

Quelle est l'influence des appels d'offres et marchés concurrentiels sur la satisfaction à l'égard des services municipaux de santé et de soins ?

Marthe Liss Holum

DANS **REVUE INTERNATIONALE DES SCIENCES ADMINISTRATIVES** 2018/3 Vol. 84 , PAGES 537 À 555
ÉDITIONS **I.I.S.A.**

ISSN 0303-965X

ISBN 9782802762751

DOI 10.3917/risa.843.0537

Date de mise en ligne : 26/09/2018

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://droit.cairn.info/revue-internationale-des-sciences-administratives-2018-3-page-537?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour I.I.S.A..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



Quelle est l'influence des appels d'offres et marchés concurrentiels sur la satisfaction à l'égard des services municipaux de santé et de soins ?

Marthe Liss Holum¹

Résumé

Dans le présent article, nous étudions la relation entre les appels d'offres et marchés concurrentiels (CTC, pour « *competitive tendering and contracting* ») et la satisfaction à l'égard des services de santé et de soins dans les municipalités norvégiennes. Il y a un débat public en cours concernant la privatisation et la passation de marchés comme moyen de fournir des services municipaux. Plusieurs études laissent entendre que cela provoquerait une amélioration de la productivité et de la qualité du service. Sur la base des théories du choix public et des droits de propriété, les organisations publiques sont considérées comme étant inefficaces. Jusqu'à présent, on sait peu de choses sur les effets des CTC sur ce que pensent les citoyens des services exposés aux CTC. Afin d'étudier ce point, nous nous sommes basés sur les données de l'étude sur les citoyens norvégiens, qui couvre plus de 35 000 personnes. Les résultats montrent que les citoyens et les utilisateurs sont plus satisfaits des services de santé et de soins qui sont soumis aux CTC comparativement à ceux qui sont offerts exclusivement par le secteur public.

Remarques à l'intention des praticiens

Les observations de notre étude encouragent les appels d'offres et marchés concurrentiels pour les services de santé et de soins. On observe une relation positive entre les CTC et la satisfaction à l'égard de ces services. Les résultats confirment les arguments avancés dans les évaluations scandinaves; l'introduction de la concurrence et de la passation de marchés vise à mettre davantage l'accent sur la qualité des services, à accroître le souci du service dans les soins et à améliorer l'attention portée aux « besoins secondaires » des résidents. Cela est particulièrement important pour les gestionnaires publics dans les pays socio-démocrates, où l'utilisation des CTC est encore controversée.

¹ **Marthe Liss Holum**, Trondheim Business School, Norvège. Courriel: marthe.l.holum@hist.no.
Traduction de l'article paru en anglais sous le titre: « How does competitive tendering and contracting affect satisfaction with municipal health and care services? ».

Mots-clés : appels d'offres concurrentiels, passation de marchés, services de santé et de soins, administration publique, satisfaction.

Introduction

Les CTC sont une forme courante de privatisation (Reh fuss, 1991) et sont devenus l'une des stratégies les plus importantes pour améliorer l'efficacité du secteur public. Les contrats de marché pour les services conclus avec des organisations du secteur privé multiplient dans la plupart des pays occidentaux depuis les années 1980. En Norvège, un pays social-démocrate, la conclusion de contrats de services aux aînés avec des prestataires privés est encore considérée comme controversée, et les détracteurs reprochent aux propriétaires de maisons de soins privées de vouloir maximiser leurs profits lorsque des cas de mauvais services de soins sont dénoncés (par ex. Voldnes, 2015). La « privatisation » au sens strict est pratiquement inexistante en Norvège, et le terme désigne généralement le fait de confier des services publics à des prestataires privés. Il s'agit de contrats d'une durée de trois à cinq ans (Bogen, 2002; Eikås, 2001). Les CTC font l'objet d'une attention considérable de la part des chercheurs depuis quelques années. Toutefois, la recherche s'est jusqu'à présent concentrée sur les déterminants des décisions de « faire ou de faire faire » et sur les effets économiques. Peu d'études ont été réalisées pour évaluer les effets non économiques de l'externalisation (Park, 2004), mais quelques-unes ont abordé les effets sur la qualité mesurée en interne (par ex. Bel et Warner, 2008; Levin et Tadelis, 2010; Stolt *et al.*, 2011). Nos connaissances sont limitées sur l'influence de ces réformes du secteur public sur l'évaluation externe des services exposés à la concurrence et à la passation de marchés.

Les partisans des CTC fondent principalement leurs arguments sur la théorie du choix public (Niskanen, 2012; Niskanen, 1974; Tullock, 1965). Du point de vue des choix publics, l'utilisation de forces concurrentielles est nécessaire pour contraindre le comportement des bureaucrates. Cela permet d'orienter l'activité du secteur public vers l'intérêt général. Parmi les sceptiques, la principale inquiétude concerne ce qu'on appelle « l'hypothèse de l'ombrage de la qualité » (Domberger et Jensen, 1997). Selon cette hypothèse, les CTC conduisent à une focalisation exagérée sur les coûts – au détriment de la qualité du service.

L'objectif de la présente étude est d'explorer la relation entre les CTC et la satisfaction à l'égard des services municipaux de santé et de soins. Pour ce faire, nous effectuons une analyse multiniveaux combinant des données individuelles et municipales. L'étude sur les citoyens norvégiens couvre plus de 35 000 répondants sur deux cycles, 2009 et 2013. L'étude sur l'organisation municipale menée en 2008 et 2012 est adaptée pour être combinée avec ces données, puisqu'elle examine, entre autres aspects, les décisions des municipalités sur le recours aux appels d'offres et aux marchés dans les services de santé et de soins. Les résultats indiquent que les citoyens des municipalités qui emploient les CTC ont un niveau de satisfaction plus élevé à l'égard de ces services, l'effet étant le plus fort pour les services institutionnalisés. Les résultats confirment l'idée selon laquelle les CTC

supposent que la municipalité mette davantage l'accent sur la qualité des services et sur des soins davantage axés sur le service.

Cadre théorique

Les partisans des appels d'offres et marchés concurrentiels dans le secteur public soutiennent que les marchés sont plus efficaces que les pouvoirs publics (Tang, 1997). Les CTC ou la privatisation sont considérés comme la solution pour accroître l'efficacité des coûts et améliorer les services (Savas, 1977). En ce qui concerne le recours à la concurrence, les arguments se fondent sur la théorie du choix public.

Améliorer les services publics par la concurrence: arguments théoriques

Les théoriciens accusent depuis longtemps le secteur public d'être inefficace et de gaspiller des ressources en raison des structures d'incitation caractéristiques des fonctionnaires. Dans la théorie du choix public, l'argument de base est que les organisations sont formées en fonction des intérêts de leurs membres et que la nature humaine est davantage égoïste qu'altruiste. Les bureaucrates cherchent à maximiser leur « budget discrétionnaire », et non ce que les citoyens considèrent comme important (Niskanen, 2012; Migue et Bélanger, 1974). « Le budget d'un bureau est toujours trop important et les résultats sont généralement trop importants » (Niskanen, 1975, 619). La présence des forces du marché devrait permettre d'aligner les motivations des bureaucrates sur l'intérêt général et d'améliorer l'efficacité. La théorie du choix public met l'accent sur l'importance de la concurrence par opposition à la propriété et considère les CTC comme un bon moyen d'améliorer l'efficacité du secteur public. Les auteurs des théories du droit de propriété (Alchian, 1965; Hart *et al.*, 1997) soutiennent que le rôle de la propriété privée est plus important que celui de la concurrence, une discussion qui est toujours ouverte. Cependant, selon Domberger *et al.* (1995), et Bel et Warner (2008), le passage de la propriété publique à la propriété privée aura un effet marginal en l'absence de concurrence.

Les arguments de la théorie du choix public sont critiqués par ceux qui étudient l'économie des coûts de transaction (Williamson, 1979) et la théorie du mandant-mandataire (Jensen et Meckling, 1976), qui se demandent si la passation de marchés est la solution appropriée dans tous les contextes. Selon la théorie de la délégation, la passation de marchés avec d'autres parties suscite des problèmes supplémentaires que les gestionnaires publics devront gérer. Certains soutiennent que le fait de passer des marchés avec des entrepreneurs privés dans le but de maximiser les profits crée plus de problèmes de délégation en raison des risques plus élevés d'opportunisme que les transactions avec des organismes publics ou sans but lucratif (Brown et Potoski, 2003b; Light, 2011; Van Slyke, 2007; Wise, 1990). Du point de vue de l'économie des coûts de transaction, certaines transactions ont des caractéristiques telles qu'elles sont parfois mises en œuvre plus efficacement au sein de l'organisation. Selon certains, les CTC supposent l'obligation d'investir dans la capacité de gestion des marchés (Brown et Potoski, 2003a). Pour les services difficilement mesurables, les défis de la pas-

sation de marchés sont plus probables (Behn et Kant, 1999), et la nécessité d'une capacité de gestion des marchés sera particulièrement importante. Certains soutiennent que les services les plus mesurables sont les plus susceptibles d'être organisés avec succès grâce à la passation de marchés (Ferris et Graddy, 1986, 1991). Cette image se retrouve également dans les choix de production des gouvernements locaux, où les services facilement mesurables sont le plus souvent confiés à des entreprises privées (Brown et Potoski, 2003b). Les arguments en faveur de la théorie du choix public, ainsi que les critiques à son égard, laissent ouverte la question de savoir si les CTC sont plus performants (Boyne, 1998) et la question de savoir si c'est bien le cas mérite en revanche d'être vérifiée de manière empirique.

Constatations empiriques sur les effets des appels d'offres et marchés concurrentiels de services publics

Bien que certains auteurs soutiennent que les CTC ne se traduisent pas forcément par une baisse des coûts (par ex. Boyne, 1998), la plupart des études indiquent que l'introduction de la concurrence et de la passation de marchés entraîne des économies de coûts (par ex. Boardman et Vining, 1989; Domberger et Jensen, 1997; Levin et Tadelis, 2010; Savas, 1977).

En ce qui concerne les indicateurs de qualité, plusieurs études indiquent aussi que les CTC ont des effets positifs (par ex., Domberger *et al.*, 1995; Domberger et Jensen, 1997; Industry Commission, 1996; Stolt *et al.*, 2011). Les résultats sont cependant plus mitigés en ce qui concerne la qualité. Cela peut très bien s'expliquer par le fait que les conclusions concernant la qualité sont beaucoup plus incertaines, ce qui témoigne des difficultés à définir et de mesurer la qualité (Boyne, 1998; Brown et Potoski, 2003b). En ce qui concerne les études sur la qualité du service, il est également important de garder à l'esprit la différence entre les indicateurs de qualité « objectifs » choisis et l'expérience des utilisateurs en ce qui concerne les services. Une étude norvégienne n'observe aucun lien évident entre ces deux aspects (Dræge *et al.*, 1997, 59). En Allemagne, on observe une relation positive entre les arrangements concurrentiels et la satisfaction à l'égard des services publics (Reichard, 2006), sans présenter de modèle statistique à cet égard.

Romzek et Johnston (1999) se demandent si les services plus « intangibles », comme les services aux aînés, sont plus difficiles à externaliser (voir la section précédente sur l'économie des coûts de transaction). Il sera donc plus difficile d'obtenir des améliorations en termes d'efficacité en soumettant ces services à des CTC. Peu d'études ont été menées sur les effets des CTC sur la qualité des services plus « intangibles », et les recherches sur la prestation services aux aînés portent surtout sur la question de la privatisation (c.-à-d. l'effet de la propriété) (Amirkhanayan, 2008; Comondore *et al.*, 2009). Une étude suédoise, cependant, s'intéresse aux CTC et constate que les maisons de soins infirmiers confiées à des organismes privés sont associées à un taux de dotation plus faible, mais obtiennent des scores plus élevés pour plusieurs indicateurs de qualité (Stolt *et al.*, 2011). Les auteurs indiquent que les maisons gérées par des entrepreneurs privés sont associées à des activités davantage axées sur le service. Outre les

études publiées dans des revues internationales reconnues, plusieurs évaluations ont été réalisées en Scandinavie et contiennent des conclusions positives sur les services soumis à des appels d'offres et à des marchés concurrentiels. Un rapport d'évaluation norvégien portant sur six maisons de soins infirmiers du gouvernement local et deux maisons de soins infirmiers privées indique que ces dernières consacrent une plus grande part de leurs ressources aux activités destinées à l'utilisateur que les maisons gérées par les gouvernements locaux (Pedersen, 1998). L'auteur conclut que les maisons gérées par des entrepreneurs privés consacrent plus d'argent aux soins et moins à l'administration, à la nourriture et à la blanchisserie. Les utilisateurs se déclaraient satisfaits de la nourriture, même si elle était produite de manière plus efficiente. Les rapports d'évaluation de la Suède font également apparaître des résultats positifs liés aux CTC (Svensson et Edelbalk, 2001). Les personnes travaillant dans les organisations privées obtenaient de meilleurs résultats parmi les utilisateurs quant à la façon dont elles traitent les utilisateurs avec respect et sont attentives à leurs besoins secondaires tels que la socialisation et l'activation (Socialstyrelsen, 1996). Certains soutiennent que la mise en œuvre de l'externalisation oblige la municipalité à privilégier la qualité du service (Svensson et Edelbalk, 2001 ; Söderström *et al.*, 2000). Le personnel municipal est convaincu qu'en l'absence de ces dispositifs d'externalisation, l'élaboration d'outils et de procédures de spécification et de surveillance de la qualité serait considérée comme trop longue à réaliser (Bogen, 2002).

Certaines municipalités peuvent offrir leurs services par l'entremise d'une combinaison de contractants privés et publics. En supposant que la concurrence ait un effet positif, l'effet peut être attendu non seulement pour les services offerts par le contractant privé, mais aussi pour les services que la municipalité continue à offrir. Cet effet positif de la concurrence privée sur les services publics est établi dans la littérature éducative (Arum, 1996; Belfield et Levin, 2002; Thapa, 2013), et est transférable au contexte des services de santé et de soins. La concurrence des fournisseurs privés peut obliger les prestataires publics à égaler le niveau de qualité et le prix des contractants privés. Les concurrents qui sont plus efficaces remplaceraient bientôt les unités moins efficaces. De plus, l'élaboration d'outils et de procédures permettant de définir et de surveiller la qualité des services liés à l'acte d'appel d'offres et de passation de marchés devrait influencer sur l'attitude de la municipalité envers tous ses fournisseurs de services, tant publics que privés.

Sur la base des arguments théoriques de la théorie du choix public et des signaux positifs des rapports d'évaluation scandinaves, nous partons du principe qu'une relation positive existe entre les CTC et la satisfaction à l'égard des services.

Hypothèse (H1): les CTC des services municipaux de santé et de soins sont associés à une plus grande satisfaction des citoyens et des utilisateurs.

Valeurs postmatérialistes et satisfaction à l'égard des services

Selon Inglehart (1971, 1990, 1997), il y a eu un changement de valeurs, passant de valeurs plus matérialistes axées sur la survie à des valeurs post-matérialistes axées sur l'expression de soi. Dans les pays industrialisés, les jeunes grandissent dans la prospérité sans avoir à se soucier de leurs besoins matériels de base. Cela

s'est traduit par un changement de leurs valeurs dans le sens de la réalisation de soi, soulignant l'importance de vivre une vie significative. Les rapports d'évaluation scandinaves indiquent que les CTC des maisons de soins infirmiers et des résidences-services sont associés à des scores plus élevés lorsqu'il s'agit de prêter attention aux besoins secondaires, à l'esprit de service et de traiter les résidents avec respect (Pedersen, 1998 ; Socialstyrelsen, 1996). Ces qualités font appel aux valeurs d'expression personnelle des jeunes, qui accorderont plus d'importance aux qualités de service qui vont au-delà de la satisfaction des besoins matériels de base. Lorsque les résidents de ces établissements sont traités avec plus de respect et participent à davantage d'activités sociales, cela leur permet de vivre une vie plus intéressante placés dans des maisons de soins infirmiers. On part dès lors du principe que lorsque les maisons de soins infirmiers soumises aux CTC sont associées à ces qualités, les jeunes répondants se déclareront plus satisfaits des maisons de soins infirmiers et des résidences-services dans les municipalités qui ont recours aux CTC.

Hypothèse (H2a) : les jeunes répondants sont plus satisfaits des services de santé et de soins institutionnalisés dans les municipalités qui recourent aux CTC que dans les municipalités qui ne recourent pas aux dispositifs de mise en concurrence.

Selon Inglehart (1971), les valeurs post-matérialistes ont tendance à être représentées parmi les individus très instruits. L'enseignement supérieur peut à la fois affecter les valeurs et représenter un certain statut social. On part dès lors de l'idée que les répondants très instruits sont plus satisfaits des services offerts dans les municipalités qui recourent aux CTC que les répondants qui n'ont fait leurs études qu'au niveau primaire.

Hypothèse (H2b) : les jeunes répondants très instruits sont plus satisfaits des services de santé et de soins institutionnalisés dans les municipalités qui recourent aux CTC que dans les municipalités qui ne recourent pas aux dispositifs de mise en concurrence.

Données et méthodes

Afin de vérifier la relation entre les CTC et la satisfaction à l'égard des services, les données d'enquête au niveau individuel sont combinées avec les données au niveau municipal. Les données de l'enquête couvrent plus de 35 000 répondants originaires de 429 municipalités norvégiennes en 2012 (430 en 2008). Les données au niveau individuel proviennent de deux séries de l'étude sur les citoyens norvégiens², à savoir l'année 2009 et l'année 2013. Au niveau muni-

² L'étude citoyenne de 2009 a été réalisée par l'Agence pour la gestion publique et le gouvernement électronique, et l'étude citoyenne de 2013, par TNS Gallup pour le compte du ministère de l'Administration, de la Réforme et des Affaires ecclésiastiques. Les données ont été préparées par le Norwegian Social Science Data Services (NSD). Cette étude donne un aperçu des opinions et des expériences des citoyens dans des domaines tels que les enfants, l'éducation, la connaissance, la santé et les soins, l'inclusion sociale, la sécurité, le soutien, l'économie, les transports, la culture et la communication.

pal, des données provenant de deux sources ont été utilisées. Pour les variables indépendantes concernant les choix contractuels, nous avons utilisé les données d'enquête de l'Étude sur l'organisation municipale³ de 2008 et 2012. Les autres variables au niveau municipal ont été obtenues auprès du Bureau de statistique de Norvège⁴. Les services municipaux de santé et de soins comprennent quatre catégories: les maisons de soins infirmiers, les soins infirmiers à domicile, les résidences-services et l'aide à domicile. Celles-ci constituent les quatre variables dépendantes. En 2008, 315 municipalités au total ont répondu à un questionnaire, dont quatorze ont déclaré recourir aux CTC pour les services de santé et de soins institutionnalisés. En 2013, le taux de réponse était de 334. Parmi ces répondants, 23 recouraient aux CTC pour leurs services institutionnalisés. Neuf municipalités déclaraient recourir aux CTC pour les services à domicile en 2008 et 23 en 2012.

Les données utilisées dans la présente analyse sont caractérisées par une structure hiérarchique, où les observations individuelles sont regroupées dans les municipalités. L'analyse des effets au niveau individuel des variables positionnées au niveau municipal suppose dès lors une modélisation à plusieurs niveaux⁵. Dans les données hiérarchiquement structurées, les observations de niveau inférieur ne sont pas indépendantes, mais sont regroupées en unités contextuelles à un niveau supérieur. L'analyse multiniveaux a pour but d'étudier l'information à tous les niveaux des données et de tenir compte de cette variance dans la variable dépendante mesurée au niveau le plus bas. Étant donné que la variable explicative qui nous intéresse, les CTC, est considérée comme un effet intrinsèquement de niveau 2 (et non comme une conséquence du modèle d'étude), la modélisation multiniveaux est plus adaptée qu'une approche fondée sur l'erreur type robuste en grappes (CRSE). Nous avons utilisé une modélisation à plusieurs niveaux pour intégrer l'effet de la grappe dans l'estimation comme si les grappes étaient échantillonnées uniformément – tandis qu'en utilisant une approche CRSE, les estimations seront affectées par le nombre d'observations dans chaque grappe⁶.

Variables

Les unités d'analyse sont des individus dans les municipalités norvégiennes. Les services municipaux de santé et de soins sont divisés en services institutionnalisés (maisons de soins infirmiers et résidences-services) et à domicile (soins infirmiers à domicile et aide à domicile). Nous obtenons ainsi quatre variables dépen-

³ L'étude sur l'organisation municipale a été réalisée par l'Institut norvégien de recherche urbaine et régionale. Les données ont été préparées par le Norwegian Social Science Data Services (NSD). Aucune des organisations susmentionnées n'est responsable de l'analyse des données ou des interprétations faites par les auteurs.

⁴ Le Bureau de statistique de Norvège est responsable des statistiques officielles en Norvège. Pour de plus amples informations, voir <http://www.ssb.no/en/>.

⁵ L'analyse a été effectuée au moyen de Stata/MP 13.1 pour Windows.

⁶ Les modèles ont également été exécutés avec des erreurs types robustes en grappes et ont produit des résultats similaires.

dantes : *satisfait à l'égard des maisons de soins infirmiers, satisfait à l'égard des résidences services, satisfait à l'égard des soins infirmiers à domicile et satisfait à l'égard de l'aide à domicile* Ces variables sont codées de 1 à 7, où les valeurs élevées indiquent que le répondant est satisfait à l'égard du service.

Tableau 1 : *Statistiques descriptives; variables de niveau 1, échantillon total*

	Moyenne	Min	Max	Écart-type	N
Variables dépendantes					
Satisfait à l'égard des maisons de soins infirmiers	4,58	1	7	1,64	15 408
Satisfait à l'égard des résidences-services	4,62	1	7	1,63	21 795
Satisfait à l'égard des soins infirmiers à domicile	4,91	1	7	1,56	21 650
Satisfait à l'égard de l'aide à domicile	4,73	1	7	1,57	20 464
Variables de contrôle niveau-1					
Femme	,53	0	1	,50	36 207
Âge	49,15	18	99	17,75	33 139
Niveau d'instruction élevé	,378	0	1	,485	35 894
Employé	,60	0	1	,49	35 695
Conservateur	,26	0	1	,44	35 735
Contact avec le service au cours des 12 derniers mois	,20	0	1	,40	35 754
– Maison de soins infirmiers					
– Résidences-services	,16	0	1	,36	35 775
– Soins infirmiers à domicile	,19	0	1	,39	35 776
– Aide à domicile	,15	0	1	,35	35 729

Les données sont analysées en deux groupes : le premier se compose des citoyens ordinaires, et le second, des répondants qui ont eu un contact direct avec le service en question au cours des douze derniers mois, ci-après dénommés *utilisateurs*. Ceux-ci peuvent avoir été en contact en tant que patients, proches parents d'un patient ou par le travail.

Tableau 2 : *Statistiques descriptives; variables de niveau 1, utilisateurs des services*

	Moyenne	Min	Max	Écart-type	N
<u>Maison de soins infirmiers:</u>					
Variable dépendante					
Satisfait à l'égard des maisons de soins infirmiers	4,57	1	7	1,76	4 694
Variables de contrôle niveau-1					
Femme	,60	0	1	,49	7 946
Âge	49,17	18	99	17,40	7 223
Niveau d'instruction élevé	,394	0	1	,489	7 876
Employé	,64	0	1	,48	7 772
Conservateur	,242	0	1	,43	7 818
<u>Résidences-services:</u>					
Variable dépendante					
Satisfait à l'égard des résidences-services	4,60	1	7	1,78	5 146

Variables de contrôle niveau-1					
Femme	,60	0	1	,49	6 227
Âge	49,02	18	99	17,45	5 632
Niveau d'instruction élevé	,368	0	1	,482	6 174
Employé	,64	0	1	,48	6 086
Conservateur	,24	0	1	,43	6 139
<u>Soins infirmiers à domicile:</u>					
Variable dépendante					
Satisfait à l'égard des soins infirmiers à domicile	5,01	1	7	1,68	6 157
Variables de contrôle niveau-1					
Femme	,49	0	1	,49	7 244
Âge	51,83	18	99	17,65	6 555
Niveau d'instruction élevé	,385	0	1	,487	7 175
Employé	,61	0	1	,49	7 064
Conservateur	,25	0	1	,43	7 121
<u>Aide à domicile:</u>					
Variable dépendante					
Satisfait à l'égard de l'aide à domicile	4,72	1	7	1,76	4 826
Variables de contrôle niveau-1					
Femme	,57	0	1	,49	5 870
Âge	51,82	18	99	17,97	5 282
Niveau d'instruction élevé	,373	0	1	,484	5 814
Employé	,60	0	1	,49	5 715
Conservateur	,25	0	1	,43	5 763

Tableau 3 : Statistiques descriptives; variables de niveau 2

	Moyenne	Min	Max	Écart-type	N
CTC, services institutionnalisés	,06	0	1	,23	649
CTC, services à domicile	,05	0	1	,22	647
Population (logarithme)	8,49	5,36	13,33	1,15	853
Recettes municipales par habitant	75,44	44,03	242,30	22,96	852
Dépenses municipales dans les services de santé et de soins (logarithme)	9,70	8,81	10,88	,32	854
CTC récemment introduits	,02	0	1	,15	648

Au niveau individuel, nous avons intégré les variables de contrôle suivantes: La variable *femme* est une variable nominale qui représente le genre du répondant, valeur codée 1; les hommes sont la catégorie de référence. *L'âge* correspond à l'âge réel du répondant. La variable *Niveau d'instruction élevé* est une variable nominale codée 1 lorsque le répondant possède un niveau d'instruction élevé. La variable *Employé* est une variable nominale codée 1 lorsque le répondant fait partie de la population active. La variable *Conservateur* est une variable nominale codée 1 lorsque le répondant a voté pour le Parti conservateur ou du Progrès aux dernières élections municipales. La variable *Contact avec le service au cours des 12 derniers mois* est également une variable nominale, codée 1, qui indique que

le répondant a été en contact (en tant que patient, proche parent ou par le travail) avec le service au cours des douze mois écoulés.

Les principales variables explicatives sont la question de savoir si la municipalité a recouru aux CTC pour les services de santé et de soins institutionnalisés et à domicile. Les variables *CTC* (en institution et à domicile) sont des variables nominales, où la valeur 1 signifie que la municipalité a recouru aux CTC dans les services de santé et de soins. Il convient de noter que, dans certaines municipalités, les services sont parfois assurés par une combinaison de contractants privés et publics, mais la variable renvoie à la question de savoir si les services font l'objet d'appels d'offres concurrentiels.

Étant donné que l'analyse comprend un certain nombre d'unités de niveau 2, il est possible d'inclure plusieurs variables de contrôle à ce niveau également. Nous avons utilisé les variables de contrôle suivantes au niveau municipal-année. La *Population* représente le nombre d'habitants dans la municipalité au 1^{er} janvier 2008 et 2012. Afin d'obtenir une répartition uniforme, la variable est transformée dans son logarithme naturel. La population est incluse afin de tenir compte de la taille de la municipalité, dont on sait qu'elle a une incidence sur la satisfaction. Les *recettes par plafond* désignent les recettes totales de la municipalité par habitant, qui comprennent les recettes fiscales et financières en plus des subventions forfaitaires. En incluant les recettes municipales, on prend en considération l'effet possible lié au fait que les citoyens des municipalités plus riches sont plus satisfaits à l'égard des services qui leur sont offerts. La variable *Dépenses S&S* correspond aux dépenses nettes de fonctionnement de la municipalité pour les services de santé et de soins par habitant. Cette variable est incluse afin de tenir compte d'un lien possible entre une augmentation des dépenses en services de santé et de soins et la satisfaction. Cette variable est elle aussi transformée dans son logarithme naturel. La variable *CTC récemment introduits* est une variable nominale codée 1 pour les répondants de 2013 qui appartiennent à une municipalité qui a introduit les CTC après l'enquête municipale en 2008. Les municipalités qui ont récemment introduit les CTC sont plus inexpérimentées, un facteur important pour expliquer la capacité de gestion des contrats (Brown et Potoski, 2003a).

Huit modèles sont présentés dans le présent article. Les modèles 1 et 2 peuvent être formellement présentés par l'équation [1], les modèles 3 et 4, par l'équation [2], les modèles 5 et 6, par l'équation [3], et les modèles 7 et 8, par l'équation [4].

$$[1] Y_{ij} = \beta_0 + \beta_1 \text{woman}_{ij} + \beta_2 \text{age}_{ij} + \beta_3 \text{higheducation}_{ij} + \beta_4 \text{employed}_{ij} + \beta_5 \text{conservative}_{ij} + \beta_6 \text{contact}_{ij} + \beta_7 \ln \text{population}_j + \beta_8 \text{revenues}_{ij} + \beta_9 \ln \text{expenditureHC}_{ij} + \beta_{10} \text{recent intro}_{10} + \beta_{11} \text{CTC}_j + \beta_{12} \text{CTC}_j \text{age}_{ij} + e_{ij} + u_{0j}$$

$$[2] Y_{ij} = \beta_0 + \beta_1 \text{woman}_{ij} + \beta_2 \text{age}_{ij} + \beta_3 \text{higheducation}_{ij} + \beta_4 \text{employed}_{ij} + \beta_5 \text{conservative}_{ij} + \beta_6 \text{contact}_{ij} + \beta_7 \ln \text{population}_j + \beta_8 \text{revenues}_{ij} + \beta_9 \ln \text{expenditureHC}_{ij} + \beta_{10} \text{recent intro} + \beta_{11} \text{CTC}_j + e_{ij} + u_{0j}$$

$$[3] Y_{ij} = \beta_0 + \beta_1 \text{woman}_{ij} + \beta_2 \text{age}_{ij} + \beta_3 \text{higheducation}_{ij} + \beta_4 \text{employed}_{ij} + \beta_5 \text{conservative}_{ij} + \beta_6 \ln \text{population}_j + \beta_7 \text{revenues}_{ij} + \beta_8 \ln \text{expenditureHC}_j + \beta_{10} \text{recent intro} + \beta_{11} \text{CTC}_j + \beta_{12} \text{CTC}_j \text{age}_{ij} + e_{ij} + u_{0j}$$

$$[4] Y_{ij} = \beta_0 + \beta_1 \text{woman}_{ij} + \beta_2 \text{age}_{ij} + \beta_3 \text{higheducation}_{ij} + \beta_4 \text{employed}_{ij} + \beta_5 \text{conservative}_{ij} + \beta_6 \ln \text{population}_j + \beta_7 \text{revenues}_{ij} + \beta_8 \ln \text{expenditureHC}_j + \beta_9 \text{recent intro} + \beta_{10} \text{CTC}_j + e_{ij} + u_{0j}$$

Y_{ij} représente la valeur de la variable dépendante pour le citoyen ou l'utilisateur i , au sein de la municipalité-année j . β_0 représente le point d'intersection, βX_{ij} représente les coefficients de régression au niveau du citoyen i , dans la municipalité-année j et βX_j représente les coefficients de régression au niveau municipal-année. e_{ij} et u_{0j} correspondent aux résiduels pour le niveau individuel et le niveau municipal-année, respectivement. Les modèles sont estimés au moyen de la probabilité maximale, et l'estimation représente la valeur hypothétique de la population qui est la plus susceptible de produire l'échantillon observé (Wonnacott et Wonnacott, 1990:568).

Résultats

Tableau 4 : Modèles à point d'intersection aléatoire de la satisfaction des citoyens, coefficients de régression avec écarts-types entre parenthèses

	Modèle 1 Maison de soins infirmiers; Satisfaction des citoyens	Modèle 2 Résidences-services; Satisfaction des citoyens	Modèle 3 Soins infirmiers à domicile; Satisfaction des citoyens	Modèle 4 Aide à domicile; Satisfaction des citoyens
Point d'intersection	11,954*** (1,100)	10,421*** (,960)	7,688*** (,886)	7,611*** (,918)
Niveau individuel				
Femme	-,041 (,031)	,036 (,025)	,060** (,025)	-,016 (,026)
Âge	,008*** (,001)	,007*** (,001)	,012*** (,001)	,009*** (,001)
Niveau d'instruction élevé	-,056* (,032)	-,039 (,027)	-,064** (,026)	-,104*** (,027)
Employé	-,127*** (,033)	-,109*** (,028)	-,132*** (,027)	-,121*** (,028)
Conservateur	-,310*** (,034)	-,297*** (,029)	-,293*** (,028)	-,238*** (,029)
Contact au cours des 12 derniers mois	-,045 (,033)	-,048 (,030)	,131*** (,027)	-,002 (,030)

Niveau municipal-année				
Population (ln)	-,312*** (,019)	-,321*** (,018)	-,252*** (,016)	-,258*** (,017)
Recettes par habitant	,011*** (,002)	,007*** (,002)	,005*** (,002)	,005*** (,002)
Dépenses S&S (ln)	-,525*** (,117)	-,343*** (,102)	-,128 (,094)	-,094 (,097)
CTC Introduits récemment	-,356** (,097)	-,337*** (,121)	-,121 (,093)	-,121 (,097)
CTC	,554*** (,114)	,673*** (,105)	,112** (,053)	,146*** (,055)
CTC x Âge	-,007*** (,002)	-,009*** (,002)	-	-
Effets aléatoires				
Var (u_{0j})	,066	,057	,034	,036
Var (e_{ij})	2,366	2,328	2,110	2,190
N de niveau 1	11 026	15 445	14 817	13 968
N de niveau 2	681	690	686	685
Logarithme du rapport de vraisemblance	-20 490	-28 557	-26 637	-25 371

Remarque: *** = p<0,01, ** = p<0,05, * = p<0,1.

Tableau 5 : Modèles à point d'intersection aléatoire de la satisfaction des utilisateurs, coefficients de régression avec écarts-types entre parenthèses

	Modèle 5 Maison de soins infirmiers; Satisfaction des utilisateurs	Modèle 6 Résidences-services; Satisfaction des utilisateurs	Modèle 7 Soins infirmiers à domicile; Satisfaction des utilisateurs	Modèle 8 Aide à domicile; Satisfaction des utilisateurs
Point d'intersection	10,655*** (1,977)	9,444*** (1,865)	8,529*** (1,624)	8,193*** (1,827)
Niveau individuel				
Femme	,030 (,060)	,169*** (,058)	,087* (,051)	-,017 (,060)
Âge	,009*** (,002)	,012*** (,002)	,017*** (,002)	,016*** (,002)
Niveau d'instruction élevé	-,062 (,061)	-,031 (,059)	-,117** (,052)	-,211*** (,062)
Employé	-,130** (,064)	-,174*** (,062)	-,122** (,055)	-,188*** (,065)
Conservateur	-,353*** (,067)	-,395*** (,065)	-,380*** (,057)	-,378*** (,067)

Niveau municipal-année				
Population (ln)	-,339*** (,034)	-,328*** (,032)	-,253*** (,027)	-,253*** (,030)
Recettes par habitant	,006 (,004)	,004 (,003)	,007** (,003)	,011*** (,003)
Dépenses S&S (ln)	-,355* (,211)	-,243 (,198)	-,228 (,174)	-,231 (,195)
CTC récemment introduits	-,263 (,273)	-,485** (,222)	-,029 (,154)	-,214 (,183)
CTC	,631*** (,218)	,937*** (,224)	,125 (,088)	,283*** (,098)
CTC x Âge	-,006 (,004)	-,014*** (,004)	-	-
Effets aléatoires				
Var (u_{0j})	,091	,058	,030	,017
Var (e_{ij})	2,749	2,795	2,468	2,729
N de niveau 1	3 415	3 665	4 237	3 320
N de niveau 2	585	590	598	574
Logarithme du rapport de vraisemblance	-6 615	-7 115	-7 947	-6 387

Remarque: *** = $p < 0,01$, ** = $p < 0,05$, * = $p < 0,1$.

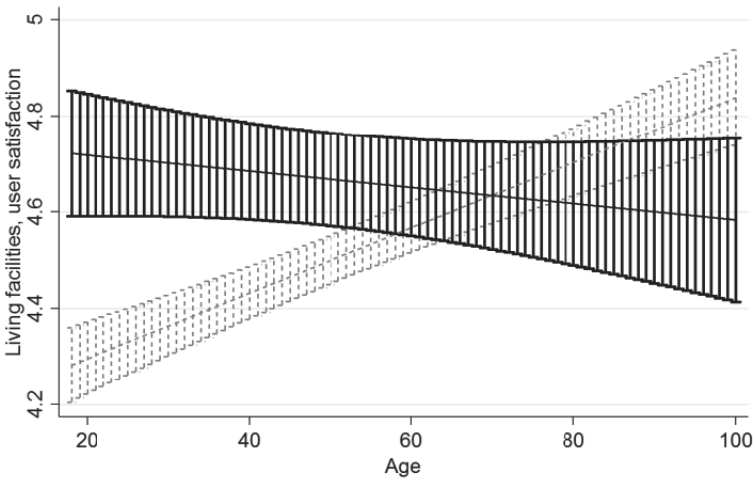
Les variables de contrôle de niveau individuel *Âge*, *Employé* et *Conservateur* sont significatives dans tous les modèles. La variable *Niveau d'instruction élevé* est significative dans les modèles 1, 3, 4, 7 et 8. La variable *Femme* est significative dans les modèles 3, 6 et 7, et la variable *Contact avec le service au cours des 12 derniers mois* est significative dans les modèles 2 et 3. L'augmentation de l'âge est liée à une plus grande satisfaction à l'égard des services de santé et de soins municipaux. Les répondants présentant un niveau d'instruction élevé, ceux qui font partie de la population active et les électeurs conservateurs sont tous plus mécontents à l'égard des services de santé et de soins qui leur sont proposés que les personnes peu scolarisées, les chômeurs et les électeurs des partis non conservateurs, respectivement.

En ce qui concerne les variables au niveau municipal, la *Population* a un effet négatif et significatif sur la satisfaction à l'égard des quatre groupes de services. Les habitants des grandes municipalités sont moins satisfaits à l'égard des services de santé et de soins que ceux des plus petites municipalités. Celles-ci affichent généralement un niveau plus élevé de satisfaction des citoyens. Les *Recettes par plafond* ont un effet positif sur la satisfaction et sont significatives dans six des huit modèles. L'analyse indique donc que les citoyens des municipalités plus riches sont plus satisfaits à l'égard des services de santé et de soins qui leur sont offerts. Chose quelque peu étonnante, les *Dépenses S&S* ont un effet négatif sur la satisfaction dans tous les modèles. Les citoyens ou les utilisateurs des municipalités qui dépensent relativement plus pour ces services sont moins satisfaits que

les citoyens ou les utilisateurs des municipalités qui dépensent moins. Cet effet n'est toutefois significatif que dans les modèles 1 et 2. Comme prévu, la variable *CTC récemment introduits* est négativement liée à la satisfaction à l'égard des services. L'effet est significatif dans trois des modèles. L'expérience en matière de passation de marchés aurait une incidence sur la capacité de gestion des marchés de la municipalité, à savoir, par exemple, sa capacité de formuler des contrats et d'assurer le suivi du contractant. Les municipalités plus expérimentées sont censées être plus efficaces et obtenir de meilleurs résultats.

La variable principale, les *CTC*, a un effet positif sur la satisfaction dans tous les modèles, et son effet est significatif en dessous du seuil de 5 % dans sept des huit modèles. L'effet est le plus fort pour les services institutionnalisés, et il est significatif au niveau de 1 % dans les quatre modèles de ces services. De plus, il y a un effet d'interaction entre l'âge du répondant et les *CTC* pour les services institutionnalisés. Les répondants de moins de 50 ans sont plus satisfaits à l'égard des maisons de soins infirmiers et des résidences-services dans les municipalités qui recourent aux *CTC* (voir Figure 1). Passé cet âge, les différences ne sont pas significatives. Les hypothèses H1 et H2a sont par conséquent confirmées. L'hypothèse H2b n'est pas confirmée, puisqu'un effet d'interaction n'a été observé dans aucun des modèles entre les *CTC* et un niveau d'instruction élevé.

Figure 1 : Satisfaction des utilisateurs à l'égard des résidences-services; effet d'interaction entre les *CTC* et l'âge. Marges prédictives avec intervalles de confiance de 95 %.



Analyse

Plusieurs études sur les appels d'offres et marchés concurrentiels soutiennent qu'ils ont des effets bénéfiques à la fois sur la rentabilité et sur la qualité du service (Domberger et Jensen, 1997; Levin et Tadelis, 2010; Savas, 1977). Les critiques soutiennent que le fait d'accorder trop d'importance aux coûts nuit à la

qualité du service, que de nombreux services publics sont difficiles à externaliser et que le recours aux CTC n'est pas adapté à ces services, qui sont généralement des services « intangibles », comme la santé et les soins (Romzek et Johnston, 1999). Les recherches empiriques sur les effets non économiques des CTC dans ces services sont peu nombreuses, mais les évaluations scandinaves font surtout état de résultats positifs (Bogen, 2002 ; Pedersen, 1998 ; Socialstyrelsen, 1996 ; Svensson et Edelbak, 2001).

L'analyse montre que le recours aux CTC est lié à un niveau accru de satisfaction à l'égard des services de santé et de soins. La relation positive est la plus marquée dans les services institutionnalisés. La relation positive entre les CTC des services municipaux de santé et de soins et la satisfaction en Norvège est quelque peu surprenante lorsque l'on tient compte du scepticisme présumé face à l'introduction des forces du marché au sein de l'État providence. L'État providence occupe une place très importante dans les pays sociaux-démocrates comme ceux de Scandinavie, et le scepticisme peut très bien être présent. Néanmoins, l'analyse indique que ce scepticisme n'apparaît pas dans l'évaluation des services exposés aux appels d'offres et à la passation de marchés.

La satisfaction des citoyens ou des utilisateurs est une variable dépendante subjective, et on ignore au juste ce qui est à l'origine de la plus grande satisfaction à l'égard des services de soins privés. Les effets sur les indicateurs de performance décidés à l'interne ne sont pas mesurés, comme l'ont fait d'autres études dans le contexte de la privatisation (Comondore *et al.*, 2009). Les résultats de ces mesures de performance ne sont pas forcément déterminants pour ce que les citoyens et les utilisateurs apprécient en fin de compte. Il serait dès lors trompeur d'expliquer les observations en s'appuyant sur des études qui s'intéressent aux mesures de performance interne. Dræge *et al.* (1997) font eux aussi valoir l'absence de lien entre les indicateurs de performance choisis et la qualité perçue par chaque individu. Il est probable que les répondants évaluent la qualité dans une large mesure en fonction du service personnel offert aux patients/résidents par le personnel. Ces facteurs sont difficiles à appréhender dans les mesures formelles de la performance. Il est dès lors possible que la relation positive soit le résultat de soins davantage axés sur les services, le résultat suggéré des CTC dans le contexte scandinave (Pedersen, 1998 ; Socialstyrelsen, 1996 ; Stolt *et al.*, 2011). Les répondants municipaux ont également fait valoir que l'introduction de services contractuels renforce l'accent mis sur la qualité. En effet, cela oblige la municipalité à développer des normes de qualité et des routines de contrôle de la qualité (Bogen, 2002 ; Svensson et Edelbalk, 2001 ; Söderström *et al.*, 2000). L'importance accrue accordée à la réglementation et à la surveillance des exigences en matière de qualité peut expliquer le renforcement du souci du service. Contrairement à la privatisation complète, les CTC permettent à la municipalité de mieux contrôler les services en réglementant certains critères de qualité dans le contrat. Vu la possibilité pour la municipalité de mettre fin au contrat en cas de plaintes répétées de la part des résidents, la situation est très différente par rapport à une privatisation complète.

L'accent accru mis sur la réglementation et la surveillance de la qualité du service qui résulte des CTC n'affecterait pas seulement le contractant privé

lui-même, mais aussi l'importance générale accordée par la municipalité à la qualité du service. De plus, la concurrence des organisations privées obligera les organismes publics à offrir une qualité égale pour le même prix, sans quoi ils risquent de se faire remplacer par des concurrents plus efficaces. On retrouve des effets positifs sur les institutions publiques dans la littérature sur l'éducation (Arum, 1996; Belfield et Levin, 2002; Thapa, 2013). Il est probable que le recours aux CTC ait des effets bénéfiques à la fois pour les services offerts par des contractants privés et pour les services qui continuent à être offerts par les unités municipales.

La relation positive entre les CTC et la satisfaction à l'égard des services institutionnalisés demeure lorsque l'analyse se limite aux municipalités qui ont mis en place ce dispositif entre 2008 et 2012⁷. Étant donné que seules quelques municipalités se rangent dans ce groupe, la seule conclusion que l'on puisse tirer est que les données vont dans la même direction.

L'analyse fait en outre apparaître un effet d'interaction significatif entre les CTC et l'âge du répondant. Comme on l'a supposé dans H2a, les jeunes sont beaucoup plus satisfaits des services offerts dans les municipalités qui recourent à des CTC. La Figure 1 indique que la différence importante dans la satisfaction se retrouve chez les répondants de moins de 50 ans, ce qui correspond à la théorie d'Inglehart (1990, 1997) concernant un changement de valeur intergénérationnel. Cette constatation confirme l'hypothèse selon laquelle le recours aux CTC est lié à des soins davantage axés sur les services et à une attention plus grande accordée aux besoins secondaires des résidents, ce qui séduit tout particulièrement les répondants plus jeunes. Nous n'avons toutefois pas trouvé d'éléments qui confirment l'hypothèse H2b. Les répondants bénéficiant d'un niveau d'instruction élevé n'étaient pas significativement plus satisfaits des services qui leur étaient offerts dans les municipalités qui recourent aux CTC. Il est possible que dans le contexte norvégien, l'éducation ne soit pas aussi étroitement liée à des valeurs spécifiques que dans beaucoup d'autres pays. Selon l'OCDE (2014), le rendement socio-économique de l'éducation est exceptionnellement faible en Norvège, et certains affirment que nous connaissons actuellement une « inflation » de l'éducation (Snoen, 2014). Afin d'identifier certaines valeurs, il est sans doute nécessaire de distinguer différents types d'éducation.

Dans l'ensemble, les résultats montrent que le recours aux appels d'offres et aux marchés concurrentiels est lié à une satisfaction accrue à l'égard des services. En d'autres termes, les initiatives du NMP qui sont considérées comme susceptibles de nuire à la qualité ne sont liées à aucune réaction négative à l'égard des services. Dans un pays social-démocrate comme la Norvège, où le soutien à l'État-providence et la résistance aux réformes intégrant des mécanismes de maximisation du profit sont censés être marqués, le constat est intéressant. Il

⁷ Une analyse complémentaire sur les quatorze municipalités qui ont introduit les CTC après 2008 montre que la relation positive demeure dans 7 des 8 modèles, et est significative dans deux d'entre eux. Compte tenu de la faiblesse du N (N niveau-2: 14) et de la faible qualité, l'analyse n'est pas incluse.

indique que si cette résistance existe, elle ne transparaît pas dans l'évaluation réelle des services qui sont exposés à la concurrence et aux marchés.

Conclusion

La présente étude a pour but d'explorer la relation entre les CTC et la satisfaction à l'égard des services. Les recherches antérieures sur les CTC sont nombreuses, mais rares sont celles qui ont étudié l'effet sur la satisfaction à l'égard des services. Bien que la résistance aux réformes du NMP en Norvège soit relativement importante, les citoyens ne semblent pas vraiment craindre que la maximisation des profits et l'accent mis sur les coûts ne nuisent à la qualité des soins. Les résultats indiquent que les CTC sont positivement liés à la satisfaction dans tous les modèles, et que l'effet est le plus marqué pour les services institutionnalisés (les maisons de soins infirmiers et les résidences-services). Les données ne disent rien sur les causes à l'origine de cet effet, mais si l'on en croit des études antérieures, les CTC ont pour effet d'accroître l'accent sur la qualité au sein de la municipalité, d'axer davantage les soins sur le service et de prendre davantage en considération les besoins secondaires des résidents. Les résultats indiquent en outre que les répondants plus jeunes, ayant des valeurs post-matérialistes, sont davantage satisfaits à l'égard des services institutionnalisés dans les municipalités qui recourent aux CTC. Je soutiens que la satisfaction des citoyens représente un ajout différent et important dans les études qui mesurent les effets sur les mesures de la performance interne. Ces mesures de la performance ne reflètent pas nécessairement ce qui est valorisé par les utilisateurs, et les activités axées sur le service qui sont parfois difficiles à mesurer peuvent avoir une grande incidence sur l'évaluation du service.

Étant donné que les données actuelles ne permettent pas d'analyser l'évolution potentielle de la satisfaction résultant de l'introduction des CTC, des recherches futures utilisant des modèles à effets fixes et des données de panel seraient intéressantes pour enrichir ce domaine.

Références bibliographiques

- Alchian AA (1965) Some economics of property rights. *Economic forces at work*, 30(4): 294-307.
- Amirkhanyan A (2008) Privatizing public nursing homes: Examining the effects on quality and access. *Public Administration Review*, 68(4): 665-680.
- Arum R (1996) Do private schools force public schools to compete? *American Sociological Review*, 61(February): 29-46.
- Behn RD et Kant PA (1999) Strategies for avoiding the pitfalls of performance contracting. *Public Productivity & Management Review*, 22(4): 470-489.
- Bel G et Warner M (2008) Challenging issues in local privatization. *Environment and planning. C, Government & policy*, 26(1): 104-109.
- Belfield CR et Levin HM (2002) The Effects of Competition Between Schools on Educational Outcomes: A Review for the United States. *Review of Educational Research*, 72(2): 279-341.
- Boardman AE et Vining AR (1989) Ownership and performance in competitive environments: A comparison of the performance of private, mixed, and state-owned enterprises. *Journal of law and economics*, 32(1): 1-33.

- Bogen H (2002) Konkurransetsetting av omsorg: Reduseres kvaliteten? [Competitive tendering of care: Is service quality reduced?] *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 43(3): 394-412.
- Boyne GA (1998) Competitive tendering in local government: a review of theory and evidence. *Public Administration*, 76(4): 695-712.
- Brown TL et Potoski M (2003a) Contract-management capacity in municipal and county governments. *Public Administration Review*, 63(2): 153-164.
- Brown TL et Potoski M (2003b) Transaction Costs and Institutional Explanations for Government Service Production Decisions. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13(4): 441-468.
- Comondore VR, Devereaux P, Zhou Q et al. (2009) Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 339: b2732.
- Domberger S, Hall C et Li EAL (1995) The Determinants of Price and Quality in Competitively Tendered Contracts. *The Economic Journal*, 105(433): 1454-1470.
- Domberger S et Jensen P (1997) Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects. *Oxford review of economic policy*, 13(4): 67-78.
- Dræge MB, Ringstad V et Løyland K (1997) Brukertilfredshet med kommunale tjenester [User satisfaction with municipal services]. Bø: Telemarksforskning.
- Eikås M (2001) Kommunal tenesteproduksjon på kontrakt?: om bruk av private aktører i helse- og sosialsektoren i norske kommunar [Municipal service production on contract? Use of private entrepreneurs in Norwegian municipal health and social sector]. *HiSF Rapport*.
- Ferris J et Graddy E (1986) Contracting out: For what? With whom? *Public Administration Review*, 46(4): 332-344.
- Ferris JM et Graddy E (1991) Production costs, transaction costs, and local government contractor choice. *Economic Inquiry*, 29(3): 541-554.
- Hart O, Schleifer A et Vishny RW (1997) The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons. *The Quarterly Journal of Economics*, 112(4): 1127-1162.
- Industry Commission. (1996) *Competitive tendering and contracting by public sector agencies*. Australian Government Publishing Service, Melbourne.
- Inglehart R (1971) The silent revolution in Europe: Intergenerational change in post-industrial societies. *American political science review*, 65(4): 991-1017.
- Inglehart R (1990) *Culture shift in advanced social industrial society*. Princeton, Princeton University Press.
- Inglehart R (1997) *Modernization and postmodernization: Cultural, economic and political change in 43 societies*, Princeton, Princeton University Press.
- Jensen MC et Meckling WH (1976) Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs, and ownership structure. *Journal of financial economics*, 3(4): 305-360.
- Levin J et Tadelis S (2010) Contracting for Government Services: Theory and Evidence from U.S. Cities*. *Journal of Industrial Economics*, 58(3): 507-541.
- Light PC (2011) *Making nonprofits work: A report on the tides of nonprofit management reform*, Washington D.C., Brookings Institution Press.
- Migué JL et Bélanger G (1974) Toward a general theory of managerial discretion. *Public Choice*, 17(1): 27-47.
- Niskanen WA (1974) *Bureaucracy and representative government*, Chicago, Aldine.
- Niskanen WA (1975) Bureaucrats and politicians. *Journal of Law and Economics*, 18(3): 617-643.
- Niskanen WA (2012) Gordon Tullock's contribution to bureaucracy. *Public Choice*, 152(1-2): 97-101.
- OECD (2014) *Education at a Glance 2014 OECD Indicators*. Available at: <http://www.oecd.org/edu/Education-at-a-Glance-2014.pdf> (accessed 02 November 2015).
- Park SJ (2004) Contracting out in Korean Local Governments: Current Situation and Challenges Ahead. *International Review of Administrative Sciences*, 79(3): 497-509.
- Pedersen K (1998) Privatdrevne bruker mer på pleie [The privately run spend more on care]. *Bergens Tidende*. Bergen, 6.
- Reh fuss J (1991) The Competitive Agency: Thoughts from Contracting Out in Great Britain and the United States. *International Review of Administrative Sciences*, 57(3): 465-482.

- Reichard C (2006) Strengthening competitiveness of local public service providers in Germany. *International Review of Administrative Sciences*, 72(4): 473-492.
- Romzek BS et Johnston JM (1999) Reforming Medicaid through contracting: The nexus of implementation and organizational culture. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 9(1): 107-140.
- Savas E (1977) An Empirical Study of Competition in Municipal Service Delivery. *Public Administration Review*, 37(6): 717-724.
- Snoen JA (2014) *Dropp universitetet!* [Skip University!]. Aftenposten, Oslo. Available at: www.aftenposten.no/meninger/debatt/Dropp-universitetet-7441196.html
- Socialstyrelsen (1996) *Äldreomsorg på entreprenad* [Elderly care enterprise], Sos-rapport, Stockholm.
- Söderström L, Andersson F, Edelbalk PG et al. (2000) *Privatiseringens gränser: perspektiv på välfärdspolitiken* [The limits of privatization: perspectives on welfare politics]. Stockholm: Välfärdspolitiska rådet, SNS.
- Stolt R, Blomqvist P et Winblad U (2011) Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72(4): 560-567.
- Svensson M et Edebalk PG (2001) *90-talets anbuds-konkurrens i äldreomsorgen: några utvecklingstendenser* [The elderly care tendering of the 90's: some developmental tendencies]. IHE Arbetsrapport, Lund.
- Tang KL (1997) Efficiency of the Private Sector: A Critical Review of Empirical Evidence from Public Services. *International Review of Administrative Sciences*, 63(4): 459-474.
- Thapa A (2013) Does private school competition improve public school performance? The case of Nepal. *International Journal of Educational Development*, 33(4): 358-366.
- Tullock G (1965) *The politics of bureaucracy*, Washington D.C., Public Affairs Press.
- Van Slyke DM (2007) Agents or stewards: Using theory to understand the government-nonprofit social service contracting relationship. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 17(2): 157-187.
- Voldnes F (2015) Samme hvem som gjør det? [Whoever does it?] *Fagbladet Samfunn & Økonomi*, 4(1): 24-27.
- Williamson OE (1979) Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *Journal of law and economics*, 22(2): 233-261.
- Wise CR (1990) Public service configurations and public organizations: Public organization design in the post-privatization era. *Public Administration Review*, 50(2): 141-155.
- Wonnacott TH et Wonnacott RJ (1990) *Introductory Statistics*. 5th ed. New York, Wiley.

Marthe L. Holum est candidate au doctorat à la Trondheim Business School, Norwegian University of Science and Technology (NTNU). Elle a obtenu une maîtrise en économie d'entreprise en 2013. Ses intérêts de recherche portent sur la gestion publique et l'administration publique, et plus particulièrement sur les différents types de gouvernance dans le secteur municipal. Holum a récemment écrit des articles dans l'*International Journal of Public Administration* et *Samfunn og Økonomi*.