

Napoléon au pays du *New Public Management* L'exemple de la « déconcentration » de la politique de santé

FRÉDÉRIC PIERRU

La classique focalisation des professionnels de la politique, des journalistes et des « observateurs » sur le seul jeu politique et les stratégies de ses principaux compétiteurs – la « gauche » fera-t-elle le « grand chelem » comme l'a prophétisé la première secrétaire du Parti socialiste ? Nicolas Sarkozy tirera-t-il les conclusions politiques au plan national d'une éventuelle « raclée » de l'UMP au scrutin régional ?, etc. – a pour corollaire le relatif désintérêt pour ses enjeux, c'est-à-dire le contenu des programmes politiques et, *a fortiori*, des politiques publiques qui seront menées par les équipes victorieuses¹. Le scrutin régional de 2010 n'aura pas fait exception à la règle. En dehors de quelques joutes routinières autour de l'inflation du nombre de fonctionnaires dans les collectivités locales ou de l'« explosion » de la fiscalité locale causée par une gauche décidément bien mauvaise gestionnaire, le débat n'a guère porté, si ce n'est sur un mode allusif, sur les menaces que fait peser le redéploiement de l'État et de ses services déconcentrés sur la capacité des collectivités locales à mener de façon autonome des politiques publiques que l'on dira territorialisées. Voter, certes, mais pour quoi faire ?

Pourtant, 2007-2008 a constitué une rupture décisive pour une politique de réforme de l'État passée depuis en « mode industriel »². Déjà, en 2001, le vote de loi organique relative aux lois de finances (LOLF) avait bousculé le subtil équilibre politique entre le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Fonction publique et le ministère des Finances ; ce dernier s'est alors retrouvé à la tête de lignes managériales de commandement très centralisées, « pilotant » l'activité des ministères à l'aide d'indicateurs de performance, avec comme impératif catégorique la rationalisation des dépenses publiques. Dans le prolongement de cette dynamique de « budgétisation » de

1. Jean-Baptiste Legavre, « Les journalistes politiques : des spécialistes du jeu politique », dans Frédérique Matonti (dir.), *La démobilisation politique*, Paris, La Dispute, 2005.
2. Philippe Bezès, *Réinventer l'État*, Paris, PUF, 2009, p. 469 sq.

la réforme de l'État, le ministère des Finances s'est doté, en 2005, d'une nouvelle direction générale de la modernisation de l'État (DGME). Peu de temps après, en 2006-2007, des « audits de modernisation » étaient lancés pour passer au crible les politiques publiques afin d'identifier les sources potentielles d'économies budgétaires. Dans le contexte de la politisation de la question des déficits et de la dette publics³ et de l'offensive des *think tanks* néolibéraux⁴, l'élection de Nicolas Sarkozy à la présidence de la République et la nomination à des postes gouvernementaux clés de personnalités souvent issues, non de la haute fonction publique, mais du monde des affaires⁵ systématisent et radicalisent les évolutions amorcées au début des années 2000. Un conseil de modernisation des politiques publiques (CMPP), placé sous la présidence du président de la République, est mis sur pied tandis qu'est enclenchée, en juillet 2007, l'ambitieuse Révision générale des politiques publiques (RGPP), inspirée de l'expérience canadienne (*Canadian Program Review*). Le dispositif est à la fois souple, très centralisé, 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 corps d'inspection ministériels et inter-ministériels et, surtout, des consultants issus des grands cabinets internationaux. Se réunissant chaque semaine à partir de juin 2007, le comité de pilotage de la RGPP, présidé par le secrétaire général de l'Élysée – le préfet Claude Guéant – regroupe sept proches de Nicolas Sarkozy, parmi lesquels l'inspecteur des finances et président du conseil d'administration de BNP Paribas, Michel Pébereau, le chevalier blanc de la « dette publique ». Les objectifs sont clairs pour les ministères ainsi évalués : il leur faut impérativement réduire leurs dépenses et repenser leur rôle et leurs missions, éventuellement en favorisant l'externalisation vers le privé de la mise en œuvre des politiques publiques dont ils ont la charge. Pas moins de 332 décisions de réorganisation sont ainsi arrêtées pour la période 2009-2011.

L'État territorial en fusion

L'un des volets de la RGPP est particulièrement ambitieux et s'annonce lourd de conséquences pour l'autonomie des collectivités locales⁶. Plusieurs rapports officiels avaient, en effet, vertement critiqué la fragmentation des services déconcentrés et, partant, les nombreux gaspillages dans leur gestion (doublons), de même que leur faiblesse structurelle face aux logiques « clientélares » et politiques

3. Benjamin Lemoine, « Entre fatalisme et héroïsme. La décision politique face au "problème" de la dette publique (2003-2007) », *Politix*, n° 82, 2008.
4. L'Institut de l'entreprise, l'Institut Montaigne, la Fondation pour l'innovation politique, le Club des acteurs de la modernisation de l'État ont tous rendu publics, au cours des dernières années, des rapports et préconisations sur la réforme de l'État.
5. À l'image de l'avocat d'affaires Nicolas Sarkozy mais aussi d'Éric 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.
6. On s'inspire très largement, dans les deux paragraphes suivants, de Philippe Bezès, Patrick Le Lidec, « Transforming the Organizational Form of the French Administration in the 2000s: Debating Theoretical Perspective », Paper for the Panel on « Theoretical Perspectives on Government Organizations », Potsdam, ECPR General Conference, 2009.

locales, caractéristique de la régulation croisée mise en évidence par les sociologues dans les années 1970⁷. Aussi, alors que les autres pays, anglophones surtout, ont privilégié la voie du *New Public Management* consistant à éclater les grandes bureaucraties publiques au profit d'agences autonomes et évaluées, sur le fondement de batteries d'indicateurs de performance, par un État central « stratège », la France choisit l'option contraire : la fusion des services déconcentrés aux deux niveaux territoriaux que sont la région et le département, lesquels sont désormais explicitement hiérarchisés.

À l'échelon régional, consacré comme le niveau territorial pertinent pour le pilotage des politiques publiques (l'échelon départemental étant plutôt celui de leur mise en œuvre), les services déconcentrés sont ainsi fusionnés en huit grandes directions placées sous l'autorité du préfet de région qui devient pour l'occasion – c'est une première dans l'histoire du corps préfectoral – le supérieur hiérarchique du préfet de département. L'affirmation du préfet de région doit être soulignée puisqu'elle marque le succès des actions de *lobbying* d'un corps préfectoral décidé à contrer la prééminence du ministère des Finances depuis l'adoption de la LOLF⁸. Surtout, le choix des préfets de région pour « piloter » l'action publique atteste de la politisation et de la centralisation de la réforme de l'État, les préfets étant à bien des égards les hauts fonctionnaires les plus « politiques ». La « modernisation » de l'État qu'appellerait l'impérative réduction des déficits et de la dette publics se fait donc conformément au legs napoléonien, à cette nuance près que l'unité territoriale de référence n'est plus le département mais la région. De telles fusions, dont la pertinence au regard des cultures et des réalités administratives en présence n'est guère interrogée par les grands architectes politico-administratifs, visent deux objectifs principaux : la réalisation d'économies d'échelle et l'adaptation des formats administratifs à la baisse programmée des effectifs de fonctionnaires (avec le non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite) d'une part, la constitution d'interlocuteurs cohérents et forts pour les collectivités locales d'autre part. Ces fusions administratives, si elles réussissent (ce qui est loin d'être évident puisque la rationalité formelle, sur le papier, des réorganisations peut être prise en défaut par les rationalités matérielles pratiques des acteurs réels) entendent perturber les jeux politico-administratifs locaux de façon à gripper l'engrenage inflationniste des dépenses publiques.

7. Lire Pierre Grémion, *Le Pouvoir périphérique*, Paris, Le Seuil, 1976 et François Dupuy, Jean-Claude Thoeing, *L'administration en miettes*, Paris, Fayard, 1985.

8. Le corps préfectoral est très bien représenté au niveau politique central puisque les directeurs de cabinet du président de la République (Claude Guéant), du Premier ministre et du ministre de l'Intérieur sont tous préfets.

Un système de santé de plus en plus vertical et technocratique

On prendra ici l'exemple de la santé. Certes, la santé n'est pas *a priori* de la compétence des collectivités locales, même si quelques régions – comme la région Nord-Pas-de-Calais – ont investi ce secteur pour y mener des actions originales. Si la piste de la décentralisation du système de santé au profit des régions a été plusieurs fois évoquée dans divers rapports officiels depuis le début des années 1980, elle s'est heurtée à chaque fois aux réticences d'élus locaux craignant la « décentralisation des *emmerdes* » pour parler comme l'un d'eux, mais aussi de l'État, inquiet des risques d'aggravation des inégalités entre régions riches et pauvres⁹. Reste que le secteur de la santé est emblématique de ce « jacobinisme appriivoisé » dans lequel les injonctions ministérielles donnent lieu à des aménagements locaux sur la base de compromis passés entre les préfets, les fonctionnaires d'État et les principaux élus locaux, « condamnés » à s'entendre et à se faire confiance puisque placés en situation d'interdépendance.

C'est ainsi que les acteurs de la mise en œuvre des politiques hospitalières ont longtemps réussi, sinon à contourner, du moins à adoucir, les contraintes budgétaires et le contingentement des équipements « lourds » arrêtés par le ministère dans le cadre de la planification hospitalière. Le maire-président du conseil d'administration de l'hôpital, souvent premier employeur local, évaluait le chef d'établissement, pourtant un fonctionnaire censé être le bras armé de la tutelle administrative (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales puis Agence régionale de l'hospitalisation) qui avait dès lors tout intérêt à épouser les vues « expansionnistes » des élus, des praticiens et des syndicats. Les tutelles, très dispersées entre, d'un côté, les services déconcentrés de l'État – Directions régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales – et les services de l'Assurance maladie – Caisses primaires et régionales d'assurance maladie – peinaient à contrer le front uni des intérêts locaux qui, au besoin, par une stratégie d'appel au centre, parvenaient à faire désavouer par le ministère les fonctionnaires prenant trop à cœur les impératifs de la rigueur budgétaire. La politique hospitalière a donc longtemps été un mélange de centralisation et d'arrangements politiques qui, il faut le dire, a surtout profité aux établissements les plus puissants, en particulier les Centres hospitalo-universitaires, dont les relais politiques étaient incommensurablement plus puis-

9. Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2007, p. 179 sq.

sants que ceux des petits centres hospitaliers. Le ministère pouvait donc se montrer fort avec les faibles et faible avec les forts, aggravant par là les inégalités de dotation budgétaire ou d'accès aux équipements de pointe. C'est cet équilibre politico-administratif que cherche à déstabiliser la récente réforme de la santé dite « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), qui est la déclinaison sectorielle de la révision générale des politiques publiques.

Old Wine in A New Bottle ?

Pour qui connaît un peu l'histoire de la politique de santé, la lecture du texte de loi suscite de prime abord un sentiment troublant de continuité. Sa principale innovation, les Agences régionales de santé (ARS), établissements publics administratifs qui fusionnent les services de l'État et de l'Assurance maladie, avait déjà été pensée, sous une forme différente, dans le rapport d'une commission du Commissariat général au plan présidée par l'actuel conseiller social de Nicolas Sarkozy, Raymond Soubie¹⁰. On y dénonçait déjà le cloisonnement excessif du système de santé, les dérives économiques et sanitaires de l'hospitalo-centrisme français, la faiblesse des alternatives à l'hospitalisation et on y plaidait pour un renforcement des pouvoirs de l'État, seul légitime pour conduire la « nécessaire rationalisation » et l'« impérative régulation » du système. Le rapport prospectif d'Alain 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.* »¹¹

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 piochera abondamment dans ce

10. Groupe prospectif du système de santé présidé par Raymond Soubie, *Santé 2010*, Paris, La Documentation française, 1993. Lire à ce propos Pierre-Louis Bras, Didier Tabuteau, « Une décennie de santé (2000 – 2010). "Santé 210", un rapport de référence pour les politiques de santé », *Les tribunes de la santé*, n° 25, 2009.
11. Alain Minc (dir.), *La France de l'An 2000*, Commissariat Général du Plan, Paris, La Documentation Française/Odile Jacob, 1994, p. 128-129.

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 maladie¹². Il leur faudra, sur le moment, composer avec le contre-pouvoir des caisses d'assurance maladie, décidées à se maintenir, et accepter que les agences régionales de la santé soient réduites à des agences régionales de l'hospitalisation, 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*¹³ en conseil des ministres – aux dépens des partenaires sociaux, dont les avis ne sont même plus obligatoires, enterme une démocratie sociale moribonde¹⁴. 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 agences régionales de santé, des leviers de décision au détriment de tous les contre-pouvoirs, qu'ils soient politiques (élus locaux), médicaux ou 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 ?

Une potion amère pour les élus locaux

Ce serait évidemment excessif puisque la loi *Hôpital, patients, santé et territoires* est fille de la révision générale des politiques publiques, qui recycle pour l'occasion toutes les idées de réforme circulant depuis près de quinze ans dans la haute administration pour les mettre au service de la seule réduction des dépenses publiques. Que le ministre du Budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État – Éric Woerth – ait accompagné Roselyne Bachelot, la ministre de la Santé, lors des nombreuses conférences de presse présentant la réforme en gestation est déjà en soi un signe¹⁵, mais il y en a d'autres. Le rapport qui l'a prioritairement inspirée est, en effet, l'œuvre du préfet honoraire Philippe Ritter, lui-même partie prenante de la déclinaison santé de la RGPP. Né en 1941, ancien élève de l'IEP de Strasbourg, énarque (promotion 1967), Philippe Ritter a été membre de plusieurs cabinets, notamment ceux

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

13. Sans obligation de justifier la décision.

14. 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.

15. 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...

d'André Bord (inamovible ministre ou secrétaire d'État aux Anciens Combattants sous les gouvernements de droite des années 1970), de Théo Braun (ministre délégué chargé des personnes âgées dans le second gouvernement Rocard) et surtout du ministre de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire Charles Pasqua, avant d'être nommé, en 1995, préfet de l'Ain. Il vient de prendre la présidence de la toute nouvelle Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), créée par la loi HPST, et dont la mission est de faire entrer les hôpitaux dans la « modernité » gestionnaire (*benchmarking*, mise en place de systèmes d'informations « reflétant la création de valeur par les établissements de santé » (*sic*), soutien aux « pôles d'excellence », etc.). Cet engagement d'un préfet au parcours plutôt classique dans la promotion du *New Public Management* dans le secteur hospitalier est assez emblématique de l'ambiguïté de la récente réforme.

En effet, la réforme centralise 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'Agence régionale de santé, travaillant main dans la main avec le préfet de région qui retrouve, à l'occasion de cette réforme, une place dans la régulation du système de santé. Plus généralement, les exécutifs, nationaux et locaux, sont considérablement renforcés tandis qu'à l'inverse les élus locaux sont court-circuités aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements. Et 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 forts 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 publiques¹⁶. 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.

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

Tirant toutes les implications du bilan, jugé modeste par différents rapports de l'Inspection générale des Affaires sociales, de l'Inspection des finances et de la Cour des

comptes, des processus de restructuration hospitalière menées 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 allouées, de façon discrétionnaire, par le directeur de l'ARS au public ou au privé. Dans ce cadre, l'autonomie des établissements, censée incarner la « modernité », 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 dérivées de la gestion des entreprises, 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 voulues par eux. 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 *Nouveau Management Public* en quelque sorte.

Le redéploiement de l'État territorial au service de la seule réduction des dépenses publiques et de la mise au régime sec des administrations publiques se traduit donc par la verticalisation des processus décisionnels, qui condamne les élus locaux à regarder passer les trains¹⁷ sur des enjeux de politique publique qui, comme la santé, figurent au premier rang des préoccupations de leurs électeurs. Néanmoins, pour finir sur une note optimiste, il faut rappeler que la praticabilité organisationnelle et politique des grands desseins technocratiques des architectes de l'État est loin d'être assurée. Court-circuiter les corps intermédiaires ne les fait pas disparaître. Il y a fort à parier que les décisions de fermeture ou de reconversion des établissements hospitaliers de proximité

17. Par ailleurs de moins en moins nombreux à mesure que se multiplient les annonces par la SNCF de la fermeture des lignes jugées non suffisamment rentables !

donneront lieu à de fortes mobilisations locales que les exécutifs régionaux ne pourront pas ignorer. Les réformateurs peuvent bien, par la loi, « vaporiser » le service public hospitalier et même l'assurance maladie solidaire¹⁸, ils ne peuvent pas faire de même avec le corps politique, même s'ils doivent souvent en rêver et pas seulement en se rasant. ■

18. L'expression est du haut fonctionnaire Didier Tabuteau, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 2010/1.