d'évaluation des politiques en termes de concurrence et d'équité) et à tester la validité des typologies des systèmes de protection maladie (les quatre pays ont été choisis parce qu'ils correspondent chacun à un type différent dans le cadre d'une typologie distinguant ces systèmes à partir du mode de prise en charge du risque maladie — assurance maladie ou système national de santé — et du mode de régulation — centralisé ou non —).

46. Hassenteufel (P.), "Vers le «déclin du pouvoir médical» : un éclairage européen (France, Allemagne, Grande-Bretagne)", *Pouvoirs*, n° 89, 1999, pp. 51-64.

A l'issue de ces quelques remarques tirées de mon expérience personnelle, donc forcément limitée, peut-on trouver quelques motifs d'espérer malgré le sombre diagnostic fait par Pierre Favre (l'absence de comparaisons en France) et par Daniel Gaxie (l'impossibilité d'une démarche comparative rigoureuse) ? Oui, car la comparaison est possible (et souhaitable) mais, à la double condition de ne pas rechercher à tout prix une méthode idéale respectant scrupuleusement l'ensemble des critères de scientificité, tout en s'efforçant de maîtriser les dérives possibles signalées ici. Comme tout type d'enquête en sciences sociales la comparaison relève du bricolage méthodologique raisonné : l'enjeu est de construire un dispositif de recherche adapté à l'objet comparé. Toutefois, les difficultés majeures de la comparaison résident moins dans la méthode à proprement parler que dans la construction de l'objet à comparer et dans les difficultés matérielles (et linguistiques). De ce point de vue, la confrontation croissante des travaux et des approches comparatistes, la multiplication des appels d'offres centrés sur la comparaison et l'importance de plus en plus grande donnée, au niveau de l'enseignement supérieur, aux langues et aux séjours d'études à l'étranger, sont des signes très encourageants, annonciateurs d'une multiplication des travaux comparatistes.