Le *New Public Management* et la réforme de L'hôpital public en France avec la loi HPST

Améziane FERGUENE,
Economiste du Développement,
Faculté d'Economie de Grenoble
Laboratoire PACTE, Université Grenoble Alpes
Courriel: ameziane.ferguene@upmf-grenoble.fr

Colloque international sur « L'administration publique en Algérie : entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation : *Regards croisés sur les bonnes pratiques internationales* »

Organisé par le laboratoire « Grand Maghreb: Economie et Société »
Université Constantine 2
En collaboration avec le CREXE-Canada et le CREAD-Algérie

Constantine, les 28 et 29 avril 2014

Résumé

Le thème de la « modernisation de l'Etat » vise à améliorer les méthodes de gestion des grandes administrations (traditionnellement organisées sur le modèle de la bureaucratie wéberienne) : cette évolution vers un nouveau management public (« New Public Management », NPM) a initialement (début des années 1990) concerné les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord (USA, Canada, Grande Bretagne, pays scandinaves) avant de toucher les pays d'Europe du Sud. En ce qui la concerne, la France n'a commencé à appliquer le NPM qu'au milieu des années 2000 avec la mise en application de la LOLF (Loi Organique de Loi de Fiances) le 1er Janvier 2006.

Au cours des vingt dernières années, l'organisation et le fonctionnement de l'administration publique ont été modifiés en profondeur. Ces changements se sont produits de manières différentes selon les pays. Mais les points communs sont suffisamment importants pour que les analystes les abordent à travers cette même notion de NPM, élaborée par Osborne et Gaebler dans leur ouvrage *« Reinventing Government »* paru en 1992. Cet ouvrage, considéré comme la bible du NPM, propose d'étendre les règles managériales du secteur privé aux administrations publiques. Selon le résumé qu'en donne Michael Power (dans *« La société d'audit : l'obsession du contrôle »*), le NPM consiste en un ensemble de principes empruntés au cadre conceptuel de la gestion du secteur privé ; il met l'accent sur le contrôle des coûts, la transparence financière, l'autonomie des sous-unités organisationnelles, la décentralisation de la direction, la création de mécanismes de marché ou de quasi-marché séparant fonctions achat et approvisionnement, la contractualisation de leur relation, et l'accent mis sur la responsabilité envers la clientèle en matière de qualité des services, grâce à l'instauration d'indicateurs de performance.

L'application de ces préceptes au sein de l'hôpital public français a été engagée avec la Loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) promulguée en 2009. Depuis la mise en œuvre des dispositions de cette loi, de réels progrès ont été enregistrés, notamment sur le plan de la gouvernance de l'hôpital public (avec un Directeur d'établissement dont l'autorité a été renforcée et un Conseil d'administration transformé en Conseil de surveillance doté de prérogatives élargies en matière de contrôle). Par ailleurs, des améliorations ont été constatées avec la mise en place des Communautés hospitalières de territoires et de l'Agence régionale de santé : grâce au pouvoir dont elle dispose d'impliquer les cliniques privées dans la chaine de soin, celle-ci a pu agir dans le sens d'une meilleure gestion des coûts (en particulier des coûts de transaction). Toutefois, au-delà de ces aspects positifs, la réforme montre aussi plusieurs limites. En effet, faute d'avoir été suffisamment négociée avec les personnels de l'hôpital (soignant et administratif), elle se heurte dans sa mise en ouvre à des résistances plus ou

moins conscientes et plus ou moins assumées. En outre, si les partenariats avec les cliniques privées sont d'un réel apport au système de santé, ils ne favorisent pas toujours les économies de coûts tant recherchées : la renonciation au jeu de la concurrence dans les relations contractuelles avec les cliniques privées se traduit même assez souvent par une augmentation des coûts de production des soins.

Introduction

Adoptée à la fin juin 2009 par l'Assemblée nationale et le Sénat, la loi française « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) constitue un prolongement de la réforme de l'hôpital public débutée en 2003 avec la mise en place du « Plan hôpital 2007 ». Selon Madame Roselyne Bachelot, ministre de la Santé au sein du gouvernement Fillon (aux affaires de 2007 à 2012), cette loi, tout en visant plusieurs objectifs importants, a pour but essentiel de garantir l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire tout en maîtrisant les coûts du service public de santé. Ceci passe par la mise en place de « communautés hospitalières de territoire » (CHT) répartissant les actes de soins entre deux sortes de pôles : des grands centres techniques pour les actes sophistiqués et des hôpitaux de proximité pour des actes plus courants.

La gouvernance des hôpitaux est évidemment concernée par la réforme, avec le renforcement du pouvoir du Directeur, la transformation du Conseil d'administration en Conseil de surveillance, tout cela parallèlement à la mise en place d'indicateurs quantifiables de performance. Le statut des praticiens hospitaliers est modifié pour permettre une part de rémunération variable en fonction de leur activité. Enfin, les cliniques privées sont incitées à participer à la mission de service public de santé, en contrepartie de la mise en concurrence des structures publiques et privées, ainsi que de la possibilité pour l'Agence régionale de santé (chargée de l'application au niveau local des politiques de santé) de signer des contrats de service public avec les acteurs privés.

Les différentes notions introduites par cette réforme, telles que la mise en concurrence du public et du privé, la professionnalisation de la gestion des hôpitaux, la modification du statut des praticiens, la mise en place d'objectifs chiffrés et de dispositifs de mesure de la performance, etc., se placent dans l'optique de ce que l'on appelle le *New Public Management* (que l'on traduit en français par Nouvelle Gestion Publique).

Ce *New public Management* est, lui-même, fortement inspiré des idées développées par le courant néolibéral qui, remettant en cause l'Etat-Providence, rejette toute distinction en matière de gestion entre privé et public. Selon les partisans du *New public Management*, l'optimisation du secteur public passe par la mise en place d'un marché ou d'un quasi-marché et l'application (moyennant un

certain nombre d'adaptations) des règles de gestion fondées sur la rigueur et la rationalité qui ont fait la preuve de leur efficacité dans le secteur privé.
S'agissant de l'hôpital public en France, l'idée défendue par les partisans de la réforme est que les méthodes managériales promues dans le cadre du *New public Management* sont le seul moyen d'améliorer l'efficience économique du service public sans remettre en cause l'équité de l'accès aux soins, et encore moins la qualité des soins. Il en est ainsi car la mise en place de ces méthodes signifie notamment que les responsables seront tenus à l'avenir de rendre compte de leur gestion à la fois aux autorités de tutelle et aux citoyens contribuables (désormais assimilés à des clients), l'évaluation de leur action se faisant en termes à la fois d'équilibre des comptes de l'hôpital et de performance dans la prise en charge des malades.

Qu'en est-il dans la réalité de ce beau discours ? Avant de répondre à cette question, il convient de préciser qu'au moment de la réforme de l'hôpital public (en 2009 donc), le système de santé français (dans lequel l'hôpital public tient une place importante) est considéré comme l'un des meilleurs au monde. La population française en est d'ailleurs bien consciente, elle qui le plébiscite au fil des enquêtes de satisfaction. Au demeurant, cette qualité du système est reconnue unanimement, y compris par la commission parlementaire présidée par Gérard Larcher (Président du Sénat au moment de la discussion de la loi HPST au parlement français), dans l'« Etat des lieux » de l'hôpital public qu'elle a établi en 2007 (Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, 2007).

On peut donc légitimement se poser la question de la nécessité de cette réforme de l'hôpital public ou, tout au moins, de son intérêt. Et, dans le prolongement, se demander quel est, cinq années après sa mise en place, le bilan de la mise en œuvre du *New Public Management* au sein de l'hôpital public ; autrement dit se demander quel est son apport et, le cas échéant, quelles sont ses limites.

Pour traiter correctement cette problématique, nous retenons un plan en deux temps. Dans un premier temps, nous étudierons les critiques adressées à la gestion « bureaucratique » de l'hôpital public par les initiateurs de la réforme. Puis, nous montrerons la portée et les limites des préceptes de la Nouvelle Gestion Publique dans leur application concrète au sein de l'hôpital public en France.

I. La Nouvelle Gestion Publique ou la critique du modèle bureaucratique wébérien de l'hôpital public

Jusqu'en 2009, l'hôpital public français fonctionnait sur le modèle formalisé par le sociologue allemand Max Weber sous le terme d'organisation hiérarchique « légale-rationnelle ». Ce modèle est présenté comme étant théoriquement le plus adéquat pour remplir une mission de service public. En effet, selon François-

Xavier Merrien (1999), ce type d'organisation dispose d'au moins deux avantages : premièrement, suivant la règle démocratique, la ligne de commandement hiérarchique permet un contrôle du politique sur l'administration publique ; et, deuxièmement, grâce à l'encadrement légal, le règne de l'arbitraire est en principe proscrit. Bref, sur cette base, on peut conclure à l'existence (dans ce modèle) d'un double contrôle, administratif (ou hiérarchique) et judiciaire (ou légal) qui garantit à l'usager un traitement équitable conformément aux principes établis en toute transparence.

Toutefois, en suivant la Commission Larcher évoquée ci-dessus, dans le cas de l'hôpital public en France, ce modèle d'organisation et de gestion est critiquable pour plusieurs raisons, parmi lesquelles deux sont particulièrement évidentes : d'une part, le coût élevé du service rendu par l'hôpital public ; et, d'autre part, les insuffisances enregistrées de façon récurrente dans sa gouvernance.

I.1 : Un coût du service public de santé jugé trop élevé

Son coût élevé pour la collectivité est donc l'une des critiques principales adressés à l'ancienne gestion de l'hôpital public en France. Dans un discours du 09 janvier 2009, Nicolas Sarkozy, alors Président de la République, fait le constat suivant : Entre 1998 et 2008 (période au cours de laquelle le pouvoir était entre les mains d'un gouvernement de gauche puis d'un gouvernement de droite), la France a vu les dépenses de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie pour des soins assurés dans les hôpitaux, augmenter de près de 50% ; Cela représente approximativement 23 milliards d'euros de plus pour l'hôpital et les cliniques sur cette période de dix années. Ainsi, en 2007, les dépenses de santé par habitant se sont élevées à 3.601 USD en France (évaluation en dollars sur la base d'un taux de change €/$US en parité de pouvoir d'achat des deux monnaies), ce qui est nettement au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE, dont le montant était alors de 2.984 USD (OCDE, 2009).

Selon François-Xavier Merrien (1999), dans la perspective du *New public Management* cette inflation budgétaire renvoie au fameux « cercle vicieux bureaucratique », notion mise en avant notamment par Michel Crozier et Erhard Friedberg en France et par James Buchanan et Gordon Tullock (théoriciens du *Public Choice*) aux Etats-Unis. Le « cercle vicieux bureaucratique » trouve sa source dans l'imperfection des règles qui ne prévoient pas toutes les situations, ce qui a pour résultat de laisser à certains individus (agents de l'administration), la possibilité d'évoluer dans des « zones d'incertitude ». L'idée sous-jacente à cette analyse est de mettre en place de nouvelles règles pour en finir avec ces « zones d'incertitude » et, dans le même mouvement, limiter les situations de routine qui conduisent l'organisation à fonctionner par elle-même et pour elle-même.

Dans ce registre, les tenants de l'approche du *Public Choice* vont plus loin, s'efforçant d'appliquer aux politiciens et aux fonctionnaires les préceptes découlant des théories de l'Agence et des Coûts de transaction. Dans ce cadre, les politiciens et les fonctionnaires sont assimilés à des agents économiques cherchant à maximiser leur utilité (revenus, positions…). A chaque niveau hiérarchique, les individus chercheraient sans cesse à étendre leur pouvoir et leur champ de compétence et, ainsi, à justifier l'accroissement perpétuel des budgets qui leur sont alloués, au lieu de se concentrer sur la mission pour laquelle leur administration a été créée. La rétention de l'information (relative aux besoins réels de l'organisation) aux échelons de base et sa non-diffusion vers les échelons hiérarchiques supérieurs, empêchent donc les responsables politiques et administratifs de prendre les bonnes décisions, notamment en matière budgétaire, leur rationalité étant limitée aux flux d'informations partiels qu'ils reçoivent.

Ainsi, dans le cas de l'hôpital public en France, les tenants du *New Public Management* soutiennent l'idée que l'inflation budgétaire, désormais reconnue et dénoncée au sommet de l'Etat, est due à l'inefficience du modèle bureaucratique (au sens wébérien) selon lequel fonctionne cette organisation. Ce modèle conduirait donc inévitablement à un gaspillage de moyens financiers et humains. Cette critique n'est pas, loin s'en faut, la seule formulée à l'encontre du système bureaucratique de l'hôpital public. Le mode de gouvernance des hôpitaux publics est également au remis en question, comme nous allons le voir maintenant.

I.2 : Un mode de gouvernance de l'hôpital public déclaré non performant

En même temps qu'elle soulève la question du coût élevé du service de santé, avec son corollaire, le problème de l'inflation budgétaire, la Commission Larcher pointe du doigt les limites du mode de gouvernance de l'hôpital public français d'avant 2009. De fait, le mode de sélection de l'encadrement comme la définition du rôle et des missions de chacun (à tous les niveaux de l'organisation) sont dénoncés par les partisans de la réforme. Ce sont là, paradoxalement, deux avantages habituellement reconnus au modèle légal-rationnel wébérien, lequel permet, en principe, un double contrôle politique et juridique efficace.

Concrètement, plusieurs griefs sont adressés à l'ancien mode de gouvernance de l'hôpital public. Parmi ceux qui reviennent fréquemment, on mentionnera les faits suivants, considérés comme particulièrement handicapants :

- Les directeurs et les cadres hospitaliers sont nommés par le ministre de la Santé, et lui seul ;
- Les directeurs d'hôpitaux sont évalués par les autorités de tutelle et n'ont pas de compte à rendre à leurs conseils d'administration respectifs ;
- Le Conseil d'administration de l'hôpital ne dispose d'aucun pouvoir financier, étant de surcroît généralement présidé par le Maire de la commune concernée ;

- Enfin, le directeur de l'hôpital ne dispose d'aucune autorité administrative vis-à-vis des médecins exerçant au sein de son établissement.

A tous ces reproches, s'ajoute un autre, qui soulève un problème plus crucial stratégiquement : celui de l'exclusion légale de l'hôpital public de toute responsabilité en matière d'enseignement et de recherche, ce domaine relevant de la compétence du (seul) ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique.

En résumé, toutes ces critiques convergent vers l'idée qu'avant la loi HPST, le pouvoir est éclaté au sein de l'hôpital public. En raison de cette dispersion de l'autorité, le processus de décision est long et complexe, car influencé par de fortes contraintes internes et externes. Comme l'explique Éric Molinié dans une étude pour le Conseil Économique et Social (Eric Molinié, 2005), chaque instance interne à l'organisation dispose de prérogatives limitées et enchevêtrées dans celles d'autres instances, la complexité de l'ensemble étant aggravée par la multiplication d'intervenants extérieurs impliqués dans la gestion administrative et financière de l'hôpital : ARH (Agence régionale de l'hospitalisation), Assurance maladie, Etat, Conseils généraux, Communes, etc.

Ce mode de gouvernance, trop complexe, serait à l'origine de divers problèmes révélés par des études de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) du ministère des Affaires sociales : charges de travail trop lourdes, organisation inefficace du travail et répartition peu rationnelle du temps de travail entre fonctions d'administration et fonctions de soin. Qui plus est, en raison de ses exigences en termes de rythmes, ce système hospitalier serait source de stress au travail pour les infirmières et les aides soignantes, souvent surmenées et manquant de temps pour effectuer correctement leur tâches.

Pour les tenants de l'application du *New Public Management* au sein l'hôpital public en France, ce dernier serait donc devenu un « monstre bureaucratique » ayant conduit non seulement à des dérives budgétaires mais aussi à des aberrations organisationnelles et fonctionnelles. Dans quelle mesure la loi HPST constitue-t-elle une réponse appropriée à ces problèmes de coûts non maîtrisés et de gouvernance peu performante ? C'est la question que nous allons aborder dans cette deuxième partie.

II. Apports et limites du *New Public Mangement* à l'organisation et à la gestion de l'hôpital public en France

Les partisans de la loi HPST s'appuient sur les préceptes de la *New public Management* pour remettre en cause le système (« bureaucratique ») en vigueur, au sein de l'hôpital public, jusqu'à la réforme de 2009. Cette remise en cause de

l'ancien modèle organisationnel, expliquent-ils, se fonde sur son incapacité à promouvoir une gestion administrative et financière efficace de l'hôpital public.

Qu'en est-il du nouveau modèle de management et de gouvernance mis en place dans le cadre de l'application de la loi HPST ? A-t-il permis, cinq années après son instauration, de concrétiser l'objectif crucial de la réforme, à savoir « garantir l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire tout en maîtrisant les coûts du service public de santé » (suivant la formulation de la ministre de la Santé d'alors) ? Pour traiter correctement cette question centrale, il convient, dans un premier temps, de revenir brièvement sur l'origine et les raisons du succès rencontré par le *New Public Management* ; puis, dans un deuxième temps, d'établir un bilan succinct de l'application de la loi HPST, réformant l'hôpital public en France pour en indiquer la portée mais aussi les limites.

II.1 : Le *New Public Management* : ses origines et les raisons de son succès

Cela a été dit précédemment, la loi HPST réformant l'hôpital public en France trouve l'essentiel de son inspiration dans un ensemble d'idées et d'analyses regroupées sous le nom de *New Public Management*. Comme l'appellation l'énonce clairement, ce courant de pensée, né au début des années 1990 dans les pays anglo-saxons, s'intéresse de près aux modes de gestion et de gouvernance des organisations publiques (administrations publiques centrales et locales, services publics, organismes publics de protection sociale, etc.).

Sur le plan théorique, l'approche associée au *New Public Management* trouve sa première formalisation dans l'ouvrage de David Osborne et Ted Gaebler, publié aux Etats-Unis en 1993, sous le titre : « *Reinventing Government : How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector* ». Cet ouvrage, qui préconise de transposer les normes et règles managériales du secteur privé vers le secteur public, a rencontré un succès tel qu'il est devenu, pour ainsi dire, la bible de tous ceux, à travers le monde, qui veulent soit en finir définitivement avec les services publics, soit, au contraire et plus simplement, améliorer leur fonctionnement en les réformant.

En simplifiant un peu les choses, on peut identifier trois raisons majeures à la base du succès des thèses développées par ce courant et, donc, des orientations qu'il a défendues. Parmi ces raisons, se trouve notamment le contexte idéologique et politique qui a permis au *New Public Management* de s'imposer au cours des décennies 1980 et 1990 (celles-ci étant marquées par la prégnance des idées libérales au détriment des théories interventionnistes).

En effet, comme l'explique François-Xavier Merrien (1999), le ralentissement durable de l'activité dans les grands pays industrialisés (qui fait suite à la crise

ayant frappé durement ces pays du milieu des années 1970) a fourni aux néolibéraux les arguments pour discréditer le modèle fordiste de croissance et son corollaire social, l'Etat-providence (le *Welfare State*). En lieu et place de l'interventionnisme keynésien, les adeptes de l' « théorie de l'offre » ont réussi à faire valoir la supériorité d'une régulation purement marchande (i.e. par les seuls mécanismes du marché) de l'économie, ce qui implique le retrait de l'Etat de la scène économique. En outre, ne l'oublions pas, toute cette évolution s'est produite dans un contexte marqué par ce que l'on appelle la globalisation. Celle-ci étant placée sous le signe des valeurs libérales, les notions de « contrat », de « concurrence », de « rentabilité », de «profitabilité », etc., sont devenues les mots-clés dans les raisonnements économiques, non seulement à propos des activités marchandes, mais aussi des activités relevant traditionnellement du secteur non marchand. Ainsi s'est imposé le *New public Management*, d'abord dans les pays de vieille tradition libérale (Grande Bretagne, Etats-Unis…), puis, avec un certain décalage dans le temps, dans les autres pays occidentaux.

En France, où la puissance publique joue depuis longtemps un rôle majeur en matière économique et sociale, la nouvelle orientation, pour tardive qu'elle fût dans sa mise en œuvre, n'en est pas moins réelle. Ainsi, pour rester dans le domaine de la santé, le vote de la loi HPST a introduit les fameux « contrats de service public », qui permettent à l'Agence régionale de santé (désormais principal autorité en matière de santé) d'intégrer les cliniques privées dans le système de répartition territoriale des soins. Ce faisant, cette loi a ouvert la voie à l'instauration de quasi-marchés des soins et… à la mise en concurrence des hôpitaux publics et des cliniques privées pour prendre la prise en charge des malades.

La deuxième raison est celle qu'expose Michael Power (dans son ouvrage « *The Audit Society :* Rituals of Verification », 2005). Suivant l'analyse de cet auteur, on peut dire que les dépenses publiques ont atteint depuis longtemps des niveaux élevés, à la limite du soutenable, dans bon nombre de pays développés. Le ralentissement durable de la croissance dans ces pays, à partir de la seconde moitié des années 1970, ayant sévèrement réduit les recettes fiscales et sociales (souvent malgré de fortes hausses des taux de prélèvements obligatoires), l'endettement public est allé croissant au fil des ans, atteignant dans plusieurs cas des montants insupportables (en pourcentage de leurs richesses). D'où l'idée d'une remise à plat des finances publiques, qui passe par une réforme en profondeur de l'ensemble du secteur public (administration, services publics, protection sociale, etc.). Ainsi, s'agissant de la loi HPST, le regroupement des hôpitaux publics au sein de CHT (communautés hospitalières de territoire) a pour but de permettre une mutualisation des moyens, condition d'une économie de coûts : la spécialisation de chaque établissement hospitalier dans un type de soins

déterminé étant censée remédier aux fameux « doublons » qui reviennent cher et qui apportent peu en termes d'accès aux soins.

La troisième raison, enfin, renvoie aux attentes de plus en plus fortes des citoyens/contribuables en termes de plus grande qualité des services publics. Ces attentes sont relayées au niveau des politiques publiques par l'affirmation nouvelle mais insistante d'une responsabilité des gestionnaires des services publics envers les usagers, envisagés désormais comme des clients ou des consommateurs qui sont en droit d'exiger une performance minimale des services qui leurs sont rendus en contrepartie des impôts et charges sociales qu'ils acquittent. Dans ce cadre, il est de plus en plus question de « transparence de gestion », d' « indicateurs de qualité », d' « audit citoyen » et aussi de « rationalité économique », voire « performance financière ». C'est dire que l'une des justifications du nouveau mode de gestion publique qui se met en place réside dans la nécessaire introduction d'un contrôle externe rigoureux, fondé sur la double exigence de qualité et de maîtrise des coûts, seul moyen de remédier aux gaspillages et dérives associés à l'autorégulation qui a prévalu dans le passé dans l'administration et les services publics.

A cet égard, soulignons qu'une des dispositions de la loi HPST concerne la réforme du mode de nomination des directeurs des hôpitaux. Ceux-ci, désignés par la tutelle jusqu'en 2009, sont désormais choisis par le patron de l'ARS, après leur sélection par le Centre national de gestion sur des critères purement managériaux (en principe). Les directeurs ainsi nommés bénéficient, toujours à la faveur de la réforme, d'un élargissement de leurs compétences pour leur permettre une gestion globale de leur établissement (dans le cadre d'objectifs précis définis par l'ARS). Par ailleurs, comme cela a été signalé précédemment, l'ancien Conseil d'administration de l'hôpital est remplacé par un Conseil de surveillance, chargé de valider la stratégie de la direction et de surveiller sa mise en œuvre, un peu comme le conseil de surveillance d'une société anonyme qui valide la stratégie du directoire et surveille son exécution. Dans le cadre du contrôle de la bonne réalisation des objectifs fixés, est prévue une évaluation sur la base d'indicateurs de suivi et de performance, complétés par la certification des comptes, à l'instar de ce qui se passe dans les entreprises privées. Enfin, la modification du mode de rétribution des praticiens hospitaliers, instaurant une part de rémunération liée à leur activité, est une indication claire quant à la volonté de rapprocher la fonction publique hospitalière du secteur privé de santé.

Voilà pour ce qui concerne l'origine du *New public Management*, des raisons de son succès à travers le monde et… des modalités concrètes de son introduction au sein de l'hôpital public en France. Qu'en est-il alors de la mise en œuvre, depuis cinq années maintenant, de la loi HPST ?

II.2 : La mise en œuvre de la loi HPST : un bilan d'étape mitigé

D'abord une précision : faire le bilan d'une réforme dont la mise en œuvre a commencé il y a cinq années à peine n'est pas un exercice évident, surtout s'agissant d'un pays comme la France où les résistances au changement sont fortes et le rythme des évolutions lent. Il faut donc prendre avec précaution les conclusions tirées un peu hâtivement par différents experts autoproclamés de l'évaluation. Ceci ne doit cependant pas interdire toute analyse critique de cette réforme de l'hôpital public français, des conditions de sa mise en application comme de ses résultats, aussi partiels soient-ils.

A suivre le raisonnement des partisans du *New Public Management*, il est évident que l'application de ses principes, à l'hôpital comme dans d'autres services publics, produit rapidement des améliorations tangibles sur plusieurs plans : organisation, gouvernance, qualité, maîtrise des coûts, etc. Or, les retours d'expérience que nous avons, notamment des pays anglo-saxons engagés de longue date dans cette voie, montrent que ces améliorations ne sont pas toujours au rendez-vous. Ainsi, dans le cas du Royaume Uni, pionnier en la matière, le bilan dressé par certains spécialistes est loin d'être convaincant. Par exemple, Anne Amar et Ludovic Berthier (2007, p.11), soulignent, à la suite de Philippe Keraudren, que dans ce pays « les économies budgétaires n'ont pas permis d'engendrer une augmentation de l'efficacité des services mais plutôt une dégradation. Cela s'explique par la démobilisation et le manque d'implication des fonctionnaires, notamment des hauts fonctionnaires, qui ont perdu certaines de leurs prérogatives. Si l'on met de côté le programme des *Next Steps*, la logique de marché a peu pénétré l'administration. Dès lors, la réforme du secteur public n'a pu être totale, le NMP s'assimilant à un échec relatif ».

Dans le cas précis de l'hôpital public français, le moins que le puisse dire, après quatre années d'application de la loi HPST, est qu'il est permis de ne pas partager l'enthousiasme de ceux qui voyaient (et continuent encore de voir) dans cette loi la panacée pour venir à bout des difficultés. Cette position faite de doute et de scepticisme repose sur plusieurs arguments.

Le premier est que la problématique de la rationalisation des coûts ne paraît pas correctement posée. Il n'est évidemment pas question de nier la nécessité de la mise en place d'un contrôle plus strict du budget de l'hôpital public. Toutefois, comme cela a déjà été souligné ci-dessus, la France jouit d'un système de santé classé parmi les meilleurs au monde (y compris par l'OMS), malgré les insuffisances qui peuvent y être constatées. Or, le coût de ce système, bien que supérieur à ce qu'il est en moyenne dans l'ensemble des pays de l'OCDE, n'est pas le plus onéreux des pays développés. Ainsi, en 2007, les dépenses totales de santé par habitant en France sont deux fois moins élevées que celles enregistrées

aux États-Unis (OCDE, 2009). La différence entre les deux pays réside dans le caractère de ces dépenses, qui sont majoritairement socialisées en France alors qu'elles sont privées pour l'essentiel aux États-Unis. L'argument selon lequel le coût des soins de santé est excessif en France, et que cet excès est dû largement à la mauvaise gestion de l'hôpital public, sans être infondé, doit cependant être relativisé.

En second lieu, il semble bien que la loi HPST ne s'attaque pas véritablement à l'un des problèmes majeurs du point de vue du personnel hospitalier, à savoir la surcharge de travail et la répartition « peu rationnelle » des tâches, pourtant souligné avec insistance par la Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital (2008). Aussi, peut-on s'interroger sérieusement sur la réalité des « progrès » qu'apporte cette réforme sur le plan organisationnel. Dans une certaine mesure, on peut même dire que, par rapport au modèle bureaucratique d'organisation antérieur, on enregistre une certaine perte d'efficacité, en raison du scepticisme manifesté par les personnels hospitaliers (et plus particulièrement le personnel soignant) face à la réforme, ce scepticisme se traduisant par des résistances (plus ou moins assumées explicitement) aux changements qui leur ont été imposés sans réelle concertation. Notons au passage, que cette attitude faite de résistances (peu ou prou conscientes) face aux changements introduits sans réelle discussion, est bien connue des spécialistes de l'organisation. En France, elle a été très bien analysée par le sociologue Michel Crozier (2005), qui avait coutume de dire que l'« *on ne peut changer la société sans elle, et par simple décret* ». Ce qui, en d'autres termes, veut dire qu'une réforme organisationnelle conduite par en haut, sans implication des acteurs à tous les échelons, y compris de base, est vouée à rester lettre morte.

En troisième lieu, enfin, les adeptes du *New Public Management*, conformément au crédo libéral auquel ils adhèrent sans nuance, font preuve d'une foi inébranlable dans les vertus du marché et de ses mécanismes de régulation. Or, grâce à Oliver Williamson (1996) et à sa contribution à la théorie des coûts de transaction, nous savons que le marché n'est pas toujours, ni partout, la meilleure solution aux problèmes. Ainsi est-il, lorsque l'offre et la demande sont le fait d'un nombre d'acteurs limité, lorsque les conditions de production sont incertaines ou complexes, lorsque l'opportunisme des agents se traduit par un coût élevé de passation d'un contrat, et… lorsque la procédure d'investissement est rigide. Dans tous ces cas, le modèle hiérarchique qui internalise la transaction (i.e. la remet à l'intérieur de l'organisation), s'avère plus efficace. La réforme de l'hôpital public en France risque donc, dans certaines situations, de produire les effets inverses à ceux attendus en termes de coûts de production des soins.

Un bon exemple de ce type de situations se trouve dans le contrat de service public, initié par la loi HPST, entre l'ARS et les cliniques privés. Comme dans

d'autres pays ayant engagé une réforme de leur système de santé, les autorités sanitaires françaises, animées par la volonté d'impliquer les cliniques privées dans le nouveau système de soins et d'instaurer avec elles des relations de confiance, ont mis au point des contrats de longue durée entre l'ARS et ces cliniques. Ce type de contrat présente naturellement des avantages : il permet d'une part d'établir des programmes de soins sur de longues périodes, tout en réduisant, d'autre part, les coûts de transaction. Mais, dans le même temps, le système hybride de soins ainsi mis en place, s'il permet certes de remédier aux rigidités de l'ancienne organisation bureaucratique, prive l'ARS de la possibilité de faire jouer en permanence la concurrence entre les différentes cliniques privées, partenaires de l'hôpital public, avec comme résultat des coûts de production des soins en perpétuelle augmentation, les cliniques privées n'hésitant pas user de la clause de « dépassement d'honoraires » dont elles bénéficient contractuellement. Formulé autrement, les contrats entre l'ARS et les cliniques privées laissent fatalement des « zones d'incertitude » que ces dernières exploitent fort habilement pour orienter les prix de leurs prestations à la hausse, profitant ainsi du double phénomène, induit par ce fameux contrat de service public, de désactivation des mécanismes du marché et de relâchement des contrôles assurés par les pouvoirs publics.

On le voit, le nouveau modèle organisationnel de l'hôpital public français inspiré par le *New Public Management* présente des avantages mais aussi des limites. La réforme est dès lors légitimement critiquable non seulement au regard de ses justifications doctrinales ou idéologiques, mais aussi par rapport à ses résultats en terme de coûts et de gouvernance.

Conclusion

La réforme de l'hôpital public en France s'inscrit dans une évolution globale qui, engagée à la fin des années 1970 au Royaume Uni et dans les autres pays anglo-saxons, s'est progressivement étendue à l'ensemble de la planète. Résumée en quelques mots, cette évolution consiste dans le basculement d'un monde régi par les principes interventionnistes, issus du marxisme et surtout du keynésianisme, à un monde consacrant le triomphe du libéralisme (ou plutôt du néolibéralisme, précisent certains). Le *New Public Management*, source doctrinale d'inspiration de la loi HPST, est la traduction au niveau de la gestion des services publics de ce basculement mondial.

Dans ce contexte, le gouvernement de François Fillon (sous la présidence de M. Sarkozy, élu en mai 2007) a lancé toute une série de réformes allant dans le même sens, dont celle de l'hôpital public en 2009, réforme sans doute utile sur de plusieurs plans mais critiquée par une partie de l'opinion française au motif

qu'elle organise la « marchandisation » du service de santé, jusque là considéré comme un « bien public ».

Cette critique, émise au moment de la discussion de la loi au parlement français (c'est-à-dire ex-ante), trouve ex-post quelques points d'appui dans l'évaluation qui est faite aujourd'hui des cinq années d'application de cette réforme. Et, en effet, le bilan est assez mitigé. Sans doute des progrès ont-ils été enregistrés, notamment sur le plan de la gouvernance de l'hôpital public, avec un Directeur d'établissement dont l'autorité a été renforcée et un Conseil d'administration transformé en Conseil de surveillance doté de prérogatives élargies en matière de contrôle. Par ailleurs, des améliorations ont été constatées avec la mise en place des Communautés hospitalières de territoires et de l'Agence régionale de santé : cette dernière, grâce à la faculté qu'elle a d'impliquer sur la durée les cliniques privées dans la chaine de soin, a pu agir dans le sens d'une meilleure gestion des coûts (en particulier des coûts de transaction).

Toutefois, au-delà de ces aspects positifs, la réforme montre aussi plusieurs limites. En effet, faute d'avoir été suffisamment négociée avec les personnels de l'hôpital (soignant et administratif), elle se heurte dans sa mise en ouvre à des résistances plus ou moins conscientes et plus ou moins assumées. En outre, si les partenariats avec les cliniques privées sont d'un réel apport au système de santé, ils ne favorisent pas toujours les économies de coûts tant recherchées : la renonciation au jeu de la concurrence dans les relations contractuelles avec les cliniques privées se traduit même assez souvent par une augmentation des coûts de production des soins.

Bibliographie

1. Articles et ouvrages

Amar Anne, Berthier Ludovic (2007), « Le nouveau management public : avantages et limites », *Gestion et Management Publics*, n° 5, décembre.

Aucoin Peter (2008). "New Public Management and New Public Governance: Finding the Balance", in *D. Siegel, K. Rasmussen (Eds), Professionalism & Public Service. Essays in Honour of Kenneth Kernaghan*, Toronto, Canada Institute of Public Administration, 16-33.

Auguste Olivier (2009), « Loi Bachelot : un texte d'apaisement au Sénat », *Le Figaro.fr,* Paris, 11 mai.

Crozier Michel, avec Tilliette Bruno (1995), « La crise de l'intelligence : Essai sur l'impuissance des élites à se réformer », InterEditions, Paris.

Crozier Michel (2005), « Le pouvoir confisqué » (interview donné à Dortier Jean-François), *Sciences Humaines* (hors série), n°9, Paris, mai-juin, pp. 37-39.

Ferguène Améziane (2014), "Growth and Development: the New Role of the State in the Context of Globalization", Contribution to *International Business in the World Economic System*, Publishing House "Universal", TSU Collective of Authors, 2014, 162-185.

Ferguène Améziane (2010), « Sociologie des Organisations », publications de l'UPMF, coll. Fragments de cours, Grenoble, octobre.

Ferguène Améziane (2010), « Institutions, Gouvernance et Développement », (en collaboration avec Coissard Steven), Les Cahiers du CREAD, n°91, Alger, Juin, pp. 5-32.

Huron David, Spindler Jacques (Etudes coordonnées par), (2008), « Le management public en mutation », L'Harmattan, Paris

Merrien François-Xavier (1999), « La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique », *Lien social et Politiques*, n° 41, Paris, Printemps, p. 95-103.

OCDE (2009) « Panorama de la santé 2009 : les indicateurs de l'OCDE », Paris.

Osborne David, Gaebler Ted (1993), "Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector", Plume Book, New-York.

Power Michael (2005), « La société d'audit : l'obsession du contrôle », La Découverte, Paris (traduction française de l'ouvrage paru initialement en anglais sous le titre : « The Audit Society : Rituals of Verification »).

Verdier-Molinié Agnès (2008), « Réforme et gouvernance de l'hôpital public : un pas en avant », *iFRAP (Institut Français pour la Recherche sur les Administrations et les Politiques publiques)*, Paris, 22 septembre.

Williamson Oliver Eaton (1996), "The Mechanisms of Governance", Oxford University Press, New-York.

2. Etudes et rapports

Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital (présidée par Gérard Larcher), (2007), « Etat des lieux », Paris, décembre.

Larcher Gérard (Président de la Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital), (2008), « Les missions de l'hôpital », La Documentation Française, 172 pages, Paris, avril.

Molinié Éric (2005), « L'hôpital public en France : bilan et perspectives » (étude présentée par Eric Molinié), Conseil économique et social, Section des affaires sociales, Paris, 264 pages.