

Origines et développements des partenariats privé-public en santé dans les pays développés : principes, enjeux et défis institutionnels

Hachimi Sanni Yaya

Chercheur postdoctoral

Yale University, School of Management

135, Prospect Street

New Haven, CT 06520-8200

Hachimi.Sanni-Yaya@yale.edu

Origines et développements des partenariats privé-public en santé dans les pays développés : principes, enjeux et défis institutionnels

Hachimi Sanni Yaya

Résumé

Les partenariats public-privé (P3) apparaissent depuis quelques années comme un élément central des idées sur la nouvelle gestion publique (NGP) et des débats portant sur la redéfinition du rôle de l'État. À une époque où l'ouverture des marchés rend la compétitivité de plus en plus féroce, et où l'ampleur des dettes publiques oblige les gouvernements à être plus performants dans un contexte de raréfaction des ressources, les P3 semblent constituer de l'avis de pouvoirs publics, une réponse efficace aux difficultés à la fois budgétaires et managériales des États dans le financement de certains projets d'envergure, la gestion des services publics et l'amélioration de la prestation de services aux citoyens. Selon plusieurs auteurs, les vieilles approches keynésiennes fondées sur l'interventionnisme étatique ne peuvent plus être soutenues, ne serait-ce qu'en raison des difficultés que vit le secteur public. Le principal argument en faveur de ces partenariats est qu'ils constituent pour l'État une façon de tirer avantage des capitaux et de l'expertise du secteur privé pour réaliser des initiatives qui auraient été autrement trop coûteuses. Mais la coexistence entre un maître d'ouvrage public et un maître d'œuvre privé, si elle semble davantage admise dans certains domaines, suscite de nombreuses craintes dans le secteur de la santé.

Cet article veut contribuer à alimenter la réflexion sur l'ensemble des questions liées aux partenariats public-privé en santé en situant les contextes historiques qui ont contribué à leur émergence et en identifiant les contraintes, enjeux et défis qu'ils impliquent dans un secteur aussi sensible. Nous suggérons également que les P3 constituent une alternative qui devrait compléter et non de remplacer l'investissement de l'État car l'enjeu véritable pour les services publics en est véritablement un de gestion et de réorganisation. En effet, le défi aujourd'hui pour l'État est d'utiliser de façon optimale les possibilités qu'offre une meilleure gestion et les moyens que donnent une bonne gouvernance afin de façonner un système de santé à la hauteur des préférences individuelles et à la mesure des attentes des usagers.

Mots clés : État ; gestion des soins de santé ; réformes de la santé ; partenariats public-privé.

Classification JEL: H51, I11, I18, I19, L32, L33.

Introduction

La santé qui a toujours été une valeur importante dans les sociétés occidentales semble devenue depuis quelques décennies une priorité sociale fondamentale pour tous les gouvernements à l'échelle planétaire qui continuent d'ailleurs d'y consacrer une part importante de leurs ressources. Selon les récentes données de l'OCDE, la part des dépenses en santé dans les pays membres est passée en moyenne, de l'ordre de 13 % du PIB en 1997 à 14.6 % en 2002. Au cours des dernières décennies, le vieillissement de la population avec son corollaire, l'allongement de l'espérance de vie, l'évolution des thérapeutiques, les modes de vies adoptées par les sociétés occidentales, la dégradation de l'environnement, la perversion des incitations à la consommation médicale et les attentes croissantes de la population de même que l'incapacité des gouvernements à réagir à temps ont plus que jamais entraîné d'importantes dérives financières, dans un système qui a longtemps fonctionné comme un guichet ouvert.

Encore aujourd'hui, le tabagisme, l'obésité et le surpoids, les problèmes cardio-vasculaires et respiratoires, les maladies rhumatismales, les troubles de l'appareil locomoteur, les maladies infectieuses comme le Sida, le diabète ou encore le cancer solliciteront davantage dans de nombreux pays, les ressources de gouvernements déjà menacés de paralysie et s'acheminant inlassablement vers la banqueroute. Par ailleurs, la vétusté des infrastructures socio sanitaires, la pénurie actuelle et future de professionnels de santé, la complexité de l'organisation et de la gestion des institutions socio sanitaires dans de nombreux pays, la déresponsabilisation des divers acteurs (médecins, patients, gestionnaires) de même que les stratégies parfois douteuses des interventions publiques (si on en croit les statistiques, les gouvernements consacrent davantage d'argent dans les thérapeutiques plutôt que dans la prévention) sont autant d'indices qui montrent très bien que le scénario catastrophe envisagé par certains n'est pas qu'une vue de l'esprit.

La santé semble donc devenue une lancinante énigme pour les gouvernements. À une époque où les besoins se font de plus en plus grands et les ressources de plus en plus limitées, il est impérieux pour les gouvernements de trouver les voies et moyens pour contenir le fort potentiel inflationniste que représente le secteur de la santé, sans pour autant nuire à la qualité, l'universalité, l'accessibilité et l'étendue des soins prodigués aux patients, ou tout simplement, aboutir à ce que d'aucuns ont qualifié d'« apartheid médical ».

Ainsi, durant les récentes décennies, diverses stratégies ont été proposées afin d'encourager des innovations efficaces dans la prestation des soins et la gestion des systèmes de santé de nombreux pays. L'accroissement exponentielle des besoins et les profondes mutations subies par les systèmes de santé de par le monde, les contraintes fiscales et financières de mêmes que les multiples contingences socio-économiques et politiques forcent donc aujourd'hui les gouvernements à se réajuster et à faire de choix difficiles et déchirants afin de remplir adéquatement leur rôle de puissance publique et de pivot de l'organisation sociale et économique.

C'est dans ce contexte de crise cumulative de financement, de l'offre et de la qualité de soins de santé et surtout de rigueur budgétaire qu'est apparue l'idée des partenariats public-privé. Ces partenariats sont destinés à améliorer l'efficacité et l'efficience des services publics et à renforcer leur viabilité tant financière, opérationnelle qu'infrastructurale. Cette solution à mi-chemin entre la privatisation pure et simple des services publics et une gestion exclusivement publique suscite un grand intérêt, à la lumière des perspectives qu'elle offre et des alternatives qu'elle promet. En effet, les partenariats public-privé suscitent aujourd'hui un fort engouement et s'illustrent comme une avenue potentielle du processus de réforme de l'État. En plus de jouer un rôle de catalyseur en ce qui a trait à la qualité, l'efficience et l'efficacité avec laquelle les services publics sont dispensés par l'adjonction d'actifs similaires ou complémentaires et la coopération verticale entre les secteurs public et privé, ces partenariats permettent aux parties de capitaliser sur l'apport réciproque des compétences et des capacités de chacune en créant un effet de synergie et par le fait même, favorisent semble-t-il, un partage des risques et la réalisation d'économies d'échelle substantielles.

Mais si en moins de quelques décennies, les discours sur les partenariats public-privé semblent devenus omniprésents et que gouvernements, politiques, chercheurs et dirigeants d'entreprise l'ont adopté et même élargi, un flou relatif semble encore subsister sur les circonstances historiques, économiques et politiques qui ont consacré l'émergence de cette nouvelle façon de faire dans l'arène publique. C'est pourquoi une appropriation de cette problématique, de ses enjeux et des conséquences qu'elle implique surtout dans le secteur socio sanitaire pour les pouvoirs publics s'impose et c'est précisément l'objet que se donne cet article.

Les partenariats public-privé comme alternative au dirigisme étatique : de l'État assurantiel et opérateur à l'État stratège ?

Les partenariats public-privé n'ont pas surgi comme un « coup de tonnerre dans un ciel serein » et doivent leur origine à un contexte de perte par l'État dans plusieurs pays industrialisés, de sa légitimité et de la démonstration de ses limites et de son inefficacité dans de nombreux domaines. Le discrédit de la doctrine keynésienne, la forte croissance du chômage et de l'inflation, l'endettement des gouvernements, la déroute économique et des effets de fracture sociale qui en ont résulté aux lendemains de la crise d'octobre 1929, ont renforcé les limites de dirigisme étatique. En fait, c'est tout un ensemble de prémisses de la gestion publique et de la politique économique qu'il a fallu fortement reconsidérer, à une époque où le populisme redistributif des États poussé à l'extrême, le gaspillage des capitaux publics et la mauvaise gestion semblaient le lot des administrations publiques.

La réduction du rôle et de la taille de l'État dictée par les contraintes financières et la montée des idéologies néolibérales des décennies 80 avec Thatcher en Grande-Bretagne et Ronald Reagan aux États-Unis ont amené divers gouvernements à miser sur la déréglementation et l'instauration d'un État minimal et moins obèse. Le rôle de celui-ci devait se limiter à quelques fonctions régaliennes comme le contrôle de la masse monétaire, la police et la défense nationale et la diplomatie. C'est donc véritablement durant les décennies 80 qu'on assistera à la construction moderne du dogme primaire de la réforme des administrations publiques jugées moins efficaces, au motif que l'État *suis generis* ne pouvait être que budgétivore, bureaucrate et piètre gestionnaire, alors que les lois du marché, de par leurs contraintes et exigences, placent le privé à un niveau beaucoup plus reluisant.

En fait, le thatchérisme et le reaganisme comme idéologies d'économie politique ont véritablement été les deux courants à l'origine à la fois des privatisations et plus tard des diverses formes de partenariats public-privé à l'échelle internationale. Ces courants combinés à plusieurs d'autres remettent en cause les formes traditionnelles de l'État. L'objectif qui se situe en toile de fond de cette approche consiste tout simplement à évoquer le cul-de-sac et l'impasse économique dans lequel se retrouve l'État pour justifier le recours au secteur privé pour le financement de l'investissement public, le secteur privé s'endettant à la place de la collectivité publique. Mais il faudra attendre l'arrivée de John Major qui a succédé à Thatcher en 1990 pour que les projets de partenariats public-privé voient véritablement le jour avec les programmes de PFI (*Private Finance Initiative*) qui permettraient de financer la réalisation et la construction d'infrastructures publiques grâce à des investissements privés sans alourdir le budget de l'État et le principe clé de cette approche est celui du rapport qualité/prix (*Best Value for Money*).

Quelques décennies plus tard, le gouvernement travailliste de Tony Blair (qualifié par d'aucuns comme l'incarnation d'un thatchérisme à visage humain) reconduira les principes qui avaient jadis guidé les PFI (*Private Finance Initiative*) et développera la notion de *Public Private Partnership* (PPP) afin de faire pénétrer le marché non seulement au cœur non des organisations publiques britanniques, mais à l'intérieur des services publics eux-mêmes. Le dessin avoué du gouvernement britannique vise à entreprendre une réforme profonde de la place et du rôle de l'État en adoptant une nouvelle conception (en rupture avec l'approche traditionnelle) des services publics qui seraient condamnés à disparaître et à s'épuiser si rien n'était fait.

Selon les travaillistes, les P3 permettront d'accroître les investissements dans un contexte où il faut remédier à des années de négligence et à des besoins en termes d'infrastructures (santé, transports, éducation et autres) plus qu'urgents. Ils sont également destinés à faire supporter le poids des risques liés au dépassement de délais et de coûts non plus aux contribuables mais aux entreprises,

qui ont tout intérêt à gérer ces risques et ont les compétences requises pour le faire. Du fait que c'est le secteur privé qui met son capital en jeu, le gouvernement, ou plus exactement les contribuables, n'est plus obligé de les supporter. Cet enjeu semble d'autant plus impérieux que depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, c'est-à-dire 1945, le service public britannique se bat contre l'instabilité financière d'une économie en dents de scie et souffre de l'absence de réformes engagées pour les moderniser et les centrer sur l'usager. L'objectif de l'État à travers les partenariats public-privé est donc de remettre en cause le *statu quo* et de redimensionner la sphère publique en fonction des besoins de notre époque où innovation, qualité, efficacité et efficience constituent désormais des aspects qui devront renforcer la cohérence et l'action de l'État.

L'émergence des partenariats public-privé en santé : d'une logique d'efficacité à l'expression d'une logique d'efficience ?

“Apparue depuis l'époque moyenâgeuse, l'hôpital est aujourd'hui, comble du paradoxe, très souffrant”¹, et la santé elle, véritablement malade². Il ne aucun doute que les services de santé traversent l'une des plus grandes crises de leur histoire, comme en témoignent d'ailleurs la kyrielle de plans de redressements proposés par les gouvernements, de contrats de performance, de lois spéciales et d'ordonnances qui trahissent l'existence même de ces difficultés dans plusieurs pays. Et pourtant, la technologie médicale a fait depuis plus de vingt ans des progrès spectaculaires et inespérés. L'évolution des thérapeutiques, l'essor des techno sciences et l'apparition de nouvelles technologies de pointe ont réduit la durée moyenne des séjours en soins aigus. Par ailleurs, le vieillissement de la population, la paupérisation d'une frange de plus en plus grande de la population, la dégradation de l'environnement et les modes de vie adoptées par les sociétés occidentales créent de nouveaux besoins en santé.

En outre, la dérive des dépenses en santé et les importants déficits publics engendrés par les établissements hospitaliers poussent de plus en plus de gouvernements à envisager une maîtrise des dépenses en santé, à une époque où les besoins se font de plus en plus grands, et où les ressources, sont, de plus en plus limitées. La santé n'a peut-être pas de prix (logique d'efficacité), mais elle a un coût (logique d'efficience), coût que les États ont de plus en plus de la difficulté à supporter, compte tenu des pressions financières qui pèsent sur eux. À cela, il faut ajouter qu'en dépit des avancées médicales, les services hospitaliers sont de plus en plus exposés à une baisse de la qualité des soins prodigués aux patients, à l'accroissement des erreurs médicales et à l'augmentation de la mortalité intra hospitalière.

C'est sans doute dans le but d'assurer la stabilité et la viabilité du système de santé que plusieurs gouvernements dans divers pays ont entrepris des réformes, réformes qui nécessitent d'une part, l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services offerts et d'autre part, d'énormes investissements et au même moment, un contrôle de la croissance des coûts de santé, particulièrement dans un contexte où les ressources sont limitées. Si la croissance des dépenses publiques en santé et les pressions budgétaires ont véritablement incité les gouvernements à rechercher des alternatives différentes pour financer et dispenser les services de santé, l'émergence des partenariats public-privé dans ce secteur au cours des récentes décennies devrait permettre l'optimisation des ressources et la répartition efficace des risques, en plus d'accroître la capacité des États à maintenir une vue d'ensemble stratégique de la prestation des soins de santé dans un cadre responsable et viable.

¹ Baptiste, J. (2002). « La privatisation des hôpitaux : la planche du salut ». *Conscience Politique*, octobre, p. 6

² Pauchant, T. C. et al. (2002). *Guérir la santé. Un dialogue de groupe sur le sens du travail, les valeurs et l'éthique dans le réseau de la santé*. Éditions Fides, Presses HEC.

Afin de permettre à l'État d'assurer des services collectifs de première ligne de qualité à moindre coût, les partenariats public-privé se proposent de mobiliser des acteurs aux intérêts divergents sur des projets communs et d'utiliser au mieux la compétence de chacun des acteurs afin de répartir les risques et de partager les bénéfices communs. À cet égard, ces partenariats supposent une collaboration étroite entre le secteur public et le secteur privé et un partage des responsabilités (et dans une certaine mesure, de la propriété) garanti par un contrat d'une durée déterminée. La réalisation d'objectifs stratégiques explique fondamentalement la réalisation de partenariats public-privé. Par ce moyen, le secteur privé délivre l'État du lourd fardeau financier et du risque lié à des projets d'investissements importants d'une part. D'autre part, le recours aux capitaux privés réduit le besoin d'endettement des gouvernements qui préfèrent adopter des politiques d'austérité en matière de dépenses publiques (Savas, 2002 ; Kulshreshtha, 2002).

La collaboration public-privé, tout en permettant le partage des ressources et des expertises entre secteur public et secteur privé, permet d'accéder à des avantages auxquels les deux entités ne pourraient prétendre individuellement. À cet égard, l'alliance permet donc à une organisation d'aller au-delà de l'utilisation de ses ressources internes propres et d'exploiter des facteurs externes pour atteindre ses propres objectifs (Anderson, 1988 ; Benghozi et al. 1999). D'ailleurs l'engouement des gouvernements pour cette formule laisse penser que la solution à une partie des maux qui minent le secteur public ne repose plus aujourd'hui sur l'opposition séculaire public/privé, mais plutôt sur à un rapprochement, une complémentarité et une interpénétration accrues des deux. En effet, les secteurs public et privé ont chacun leurs points forts et leurs points faibles, et il est impossible de conclure à la supériorité systématique de l'un par rapport à l'autre. Le secteur public a besoin du secteur privé afin d'accéder non seulement au capital, à une certaine expertise et à une technologie à moindre coût, mais aussi et surtout à un partage des risques, à la sécurité de l'approvisionnement et à l'expansion des infrastructures.

Ainsi, qu'il s'agisse des réformes radicales en Grande-Bretagne, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, ou encore des réformes planifiées au Pays-Bas ou du gradualisme en Australie et au Canada (Tuohy, 2001), les gouvernements veulent chacun à leur façon réformer leurs systèmes de santé en associant à la logique d'efficacité, une logique d'efficience. Ces partenariats qui peuvent prendre soit la forme de contrats de service, de contrats de gestion ou de conception-construction-exploitation voire concessions, visent globalement un triple objectif : 1) permettre aux instances publiques d'accéder au capital privé et à une meilleure gestion ; 2) faire bénéficier le secteur public de l'expertise du privé et permettre à l'État d'accéder à une technologie à moindre coût, mais aussi et surtout à un partage des risques, à la sécurité de l'approvisionnement et à l'expansion des infrastructures en santé ; 3) utiliser à bon escient la flexibilité et la rigueur reconnues au secteur privé afin de contrebalancer la lenteur des règles de procédures du public, ce qui permettrait ainsi une meilleure adaptation des moyens de l'État à ses fins.

Enjeux et défis des partenariats public-privé en santé : la simplification du compliqué peut-elle aggraver la complexité ?

La question des partenariats public-privé a été agitée au cours des dernières décennies et s'inscrit dans le débat sur le rôle de l'État et des institutions publiques dans la société. L'idée de promouvoir de nouveaux partenariats public-privé semble gagner de plus en plus en popularité. Celle-ci traduit dans une certaine mesure, la recherche par les gouvernements de nouvelles façons d'offrir des services de santé efficaces à moindre coût, et de mettre en place des infrastructures qui favorisent le développement socio-économique afin de contribuer ainsi au maintien d'une bonne qualité de vie (Walzer et al. 1998).

Les partenariats public-privé ont fait et continuent encore de faire l'objet de vives controverses, de débats acrimonieux et de contestations dans de nombreux pays entre partisans et opposants. Aux critiques acerbes des milieux syndicaux et de certaines organisations professionnelles, il faut également ajouter les réticences des milieux universitaires et même de certains fonctionnaires de l'administration publique qui doutent à la fois du pragmatisme, du réalisme et de l'efficacité de cette approche. Par ailleurs, ses partisans allèguent que l'avenue des P3 est bénéfique d'autant plus que ceux-ci permettraient de réaliser des économies d'échelle pouvant aller de 15 à 25%, ce qui paraît substantiel et non négligeable dans le contexte actuel de la crise des finances publiques. Mais au-delà des considérations idéologiques et des questions de chiffres, il semble que la fumée qui obstrue la vision de ceux qui s'intéressent aux P3 est loin de se dissiper tant la question est complexe et s'accommode mal de l'approximation, voire de l'improvisation romantique. C'est pourquoi il nous paraît de prime abord nécessaire de faire évoluer le débat actuel sur les partenariats public-privé en santé en dépolarisant ceux-ci de leurs courants idéologiques et de leurs considérations dogmatiques et paradigmatiques.

Car même s'il est évident que le secteur privé a aujourd'hui un rôle à jouer aux côtés du secteur public dans la fourniture, la construction d'infrastructures, et le financement et la gestion des soins de santé à divers degrés, ce rôle varie en fonction des valeurs, des choix de société, de l'expérience et des capacités de chaque pays. L'idée de la coopération ou des alliances stratégiques est plus qu'un souhait ; c'est une nécessité et l'expérience atteste qu'elle peut être une perspective ou une alternative viable et efficace pour des entités aux ressources limitées et évoluant dans un environnement incertain aux frontières élargies. Mais le plus important à notre avis, est de ne pas se borner à privilégier à travers cette approche, des objectifs de réduction de coûts, au péril de la qualité, de l'accessibilité et de l'universalité de services de santé. En effet, l'introduction d'une logique marchande risque-t-elle de mettre en péril les principes même du fonctionnement et les valeurs de base inhérentes aux soins de santé ? L'exemple le plus éloquent de l'importance de ces enjeux est sans doute le modèle américain qui cumule les dépenses en santé les plus importantes au monde, mais où la population se révèle incapable d'accéder aux soins de santé pour des raisons financières et où les indicateurs en matière de santé de la population ne sont guère reluisants.

Les partenariats public-privé ne constituent sans doute pas la finalité du processus de modernisation de l'État dans les pays industrialisés. Cependant, il est indéniable que la logique qui veut qu'une organisation puisse déléguer certaines de ses fonctions accessoires et périphériques afin de concentrer ses ressources et ses énergies à la réalisation de sa mission nous semble revêtir une certaine dose de bon sens. Mais s'assurer que les choses soient faites selon ses exigences, ses conditions, normes et paramètres n'implique pas forcément de les faire soi-même. Ceci suppose donc que l'État ne devrait pas exclure de faire appel au dynamisme et aux compétences du secteur privé dans la réalisation de certaines missions, ou la prestation et la fourniture de services publics, lorsque cela implique un bénéfice et donne de meilleurs résultats. Ces avantages doivent être évalués en termes de gestion partagée du risque, de qualité accrue du service rendu, de réduction des coûts engendrés et de gestion budgétaire facilitée.

Cependant, si les organisations publiques sont aujourd'hui confrontées à l'impérieuse et nécessaire respecialisation dans leur métier de base, il faut reconnaître par ailleurs que la question du financement et de la gestion des services de santé est complexe et que leur réforme représente aussi un problème complexe que les seuls P3 ne peuvent régler. Par conséquent, le défi pour les pouvoirs publics consiste à préciser, mais aussi à circonscrire le rôle véritable du privé dans un secteur aussi sensible d'autant plus que les systèmes de santé se divisent communément en plusieurs composantes dont la régulation, le financement, l'affectation, la prestation et la production. En effet,

certaines formes de prestation ou de financement privé des services médicaux et hospitaliers ne sont pas sans conséquences et peuvent, soit laisser une part importante des coûts de soins à la charge des patients (avec notamment l'introduction de tickets modérateurs), ou tout simplement conduire à l'émergence de filières de soins qui refuseront de prendre en charge les malades impécunieux ou les pathologies trop chères. La question qu'on ne peut alors s'empêcher de poser dans de telles circonstances serait celle de savoir si le financement privé des soins de santé pourrait respecter l'équité verticale, c'est-à-dire celle qui dépendrait jusqu'à un certain point de la capacité de payer des individus. Or, Tobin (1970) suggère que l'accessibilité de la population à certains biens comme les soins de santé ne devrait pas dépendre du revenu, ne serait-ce qu'en raison du fameux principe d'« égalitarisme spécifique ».

Même s'il reconnaît l'apport potentiel du secteur privé³ dans la prestation et la fourniture de certains services en matière de soins de santé, Jütting (1999) fait remarquer que l'incursion de celui-ci dans ce secteur n'est pas sans risques, essentiellement pour des raisons liées au fait que le secteur privé viserait avant tout des objectifs de profit⁴. On se retrouve alors en présence de deux logiques a priori antagonistes et inconciliables, où les ambitions de l'un ne servent pas nécessairement celles de l'autre. C'est pourquoi, comme le suggère Relman (1992), les partenariats public-privé ne doivent en aucun cas être considérés comme une panacée car leur pilotage dans un secteur aussi délicat se révèle un exercice difficile et complexe dont s'en sortent seuls les plus futés. Il s'avère donc impérieux pour les gouvernements de clarifier les politiques en la matière, de mettre en place un cadre de gouvernance adéquat (l'État devra s'assurer que sa vision est pleinement reflétée dans les P3), d'accumuler les connaissances nécessaires à l'apprentissage institutionnel et de diffuser les meilleures pratiques.

Il faut en outre garder à l'esprit que les P3 n'ont de chance de réussir que dans la mesure où ils représentent et protègent les intérêts de la collectivité et incitent le secteur privé à y trouver son compte et à y apporter son efficacité et son dynamisme. C'est pourquoi Aubert et Patry (2003) proposent dix conditions de succès pour la réussite des partenariats public-privé. Les auteurs distinguent entre autres : un partage équitable des gains, un appui inconditionnel des dirigeants politiques aux partenariats, une démarche légitime (qui reçoit donc l'appui populaire), des ressources humaines de qualité, une évaluation rigoureuse de la performance des services publics, une définition précise des objectifs visés, une régie efficace des ententes, une sélection rigoureuse des partenaires et le design d'une entente originale entre les partenaires. En outre, la mise en œuvre de projets en collaboration avec le secteur privé exige courage, transfert de garanties de la part du secteur privé, protection de l'emploi et des travailleurs, clairvoyance, abnégation, mais aussi prudence, patience et souci d'accessibilité et de pérennité des services publics. Par ailleurs, l'engouement des gouvernements pour cette formule laisse penser que la solution à une partie des

³ Les avantages des partenariats public-privé s'évaluent en termes d'efficacité, d'accessibilité et d'échange d'expertise et de ressources. Jütting (1999) identifie en effet ce bénéfice à trois niveaux : 1) improved efficiency – either by reducing the cost of the service or increasing the quality and effectiveness of the service; 2) improved access to health services for under-served populations and access to under-provided services, by using the most cost-effective means of service delivery and by using private sector resources, 3) generate additional resources and revenue for the public sector by leasing facilities/equipment or expertise to the private sector at a reasonable cost. The number of higher income and insured patients was steadily declining and improved billing systems alone would not compensate for the declining numbers of private patients.

⁴ 1) Private providers respond to the population's willingness to pay for health care. As a result, they will serve those groups in the population who are most willing to pay, such as affluent urban residents. The result will be increased inequity in access and use of health care, 2) Because of lower willingness to pay, private providers will undersupply socially desirable services, such as immunizations and personal preventive care. This will worsen allocative efficiency in the health sector, 3) Driven by the profit motive, and because they have significant control over demand, private providers will take advantage of patients by supplying more health care than is required. This is inefficient and may result in health-impairing actions, 4) Private providers can also take advantage of patients by providing low-quality health care, which may result in health and welfare losses.

maux qui minent le secteur public ne repose plus aujourd'hui sur l'opposition séculaire public/privé, mais plutôt sur à un rapprochement, une complémentarité, et une interpénétration accrue des deux.

Mais au-delà de ces principes forts louables, il faut préciser que les partenariats public-privé en santé sont loin d'avoir fait leur preuve et il y a lieu de se demander si l'on peut aujourd'hui, de façon réaliste, appuyer une réforme des services publics sur des conditions si rarement réunies ? Un système de soins tarabudé par une logique économique marchande et des décisions en matière d'affectation et de répartition des ressources peuvent-elle reposer sur l'unique critère d'efficacité ? Or, il semble de toute évidence que de nombreux domaines et facteurs échappent à l'économie, qu'il s'agisse de l'équité, de l'égalité, de la justice ou de la problématique des soins de santé (Deber, 1999). À cela, il faut ajouter que le financement privé des services médicaux, loin de renforcer le système public en « libérant » du temps et des ressources et en réduisant les listes d'attente, contribue à dévaloriser le système public, la mise en œuvre de régimes à financement mixte entraînant une gestion et une comptabilité lourdes (Conseil de la santé et du bien-être, 2003). En outre, en matière de financement et prestation de soins, Higgins (1988) a découvert que l'implication du privé conduisait à une surprestation de services et à la suppression de certains programmes de prévention, non rentables (santé communautaire, sida, réadaptation et autres). Quoiqu'il en soit, il semble que les soins de santé ne peuvent être comparés dans une perspective purement économique, à des biens usuels de consommation car ils échappent aux lois du marché. Très peu de personnes choisissent de consommer des soins (les abus en la matière ne représentent qu'un infime pourcentage) et il semble a priori difficile voire impossible de limiter l'obtention par des mesures exclusivement financières (Sloan, 2000 ; Donaldson et Currie, 2000). Enfin, il faut préciser que la prestation privée des services de n'a de sens que dans la mesure où l'État peut en contrôler le rendement et imposer des règles coercitives. Or, un tel contrôle se révèle souvent coûteux et nombre de services de santé sont trop complexes pour être soumis à une telle surveillance (Deber, 2002).

Quelles perspectives pour la réforme des systèmes de santé ?

Sur fond d'une crise structurelle, systémique et complexe d'une médecine qui absorbe une part considérable des ressources des gouvernements⁵ dans les pays industrialisés, les tensions économiques (financement public ou privé, qualité, efficacité ou efficacité), institutionnelles (éviter des risques ou gestion des risques socio-sanitaires, soins primaires ou aigus, standardisation ou personnalisation) et organisationnelles (horizontalité ou verticalité, planification rationnelle ou organisation autonome) cumulées aux efforts de rigueur budgétaire ont conduit les États à envisager des ententes contractuelles (P3) avec le secteur privé. Ces ententes se caractérisent généralement par un partage de financement, de risque ou de responsabilité à divers degrés et sont destinées à la réalisation de missions (infrastructure ou service) qui sont traditionnellement assumées par l'autorité publique. Les contraintes budgétaires des gouvernements les ont conduits jusqu'ici à se focaliser presque exclusivement sur la dimension financière de la réforme du système et moins sur ses aspects organisationnels et épistémiques sans lesquels aucun système n'est viable (Imbeau et al. 2002).

En effet, au-delà de la question du financement et de l'expertise privés, l'enjeu véritable pour les organisations socio-sanitaires est un de gestion et de réorganisation et le défi aujourd'hui pour l'État est d'utiliser de façon optimale les moyens que donnent une bonne gouvernance et une

⁵ Les dépenses en santé dans les pays industrialisés représentaient en 2003, près de 15,1% du PIB aux États-Unis, 10,8% en Allemagne, 10% au Canada, 10,3% au Québec et 9,7% en France, selon les données de l'Institut de la Statistique du Québec.

meilleure gestion, afin de façonner un système de santé à la hauteur des préférences individuelles et à la mesure des attentes des usagers. La question du financement est essentielle, mais non suffisante. D'autres aspects comme la continuité, l'intégration, et la coordination des services médicaux sont tout aussi importants. La performance d'un système dépendrait donc moins de sa seule structure de propriété que de son architecture organisationnelle, c'est-à-dire à la fois de sa configuration structurelle, de son processus de prise de décision et de son système de gouvernance. C'est pourquoi, nous estimons que pour qu'émerge une alternative viable aux problèmes réels et perçus du système sociosanitaire, il est impérieux que les acteurs développent cette intelligence de la complexité afin de rétablir les articulations entre ce qui est disjoint et incrémental, d'intégrer la multi dimensionnalité, de briser les sphères closes et de comprendre surtout les totalités intégratrices. Et c'est sans doute Edgar Morin qui avait raison lorsque pour paraphraser Bachelard, il disait : « Il n'y a rien de simple dans la nature, il n'y a que du simplifié ». Aux problèmes de financement du système, il faudra donc insuffler à cette dernière, une réelle capacité de gestion qui se traduit par :

- Une capacité à gérer et piloter les changements : à l'instar d'Edmond Burke, nous pensons que tout système qui n'a pas les moyens d'effectuer des changements n'a pas les moyens de se maintenir. Le changement et l'innovation apparaissent sans doute à la fois comme une contrainte et un défi pour les organisations de santé. Dans un contexte d'évolution technologique, de vieillissement de la population et de restrictions budgétaires, la capacité d'adaptation du système de santé aux mutations qui l'affectent est cruciale pour sa pérennité. Puisque les changements impliquent incertitude et supposent une expérimentation constante, Il est préférable qu'ils reposent sur une mobilisation des énergies et des réflexions de l'ensemble des acteurs impliqués (médecins, patients, pouvoirs publics et autres).
- Un renforcement des capacités en matière de leadership: la qualité des organisations de santé dépend en grande partie des niveaux de qualification et de compétence de leurs gestionnaires et il ne peut à la base avoir d'organisations publiques performantes sans des administrateurs eux-mêmes efficaces dans leurs domaines respectifs d'activité. En fait, la compétence est un moyen d'atteindre la performance ; elle est généralement ce qui conduit à la performance. Les défis et la complexité des mutations qui s'imposent aux organisations de santé nous rappellent constamment la nécessité pour les administrateurs publics d'aller au-delà de la gestion et de développer une réelle capacité de direction qui ne peut se résumer en une panoplie d'astuces et de techniques, mais en une efficacité déployée dans la bonne direction avec courage, transparence, volonté, vision et éthique.
- Une plus grande imputabilité et l'établissement d'une politique redditionnelle des comptes : en effet, comme le suggère bien Dubois (2004), « pour améliorer la performance et le fonctionnement des systèmes de soins, l'imputabilité a été placée au cœur des processus de transformation et présentée comme un ingrédient essentiel de la bonne gouvernance ou encore un outil incontournable pour atteindre les objectifs des réformes ».

Conclusion

« Lorsque la viande n'est pas tendre, le couteau peut parfois très mal couper », disait un proverbe malien ! Et ceci pourrait très bien s'appliquer au débat actuel sur le rôle du privé en santé. La critique du secteur public est à la fois justifiée, fondée rationnellement, mais aussi exagérée, déraisonnable et très souvent déterminée par des modes intellectuelles, esthétiques, idéologiques et culturelles. Il y a et il y aura encore beaucoup de tâches que l'État devra accomplir, et certainement

des domaines d'activité où le privé est plus apte à agir et de façon plus efficace. À ce chapitre, celui de la santé n'en est pas systématiquement un.

L'efficacité et la justesse d'une stratégie ne se jugent pas sur ses intentions, mais sur ses résultats possibles, probables ou avérés. Or, les expériences entreprises à l'échelle internationale suggèrent pour l'instant que les réalisations effectives de partenariats public-privé en santé ont trait aux services de soutien, comme la cafétéria, la restauration, la buanderie et l'entretien ménager, ces services ne faisant pas partie du *core business* du secteur hospitalier (Danaradjou, 2000). On peut aussi douter de l'importance réelle de ces partenariats comme voie de solution pour régler à long terme les problèmes des systèmes de santé. Les systèmes de soin de santé aujourd'hui ne manquent pas seulement que de ressources ; ils manquent aussi et surtout d'imagination quant à la façon de gérer et de répartir les ressources (Feather, Albert, Angus, Auer et Cloutier, 1995).

Pour terminer, il faudra évidemment que les populations soient éduquées et diminuent les comportements à risque car les pratiques de la médecine dans plusieurs pays semblent ne pas favoriser tout à fait pas la prise en charge par la population de sa santé. On voit là l'importance d'une approche holistique qui mobilise l'ensemble des acteurs impliqués (professionnels et personnel du système, population, politiques, etc.). Enfin, la viabilité du système repose sur sa flexibilité et sa capacité à se donner des objectifs spécifiques tout en gérant dans la limite des ressources allouées et en s'ajustant aux changements croissants de la société (démographie, nouvelles technologies, coûts des médicaments et autres).

Au sujet de l'auteur :

Hachimi Sanni Yaya, Ph.D., Adm.A., F.CIM., est chercheur postdoctoral à Yale University (School of Management) et à New York University (Department of Politics & Leonard Stern School of Business). Il est également affilié au département de management de la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval et à l'École nationale d'administration publique (ENAP) où il intervient comme chargé de cours. L'administration publique, la gestion des organisations socio-sanitaires et les nouveaux défis de la gouvernance sont au cœur de ses intérêts d'enseignement et de recherche.

Bibliographie

- Anderson, L. (1988). *Public-Private Partnerships: Allies for the Arts*, Monticello, Ill, Vance Bibliographies.
- Aubert, B. et Patry, M. (2003). « Dix conditions de Succès pour des Partenariats public-privé », Montréal, Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO), Centre de liaison et de transfert des connaissances.
- Baptiste, J. (2002). « La privatisation des hôpitaux : la planche du salut », *Conscience Politique*, octobre, p. 6
- Benghozi, P.-J. et al. (1999). _____, Paris : Projet.
- Danaradjou, K. (2000). *Le partenariat public-privé au Royaume-Uni*, Direction des Relations Économiques Extérieures - Poste d'Expansion Économique de Londres, 105 p.
- Deber, R. (1999). « Les bons et les mauvais usages de l'économie », dans Somerville, M. et al. (1999). *Le système de santé canadien a-t-il un avenir ?*, Montréal : Fides, pp. 57-71

- Deber, R. (2002). « La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privée ? », Étude n° 17, mémoire présenté à la *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*.
- Donaldson, C., et Currie, G. (2000). « The Public Purchase of Private Surgical Services: A Systematic Review of the Evidence on Efficiency and Equity », *Institute of Health Economics*, 2000, Working Paper, n° 00-9.
- Dubois, C-A. (2004). « Imputabilité: un ingrédient essentiel à une bonne gouverne? », *Infolettre*, Volume 1, Numéro 1, Février, p. 5
- Feather, F., Albert, T., Angus, D., Auer, L., et Cloutier, E. (1995). « Pour un système de soins de santé viable au Canada », Rapport de recherche, 7 novembre, p. 1
- Higgins, Joan (1988). *The Business of Medicine: Private Health Care in Britain*, Londres: Macmillan Education Ltd.
- Imbeau, L., Chenard, K. et Dudas, A. (2002). « Les conditions de la viabilité d'un système public de santé au Canada », Étude n° 11, mémoire présenté à la *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*.
- Jütting, J. (1999). « Public-Private-Partnership and Social Protection in Developing Countries: the case of the health sector », Paper presented at the ILO workshop on The extension of social protection, Geneva, 13./14.12, p.4
- Kulshreshtha, S. N. (2002). *Public & Private Benefits and Costs on Federal Community Pastures: A Summary of Stakeholders Panel Discussion*, Saskatoon, Department of Agricultural Economics, University of Saskatchewan.
- Pauchant, T. C. et al. (2002). *Guérir la santé. Un dialogue de groupe sur le sens du travail, les valeurs et l'éthique dans le réseau de la santé*, Éditions Fides, Presses HEC.
- Relman, A. S. (1992). « What Market Values Are Doing to Medicine », *The Atlantic Monthly*, Mars, pp. 99-106.
- Savas, E. (2002). *Privatization and Public-Private Partnerships*, New York: Chatham House.
- Sloan, Frank A. (2000). « Not-for-profit ownership and hospital behavior », dans Anthony J. Culyer et Joseph P. Newhouse, dir., *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier Science, pp. 1141-1174.
- Tobin, J. (1970). « On Limiting the Domain of Inequality », *Journal of Law and Economics*, vol. 13, pp. 263-277.
- Tuoy, C. (2001). « Economie politique de la réforme des soins de santé : une analyse transnationale », Université de Toronto, Rapport Flood/Stabile/ présenté au Sénat le 30 avril 2001, 32 pages.
- Walzer, N. et Brian, J. (1998). *Public-Private Partnerships for Local Economic Development*. Westport : Praeger.