

# New Public Management : l'hôpital à l'épreuve de la RGPP

Frédéric Pierru (CNRS-IRISSO-Paris Dauphine)

Les professionnels de la politique, *a fortiori* lorsqu'ils occupent des positions ministérielles, ont logiquement tendance à insister sur la rupture induite par leurs actions, symboliques ou réelles. Exister dans le champ politique, c'est d'abord être différent, c'est se distinguer des concurrents, qu'ils soient dans le camp adverse ou chez vos propres amis politiques, tout en célébrant, en chœur avec vos concurrents cette fois-ci, la capacité du politique à « changer la vie » des citoyens ordinaires, à avoir prise sur le monde réel pour le transformer. En un mot, le discours politique est un récit spécifique dont les acteurs politiques doivent respecter les invariants (1), tout en se l'appropriant pour affirmer leur singularité et leur volontarisme dans l'espace politique (2). Il n'est pas possible de le prendre au pied de la lettre pour en faire le point de départ d'une analyse rigoureuse de l'action publique tant il est formaté par les contraintes propres de son univers de production (le champ politique).

Ainsi, en va-t-il de la désormais fameuse loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire », votée à l'été 2009, et dont l'intitulé à rallonge (et passablement emphatique au regard de ses objectifs réels) a laissé la place au patronyme de l'actuelle ministre de la Santé pour devenir la « loi Bachelot ». Comme toujours en matière de « réforme » - singulièrement dans le secteur de la santé qui en vu (plein) d'autres -, celle-ci serait la « bonne », la « décisive » tant la « rupture » avec les « errements » passés serait consommée. On se rappelle les propos du ministre de la Santé Douste-Blazy affirmant péremptoirement qu'après « sa » réforme de l'assurance maladie, le « trou de la Sécu » ne serait plus qu'un mauvais souvenir... En l'espèce, la « loi Bachelot » est-elle réellement la loi de la ministre Roselyne Bachelot et, de surcroît, constitue-t-elle le tournant qu'elle prétend être dans la conduite de l'action publique ?

Pour qui connaît un peu l'histoire de la politique de santé, la lecture du texte de loi suscite surtout un sentiment troublant de continuité. Sa principale innovation, les Agences Régionales de Santé (ARS), avait déjà été pensée, dans une version bien plus ambitieuse, dans le rapport fameux d'une commission du Commissariat Général au Plan présidée par l'actuel conseiller social de Nicolas Sarkozy, Raymond Soubie. (3) On y dénonçait déjà le cloi-

sonnement excessif du système de santé, les dérives économiques et sanitaires de l'hospitalocentrisme français, la faiblesse des alternatives aux hospitalisations, etc. et on y plaidait pour un renforcement des pouvoirs de l'État, seul légitime à conduire la « nécessaire rationalisation » et l'« impérative régulation » du système. Le rapport prospectif Minc lui emboîte le pas l'année suivante : « *En ce qui concerne l'hôpital public, il faut revenir à des constats simples : les hôpitaux doivent être mieux gérés et l'esprit d'entreprise y être encouragé. Quant à la répartition des budgets, il faut cesser de pérenniser les situations acquises de rente ou d'insuffisance de moyens. La constitution de chaînes de commandement solides, qui permettraient la mise en place dans les établissements d'une véritable comptabilité analytique et d'une gestion prévisionnelle des effectifs, est une nécessité, de même que l'information sur l'activité (PMSI) et l'évaluation de la qualité des soins, de l'enseignement et de la recherche dans ces « alvéoles » de base de l'hôpital que représentent les services. L'autorégulation « mandarinale » des CHU ne peut plus se perpétuer. Les expériences de tarification à la pathologie doivent être accélérées.* » (4) Et le rapport de fustiger les obstructions des élus locaux à la « nécessaire » réduction des lits hospitaliers « superflus » et la rigidité de la grille de la fonction publique hospitalière. Le Plan Juppé de 1995-96 viendra d'ailleurs abondamment piocher dans ce nouveau répertoire d'action publique élaboré par une nouvelle élite de hauts fonctionnaires pour qui les opinions politiques comptent moins que la volonté d'en finir avec la « gestion par les intéressés » de l'assurance maladie (5). Il leur faudra, sur le moment, composer avec le contre-pouvoir des caisses d'assurance maladie, décidées à persévérer dans leur être, et accepter que les ARS soient réduites à des ARH, la régulation de la médecine de ville restant, momentanément, du ressort de l'Assurance maladie. Parallèlement, avec le vote du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) par le Parlement, l'État, et plus exactement la très budgétaire Direction de la Sécurité Sociale (DSS) du ministère des Affaires sociales, resserre son emprise. La réforme de l'assurance maladie en 2004, en consacrant les pleins pouvoirs du Directeur Général – haut fonctionnaire nommé et révocable *ad nutum* en conseil des

ministres – aux dépens des partenaires sociaux, dont les avis ne sont même plus obligatoires, enterre une démocratie sociale moribonde. (6) Peu de temps auparavant, le lancement du plan « hôpital 2007 » ressuscitait la figure de l'hôpital entreprise, promue au tout début des années 1980 par le Directeur des Hôpitaux de l'époque, Jean de Kervasdoué, exigeant le regroupement des services en « pôles », le passage à la tarification à l'activité, la consécration du pouvoir managérial des chefs d'établissement contre celui des autres *stakeholders* de l'organisation hospitalière, l'introduction des technologies gestionnaires « modernes » (comptabilité analytique, etc.) (7). Au final, on le voit, la loi HPST reprend, cristallise et synthétise une réflexion administrative au long cours et constitue une étape supplémentaire dans la reprise en mains par l'État, via les ARS, du système de santé, au détriment de tous les contre-pouvoirs qu'ils soient politiques (élus locaux), médicaux et syndicaux. La continuité l'emporte donc a priori sur la rupture. Mais est-ce à dire qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil ?

Ce serait évidemment excessif. Ainsi que l'a fait remarquer l'un des meilleurs spécialistes de la réforme de l'État, l'élection de Nicolas Sarkozy s'est traduite par la « financiarisation » et la radicalisation de l'action que les plus hauts sommets de l'État souhaitent mener sur des administrations publiques accusées d'être incontrôlables, inefficaces et budgétivores (8). « Financiarisation », d'abord, car la mise en place, en 2007, de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) vise prioritairement (sinon exclusivement) la réduction de la dépense publique de façon à permettre le retour à l'équilibre des comptes publics, exigé par la commission européenne. Le dispositif est à la fois souple, très centralisé et très technocratique (et très opaque) puisqu'il associe, au sein de petites *task forces*, les plus

hauts niveaux politiques (l'Élysée et Matignon), des membres des inspections générales (inspecteurs des finances notamment) et des consultants ; leur mission est de passer au crible les politiques publiques afin de réaliser par tous les moyens des économies, au besoin en externalisant vers le privé ce qui peut l'être. Radicalisation, ensuite, parce que la réforme de l'État est désormais impulsée par des responsables politiques qui ne sont pas issus du giron de l'administration, à l'image de l'avocat d'affaires Nicolas Sarkozy mais aussi de Eric Woerth, diplômé d'HEC passé par un grand cabinet de conseil américain (feu Arthur Andersen), ou encore Christine Lagarde, elle aussi avocate d'affaires expérimentée et très imprégnée de culture anglo-saxonne. Ce personnel politique renouvelé permet à une élite de très hauts fonctionnaires acculturés depuis les années 1990 aux préceptes du *New Public Management* anglo-saxon de pousser leur avantage contre les « pesanteurs » inhérentes aux réformes administratives. Désormais libérés du principe de réalité et en grande partie coupés des cultures et réalités administratives, les réformateurs se rêvent en grands « architectes » de l'État, repensant son organisation en fonction de schémas hyper-rationnels où les multiples services déconcentrés de l'État sont découpés et regroupés au niveau régional en huit grandes directions sous l'autorité du préfet de région (9). L'objectif est clairement budgétaire : les fusions administratives sont destinées à rationaliser le travail des agents publics dont les effectifs sont appelés à décroître avec le non remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite.

La loi HPST est en partie fille de la RGPP qui recycle pour l'occasion toutes les idées de réforme circulant depuis près de quinze années dans la haute administration. Que le ministre du Budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de



l'Etat – Eric Woerth – ait flanqué la ministre de la santé Roselyne Bachelot-Narquin lors des nombreuses conférences de presse présentant la réforme en gestation est déjà en soi un signe (10), mais il y en a d'autres. Le rapport qui l'a prioritairement inspirée est, en effet, l'œuvre d'un préfet, Philippe Ritter, lui-même partie prenante de la déclinaison santé de la RGPP. Qu'un préfet soit l'un des principaux artisans de la réforme doit d'ailleurs retenir l'attention puisque le corps préfectoral est le plus politique des grands corps de l'État. De fait, la réforme HSPT centralise, politise et verticalise ouvertement le processus de décision en exhibant fièrement une chaîne de commandement hiérarchique qui va du ministre au chef d'établissement en passant par ce super préfet sanitaire qu'est le directeur de l'ARS. Plus généralement, les exécutifs, nationaux et locaux, sont considérablement renforcés. A l'inverse, le vieux rêve ministériel de marginalisation des élus locaux, des praticiens et des syndicats semble se réaliser. Ce ne sont pas les quelques forums maigrelets, comme les conseils de surveillance des ARS ou les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), qui pourront faire contrepoids à ces exécutifs et ainsi donner corps à une « démocratie sanitaire » dont les exigences sont politiquement faibles au regard de l'impératif catégorique de la maîtrise des dépenses publiques (11). Si la région a été choisie comme espace géographique pertinent pour la conduite de l'action publique, ce n'est pas seulement parce qu'elle aurait une taille « optimale » pour rationaliser l'offre de soins ; c'est aussi parce que l'État a clairement investi depuis des années cet échelon alors que les autres acteurs (médecins libéraux, assurance maladie, organismes complémentaires) étaient réticents à faire de même. Autrement dit, en promouvant la région, l'État oblige ses interlocuteurs à jouer sur son terrain, ce qui est, comme en football, un véritable avantage !

Tirant toutes les implications du bilan, jugé modeste par différents rapports de l'IGAS, de l'Inspection des Finances et de la Cour des Comptes, des processus de restructuration hospitalière menés par les ARH, les pouvoirs publics sont donc décidés à fusionner les tutelles des établissements pour les empêcher de jouer de leurs divisions historiques et ainsi de contourner, comme ils ont su le faire par le passé, les oukases de la rigueur budgétaire. Bref, la loi HPST s'inscrit ici dans la droite ligne de la tradition centralisatrice de l'État jacobin, à cette nuance près – mais de taille – que ces lignes hiérarchiques claires auront moins pour mission de renforcer le service public que de le faire maigrir pour le(s) plus grand(s) profit(s) des établissements privés puisque, désormais, le service public perd son unité constitutive pour être démembré en treize missions qui pourront être discrétionnairement allouées par le directeur de l'ARS au public ou au privé. Dans ce cadre, l'autonomie des établissements, censée incarner la « modernité » de la *corporatization* hospitalière, s'annonce bien illusoire tant les contrats

qui lieront leur direction aux ARS seront léonins. Si les nombreux rapports qui ont préparé la réforme font abondamment référence à la *novlangue* de la nouvelle gestion publique (contrat, émulation, assouplissement des statuts et des règles de gestion, tarification à l'activité, etc.) et de sa variante hospitalière, « l'hôpital-entreprise », on ne peut s'empêcher de penser que les pratiques de la *corporate governance*, qui centralisent les décisions en haut et multiplient les contrôles en bas, n'exercent un attrait sur les réformateurs que parce que leur logique profonde redouble la politisation et la centralisation par eux voulues. Au fond, peu importe les outils, gestionnaires ou plus classiquement hiérarchiques, l'essentiel est de s'assurer de la loyauté et de l'allégeance des agents chargés de relayer, à chaque échelon, les injonctions du Centre. Napoléon au pays du *New Public Management* en quelque sorte. En conclusion, parler de la « loi Bachelot » est une facilité de langage qui occulte le fait que le contenu de la réforme a été défini de façon marginale au ministère de l'Avenue de Ségur. Ce sont, bien plutôt, les plus hauts niveaux politiques et Bercy qui sont à la manœuvre. Recyclant des idées anciennes, graduellement mises en œuvre à compter de 1996, la RGPP les met au service d'une architecture étatique renforcée et verticalisée, tout entière focalisée sur la seule réduction des dépenses publiques. ■

(1) Imaginons *a contrario* une femme ou un homme politique qui avouerait qu'il ne comprend rien au monde, qu'il n'est pas légitime à gouverner, qu'il ne peut rien faire pour ses électeurs lesquels, de surcroît, ne seraient qu'une collection amorphe d'individus et non une communauté.... Celles et ceux qui se sont risqués à enfreindre les lois du genre, comme par exemple Lionel Jospin déclarant, en septembre 1999, au journal télévisé de France 2, à propos de 7500 licenciements chez Renault qu'« il ne faut pas tout attendre de l'État, dit-il. Je ne crois pas qu'on puisse administrer désormais l'économie. Ce n'est pas par la loi, par les textes, qu'on régule l'économie », l'ont payé cher électoralement.

(2) Christian Le Bart, *Le discours politique*, Paris, PUF, « Que-sais-je ? », 1998, pp. 68 – 96.

(3) Groupe prospectif du système de santé présidé par Raymond Soubie, *Santé 2010*, Paris, La Documentation française, 1993.

(4) Alain Minc (dir.), *La France de l'An 2000*, Commissariat Général du Plan, Paris, La Documentation Française/Odile Jacob, 1994, p. 128 – 129.

(5) Patrick Hassenteufel, *Les médecins face à l'État*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997.

(6) Pour une lecture « continuiste » ou incrémentale des réformes de la santé, cf. Pierre-Louis Bras, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ? », *Droit Social*, 11, novembre 2009.

(7) Frédéric Pierru, « L'hôpital entreprise : une *self-fulfilling prophecy* avortée », *Politix*, 46, 1999.

(8) Philippe Bezès, « La réforme de l'État : continuités et ruptures. Entretien avec Philippe Bezès », *Esprit*, 12, décembre 2008, et, du même auteur, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2009.

(9) *Ibid.*, p. 90.

(10) Première dans l'histoire administrative française, la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) est désormais sous la tutelle directe du ministère du Budget...

(11) Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru, « Gouvernance sanitaire : le risque autoritaire », *Libération*, 17 mars 2009.