



La réforme du système de santé bulgare au prisme de ses temporalités : dynamiques et conflictualités d'un changement social complexe

Bulgarian Healthcare System Reform through the Prism of Its Timeframe: Dynamics and Conflicts of a Complex Social Change

Alis Sopadzhiyan

Volume 10, numéro 2, avril 2015

Sur le thème des temporalités

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1030264ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1030264ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Prise de parole

ISSN

1712-8307 (imprimé)

1918-7475 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Sopadzhiyan, A. (2015). La réforme du système de santé bulgare au prisme de ses temporalités : dynamiques et conflictualités d'un changement social complexe. *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 10(2), 57-101.
<https://doi.org/10.7202/1030264ar>

Résumé de l'article

L'article proposé ici explore la réforme du système de santé bulgare de la fin des années 1990 sous l'angle de ses temporalités. L'auteure situe son analyse par rapport aux travaux néo-institutionnalistes récents sur la structuration progressive du changement et aux écrits de la sociologie historique. Elle montre ainsi le temps double de cette réforme qui, bien que suggérant l'immédiateté du fait de son caractère radical, s'inscrit avant tout dans une perspective temporelle longue. Outre son caractère double, le changement ainsi introduit se voit accéléré comme conséquence des relations complexes entre le temps et l'espace et de l'importation d'idées néo-managériales lors de la mise en oeuvre de la réforme.

L'analyse des effets de ces phénomènes temporels sur la perception du changement des principaux acteurs composant l'espace politique de la santé révèle, quant à elle, l'omniprésence de la référence au passé communiste qui reste un temps dominant fort de l'histoire bulgare, alimentant les dynamiques conflictuelles inhérentes au système.

La réforme du système de santé bulgare au prisme de ses temporalités : dynamiques et conflictualités d'un changement social complexe

ALIS SOPADZHIYAN

École des hautes études en santé publique, Rennes
Centre de recherches sur l'action politique en Europe,
CRAPE-UMR 6051

Introduction

En Bulgarie, un changement qui peut être qualifié de radical¹ est introduit dans le système de santé avec la réforme de la fin des années 1990. Cette réforme refond totalement l'organisation et le fonctionnement du secteur hérités de la période communiste pour instaurer un système dont les éléments constitutifs empruntent aux systèmes de santé ouest-européens. Les profondes transformations qu'elle engendre s'inscrivent dans un processus plus large de transformation politique, économique et sociale suite à la chute du mur de Berlin. Bien que très attendue, la réforme du système de santé débouche sur une crise qui traverse le secteur depuis son introduction. Le discours sur cette

¹ Ou encore de paradigmatique, ou de « troisième ordre », voir Peter Hall, « Policy Paradigms, Social Learning and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain », *Comparative Politics*, vol. 25, n° 3, 1993, p. 275-296.

crise, largement partagé par les principaux acteurs constituant l'espace politique national de la santé et relayé dans les médias², structure les débats politiques depuis le début des années 2000. Néanmoins, sa portée n'a que rarement été étudiée depuis une posture compréhensive, comparative et qualitative. D'un côté, les recherches européennes sur les pays appartenant à l'ancien bloc communiste mettent l'accent sur les pays d'Europe Centrale, mieux connus. De l'autre, les études qui se penchent sur l'analyse du système de santé bulgare mobilisent souvent des données nationales macro, faisant du faible niveau de financement du secteur le principal facteur explicatif de cette crise³.

L'étude et l'analyse du changement ont toujours été un défi tant pour les sociologues que pour les politistes. Les profondes métamorphoses du monde économique, politique et social de ces dernières décennies ont fait de la question du changement une question plus que jamais d'actualité. Dans une perspective d'analyse de l'action publique, le changement figure au fondement même de la légitimité politique car « c'est bien le changement qui atteste le mieux de [la] capacité d'action du politique⁴ » sur la société et sur l'économie. Dans une perspective d'analyse sociologique, rendre compte de l'état de la société implique une interrogation directe des changements qui la traversent et une

² Les exemples d'articles parus dans la presse électronique et papier en Bulgarie sont nombreux alimentant cette image d'un système de santé en crise (voir Hristo Hinkov, « La catastrophe dans le système de santé n'est pas finie » [*Катастрофата в здравеопазването не е отменена*], Dnevnik, le 24 juin 2009, [en ligne] http://www.dnevnik.bg/analizi/2009/06/24/743320_katastrofata_v_zdraveopazvaneto_ne_e_otmenena/, dernière consultation le 16 janvier 2012.

³ Antoniya Dimova *et al.*, « Health Reform in Bulgaria », dans William Bartlett *et al.* (dir.), *Health Reforms in South-East Europe*, Londres, Palgrave Macmillan, 2012, p. 49-63; Lidia Georgieva *et al.*, *Bulgaria. Health system review*, Copenhague, European Observatory on Health Systems and Policies, EOHSP - WHO, 2007; et Todorka Kostadinova *et al.*, « Health reforms in Bulgaria », dans James W. Björkman et Juraj Nemeč (dir.), *Health Reforms in Central and Eastern Europe. Options, Obstacles, Limited Outcomes*, The Hague, Eleven International Publishing, 2013, p. 49-68.

⁴ Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2011 [2008], p. 243.

adaptation en continu des catégories d'analyse à partir desquelles ces changements sont étudiés⁵.

Nous proposons ici d'interroger la réforme du système de santé bulgare au prisme de sa temporalité. En suivant Pierson⁶, nous défendons que replacer le politique et les politiques dans le temps améliore de façon considérable notre compréhension des dynamiques sociales complexes. Alors que l'idée de changement radical ou paradigmatique évoque l'immédiateté, l'analyse du discours des principaux acteurs impliqués dans la réforme suggère davantage une multiplicité de temporalités interdépendantes, toutes inhérentes à la réforme. Nous explorerons ainsi l'hypothèse selon laquelle les tensions ou la crise, pour reprendre le discours dominant sur les processus en cours, que traverse le système de santé bulgare ne sont intelligibles qu'à la lumière des temps multiples de cette réforme. Pour ce faire, nous allons nous inscrire dans une perspective de sociologie politique de l'action publique articulée à une analyse socio-historique dans laquelle le temps est exploré « non pas comme un objet en soi, mais en tant qu'indicateur du changement social⁷ ».

Approche et méthode

Le(s) temps du changement dans l'action publique

L'étude de la temporalité dans l'analyse du changement a pendant longtemps été dominée d'abord par l'étude des changements lents et marginaux, puis par l'articulation ou l'opposition dichotomique entre le temps court et le temps long, entre le temps linéaire et le temps imprévisible, entre le changement rapide et le changement incrémental, ou encore entre le changement et le non changement⁸. La prise en compte du temps long se dessine

⁵ Robert Castel, « Penser le changement : le parcours des années 1960-2010 », dans Robert Castel et Claude Martin (dir.), *Changements et pensées du changement. Échanges avec Robert Castel*, Paris, La Découverte, 2012, p. 23-41.

⁶ Paul Pierson, *Politics in Time. History, Institutions, and Social Analysis*, Princeton and Oxford, Princeton University Press, 2004.

⁷ Simonetta Tabboni, *Les temps sociaux*, Paris, Armand Colin, 2006, p. 3.

⁸ PPC, Bruno Palier et Yves Surel, « L'explication du changement dans l'analyse des politiques publiques : identification, causes et mécanismes », dans Bruno

depuis quelques années comme une perspective privilégiée pour l'analyse des phénomènes qui nous entourent. Elle permet de mieux signaler les distorsions qui peuvent exister entre la décision et la mise en œuvre, de mettre en avant le fait que celle-ci peut être source de changement⁹, ainsi que de mieux articuler l'horizon temporel des *causes* et des *effets* du changement¹⁰ en mettant en avant deux modes de changement supplémentaires – le changement incrémental progressif et le faux changement paradigmatique¹¹.

Outre la prise en compte du temps long, une autre donnée temporelle doit être intégrée à notre compréhension des phénomènes et dynamiques sociales complexes – celle de l'accélération du temps¹² et donc du rythme du changement social qui marque en conséquence celui de l'action publique moderne. Il s'agit d'une perspective émergente dont l'hypothèse de départ consiste à dire que « l'expérience de la modernisation est une expérience de l'accélération¹³ ». Plusieurs facteurs contribuent à cette accélération : des facteurs technologiques (les révolutions techniques de l'ère industrielle, puis celles de l'ère numérique), des facteurs économiques (le principe de la concurrence) ou encore sociaux (la fragilisation des statuts et des parcours de vie). L'action publique est elle aussi de plus en plus soumise aux exigences de cette accélération sous l'effet, notamment, de l'émergence d'idées

Palier *et al.* (dir.), *Quand les politiques changent : temporalités et niveaux de l'action publique*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 11-52.

⁹ Patrick Hassenteufel, *op. cit.*

¹⁰ Paul Pierson, *op. cit.*

¹¹ Selon l'acception de Benjamin Cashore et Michael Howlett, le faux changement paradigmatique renvoie à un changement rapide, facilité par un contexte favorable comme l'arrivée d'une nouvelle majorité gouvernementale, mais qui ne résiste pas au temps long. Le secteur ayant subi le changement revient ainsi à terme à son équilibre originel sous l'effet du poids du passé (« Punctuating Which Equilibrium? Understanding Thermostatic Policy Dynamics in Pacific Northwest Forestry », *American Journal of Political Science*, vol. 51, n° 3, 2007, p. 532-551).

¹² Hartmut Rosa, *Accélération. Une critique sociale du temps*, Paris, La Découverte, 2010; Hartmut Rosa, *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*, Paris, La Découverte, 2012.

¹³ Hartmut Rosa, *Accélération. Une critique sociale du temps*, *op. cit.*, p. 36.

issues du Nouveau Management Public (NMP)¹⁴. La temporalité politique, marquée par les cycles électoraux, raccourcit sous la pression de l'exigence des résultats, de la personnalisation de l'action publique ou encore de la pression médiatique, et se trouve en décalage avec la temporalité des enjeux auxquels elle doit répondre qui se déploie, elle, sur le long terme.

Le croisement de ces différentes approches qui mettent l'accent l'une sur le temps long, l'autre sur l'accélération du temps, amène la question de l'articulation des temporalités à laquelle les notions de trajectoire de changement ou de trajectoire de réforme permettent d'apporter des éclairages.

La notion de trajectoire de réforme

Les notions de « trajectoire », de « trajectoire de réforme » ou encore de « trajectoire de changement » sont ancrées à la fois dans l'approche socio-historique de l'analyse de l'action publique et dans la tradition néo-institutionnaliste. La notion de trajectoire dans sa dimension temporelle évoque une séquence cumulative plutôt que répétitive d'évènements liés supposant une certaine direction du changement¹⁵. Cette logique d'explication d'un résultat ou d'une tendance qui consiste à « situer des événements ou leurs résultats dans des trajectoires avec des temporalités interdépendantes qui se croisent¹⁶ » est caractéristique de la sociologie historique. La trajectoire de changement est alors comprise comme l'accumulation de séquences d'évènements et de processus sociaux. Les travaux de Palier sur la notion « trajectoire de réforme¹⁷ » s'inscrivent dans la tradition néo-institutionnaliste

¹⁴ Jacques Commaille, Vincent Simoulin et Jens Thoemmes, « Les temps de l'action publique entre accélération et hétérogénéité », *Temporalités*, n° 19, 2014, p. 3, [en ligne] <http://temporalites.revues.org/2818>, consulté le 12 novembre 2014.

¹⁵ Ronald Aminzade, « Historical Sociology and Time », *Sociological Methods and Research*, vol. 20, n° 4, 1992, p. 456-480.

¹⁶ *Ibid.*, p. 466, traduction de l'auteure.

¹⁷ Bruno Palier, « Ordering Change: Understanding the “Bismarckian” Welfare Reform Trajectory », dans Bruno Palier (dir.), *A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2010.

et s'intéressent aux trajectoires spécifiques des réformes nationales en portant une attention à leurs circonstances et conditions particulières, autrement dit aux spécificités du contexte national aussi bien politique qu'économique et social dans lequel elles se déploient. En analysant les réformes des États-providence bismarckiens des cinquante dernières années, Palier définit leur trajectoire comme une succession de changements où les réformes récentes sont, du moins partiellement, basées sur les conséquences des réformes précédentes¹⁸. Nous pouvons ajouter, en suivant Mahoney¹⁹, que l'ordre des séquences temporelles, d'une importance majeure, peut avoir une influence sur les résultats du processus final, notamment parce qu'il influence la manière dont les acteurs sociaux comprennent et perçoivent le cours des événements temporels²⁰.

Enfin, l'articulation de ces deux approches permet de penser le croisement des trajectoires ayant des ancrages temporels, spatiaux et culturels différents. Comme le souligne Pierson, « dire que la temporalité est importante implique sa mise en lien avec la temporalité de quelque chose d'autre. La dimension temporelle permet alors de révéler la relation fondamentale qui lie des processus sociaux distincts²¹ ». Une telle mise en parallèle permet, dans une perspective comparative, de saisir les décalages entre la temporalité des séquences de l'action publique et « d'expliquer pourquoi certains décalages existent entre pays qui semblent de prime abord soumis à des évolutions similaires. [...] [I]l s'agit alors d'expliquer pourquoi un événement advient dans une aire géographique donnée à un moment donné et donc d'historiciser l'analyse²² ». Ce faisant, il est possible de mettre en lumière des processus qui ne l'auraient pas été si la question de la temporalité n'avait pas été abordée.

¹⁸ *Ibid.*, p. 32.

¹⁹ James Mahoney, *The Legacies of Liberalism: Path Dependence and Political Regimes in Central America*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2001.

²⁰ Ronald Aminzade, *op. cit.*

²¹ Paul Pierson, *op. cit.*, p. 55, traduction de l'auteure.

²² Catherine Hoefler *et al.*, « Temporalité et changement de politiques publiques », dans Bruno Palier *et al.* (dir.), *Quand les politiques changent. Temporalités et niveaux de l'action publique*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 68.

En outre, la relation entre le temps et l'espace est une dimension analytique particulièrement heuristique pour l'étude des processus sociaux dans les pays de l'ancien bloc communiste. Comme l'exprime Ragaru, le temps – présent, passé, futur – est toujours associé à une culture située géographiquement, dont une ligne de démarcation majeure est la frontière entre l'Est et l'Ouest : « de manière récurrente, les pliures du temps se conjuguent [...] avec une spatialisation des temporalités en des univers culturellement distincts : le passé est situé tour à tour à l'Est ou en Orient. Présent et futur s'orientent eux, vers un point cardinal occidental²³ ».

Méthodologie

L'analyse proposée ici s'appuie sur une enquête par entretiens semi-directifs menée en Bulgarie entre 2006 et 2010 auprès d'acteurs étatiques et non étatiques impliqués dans la gouvernance du système de santé depuis l'introduction de la réforme à la fin des années 1990. Conformément à la démarche qualitative, nous avons cherché à couvrir l'opinion des acteurs politiques et professionnels directement concernés par la réforme du système de santé afin de saisir leur vécu subjectif et leurs représentations du changement que la réforme incarne. Il s'agit de représentants d'institutions étatiques et non étatiques aux niveaux national et local, d'organisations professionnelles et scientifiques, des syndicats et d'organisations de patients, mais aussi de médecins praticiens confrontés, dans leur expérience quotidienne, aux effets de la réforme (voir Tableau 1)²⁴. La démarche ainsi conçue met l'accent

²³ Nadège Ragaru, « Bulgarie. 1989 au prisme de 1997: une "révolution" en palimpseste », dans Jérôme Heurtaux et Cédric Pellen (dir.), *1989 à l'Est de l'Europe. Une mémoire controversée*, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube, 2009, p. 193.

²⁴ Nous avons ainsi mené 60 entretiens formels avec 57 personnes différentes. La plupart du temps, il s'agit d'entretiens individuels, d'une durée entre 1 heure 30 et 2 heures, sauf dans cinq cas où l'entretien a eu lieu en présence de deux personnes participant directement à l'entretien. Les entretiens ont été enregistrés (sauf dans trois cas où nous avons obtenu des refus, auquel cas la prise de notes a permis la reconstitution *a posteriori* du fil de l'entretien). Pour leur réalisation et traitement, nous avons respecté et avons été guidée par les exigences méthodologiques d'usage concernant cette technique

sur la relation, plutôt que sur les principes d'adéquation, entre les personnes interviewées constituant l'échantillon²⁵ et l'objet de la recherche. Notre posture analytique découle d'une démarche inductive, que l'on pourrait qualifier de relationnelle, centrée sur les acteurs sociaux leur « laiss[ant] [...] la responsabilité de la signification qu'ils attribuent à leurs actes et à leurs interactions et pour laquelle la rationalité de ces acteurs est d'abord celle qu'ils partagent et s'imposent dans leurs échanges et leurs conventions²⁶ ».

d'enquête (voir notamment Stéphane Beaud et Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2008). Les entretiens ainsi réalisés ont été entièrement retranscrits et synthétisés. Un premier classement par acteurs a été réalisé pour faire apparaître les logiques d'ensemble et les différents fils conducteurs qui ressortaient de l'analyse. Un deuxième classement en catégories et sous-catégories d'analyse a servi de base pour l'élaboration d'une grille d'analyse.

²⁵ Il s'agit d'un échantillon raisonné (et non représentatif) constitué dans le souci d'inclure les acteurs ayant un rapport direct à l'objet, en mobilisant notamment la technique de l'échantillonnage par boule de neige. L'échantillon non représentatif apparaît particulièrement adapté lorsqu'il d'agit d'« explorer un domaine en grande partie inconnu ou [d']approfondir un aspect particulier d[']une] trajectoire sociale » ou de la trajectoire d'un fait social (Jean-Marie Firdion, « Construire un échantillon », dans Serge Paugam (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2010, p. 73).

²⁶ Jean-Daniel Reynaud, *Le conflit, la négociation et la règle*, Toulouse, Octarès, 1995, p. 1.

Tableau 1 : Présentation de l'échantillon

	Institutions, acteurs	Entretiens
Niveau national	Ministère de la santé	3
	Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)	4
	Conseil des ministres	2
	Commission parlementaire de santé	3
	Haut Conseil de Santé	1
	Institut International de Santé Publique et d'Assurance Santé (IISAS)	1
	Centre National d'Information et de Santé Publique (CNISP)	1
	Union des Médecins Bulgares (UMB)	7
	Association Nationale des Médecins Généralistes (ANMG)	1
	Union des Organisations Médicales Bulgares (UOMB)	5
	Associations de défense des intérêts des patients	2
	Les deux principaux syndicats : la CSIB et la CT 'Podkrepa'	2
	Consultant national	1
Niveau régional	Caisse régionale d'assurance maladie	1
	Centre régional de santé publique	2
	Collège régional de l'Union des Médecins Bulgares	8
	Collège régional de l'Association Nationale des Médecins Généralistes	1
Niveau individuel	Médecins praticiens (universitaires, hospitaliers, spécialistes et généralistes)	15

Cette technique d'enquête a été combinée à l'analyse de rapports réalisés par des institutions supranationales (Banque mondiale, BM; Commission Européenne, CE; Bureau régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS; Organisation de Coopération et de Développement Économiques, OCDE) ou par des acteurs nationaux (Ministère de la santé, Caisse Nationale d'Assurance Maladie) ayant structuré les débats sur le contenu de la réforme ou ayant expertisé sa mise en œuvre. Des ouvrages scientifiques datant de la période communiste²⁷ et des archives historiques qui ont été mis à notre disposition par différentes personnes interviewées ont également été consultés²⁸.

²⁷ Disponibles notamment dans la bibliothèque centrale et la bibliothèque de l'Université de médecine de la ville de Plovdiv, la deuxième plus grande ville bulgare après Sofia, la capitale.

²⁸ Si l'usage de ces sources appelle à la prudence et à une posture critique, car il s'agit souvent d'écrits subjectifs et parfois très engagés, l'accès à ces documents a été une ressource importante, notamment parce qu'ils contiennent, d'une part, des reproductions de documents officiels d'époque qui ne sont

Ces documents, pour la plupart en langue bulgare, ont renseigné des aspects peu documentés dans la littérature scientifique concernant la période précommuniste et communiste. Enfin, nos matériaux rassemblent également des articles de presse nationale, spécialisée et professionnelle au nombre de 700 couvrant des aspects différents de la réforme du système de santé, sélectionnés moyennant une revue de presse systématique couvrant la période entre 2007 et 2014²⁹. Le corpus d'articles ainsi constitué a permis une analyse du traitement médiatique des enjeux de la réforme du système de santé qui, moyennant l'information diffusée dans l'espace public national, participe à la formation d'une attitude et d'une « opinion » sur le système de santé et ses acteurs.

Résultats et interprétations

Le travail présenté ici s'organise autour de trois sections. Après avoir reconstruit la trajectoire des changements au sein du système de santé bulgare depuis le début du XX^e siècle, nous mettons en évidence, dans la première section, le caractère double de la temporalité de la réforme introduite à la fin des années 1990. La deuxième section met l'accent sur le rythme du changement introduit. La mise en perspective comparatiste que nous effectuons en mobilisant les travaux sur la transformation séquentielle des États-providence bismarckiens ouest-européens permet de rendre compte d'une certaine accélération des changements en cours et de l'existence de plusieurs décalages dans la temporalité de la réforme bulgare. Ce sont les effets de ces décalages sur les représentations du changement des principaux acteurs impliqués dans la conception et dans la mise en œuvre de la réforme qui

pas accessibles car gardés essentiellement dans des archives personnelles et non publiques et parce qu'ils permettent, d'autre part, de reconstituer le positionnement de ces mêmes acteurs à des périodes historiques différentes, ce qui est central dans la démarche généalogique qui est la nôtre.

²⁹ Pour ce faire, nous avons pris la précaution de consulter des quotidiens et des hebdomadaires de la presse nationale politique et économique couvrant tous les spectres de l'échiquier politique, des sites d'information en ligne, la presse écrite et électronique professionnelle, et des sources télévisuelles publiques et privées. Enfin, les sites officiels des institutions étatiques et non étatiques ont également été une source d'informations importante.

font l'objet de notre analyse dans la troisième et dernière section.

1. La réforme du système de santé bulgare : un changement inscrit dans une double temporalité

La réforme introduite à la fin des années 1990 dans le système de santé bulgare est souvent présentée comme un changement paradigmatique ou radical qui a été rendu possible grâce à la conjoncture d'un certain nombre d'éléments contextuels permettant l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité³⁰. Après avoir reconstitué la trajectoire des politiques de santé depuis le début du XX^e siècle, nous montrerons que l'ancrage temporel de cette réforme est au moins double.

1.1. La trajectoire du système de santé bulgare : histoire et réformes

La trajectoire des États-providence et des politiques de santé des pays d'Europe Centrale³¹ suit un cours différent de celles des États-providence de l'ouest de l'Europe³². Avant l'avènement du communisme, les pays d'Europe Centrale partageaient avec les pays d'Europe de l'Ouest une longue tradition bismarckienne remontant à l'Empire Austro-Hongrois. Les pays d'Europe de l'Est, parmi lesquels la Bulgarie, sont souvent présentés comme des pays où la tradition bismarckienne est de moindre durée et

³⁰ Cette notion a été conceptualisée par John W. Kingdon (*Agendas, Alternatives and Public Policy*, New York, Harper-Collins, 1984) et désigne un contexte particulier qui rend possible un changement politique majeur.

³¹ Nous nous référons ici à la République Tchèque, à la Hongrie, à la Pologne et à la Slovaquie, appelés également les pays de Visegrad, qui ont pour caractéristique commune d'avoir fait partie de l'ancien bloc communiste et qui ont rejoint l'Union européenne en 2004. La Bulgarie et la Roumanie sont considérées ici comme faisant partie de l'Europe de l'Est. L'ensemble de ces pays est souvent désigné avec l'expression Pays d'Europe Centrale et Orientale.

³² Sont considérés ici les pays européens dont le système de santé est de type assurantiel ou bismarckien, à savoir l'Allemagne, la France, l'Autriche, la Belgique, le Luxembourg et les Pays-Bas. Les systèmes bismarckiens ou assurantiels sont financés par des cotisations sociales, l'offre de soins y est mixte. Les frais occasionnés par les soins sont pris en charge par les caisses d'assurance maladie.

où les institutions assurantielles sont moins bien implantées que dans les pays d'Europe Centrale³³. Néanmoins, le système assurantiel instauré en Bulgarie au début du XX^e siècle est relativement étendu. Dès les années 1900, plusieurs vagues de loi successives posent les bases du système assurantiel bulgare, qui couvre 82 711 personnes en 1925, 4 millions de personnes en 1947 et 4 398 000 personnes en 1949, soit environ 50 % de la population totale à la fin des années 1940³⁴. L'avènement du communisme après la fin de la seconde guerre mondiale marque une inflexion majeure dans la trajectoire du pays, en interrompant la tradition bismarckienne au profit de l'installation du modèle de protection sociale Semashko.

En Bulgarie, la période communiste est marquée par deux séquences principales. La première, allant du début du régime communiste jusqu'aux années 1970, correspond à l'instauration progressive du modèle spécifique de protection sociale et d'organisation du système de santé dit Semashko. Ce modèle est adopté par tous les pays d'Europe Centrale et Orientale (PECO) appartenant au bloc soviétique. Il affiche des principes d'universalité, d'uniformité et d'unicité pour la couverture et l'accès aux soins, assurés par la gratuité des soins fournis. Selon les principes de l'économie planifiée, pour des raisons idéologiques, politiques et institutionnelles, les politiques sociales sont soumises aux

³³ Christopher Davis, « Understanding the Legacy: Health Financing Systems in the USSR and Central and Eastern Europe prior to Transition », dans Joseph Kutzin, Cheryl Cashin et Melitta Jakab (dir.), *Implementing Health Financing Reform Lessons from Countries in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, EOHSP-WHO, 2010, p. 25-63.

³⁴ Miladin Apostolov, *История на медицината [Histoire de la médecine]*, Sofia, Meditsina i fizkultura, 1992; Miladin Apostolov, *Исторически, социални и етични измерения на медицината [Les dimensions historiques, sociales et éthiques de la médecine]*, Sofia, GorexPres, 2004; Miladin Apostolov et Penka Ivanova, « История на общественото здравеопазване в България [Histoire de la santé publique en Bulgarie] », dans Veselin Borisov, Zlatka Glutnikova et Tsekomir Vodenicharov (dir.), *Ново обществено здравеопазване [Une nouvelle santé publique]*, Sofia, Acvagrafics OOD, 1998, p. 9-35. Sur la même période, le taux de couverture atteint 10 % de la population en Hongrie (Dorottya Szikra, « The Thorny Path to Implementation: Bismarckian Social Insurance in Hungary in the Late 19th Century », *European Journal of Social Security*, vol. 6, n° 3, 2004, p. 255-272).

politiques industrielles. Pendant cette première séquence, les hôpitaux et les pharmacies privés sont progressivement nationalisés et le système assurantiel et les organisations professionnelles abolis. Le système Semashko est fortement centralisé et hiérarchisé, les décisions de santé publique concernant son financement et son organisation étant directement soumises aux exigences de l'idéologie politique du parti communiste, et non pas aux besoins réels en services de santé de la population³⁵. Ainsi, l'instauration du modèle Semashko implique non seulement la réorganisation complète du système de santé, mais aussi la refonte des principes qui le régissent et des régulations qui le sous-tendent.

Si les principaux indicateurs de santé de la population connaissent une nette amélioration pendant cette première séquence³⁶, la crise économique des années 1970 marque le début de la *deuxième séquence* de la trajectoire du système de santé bulgare caractérisée par le renforcement du caractère autoritaire du régime de Todor Jivkov³⁷. L'exercice privé de la médecine est aboli en 1972 et les contacts des médecins bulgares avec leurs confrères européens limités. Des restrictions financières importantes dues à la situation économique touchent le secteur de la santé, mais le nombre de médecins et de lits hospitaliers continue à augmenter comme conséquence du fonctionnement de l'économie planifiée. Les médecins et les autres professionnels de santé ne disposant pas d'organisations indépendantes pour la défense de leurs intérêts professionnels, économiques et politiques, le régime contrôle de près leur statut professionnel, l'organisation hiérarchique de leur travail, ainsi que les modalités régissant leurs

³⁵ Christopher Davis, *op. cit.*

³⁶ Dû notamment à la politique préventive menée par l'État, aux extensives campagnes de vaccination de la population, à l'urbanisation progressive de la population et à l'amélioration des conditions d'hygiène globales; Miladin Apostolov, *История на медицината [Histoire de la médecine]*, *op. cit.*

³⁷ Evguenia Kalinova et Iskra Baeva, *La Bulgarie contemporaine entre l'Est et l'Ouest*, L'Harmattan, 2001. Todor Jivkov (ТОДОР ЖИВКОВ) a été pendant 35 ans (entre 1953 et 1989) le dirigeant de la République populaire de Bulgarie.

relations avec l'État³⁸. Pendant cette période, leur statut économique et social se voit sensiblement détérioré. Comme le rappellent certaines personnes interrogées qui ont connu cette époque, le médecin devient un « ouvrier médical » au même titre que les ouvriers dans les autres secteurs d'activité qui exécutent leurs tâches sur l'ordre de leur employeur, et au bénéfice d'abord de l'État, puis du patient³⁹.

Il n'y a pas de base de comparaison avec ce qui existait pendant le régime totalitaire avant le 10 novembre [1989]. Le médecin bulgare était traité comme un ouvrier médical, on définissait les périmètres de son travail à sa place, y compris sa rémunération, du haut vers le bas, et non pas du bas vers le haut, non pas ce qu'il a réellement effectué comme travail, mais ce qui lui a été attribué (mars 2009, entretien de l'auteure avec le Secrétaire général d'un Collège régional de l'UMB).

À partir de 1973 et jusqu'à la fin du régime communiste, les principaux indicateurs de santé se détériorent considérablement⁴⁰. Le taux brut de mortalité passe de 9,1 (pour 1000 personnes) en 1970 à 11,9 en 1989⁴¹. Le vieillissement de la population, dû notamment à la baisse du taux de natalité infantile, et l'industrialisation poussée du pays accentuent les disparités territoriales et socio-économiques en termes d'accès aux soins⁴². Même si le système instauré se veut universaliste, notamment en termes de couverture, des pans entiers de la population ne répondant pas

³⁸ Alis Sopadzhiyan, *La transformation du système de santé bulgare : la profession médicale comme acteur du changement*, thèse de doctorat en Science Politique, Université Rennes 1 et Science Po Rennes, 2012.

³⁹ Marc G. Field, « The Hybrid Profession: Soviet Medicine », dans Anthony Jones (dir.), *Professions and the State: Expertise and Autonomy in the Soviet Union*, Philadelphie, Temple University Press, 1991, p. 43-62.

⁴⁰ Miladin Apostolov, *Исторически, социални и етични измерения на медицината [Les dimensions historiques, sociales et éthiques de la médecine]*, op. cit.

⁴¹ Christopher Davis, « Morbidité, mortalité et réformes du système de santé dans les États en transition de l'ex-U.R.S.S. et de l'Europe de l'Est », *Revue d'études comparatives est-ouest*, vol. 29, n° 3, 1998, p. 133-185.

⁴² Duchomir Minev, Bogdana Dermendjieva et Natasha Mileva, « The Bulgarian Country Profile: The Dynamics of some Inequalities in Health », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 8, 1990, p. 837-846.

aux critères idéologiques du travail productif définis par le parti communiste se voient exclus du système⁴³.

La nécessité de réformer le système commence à se ressentir dès les années 1970, mais surtout au cours des années 1980. Entre 1972 et 1977, un modèle alternatif d'organisation du secteur de la santé appelé « Modèle de Gabrovo » est mis à l'essai⁴⁴. Ce modèle vise l'établissement d'un système de santé intégré et la mise en conformité des principes du modèle Semashko avec la conception globale de la santé défendue par l'OMS depuis 1948 et réaffirmée dans la charte d'Ottawa de novembre 1986. Dans les années 1980, l'introduction d'un système d'assurance maladie et le rétablissement de la pratique médicale privée sont également discutés. Une stratégie de restructuration du secteur est préparée en 1986-1987 malgré les réticences de l'élite communiste. Enfin, en 1989, un décret sur la création d'un fonds d'assurance santé est voté et ratifié, mais les événements majeurs de la fin des années 1980 empêchent sa mise en application⁴⁵. Malgré ces différentes initiatives et la circulation déjà dans les années 1980 des idées de changement, les principales caractéristiques du système Semashko restent inchangées jusqu'à la chute du régime en 1989.

⁴³ Il s'agit de personnes appartenant aux minorités, comme les Tziganes, ou de personnes qui, pour une raison ou pour une autre, se voient exclues du marché du travail, comme les personnes handicapées (voir Alfio Cerami, « The Politics of Social Security Reforms in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia », dans Bruno Palier (dir.), *A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2010, p. 233-253 et Adrian Mohanu, *Les politiques de handicap entre européanisation et influence internationale : comparaison France-Roumanie*, thèse de doctorat, Rennes, Université de Rennes 1, École des Hautes Études en Santé Publique, 2011).

⁴⁴ Le Mémoire entre la Bulgarie et l'OMS, qui a participé à la conception du modèle, est signé en 1976 (David K. Sokolov, Jo E. Asvall et Herbert Zöllner, *The Gabrovo Health Services Model in the People's Republic of Bulgaria. Report on a study*, Copenhague, Regional Office for Europe, World Health Organization, 1980).

⁴⁵ Jana Golemanova, « Развитие на здравната политика в България [Le développement de la politique de santé en Bulgarie] », dans Miroslav Popov (dir.), *Здравната реформа в България [La réforme du système de santé en Bulgarie]*, Makedonia Pres, 1997, p. 62-82.

La fin du régime communiste amorce le début de la *troisième séquence* de la trajectoire de réforme du système de santé bulgare. Entre 1989 et 1997, des initiatives législatives visent l'exercice libéral de la médecine, la décentralisation de la gestion et du financement des établissements de santé, ainsi que la restauration des organisations professionnelles. Néanmoins, aucun changement radical ou paradigmatique quant à l'organisation ou le financement du système de santé n'est introduit pendant cette période. Le caractère instable de la période de transition démocratique, les changements fréquents des majorités gouvernementales et les trois crises économiques majeures des années 1990 (1991, 1994 et 1996-1997) sont autant de facteurs contextuels souvent mis en avant pour expliquer l'absence de réforme en profondeur. Un projet de loi pour l'introduction d'un système d'assurance maladie a bien été soumis à discussion au Parlement dès 1992 et voté en 1995, mais il n'obtient pas la majorité des parlementaires.

En 1997, le contexte politique et économique national change de façon importante. La crise économique de l'hiver 1996-1997 provoque des manifestations d'envergure largement orchestrées par l'opposition de droite de l'Union des Forces Démocratique (UFD) qui renversent le gouvernement de gauche du Parti Socialiste Bulgare (PSB). Un nouveau gouvernement de droite (UFD) vient au pouvoir. Sa légitimité repose alors sur sa capacité à mettre fin à l'inertie qui a dominé les sept premières années de la transition, devenue intolérable d'un point de vue politique, et à représenter le changement. Ce contexte particulier ouvre une fenêtre d'opportunité pour l'introduction de la réforme du système de santé en 1998 et marque le début de la *quatrième séquence* de la trajectoire du système de santé. Celle-ci débute avec sept nouvelles lois et plus de 50 décrets dans une période de moins de deux ans. Les principales réformes institutionnelles, financières et structurelles ont lieu pendant cette période. Elles introduisent un système de santé assurantiel à travers la création d'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), restructurent l'offre des soins en accordant une place prioritaire au

secteur primaire et institutionnalisent l'organisation professionnelle des médecins, l'Union des Médecins Bulgares (UMB). De nouveaux principes issus du Nouveau Management Public (NMP) sont introduits visant à assurer l'efficience du système assurantiel et des établissements de santé. À l'image des pays ouest-européens, le gouvernement introduit des logiques de marché ou de quasi-marché au sein des institutions de l'État-providence. La réforme établit un nouveau mode de gouvernance basé en partie sur le traditionnel modèle corporatiste ouest-européen et en partie sur l'idéologie du NMP. Le changement ainsi mené peut être qualifié de paradigmatique dans le sens où non seulement les réformes créent de nouveaux instruments, mais elles changent aussi la logique du système et ses objectifs.

La *cinquième et dernière séquence* de la trajectoire du système de santé est marquée par la mise en œuvre de la réforme. Après 2001, le contexte politique se stabilise avec toutefois des changements systématiques de majorité gouvernementale à chaque échéance électorale. Cette période correspond à la fois au ralentissement des changements radicaux dans le système, à la consolidation et, dans une certaine mesure, la renégociation des changements introduits pendant la séquence précédente. La principale tendance qui se dégage est le renforcement progressif du poids de l'État dans la gouvernance de la CNAM et au sein du système de santé, moyennant notamment la création de différentes agences étatiques dont la fonction est de contrôler l'efficience et l'efficacité du système.

Les débats sur la future trajectoire du système assurantiel bulgare continuent pendant cette séquence. Si la réforme initiale prévoyait la création d'assurances privées et d'une couverture volontaire des services de santé, ce modèle n'a jamais été appliqué. Actuellement, seulement 1,8 % de la population souscrit à une assurance volontaire privée⁴⁶. Ceci est en partie dû au fait que, mis à part les quelques avantages supplémentaires offerts par les complémentaires privées, le panier de services qu'elles couvrent recoupe largement celui offert par le régime général. Un autre

⁴⁶ Todorka Kostadinova, George Manliev et Nevyana Feschieva, *op. cit.*

élément d'explication concerne les mésententes sur la forme, obligatoire ou volontaire, et sur le mode de financement, par cotisations salariales ou par contributions individuelles, de ces régimes complémentaires.

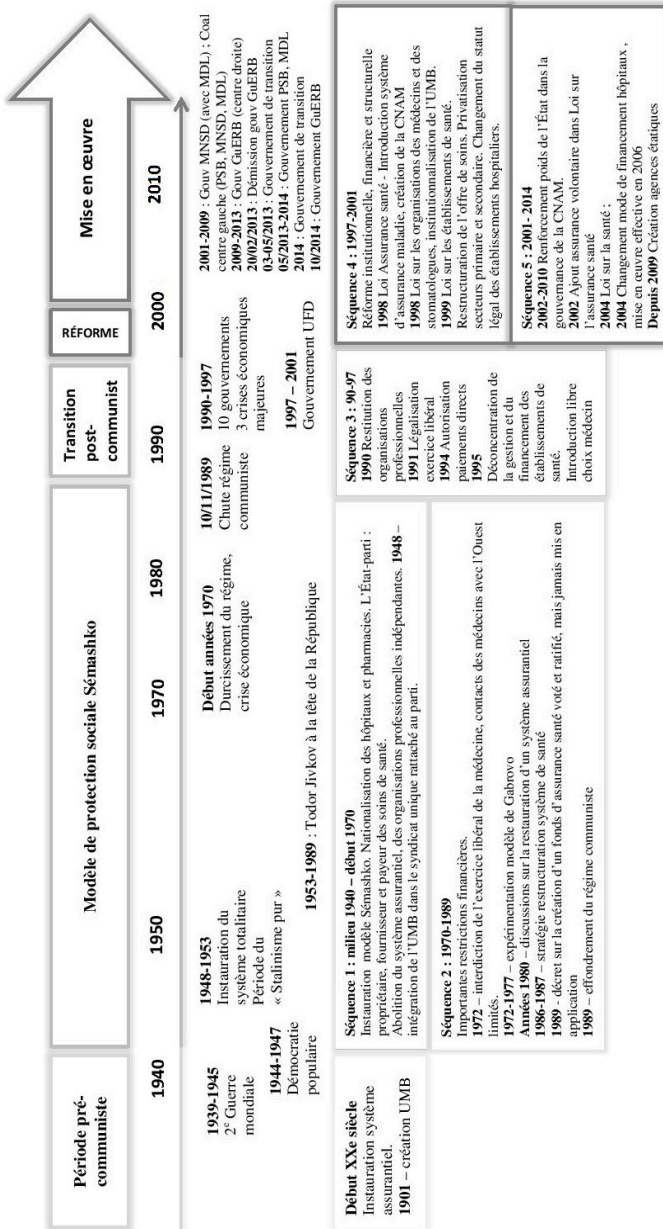
Le secteur hospitalier est un autre secteur en attente de changement. La réforme de la fin des années 1990 introduit les parcours cliniques pour le financement des actes hospitaliers, en remplaçant progressivement le financement budgétaire hérité de l'ancien système. Ils ont été progressivement introduits jusqu'en 2006 et constituent aujourd'hui le principal mécanisme de financement des soins hospitaliers. Dès leur introduction, leur légitimité et leur efficacité sont remises en cause par les médecins hospitaliers. Un conflit majeur quant à l'usage et au niveau de financement de ces parcours cliniques oppose l'Union des Médecins Bulgares et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Un consensus sur la nécessité d'introduire un modèle basé sur les *Diagnostic Related Groups (DRG)* a été atteint entre les principaux acteurs de l'espace politique de la santé, mais la réforme allant dans ce sens est constamment remise à plus tard, notamment à cause de son important coût financier.

Enfin, la réforme organisationnelle du système de santé est toujours en cours. Au départ, l'accent était mis sur la diminution du nombre d'établissements hospitaliers et de lits de soins actifs ou intensifs et leur transformation en lits de soins de longue durée. Le remboursement avantageux de certains parcours cliniques par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a contribué à l'ouverture de nouveaux hôpitaux privés de soins actifs spécialisés très convoités par les gestionnaires pour leur potentiel lucratif. Depuis 2011, une « carte de santé » nationale et 28 cartes de santé régionales ont été développées⁴⁷ afin de palier en partie à ce phénomène. Leur objectif est, d'une part, l'optimisation du nombre d'établissements de santé nécessaires pour garantir l'accès aux services de santé pour la population et, d'autre part, de freiner la création de nouveaux hôpitaux pouvant contractualiser avec la CNAM. L'initiative n'a cependant pas eu le succès attendu

⁴⁷ *Ibid.*

car la question du droit des établissements de santé qui ne figurent pas sur la carte de santé de contractualiser ou pas avec la CNAM n'a pas été résolue. Au cours de ces dernières années, un autre secteur en mal de réformes a concentré les efforts de l'exécutif, celui des soins d'urgence, notamment dû à l'insuffisance des ressources matérielles et humaines dans le secteur, au faible niveau de rémunération du personnel urgentiste, ou encore au découpage du territoire inefficace en secteurs d'intervention.

Figure 1 : La transformation séquentielle du système de santé bulgare (XX^e et XXI^e siècles)



1.2. La double dimension temporelle de la réforme : un changement radical et rapide dans une temporalité longue

Du point de vue de l'analyse de l'action publique, la réforme du système de santé bulgare introduite à la fin des années 1990 apparaît comme un changement paradigmatique rendu possible grâce à l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité suite à la jonction d'une série d'éléments conjoncturels, tels la crise économique ou le contexte politique des années 1996-1997. Cette interprétation reste valable au regard des événements de la période de « tradition démocratique » comme il est accepté de dénommer la période entre 1989 et 1997. Les différentes personnes que nous avons interviewées mettaient d'ailleurs souvent l'accent sur plusieurs facteurs déterminants, imputables à la conjoncture politique du pays au moment où la nouvelle majorité de droite est élue en 1997 :

Je vous le dis, la volonté politique est d'une extrême importance pour l'introduction d'un certain type de changement (entretien de l'auteure avec un membre de la Commission parlementaire de santé présent au moment de l'introduction de la réforme, Groupe parlementaire Nouvelle Démocratie Bulgare, NDB, mars 2009).

Autrement dit, si la réforme a eu lieu, c'est grâce à l'arrivée au pouvoir de la majorité de droite qui construit sa légitimité politique sur sa capacité de rupture et de réforme de plusieurs secteurs, dont celui de la santé. Néanmoins, contrairement au discours dominant sur le caractère radical de la réforme et de la temporalité courte du changement défendu par les acteurs de santé nationaux, la reconstruction de la trajectoire de réforme du système de santé bulgare montre que le temps de cette réforme est double. Un autre facteur contribue à l'avènement de la réforme, à savoir la formation d'une élite médicale programmatique entre le moment de la chute du régime et celui de l'introduction de la réforme. Les membres de cette élite, issus d'horizons différents⁴⁸,

⁴⁸ Le milieu syndical, le monde académique, les organisations professionnelles et scientifiques, de structures étatiques et le naissant secteur privé, etc. Ils ont pour caractéristique commune d'être membres de la profession médicale. Pour une analyse approfondie, voir Alis Sopadzhian, *La transformation du système de santé bulgare...*, *op. cit.*

contribuent largement à la structuration des débats sur la forme que doit prendre la réforme au moment de son introduction. Or, les idées débattues à ce moment là étaient déjà en circulation pendant la dernière décennie de la période communiste, comme conséquence de la circulation de matrices cognitives des organisations internationales. Ceci participe à la socialisation des acteurs nationaux – étatiques et non étatiques – à la nécessité de réformer le système Semashko et de le remplacer par un système assurantiel. Vu sous cet angle, le changement introduit à la fin des années 1990 se caractérise certes par sa rapidité et donc par sa temporalité courte, mais aussi par le temps long de sa maturation. Il apparaît ainsi comme l’aboutissement d’un processus d’apprentissage qui s’étend sur au moins une décennie et dont la temporalité est beaucoup plus distendue que celle du changement rapide et radical qui en a résulté. La réforme de 1998-1999 peut être interprétée à travers le prisme de la continuité de ces idées, continuité pensée et voulue par la petite élite médicale impliquée dans l’introduction de la réforme.

Cette double dimension du temps de la réforme pourrait être davantage appuyée en adressant une des questions classiques de la démarche socio-historique – jusqu’où remonte-t-on dans le temps; qui en soulève une autre – celle de la reprise de la tradition, à la fois assurantielle et professionnelle médicale, amorcée au début du XX^e siècle. Le président de l’Union des Médecins Bulgares (UMB) utilise la référence à la période précommuniste pour asseoir la légitimité de l’organisation professionnelle dans le nouveau système. Or, plusieurs membres de l’élite programmatique à l’origine de la réforme sont issus des rangs de l’UMB⁴⁹ :

Nos médecins, et ce beaucoup avant 1944, se sont formés dans les écoles européennes [de médecine]. Ceux qui ont créé l’Union des Médecins Bulgares, qui est une des organisations professionnelles de médecins les plus anciennes en Europe, et qui l’ont ensuite dirigée, se sont basés sur ces expériences et appliqué ces mêmes principes, histoire, valeurs et traditions (entretien de l’auteure avec le président de l’UMB, juin 2008).

⁴⁹ Les deux figures principales de cette élite médicale sont le président et le vice-président de l’UMB au moment où l’UFD gagne les élections en 1997.

Évoquer la période précommuniste revient à reculer les références temporelles sous-jacentes à la réforme, en distendant davantage sa temporalité. Mais la réintroduction de cette référence lointaine comme un point d'ancrage des idées introduites par la réforme à la fin des années 1990 contribue également à compresser les deux séquences de la période communiste, pourtant un temps dominante dans la trajectoire du système de santé et à les représenter comme une « pause » ou une « parenthèse » dans l'histoire. Cette entreprise n'est pas neutre symboliquement dans le contexte de transition d'un pays postcommuniste.

Ces distension et compression simultanées du temps des différentes séquences de la trajectoire de la réforme soulèvent, par ailleurs, une interrogation sur le rythme du changement, notamment lors des deux dernières séquences, explorée dans la section suivante.

2. Le rythme du changement dans la réforme du système de santé bulgare : accélération du temps et « bond en avant »

Au-delà de sa dimension double, la temporalité du changement introduit dans le système de santé à la fin des années 1990 présente une autre spécificité, liée à son rythme. Ici, nous nous proposons de mettre en regard la trajectoire du changement du système de santé bulgare avec celle des systèmes de protection sociale bismarckiens ouest-européens. Ainsi, nous démontrerons l'existence d'un autre phénomène temporel inhérent à la réforme bulgare qui agit sur son rythme en l'accélérant. Pour ce faire, nous nous intéresserons d'abord à l'analyse globale de ces deux trajectoires distinctes, pour comparer ensuite leur temporalité.

2.1. Les trajectoires de changement des États-providence ouest-européens et bulgare : les apports d'une analyse comparative

Un nombre important de chercheurs s'est penché sur l'analyse de la transformation séquentielle des États-providence ouest-européens⁵⁰. Ils s'accordent sur le fait qu'après une phase d'expansion, les États-providence ont dû faire face à un certain nombre de défis et s'adapter au nouveau contexte, d'abord à la marge, ensuite en profondeur. La période d'« Âge d'or » des États-providence ouest-européens se situe entre 1945 et 1975 et se caractérise par la croissance continue des systèmes de protection sociale rendue possible grâce au plein emploi masculin, à l'industrialisation et au rôle interventionniste de l'État⁵¹. Elle apparaît comme une séquence pilier, un temps fort du développement des États-providence ouest-européens, qui influence pendant longtemps leur future trajectoire. Au début des années 1970, les États-providence ouest-européens bismarckiens entament un processus de transformation se déployant sur quatre séquences, qui affecte notamment leurs systèmes de santé⁵². Les mesures entreprises pendant la première séquence, dont le début correspond à l'avènement de la crise économique des années 1970, vont dans le sens d'une augmentation des dépenses sociales et de santé compensée par une augmentation des cotisations sociales.

⁵⁰ Voir par exemple : Bruno Palier, « The Long Conservative Corporatist Road to Welfare Reforms », dans Bruno Palier (dir.), *A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2010; Bruno Palier, « Turning Vice into Vice. How Bismarckian Welfare States have gone from Unsustainability to Dualization », dans Giuliano Bonoli et David Natali (dir.), *The Politics of the New Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, 2012; Bruno Palier et Claude Martin (dir.), *Reforming the Bismarckian Welfare Systems*, Malden (MA), Blackwell Publishing, 2008, p. 1-20.

⁵¹ Bruno Palier, « Ordering Change: Understanding the “Bismarckian” Welfare Reform Trajectory », *op. cit.*

⁵² Patrick Hassenteufel et Bruno Palier, « Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems », dans Bruno Palier et Claude Martin (dir.), *Reforming the Bismarckian Welfare Systems*, Malden (MA), Blackwell Publishing, 2008, p. 40-61.

La mise en parallèle de cette trajectoire avec celle de l'État-providence bulgare nous mène à un premier constat, celui de l'absence dans la trajectoire de l'État-providence bulgare d'un temps fort équivalent à la séquence d'« Âge d'or » des États-providence ouest-européens. Comme le note Standing⁵³, il n'y a jamais eu d'« Âge d'or » de la politique sociale soviétique même s'il est incontestable que pendant la période de croissance de l'économie, l'État-providence fournit un large éventail de services sociaux. Il en découle un deuxième constat, étroitement lié au premier – l'absence en Bulgarie de l'avènement d'un compromis social lié au capitalisme industriel. Le développement des capacités sociales, c'est-à-dire des ressources matérielles, technologiques, organisationnelles et idéationnelles disponibles à un moment donné, dans un temps donné, est essentiel pour le développement des processus séquentiels dépendants des héritages du passé. Or, cette question est trop souvent ignorée dans les analyses synchroniques⁵⁴. Elle est étroitement liée au caractère fondamentalement différent des structures de gouvernement des pays occidentaux et des pays de l'ancien bloc communiste dont parlent Campbell et Pedersen⁵⁵ et des apprentissages institutionnels et relationnels, de la reconnaissance des droits sociaux, des libertés collectives, autrement dit de toute une série de régulations qui deviennent pendant cette période d'« Âge d'or » une partie intégrante de l'État social ouest-européen.

Un autre constat concerne le niveau de financement des dépenses sociales et du secteur de la santé à l'Ouest et en Bulgarie. La séquence d'« Âge d'or » des États-providence ouest-européens permet la mise en place de politiques sociales basées sur des dépenses généreuses et donc le développement d'un système de

⁵³ Guy Standing, « Social Protection in Central and Eastern Europe: A Tale of Slipping Anchors and Torn Safety Nets », dans Gøsta Esping-Andersen (dir.), *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*, London, Sage, 1996, p. 225-253.

⁵⁴ Paul Pierson, *op. cit.*

⁵⁵ John L. Campbell et Ove Kaj Pedersen, « The Evolutionary Nature of Revolutionary Change in Postcommunist Europe », dans John L. Campbell et Ove Kaj Pedersen (dir.), *Legacies of Change. Transformations of Postcommunist European Economies*, New York, Aldine De Gruyter, 1996, p. 207-249.

protection étendu qui génère des effets positifs sur l'état général de santé de la population. En ce sens, la trajectoire des États-providence ouest-européens prend un autre cap dans les années 1990 puisque la protection sociale recule à la fois en termes de couverture et de générosité. Les dépenses sociales sont revues à la baisse afin de sauver le système. Dans le milieu des années 1990, les systèmes de protection sociale de type assurantiel commencent à être perçus comme aggravant les difficultés économiques, politiques et sociales des États bismarckiens ou même comme étant à leur origine⁵⁶. L'objectif désormais est celui de la refonte du système, en modifiant à la fois ses mécanismes de financement (plus d'impôts et moins de cotisations) et son mode de gouvernance. Dans le domaine de la santé, les mesures visent aussi à contenir les dépenses de santé et le déficit des fonds d'assurance maladie dès le milieu des années 1980. Néanmoins, ces politiques de restrictions budgétaires dans les pays ouest-européens s'appuient sur toute une série d'acquis sociaux (et politiques) dont l'existence même permet ces restrictions. Si le sens du changement est celui du recul de la protection sociale, ce recul est rendu possible grâce à la générosité des politiques sociales de la période d'« Âge d'or ». Au milieu des années 1980 en Bulgarie le niveau des dépenses de santé diminue aussi, mais de façon beaucoup plus rapide et substantielle comme conséquence du fonctionnement de l'économie planifiée. Même si ces restrictions ne sont jamais officiellement annoncées, leurs effets ne tardent pas à se faire sentir sur l'état de santé de la population qui commence à se dégrader. Les trois crises économiques majeures de la période de la transition démocratique renforcent la tendance à la baisse du niveau du financement du secteur de la santé⁵⁷. Ainsi, la réforme introduite en Bulgarie à la fin des années 1990

⁵⁶ Bruno Palier, « La politique de réformes dans les États providence bismarckiens », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° janvier-mars, 2006, p. 51-80, et Bruno Palier et Claude Martin, « From “a Frozen Landscape” to Structural Reforms: The Sequential Transformation of Bismarckian Welfare Systems », *op. cit.*

⁵⁷ Antoniya Dimova *et al.*, *op.cit.*

est fondée sur un système d'État-providence structurellement large, mais chroniquement sous-financé⁵⁸.

Enfin, le dernier constat concerne la légitimité des institutions de l'État-providence à l'Ouest et en Bulgarie. À l'ouest de l'Europe, celle-ci a toujours été reconnue⁵⁹ et c'est même à cause de la légitimité dont bénéficient ces institutions qu'il a été difficile d'apporter des réponses rapides lors des premières difficultés rencontrées par ces régimes. En Bulgarie, même si la population est attachée au sentiment de sécurité que lui procure l'accès gratuit aux services de santé et le caractère universel de l'idéologie communiste, l'institution étatique n'a jamais bénéficié de cette même légitimité. L'État avait un contrôle total sur l'administration du social et du sanitaire, et son intervention était associée, surtout de la part de la profession médicale, à celle du parti communiste.

Ces différents constats nous mènent à souligner l'existence de plusieurs décalages entre les trajectoires ouest- et est-européennes, non seulement en termes de contenu des réformes ou de direction des changements introduits, mais aussi en ce qui concerne les temps dominants de ces trajectoires. Ces différences ont des effets sur le type de régulations régissant la société et sur les rapports entre l'État, les partenaires sociaux et la profession médicale. Ces décalages se voient encore accentués pendant les années 1990. À cette époque, les deux trajectoires se croisent car les réformes introduites en Bulgarie s'inspirent directement de celles menées au même moment dans les pays ouest-européennes. Un phénomène d'accélération du changement, déjà à l'œuvre au moment de la chute du régime communiste, est ainsi induit.

⁵⁸ Dimitri A. Sotiropoulos, Ileana Neamtu et Maya Stoyanova, « The Trajectory of Post-Communist Welfare State Development: The Cases of Bulgaria and Romania », *Social Policy and Administration*, vol. 37, n° 6, 2003, p. 656-673.

⁵⁹ Et ce malgré la persistance d'inégalités et d'injustices analysées par les sociologues de la mouvance critique des années 1960 et 1970 (Robert Castel, « Penser le changement : le parcours des années 1960-2010 », *op. cit.*).

2.2. Accélération du changement sous l'effet de l'importation d'idées inspirées des réformes ouest-européennes

Au moment de l'effondrement du bloc communiste, les pays de l'Europe de l'Est ont été mis face à un défi majeur. Ils devaient répondre aux exigences d'une « accélération de l'histoire⁶⁰ », avec une injonction au changement touchant au moins deux aspects : le passage à la démocratie et l'adoption d'une économie de marché. La variable de l'accélération du changement a également été intégrée dans les travaux sur les politiques sociales sectorielles dans une perspective comparative. La théorisation de Lendvai en termes de « *quantum leap* », que nous traduisons ici par « bond en avant⁶¹ », est issue de l'étude du processus d'intégration des PECO dans l'Union européenne. L'auteure explore les différentes tensions et contradictions, notamment temporelles, dans plusieurs domaines des politiques sociales : les droits sociaux, la citoyenneté, le niveau des dépenses sociales, les relations entre travail et capital, l'éducation, l'exclusion sociale et la pauvreté, les politiques d'emploi et de genre. Elle rend compte de l'accélération des changements depuis l'introduction de réformes inspirées des modèles d'États-providence ouest-européens. Selon l'auteure, la nature des enjeux de la transformation des États-providence à l'ouest et à l'est de l'Europe est différente notamment parce qu'ils ont suivi des trajectoires socio-historiques, mais aussi idéologiques, différentes. La notion de « bond en avant » permet ainsi de spécifier l'origine des tensions qui accompagnent la transformation des systèmes de protection sociale dans les PECO.

À l'ouest de l'Europe, les enjeux sont largement déterminés par le passage de l'étape fordiste, basée sur le plein emploi, l'industrialisation, la consommation de masse et le rôle interventionniste de l'État, à celle postfordiste où, à la fin des années

⁶⁰ Nadège Ragaru, « Démocratisation et démocraties est-européennes : le miroir brisé », *Revue internationale et stratégique*, vol. 1, n° 41, 2001, p. 143-155.

⁶¹ Noemi Lendvai, « EU Integration and the Transformation of Post-communist Welfare: Traversing a "Quantum Leap"? », *Social Policy and Administration*, vol. 42, n° 5, 2008, p. 504-523.

1990, l'État-providence subit des transformations pour faire face aux nombreux défis postindustriels. Les réformes ainsi menées permettent dès le début des années 2000 l'introduction de nouveaux changements visant le rétrécissement, la dualisation et la modernisation de l'État-providence, en amorçant la transformation structurelle des systèmes bismarckiens⁶².

Au même moment, les États-providence de l'est de l'Europe doivent faire face à des défis liés au passage de l'étape communiste et postcommuniste à l'étape postindustrielle. Les enjeux de l'étape postindustrielle à l'est de l'Europe sont de nature très similaire aux enjeux de l'étape postfordiste ouest-européenne. Mais la transposition de solutions expérimentées à l'Ouest dans le contexte des pays de l'est de l'Europe correspond bien à un « bond en avant » du fait que les États-providence est-européens n'ont jamais connu la période fordiste. L'émergence d'un État-providence de type postindustriel à l'Est n'est donc pas le résultat d'une crise organique interne de l'État-providence fordiste, mais de l'importation de solutions correspondant à celles adoptées par les États-providence ouest-européens.

Transposée au secteur de la santé, cette analyse permet de saisir la nature différente des enjeux auxquels doivent faire face les réformes menées à la fin des années 1990 à l'ouest et à l'est de l'Europe. Lorsqu'en Bulgarie on introduit un système d'assurance maladie à la fin des années 1990, le modèle assurantiel occidental est déjà en crise depuis trois décennies, à la recherche de solutions pour faire face à ses problèmes. Ceci mène à la restructuration des systèmes d'assurance maladie occidentaux, à la privatisation de la couverture santé et à l'imposition de limites au financement du système par les cotisations sociales⁶³. Ces changements introduisent de nouveaux principes comme l'universalisation de la couverture médicale de la population, le financement des dépenses de santé à travers l'impôt, ou encore le développement

⁶² Bruno Palier, « Turning Vice into Vice. How Bismarckian Welfare States Have Gone from Unsustainability to Dualization », *op. cit.*

⁶³ Patrick Hassenteufel et Bruno Palier, « Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems », *op. cit.*

d'instruments issus du Nouveau Management Public, notamment la managérialisation du secteur de la santé, la création de nouvelles agences étatiques et la modification de la structure de gouvernance des fonds de santé. Depuis les années 2000, un nouveau modèle de gouvernance, qui correspond au modèle d'administration d'État⁶⁴, est introduit à l'Ouest, ce qui mène à l'hybridation des systèmes bismarckiens ouest-européens et détermine les principales caractéristiques d'un nouvel État de santé régulateur⁶⁵ qualifié de néo-bismarckien.

En Bulgarie, la question qui se pose avec force dans l'espace politique de la santé au début des années 2000 est celle de la consolidation du modèle assurantiel tout juste instauré, à travers notamment un niveau de financement suffisant et pérenne. Alors que celui-ci reste bas pendant les années 2000, la direction des réajustements introduits à partir de 2001 va dans le sens de plus d'efficacité pour pallier au manque de ressources. Le rôle de l'État dans la gouvernance de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie est renforcé, laissant transparaître des traits du modèle d'État régulateur qui apparaît au même moment à l'Ouest. Dès lors, la mise en place du nouveau modèle assurantiel, mais aussi des nouvelles pratiques néo-managériales, tout comme les apprentissages sociaux qui y sont associés, se déploient dans un temps beaucoup plus réduit qu'à l'Ouest. Si les États traditionnels bismarckiens ont disposé de plus d'un siècle pour mettre en place le type de régulation associée aux régimes assurantiels et n'ont introduit des principes de gouvernance néo-managériale que depuis deux décennies, en Bulgarie ces mêmes processus ont eu lieu sur une temporalité beaucoup plus réduite, durant ces quinze dernières années. L'idée d'accélération du changement prend alors tout son sens, notamment si on considère le fait que la trajectoire du système de santé bulgare est marquée par un autre temps dominant fort, celui de la période communiste. L'absence

⁶⁴ Patrick Hassenteufel et Bruno Palier, « Les trompe-l'œil de la "gouvernance" de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, n° 113, 2005, p. 13-27.

⁶⁵ Patrick Hassenteufel, « New Policy Elites and the Growth of the Regulatory Health Care State in Europe », *ECPR Joint Sessions*, 2007.

de bases solides et ancrées dans l'histoire institutionnelle du pays agit de façon directe sur la capacité d'adaptation des acteurs nationaux et sur leur capacité d'appréhension des conflits. Or, les ressources disponibles au moment où un problème ou un conflit émergent déterminent le répertoire des réponses possibles. Les réponses formulées génèrent à leur tour des dynamiques d'auto-renforcement qui peuvent influencer le politique sur le long terme⁶⁶.

Le temps de la réforme du système de santé bulgare est non seulement double, mais il apparaît aussi accéléré dû, d'une part, au non-avènement de la séquence d'« Âge d'or » et, d'autre part, au rythme du changement dans sa dernière séquence qui découle de cette absence. C'est précisément cette question de la temporalité, combinée aux effets spécifiques de contexte, qui apparaissent centraux pour la compréhension de ce qui est en jeu dans la réforme du système de santé bulgare. Enfin, considérant l'hypothèse formulée en introduction selon laquelle la crise que traverse le système de santé n'est intelligible qu'à la lumière de ses temps multiples, il convient de s'intéresser dans une dernière section à la façon dont cette temporalité double et accéléré agit sur les dynamiques d'interaction d'acteurs du champ de la santé.

3. L'hétérogénéité des temps sociaux de la réforme comme sources de tension : une analyse des dynamiques conflictuelles

L'accélération du temps est perçue en soi comme une source de tension⁶⁷. Nous montrerons ici que le caractère double et accéléré de la temporalité de la réforme du système de santé est partie intégrante des conflits qui traversent le secteur. L'analyse des effets de la temporalité du changement sur sa perception montre que la différenciation des ancrages temporels de référence des acteurs est l'un des facteurs déterminant la crise que traverse le système de santé. Si les références et les ancrages temporels des acteurs aussi bien politiques que professionnels sont en grande partie communs au moment de l'introduction de la réforme, la

⁶⁶ Paul Pierson, *op. cit.*, p. 75.

⁶⁷ Hartmut Rosa, *Accélération. Une critique sociale du temps*, *op. cit.*

multiplication des acteurs et de leurs intérêts pendant la séquence de mise en œuvre induit également une multiplication de leurs temps sociaux.

3.1. La dimension symbolique du changement : l'introduction de la réforme au prisme de ses représentations

Dans un contexte de transition démocratique fortement politisé, le choix d'un système de santé bismarckien, plutôt qu'un système national de santé de type bévéridgien⁶⁸, n'est pas politiquement neutre. Comme l'a souligné l'un des experts de la CNAM en Bulgarie :

Quand tout passe par les moulins du budget, on ne sait jamais où va l'argent. Il est plus difficile d'obtenir des ressources [pour la santé] dans le cadre d'un budget étatique, tandis que [dans un système assurantiel] ces ressources sont mises de côté et on sait qu'elles sont pour la santé des gens qui ont recours pour une raison ou pour une autre au système de santé (entretien de l'auteure, juin 2006).

Deux réflexions découlent de cette citation. La première concerne la portée idéologique et symbolique du choix pour un système assurantiel, notamment pour les acteurs politiques et professionnels qui s'y trouvent directement impliqués. Pour comprendre le non-choix d'un système de type bévéridgien, pourtant plus proche du modèle déjà en place, il est nécessaire de revenir sur la légitimité de l'État communiste dans son rôle de gestion et de financement du système de santé. Selon les principes de l'économie planifiée, le secteur de la santé n'est pas un secteur prioritaire et son financement dépend fortement de l'activité enregistrée dans les autres secteurs (considérés eux prioritaires, principalement l'industrie et l'agriculture). Son financement est fonction de l'état de l'économie et surtout des

⁶⁸ Ce modèle est à l'œuvre en Grande Bretagne, en Irlande, en Espagne ou encore dans les pays nordiques. Les systèmes de santé organisés selon ce modèle sont également appelés systèmes nationaux de santé. À la différence des systèmes assantiels, financés par les cotisations sociales, les systèmes nationaux de santé sont financés par l'impôt. Les soins de santé font donc partie du service public et l'accès y est gratuit.

décisions arbitraires du parti unique⁶⁹. Après la chute du régime communiste, le financement continue de s'effectuer par le moyen du budget et les dépenses publiques de santé diminuent de façon drastique, notamment dû à la crise économique qui a lieu pendant la même période⁷⁰. Influencée par la philosophie du Nouveau Management Public, la réforme de la fin des années 1990 introduit des mécanismes de marché dont l'objectif principal est de limiter le rôle de l'État dans la régulation et le financement du système de santé. Le budget de la CNAM est perçu comme « sûr » et « politiquement neutre » parce que financé par les contributions sociales, collectées et gérées indépendamment du budget central⁷¹.

L'introduction d'un système bismarckien et d'un type de financement assurantiel correspond donc à cette problématique nationale spécifique. Elle est congruente avec les représentations symboliques à la fois des acteurs politiques qui ont introduit la réforme et de l'élite médicale qui a fortement contribué à sa conception. Les membres du gouvernement de droite adhèrent au modèle bismarckien pour son potentiel à limiter l'arbitraire de l'État dans les affaires et le financement du secteur de la santé. Ce modèle occidental est en accord avec leur identité néo-libérale. L'instauration du modèle de médecine libérale, traduite dans le discours politique comme la « privatisation » du secteur de soins primaires et secondaires, le changement du statut juridique des établissements hospitaliers, de même que l'introduction d'instruments managériaux, participent à la portée idéologique de ces choix, puisqu'ils importent des éléments du secteur privé dans une

⁶⁹ Christopher Davis, « Understanding the Legacy: Health Financing Systems in the USSR and Central and Eastern Europe prior to Transition », *op. cit.*

⁷⁰ Les dépenses totales de santé comme pourcentage du PIB passent de 5,2 % en 1990 à 3,2 % en 1996 (Ministère des finances et Ministère de la santé, Bulgarie; voir European Observatory on Health Care Systems, *Health Care Systems in Transition, Bulgaria*, European Observatory on Health Care Systems, 1999).

⁷¹ Entretien de l'auteur avec un haut fonctionnaire de l'époque de l'introduction de la réforme, qui a largement influencé son contenu à la fin des années 1990. Nous ne restituons pas directement ses paroles car il a refusé l'enregistrement de l'entretien.

administration et une organisation marquées par le centralisme et la hiérarchie.

Quant à l'élite médicale, ses membres se reconnaissent dans la volonté du gouvernement de droite de limiter la capacité d'ingérence de l'État dans les affaires et les régulations professionnelles. Pendant l'époque communiste, la profession médicale était considérée comme politiquement inerte⁷² du fait de la perte de son pouvoir politique dû à l'absence d'une organisation indépendante pour défendre ses intérêts. Après la chute du régime, l'enjeu change de nature pour ses membres. La nécessité de l'introduction d'une telle réforme radicale est largement acceptée car elle est liée à l'attente et à la promesse implicite que les médecins bulgares allaient regagner non seulement les attributs politiques et sociaux traditionnellement accordés à la profession médicale occidentale, mais aussi son prestige économique :

Les médecins attendaient de l'argent. La réforme avait été faite à cause des bas salaires, c'était la seule raison sensée et importante encore aujourd'hui pour une grande partie des collègues, pour laquelle ils ont accepté qu'il faille réformer le système. Pour la plupart, ça s'arrête là (entretien de l'auteure avec un médecin généraliste, mars 2009).

La deuxième réflexion concerne l'omniprésence de la référence temporelle au passé communiste comme une époque dont il faut à tout prix s'éloigner. C'est un enjeu pour le gouvernement de droite que de montrer sa capacité d'incarner le changement dans une période de transition démocratique marquée par l'immobilisme, l'inertie et, au final, représentant la continuité avec la période communiste⁷³. Mais c'est également un enjeu pour l'élite représentant la profession médicale de se positionner comme l'héritière de la tradition bismarckienne amorcée en Bulgarie au début du XX^e siècle. Ainsi, lorsque l'Union des Médecins Bulgares est à nouveau formée dès la chute du mur de Berlin, ses dirigeants

⁷² Marc G. Field, « The Taming of a Profession: Early Phases of Soviet Socialized Medicine », *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 48, n° 1, 1972, p. 83-92; et Marc G. Field, « The Hybrid Profession: Soviet Medicine », *op.cit.*

⁷³ Nadège Ragaru, « Bulgarie. 1989 au prisme de 1997 : une "révolution" en palimpseste », *op. cit.*

soulignent qu'il ne s'agit que d'une « restauration » (et non pas d'une « création »), faisant référence au fait qu'elle avait été formée en 1901, puis abolie sous le régime communiste. L'instauration d'un système assurantiel est ainsi perçue non seulement comme une rupture avec l'époque du passé communiste, mais aussi comme la continuité de ce qui avait préexisté, en la réduisant à une simple parenthèse dans l'histoire de la Bulgarie :

Sur le plan historique, en regardant en arrière et en faisant le bilan sur ce qui s'est passé entre 1944 et 1989, pendant 45 ans en tout, pendant ces 45 ans le médecin bulgare était mis dans les conditions de mort clinique. Moi, en tant que réanimateur, je peux dire que la notion même de mort clinique suppose une certaine réversibilité... Pendant environ 5-6 minutes le cerveau peut continuer à approvisionner le corps en oxygène. Notre mort clinique a duré 45 ans. Pendant ce temps-là, dehors les choses continuaient à se développer (entretien de l'auteure avec un médecin praticien, mars 2009).

Le moment de l'introduction de la réforme correspond ainsi à un moment clé de la trajectoire de changement du système de santé où la temporalité politique et la temporalité professionnelle coïncident. C'est sans doute l'un des éléments contribuant à l'ouverture de la fenêtre d'opportunité permettant l'introduction de la réforme à la fin des années 1990. À ce moment, le partage d'une référence temporelle commune des acteurs politiques et professionnels se résume dans la nécessité absolue de rompre avec le passé et rattraper le retard qu'il a causé.

3.2. Les temps sociaux multiples des acteurs de la santé : des dynamiques conflictuelles lors de la mise en œuvre du changement

Entre 2001 et 2014, lors de la mise en œuvre de la réforme, quelques ajustements contribuent à modifier le sens et la direction du changement. Pendant cette période, les changements systématiques de majorité gouvernementale continuent à marquer les temps politiques. D'autres contraintes, notamment budgétaires, se voient imposées aux politiques de santé comme conséquence d'abord des négociations, puis de l'adhésion de Bulgarie à

l'Union européenne en 2007⁷⁴ et, enfin, de la crise économique de 2008. Mais surtout, cette période correspond à la différenciation des acteurs, étatiques et non étatiques, institutionnels et professionnels, de l'espace politique de la santé et, par conséquence, de la différenciation de leurs intérêts défendus. D'un côté, les acteurs institutionnels, dont la CNAM, créée par la réforme, et les acteurs politiques membres des gouvernements successifs forment un groupe partageant une vision commune du sens du changement, allant vers plus de régulation en provenance de l'État. De l'autre côté, les représentants de la profession médicale, avec en première ligne l'Union des Médecins Bulgares (UMB), institutionnalisée par la réforme, soutient une vision en faveur d'une médecine libérale non contrainte par l'ingérence de l'État et par les limitations budgétaires. Cette différenciation concerne non seulement leurs intérêts, mais également leurs représentations du sens de la réforme et, comme nous allons le voir, les ancrages temporels de ces représentations.

En introduisant un modèle bismarckien en Bulgarie, tous les acteurs s'exposent aux débats liés aux réformes introduites dans les États-providence continentaux depuis la fin des années 1990 et pendant les années 2000, c'est-à-dire à l'introduction d'un État de santé régulateur. Un exemple concret de l'application de ce modèle régulateur est la France où le contrôle de l'État sur le système d'assurance maladie est renforcé, marquant ainsi son « étatisation⁷⁵ ». L'État peut désormais remplacer les partenaires sociaux dans le processus de négociation collective entre les caisses et les organisations des médecins dans le secteur ambulatoire. Les réformes successives augmentent son poids dans la régulation budgétaire du système et dans sa gouvernance.

⁷⁴ Alis Sopadzhian, « Processus de légitimation et de délégitimation de la réforme du système de santé bulgare : le(s) sens et effets des instruments et modèles introduits. », Communication présentée au *Congrès de l'Association Belge de Science Politique*, 10-11 Avril 2014, Liège, 2014.

⁷⁵ En Allemagne et au Pays-Bas, c'est la concurrence entre fonds de santé qui est favorisée, ce qui contribue également à leur affaiblissement dans la gouvernance du système (Patrick Hassenteufel et Bruno Palier, « Les trompe-l'oeil de la "gouvernance" de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *op. cit.*).

Lorsqu'en Bulgarie, les différentes vagues de réformes modifient, dans un premier temps la composition du Conseil d'Administration de la CNAM en diminuant le poids des partenaires sociaux en son sein, puis le mode de désignation de son directeur, pour, enfin, changer entièrement la structure des organes de direction de l'institution, les acteurs politiques et institutionnels justifient ces changements en évoquant les réformes menées au même moment dans les pays ouest-européens.

On dirait qu'[à l'ouest], ils sont de plus en plus en train de s'orienter vers les budgets, surtout dans les hôpitaux, où les dépenses sont les plus grandes et les services sont les plus chers. Tout simplement pour savoir qu'un tel hôpital dispose d'un plafond, il n'a pas le droit de consommer plus que ce plafond. Dans le cas contraire, on ne peut pas maîtriser le système, surtout dans des pays pauvres comme la Bulgarie, parce que c'est trop cher. C'est pour ça que l'an dernier nous avons introduit ces limites dans les hôpitaux. [...] C'est ce qui est juste (entretien de l'auteure avec la directrice de la CNAM, mars 2009).

Le discours de légitimation des acteurs institutionnels et étatique en faveur des changements introduits peut ainsi être situé dans le cadre temporel des dernières séquences des trajectoires des États-providence ouest-européens. Néanmoins, ce discours n'atteint pas les acteurs professionnels dont le temps de référence reste inchangé depuis l'introduction de la réforme, ancré à l'Ouest, mais au moment de la période d'« Âge d'or » des États-providence bismarckiens, lorsque le pouvoir de la profession médicale est au plus fort. De même, la réforme fait sens pour eux uniquement dans sa capacité d'incarner le recul de l'État dans la gestion et la gouvernance du système. Or, les mesures les plus récentes vont dans le sens contraire et sont interprétées comme un retour vers le passé. Une partie des mesures visant à renforcer le contrôle de l'État est entreprise au moment où la coalition tripartite, dans laquelle le parti principal est le Parti socialiste bulgare, héritier du Parti communiste bulgare, est au gouvernement. En ce sens, ces nouvelles mesures représentent sur le plan symbolique pour les acteurs professionnels une rupture avec une tradition – libérale et démocratique – qui avait justifié la réforme et le retour, au contraire, de façons de faire et d'une interprétation

du social caractéristiques du passé communiste. Ceci est repris ouvertement dans le discours des acteurs interrogés dans le cadre de notre enquête dénonçant la « politisation » du système de santé en délégitimant toutes les actions entreprises soit par la CNAM, soit par les membres du gouvernement :

Des socialistes il y en a partout dans toutes les sphères. C'est de cette façon-là que la Caisse Nationale de santé [...] a été nationalisée, elle a été transformée en une tirelire gouvernementale du parti (*правителствено-партийна касичка*) et c'est pour ça aussi que depuis déjà deux mandats, le président du CA c'est le vice-ministre de la Santé. C'est-à-dire que le PSB [le Parti Socialiste Bulgare] dirige le système de santé et respectivement la caisse de santé (Commission parlementaire de santé, Groupe parlementaire Forces Démocratiques Unies, FDU⁷⁶, mars 2009).

Le passé communiste reste un temps fort dans les ancrages temporels des acteurs professionnels et des membres de l'opposition de droite. Cette référence temporelle omniprésente joue un rôle de filtre pour interpréter les dynamiques sociales complexes de la mise en œuvre de la réforme. Ceci transparait dans le discours sur l'arrêt de la réforme en 2001 tenu par les acteurs professionnels, aussi bien par l'Union des Médecins Bulgares que par les membres de la profession médicale interrogés. Ce discours consiste à dire que la réforme introduite à la fin des années 1990 n'a pas été menée à bout et parfois même à affirmer qu'elle n'a jamais eu lieu. Il traduit l'énorme écart entre les attentes du changement de la part des membres de la profession médicale et le sens qu'il prend lors de sa mise en œuvre. C'est bien cette référence temporelle omniprésente au passé communiste qui est l'une des raisons de l'interruption en 2006 des négociations annuelles autour de la procédure de signature du Contrat cadre national (CCN) fixant les prix de remboursement des actes médicaux. L'interruption des négociations qui dure pendant quatre ans plonge ainsi le système dans une crise profonde. Mais le système ne s'arrête pas de fonctionner pour autant. Des

⁷⁶ L'un des membres fondateurs de cette coalition politique et groupe parlementaire est l'UFD qui a gagné les élections en 1997 et qui est à l'origine de la réforme du système de santé à la fin des années 1990.

amendements législatifs permettent au Conseil d'Administration de la CNAM de réactualiser le CCN, et donc d'écarter l'UMB de la régulation financière du système.

En définitive, même si les temps sociaux des deux acteurs se situent dans le même espace géographique et sur la même trajectoire de changement, celle des États-bismarckiens ouest-européens, leur ancrage temporel diffère considérablement. Pour les acteurs étatiques et institutionnels, c'est la dernière séquence de ces trajectoires qui sert de référence. Pour les membres de la profession médicale, il s'agit plutôt de la période d'« Âge d'or », mais qui se voit régulièrement supplantée par la référence à la période communiste. Ceci nous amène à conclure sur l'entrelacement des temps sociaux des différents acteurs, mais aussi sur l'imposition de la temporalité politique et institutionnelle pour la première fois depuis l'introduction de la réforme. L'insuffisance des ressources financières, souvent mise en avant comme étant à l'origine des problèmes du système de santé, apparaît ainsi comme la partie visible de l'iceberg. Conformément à l'hypothèse formulée en introduction, le discours sur la crise qui domine le secteur, même s'il n'est pas repris uniquement par les acteurs professionnels et non étatiques, peut, à notre sens, être plus facilement déconstruit en tenant compte des décalages des ancrages temporels et des relations et enjeux de pouvoir entre acteurs qui entretiennent un rapport spécifique au temps.

Conclusion

Il s'est agi, dans cet article, d'explorer la dimension temporelle du processus de transformation du système de santé bulgare afin d'élucider notre compréhension de cette dynamique sociale complexe à l'aide des outils de la sociologie de l'action publique et de notions forgées dans la tradition de la sociologie historique. Ce faisant, nous avons formulé une nouvelle façon d'appréhender les processus fortement conflictuels inhérents au système de santé bulgare aujourd'hui, inexplorée jusqu'à présent dans la littérature concernant ce secteur spécifique. En dépassant la dichotomie classique entre le temps long et le temps court, entre le changement

incrémental et le changement radical, comme le suggèrent les travaux les plus récents sur la structuration progressive du changement, nous avons montré le caractère fortement ancré dans le temps long du changement radical et paradigmatique que constitue la réforme du système de santé introduite à la fin des années 1990. En révélant le rythme accéléré du changement en Bulgarie, nous avons mis en évidence l'existence de plusieurs décalages produisant à leur tour des effets différenciés sur la façon dont les acteurs de la santé appréhendent le propre temps social qui leur sert de référence pour la réalité qui les entoure. Les ambiguïtés quant aux objectifs et au sens des mesures introduites ainsi générées contribuent à attiser les tensions qui traversent le système. L'imposition de la temporalité politique et institutionnelle à celle des représentants de la profession médicale transforme ces tensions en un véritable conflit opposant les principaux acteurs du champ politique de la santé. Le rythme du changement associé aux temps sociaux multiples apparaissent ainsi comme une dimension explicative pour l'appréhension des processus politiques, professionnels et sociaux engendrés par l'introduction de la réforme. Ceci vient confirmer l'idée selon laquelle la crise que traverse le système de santé bulgare n'est intelligible qu'à la lumière des temps multiples du changement qui a été introduit avec cette réforme. Au-delà des discours de légitimation d'un grand nombre d'acteurs nationaux impliqués dans l'espace politique de la santé empruntant à des temps différents de la trajectoire des systèmes de protection sociale ouest-européenne, un autre temps reste plus que présent dans le discours de délégitimation du changement, celui de l'époque communiste.

Néanmoins, la confrontation de ces différentes temporalités et l'injonction à la gestion de ces conflits contribue à son tour à la mise en place de dynamiques d'apprentissages des nouvelles règles régissant les rapports entre les acteurs du système de santé. Après quatre ans de mise à l'écart, l'Union des Médecins Bulgares met en place des stratégies pour réintégrer le jeu collectif⁷⁷ basées

⁷⁷ Notamment l'élection d'un nouveau président dont l'essentiel du projet vise la reconquête de la légitimité interne (auprès de ses membres) et externe

sur des instruments de régulation introduits par la réforme, notamment les parcours cliniques et les standards médicaux⁷⁸. En ce sens, le conflit ou la crise qui traversent le système n'empêchent pas la mise en place d'une nouvelle régulation et donc du changement, comme l'analysent les acteurs de l'espace politique de la santé en Bulgarie. Au contraire, ils constituent une dimension inhérente de ce changement, une de ses modalités de mise en œuvre, mais aussi la condition nécessaire à son acceptation et à sa réappropriation.

Bibliographie

- Aminzade, Ronald, « Historical Sociology and Time », *Sociological Methods and Research*, vol. 20, n° 4, 1992, p. 456-480.
- Apostolov, Miladin, *История на медицината [Histoire de la médecine]*, Sofia, Meditsina i fizkultura, 1992.
- Apostolov, Miladin, *Исторически, социални и етични измерения на медицината [Les dimensions historiques, sociales et éthiques de la médecine]*, Sofia, GorexPres, 2004.
- Apostolov, Miladin et Penka Ivanova, « История на общественото здравеопазване в България [Histoire de la santé publique en Bulgarie] », dans Veselin Borissov, Zlatka Glutnikova et Tsekomir Vodenicharov (dir.), *Ново обществено здравеопазване. [Une nouvelle santé publique]*, Sofia, Acvgrafics OOD, 1998, p. 9-35.
- Beaud, Stéphane et Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2008.
- Campbell, John L. et Ove Kaj Pedersen, « The Evolutionary Nature of Revolutionary Change in Postcommunist Europe », dans John L. Campbell et Ove Kaj Pedersen (dir.), *Legacies of Change. Transformations*

(auprès des autres organisations professionnelles et scientifiques médicale) de l'UMB.

⁷⁸ Alis Sopadzhian, « Processus de légitimation et de délégitimation de la réforme du système de santé bulgare : le(s) sens et effets des instruments et modèles introduits. », *op. cit.*

- of Postcommunist European Economies*, New York, Aldine De Gruyter, 1996, p. 207-249.
- Cashore, Benjamin et Michael Howlett, « Punctuating Which Equilibrium? Understanding Thermostatic Policy Dynamics in Pacific Northwest Forestry », *American Journal of Political Science*, vol. 51, n° 3, 2007, p. 532-551.
- Castel, Robert, « Penser le changement : le parcours des années 1960-2010 », dans Robert Castel et Claude Martin (dir.), *Changements et pensées du changement. Échanges avec Robert Castel*, Paris, La Découverte, 2012, p. 23-41.
- Cerami, Alfio, « The Politics of Social Security Reforms in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia », dans Bruno Palier (dir.), *A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2010, p. 233-253.
- Commaille, Jacques, Vincent Simoulin et Jens Thoemmes, « Les temps de l'action publique entre accélération et hétérogénéité », *Temporalités*, n° 19, 2014, [en ligne] <http://temporalites.revues.org/2818>, consulté le 12 novembre 2014.
- Davis, Christopher, « Morbidité, mortalité et réformes du système de santé dans les États en transition de l'ex-U.R.S.S. et de l'Europe de l'Est », *Revue d'études comparatives est-ouest*, vol. 29, n° 3, 1998, p. 133-185.
- Davis, Christopher, « Understanding the Legacy: Health Financing Systems in the USSR and Central and Eastern Europe prior to Transition », dans Joseph Kutzin, Cheryl Cashin et Melitta Jakab (dir.), *Implementing Health Financing Reform Lessons from countries in transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, EOHSP-WHO, 2010, p. 25-63.
- Dimova, Antoniya *et al.*, « Health Reform in Bulgaria », dans William Bartlett, Jadranka Bozikov et Bernd Rechel (dir.), *Health Reforms in South-East Europe*, Londres, Palgrave Macmillan, 2012, p. 49-63.
- European Observatory on Health Care Systems, *Health Care Systems in Transition, Bulgaria*, European Observatory on Health Care Systems, 1999.
- Field, Marc G., « The Taming of a Profession: Early Phases of Soviet Socialized Medicine », *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 48, n° 1, 1972, p. 83-92.
- Field, Marc G., « The Hybrid Profession: Soviet Medicine », dans Anthony Jones (dir.), *Professions and the State: Expertise and Autonomy in the Soviet Union*, Philadelphie, Temple University Press, 1991, p. 43-62.

- Firdion, Jean-Marie, « Construire un échantillon », dans Serge Paugam (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2010, p. 71-92.
- Georgieva, Lidia *et al.*, *Bulgaria. Health system review*, Copenhague, European Observatory on Health Systems and Policies, EOHSP - WHO, 2007.
- Golemanova, Jana, « Развитие на здравната политика в България [Le développement de la politique de santé en Bulgarie] », dans Miroslav Popov (dir.), *Здравната реформа в България [La réforme du système de santé en Bulgarie]*, Makedonia Pres, 1997, p. 62-82.
- Hall, Peter, « Policy Paradigms, Social Learning and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain », *Comparative Politics*, vol. 25, n° 3, 1993, p. 275-296.
- Hassenteufel, Patrick, « New Policy Elites and the Growth of the Regulatory Health Care State in Europe », *ECPR Joint Sessions*, 2007.
- Hassenteufel, Patrick, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2011 [2008].
- Hassenteufel, Patrick et Bruno Palier, « Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems », dans Bruno Palier et Claude Martin (dir.), *Reforming the Bismarckian Welfare Systems*, Malden (MA), Blackwell Publishing, 2008, p. 40-61.
- Hassenteufel, Patrick et Bruno Palier, « Les trompe-l'oeil de la "gouvernance" de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, n° 113, 2005, p. 13-27.
- Hinkov, Hristo, « La catastrophe dans le système de santé n'est pas finie » [*Катастрофата в здравеопазването не е отменена*], *Dnevnik*, le 24 juin 2009, [en ligne], http://www.dnevnik.bg/analizi/2009/06/24/743320_katastrofata_v_zdraveopazvaneto_ne_e_otmenena/, dernière consultation le 16 janvier 2012.
- Hoeffler, Catherine, Clémence Ledoux et Pauline Prat, « Temporalité et changement de politiques publiques », dans Bruno Palier *et al.* (dir.), *Quand les politiques changent. Temporalités et niveaux de l'action publique*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 53-78.
- Kalinova, Evguenia et Iskra Baeva, *La Bulgarie contemporaine entre l'Est et l'Ouest*, L'Harmattan, 2001.
- Kingdon, John W., *Agendas, Alternatives and Public Policy*, New York, Harper-Collins, 1984.
- Kostadinova, Todorka, George Manliev et Nevyana Feschieva, « Health reforms in Bulgaria », dans James W. Björkman et Juraj Nemeč (dir.),

Health Reforms in Central and Eastern Europe. Options, Obstacles, Limited Outcomes, The Hague, Eleven international publishing, 2013, p. 49-68.

- Lendvai, Noemi, « EU Integration and the Transformation of Post-communist Welfare: Traversing a “Quantum Leap”? », *Social Policy and Administration*, vol. 42, n° 5, 2008, p. 504-523.
- Mahoney, James, *The Legacies of Liberalism: Path Dependence and Political Regimes in Central America*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2001.
- Minev, Duchomir, Bogdana Dermendjieva et Natasha Mileva, « The Bulgarian Country Profile: The Dynamics of some Inequalities in Health », *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 8, 1990, p. 837-846.
- Mohanu, Adrian, *Les politiques de handicap entre européanisation et influence internationale : comparaison France-Roumanie*, thèse de doctorat, Rennes, Université de Rennes 1, École des Hautes Etudes en Santé Publique, 2011.
- Palier, Bruno, « The Long Conservative Corporatist Road to Welfare Reforms », dans Bruno Palier (dir.), *A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2010.
- Palier, Bruno, « Ordering Change: Understanding the “Bismarckian” Welfare Reform Trajectory », dans Bruno Palier (dir.), *A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2010.
- Palier, Bruno, « La politique de réformes dans les États providence bismarckiens », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° janvier-mars, 2006, p. 51-80.
- Palier, Bruno, « Turning Vice into Vice. How Bismarckian Welfare States Have Gone from Unsustainability to Dualization », dans Giuliano Bonoli et David Natali (dir.), *The Politics of the New Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, 2012.
- Palier, Bruno et Claude Martin, « From “a Frozen Landscape” to Structural Reforms: The Sequential Transformation of Bismarckian Welfare Systems », dans Bruno Palier et Claude Martin (dir.), *Reforming the Bismarckian Welfare Systems*, Malden (MA), Blackwell Publishing, 2008, p. 1-20.
- Palier, Bruno et Claude Martin (dir.), *Reforming the Bismarckian Welfare Systems*, Malden (MA), Blackwell Publishing, 2008, p. 1-20.
- Pierson, Paul, *Politics in Time. History, Institutions, and Social Analysis*, Princeton and Oxford, Princeton University Press, 2004.

- PPC, Bruno Palier et Yves Surel, « L'explication du changement dans l'analyse des politiques publiques : identification, causes et mécanismes », dans Bruno Palier *et al.* (dir.), *Quand les politiques changent : temporalités et niveaux de l'action publique*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 11-52.
- Ragaru, Nadège, « Démocratisation et démocraties est-européennes : le miroir brisé », *Revue internationale et stratégique*, vol. 1, n° 41, 2001, p. 143-155.
- Ragaru, Nadège, « Bulgarie. 1989 au prisme de 1997: une "révolution" en palimpseste », dans Jérôme Heurtaux et Cédric Pellen (dir.), *1989 à l'Est de l'Europe. Une mémoire controversée*, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube, 2009, p. 172-202.
- Reynaud, Jean-Daniel, *Le conflit, la négociation et la règle*, Toulouse, Octarès, 1995.
- Rosa, Hartmut, *Accélération. Une critique sociale du temps*, Paris, La Découverte, 2010.
- Rosa, Hartmut, *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*, Paris, La Découverte, 2012.
- Sokolov, David K., Jo E. Asvall et Herbert Zöllner, *The Gabrovo Health Services Model in the People's Republic of Bulgaria. Report on a study*, Copenhague, Regional Office for Europe, World Health Organization, 1980.
- Sopadzhian, Alis, *La transformation du système de santé bulgare : la profession médicale comme acteur du changement*, thèse de doctorat en Science Politique, Université Rennes 1 et Science Po Rennes, 2012.
- Sopadzhian, Alis, « Processus de légitimation et de délégitimation de la réforme du système de santé bulgare : le(s) sens et effets des instruments et modèles introduits », Communication présentée au *Congrès de l'Association Belge de Science Politique*, 10-11 Avril 2014, Liège, 2014.
- Sotiropoulos, Dimitri A., Ileana Neamtu et Maya Stoyanova, « The Trajectory of Post-Communist Welfare State Development: The Cases of Bulgaria and Romania », *Social Policy and Administration*, vol. 37, n° 6, 2003, p. 656-673.
- Standing, Guy, « Social Protection in Central and Eastern Europe: A Tale of Slipping Anchors and Torn Safety Nets », dans Gøsta Esping-Andersen (dir.), *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*, London, Sage, 1996, p. 225-253.
- Szikra, Dorottya, « The Thorny Path to Implementation: Bismarckian Social Insurance in Hungary in the Late 19th Century », *European Journal of Social Security*, vol. 6, n° 3, 2004, p. 255-272.
- Tabboni, Simonetta, *Les temps sociaux*, Paris, Armand Colin, 2006.