

# L'Initiative de financement privé et le Service national de la santé du Royaume-Uni

Par **Sally Ruane**

Sous-Directrice, Centre de recherche politique de la Santé, Université Montford à Leicester(UK)

sruane@dmu.ac.uk

Traduit de l'anglais

## ■ INTRODUCTION

La crise de confiance en l'État providence (*welfare state*) qui a suivi le choc économique suscité par la hausse des prix du pétrole dans les années 1970 et le discrédit jeté sur les théories keynésiennes comme méthode de gestion macroéconomique ont provoqué la multiplication des prises de positions en faveur du marché pour s'attaquer aux problèmes récurrents et aux nouveaux problèmes en matière de bien-être (Pierson, 1998). Au même moment, l'abandon du régime de change fixe et du contrôle des capitaux a nécessité une réorientation de l'économie du Royaume-Uni en matière de capital. La réaction politique du gouvernement conservateur dirigé par Margaret Thatcher, en vue de créer un environnement global plus concurrentiel, consistait à attirer des capitaux, non pas en se vantant de posséder une main-d'œuvre hautement qualifiée ou des infrastructures supérieures, mais bien en promettant de réduire le coût du capital (Farnsworth, 2004).

En matière de bien-être social, cet objectif signifiait déréglementer le marché du travail, tenter (tant bien que mal) d'empêcher l'augmentation des coûts des prestations d'aide sociale et des services de bien-être et créer des occasions pour l'investissement de capitaux dans des activités rentables de l'État providence. Récemment, on a observé une plus grande disponibilité à investir davantage de fonds publics dans les services publics (Blair, 2002), tandis que des entreprises ont cherché plus régulièrement à investir dans des domaines

antérieurement dévalorisés (Nelson, 1995; Farnsworth, 2004; Ferguson, Lavalette et Mooney, 2002).

L'injection substantielle de capitaux dans le secteur de la santé, dont on peut dire qu'il est le secteur le plus dévalorisé de l'économie du Royaume-Uni, est évidente dans un certain nombre de politiques contemporaines. On évoque ici particulièrement la résurgence d'un marché intérieur, proné par Margaret Thatcher et aujourd'hui de plus en plus vigoureux, la prestation croissante par le secteur privé de services cliniques subventionnés par l'État et l'Initiative de financement privé (IFP) qui constitue le thème du présent article.

Le Service national de la santé (NHS) est l'une des sphères les plus sensibles sur le plan politique en ce qui concerne la participation d'organismes commerciaux dans le secteur du bien-être au Royaume-Uni. Depuis la création du NHS en 1948, ses hôpitaux et ses équipements appartiennent à l'État, ses médecins hospitaliers, ses infirmières et ses sages-femmes sont des employés de l'État, et ses services de santé sont subventionnés par l'État. En raison des politiques en faveur du marché et du secteur privé établies par Madame Thatcher au cours des années 1980, diverses mesures provisoires en vue d'accroître la participation d'entreprises privées ont été mises en place: recours au processus des marchés publics pour la prestation des services auxiliaires dans les hôpitaux tels que le nettoyage, les services d'alimentation et services connexes et la gestion d'installations, introduction des techniques de gestion du secteur privé, incitatifs et mécanismes pour encourager l'expansion du secteur privé dans les soins de santé, utilisation de fonds publics considérables pour financer des résidences et des

foyers de soins infirmiers offerts sur une base privée, établissement de certains services (tels des systèmes d'information) en tant qu'entreprises commerciales indépendantes. Le cadeau d'adieu de Margaret Thatcher au NHS a été ce qu'on a appelé le « marché intérieur » qui a permis de séparer la fonction « achat » et la fonction « prestation » dans le secteur de la santé.

Bon nombre de ces politiques ont été poursuivies et adoptées en dépit de l'opposition soutenue et rigoureuse des professionnels et des travailleurs concernés et malgré le manque de confiance et le mécontentement de la population. Au cours des années 1990, on a observé une certaine temporisation et on a procédé à l'examen de ces politiques. Sous l'administration du gouvernement conservateur suivant celui de Madame Thatcher, l'exercice s'est soldé essentiellement par des modifications aux règles de concurrence du marché intérieur. Ensuite le gouvernement du nouveau Parti travailliste (1997) a largement publicisé l'abandon (mais seulement temporaire en pratique) du marché. À la fin de la décennie, les politiciens et les dirigeants d'entreprises ont admis que le recours obligatoire aux appels d'offres avait eu des répercussions désastreuses sur la qualité des services auxiliaires. Toutefois, la tendance vers l'accroissement de la commercialisation et la « marchandisation » s'est poursuivie, englobant une phase qualitativement distincte caractérisée par l'introduction et l'expansion de l'IFP, forme de partenariat public-privé.

À partir de 1992, les organismes publics à la recherche de nouveaux capitaux ont été encouragés à explorer l'option « financement privé », en principe pour augmenter les fonds disponibles pour les travaux d'infrastructures. En 1994, l'encouragement s'est transformé en obligation et, au sein du NHS du moins, il fut rapidement évident que les fonds publics pour financer le développement de nouvelles immobilisations se feraient attendre et que le financement privé constituait effectivement un substitut au financement public. Le marché intérieur conférait des pouvoirs élargis aux unités de prestations de services du NHS (les hôpitaux dans le cas présent), connues sous le nom d'agences locales du NHS. Ces agences, plutôt que tout autre organisme régional ou national étaient maintenant chargées d'établir,

d'explorer et d'élaborer de nouveaux projets d'investissement, y compris la rénovation d'hôpitaux existants et la construction de nouveaux hôpitaux. Ces projets coûteux et complexes, jamais entrepris auparavant dans ce genre de structure public-privé, ont dérouté les directeurs d'hôpitaux les plus énergiques, enthousiastes et créatifs et pas un seul nouveau projet de construction d'envergure n'a été signé avant 1997, soit l'année où le nouveau Parti travailliste de Tony Blair a pris le pouvoir.

En vertu de l'IFP, le financement d'un nouveau développement des immobilisations ne provient pas du ministère des Finances (dont les prêts attirent une cote de solvabilité AAA) qui financerait un projet « directement », mais plutôt des « partenaires » du secteur privé qui forment un consortium généralement composé d'une institution financière, d'une entreprise de construction et d'une entreprise d'entretien des installations. Ces partenaires privés empruntent leurs capitaux sur le marché (et attirent généralement une cote de solvabilité BBB, moins avantageuse et plus coûteuse) et financent le nouveau projet (Gosling, 2004). Bien qu'il s'agisse de l'Initiative de financement privé, le rôle du consortium privé est beaucoup plus vaste et englobe la conception et la construction du nouveau projet, l'exploitation des nouvelles installations une fois la construction terminée et la prestation de services non cliniques (tels l'entretien des installations, la conciergerie, le nettoyage, les communications et autres), réalisés grâce à la mutation du personnel des catégories visées aux entreprises pertinentes du consortium.

Ce modèle diffère totalement du modèle traditionnel d'investissement de capitaux, et ce, à deux égards. Premièrement, l'organisme du secteur public (l'agence du NHS dans le cas présent) doit payer pour l'utilisation des installations et pour l'approvisionnement des services pendant la durée du contrat (généralement 30 ans) à même ses recettes prévues. Deuxièmement, la « propriété » des installations est une affaire complexe : l'agence du NHS a droit à l'utilisation des nouvelles installations, tandis que les entreprises privées ont droit aux revenus générés pendant la durée du contrat. Par conséquent, ces nouvelles installations « publiques » sont utilisées par le secteur public sans toutefois lui appartenir.

Le président du Forum sur les partenariats public-privé a d'ailleurs précisé que « ces immobilisations ne constituaient pas des éléments d'actifs publics, mais des concessions accordées au secteur privé. Par conséquent, pour la durée de la concession, le secteur privé est effectivement propriétaire de l'hôpital » (Gosling, 2004).

Au milieu des années 1990, le nouveau Parti travailliste, qui n'était pas encore au pouvoir, avait décidé de retenir l'IFP comme méthode de financement des immobilisations. Cette décision avait bousculé certains membres du Parti travailliste qui supposaient qu'un gouvernement travailliste n'accepterait jamais d'être associé à la « privatisation progressive » du service national de la santé. Cette décision devait entraîner des répercussions disproportionnées puisque le secteur où l'IFP est la plus utilisée est celui de la santé. Bien qu'en 2004 l'IFP ait représenté 10 % de l'investissement brut du secteur public, elle a été utilisée (et considérée comme la seule option qui s'offrait aux gestionnaires du NHS) entre 1997 et 2004 pour la réalisation de 64 de 68 projets d'envergure (Walker, 2004). En juillet 2004, le secrétaire d'État à la santé a annoncé 15 nouveaux projets d'hôpitaux, ce qui allait porter l'investissement total entre 1997 et 2004 à près de 16 milliards de livres (G£), tous financés sauf 250 millions de livres (M£) par l'IFP (Andalo, 2004). Le plan d'investissement du NHS prévoit la construction de 100 nouveaux hôpitaux d'ici 2010 pour remplacer une bonne partie de l'actif existant (Department of Health, 2001). La plupart de ces hôpitaux ne seront pas, au sens traditionnel, la propriété du NHS.

Pendant les premières années au pouvoir du nouveau Parti travailliste, on a assisté à l'adoption urgente de lois et à l'élaboration de nouveaux énoncés de principes et de guides techniques par le ministère des Finances, destinés d'une part à aider les gestionnaires du secteur public à s'y retrouver dans ce monde complexe et parsemé de pièges et d'autre part à diminuer le risque des entreprises privées qui concluent des contrats à long terme avec des organismes du secteur public. Le dernier point a été isolé dans une loi qui fait en sorte que l'agence du NHS doit d'abord acquitter ses engagements financiers (remboursements de l'IFP) auprès du consortium privé avant d'engager toute autre

dépense (y compris pour des services cliniques). Au cours de cette période, on a observé une forte opposition politique au recours à l'IFP dans le secteur de la santé, et les premiers grands projets d'hôpitaux ont été réalisés plus ou moins secrètement, surtout en ce qui concerne les détails financiers, reflétant ainsi la sensibilité politique du NHS.

Au cours de cette période, j'ai rencontré de nombreux participants à l'Initiative de financement privé, dont 11 directeurs d'hôpitaux impliqués dans 8 projets, pour obtenir leur point de vue sur le processus de l'IFP. Pour certains, le point favorable de l'IFP en tant que politique est le renouvellement d'une grande partie des infrastructures du secteur de la santé après des décennies de sous-investissement. Selon eux, il ne faudrait pas sous-estimer la capacité de l'IFP à mobiliser des sommes suffisamment importantes pour mener à bien et rapidement des projets d'envergure. De plus, ces projets sont réalisés dans les délais impartis et selon les budgets prévus. Cependant, l'IFP constitue également une étude de cas intéressante pour l'examen de certaines difficultés pratiques et de l'irrationalité socio-économique de la mobilisation de capitaux au cœur du système social de bien-être. Bien que les directeurs d'hôpitaux n'aient pas nécessairement interprété les obstacles qu'ils ont rencontrés comme une preuve d'irrationalité (et n'aient certainement pas interprété l'IFP comme une forme de privatisation), leurs récits offrent un précieux aperçu de la relation public-privé.

Bien que les premiers mouvements de résistance à l'égard de l'IFP n'aient pas réussi à contrer la politique (tant sur le plan pratique que sur le plan idéologique) (Ruane, 2000), il serait tout à fait faux de dire que l'IFP a cessé de constituer une politique controversée. L'IFP continue d'attirer une couverture critique, que ce soit dans les bulletins de nouvelles, dans les cahiers des commentaires ou des affaires. Les débats concernant l'optimisation des ressources et la capacité financière, qui ont constitué les principaux éléments d'opposition à l'IFP, sont maintenant appuyés par des inquiétudes telles que les répercussions de l'échec des entreprises privées sur les services publics, l'incapacité à déterminer le propriétaire des éléments d'actif du secteur public, les conséquences de la restructuration et de la

reconfiguration des services sur la qualité des soins, la situation déficitaire des hôpitaux de l'IFP, la réalité du « transfert de risque », la perte de contrôle et de souplesse des directeurs sur leurs services, les erreurs et les faiblesses dans la conception et la construction des bâtiments, et, de façon plus générale, les illustrations pratiques de ce qui peut être décrit comme un conflit d'intérêts entre le secteur commercial et le secteur des services publics. Bon nombre de ces problèmes apparaissent clairement dans la première vague de projets financés par l'IFP, qui constituait le sujet de mes entretiens. Dans le texte qui suit, j'ai examiné quelques controverses actuelles, issues entre autres de rapports d'études, de documents officiels, d'articles de presse récents et, parfois, d'observations des personnes que j'ai rencontrées en entrevue.

## ■ INJECTION DES CAPITAUX DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ NATIONALISÉ

### Pénurie de lits, restructuration et reconfiguration des soins aux patients

Les mises en garde contre le fait que l'IFP puisse entraîner une réduction de la capacité d'assurer les services remontent au milieu des années 1990 et émanent tout simplement du véritable coût de l'IFP et de son financement à même les recettes prévues de la fiducie. Toute nouvelle construction, peu importe la forme de financement, coûtera très cher, particulièrement parce qu'elle comprendra de nombreuses caractéristiques de conception moderne. Une construction de l'IFP sera plus coûteuse en raison des coûts de lancement et du coût d'emprunt très élevé. De plus, les projets de départ, qui étaient en fait des projets de rénovation, se sont transformés en projet de construction à cause de l'attrait accru de la construction pour les sociétés privées et de la taxe sur la valeur ajoutée (17,5% au Royaume-Uni) qui ne s'applique qu'à la rénovation de bâtiments et non à la construction de bâtiments neufs. La complexité et la très longue durée de contrat des projets de l'IFP, combinées au manque d'expérience antérieure avec ce modèle de développement des immobilisations, ont créé une situation où les gestionnaires du NHS se sont vus obligés de recourir plus que d'habitude aux

services coûteux de conseillers juridiques, financiers et autres spécialistes. Les 15 premiers hôpitaux construits par l'agence du NHS ont coûté 45 M\$ en service-conseil, soit une moyenne de 4% de la valeur du capital (Unison, 2002-4). Cette moyenne dissimule un écart entre les projets et les sommes engagées. Elle excédait parfois celles que l'équipe de l'agence avait prévues (Boyle et Harrison, 2000). Qui plus est, les remboursements que l'agence verse au consortium ou à la « société *ad hoc* » couvrent généralement les dépenses du consortium pour des services-conseils. Pollock et ses collaborateurs ont examiné trois projets et ont conclu que les sommes annuelles que l'agence du NHS a dû verser en coûts d'immobilisations étaient trois fois plus élevées que si ces projets avaient été financés par des fonds publics (Pollock, Shaoul et Vickers, 2002). Les coûts élevés de la mobilisation de fonds liés à des taux d'intérêts élevés, le coût du financement tel que les honoraires professionnels et les intérêts élevés de même que les coûts engagés dans la préparation des soumissions ont représenté 39% du coût total du projet pour l'agence.

Il est probable qu'en raison du caractère nouveau de l'IFP au sein du NHS, la planification des lits manquait de clarté dans le cas des premiers projets. Certaines analyses de rentabilisation omettaient des données pertinentes et incluaient des définitions de lit non standard (Pollock *et al.*, 1999). Des études récentes réalisées à partir d'entrevues avec du personnel hospitalier ont montré qu'une pénurie de lits existait dans tous les hôpitaux de l'IFP. Certains avaient déjà construit des unités mobiles (*Portakabins*) ou utilisé de vieux bâtiments ou des lits du secteur privé pour accroître leur capacité et certains envisageaient même des agrandissements (Lister, 2003). Pollock et ses collaborateurs (1999) ont découvert que 11 des projets de la première vague comprenaient une diminution du nombre de lits de 30%.

Le débat houleux à savoir si cette diminution des services est attribuable à la modernisation rationnelle ou aux répercussions de l'IFP se poursuit. Depuis plusieurs années, l'augmentation du nombre de cas exigeant des soins d'un jour et l'utilisation plus efficace des lits a diminué les besoins en lits. Les changements apportés à la dotation et à la formation

du personnel médical et les préoccupations concernant la qualité dans les petites unités ont exercé des pressions pour limiter le champ d'action de certaines unités ou pour en fermer d'autres. En même temps, une gamme étendue de soins peuvent être offerts dans des établissements de soins primaires (Boyle et Harrison, 2000). Au début, la planification des lits de l'IFP reflétait ces tendances (diminution du nombre de lits réservés aux cas graves et détermination des besoins de services supplémentaires au sein de la collectivité). Ces projets ont été réalisés malgré l'absence de planification stratégique de la capacité à l'échelle nationale et avant la publication des résultats de l'enquête nationale sur le nombre de lits (*National Beds Inquiry*) qui avait signalé en 2000 la nécessité de mettre un frein à la réduction du nombre de lits partout au pays.

Le professeur Pollock, de l'University College London, critique de longue date à l'égard de l'IFP, soutient que l'IFP en soi entraîne une diminution du nombre de lits et des services (Dunnigan et Pollock, 2003). Une étude sur le Royal Infirmary d'Edinburgh a révélé que le nombre de patients hospitalisés pour des chirurgies spécialisées, qui devait augmenter de 8%, a en fait diminué de 13% au cours des cinq premières années du projet de l'IFP en raison d'importantes contraintes de capacité. La planification de l'IFP avait été fondée sur une diminution anticipée de la durée de séjour, ce qui s'était révélé impossible à réaliser. Même si le nombre de lits avait diminué partout en Écosse, cette diminution était deux fois plus importante à Lothian et à Lanarkshire. Dunnigan et Pollock ont déclaré qu'une diminution du nombre de lits et des services connexes de 24% avait été nécessaire pour respecter les coûts de l'IFP. Dernièrement, on a signalé que le nouvel hôpital de l'IFP à Worcester, construit au coût de 95 M\$, ne comptait pas suffisamment de lits pour répondre à la hausse des admissions d'urgence, et que 800 chirurgies avaient dû être reportées et certaines réalisées dans le secteur privé (Revill, 2004a).

### Moindre souplesse dans la gestion des ressources

Lorsqu'il s'agit d'un projet de l'IFP, deux aspects clés contribuent à diminuer le contrôle que peut

exercer un gestionnaire du secteur public sur son hôpital. Le premier concerne le contrôle des finances. Dans un projet de l'IFP, une partie substantielle des revenus annuels de l'agence doit être consacrée au «paiement unitaire» versé à la société *ad hoc*. Ce paiement sert essentiellement à couvrir le coût d'utilisation des installations fournies, ce qu'on appelle un paiement de disponibilité des installations, de même que le coût d'utilisation des services offerts par le consortium (entretien, nettoyage, services d'alimentation, etc.). Comme le remboursement de l'IFP est prévu par la loi, il n'est pas modifiable. Par conséquent, si des pressions financières sont exercées sur les coûts de fonctionnement de l'hôpital, par exemple des coûts supplémentaires liés à une augmentation du nombre d'admissions ou à une hausse des salaires négociés à l'échelle nationale, elles devront être résolues en apportant des changements aux fonctions qui ne touchent pas l'IFP, c'est-à-dire soit par des réductions de personnel, soit par une diminution de la qualité des services ou de la quantité de services cliniques offerts. La souplesse de la gestion des ressources est donc diminuée et les pressions financières sont absorbées par le volet clinique.

Le deuxième aspect concerne la gestion des ressources humaines dans le cas où les services (et le personnel connexe) ont été transférés au consortium privé. Le gestionnaire du NHS ne peut exercer une influence sur le caractère ou la qualité du service que par l'entente de concession complexe. Négocier des changements à cette entente peut se révéler ardu, chronophage et onéreux et peut même entraîner des coûts supplémentaires en conseil juridique ou autre. En outre, si l'on procède à une renégociation du contrat en vue de diminuer le remboursement annuel, des coûts supplémentaires seront engagés. Comme me l'a fait observer un gestionnaire, il est beaucoup plus facile d'aller voir le directeur des services alimentaires et de lui dire: «Je suis désolé, mais voici ce que nous devons faire.» (Ruane, 2004) Des bulletins de nouvelles récents ont choqué des observateurs en dévoilant que certains contrats de l'IFP renfermaient des clauses jusque-là non divulguées, selon lesquelles l'agence devait verser des amendes au consortium privé lorsqu'un hôpital traitait plus de patients, et ce, plus rapidement que ce qui avait été

prévu au contrat. Par exemple, le Worcester Royal Hospital, qui accusait un déficit de 15 M\$, a dû verser une amende de 200 000 £ parce que l'occupation des lits avait été supérieure au taux de 90% prévu à l'entente (Revoll, 2004b). Ces amendes, qui semblent pénaliser l'agence pour l'utilisation efficiente des lits d'hôpitaux et l'efficacité accrue pour diminuer les listes d'attente, ont été qualifiées dans certains cas « de questions d'aliments et de literies » en raison de la consommation d'aliments et de l'utilisation supplémentaire de literie liées au traitement d'un plus grand nombre de patients que prévu. Ces clauses n'ont parfois été mises au jour qu'au moment où les agences créées dans le cadre de projets de l'IFP ont fait part de leurs difficultés financières.

### Qualité du rendement du secteur privé

Le Chancelier de l'Échiquier a vanté l'IFP comme un moyen permettant aux services publics de profiter des compétences du secteur privé dans les domaines de l'innovation, de la gestion et des affaires. Les directeurs d'hôpitaux qui ont négocié des projets de l'IFP ont toutefois été beaucoup plus circonspects dans leur évaluation de l'expertise de leurs « partenaires » privés.

Les directeurs ont décelé plusieurs lacunes. Premièrement, bien qu'on ait cru au départ que l'IFP allait être en mesure d'assurer une supériorité en matière de conception, cette croyance a été mise au défi ou niée par certains gestionnaires du NHS qui ont formulé des commentaires fondés sur leur propre expérience. Le ministère des Finances ainsi que le NHS Estates (organisme de direction du ministère de la Santé) ont reconnu la critique (Headley, 2001). De façon générale, bon nombre des caractéristiques de conception observées dans les nouveaux hôpitaux auraient été intégrées si la construction avait été financée par les fonds publics (par exemple, des contiguïtés améliorées entre les différentes parties d'un hôpital, des courants de circulation séparés, etc.). Par ailleurs, les promesses concernant la souplesse de la conception ont été grandement exagérées. À certains égards, c'est la structure même de l'IFP qui rend l'innovation et la qualité en matière de conception difficiles à atteindre. Par exemple, la structure de

l'IFP ne permet pas aux directeurs d'hôpitaux de choisir un plan ou une équipe de concepteurs. C'est l'agence qui doit d'abord choisir un consortium. Le consortium désigne ensuite les membres de son équipe et les raisons pour préférer une équipe d'architectes à une autre sont nombreuses et peuvent inclure ou non les capacités à réaliser un projet particulier.

Bien que les synergies produites par le modèle construction-exploitation de l'IFP (par rapport au modèle construction-transfert des marchés publics traditionnels) devaient entraîner innovations et diminution des coûts d'entretien (par exemple par des économies financières ou environnementales à long terme), les résultats escomptés n'ont pas été atteints. Cette situation découle en partie du fait que les membres du consortium travaillent individuellement (différentes entreprises dans des bureaux séparées) de sorte que le partage *de facto* et la génération de nouvelles idées ne se matérialisent pas. Elle provient également du fait que le coût élevé du capital initial appelle des caractéristiques de conception qui, parce qu'elles exigeront des périodes de récupération plus longues (comme la régénération de la chaleur, dont la période de récupération est de 10 à 15 ans), sont jugées trop risquées par le consortium et trop coûteuses par l'agence.

Certains directeurs d'hôpitaux ont par ailleurs été étonnés du faible degré de connaissances de leurs « partenaires » privés, en particulier sur des sujets du domaine hospitalier. Un directeur a fait remarquer que certains gestionnaires privés s'étaient vantés de bien connaître le secteur, mais qu'ils avaient dû subséquemment se renseigner auprès des équipes internes pour connaître le fonctionnement d'un hôpital. De nombreuses erreurs de conception avaient été décelées dans les premiers projets de l'IFP en raison du manque de connaissances de l'équipe du secteur privé dans le domaine de la santé et du cloisonnement entre l'équipe chargée de la conception du bâtiment et l'équipe appelée à travailler dans ce bâtiment. En vertu de l'IFP, le client de l'équipe de conception est en effet la société *ad hoc* et non l'agence du NHS. De plus, l'équipe de l'agence du NHS manquait d'expérience dans les domaines de la conception et de la

construction. Dans un cas, un gestionnaire a signalé que les anciennes « équipes de conception » (*design outfits*) du NHS avaient été vendues par l'Office régional de la santé (Regional Health Authority). L'entreprise de construction avec laquelle son agence faisait maintenant affaire avait embauché quelques anciens employés du NHS, mais n'était pas prête à embaucher ceux qui avaient plus de 50 ans en raison du régime de retraite du NHS. Malheureusement, ces employés plus âgés étaient ceux qui possédaient l'expérience la plus importante et la plus pertinente. À la place, il a confirmé que l'entreprise avait utilisé des directeurs de conception qui n'ont pas été à la hauteur de la tâche.

Les problèmes de conception courants signalés par le personnel qui a travaillé dans les constructions de la première vague de projets comprenaient le manque d'espace dans les salles communes, les cabinets de toilette, les corridors, les bureaux et les salles d'entreposage, la lourdeur des portes coupe-feu qui n'étaient pas munies de mécanisme de retardement pour permettre le passage des patients sur civière, ou encore le manque de ventilation ou de conditionnement d'air dans les édifices modernes vitrés (Lister, 2003; Carvel, 2003). Certains de ces problèmes ont gêné la prestation des soins de santé, comme l'ont montré des infirmières qui participaient à l'édition 2002 du congrès du Royal College of Nurses, tandis que d'autres ont occasionné des coûts supplémentaires pour les agences. Le manque de participation des professionnels et des patients à la planification et à la conception a été perçu comme critique dans l'origine de ces problèmes (BBC News, 2002). En outre, les problèmes de planification et de conception ne semblent pas être l'apanage des premiers projets puisqu'un rapport accablant, publié par le ministère des Finances, le ministère de la Santé et le Bureau national de la vérification (National Audit Office) à l'automne 2004, a révélé des coûts supplémentaires de 400 M\$ pendant la phase de planification d'un projet vedette de l'IFP (Revell, 2004c).

Autre écueil majeur, les projets de l'IFP comprenant la prestation de services de soutien par le secteur privé tels que des services immatériels (nettoyage, services d'alimentation, etc.), la qualité de ces services était parfois jugée extrêmement faible.

Plusieurs directeurs d'hôpitaux ont associé cette piètre qualité des services avec le manque de personnel suffisant pour effectuer adéquatement le travail. Un directeur a indiqué qu'il croyait fermement que les marges des services immatériels sont tellement minces et que les pressions exercées sur l'agence pour conserver les coûts des services immatériels les plus bas possible sont si fortes compte tenu des problèmes de capacité financière des projets de l'IFP, que la viabilité des entreprises qui assurent ces services oblige à délivrer un service de moindre qualité. Il faut comprendre la situation avec, à l'arrière-plan, la tradition de l'appel d'offres obligatoire pour la prestation des services immatériels dans le service de santé depuis plus de 20 ans, période au cours de laquelle on a observé des compressions régulières en matière de rentabilité, de qualité et de rémunération. L'étude de Lister (2003) a fait état d'employés du secteur privé qui effectuaient le nettoyage des salles communes sans être rémunérés. Le lien entre la qualité du nettoyage des salles communes et la propagation du staphylocoque résistant à la méthicilline (SARM) est maintenant explicitement mis en évidence (Sanai, 2003).

### Conflit d'intérêts entre les services commerciaux et les services publics

Les arguments avancés ci-dessus alimentent un débat qui est finalement de savoir si les intérêts du consortium privé et ceux des organismes de services publics sont compatibles ou non. De toute évidence, ils ne sont pas identiques, malgré la déclaration contraire du ministère des Finances faite peu de temps après l'accession au pouvoir du nouveau Parti travailliste (Treasury TaskForce, 1997), idée endossée également par l'Institute for Public Policy Research (IPPR [Institut de recherche en politique publique]) (CPPP, 2001) (l'Institut de recherche en politique publique est un *thinktank* proIFP qui est proche du nouveau Parti travailliste). Les intérêts des deux parties sont compatibles dans la mesure où elles peuvent conclure une entente offrant à l'une, un hôpital de qualité digne du XXI<sup>e</sup> siècle ainsi qu'une optimisation des ressources et, à l'autre, des revenus lucratifs permanents (Ruane, 2002).

D'une certaine façon, ces intérêts sont conflictuels. Premièrement, les entreprises (le consortium) tirent

souvent d'énormes profits de l'organisme de services publics parce qu'elles exigent des tarifs élevés pour compenser le transfert du risque alors qu'en pratique, une fois la construction terminée et le bâtiment fonctionnel, le risque réel est modeste. Comme l'IFP est beaucoup plus coûteuse que la voie des marchés publics, les justifications de cette politique mettent davantage l'accent sur l'optimisation des ressources. Cet état de fait semble dépendre essentiellement des valeurs financières attribuées aux risques transférés au consortium privé et ce sujet a fait l'objet d'un examen minutieux entre autres dans les pages du *British Medical Journal*. Pollock et ses collaborateurs (2002) ont trouvé que, dans six des projets de la première vague, la valeur financière attribuée aux risques transférés variait considérablement d'un projet à l'autre (de 17,4 % à 50,4 % des dépenses en immobilisations totales). Andersen (2000) a relevé que, concernant le risque, diverses hypothèses étaient utilisées au sein du secteur. De plus, avant le transfert du risque, la valeur actualisée nette de l'IFP était supérieure à celle du comparateur du secteur public. L'IFP s'est révélée l'option privilégiée seulement après avoir déterminé la valeur financière des risques à transférer et, dans tous les cas, cette valeur correspondait étroitement à l'écart entre le financement privé et le financement public (Pollock, Shaoul et Vickers, 2002). Cette situation n'avait pas échappé aux gestionnaires que j'ai rencontré, et deux d'entre eux ont explicitement critiqué le traitement comptable prescrit pour l'IFP.

Or, même en cas d'échec du consortium, que ce soit sur le plan financier ou sur le plan du rendement, le NHS aurait à acquitter les coûts de financement du consortium étant donné que ce dernier a conclu des modalités d'emprunt sur le marché fondées sur le fait que le NHS se portait garant. Il semble cependant que les entreprises privées retirent d'importantes bénéfices des contrats conclus avec le secteur public, et ce, en échange de risques réels limités. Tout aussi inquiétant est le fait que l'on reconnaisse que le lien entre les primes de risque payées (et par conséquent, les profits privés qui en dérivent) et les risques réellement encourus (principale justification de l'IFP) n'a pas été évalué à sa juste mesure par le Bureau national de la vérification (*National Audit Office*) (Pollock et Price, 2004) et qu'il existe des obstacles importants à cette évaluation.

Il n'est pas surprenant de constater qu'une fois la construction terminée, la cote de solvabilité du consortium change considérablement, passant de triple B à triple A (Gosling, 2004). En pratique, cela signifie que les entreprises vendent leur dette pour refinancer le projet une fois la construction terminée et qu'elles peuvent le faire de façon plus avantageuse pour elles. Il s'agit d'un « avantage inattendu » pour l'entreprise privée puisque, jusque vers la fin de 2002, l'organisme du secteur public devait respecter les modalités initiales du contrat et continuer de payer comme si le risque du projet était beaucoup plus élevé pour le partenaire privé. Le guide actuel stipule que dans le cas des nouveaux projets, les profits issus du refinancement doivent être partagés à parts égales. Les entreprises continuent de réaliser des profits substantiels. Le refinancement de la société *ad hoc* (Octagon Healthcare) qui exploite le Norfolk and Norwich Hospital a rapporté des profits nets de 4,1 M£ pour l'un de ses actionnaires, Serco (Gosling, 2004).

Il existe une préoccupation connexe qui est l'existence d'un marché secondaire sur lequel les investisseurs initiaux vendent les participations en capital et les obligations qu'ils détiennent dans des entreprises de l'IFP à d'autres investisseurs, telles que des compagnies d'assurances et des caisses de retraite qui ont ensuite des droits sur les flux de revenus pratiquement garantis pour la durée restante du contrat. Par exemple, en novembre 2003, Carillion a vendu à Barclays Capital les 30 % d'intérêts qu'il détenait dans le Darent Valley Hospital, ce qui lui a permis de réaliser un profit unique de 11 M£. Bien que ce genre de transactions amène de l'argent neuf dans le marché de l'IFP, rendant possible la réalisation de nouveaux projets, il est difficile de déterminer à qui appartiennent les éléments d'actifs publics et de procéder à une évaluation de l'optimisation des ressources (Gosling, 2004).

D'autres différences entre les intérêts respectifs des partenaires privés et publics peuvent être problématiques lors de changements futurs. Comme l'agence est engagée dans un contrat complexe et multidimensionnel, tout changement important apporté au fonctionnement d'un hôpital, y compris le nombre de patients traités, comme nous l'avons d'ailleurs



noté précédemment, la forcera à verser des paiements supplémentaires au consortium ou nécessitera un retour coûteux à la table de négociation pour modifier l'entente de concession. Il faudra recourir de nouveau à des juristes ou autres spécialistes, collecter des données et des preuves en vue de tenter de négocier de façon efficace et investir du temps et des efforts. Tout changement apporté à la prestation des services entraînera des coûts supplémentaires. Par exemple, un gestionnaire a confié que bien que le service d'endoscopie soit situé dans l'hôpital même, on devrait considérer l'option de le déplacer dans la collectivité. Pour cette raison, l'IFP a été accusée de contenir les agences dans des structures de soins de santé qui conviennent mal au monde moderne. L'argent qu'on dépense pour modifier l'entente de concession est de l'argent dont on ne dispose pas pour assurer des soins cliniques. Nous pouvons même prévoir que, dans les futures décisions en matière de planification, l'avenir des hôpitaux non financés par l'IFP sera probablement moins assuré que celui des hôpitaux financés par l'IFP, et ce, même si cela contredit l'intérêt public.

L'idée voulant que la rentabilité privée se fasse littéralement au dépens de l'organisme du secteur public est devenue de plus en plus évidente lorsqu'un gestionnaire du NHS a surpris par hasard une conversation entre des partenaires privés. Ceux-ci faisaient observer « qu'il ne restait plus d'argent (à faire) dans la construction des routes parce que le gouvernement en maîtrisait toutes les formules ». Selon le gestionnaire, ils ont ajouté que la santé représentait le secteur où se trouvait les gisements d'argent. Ces paroles réfèrent à une situation où l'entreprise réalise ses profits parce que les gestionnaires du secteur public ne possèdent pas les connaissances nécessaires. Certains gestionnaires ont fait observer qu'ils s'étaient sentis désavantagés dans les négociations parce qu'ils travaillaient au sein d'équipes qui manquaient souvent de connaissances techniques et de savoir-faire commercial. Ce fait contribue à nourrir une inquiétude pour les opérations futures même si le secteur public tente de rattraper le temps perdu. Le guide technique et des normes du ministère de la Santé (<http://www.dh.gov.uk>) ne dissipe pas ce malaise.

## ■ CONCLUSION

Le présent article s'est penché sur certains problèmes pratiques et des irrationalités apparentes que doivent surmonter les organismes du secteur public pour intégrer les intérêts commerciaux dans les services du bien-être collectif. Bien que le nouveau Parti travailliste insiste pour dire que les intérêts des deux parties sont pour le moins compatibles et que les compétences et les ressources de l'une peuvent être exploitées pour atteindre les objectifs de l'autre, les éléments apportés dans le présent document amènent à penser que des conflits d'intérêts réels et des contradictions fondamentales existent.

En soi, le processus de l'IFP contraint l'atteinte des objectifs du secteur public en raison de facteurs tels que :

- la séparation de l'équipe de l'agence du NHS de celle chargée de la conception du bâtiment,
- l'opacité du lien entre les risques transférés réels et les primes de risque versées,
- le coût élevé du financement privé rendant l'amortissement au cours du cycle plus difficile à réaliser,
- la priorité accordée aux obligations financières envers les partenaires commerciaux plutôt qu'aux services cliniques,
- l'éclatement du consortium qui rend malaisée l'atteinte de synergies,
- la sensibilité du calcul de l'optimisation des ressources aux changements légers apportés à l'évaluation des risques,
- la longue durée du contrat au cours de laquelle la plupart des réajustements rendus nécessaires à cause des changements de l'environnement, y compris la demande, engendrent des coûts.

Bien que nous sachions pourquoi les directeurs d'hôpitaux insistent pour conclure des ententes (principalement à cause de l'absence de financement public), la raison pour laquelle les dirigeants politiques, conservateurs ou travaillistes, favoriseraient l'IFP comme structure pour l'investissement de capitaux exige une explication. Un gestionnaire

du NHS a conclu que les ministres, placés devant les faits, avaient estimé qu'il n'existait aucune autre solution financière de rechange. À son arrivée, en effet, le nouveau Parti travailliste se montrait très défavorable à l'IFP, qu'il interprétait comme un mécanisme de privatisation. Il est donc nécessaire de faire la part des facteurs pragmatiques et idéologiques.

Les attentes politiques de l'électorat ont provoqué une réaction du gouvernement pour démontrer les améliorations apportées au Service national de santé. L'une des principales justifications fournies pendant les premières années d'existence de l'IFP mettait l'accent sur le moyen (controversé) que procurait l'IFP de ne pas faire apparaître les nouvelles installations au bilan du secteur public. Par-là, on favorisait davantage les investissements de capitaux dans la santé. Ainsi, on pourrait avancer qu'après des décennies de sous investissement dans les infrastructures publiques, l'IFP a permis de mener à bien les projets d'un grand nombre de nouveaux hôpitaux, et ce, en l'espace d'une demi-génération.

Cependant, cet argument a été réfuté car emprunter pour des investissements de capitaux ne transgresse pas la « règle d'or » que le Chancelier de l'Échiquier s'est imposé et qui stipule que la dette publique ne devrait pas dépasser 40 % du PIB (Treasury Select Committee, 2000). Le Comité spécial des Finances a jugé que la principale justification de l'IFP devrait dorénavant être l'optimisation des ressources. Or, nous l'avons vu, cet argument et les représentations voulant que le secteur privé offre des services de qualité supérieure sont fortement discutables comme justifications en faveur de l'IFP.

Le coût de l'IFP pour le secteur public et les irrationalités relevées, dont certaines auront des répercussions à long terme sur les services publics, amènent à penser que cette politique s'affranchit du pragmatisme et que le caractère idéologique des choix politiques est évident. Le Chancelier travailliste, Gordon Brown, tout comme ses prédécesseurs conservateurs, souscrit pleinement à

un régime financier à caractère néo-libéral. Malgré les coûts de remboursement élevés du financement privé, il ne recourt pas aux emprunts publics et se montre réticent à augmenter les impôts des plus nantis, même si ce groupe bénéficie d'un taux d'imposition global relativement faible, et alors que subsistent des inégalités à la hauteur de celles constatées voici 40 ans.

L'IFP inclut et favorise un engagement idéologique en vue d'élargir le rôle du marché et du commerce dans les services publics et de convertir les organismes du secteur public en acquéreurs de services plutôt qu'en propriétaires d'actif. L'IFP a créé d'énormes occasions d'accumulation de capital. Les entreprises des secteurs de la finance, de la construction et de la gestion d'installations ont grandement profité de cette politique (même si une ou deux entreprises, telles que Jarvis, ont été stigmatisées pour avoir dépassé les limites raisonnables). Cette situation s'est produite dans le domaine de la santé parce qu'on a refusé l'accès aux fonds publics moins coûteux (même lorsque les excédents budgétaires offraient des solutions de rechange). Dans ce contexte, on a poussé les gestionnaires du NHS à conclure des ententes avec des entreprises chevronnées sans la formation, les mesures de protection, les contraintes juridiques et les mécanismes d'obligation de rendre compte qui auraient permis de mieux préserver l'intérêt public. À l'inverse, les contrats de longue durée, les garanties juridiques et le respect du secret des affaires favorisent de façon disproportionnée les intérêts du secteur privé.

La réaction du nouveau Parti travailliste aux contraintes du système de santé nouvelle manière consiste à contracter avec des entreprises de services de santé privées, nationales et internationales, et ce, grâce à un « concordat » et à des politiques concernant les Centres de diagnostic et de traitement. Cette mesure renforce l'orientation en faveur du secteur privé et prolonge la « marchandisation » du secteur de la santé.

## BIBLIOGRAPHIE

- Andalo, D. (2004). «Reid to announce new PFI health projects», in *The Guardian*, July 27th.
- Andersen, A. (2000). *Value for Money Drivers in the Private Finance Initiative*, A Report by Arthur Andersen and Enterprise LSE, commissioned by the Treasury Taskforce. London.
- BBC News (2002). *Nurses Highlight PFI Pitfalls*, London: BBC, [en ligne], <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health>
- Blair, T. (2002). *The Courage of our Convictions*, Fabian Ideas 603, London: Fabian Society.
- Boyle, S., et A. Harrison (2000). «PFI in health: the story so far», in G. Kelly and P. Robinson (eds) *A Healthy Partnership: the Future of Public Private Partnerships in the Health Service*, London: Institute of Public Policy Research.
- Carvel, J. (2003). «Inspectors slam PFI hospital in report», in *The Guardian*, February 27th.
- CPPP (2001). *Building Better Partnerships: the Report of the Commission on Public Private Partnerships*, London: Institute of Public Policy Research.
- Department of Health (2001). *The NHS Plan: Investment and Reform for NHS Hospitals*, London: Department of Health.
- Dunnigan, M., et A. Pollock (2003). «Downsizing of Acute Inpatient Beds Associated with the Private Finance Initiative: Scotland's Case Study», in *British Medical Journal*, 326:905-908.
- Farnsworth, K. (2004). *Corporate Power and Social Policy in a Global Economy*, Bristol: Policy Press.
- Ferguson, I., M. Lavalette, et G. Mooney (2002). *Rethinking Welfare: A Critical Perspective*, London: Sage.
- Gaffney, D., et A. Pollock. (1997). *Can the NHS Afford the Private Finance Initiative?* London: British Medical Association Health Policy and Economic Research Unit.
- Gosling, P. (2004). *PFI: Against the Public Interest. Why a 'Licence to Print Money' can also be a Recipe for Disaster*, London: Unison.
- Headley, B. (2001). *Design in PFI*, presentation to The Private Finance Initiative and the NHS Conference, London: April.
- Lister, J. (2003). *The PFI Experience: Voices from the Frontline*, London: Unison.
- Nelson, J. (1995). *Post-Industrial Capitalism*, Thousand Oaks: Sage.
- Pierson, C. (1998). *Beyond the Welfare State*, Oxford: Polity.
- Pollock, A., M. Dunnigan, D. Gaffney, D. Price et J. Shaoul (1999). «Planning the "new" NHS: downsizing for the 21st century», in *British Medical Journal*, 319, 17th July, 179-184.
- Pollock, A., J. Shaoul et N. Vickers (2002). «Private finance and "value for money", in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?», in *British Medical Journal*, 324: 1205-1209, 18th May.
- Pollock, A., et D. Price (2004). *Public risk for Private Gain? The Public Audit Implications of Risk Transfer and Private Finance*, London: Unison.
- Revell, J. (2004a). «NHS hospitals sink into debt to pay off PFI», in *The Observer*, March 14th.
- Revell, J. (2004b). «NHS hospitals "fined" for success», in *The Observer*, March 28th.
- Revell, J. (2004c). «Blunders send NHS flagship costs soaring», in *The Observer*, October 3rd.
- Ruane, S. (2000). «Acquiescence and opposition: the private finance initiative in the NHS», *Policy and Politics*, 28, 3, 411-424.
- Ruane, S. (2002). «Public Private Partnerships - the case of PFI», in C. Glendinning, M. Powell and K. Rummery (eds) *Partnerships, New Labour and the Governance of Welfare*, Bristol: Polity Press.

- Ruane, S. (2004). « "It's a leap of faith, isn't it?" », Managers' perceptions of PFI in the NHS », in M. Dent, J. Chandler and J. Barry (eds) *Questioning the New Public Management*, Aldershot: Ashgate.
- Treasury Select Committee (2000). *The Private Finance Initiative*, Fourth Report of the House of Commons Treasury Select Committee
- Sanai, L. (2003). « "I was gobsmacked by the filth" », in *The Guardian*, January 21st.
- Treasury Taskforce (1997). *Partnerships for Prosperity: the Private Finance Initiative*, London: Treasury Taskforce.
- Unison (2002-4). *Private Finance Initiative: The Case Against PFI*, London: Unison.
- Walker, D. (2004). « Capital asset », in *The Guardian*, May 12th.