

Mots clés

Montage financier
Hôpital
Élaboration
Évaluation
Bilan

Mission nationale d'appui
à l'investissement hospitalier
Bail emphytéotique
hospitalier
Partenariat public/privé

Isabelle GUERRERO

Maître de conférences, université Montpellier-2

Partenariat public/privé Le cas de l'hôpital public

Le bail emphytéotique hospitalier (BEH) se caractérise par une relation contractuelle entre l'hôpital qui achète une prestation de service, à savoir l'utilisation d'équipements performants et bien entretenus, contre paiement de loyers au prestataire privé. La Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier a publié les résultats d'une enquête portant sur l'évaluation des dix premiers BEH passés par les hôpitaux publics depuis 2003. L'analyse de ces données fait apparaître que les outils mis en œuvre par la réglementation sont plutôt inadaptés au contexte hospitalier public. Néanmoins, le potentiel de modernisation de ces contrats, pour l'hôpital public, est réel et repose sur trois facteurs principaux : la négociation introduite dans la procédure d'achat public, l'instauration d'une relation partenariale public/privé de long terme et la nécessité de formuler une stratégie.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a instauré un contrat de partenariat public/privé (PPP) spécifique au secteur de la santé : le bail emphytéotique hospitalier (BEH)⁽¹⁾. Les contrats de PPP ont été qualifiés par Giddens⁽²⁾ de troisième voie débouchant sur une nouvelle forme de gestion publique dans la mesure où ils tentent d'échapper aux dogmes idéologiques et à la division binaire entre public et privé en se focalisant sur la notion de partenariat. Mis en place par le gouvernement conservateur au Royaume-Uni en 1992, sous le nom *Private finance initiative* (PFI) et repris par le gouvernement travailliste en 1997⁽³⁾, l'objectif visé est la modernisation du service public et l'amélioration de ses performances en vue de favoriser la résolution de problèmes sociaux et d'assouplir les tensions politiques.

Les PFI anglais ont cependant connu un succès certain⁽⁴⁾ puisqu'ils représentent désormais près de 15% de l'investissement public ; d'autre part, les critiques qui leur sont adressées sont désormais plus techniques que politiques⁽⁵⁾. Il convient dès lors de s'interroger sur le potentiel de modernisation de ce type de contrat pour les hôpitaux publics français. La Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh) a publié les résultats d'une enquête portant sur les dix premiers BEH passés par les hôpitaux publics depuis 2003⁽⁶⁾ et qui présente l'évaluation des contrats selon les points de vue des deux partenaires : les établissements hospitaliers et les cocontractants privés.

L'objectif de cette présentation est d'analyser ces premiers résultats selon deux axes : l'adéquation des outils et concepts managériaux privés utilisés dans les contrats de BEH au contexte spécifique de l'hôpital public et le potentiel de modernisation de la gestion hospitalière et d'amélioration de la performance qu'ils introduisent dans les modes de pensée et dans les pratiques des décideurs hospitaliers.

notes

- (1) L'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004, qui a instauré les contrats de partenariat public/privé (PPP), élargit les dispositions du BEH spécifiques au secteur de la santé à l'ensemble des organismes publics et à leurs secteurs d'activité.
(2) A. Giddens, *The Third Way*, Cambridge, Polity, 1998.
(3) M. Flinders, "The Politics

- of Public-Private Partnerships", *British Journal of Politics and International Relations*, 2005, vol. 7: 215-239.
(4) J. Greenaway, B. Salter, S. Hart, "The Evolution of a 'Meta-Policy': The Case of the Private Finance Initiative and the Health Sector", *British Journal of Politics and International Relations*, 2004, vol. 6: 507-526.
(5) C. Cerruti, « Bilan de la

- Private Finance Initiative au Royaume-Uni* », *La Revue du Trésor*, « Le partenariat public/privé », numéro spécial, 2007, n° 3-4, pp.222-226
(6) Mainh, « Le partenariat public/privé hospitalier, une première évaluation », ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, 2007 - www.mainh.sante.gouv.fr/base-documentaire

Adéquation des concepts et outils managériaux dans le PPP hospitalier

Au plan opérationnel, les BEH apparaissent d'abord comme un mode de financement alternatif des investissements hospitaliers. Dans un contexte de « disette financière [...], ils permettent de financer des équipements qui n'auraient pas pu être financés autrement⁽⁷⁾ ». Le principal défi lancé par ce circuit de financement nouveau est d'arriver à concilier l'utilité sociale du projet mesuré par le calcul économique public avec l'intérêt des partenaires privés, mesuré par la rentabilité des capitaux engagés.

En outre, ces montages financiers sont présentés comme devant contribuer à la modernisation de la gestion publique et à l'amélioration de ses performances. Cette idée est justifiée notamment par le fait que « l'État et les collectivités territoriales auraient tout à gagner à se recentrer sur leur "cœur de métier" et à laisser des professionnels mieux gérer que les personnes publiques des missions accessoires⁽⁸⁾ ». Largement développées dans la littérature anglo-saxonne⁽⁹⁾, ces stratégies de recentrage sur le cœur de métier ont été largement appliquées dans un contexte concurrentiel par les entreprises privées. Cela conduit à penser que les BEH se fondent sur une démarche managériale adaptée au secteur privé et introduisent, dans le secteur public, des outils élaborés par et pour le secteur marchand. Or, la « contextualisation » des outils de gestion peut révéler une dissonance dans leur représentation de la réalité organisationnelle⁽¹⁰⁾ ; se pose alors la question de leur adéquation.

L'analyse des outils mobilisés pendant le processus d'élaboration du contrat de

BEH et pendant sa mise en œuvre concrète peut être menée à partir de chacune des trois phases de la vie du contrat :

- avant la signature, l'hôpital doit démontrer que le BEH est plus avantageux qu'un mode de réalisation alternatif tel que la traditionnelle maîtrise d'ouvrage publique (MOP) ou le marché de conception/réalisation (C/R) ;
- pendant l'élaboration, l'hôpital public doit conduire une négociation avec les candidats privés afin de déterminer l'optimum financier en termes de rentabilité/risque des prestations couvertes par le contrat de BEH ;
- après la signature, il convient d'analyser les modalités de suivi de la performance et les conditions de la restructuration de la dette à long terme par l'investisseur initial, afin que la garantie de bonne exécution des prestations soit préservée tout en bénéficiant d'une baisse du loyer permise par la cession irrévocable⁽¹¹⁾ de tout ou partie de la créance.

L'évaluation préalable

Le recours à un contrat de BEH pour financer des investissements doit être fondé sur une évaluation préalable dont le but est de démontrer l'intérêt économique de l'opération correspondant au concept anglo-saxon de *value for money* dans les PFI. Cette évaluation est basée sur une comparaison entre la solution BEH et une solution alternative, en l'occurrence la construction en maîtrise d'ouvrage traditionnelle (MOP) ou en contrat de conception/réalisation (C/R). Le guide élaboré par la Mainh à l'attention des hôpitaux⁽¹²⁾ pour la mise en œuvre des BEH propose une démarche de comparaison conduisant à l'élaboration du comparateur qui permettra de déterminer une solution alternative moins coûteuse et/ou plus avantageuse.

Dans l'enquête publiée par la Mainh sur les dix premiers contrats de BEH, l'évaluation économique préalable porte sur la comparaison des délais de réalisation et celle des coûts de construction. Les observations sur les dix contrats font apparaître que les délais de réalisation sont plus maîtrisables dans la solution BEH que dans la solution MOP. Pour les projets de taille inférieure à 50 millions d'euros, le délai de mise en œuvre est légèrement plus favorable aux BEH qu'aux procédures MOP, alors qu'il devient beaucoup plus significatif pour des projets de taille supérieure à ce seuil. Concernant les coûts de construction, l'enquête fait apparaître que la solution BEH les accroît de 10% en moyenne par rapport à la solution classique. Les indicateurs traditionnels de création de valeur utilisés en finance d'entreprise, et préconisés par le guide BEH, tels que la valeur actuelle nette (VAN), ne sont pas communiqués. On peut s'interroger sur l'absence de ces indicateurs pourtant préconisés par le guide. Un examen minutieux de la démarche proposée par le guide indique toutefois : « Lorsque coûts, revenus, risques et aspects qualitatifs sont équivalents, il n'est pas nécessaire de les retenir dans la comparaison.⁽¹³⁾ » On ignore toutefois si la VAN des deux solutions n'a pas été communiquée parce qu'elle faisait apparaître une équivalence ou parce que cet indicateur est spécifique au secteur marchand et a peu de sens pour le secteur public. Si le recours au conseil juridique est observé pour les dix établissements de l'échantillon concerné, le recours à une expertise financière, pourtant primordiale dans ce type de contrat, n'a été constaté que dans quatre cas sur dix. Cela tend à montrer que les établissements réduisent les aspects financiers à une simple négociation d'un coût de financement et non à un contrat global par lequel des risques sont transférés au preneur *via* une ingénierie financière complexe ; ce manque d'expertise se retrouve, d'une part dans la longueur de la mise au point du contrat⁽¹⁴⁾, d'autre part dans certaines clauses financières des contrats de BEH, qui seront évoquées plus loin.

notes

(7) H. Novelli, Le Moniteur, 11 décembre 2007.

(8) Les Notes bleues de Bercy, juillet 2004, n°274, p.3.

(9) G. Hamel, K. Coimbatore Prahalad, "The core competence of the corporation", Harvard Business Review, 1990, 68, n°3: 79-91.

(10) J.-C. Moïsson et al.,

Du mode d'existence des outils de gestion, Seli Arsan, 1997.

(11) Le code monétaire et financier a été modifié par l'ordonnance du 17 juin 2004 et permet au partenaire privé de céder irrévocablement la partie de la créance correspondant au coût des investissements dès lors

que ceux-ci sont livrés à l'hôpital et qu'il les a acceptés sans formuler de réserves.

(12) Mainh, Le Guide BEH, un outil global et innovant au service de l'investissement hospitalier, février 2005.

(13) Idem, p. 20.

(14) Étude Mainh, § 6.3, al. 2, p.4.

La qualification et l'allocation des risques

L'autre temps fort dans l'élaboration des BEH est l'allocation optimale des risques liés au projet. La répartition des risques se fait à partir d'une matrice des risques comprenant, d'une part, l'identification des risques du projet pour les différentes solutions retenues, aux stades de la conception, de la réalisation, de la gestion de la maintenance et de l'exploitation de l'ouvrage, d'autre part la quantification et les conséquences directes (dépassements de coûts et de temps) associées à chaque risque. La matrice des risques permet au partenaire privé d'établir des contrats de sous-traitance et au financeur de vérifier la « bancabilité » du projet, c'est-à-dire la possibilité de céder ou de titriser la créance liée au BEH afin de réduire le coût global du financement.

L'allocation des risques entre l'ensemble des partenaires (partenaire privé, sous-traitants, EPS) est supposée déterminer la rentabilité globale du montage, à la fois pour l'établissement et pour le partenaire privé. En effet, le guide BEH précise que plus le risque transféré est incontrôlable par l'allocataire du risque, plus le coût de la prestation est élevé. L'allocation optimale des risques permet alors de réduire les coûts car elle minimise la somme globale des risques en les affectant à la personne la plus à même d'y faire face⁽¹⁵⁾. Certains auteurs ont cependant mis en évidence la vacuité du transfert des risques en arguant que les pouvoirs publics supportent toujours le risque en dernier ressort dans la mesure où ils ne peuvent pas se soustraire à leur obligation de fournir les services publics impliqués dans les contrats de PPP⁽¹⁶⁾.

Au plan conceptuel, la relation entre rentabilité et risque a été mise en évidence par la théorie financière standard⁽¹⁷⁾ et permet d'établir que la rentabilité d'une opération financière est corrélée positivement au risque qu'elle comporte. Appliquée aux BEH, cette relation confirme bien que plus les risques transférés à l'opérateur privé sont importants, plus la rentabilité qu'il en retirera doit être élevée. Cependant, dans la théorie, le risque rémunéré est unique-

1 tableau Poids des coûts de conception/construction dans les BEH

Projets	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Coûts de conception/construction (en % du montant total des loyers)	86 %	92,7 %	NC	92,9 %	95 %	89 %	89 %	84 %	89 %	89 %

Source : Mainh

ment le risque systémique non diversifiable, c'est-à-dire celui qui ne dépend pas des caractéristiques intrinsèques de l'investissement et qui est logiquement de la responsabilité du concepteur/réalisateur. Le risque rémunéré dépend en fait de la sensibilité qu'il présente aux risques qui touchent l'ensemble des investissements du même type⁽¹⁸⁾.

En réalité, les BEH étudiés couvrent essentiellement les opérations de conception et de construction et apparaissent davantage comme un mode de financement et de préfinancement du projet d'investissement que comme un véritable partenariat basé sur le partage des risques du projet. Cette caractéristique est confirmée par l'examen du contenu des loyers. Le tableau 1 fait apparaître le poids prépondérant des opérations purement immobilières, de conception et de construction, dans le contenu des contrats de BEH.

La rentabilité globale des BEH est d'autant plus difficile à analyser qu'il n'existe pas de reporting financier suffisant pour rendre l'opération transparente. Cela en raison du statut juridique du partenaire privé qui prend la forme de sociétés *ad hoc* spécifiquement créées pour les besoins du BEH et qui n'ont pas d'obligation légale pour la publication de leurs comptes, contrairement aux sociétés cotées (tableau 2).

À partir des travaux de recherche en

2 tableau Statut juridique du preneur

Structure juridique	Nbre de projets
Société civile immobilière (SCI)	2
Société en nom collectif (SNC)	1
Société par actions simplifiées (SAS)	3
Groupement d'entreprises	2
Preneur unique	2

Source : Mainh

finance sur les incitations à investir dans le secteur public⁽¹⁹⁾, Mayston montre que pour qu'il y ait un réel transfert de risque du secteur public vers le secteur privé, les actifs immobilisés doivent figurer dans le bilan du partenaire privé⁽²⁰⁾. La création de sociétés *ad hoc* ou de groupements d'entreprises a pour effet de ne pas faire figurer ces actifs dans le bilan des actionnaires principaux des sociétés *ad hoc*, banquiers ou sociétés de travaux publics qui détiennent plus de 90 % des parts. Dans l'enquête de la Mainh, six établissements sur dix ont contracté avec une société *ad hoc* spécifiquement constituée pour les besoins du BEH. Une analyse de la manière dont les risques sont réellement portés par la société *ad hoc* signataire pourrait néanmoins être menée par le biais des sous-contrats qu'elle a passés avec les différents sous-traitants. Or, dans huit cas sur dix⁽²¹⁾, les sous-contrats n'ont

notes

(15) Mainh, Le Guide BEH, un outil global et innovant au service de l'investissement hospitalier, op. cit., p. 30.

(16) E. Shaw, "What matters is what works: the Third Way and the Private Finance Initiative", in S. Hale, W. Legget, L. Martell, The Third Way and Beyond, Manchester, Manchester University Press, 2004: 72.

(17) A. B. Richard, S.C. Myers, Principles of Corporate Finance, New York, Mc Graw-Hill, 2003, 7th Edition.

(18) I. Guerrero, « La rémunération du risque dans les contrats de partenariat public-privé (PPP): une analyse exploratoire dans le secteur de la santé », Revue française de comptabilité (à paraître).

(19) R. A. Brealey, I. Cooper,

M. Habib, "Investment appraisal in the public sector", Oxford Review of Economic Policy, 1997, 13; 4: 12-28.

(20) D. Mayston, "The Private Finance Initiative in the National Health Service: An Unhealthy Development in New Public Management", Financial Accountability and Management, 1999, vol. 15, 3: 249-274.

(21) Étude Mainh, p. 32.

pas été annexés au contrat de BEH, rendant impossible toute vérification de la réalité des risques transférés.

Le contrôle de la performance

L'enquête de la Mainh relève que « les établissements estiment tous qu'au moins un ou plusieurs groupements candidats ont fait preuve d'un manque de cohésion [...] ». Cet élément laisse par conséquent subsister des doutes de la part des établissements quant à la gestion du contrat post signature par le titulaire⁽²²⁾.

Cette caractéristique peut s'avérer lourde de conséquences lorsque le contrat ne définit pas clairement les obligations du preneur en matière de performance, ce qui est le cas dans quatre contrats sur dix. Les engagements de performance sont inexistant, car, pour six projets sur dix, il n'y a ni indicateur ni seuil de performance. Pour trois projets sur dix, le résultat est similaire lorsque les indicateurs sont proposés sans seuil car les manquements du preneur pour le respect des objectifs de performance pourront difficilement être motivés.

Pour Hart⁽²³⁾, le PPP est efficient si le partenaire public est capable de définir clairement ses objectifs au moment de l'appel à candidatures et de mettre au point des clauses contractuelles permettant de renégocier les termes du contrat en fonction des performances réalisées. Ainsi, les déterminants du succès pour la personne publique ne sont pas basés sur des économies de coûts à un instant donné mais sur le partage des risques assorti d'indicateurs de performance clairs, stables et opposables, liés à des pénalités incitatives. Cependant, étant donné la complexité du montage contractuel, l'interdépendance des actions des différents

prestataires, le flou dans le périmètre des prestations et l'absence d'indicateurs de performance, il peut s'avérer impossible d'appliquer les pénalités prévues. Au Royaume-Uni, les investisseurs privés eux-mêmes ont appelé à une plus grande transparence sur la performance des contrats individuels⁽²⁴⁾.

Par ailleurs, la performance globale du projet, à savoir le coût de l'opération en BEH pour l'établissement hospitalier et la rentabilité de l'opération pour les investisseurs privés, est essentiellement liée à son mode de financement. Pour les projets constitués en société *ad hoc*, il ressort des contrats que le taux de rentabilité, après impôts, des actionnaires est compris entre 12 % et 14 %. Selon le guide BEH, les fonds propres des actionnaires peuvent représenter environ 10 % dans une opération de type BEH. Ces fonds peuvent être apportés en capital ou en dette dite « subordonnée⁽²⁵⁾ ». Selon le guide, leur présence à un niveau raisonnable est importante, car elle témoigne de l'engagement financier des actionnaires de la société *ad hoc*. Dans l'étude de la Mainh, les fonds propres ne dépassent pas 7 % et sont constitués essentiellement par de la dette subordonnée. La part de la dette senior dans la structure de financement, varie donc de 93 à 100 %, ce qui traduit une très forte confiance des investisseurs dans la capacité de remboursement des hôpitaux. Ce « risque personne publique », qui est aligné sur le risque État, est cependant susceptible d'être modifié pour les hôpitaux en raison des nouvelles règles de financement (tarification à l'activité), ce qui pourrait influencer sur les marges observées dans l'enquête.

La rentabilité, ou efficience globale, de l'opération est en effet optimisée grâce à la

restructuration de la dette, qui constitue un mode d'atténuation du coût de l'investissement. Cette restructuration passe par la cession irrévocable de tout ou partie de la créance détenue sur l'hôpital : le titulaire du BEH cède ou titrise sa créance pour obtenir un financement, ce qui introduit une séparation entre son obligation d'exécuter le contrat et le paiement des loyers qu'il reçoit en contrepartie, car la créance, avec le risque qu'elle comporte, est transférée à l'établissement financier cessionnaire. Cette cession a pour avantage de réduire le montant des loyers car il y a perte de la garantie de compensation sur la partie du loyer cédé⁽²⁶⁾ en cas de mauvaise exécution ou d'inexécution du contrat.

C'est en fait une « combinaison complexe de différents éléments qui doit en théorie permettre à l'établissement de bénéficier d'un couple coût de financement global/risque optimal transféré qui semble impossible à analyser compte tenu du manque d'informations⁽²⁷⁾ ». Ce déficit d'informations ne permet pas de juger du bon paramétrage de la cession de créances qui a eu lieu dans cinq projets sur dix. En effet, il faudrait pouvoir mettre en relation le pourcentage de la dette cédée avec le système de pénalités en période d'exploitation ainsi que les indemnités de résiliation, ce qui est impossible en raison de la méconnaissance des modalités qui régissent les sous-contrats gérés directement par le titulaire du BEH.

Potentiel de modernisation des BEH

Même si les outils et dispositifs mobilisés pour la mise en œuvre des BEH apparaissent souvent mal adaptés au contexte particulier des établissements publics, on observe néanmoins qu'ils sont susceptibles d'introduire un changement important dans le mode de pensée et dans le champ d'action des managers hospitaliers. L'objet de cette partie est d'analyser les moyens de ce changement. Ainsi, le dialogue compétitif, qui reprend une directive européenne, introduit l'idée de négociation avec les candidats potentiels, afin de définir le contenu même du marché. Celui-ci porte en fait sur l'acquisition

notes

(22) Idem, p. 10.

(23) O. Hart, "Incomplete Contracts and Public Ownership: Remarks and Application to Public-Private Partnerships", *The Economic Journal*, March 2003, 113: 69-76.

(24) J. Hood, I. Fraser, N. McGarvey, *Transparency of Risk and Reward in UK Public-Private Partnerships*, Public Budgeting & Finance, Winter, 2006: 40-58.

(25) Une dette dite « subordonnée »

lorsque son remboursement est conditionné par le remboursement d'une autre dette (la dette « senior »). C'est une source de financement plus risquée donc plus onéreuse que la dette senior. Elle peut être apportée par des prêteurs acceptant plus de risques et forme

alors des quasi-fonds propres, mais est généralement apportée par les actionnaires et constitue

alors des fonds propres au même titre que le capital.

(26) Selon l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004, la partie du loyer qui peut faire l'objet d'une cession irrévocable correspond aux coûts de la construction à condition que les infrastructures aient été réceptionnées sans réserve par la personne publique.

(27) Enquête Mainh, p. 53.

immatérielle de compétences et non plus sur des transactions constatant un transfert de propriété, ce qui se traduit par l'instauration d'une relation partenariale à long terme. Enfin, les BEH amènent les managers hospitaliers à prendre en considération l'incertitude de l'environnement dans lequel ils prennent leurs décisions et la nécessité d'anticiper ces changements. Ce contexte favorise une véritable culture d'anticipation, qui devrait les conduire à révéler ou à formuler leur stratégie.

La « négociation » dans l'attribution de marchés publics

Dans la procédure MOP, les marchés publics sont attribués sur appel d'offres. Dans les BEH, c'est la procédure dite du « dialogue compétitif » qui est utilisée. Elle est justifiée, en droit, par le fait que, pour des projets d'investissement « complexes et/ou urgents »⁽²⁸⁾, la personne publique ne connaît pas suffisamment ses besoins réels ou la façon de les satisfaire. Le dialogue est un outil pour améliorer la définition des besoins et comparer les différentes possibilités offertes par le marché. Par exemple, pour l'usine d'incinération d'Antibes⁽²⁹⁾, le contrat de PPP est apparu comme la seule solution apte à concilier le meilleur coût par tonne d'ordures traitées et les performances techniques et environnementales de l'exploitation ultérieure de l'usine. En outre, la conception globale du BEH qui allie solution technique et montage financier permet de s'affranchir de la séparation qu'opère la comptabilité entre investissement et exploitation et favorise du même coup l'arbitrage entre les deux. L'intérêt est d'éviter la minimisation des coûts de construction au détriment des coûts de maintenance et d'exploitation.

Pour ce qui est de la mise en œuvre du dialogue compétitif, les établissements hospitaliers impliqués dans la procédure BEH ont mis en évidence l'importance mais aussi la difficulté de mettre en place une équipe restreinte et totalement impliquée dans le projet. Cet élément est perçu comme un gage de réussite pour le déroulement de la procédure. Les établissements s'accordent à dire que le temps passé sur l'ensemble de la procé-

dure est beaucoup plus long que celui prévu initialement. « Un temps supérieur de 30 à 50 % par rapport aux estimations faites en amont est une fourchette qui est donnée par six établissements sur dix. Ce chiffre englobe le temps effectif de dialogue avec l'ensemble des candidats, les réunions internes d'analyse à l'issue de chaque phase intermédiaire et les préparations des phases ultérieures.⁽³⁰⁾ »

Du côté des partenaires privés, six acteurs sur dix reconnaissent que la réputation du centre hospitalier « en termes de gestion de projet devient un aspect primordial dans le cadre de leur stratégie d'organisation prévisionnelle pour le déroulement du dialogue compétitif. Sur les six acteurs concernés, trois confirment qu'un tel élément pourrait être réhibitoire vis-à-vis de leur choix de réponse au projet⁽³¹⁾ ». En effet, les équipes projets des EPS ont dû faire face à une tâche particulièrement ardue, d'une part en raison du caractère innovant de la procédure BEH qui a nécessité souplesse et adaptation, d'autre part parce que ces projets avaient été initialement conçus en procédure MOP, ce qui a impliqué de transformer les programmes techniques détaillés en programmes fonctionnels des besoins. Les partenaires privés ont cependant regretté que la fonctionnalité n'ait pas été exprimée de manière performantielle, ce qui présente, pour huit acteurs sur dix, un élément négatif dans la mesure où l'innovation fonctionnelle possible par les candidats reste encadrée, voire nulle pour une bonne majorité des projets étudiés. Les dix établissements concernés se déclarent, quant à eux, très satisfaits par les possibilités offertes pour faire évoluer les projets, notamment les aspects relatifs à l'exploitation maintenance sur le long terme.

Sur le déroulement du dialogue compétitif, l'étude de la Mainh révèle un avis unanimement positif des partenaires privés sur l'organisation du dialogue par groupes thématiques restreints assortis d'une réunion de synthèse. Cette modalité permet selon eux d'avancer de manière cohérente dans la réponse aux besoins des établissements. Cinq acteurs sur les dix interrogés ont mentionné des problèmes de confidentialité qui

les ont conduits à ne révéler leur offre définitive qu'en fin de dialogue. Pour ce qui est de l'égalité de traitement, aucun acteur n'estime avoir fait l'objet d'un traitement inégal de la part des établissements.

Une relation partenariale de long terme

L'hôpital public devient un client qui doit désormais faire faire plutôt que faire et imposer, non des obligations de moyens mais des obligations de résultat. Au travers de l'intégration verticale⁽³²⁾ que suppose le passage de contrats séparés en MOP à un contrat unique en BEH, l'hôpital achète un service d'une qualité donnée, à savoir l'utilisation d'un ouvrage bien entretenu, et non plus l'ouvrage lui-même.

Les opérateurs privés comme Bouygues, Vinci ou Eiffage doivent ainsi raisonner à long terme et proposer les meilleurs arbitrages entre investissement et fonctionnement. De même, les financiers deviennent des investisseurs de long terme qui doivent trouver les moyens de stabiliser les financements. Mais l'achat d'un service immatériel plutôt qu'un bien corporel pose un problème de mesure de la performance. Celle-ci étant relationnelle et non plus transactionnelle⁽³³⁾, elle ne peut pas se réduire à la mesure quantitative de certains indicateurs mais suppose que les partenaires public et privé établissent une véritable relation de confiance. Cette forme de relation fait émerger une nouvelle gouvernance et ce que certains auteurs⁽³⁴⁾ ont appelé la « désubstantialisation de l'État ». C'est une situation dans laquelle le secteur privé exerce un contrôle indirect sur l'État

notes

(28) Ordonnance du 17 juin 2004.

(29) M. Le Clainche, R. Dubois, « L'usine d'incinération d'Antibes : un partenariat industriel », *La Revue du Trésor*, n° 3-4, mars-avril 2007, pp. 382-383.

(30) Enquête Mainh, p. 18.

(31) Idem, p. 19.

(32) O. Hart, A. Shleifer, R. Vishny, « The Proper Scope of Government: Theory and Application to Prisons », *Quarterly Journal of Economics*, 1997, vol. 112 (4): 1126-1161.

(33) J. Broadbent, « If you can't measure it, how can you manage it? Management and governance in higher educational institutions », *Public Money & Management*, June 2007: 193-198.

(34) R. Rhodes, « The hollowing out of the state », *Political Quarterly*, 1994, 65: 138-151.

dans la mesure où il ne s'engagera avec le secteur public à long terme que s'il est convaincu de sa bonne gestion. Dès lors, on attend qu'il applique des critères de performance privée à la gestion publique et qu'il contribue à sa modernisation en rendant plus prégnante la culture de la performance dans la sphère publique.

Le corollaire de cette nouvelle forme de gouvernance a été qualifié par certains auteurs de « pacte faustien⁽³⁵⁾ », consistant à obtenir des bénéfices économiques immédiats dans certains domaines au détriment de coûts politiques importants dans l'avenir. En effet, on considère que les marges des budgets publics futurs seront réduites à cause des dépenses obligatoires (loyers) découlant des engagements à long terme des BEH, ce qui peut être facteur de tensions dans l'avenir. Mais force est de constater que ce schéma est basé sur une projection à long terme de la situation présente. Il ne tient pas compte des modifications tant externes qu'internes susceptibles de changer radicalement les données du problème dans le futur. Dans ce contexte, la rigueur budgétaire imposée par les BEH antérieurement souscrits peut aussi favoriser, voire forcer, la modernisation et l'adaptation des organisations publiques.

La formulation d'une stratégie

La rigidification des budgets des années à venir, qui découle de l'engagement à long terme de verser des loyers, rend indispensable l'analyse de la soutenabilité budgétaire au travers d'une autorisation d'engagement sur la totalité des loyers dès la mise en service des équipements liés au projet. Les conséquences apparentes en sont une réduction des marges de manœuvre financières sur la durée du contrat BEH, d'au-

tant plus que le coût d'opportunité des fonds investis devient très difficile à déterminer dans le domaine de la santé en raison de l'incertitude qui pèse sur les évolutions technologiques comme sur les tendances épidémiologiques.

Néanmoins, la stratégie d'externalisation sous-jacente présente des avantages largement mis en avant dans le monde de l'entreprise⁽³⁶⁾ : le recours à des sous-traitants permet de confier des tâches toujours plus spécialisées aux prestataires extérieurs, ce qui leur permet d'être constamment à la pointe de l'expertise technologique dans leur domaine; le fait de ne pas intégrer les employés et le capital nécessaire aux différentes phases de production donne une plus grande flexibilité opérationnelle et comptable au donneur d'ordres, en cas de retournement de conjoncture notamment; enfin, l'externalisation de certaines activités permet d'organiser une concurrence entre plusieurs partenaires potentiels, ce qui constitue une solution plus incitative que s'il s'agissait d'une équipe intégrée de manière durable dans l'organisation du donneur d'ordres. En substance, s'engager dans un BEH oblige l'établissement public à arbitrer entre la réduction des marges budgétaires à long terme et les avantages stratégiques de l'externalisation.

Opter pour l'externalisation revient, par ailleurs, à faire le choix d'une structure organisationnelle nouvelle. Les BEH débouchent en effet sur des formes hybrides d'organisation⁽³⁷⁾, qui mettent en jeu des relations complexes entre secteur public et secteur privé. Cette hybridation et cette complexité sont exacerbées par la création d'entités quasi autonomes pour réguler et superviser l'activité des PPP, en l'occurrence la Mission d'appui aux partenariats publics/privés (Maap) pour l'État et les collectivités locales et la Mainh pour les établissements publics de santé. Ces entités apparaissent comme un niveau de gouvernance supplémentaire qui génère de l'opacité dans la chaîne décisionnelle alors que, paradoxalement, la transparence et l'imputabilité (*accountability*) sont prônées par les pouvoirs publics pour améliorer la mise en œuvre des politiques publiques. La résolution de ces tensions passe par une

réflexion de l'établissement sur son devenir, qui se voit contraint de dévoiler, voire formuler sa stratégie. Définie comme la manière dont une organisation s'adapte à son environnement, la stratégie, c'est-à-dire le couple objectifs/moyens, correspond à la vision de long terme de l'organisation, sa formulation apparaît comme une étape indispensable pour justifier la mise en place d'un BEH.

Conclusion

Mis en place depuis seulement quatre ans dans les hôpitaux publics, l'évaluation des BEH ne peut pas encore déboucher sur des constats définitifs. L'analyse des dix premiers contrats fait apparaître que les outils mis en œuvre par la réglementation sont peu adaptés au contexte hospitalier public. Les raisons de cette inadaptation peuvent être imputées à l'existence d'un écart culturel trop important entre la genèse de ces outils et les réalités de l'univers hospitalier; c'est le cas de l'évaluation préalable, de la valorisation des risques et des outils de mesure de la création de valeur ou de contrôle de la performance.

C'est une politique fortement incitative au niveau national qui explique en grande partie l'engagement des EPS dans les montages financiers innovants que représentent les BEH. Les contrats de PPP, dont ils font partie, sont considérés comme des outils au service de la modernisation de l'État. Le potentiel de changement de ces contrats est en effet réel. Il passe par l'introduction d'une nouvelle procédure d'achat public fondée sur la négociation, l'instauration d'une relation partenariale public/privé de long terme et la formulation d'une stratégie pour l'hôpital public. Au Royaume-Uni, les PFI ont agi comme une « méta-politique », c'est-à-dire un catalyseur des politiques publiques⁽³⁸⁾ : ils ont accéléré le déclin des schémas administratifs traditionnels basés sur le fonctionariat et ont fait évoluer leur environnement figé par une interaction complexe entre les réseaux opérationnels, les impératifs bureaucratiques et les pressions politiques. Du côté des partenaires privés, les BEH sont considérés comme un marché en pleine évolution dont la maturité réelle ne peut être attendue avant quelques années. •

notes

- (35) M. Flinders, "The Politics of Public-Private Partnerships", op. cit.
(36) B. Quelin, « Externalisation stratégique et partenariat : de la firme patrimoniale à la firme contractuelle? », Revue française de gestion, n° 143, 2003/2, pp. 13-26.
(37) T. Smith, "Something old, something new...", Parliamentary Affairs, 2003, 56:4, 580-596.
(38) J. Greenaway, B. Salter, S. Hart, "The Evolution of a 'Meta-Policy': The Case of the Private Finance Initiative and the Health Sector", op. cit.