



Clinique rurale située à Masianokeng, en dehors de la capitale Maseru, en 2014. Il faut plus de trois heures à 25 % de la population rurale du Lesotho pour se rendre dans l'établissement de santé le plus proche de leur domicile. Photo : Sophie Freeman/Oxfam

## UNE DANGEREUSE DIVERSION

Le partenariat public-privé phare de la SFI en matière de santé va-t-il entraîner la faillite du ministère de la Santé du Lesotho ?

Le Queen 'Mamohato Memorial Hospital a été construit pour remplacer l'ancien hôpital principal du Lesotho, dans le cadre d'un partenariat public-privé (PPP). Il s'agit du premier hôpital du genre dans un pays à faible revenu. Signé en 2009, le PPP devait ouvrir une nouvelle ère dans l'engagement du secteur privé dans les soins de santé en Afrique et il a été perçu comme le modèle phare de la Société Financière Internationale (SFI), à répliquer dans tout le continent. Au lieu de cela, le ministère de la Santé de l'un des pays les plus pauvres et les plus inégaux au monde est lié par un contrat de 18 ans qui absorbe déjà plus de la moitié du budget de la santé (51 %), alors qu'il s'avère très rentable pour les partenaires privés (25 %). Il s'agit d'une diversion dangereuse de fonds publics, déjà insuffisants, qui allaient auparavant à destination des services de soins de santé primaires des zones rurales où vivent les trois quarts de la population. L'expérience du Lesotho va dans le même sens que ce qui a été montré dans d'autres pays à savoir que les PPP de ce type sont très risqués et très onéreux, et ne servent pas l'objectif d'une couverture santé universelle et équitable. La SFI doit rendre des comptes sur la mauvaise qualité de ses conseils fournis au gouvernement du Lesotho, et pour avoir promu à l'international ce PPP en santé comme une réussite, en dépit de son coût exorbitant.



# 1 INTRODUCTION

Le Queen Mamohato Memorial Hospital, qui a ouvert en octobre 2011, a été construit pour remplacer l'ancien hôpital public principal du Lesotho, le Queen Elizabeth II Hospital (QE II), dans la capitale Maseru. Il s'agit du premier hôpital du genre en Afrique (et parmi les pays à bas revenus) : tous les équipements ont en effet été conçus, construits, financés et gérés dans le cadre d'un partenariat public-privé (PPP) englobant l'ensemble des services cliniques. Le PPP a été développé sur les conseils de la Société Financière Internationale (SFI), l'organisme d'investissement dans le secteur privé du groupe de la Banque mondiale. Ce PPP devait proposer des services de santé de grande qualité et très performants pour le même coût annuel que l'ancien hôpital public.

À ce jour, l'hôpital en PPP et ses trois cliniques annexes :

- coûtent 67 millions de dollars par an, soit au moins le triple de ce qu'aurait coûté l'ancien hôpital public aujourd'hui, et engloutissent plus de la moitié (51 %) du budget de la santé du gouvernement ;
- vont nécessiter une augmentation estimée de 64 % des dépenses de santé du gouvernement au cours des trois prochaines années, dont 83 % pour la seule ligne budgétaire consacrée au PPP ;
- dévient des ressources pourtant prioritaires des services de soins de santé primaires et secondaires en milieu rural, où le taux de mortalité augmente et où vivent les trois quarts de la population. Malgré le grave manque d'agents de santé qualifiés, le budget des ressources humaines va faire l'objet de coupes en valeur réelle au cours des trois prochaines années, avec une augmentation moyenne de seulement 4,7 % par an (nettement plus bas que l'inflation) ;
- devraient générer un taux de rendement sur capitaux propres de 25 % pour les actionnaires du PPP. Au total, les revenus monétaires prévisionnels devraient être 7,6 fois plus élevés que l'investissement initial.
- pèsent si lourd dans le budget du gouvernement que ce dernier pense désormais qu'il serait plus rentable de construire un tout nouvel hôpital de district dans la capitale pour accueillir le surplus de patients plutôt que de payer le partenaire privé pour les soigner (un projet annoncé dans le discours sur le budget en février 2014).

Le Lesotho, un petit pays montagneux et enclavé dans l'Afrique du Sud, fait face à de vertigineux défis de développement. Il s'agit de l'un des pays où les inégalités sont les plus marquées au monde, le coefficient Gini est de 0,53<sup>1</sup> et les 10 % des foyers les plus riches représentent plus de la moitié de la consommation totale<sup>2</sup>. Plus de 57 % des Basotho vivent en dessous du seuil de pauvreté<sup>3</sup>. La pauvreté est 50 % plus prononcée en milieu rural qu'en milieu urbain<sup>4</sup>.

Le Lesotho a la troisième plus forte prévalence de VIH/SIDA au monde, avec 26 % chez les femmes et 19 % chez les hommes<sup>5</sup>. L'espérance de vie a chuté de 60 ans en 1990 à seulement 50 ans en 2011<sup>6</sup>, et les taux de mortalité maternelle et infantile augmentent<sup>7</sup>. La mortalité avant cinq ans est 40 % plus élevée pour le quintile le plus pauvre que pour celui le plus

riche. Les écarts dans les taux de mortalité sont tout aussi importants entre les personnes vivant dans la capitale et celles vivant en milieu rural<sup>8</sup>. Les foyers pauvres sont moins enclins à solliciter des soins de santé, citant pour principaux obstacles les coûts et la distance. 25 % du quintile le plus pauvre et 25 % des personnes qui vivent en milieu rural sont éloignés de plus de trois heures de l'établissement de santé le plus proche<sup>9</sup>.

Il est très urgent de lutter contre la pauvreté et contre les inégalités extrêmes en matière de revenus et de santé au Lesotho. Une récente recherche d'Oxfam a souligné le rôle puissant que des services de santé publics gratuits, universels et équitables peuvent jouer pour réduire les inégalités dans les pays pauvres comme dans les pays riches<sup>11</sup>. Le Fonds monétaire international (FMI) convient que les dépenses de santé et d'éducation sont essentielles pour stimuler la croissance économique et lutter contre les inégalités<sup>12</sup>. Le Groupe de la Banque mondiale s'est fixé deux objectifs : mettre fin à l'extrême pauvreté et promouvoir une prospérité partagée. Son président, Jim Yong Kim, a souligné à plusieurs reprises le rôle clé de la couverture santé universelle (CSU) et de l'équité dans le domaine de la santé pour atteindre ces objectifs<sup>13</sup>.

Pour progresser vers la CSU et corriger les inégalités en matière de santé, la Banque mondiale a recommandé que le Lesotho privilégie la santé et la nutrition dans les zones rurales qui manquent grandement de ressources<sup>14</sup>. En 2000, le plan sur dix ans de réforme du secteur de la santé du gouvernement, en partie financé par l'Association internationale de développement (IDA) de la Banque mondiale, souligne la nécessité d'améliorer les services de santé élémentaires dans les zones négligées<sup>15</sup>. Si la nécessité de rénover ou de remplacer l'hôpital public délabré de la capitale a peu été remise en cause, un document de la Banque mondiale a soulevé des questions concernant le rapport coût-efficacité et la valeur d'une telle proposition, en avançant que ce sont généralement les plus riches dans la société, et davantage les hommes que les femmes, qui recourent le plus aux services hospitaliers coûteux<sup>16</sup>.

Au vu du contexte et du fait que d'autres options de financement public étaient disponibles et auraient dû être étudiées plus amplement avec le gouvernement du Lesotho, il est extrêmement préoccupant de constater que la SFI a pu poursuivre une stratégie aussi risquée et aussi coûteuse pour remplacer l'ancien hôpital national.

*« Les gens d'ici ont vraiment besoin de nous. Parfois, nous devons les orienter vers l'hôpital en ville, mais quand ils nous disent qu'ils n'ont pas les moyens de payer les frais de transport pour s'y rendre, c'est un déchirement. Je me demande toujours si je sers les personnes qui me donnent de la foi dans mon travail, ou si je suis juste là pour les regarder souffrir et mourir, impuissante. »*

Infirmière auxiliaire, clinique de Ha-Mokoto, à 50 km de la ville de Thaba-Tseka<sup>10</sup>

## 2 LE PPP EN SANTE AU LESOTHO

Dans le secteur de la santé, les partenariats public-privé (PPP) se présentent sous différentes formes, de l'externalisation de certains services support (comme la restauration) à des dispositions plus complexes (comme le financement, la conception et la construction d'hôpitaux, ainsi que la gestion des établissements). Décrit par un expert comme le PPP le plus ambitieux déployé à l'international<sup>17</sup>, le PPP en santé au Lesotho est l'un des très rares projets de ce type mis en œuvre dans le monde<sup>18</sup>. Il porte non seulement sur le financement partiel, la conception, la construction, l'entretien et la gestion du nouvel hôpital de 425 lits (avec 35 lits gérés séparément comme une clinique privée) et de ses trois cliniques annexes, mais également sur l'embauche d'agents de santé dédiés et la prestation de tous les services cliniques au nom du gouvernement pour une période contractuelle de 18 ans. Au terme du contrat, l'hôpital et les cliniques deviendront la propriété du gouvernement.

*« L'hôpital en PPP au Lesotho est l'un des projets de santé les plus novateurs sur le continent. Il est formidable de voir comment, sans fonds public supplémentaire, il est possible d'apporter un meilleur rapport qualité/prix pour les Basotho, pour la population et pour les patients qui ont besoin de soins hospitaliers. »*

Ritva Reinikka, Directrice de l'équipe de développement humain de la Banque mondiale pour l'Afrique<sup>19</sup>

### Encadré 1 : Partenariats public-privé pour la santé

On peut trouver différents PPP dans la quasi-totalité des systèmes de santé nationaux. L'exemple le plus courant reste l'approvisionnement en produits médicaux auprès du secteur privé. Ce document examine un certain type de PPP de santé : la construction d'un établissement de santé et la prestation continue de services par un partenaire privé à but lucratif au sein d'un système public de prestation. Les PPP de ce type peuvent avoir des formes variées<sup>20</sup> :

- **Franchisage** : l'autorité publique fait appel à une entreprise privée pour la gestion des hôpitaux existants.
- **DBFO (Conception, construction, financement et gestion)** : un consortium privé se charge de la conception des établissements selon les exigences de l'autorité publique, de la construction de l'établissement, du financement du coût d'investissement et de la gestion de l'établissement.
- **BOO (Construction, propriété, gestion) ou BOOT (Construction, propriété, gestion, transfert)** : l'autorité publique achète des services pour une période déterminée (par exemple 30 ans) après laquelle le fournisseur privé reste propriétaire, ou dans le cas du BOOT, l'autorité publique en devient le propriétaire.
- **BOLB (Achat, propriété, cession)** : un entrepreneur privé construit l'hôpital puis l'établissement est cédé et géré par l'autorité publique.
- **PPIP (Partenariat public-privé intégré)** ou modèle Alzira : un entrepreneur privé construit et exploite l'hôpital. Il bénéficie d'un contrat pour fournir des soins cliniques à une population définie.

L'Australie dispose de l'éventail le plus varié de ces modèles, alors que le programme de construction d'hôpitaux du Royaume-Uni a été dominé par le PFI (Private Finance Initiative), un modèle DBFO. Le Lesotho fait partie de la poignée d'hôpitaux PPP à travers le monde qui incluent la fourniture de services cliniques (parfois appelés PPIP).

En 2009, le contrat du PPP a été attribué à Tsepong Ltd, un consortium mené par Netcare (opérateur hospitalier privé sud-africain et importante multinationale) et un groupe d'actionnaires impliqués en faveur du développement des opportunités économiques locales<sup>21</sup>.

Dans le cadre de ce PPP, Netcare est tenu de traiter tous les patients qui se présentent au Queen Mamohato Memorial Hospital, dans la limite de maximum 20 000 patients hospitalisés et 310 000 patients en consultation externe par an. Les patients doivent s'acquitter des mêmes frais que ceux en vigueur dans tout établissement public. Pour des raisons de coût, certains services comme les greffes, la chirurgie cardiovasculaire planifiée, la chimiothérapie et la radiothérapie sont exclus du contrat<sup>22</sup>. Le PPP prévoyait que le nouvel hôpital serve d'hôpital universitaire de référence pour les professionnels de santé, à l'instar de l'ancien hôpital QE II<sup>23</sup>.

En contrepartie, le gouvernement paie un forfait annuel qui couvre le remboursement du capital et les coûts de prestation de services. Le forfait sera ajusté uniquement selon l'inflation ou dans le cas d'un accord sur l'intégration de services supplémentaires à ceux présents dans le contrat. Si Netcare ne respecte pas les niveaux de performance convenus, le gouvernement peut appliquer des pénalités sur ce forfait. Tout patient traité au-delà de ces seuils visés par le contrat entraîne une facturation au gouvernement à raison de 4,72 dollars par patient en consultation externe et de 786 dollars par patient hospitalisé (tarification de 2007 et hors TVA et inflation annuelle)<sup>24</sup>.

Par le biais du Partenariat mondial pour l'aide basée sur les résultats, la Banque mondiale a fourni un don de 6,25 millions de dollars lors des phases initiales du projet dans le but d'aider à couvrir les coûts des cliniques annexes avant l'ouverture de l'hôpital principal<sup>25</sup>.

Le PPP en santé au Lesotho partait du principe que l'opérateur du secteur privé obtiendrait de meilleurs résultats que l'ancien hôpital public, pour des coûts annuels identiques pour le gouvernement.

« L'hôpital en PPP au Lesotho est l'un des projets de santé les plus novateurs sur le continent. Il est formidable de voir comment, sans fonds public supplémentaire, il est possible d'apporter un meilleur rapport qualité/prix pour les Basotho, pour la population et pour les patients qui ont besoin de soins hospitaliers. »

Ritva Reinikka, Directrice de l'équipe de développement humain de la Banque mondiale pour l'Afrique<sup>26</sup>.

En tant que conseiller sur la transaction auprès du gouvernement du Lesotho, la SFI a déclaré que le PPP était un succès avant même la signature du partenariat, en le présentant aux autres pays comme un modèle à reproduire. Voici ce que disait Bernard Sheahan en 2007 :

« Ce projet propose aux gouvernements et au secteur privé un nouveau modèle pour la prestation de services de santé en Afrique subsaharienne et dans d'autres régions. La structure du PPP permet au gouvernement de proposer des services de grande qualité de façon plus efficace et dans le budget prévu, tandis que le secteur privé bénéficie d'une nouvelle opportunité commerciale solide dans les services de santé. »<sup>27</sup>

*« Ce projet propose aux gouvernements et au secteur privé un nouveau modèle pour la prestation de services de santé en Afrique subsaharienne et dans d'autres régions. »*

Bernard Sheahan, Directeur des services de conseil de la SFI

Malgré un important corpus de preuves soulignant les risques et les coûts

élevés associés aux PPP en santé dans les pays riches comme dans les pays pauvres (voir ci-dessous), d'autres PPP en santé similaires et soutenus par la SFI sont désormais bien avancés au Nigeria et en cours d'élaboration au Bénin<sup>28</sup>. Le Département du Développement international (DFID) du Royaume-Uni a octroyé un financement de 5 millions de dollars à la SFI pour lui permettre de développer ses services de conseil sur les PPP en santé<sup>29</sup>. Les gouvernements des Pays-Bas, d'Afrique du Sud et du Japon apportent également un soutien financier aux services de conseil de la SFI sur les PPP en santé<sup>30</sup>.

La SFI a régulièrement mis en avant son propre rôle de conseil sur la transaction auprès du gouvernement du Lesotho concernant ce PPP en santé, pour lequel il a perçu une commission d'environ 720 000 dollars lors de la signature du contrat entre le gouvernement et Tsepong<sup>31</sup>. Le rôle central de la SFI, notamment son intervention pour le compte du gouvernement dans la planification, la procédure d'appel d'offres, la négociation des contrats et la conclusion de l'accord, a été confirmé par tous les actionnaires du PPP en santé au Lesotho interrogés dans le cadre du présent rapport.

# 3 COMMENT LE PROJET A ÉCHOUÉ À ETRE NEUTRE EN MATIÈRE DE COÛTS

John Lister, universitaire et journaliste spécialisé sur les PPP en santé, a exploité les rares données disponibles quelque temps seulement après l'ouverture du nouvel hôpital en 2011. Le partenariat semble loin d'être neutre en matière de coûts (alors que c'était pourtant le principal argument de vente du PPP) : les coûts du nouvel hôpital privé seraient déjà deux fois plus importants que ceux de l'ancien hôpital public<sup>32</sup>. John Lister a également identifié dans le contrat du PPP plusieurs conditions défavorables qui exposent le gouvernement à une forte augmentation des coûts à l'avenir<sup>33</sup>.

Les estimations commandées et publiées par la SFI ont confirmé qu'en 2012/2013, les coûts annuels du nouvel hôpital étaient deux à trois fois supérieurs à ceux de l'ancien hôpital<sup>34</sup>. Dans son année la plus onéreuse avant sa fermeture en 2006/2007, l'ancien hôpital représentait 28 % du budget total de la santé du Lesotho<sup>35</sup>. En 2012/2013, le nouvel hôpital privé a coûté 45 millions de dollars, soit plus de 41 % du budget total de la santé<sup>36</sup>. D'après l'étude préliminaire du projet, tout programme consommant au-delà de 40 % du budget doit être considéré comme un facteur de risque pour le financement adéquat des services de santé du district<sup>37</sup>.

D'après les chiffres communiqués par le ministère de la Santé du Lesotho, le coût du nouvel hôpital privé a encore augmenté en 2013/2014 pour s'élever à entre 3 et 4,6 fois ce qu'aurait coûté l'ancien hôpital public aujourd'hui<sup>38</sup>. Le PPP consommerait désormais 51 % du budget total de la santé, soit 67 millions de dollars par an<sup>39</sup>. Le coût réel du nouvel hôpital privé est déjà presque 2,5 fois supérieur au montant jugé abordable, tel que convenu entre le gouvernement du Lesotho et la SFI avant l'attribution du contrat<sup>40</sup>.

Il doit être noté que les déclarations de la Banque mondiale et d'autres entités au sujet du fait que la hausse des coûts peut être largement attribuée au nombre de patients plus élevé que prévu dans les hôpitaux, peuvent être contrées par le fait que même en excluant ces surcoûts, le coût total du PPP pour 2013-2014 s'élèverait toujours à 44 % du budget total pour la santé<sup>41</sup>.

Un ministre du gouvernement avec lequel Oxfam s'est entretenue a confirmé que le PPP « *engloutit plus de la moitié du budget de la santé* » et constitue un « *véritable coup de massue pour le gouvernement* ». Selon le directeur des opérations de Netcare, le nouvel hôpital a eu un impact financier minimum à ce jour, mais ajoute que « *les frais qui vont hélas se greffer sur cette année financière auront des effets pour le moins imprévus.* »

*Le PPP « engloutit plus de la moitié du budget de la santé. C'est un véritable coup de massue pour le gouvernement ».*

Ministre, gouvernement du Lesotho

Ces coûts devraient encore s'alourdir. Pour 2014/2015, l'enveloppe du gouvernement pour le PPP a déjà été consommée par les frais soumis par

Tsepong avant même le début du nouvel exercice<sup>42</sup>. Ces frais incluaient une demande inattendue de 6,6 millions de dollars de la part de Netcare au gouvernement pour majorer les salaires du personnel de l'hôpital privé. Une récente augmentation – qui est à saluer, des salaires des agents de santé employés par le gouvernement a créé un écart salarial entre les établissements publics et privés, engendrant des problèmes de fidélisation du personnel dans le nouvel hôpital. Alors qu'il existe d'excellentes raisons pour exiger que Netcare prenne en charge ces coûts, l'entreprise estime qu'il appartient au gouvernement de les compenser<sup>43</sup>. Si le gouvernement accède à cette requête, ces coûts supplémentaires devraient devenir récurrents. Dans le cas contraire, l'hôpital n'aura pas les capacités suffisantes pour répondre à la demande.

Un représentant de l'un des petits actionnaires du consortium de Tsepong, a fait part de ses préoccupations sur la viabilité financière du PPP pour le gouvernement : « *Tsepong ne cesse de demander toujours plus d'argent. Pour moi, cela va rendre l'hôpital plus difficile à gérer de façon abordable. Les sommes sont si importantes. Cela risque d'épuiser le budget du ministère de la Santé.* »

Un haut fonctionnaire du ministère de la Santé est du même avis : « *Je ne pense pas que nous pourrions supporter ces coûts durablement. Nous n'avons pas les épaules assez larges pour cela.* »

Tandis que les coûts du PPP sont de plus en plus lourds pour le gouvernement du Lesotho et les contribuables basotho, le modèle financier du PPP du Lesotho confirme que la SFI a apporté son concours à l'élaboration d'un contrat permettant d'engendrer un taux de rendement sur capitaux propres de 25 % pour Netcare et les actionnaires de Tsepong dans leur ensemble.<sup>44</sup> Ceci est à mettre en parallèle avec une norme se situant entre 13 et 18 % de rendement sur capitaux propres sur des projets similaires d'initiatives de financement privé d'hôpitaux au Royaume-Uni, un taux qui est déjà extrêmement rentable<sup>45</sup>. Au terme du contrat en 2026, les actionnaires de Tsepong devraient avoir reçu des revenus monétaires 7,6 fois plus élevés que l'investissement initial<sup>46</sup>.

« *Tsepong ne cesse de demander toujours plus d'argent. Pour moi, cela va rendre l'hôpital plus difficile à gérer de façon abordable. Les sommes sont si importantes. Cela risque d'épuiser le budget du ministère de la Santé.* »

Actionnaire de Tsepong

## Facteurs contribuant à l'augmentation des coûts

Les coûts élevés du PPP et leur augmentation découlent d'un vaste éventail de raisons. En se référant aux preuves internationales disponibles (voir ci-dessous), certaines sont inhérentes à ce type de modèle de PPP et soulèvent des questions cruciales sur le bien-fondé de proposer un PPP dans un pays à bas revenus et aux faibles capacités. D'autres résultent de mauvais conseils donnés par la SFI en sa qualité de conseiller sur la transaction auprès du gouvernement du Lesotho.

La section ci-dessous fournit une analyse incomplète mais inquiétante des facteurs en jeu. Les informations manquantes sont dues au manque de transparence concernant les PPP et au fait que les informations d'intérêt public qui pourraient être divulguées sont nimbées de secret commercial :

- **Hausse des coûts au cours des phases finales de la négociation du contrat.** Dans les PPP de santé, il est assez courant que l'entrepreneur augmente ses coûts *une fois le statut de soumissionnaire privilégié obtenu*. À ce stade, le pouvoir de négociation du secteur public est affaibli et le secteur privé peut en profiter pour augmenter les prix et lui transférer une plus grande part



des risques<sup>47</sup>. Le gouvernement du Lesotho s'est révélé particulièrement vulnérable au cours des négociations en raison de l'absence marquée de concurrence au cours de l'appel d'offres (avec seulement deux soumissionnaires). Tsepong est parvenu à passer sa contribution forfaitaire annuelle de référence à 24 millions de dollars (hors TVA), soit 42 % de plus que le montant initialement jugé abordable par le gouvernement du Lesotho et la SFI<sup>48</sup>. D'autres changements ont également eu lieu pour expliquer cette hausse des coûts plus rapide que prévu. En sa qualité de conseiller sur la transaction, la SFI aurait dû à ce stade reconnaître les risques financiers majeurs du PPP pour le gouvernement et y réagir.

- **Indexation erronée de la contribution forfaitaire.** Dans tout PPP, les fournisseurs privés s'exposent à des coûts fixes tels que des remboursements de dette et des coûts opérationnels liés à l'inflation. Pour refléter cela, seule une part de la contribution forfaitaire annuelle payée par le gouvernement au prestataire privé devrait être indexée sur l'inflation. Le modèle financier du PPP au Lesotho suggère qu'au moins 30 % des coûts de Tsepong sont fixes, sous forme de remboursements de dette<sup>49</sup>. Cependant, dans la pratique, la totalité de la contribution forfaitaire facturée au gouvernement augmente chaque année d'après l'inflation<sup>50</sup>. De plus, l'augmentation est calculée à l'aide d'un indice d'inflation composite complexe fortement influencé par le taux d'inflation des frais médicaux (coûts combinés des produits et services médicaux) en Afrique du Sud, et non au Lesotho<sup>51</sup>. Cela signifie non seulement que le gouvernement du Lesotho paie déjà à Tsepong une contribution forfaitaire bien plus élevée que justifiée, mais aussi qu'il est exposé à une augmentation considérable potentielle des coûts associée aux taux d'inflation des frais médicaux sud-africains, dont le niveau est généralement élevé<sup>52</sup>. Le fait que la SFI n'a pas corrigé ce modèle biaisé et injuste suggère qu'elle n'a pas agi dans l'intérêt à long terme du gouvernement du Lesotho.
- **Coûts engendrés par le dépassement du seuil de patients.** Des prévisions précises sur les demandes de patients sont indispensables pour anticiper les coûts avec davantage de certitude. Plusieurs membres du ministère de la Santé pensent que les estimations commandées par la SFI et basées sur l'ancien hôpital public étaient trop basses et ne tenaient pas suffisamment compte des niveaux médiocres de tenue des registres<sup>53</sup>. Il se peut également qu'il y ait eu des mesures incitatives pour que les personnes soutenant le PPP sous-estiment la demande afin de réduire la contribution forfaitaire initiale<sup>54</sup>. Les chiffres officiels indiquent un taux d'hospitalisation de 3,2 % de la population chaque année, soit 64 000 patients hospitalisés<sup>55</sup>. Le PPP couvre moins d'un tiers de ce nombre dans le principal établissement tertiaire du pays. Au cours de la première année d'exploitation complète (2012), le nombre de patients hospitalisés et en consultation externe a dépassé le seuil prévu dans le PPP de 17 % et 21 % respectivement, engendrant un surcoût pour le gouvernement de 4,3 millions de dollars<sup>56</sup>. En 2013, le coût du dépassement du nombre de patients facturé au gouvernement a plus que doublé pour atteindre 9,4 millions de dollars<sup>57</sup>.
- **Augmentation du nombre de patients référés vers l'Afrique du Sud.** L'une des finalités du PPP en santé était de réduire le nombre de patients référés de patients vers l'Afrique du Sud pour des services spécialisés indisponibles au Lesotho, car cela constitue une dépense

importante. Au lieu de cela, le nombre de patients référés a augmenté de 61 % entre 2007 et 2012<sup>58</sup>. Des chiffres exacts et à jour ont été difficiles à obtenir mais Netcare prétend que le nombre de patients référés est en train de se stabiliser et qu'il a diminué de 12 % au cours de l'année dernière<sup>59</sup>. Le gouvernement peine à couvrir les charges de Netcare en matière de coûts dus aux patients référés et accuse des retards de paiement. Le manque d'informations transparentes et claires sur le nombre de patients référés pose un véritable problème, et un examen approfondi est nécessaire.

- **Services supplémentaires.** L'approche contractuelle qui fixe les responsabilités des partenaires publics et privés n'offre pas la souplesse nécessaire pour répondre aux futurs besoins imprévisibles en matière de services et de systèmes de santé. Toute variation imprévue dans le contrat exige de nouvelles négociations, y compris sur les prix. Cela s'est déjà produit à plusieurs reprises dans la courte existence du PPP en santé au Lesotho, alourdissant encore son coût. De hauts représentants du ministère de la Santé interrogés pour ce rapport ont déclaré avoir le sentiment que l'équilibre des forces lors des négociations était clairement en faveur de Netcare du fait de son expérience passée. Un ministre du gouvernement a également affirmé que de nombreuses failles dans le contrat exposent le gouvernement à des coûts de plus en plus lourds à l'avenir.
- **Gestion et supervision médiocres du PPP.** Il est essentiel que le secteur public assure une gestion et une supervision solides, avec des moyens suffisants, pour que le partenaire privé d'un PPP assume ses responsabilités et offre le niveau de performance convenu, et pour le sanctionner financièrement s'il faillit à ses obligations. L'une des études préliminaires de la SFI sur ce PPP menée en 2009 constate ce qui suit : « *À l'heure actuelle, il n'existe pas d'expertise suffisante en matière de gestion hospitalière, de supervision et d'analyse financières et d'analyse des systèmes pour gérer le contrat de PPP dans l'intérêt du gouvernement et de la population du Lesotho...* »<sup>60</sup>. Toutes les parties prenantes publiques et privées du PPP en santé du Lesotho avec lesquelles Oxfam s'est entretenue pour l'élaboration de ce rapport expliquent que le gouvernement du Lesotho manque encore de capacité et d'expérience pour gérer le PPP de manière efficace. Cela suggère non seulement que le gouvernement a été encouragé à tort en faveur du PPP, mais aussi que le soutien dédié de la SFI au gouvernement en matière de renforcement des capacités sur le PPP tout au long du cycle de vie du projet n'a produit aucun résultat tangible. Un haut fonctionnaire du ministère de la Santé a ainsi affirmé qu'il n'y avait aucune supervision des performances de Netcare et qu'aucune pénalité financière n'était appliquée en cas de non-respect des normes fixées. Selon un informateur clé de Tsepong, « *le ministère de la Santé ne gère pas du tout le contrat ; Netcare pourrait bien faire ce qui lui plaît sans que le ministère n'en sache rien* ». De nombreuses parties prenantes se sont aussi inquiétées du lancement du PPP malgré l'absence de politique ou de cadre national sur les PPP.
- **Intérêts sur les retards de paiement et les défauts de remboursement.** Étant donné l'augmentation rapide des coûts, le ministère de la Santé peine à régler ses mensualités à Tsepong. Des pénalités sont appliquées à chaque retard de paiement et atteignent à ce jour un total estimé de 755 000 dollars<sup>61</sup>. Certains retards de paiement ont eu pour conséquence des défauts de remboursement

répétés par Tsepong à la Banque de développement d'Afrique du Sud<sup>62</sup>. Cela menace non seulement la viabilité à long terme du PPP, mais pourrait aussi dégrader la notation internationale du gouvernement du Lesotho et lui fermer l'accès à des conditions de prêt abordables à l'avenir<sup>63,64</sup>.

## **Le coût élevé du financement privé**

Une étude de 2013 commandée par la SFI suggère qu'il convient de soustraire les coûts de remboursement du capital facturés au gouvernement du Lesotho pour comparer le prix de l'ancien et du nouvel hôpital. L'étude justifie cela par le fait que le gouvernement aurait de toute façon dû supporter ces coûts d'investissement pour construire un nouvel hôpital<sup>65</sup>.

Les règles du jeu semblent avoir été modifiées en cours de route – le principe de base du PPP était que le coût total du nouvel hôpital était le même que celui de l'ancien. Le débat néglige également deux points essentiels. Premièrement, le gouvernement du Lesotho a contribué à hauteur de 34 % (38 millions de dollars américains), une somme considérable, aux dépenses en immobilisations initiales pour l'hôpital afin de réduire la contribution forfaitaire future à Tsepong<sup>66</sup>. Un investissement de cette ampleur (auquel s'ajoutent 8 millions de dollars supplémentaires pour des améliorations d'infrastructures afin d'entretenir le site de l'hôpital) entraîne des coûts d'opportunité importants pour le gouvernement<sup>67</sup> qui n'ont pas été pris en considération jusqu'à présent dans les comparaisons de coûts commissionnées par la SFI. Deuxièmement, un emprunt via le secteur privé revient toujours plus cher que lorsqu'un gouvernement emprunte pour son propre compte. Comme le PPP au Lesotho n'a permis aucune économie sur les services cliniques, il est même d'autant plus important de prendre en compte le coût supérieur d'un financement privé. Le coût pondéré moyen en capital pour le PPP en santé du Lesotho (paiement des intérêts sur la dette et rendement des actions) est très élevé, de l'ordre de 13,6 %<sup>68</sup>. Au vu de ce coût élevé, il est essentiel de se demander si des options moins onéreuses pour financer la construction du nouvel hôpital ont été véritablement recherchées<sup>69</sup>. Des informateurs clés nous ont indiqué qu'Irish Aid, en partenariat avec d'autres bailleurs de fonds, avait proposé de compléter la contribution du gouvernement. Cette option aurait laissé un écart de financement de seulement 34 millions de dollars pour la construction de l'hôpital<sup>70</sup>. Cela aurait sans doute rendu les prêts multilatéraux ou bilatéraux plus viables. Une autre alternative pour le gouvernement aurait été d'emprunter à son propre compte. Le gouvernement a émis des bons de trésorerie d'une durée de 5 ans à un taux d'intérêt de 9 %<sup>71</sup>.

# 4 LES IMPACTS PLUS VASTES DU PPP EN SANTE

## Performances du nouvel hôpital

L'amélioration de l'impact et de la qualité globale des soins hospitaliers constituent des indicateurs essentiels sur les résultats du PPP en santé. Selon une étude commandée par la SFI, le nouvel hôpital a déclaré une réduction générale de 41 % du taux de mortalité hospitalier, une réduction de 65 % des décès suite à des pneumonies pédiatriques et un recul de 22 % du taux de mortalité par rapport à l'ancien hôpital public<sup>72</sup>.

La même étude s'inquiète toutefois d'une augmentation de 40 % du taux de mortalité chez les patients hospitalisés en service de soin et d'une augmentation de 27 % du taux de mortalité parmi les patientes en chirurgie<sup>73</sup>. Les usagers déplorent régulièrement des temps d'attente trop longs<sup>74</sup> et une mauvaise accessibilité pour les patients à faibles revenus du fait des coûts de transport supplémentaires pour se rendre au nouvel hôpital, même si ces préoccupations d'équité n'ont malheureusement jamais fait l'objet d'une analyse<sup>75</sup>.

Avec un niveau de dépenses au moins trois fois supérieur au sein du nouvel hôpital par rapport à l'ancien hôpital, on pourrait s'attendre à des améliorations considérables dans les performances cliniques. Il n'est toutefois pas possible de prendre pour argent comptant les indicateurs cliniques déclarés, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les tendances de mortalité à l'hôpital sont notoirement difficiles à normaliser et à comparer, notamment en raison de changements dans la démographie et la composition de patients au fil du temps<sup>76</sup>. Ensuite, les taux de mortalité à l'hôpital n'offrent aucune indication sur les taux de mortalité à l'échelle de la population. Par exemple, tout changement dans les services hospitaliers ou la composition de la population de patients peut influencer sur les taux de mortalité en dehors de l'hôpital. Pour ces raisons, et comme la SFI et Netcare sont soumis à une énorme pression pour démontrer une amélioration des performances, le gouvernement du Lesotho et le Groupe de la Banque mondiale doivent commander une évaluation indépendante, rigoureuse et systématique des performances cliniques et de l'impact.

La Banque mondiale a affirmé que le nouvel hôpital est plus rentable que l'ancien et induit une réduction de 22 % des coûts par patient<sup>77</sup>. Les chiffres donnés sont trompeurs. L'étude finale commandée par la SFI est claire sur le fait que les données étaient insuffisantes pour comparer les coûts de façon détaillée entre l'ancien et le nouvel hôpital ou pour séparer les coûts entre les patients hospitalisés et les patients en consultation externe<sup>78</sup>. Néanmoins, en se basant sur les coûts imputés au gouvernement par Tsepong, les chiffres donnés par patient montrent que les coûts sont 23 % plus élevés dans le nouvel hôpital. Hors taxe, cela réduit le pourcentage à 6 %. Ce n'est que lorsque les coûts d'investissement sont également déduits que le coût en est réduit à 22 % moins par patient que dans l'ancien hôpital<sup>79</sup>. Comme mentionné précédemment, la justification par la Banque mondiale concernant l'écart

des coûts d'investissement reste floue. Ces coûts sont intrinsèquement plus élevés dans les PPP et devraient donc être pris en compte dans une comparaison juste des coûts entre les options des secteurs public et privé pour l'approvisionnement et les services de l'hôpital.

Des améliorations des performances de tous types sont les bienvenues, mais le principe de base du PPP en santé au Lesotho était d'engendrer de meilleurs résultats au même niveau de dépenses publiques. Il est donc raisonnable pour le gouvernement du Lesotho et les contribuables de Basotho d'avoir attendu des améliorations encore plus fortes et un impact plus vaste par rapport au coût, même dans les deux premières années. Il est également raisonnable de se demander si les mêmes résultats auraient été possibles par des moyens moins onéreux, libérant davantage de ressources pour créer d'autres établissements de santé afin de réduire les disparités sanitaires entre les milieux ruraux et urbains. Les évaluations de la SFI et de la Banque mondiale concernant le PPP en santé ne répondent pas à ces questions portant sur les coûts directs, les coûts d'opportunité et le rapport coût-efficacité.

En outre, le nouvel hôpital ne fonctionne pas comme un hôpital universitaire à part entière, comme cela avait été prévu. À ce jour, aucun étudiant en médecine n'a été formé. Une précédente analyse de la Banque mondiale avait identifié l'ancien hôpital Queen Elizabeth II comme « *haut-lieu de l'enseignement professionnel et de la formation des spécialistes dans le pays* »<sup>80</sup>. Des informateurs clés nous ont indiqué que les fonctions d'enseignement essentielles de l'ancien hôpital avaient disparu avec le PPP, notamment les nombreuses intégrations de nouveaux docteurs originaires de différents pays et la formation externe dispensée par des cliniciens expérimentés dans les établissements du district.

*« Tsepong est la principale raison de l'augmentation du budget [de la santé]. »*

Haut fonctionnaire du ministère de la Santé du Lesotho

## Implications pour le reste du système de santé

Il ne fait aucun doute que les coûts du PPP en santé du Lesotho augmentent à un taux insoutenable. Pour tenter d'honorer ses obligations légales face à ces coûts, le gouvernement du Lesotho a proposé une augmentation extraordinaire de 64 % du budget de la santé sur les trois prochaines années<sup>81</sup>. Une telle décision d'accroître les dépenses de santé devrait être applaudie. Néanmoins, dans ce cas précis, au moins 83 % de l'augmentation envisagée se rapporte à la ligne budgétaire couvrant ce PPP en santé<sup>82</sup>. Un haut fonctionnaire du ministère de la Santé a ainsi confirmé : « *Tsepong est la principale raison de l'augmentation du budget.* »

Avec un budget aussi biaisé, des répercussions néfastes sur les autres priorités nationales en matière de santé et de développement sont inévitables. Alors que le budget total de la santé doit augmenter de 64 % d'ici 2016/2017, les budgets de l'agriculture et de l'éducation seront amputés en valeur réelle, avec des augmentations inférieures à l'inflation (seulement 14 % et 7 % respectivement sur la même période). Les répercussions devraient être considérables, comme l'explique le ministre de la Planification du développement : « *La santé augmente, mais aux dépens d'autres domaines. Nous pourrions soigner les personnes qui tombent malades, mais nous ne pourrions plus garantir que la population a de quoi se nourrir.* »

*« On dépense trop peu dans les soins de santé élémentaires et le plus gros budget a toujours été attribué à QE II. C'est encore pire avec le nouvel hôpital, qui draine encore plus de fonds. Pour que les soins de santé élémentaires soient la base de notre système de santé, il faudrait qu'ils soient prioritaires, et non l'inverse. »*

Dr Ntšekhe, Responsable de la clinique Senkatana

## Des ressources rares pour les soins de santé en milieu rural

Le Lesotho est loin d'atteindre ses Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en matière de santé, et l'on s'accorde à dire que s'il est important d'augmenter les dépenses, l'investissement dans les services de santé primaires et secondaires dans les zones rurales (où vivent plus des trois quarts de la population) doit être érigé en priorité pour remédier aux résultats sanitaires médiocres du pays et promouvoir une couverture santé universelle et équitable<sup>83</sup>.

Par exemple, le taux de mortalité maternelle dans la capitale Maseru est quatre fois moins élevé que celui de la moyenne nationale<sup>84</sup>. Si la réduction de 10 % du taux de mortalité maternelle déclarée par le nouvel hôpital PPP est encourageante, il existe un besoin urgent de nouvelles ressources pour faire face au nombre considérablement plus élevé de femmes enceintes qui continuent à mourir dans les zones rurales pauvres à défaut de pouvoir accéder à des soins prénatals, à du personnel qualifié lors de l'accouchement et à des soins obstétricaux d'urgence<sup>85</sup>.

Le gouvernement du Lesotho s'efforce de tendre vers les OMD en matière de santé, notamment avec un cadre accéléré sur les OMD mis en œuvre en 2011, un investissement conjoint avec la Millennium Challenge Corporation pour moderniser ses centres de santé primaires,<sup>86</sup> une politique nationale de santé reproductive lancée en 2009 et une nouvelle stratégie de soins de santé primaire. Toutefois, la mise en œuvre progresse lentement et les zones rurales doivent relever des défis récurrents, dont un manque de personnel qualifié, une importante rotation du personnel, des pénuries de fournitures médicales, des infrastructures inaccessibles et inappropriées et des transports médiocres<sup>87</sup>.

Les dépenses de santé du gouvernement étaient déjà biaisées au profit des soins tertiaires en milieu urbain<sup>89</sup>. Le PPP en santé a fortement exacerbé cette tendance inéquitable en absorbant plus de la moitié du budget du ministère de la Santé en 2013/2014, soit 28 % de plus que l'ancien hôpital public en 2006/2007. La Christian Health Association of Lesotho (CHAL) gère environ 40 % des établissements de santé du Lesotho, surtout dans les zones rurales<sup>90</sup>. Pourtant, en 2013/2014, l'allocation du gouvernement à la CHAL ne représentait qu'à peine plus du quart des fonds consacrés au PPP en santé<sup>91</sup>.

Malgré la pénurie de personnel de santé qualifié dans les zones rurales, le gouvernement prévoit des coupes budgétaires en valeur réelle sur le personnel de santé, avec une augmentation annuelle moyenne de seulement 4,7 % sur les trois prochaines années<sup>92</sup>. De plus, le budget des vaccinations sera réduit de 1,2 %<sup>93</sup>. Pour autant, sur la même période, la ligne budgétaire couvrant le PPP en santé augmentera de 116 %<sup>94</sup>. Un haut fonctionnaire du ministère de la Santé a décrit la manière dont « l'hôpital en PPP a eu un mauvais impact sur le schéma d'allocation des ressources ces deux dernières années. Il y a de moins en moins de ressources pour les soins de santé primaires et les services de district. »

Le Directeur des opérations de l'hôpital en PPP a lui-même reconnu ce grave problème : « Je ne pense pas qu'il s'agisse actuellement d'un problème financier, mais cela pourrait créer un fossé considérable en termes de financement des soins de santé pour le reste du pays. »

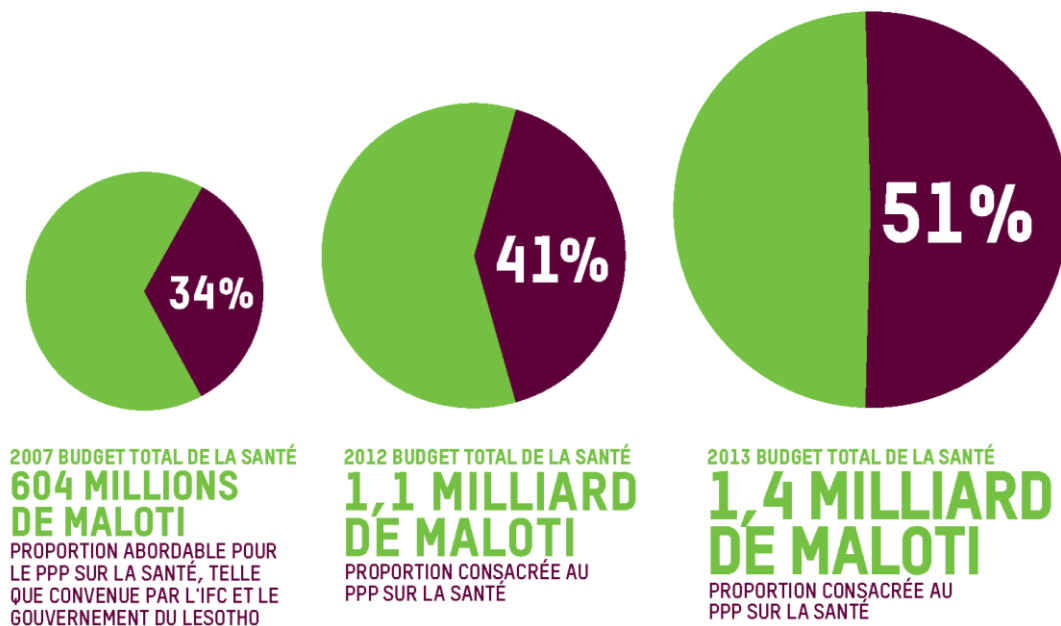
*« Ici, de nombreuses mères ne parviennent à se rendre qu'à une ou deux consultations en clinique. Il serait irréaliste et insensible de penser qu'elles peuvent toutes arriver jusqu'en ville en plein travail, et la nuit pour certaines. C'est très dangereux pour une femme proche du terme de parcourir une route aussi mauvaise à pied ou à cheval. »*

Un chef de village dans le district de Butha Butha<sup>88</sup>

*« Nous sommes mécontents, car les conditions de travail sont épouvantables. Les mesures incitatives promises ne viennent pas... En plus de voir les communautés avoir la plus grande peine du monde à accéder à nos services, nous devons aussi lutter pour survivre. »*

Infirmière sage-femme, clinique de Ha-Mokoto, à 50 km de la ville de Thaba-Tseka<sup>95</sup>.

Figure 1 : Budget de la santé du Lesotho et coûts du PPP, 2007–2013



Note : Les montants équivalents en dollars pour le budget total de la santé s'élevaient à 57 millions de dollars en 2007, 108 millions de dollars en 2012 et 133 millions de dollars en 2013.

Les soutiens et détracteurs du PPP en santé qui ont été interrogés pour ce rapport se sont accordés sur le fait que l'état déplorable du reste du système de santé et le manque d'investissement dans les soins de santé primaires encouragent les patients malades qui en ont les moyens à se faire soigner au nouvel hôpital, dans la capitale. Ce problème ne peut que s'amplifier, car le PPP consomme une part sans cesse croissante du budget national de la santé. Le ministre de la Planification et du Développement a déclaré qu'avec du recul, « le nouvel hôpital aurait dû participer d'une logique d'investissement plus vaste pour optimiser l'ensemble du système de santé ».

Le PPP en santé proposé, supposé être neutre en termes de coûts, pèse désormais si lourd dans le budget du gouvernement que ce dernier pense désormais qu'il serait plus rentable de construire un tout nouvel hôpital de district dans la capitale pour accueillir le surplus de patients plutôt que de payer Netcare pour les soigner (un projet annoncé dans le discours sur le budget en février 2014)<sup>96</sup>.

Les principaux perdants du PPP en santé au Lesotho sont la majorité des Basotho vivant sous le seuil de pauvreté dans les zones rurales pauvres et qui ont peu ou pas du tout accès à des soins de santé décentes. Alors que la crise du financement de la santé s'amplifie dans le pays, il est déjà envisagé de réintroduire et d'augmenter les paiements directs par les usagers dans les établissements de premier et deuxième niveau<sup>97</sup>. Un tel recul au Lesotho serait dévastateur, exacerberait plus encore les inégalités et réduirait l'accès aux soins de santé pour la majorité de la population, plutôt que de l'augmenter. Le président de la Banque mondiale, Jim Yong Kim, a récemment déclaré que les paiements directs des soins de santé par les usagers étaient à la fois « injustes et inutiles »<sup>98</sup>.

« L'hôpital en PPP a eu un mauvais impact sur le schéma d'allocation des ressources ces deux dernières années. Il y a de moins en moins de ressources pour les soins de santé élémentaires et les services de district. »

Haut fonctionnaire du ministère de la Santé

## Développement des opportunités économiques locales

Pour le gouvernement, l'un des principaux objectifs du PPP en santé était de promouvoir le développement économique local. L'accord du PPP stipulait que les niveaux croissants de dépenses en capital devaient être orientés vers les entreprises locales pendant toute la durée du partenariat<sup>99</sup>.

Toutefois, cette question est devenue un sujet de vive opposition parmi les actionnaires de Tsepong et certains informateurs clés ont considéré cela comme une menace pour la viabilité future du PPP. Certains actionnaires ont accusé Netcare de ne pas honorer l'accord contractuel de sous-traiter les opérations commerciales prédéfinies auprès des petits actionnaires du consortium, mais d'accorder les contrats presque exclusivement à des sociétés sud-africaines sans l'approbation du conseil<sup>100</sup>. Netcare affirme que les dépenses effectives n'étayaient pas ces allégations<sup>101</sup>.

La Banque mondiale a identifié comme un risque l'implication étrangère excessive et la faible participation locale dans le PPP en santé, à l'image des précédentes mesures de privatisation au Lesotho. La Banque mondiale et la SFI devraient apporter un soutien technique fort pour surmonter ce problème<sup>102</sup>. Du point de vue des actionnaires locaux, il semble que ce soutien fasse toutefois défaut. Le développement des opportunités économiques locales devrait être une réalisation essentielle de tout investissement par une institution financière internationale dans un pays en développement. Les performances du PPP à cet égard devraient être évaluées de manière détaillée.



## 5 UN MODELE DONT S'INSPIRER ?

Ambitieux et complexe, le PPP en santé au Lesotho est le premier modèle du genre à être expérimenté dans un pays à bas revenus. Le potentiel théorique en termes d'économie de coûts et de rapport qualité/prix du financement et de la réalisation du PPP réside dans le transfert des risques au secteur privé et la gestion efficace de ce risque par ce dernier, grâce à des performances optimisées et à une plus grande rentabilité de ses opérations. Dans le cas du Lesotho, cet avantage potentiel n'a pas été concrétisé et les coûts atteignent déjà des niveaux insoutenables.

LA SFI a agi de manière irresponsable, tant dans son rôle de conseiller sur la transaction auprès du gouvernement du Lesotho que dans sa promotion du PPP en santé du Lesotho en tant que modèle probant dont d'autres pays à bas revenus peuvent s'inspirer. Selon les termes d'un haut fonctionnaire du ministère de la Santé : « *Les membres de la SFI avaient un rôle de conseillers sur la transaction. Nous sommes dans cette situation à cause d'eux. Ils auraient dû faire mieux et ils doivent maintenant nous sortir de ce borbier.* » Les performances du modèle phare de la SFI n'augurent rien de bon pour les autres pays cherchant à le répliquer. Mais les PPP en santé de ce type ont-ils toujours le potentiel d'offrir un bon rapport qualité/prix et une bonne rentabilité dans d'autres pays à bas revenus ?

### Perspectives du Lesotho

Un grand nombre des principales parties prenantes avec lesquelles Oxfam s'est entretenue au Lesotho indiquent qu'elles recommanderaient aux autres pays à bas revenus de ne pas s'inspirer du modèle de PPP en santé mis en œuvre dans le pays. L'un des petits actionnaires de Tsepong a ainsi déclaré : « *La SFI exhibe ce modèle à travers le monde et Netcare chante ses louanges. Mais c'est une duperie. Il ne faut pas laisser les personnes qui ont de l'influence provoquer davantage de dégâts dans d'autres pays, surtout les pays pauvres.* »

Et Chefa Lehlohonolo, Directeur de l'association de protection des consommateurs du Lesotho, d'ajouter : « *Malheureusement, la Banque mondiale promeut ces types de PPP comme des modèles universels en pensant qu'ils vont résoudre tous les problèmes de santé dans les pays en développement.* »

Même les représentants du gouvernement interrogés et qui ont exprimé leur soutien de principe pour les PPP ont recommandé d'exercer la plus grande prudence vis-à-vis de ces modèles dans le secteur de la santé, en particulier dans les pays à bas revenus ayant une expérience et une capacité limitées pour négocier des contrats PPP. Toutes les parties prenantes auxquelles nous avons parlé préconisent un bien plus grand niveau de transparence et de redevabilité que dans le cas du PPP en santé du Lesotho, afin de renforcer le contrôle et la compréhension par le public. De nombreuses personnes ont demandé une vérification judiciaire

*« Les membres de la SFI avaient un rôle de conseillers sur la transaction. Nous sommes dans cette situation à cause d'eux. Ils auraient dû faire mieux et ils doivent maintenant nous sortir de ce borbier. »*

Haut fonctionnaire du ministère de la Santé

*« Malheureusement, la Banque mondiale promeut ces types de PPP comme des modèles universels en pensant qu'ils vont résoudre tous les problèmes de santé dans les pays en développement. »*

Chefa Lehlohonolo, Directeur de l'association de protection des consommateurs du Lesotho

du PPP afin de révéler les accords et les activités menées à ce jour, et de mieux comprendre les dysfonctionnements et la manière dont il est possible d'atténuer les problèmes, autant d'éléments extrêmement précieux pour d'autres pays envisageant des entreprises similaires.

## Ce que nous apprennent les expériences des autres pays

Les expériences d'autres pays suggèrent que les problèmes rencontrés par le Lesotho avec son PPP ne peuvent pas être attribués uniquement à ses bas revenus, à sa capacité réduite ou aux conseils médiocres de la SFI.

L'Angleterre est le terrain d'expérimentation le plus ancien et le plus étendu en matière de PPP en santé, sous la forme d'initiatives de financement privé (PFI) – un modèle plus limité que celui du Lesotho dans le sens où il exclut les services cliniques. En 2012, des hôpitaux d'une valeur totale de 11 milliards de livres sterling étaient construits ou en cours de construction dans le cadre d'accords de financement privé<sup>104</sup>. Le coût de ces hôpitaux sur leur durée de vie atteindra près de six fois cette valeur, soit 64 milliards de livres sterling d'ici 2039<sup>105</sup>.

Aucune preuve valable n'est toutefois venue confirmer la théorie selon laquelle les initiatives de financement privé contribueraient à la rentabilité ou à un bon rapport qualité/prix au Royaume-Uni<sup>106, 107</sup>. Au contraire, un rapport de la Commission du Trésor de la Chambre des Communes sur les initiatives de financement privé a récemment livré les conclusions suivantes :

- Le coût du capital pour les projets à financement privé est le double de celui d'un emprunt d'État direct.
- Il n'est pas clairement démontré que d'autres domaines des initiatives de financement privé offrent des économies ou des avantages capables de compenser le coût largement supérieur du financement privé.
- Les initiatives de financement privé sont moins performantes dans certains domaines que les projets à financement classique, notamment en matière d'innovation dans la conception et de qualité de la construction.
- Les initiatives de financement privé sont rigides par nature, du fait notamment de leur structure de financement et des procédures d'approvisionnement coûteuses et complexes.

Dans ses recommandations au gouvernement du Royaume-Uni, la Commission préconise de recourir aux initiatives de financement privé avec le plus de parcimonie possible<sup>108</sup>.

Comme au Lesotho, les importants paiements inflexibles pour des projets à financement privé ont mis la pression sur les services de santé du Royaume-Uni (le NHS) pour réduire le nombre de postes, restreindre les conditions de travail et diminuer les salaires<sup>109</sup>. L'augmentation du flux de patients et la réduction du nombre de lits et des effectifs afin de combler le « fossé de l'accessibilité financière » des initiatives de financement privé ont suscité des inquiétudes quant aux capacités et aux soins proposés aux patients<sup>110</sup>.

*« Le poids de la dette de l'initiative de financement privé est tel que les services de santé nationaux sont contraints de tourner avec entre un tiers à la moitié des services et du personnel par rapport à un programme financé de manière classique. »*

Allyson Pollock, Professeure de recherche et politique en matière de santé publique à l'université Queen Mary de Londres, Royaume-Uni<sup>103</sup>.

Là aussi, comme au Lesotho, les premiers jours des initiatives de financement privé dans les services de santé anglais ont vu une augmentation considérable du budget de la santé afin d'amortir les pressions en matière d'accessibilité financière<sup>111</sup>. Malgré cela, en 2012, plus de 30 établissements du NHS ont été confrontés à des restructurations et des coupes radicales afin d'honorer des dettes insoutenables contractées lors des initiatives de financement privé<sup>112</sup>. La même année, 22 établissements hospitaliers ont déclaré que la facture du financement privé menaçait leur avenir clinique et financier<sup>113</sup>. Le gouvernement a été contraint de fournir un financement d'urgence de 1,5 milliard de livres sterling<sup>114</sup>. Un établissement a depuis été placé sous administration judiciaire en raison de ses dettes concernant l'initiative de financement privé, et d'autres ont annoncé la fermeture de leurs services de traumatologie et des urgences, ainsi que de leur service de maternité<sup>115</sup>.

Les PPP en santé sont mis en œuvre à travers le monde avec des résultats similaires, remettant en question la théorie sous-jacente selon laquelle le secteur privé est intrinsèquement plus efficace et réactif que le secteur public<sup>116</sup>. Les expériences en matière de PPP menées dans différents pays mettent en lumière une tendance d'augmentation des coûts par rapport aux voies d'approvisionnement classiques, des compromis sur la qualité, des difficultés pour préparer les installations aux exigences de demain, ainsi qu'une complexité réhibitoire dans bien des cas<sup>117</sup>.

En Australie, le taux d'échec pour les PPP en santé est estimé à plus de 50 %, et de nombreux hôpitaux sont revenus sous contrôle du gouvernement<sup>118</sup>. Des recherches ont également montré qu'après avoir rectifié la composition de la population de patients, les hôpitaux publics d'Australie sont plus efficaces que ceux du secteur privé<sup>119</sup>. Une évaluation systématique a identifié 149 comparaisons d'établissements de santé à but lucratif et non lucratif (de différents types) réalisées au cours des 20 dernières années aux États-Unis. Parmi ces études, 88 ont conclu que les établissements à but non lucratif obtenaient de meilleurs scores en termes de coûts, de résultats des soins, d'accès et de mission sociale, 43 n'ont trouvé aucune différence entre les deux types d'établissement, et 18 ont constaté que les établissements à but lucratif obtenaient de meilleurs scores<sup>120</sup>. Un rapport de PricewaterhouseCoopers sur le Japon a conclu que la rigidité des contrats de PPP posait un grave problème, la prestation de services devenant si onéreuse que le gouvernement ne pouvait plus assurer les paiements, dans plusieurs cas<sup>121</sup>.

Un nombre croissant de partenariats public-privé d'investissement (des partenariats qui comme au Lesotho incluent la prestation de services cliniques) en Espagne, au Portugal et, bien entendu, le PPP au Lesotho, s'inspireraient de la prétendue réussite de l'hôpital d'Alzira, dans la province espagnole de Valence<sup>122</sup>. Le contrat d'investissement en partenariat public-privé pour l'hôpital d'Alzira fonctionne en deçà des coûts de référence en Espagne. Cette prétendue réussite occulte le fait que les économies réalisées sont en grande partie le fait de niveaux de personnel 25 % inférieurs à ceux des hôpitaux équivalents du secteur public, de salaires réduits et de journées de travail plus longues, ainsi que de restrictions sur la palette de services proposés, obligeant les patients qui ont besoin de soins plus avancés à se tourner vers les hôpitaux publics<sup>123</sup>. L'hôpital d'Alzira génère un profit de seulement 1,6 %<sup>124</sup>. Cela remet en

*« Lorsque les calculs sont faux, ils le sont complètement, et même certains des programmes de financement privé de la première vague, relativement modestes, sont maintenant confrontés à de gros problèmes. »*

Dr John Lister, Maître de conférence en journalisme de la santé à l'Université de Coventry, Royaume-Uni.

cause la rentabilité du système s'il devait être géré sur une base réellement commerciale<sup>125</sup>.

Les experts et les commentateurs internationaux sur les PPP en santé mettent en évidence le manque de redevabilité et de transparence qui semble caractériser ces projets, ainsi que les risques qu'ils posent pour la démocratie<sup>126</sup>. Comme c'était le cas au Lesotho, la plupart des négociations et des calculs détaillés se déroulent généralement « *en secret et restent nimbés de confidentialité commerciale. Cela réduit ou supprime tout contrôle objectif, toutes les informations se retrouvant entre les mains de personnes ayant un intérêt particulier et une prédisposition à soutenir le contrat.* »<sup>127</sup>. Cela est surtout préoccupant au vu du nombre croissant de PPP en santé actuellement proposés dans les pays à revenus intermédiaires et certains pays à bas revenus, dont la Turquie, la Malaisie, le Brésil, le Mexique, l'Afrique du Sud, le Chili et le Pérou. Des données d'impact au sujet de ces PPP semblent ne pas exister à ce jour<sup>128</sup>. Il a été particulièrement difficile de trouver la moindre information dans le domaine public sur les PPP en santé soutenus par la SFI au Bénin et au Nigeria.

# 6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le PPP en santé au Lesotho a été décrit comme un projet pionnier pour l'implication du secteur privé dans les soins de santé en Afrique. Mais dans les faits, le ministère de la Santé de l'un des pays les plus pauvres et les plus inégalitaires au monde se retrouve enfermé dans un contrat de 18 ans qui consomme déjà 51 % de son budget. Loin d'être neutre en termes de coûts, le partenariat public-privé phare de la SFI en matière de santé entraîne les dépenses du gouvernement dans une spirale infernale. Il accapare les ressources qui pourraient être consacrées à d'autres besoins urgents en termes de soins de santé et exacerbe les inégalités sanitaires dans le pays.

L'expérience du Lesotho était la thèse internationale selon laquelle les PPP en santé sont extrêmement risqués et onéreux et doivent être évités, en particulier dans les pays à bas revenus et à faibles capacités, où ils menacent l'ensemble du système de santé. En revanche, il faut prendre exemple sur les pays qui réussissent le mieux et qui réalisent les progrès les plus importants en matière de couverture santé universelle, qui s'appuient fortement sur le financement et la fourniture publics de soins de santé<sup>129 130</sup>. Ainsi, il convient de privilégier le financement public des infrastructures et des services de santé moins onéreux. Cela comprend les financements concessionnels et non concessionnels, ainsi que les financements multilatéraux ou bilatéraux.

LA SFI doit rendre des comptes sur ses piètres conseils fournis au gouvernement du Lesotho, et pour avoir promu le PPP en santé comme une réussite à l'international, en dépit de son coût exorbitant.

Oxfam et l'association de protection des consommateurs du Lesotho émettent les recommandations suivantes :

## **Au Lesotho**

**Le Groupe de la Banque mondiale** devrait :

- financer et publier un audit financier avec l'aide d'un expert transparent et totalement indépendant et procéder à un examen plus poussé du PPP en santé au Lesotho en partenariat avec le gouvernement du Lesotho, incluant notamment une présentation de toute la palette d'options disponibles pour corriger l'impact négatif du partenariat. Cet examen doit couvrir, sans toutefois s'y limiter, les possibilités de renégociation, de résiliation et d'allègement du contrat afin de réduire les coûts pour le gouvernement. Pour ce faire, au besoin, le Groupe de la Banque mondiale doit financer un soutien et des conseils indépendants (hors SFI) pour le gouvernement du Lesotho.
- intensifier le financement pour aider le ministère de la Santé du Lesotho à honorer et s'acquitter de son engagement de relancer les soins de santé primaires, et en particulier augmenter rapidement le nombre d'infirmières, de docteurs et d'autres agents de santé.

## **Le gouvernement du Lesotho** devrait :

- s'acquitter de son engagement de relancer les soins de santé primaires, en donnant la priorité aux zones rurales dans lesquelles vivent les trois quarts de la population.
- publier un état financier complet et une explication des coûts du PPT facturés à ce jour afin de favoriser le contrôle et la compréhension par le public.
- construire et renforcer la capacité du ministère de la Santé à gérer le contrat du PPP et à réduire les hausses des coûts aussi efficacement que possible. Cela doit inclure la supervision des performances de Tsepong et l'application de pénalités financières en cas de non-respect des normes fixées.
- exercer une pression sur Tsepong afin qu'il honore l'accord contractuel de gestion du Queen Mamohato Memorial Hospital en tant qu'hôpital universitaire pleinement opérationnel.
- éviter de conclure d'autres PPP en santé à moins que ou jusqu'à ce que le PPP de Tsepong ait fait l'objet d'un audit et d'un examen complets, que les résultats aient été publiés et qu'ils prouvent, à l'aide de preuves au niveau national et international, que les PPP constituent une approche plus appropriée, équitable et efficace en termes de coûts en matière de financement et de fourniture de soins de santé que les options de financement public au Lesotho.

**Tsepong Ltd** devrait publier un état financier complet et expliquer les coûts facturés à ce jour au gouvernement du Lesotho, notamment concernant les services inclus dans le contrat de PPP initial mais non encore fournis, ainsi que tous les services supplémentaires convenus avec le gouvernement et déjà facturés. Tsepong Ltd doit également apporter la preuve de ce qu'il met en œuvre pour respecter ses obligations contractuelles afin d'augmenter les opportunités économiques locales.

## **Au niveau international**

**Le Groupe de la Banque mondiale** devrait mettre un terme à tout service consultatif de la SFI sur les PPP en santé, à moins que et jusqu'à ce que :

- le rôle de la SFI dans le PPP en santé au Lesotho ait fait l'objet d'un audit et d'un examen complets et transparents, et que des explications soient publiées sur les raisons pour lesquelles il a été décidé de poursuivre un contrat inabordable et à haut risque ;
- les compétences et la pertinence de la SFI en tant que conseiller sur les transactions pour les PPP en santé auprès de gouvernements de pays à bas revenus et à revenus intermédiaires aient fait l'objet d'une analyse complète et indépendante, que les résultats aient été publiés et vérifiés par le Conseil du Groupe de la Banque mondiale ;
- une analyse complète et indépendante soit menée et que des preuves validées par des pairs attestent de la pertinence, du rapport coût-efficacité, de l'impact clinique et équitable des PPP en santé dans les pays à bas revenus et à faibles capacités ;
- des engagements soient pris si de nouveaux PPP en santé soutenus par le Groupe de la Banque mondiale sont proposés pour : 1) réaliser et publier une évaluation complète du rapport qualité/prix et de l'équité démontrant que les avantages potentiels de la prestation de services et du financement d'un PPP dépassent les risques et les coûts

supplémentaires, particulièrement pour le reste du système de santé ;  
2) optimiser la redevabilité et la transparence en garantissant une participation totale des parties prenantes, y compris des citoyens et des parlements nationaux, à toutes les étapes du développement d'un PPP ; et 3) veiller à ce que les dépenses/recettes prévisionnelles sur les PPP soient clairement indiquées dans les stratégies d'endettement nationales et l'analyse de viabilité pour le pays.

**La Banque mondiale** devrait respecter son engagement en faveur d'une couverture santé universelle et pour l'équité dans le domaine de la santé en privilégiant les investissements dans des services publics gratuits et universels, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et secondaires dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires.

- Les gouvernements du Royaume-Uni, des Pays-Bas, du Japon et d'Afrique du Sud devraient pousser le Groupe de la Banque mondiale à mettre en œuvre les recommandations ci-dessus et devraient réviser leur soutien financier apporté à la SFI pour ce modèle de financement et de prestation de services de santé aux risques et aux coûts aussi élevés
- Les gouvernements des pays à bas revenus et à revenus intermédiaires devraient éviter de reproduire le modèle de PPP en santé au Lesotho et doivent se garder de chercher conseil auprès de la SFI au sujet des PPP en santé, sauf si ou jusqu'à ce que les compétences de la FSI aient été examinées et confirmées. Ils doivent au contraire favoriser les options de financement public pour les infrastructures et les services de santé, car il s'agit d'une manière avérée d'accélérer le processus vers des soins de santé universels et équitables pour tous.

# NOTES

Dans le cadre de ce rapport, 19 entretiens ont été menés en février 2014 au Lesotho auprès de représentants du gouvernement du Lesotho, de Netcare, de Tespong Ltd., d'associations de travailleurs sociaux, d'organisations de la société civile, de la Christian Health Association of Lesotho, ainsi que de praticiens de la santé au niveau du district et autre. Un groupe de discussion a été organisé avec plusieurs parties prenantes de Tsepong. En raison du caractère sensible du PPP en santé au Lesotho, la plupart des personnes interrogées ont préféré rester anonymes.

- 1 Banque mondiale (2010), « Lesotho. Sharing Growth by Reducing Inequality and Vulnerability: Choices for Change. A Poverty, Gender, and Social Assessment », Rapport No.: 46297-LS, Washington DC : Banque mondiale, [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/05/000333038\\_20100805000656/Rendered/PDF/462970ESW0P1011Official0Use0Only191.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/05/000333038_20100805000656/Rendered/PDF/462970ESW0P1011Official0Use0Only191.pdf)
- 2 May, J., Roberts, B., Moqasa, G. et I. Woolard (2002) « Poverty and Inequality in Lesotho » CSDS Working Paper No. 36 <http://sods.ukzn.ac.za/files/wp36.pdf>
- 3 Banque mondiale (2013), phase d'évaluation du PID (Project Information Document), [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/AFR/2013/12/04/090224b0820f3e42/1\\_0/Rendered/PDF/Project0Inform0rt0Project000P143197.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/AFR/2013/12/04/090224b0820f3e42/1_0/Rendered/PDF/Project0Inform0rt0Project000P143197.pdf)
- 4 Banque mondiale (2010), op.cit
- 5 Ibid.
- 6 Organisation mondiale de la santé, (2013) « Statistiques sanitaires mondiales 2013 ». Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/fr/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/fr/), dernière consultation le 28 mars 2014.
- 7 Banque mondiale (2010) op.cit.
- 8 Ibid.
- 9 Ibid.
- 10 T. Matope (2014) « A mountain of challenges » dans le Lesotho Times, 20-26 février
- 11 Oxfam International (2014) « Au service de la majorité : Des services publics pour combattre les inégalités » Oxford, Oxfam International; Oxfam International (2013) « En finir avec les inégalités extrêmes : Confiscation politique et inégalités économiques » Oxford, Oxfam International
- 12 FMI (2014), « Des politiques bien conçues pour réduire les inégalités avec efficience », bulletin du FMI : Politique, [www.imf.org/external/French/pubs/ft/survey/so/2014/POL031314AF.htm](http://www.imf.org/external/French/pubs/ft/survey/so/2014/POL031314AF.htm)
- 13 Par exemple, l'allocation du président du Groupe de la Banque mondiale, Jim Yong Kim, sur la couverture santé universelle dans les économies en développement, Center for Strategic and International Studies Conference on Universal Health Coverage in Emerging Economies, Washington DC, 14 janvier 2014, [www.worldbank.org/en/news/speech/2014/01/14/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-health-emerging-economies](http://www.worldbank.org/en/news/speech/2014/01/14/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-health-emerging-economies) ; Allocation du président du Groupe de la Banque mondiale, Jim Yong Kim, auprès du Gouvernement japonais – Conférence de la Banque mondiale sur la couverture santé universelle, 6 décembre 2013, [www.worldbank.org/en/news/speech/2013/12/06/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-government-japan-conference-universal-health-coverage](http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/12/06/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-government-japan-conference-universal-health-coverage)
- 14 Banque mondiale, « Lesotho: Health Sector Reform Program Phase II », [http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/0,,contentMDK:22707082~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:258644,00.html?cid=3001\\_2](http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/0,,contentMDK:22707082~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:258644,00.html?cid=3001_2)
- 15 Banque mondiale (2005), document d'évaluation du projet concernant un crédit d'un montant de 4,5 millions de SDR (soit 6,5 millions d'USD) au Royaume du Lesotho pour la phase II de la réforme du secteur de santé, 15 septembre 2005. Banque mondiale, [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/09/29/000090341\\_20050929090746/Rendered/PDF/32003.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/09/29/000090341_20050929090746/Rendered/PDF/32003.pdf)
- 16 Ibid. [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/09/29/000090341\\_20050929090746/Rendered/PDF/32003.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/09/29/000090341_20050929090746/Rendered/PDF/32003.pdf)
- 17 Hellowell, M. (2013) « Queen 'Mamohato Memorial Hospital PPP – Report of the PPP expert » 27 juin 2013 (non publié)
- 18 C.M.N. Faustino Coelho et C. O'Farrell, « A Pioneering Healthcare Transaction », Handshake, magazine de la SFI, [www.ministerialleadershipinhealth.org/wp-content/uploads/sites/19/2013/07/Lesotho-Hospital-PPP-A-Pioneering-Healthcare-Transaction.pdf](http://www.ministerialleadershipinhealth.org/wp-content/uploads/sites/19/2013/07/Lesotho-Hospital-PPP-A-Pioneering-Healthcare-Transaction.pdf)
- 19 Banque mondiale (2011) « A public-private partnership reshapes healthcare for the people of Lesotho » vidéo (en anglais) de la Banque mondiale [http://www.youtube.com/watch?v=VEDkDNJYt0Y&feature=player\\_embedded](http://www.youtube.com/watch?v=VEDkDNJYt0Y&feature=player_embedded)
- 20 Liste de modèles extraite de M. McKee, N. Edwards, et R. Atun (2006), « Public Private



- 21 L'un des principaux objectifs du PPP en santé d'un point de vue gouvernemental était de promouvoir le développement de l'économie locale à travers l'implication de petites et moyennes entreprises locales.
- 22 Vian, T., McIntosh, N., Grabowski, A., Brooks, B., Jack, B. et Limakatso, E. (2013) « Endline study for Queen Mamohato Hospital Public Private Partnership (PPP) » Rapport final, septembre, Centre for Global Health and Development, Université de Boston, Department of Family Medicine, Université de Boston et Lesotho Boston Health Alliance, Maseru  
<http://devpolicy.org/pdf/Endline-Study-PPP-Lesotho-Final-Report-2013.pdf>, last accessed 1 April 2014
- 23 SFI (2009), « Breaking New Ground: Lesotho Hospital Public-Private Partnership—A Model for Integrated Health Services Delivery ». IFC SmartLessons. Société financière internationale,  
[www.ifc.org/wps/wcm/connect/72379880498390c582f4d2336b93d75f/LesothoHospital\\_SmartLesson.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=72379880498390c582f4d2336b93d75f](http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/72379880498390c582f4d2336b93d75f/LesothoHospital_SmartLesson.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=72379880498390c582f4d2336b93d75f)
- 24 Pour les patients traités au-delà des seuils, le forfait dans la monnaie locale s'élève à 50 maloti pour les hospitalisations et à 8 326 maloti pour les consultations externes et a été défini à la date de base du contrat (avril 2007). Ce forfait est réévalué chaque année d'après un indice d'inflation complexe fortement influencé par le taux d'inflation des frais médicaux en Afrique du Sud. Dans l'échéancier de paiement du contrat, les prix sont inversés (50 maloti pour les patients hospitalisés et 8 325 maloti pour les patients en consultation externe). Il s'agit à priori d'une erreur, mais le gouvernement du Lesotho devrait être plus vigilant sur ce genre de choses.
- 25 Banque mondiale (2013) « Implementation and results report (TF-91156) on a grant in the amount of US\$6.25 million to the Kingdom of Lesotho for a Lesotho new hospital PPP project » 20 septembre,  
[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/10/09/000356161\\_20131009141930/Rendered/PDF/ICR27620ICR0Ki000PUBLIC00Box379843B.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/10/09/000356161_20131009141930/Rendered/PDF/ICR27620ICR0Ki000PUBLIC00Box379843B.pdf)
- 26 Banque mondiale (2011) op. cit.
- 27 African Press Organization (2007), « New hospital for Lesotho through public-private partnership designed by IFC », communiqué de presse, 18 décembre,  
<https://appablog.wordpress.com/2007/12/18/new-hospital-for-lesotho-through-public-private-partnership-designed-by-ifc/>
- 28 Discours du président du Bénin sur l'état de la nation, décembre 2012,  
[www.24haubenin.info/spip.php?article968](http://www.24haubenin.info/spip.php?article968). Pour plus d'informations sur les PPP au Bénin, reportez-vous au document de la SFI (2013), IFC Advisory Services in Public-Private Partnerships: Sub-Saharan Africa,  
[www.ifc.org/wps/wcm/connect/a7370e80498391dd864cd6336b93d75f/RegionalFactsheet\\_Africa.pdf?MOD=AJPERES](http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/a7370e80498391dd864cd6336b93d75f/RegionalFactsheet_Africa.pdf?MOD=AJPERES) ; et pour le Nigeria, reportez-vous à « Nigeria; Cross River State Hospital »,  
[www.scribd.com/doc/159713717/Nigeria-Cross-River-State-Hospital](http://www.scribd.com/doc/159713717/Nigeria-Cross-River-State-Hospital)
- 29 « Pilot Health PPP Advisory Facility », site Web de l'HANSHEP (Harnessing non-state actors for better health for the poor),  
[www.hanshep.org/our-programmes/pilot-health-ppp-advisory-facility](http://www.hanshep.org/our-programmes/pilot-health-ppp-advisory-facility)
- 30 Confirmé dans un récent e-mail avec Dirk Sommer, services consultatifs de la SFI
- 31 Information vue par Oxfam
- 32 La première analyse de John Lister concernant le PPP en santé au Lesotho a été financée en partie par Oxfam GB grâce à la publication de son travail sur le site [www.globalhealthcheck.org](http://www.globalhealthcheck.org) hébergé par Oxfam. Il a depuis publié une analyse mise à jour dans sa propre publication : Lister, J. (2013) Health Policy Reform: Global Health versus Private Profit, Royaume-Uni
- 33 Lister, J (2011) « Lesotho hospital public private partnership: new model or false start? »<http://www.globalhealthcheck.org/?p=481>.
- 34 Le nouvel hôpital privé coûterait entre 123 % et 226 % de plus que l'ancien hôpital Queen Elizabeth II (QE II). Vian, T et al op cit. p. 21
- 35 L'étude finale commandée par la SFI semble presque volontairement tendancieuse sur ce point. Elle indique que lors de son année de référence en 2006/2007, l'ancien hôpital QE II avait coûté 38,5 % du budget total. Mais ce chiffre avancé à tort englobait non seulement l'ancien hôpital, mais aussi les centres d'orientation, les centres de santé du district de Maseru et ses cliniques annexes, la contribution de l'hôpital QE II sur les frais de laboratoire et de recherche, les services pharmaceutiques et les centres de transfusion sanguine. L'étude de référence avance le chiffre plus juste de 98 061 948 maloti en 2006/2007 (également utilisé dans l'étude finale pour transposer le coût du QE II dans les chiffres actuels). Le budget total de la santé était de 344 333 030 maloti en 2006/2007. L'hôpital QE II représentait donc 28 % de ce budget.
- 36 Vian, T. et al op cit.
- 37 Ibid. p. 22
- 38 Nous estimons le coût total du PPP en santé pour 2013/2014 à 714 millions de maloti (voir la note 39). En utilisant la même méthodologie et les mêmes chiffres de référence que ceux utilisés par les auteurs de l'étude finale commandée par la SFI pour le PPP, ces coûts sont 197 % à 364 % supérieurs à ce qu'aurait coûté l'hôpital QE II en 2013/2014

(ou sont 3 à 4,6 fois plus chers). Il convient de noter qu'une petite partie des augmentations de coût peuvent être dues à des services supplémentaires qui ne figuraient pas dans le contrat d'origine mais sont maintenant prestés par Tsepong, tels que le transport ou une banque de sang.

- 39 Le coût total du PPP pour 2013/2014 est estimé à 714 millions de maloti soit 67 millions de dollars (en utilisant le taux de change moyen de 2013 en dollars de 10,59750 [www.xe.com](http://www.xe.com)). Pour 2013-2014, le budget total de la santé s'élevait à 1,4 milliard de maloti ; le résultat prévisionnel ou les dépenses totales de santé atteignaient 1,6 milliard de maloti en février 2014. Le coût total estimé s'appuie principalement sur les informations fournies par un haut fonctionnaire du ministère de la Santé. Il englobe le montant total pour la contribution forfaitaire, les centres d'orientation, les intérêts et les pénalités pour retard de paiement, le transport et les défauts de paiement pour 2012/2013. Certains coûts résiduels de l'année précédente sont inclus dans l'estimation de 2013/2014 et ne reflètent pas nécessairement les futurs coûts annuels. Le haut fonctionnaire du ministère de la Santé a toutefois signalé que le problème des paiements différés sera vraisemblablement récurrent d'une année sur l'autre, en raison de problèmes d'accessibilité financière. Ces coûts doivent donc être pris en compte. Le montant total fourni par le ministère de la Santé incluait également 46 millions de maloti correspondant aux patients traités au-delà des seuils au cours des deux années précédentes. Même s'il sera réglé en 2013/2014 et va donc être soustrait du budget de la même année fiscale, nous sommes conscients que ce montant a été inclus dans les chiffres de l'étude finale commandée par la SFI pour le coût du PPP pour 2012/2013. Nous avons donc choisi de l'exclure de l'estimation du coût total pour 2013/2014. À l'estimation du coût total s'ajoute une facture de 100 millions de maloti pour les patients traités au-delà des seuils en 2013, qui n'a pas encore été traitée par le ministère de la Santé (mais qui a été confirmée par un informateur clé de Tsepong). Il doit être noté que les déclarations de la Banque mondiale et d'autres entités au sujet du fait que la hausse des coûts peut être largement attribuée au nombre de patients plus élevé que prévu dans les hôpitaux, peuvent être contrées par le fait que même en excluant ces surcoûts, le coût total du PPP pour 2013-2014 s'élèverait toujours à 614 millions de maloti, soit 44 % du budget total pour la santé.
- 40 Le coût initial jugé « abordable » pour le gouvernement, convenu entre la Banque mondiale et le gouvernement du Lesotho, était de 180,4 millions de maloti par an (hors TVA), en valeur de 2007 et indexé selon l'IPC. (Extrait de « The Kingdom of Lesotho: New Referral Hospital Public Private Partnerships – Request for Best and Final Offers », 30 octobre 2008, consortium Netcare et SFI). En 2013/2014, cela représente 298,8 millions de maloti par an après inclusion de la TVA et indexation sur l'inflation. Le coût réel du PPP en 2013/2014 est 2,4 fois supérieur à ce montant, estimé à 714 millions de maloti.
- 41 En 2013, les patients traités au-delà des seuils ont coûté au gouvernement 100 millions de maloti, comme nous l'a confirmé un informateur clé de Tsepong.
- 42 Informations fournies par un haut fonctionnaire du ministère de la Santé
- 43 Ibid.
- 44 D'après le modèle financier du New Referral Hospital du Royaume du Lesotho par Tsepong (PTY) Ltd, 20 mars 2009, le taux de rendement interne nominal après financement est estimé à 25,2 %.
- 45 Vecchi V, Hellowell M, et S. Gatti (2013) « Does the private sector receive an excessive return from investments in health care infrastructure projects? Evidence from the UK ». *Health Policy* 110(2-3):243-270
- 46 Les chiffres sont extraits et calculés d'après le modèle financier officiel pour le PPP de Tsepong.
- 47 M. Hellowell et A. Pollock (2009), « The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice », *Economic Affairs* 29(1) : 13–19.
- 48 La contribution forfaitaire de référence jugée abordable entre la SFI et le gouvernement du Lesotho était de 180,4 millions de maloti par an (hors TVA), en valeur de 2007 et indexé selon l'IPC (voir la note 37). La contribution forfaitaire de référence abondamment citée dans les documents de la Banque mondiale et telle qu'approuvée dans le contrat du PPP était de 255 millions de maloti (hors TVA). En utilisant le taux de change moyen de 2013 en dollars de 10,59750 [www.xe.com](http://www.xe.com).
- 49 Les chiffres sont extraits et calculés d'après le modèle financier officiel pour le PPP de Tsepong.
- 50 Comme souligné dans l'échéancier de paiement pour le PPP de Tsepong
- 51 Ibid.
- 52 Le fort taux d'inflation des frais médicaux en Afrique du Sud est surtout imputable à la montée des prix des services médicaux privés dans le pays, plutôt qu'aux coûts des médicaments qui sont plus fermement contrôlés par le gouvernement. Alors qu'il est prudent de prendre en compte les coûts des produits médicaux sud-africains dans l'indice d'inflation composite utilisé par le PPP du Lesotho en raison de la dépendance considérable à l'égard des biens importants d'Afrique du Sud, le prix des services médicaux en Afrique du Sud est moins susceptible d'avoir un impact significatif sur les coûts de fonctionnement de Tsepong. Ainsi, il est inapproprié que l'inflation médicale d'Afrique du Sud ait une si grande influence (poids de 57 % dans l'indice d'inflation composite) sur les frais payés par le gouvernement du Lesotho à Tsepong. Il convient de remarquer que l'inflation des frais médicaux en Afrique du Sud a été exceptionnellement faible ces dernières années et n'aura donc pas eu de conséquences significatives sur le coût de la contribution forfaitaire à ce jour. Mais le gouvernement du Lesotho reste

- fortement exposé au risque que les taux d'inflation des frais médicaux en Afrique du Sud retrouvent leur niveau habituel dans un proche avenir.
- 53 L'étude finale a également révélé des écarts considérables dans les estimations du nombre de patients à l'hôpital QE II. Une infirmière gestionnaire à l'hôpital QE II aurait ainsi indiqué qu'entre 10 et 20 % des patients n'apparaissent pas sur les registres. Étude finale, p. 31
  - 54 Hellowell, M. op. cit.
  - 55 Lister, J. (2013) Health Policy Reform: Global Health versus Private Profit, UK, Libri Publishing, pp 109
  - 56 46 millions de maloti tels que calculé dans Vian, T. et al op. cit. et en utilisant le taux de change moyen de 2013 en dollars de 10,59750 [www.xe.com](http://www.xe.com)
  - 57 100 millions de maloti. Confirmé par un informateur clé de Tsepong. et en utilisant le taux de change moyen de 2013 en dollars de 10,59750 [www.xe.com](http://www.xe.com).
  - 58 De 1 353 en 2007 à 2 173 en 2012. Vian, T. et op. cit.
  - 59 Communication en provenance de Netcare 28 mars 2014
  - 60 Lesotho–Boston Health Alliance 2009: 72 – cité dans Lister (2013) op. cit.
  - 61 Le coût estimé des frais d'intérêt à la charge du gouvernement qui nous a été fourni par un informateur clé de Tsepong était de 8 millions de maloti et en utilisant le taux de change moyen de 2013 en dollars de 10,59750 [www.xe.com](http://www.xe.com).
  - 62 Informations fournies par un informateur clé de Tsepong.
  - 63 Hellowell, M. op. cit.
  - 64 Pour garantir le financement du projet, le gouvernement a offert certaines assurances de prêt à la Banque de développement d'Afrique du Sud par le biais d'un Accord direct avec le prêteur. Downs, S., Montagu, D., da Rita, P., Brashers, E., Feachem, R., (2013). « Health systems innovation in Lesotho: Design and early operations of the Maseru Public-Private Integrated Partnership », Healthcare Public-Private Series , No. 1. San Francisco: The Global Health Group, Global Health Sciences, Université de Californie, San Francisco et PwC. Produit aux États-Unis. Première édition, mars 2013. [http://www.pwc.com/en\\_GX/gx/healthcare/publications/assets/pwc-health-system-innovation-in-lesotho-complete-report-pdf.pdf](http://www.pwc.com/en_GX/gx/healthcare/publications/assets/pwc-health-system-innovation-in-lesotho-complete-report-pdf.pdf)
  - 65 Vian, T. et al op. cit.
  - 66 Chiffres issues du modèle financier du PPP de Tsepong et converti en dollars grâce au taux de change moyen de 2013 en dollars de 10,59750 [www.xe.com](http://www.xe.com)
  - 67 Hellowell, M. op. cit. (2013)
  - 68 Selon le modèle financier du PPP de Tsepong, le rendement global des actions est de 25,19 % (représentant 15 % du total). Le retour sur l'emprunt à la Banque de développement d'Afrique du Sud est de 11,61 % (représentant 85 % du total). Le taux d'intérêt mixte total, en d'autres termes le coût moyen pondéré du capital de Tsepong, est donc de 13,647 %.
  - 69 Communication avec la Banque mondiale le 28 mars 2014
  - 70 Le modèle financier du PPP de Tsepong confirme que le financement total requis pour la construction de l'hôpital était de 1 165 541 000 maloti. Avec une contribution gouvernementale de 400 millions de maloti, et autant de la part de bailleurs de fonds, il subsisterait un écart financier de 365 millions de maloti. en utilisant le taux de change moyen de 2013 en dollars de 10,59750 [www.xe.com](http://www.xe.com)
  - 71 Prospectus pour les bons de trésorerie du Gouvernement du Lesotho, [http://www.africanbondmarkets.org/fileadmin/Countries/Lesotho/Central\\_Bank\\_of\\_Lesotho/Lesotho\\_10\\_Yr\\_Bond\\_Prospectus.2011.Jun.1%20\(1\).pdf](http://www.africanbondmarkets.org/fileadmin/Countries/Lesotho/Central_Bank_of_Lesotho/Lesotho_10_Yr_Bond_Prospectus.2011.Jun.1%20(1).pdf)
  - 72 Toutes les réalisations cliniques déclarées sont issues de Vian, T. op. cit.
  - 73 Les taux de mortalité des patients, hommes et femmes, étaient plus élevés au QMMH (33 % et 30 %, respectivement) qu'au QE II (26 % et 19 %, respectivement). Les taux de mortalité chez les patientes en chirurgie ont augmenté (de 6 % à 7,6 %) au QMMH par rapport au QE II, Vian, T. op. cit.
  - 74 Signalé dans Vian, T. op. cit. et confirmé par toutes les parties prenantes du PPP que nous avons interrogées.
  - 75 L'ancien hôpital public se trouvait au centre de la capitale Maseru, alors que le QMMH est bâti sur un site vierge en périphérie de la ville. Plusieurs parties prenantes du PPP en santé ont indiqué que les coûts de transport accrus pour les patients pauvres étaient un motif de préoccupation et l'étude finale commandée par la SFI a recommandé que l'accessibilité et l'équité soient évaluées.
  - 76 Parmi d'autres raisons, on trouve des changements de la manière dont sont classés les patients et les états, ainsi que les changements dans les critères de décharge de l'hôpital.
  - 77 Message de la Banque mondiale à Oxfam le 28 mars 2014, et la Banque mondiale (2013) op. cit. p14
  - 78 L'absence de données a conduit les auteurs de l'étude finale à partir du principe que le ratio moyen était de 3 patients en consultation externe pour 1 patient hospitalisé dans le but d'estimer le coût unitaire par patient. Les paiements imputés par Tsepong au gouvernement pour les patients traités au-delà des seuils (50 maloti pour les hospitalisations et 8 326 maloti pour les consultations externes – prix de 2007) suggèrent à eux-seuls que ce ratio est loin d'être exact.

- 79 Vian, T. et al op. cit. pp.24
- 80 Banque mondiale (2005) op. cit.
- 81 Gouvernement du Lesotho, « Estimates of the Kingdom of Lesotho for the financial year 2014/15 ». Publié par le ministère de la Santé et la Commission des comptes publics du Lesotho
- 82 La ligne budgétaire concernée est « Achat de services de santé » et se rapporte aux dépenses du gouvernement auprès de prestataires de soins de santé tiers ou non gouvernementaux. Le budget pour l'achat de services de santé passera de 651 millions de maloti en 2013/14 à 1,4 milliard de maloti en 2016/17. Dans le même temps, le budget total de la santé passera de 1,4 milliard de maloti en 2013/14 à 2,3 milliards de maloti en 2016/17. Gouvernement du Lesotho (2014), op.cit.
- 83 Par exemple : la Banque mondiale (2005) op. cit.
- 84 Les chiffres de la mortalité maternelle sont ceux de 2008 et proviennent de l'étude finale.
- 85 Gouvernement du Lesotho et PNUD (2013), « Millennium Development Goals Status Report 2013 Summary », Royaume du Lesotho, [www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Lesotho/LESOTHO%20MDGR%202013%20-%20FINAL.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Lesotho/LESOTHO%20MDGR%202013%20-%20FINAL.pdf) Dernière consultation le 28 février 2014
- 86 Millennium Challenge Account Lesotho, « Health centres », [www.mca.org.ls/projects/hcentres.php](http://www.mca.org.ls/projects/hcentres.php)
- 87 Gouvernement du Lesotho et PNUD (2013) op. cit.
- 88 T. Matope (2014) « Mothers in Distress: Women in rural Butha-Buthe struggle to survive childbirth », Lesotho Times, 27 février au 5 mars 2014
- 89 Banque mondiale (2005) op. cit. et ministère de la santé et de l'aide sociale « Lesotho : Primary Health Care Revitalisation Action Plan 2011-2017 », [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Lesotho/lesotho\\_phc\\_action\\_plan\\_2011\\_2017\\_draft\\_submitted\\_to\\_moh\\_3\\_2\\_5.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Lesotho/lesotho_phc_action_plan_2011_2017_draft_submitted_to_moh_3_2_5.pdf)
- 90 Banque mondiale (2010), Lesotho. Sharing Growth by Reducing Inequality and Vulnerability: Choices for Change. A Poverty, Gender, and Social Assessment, [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/05/000333038\\_20100805000656/Rendered/PDF/462970ESW0P1011Official0Use0Only191.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/05/000333038_20100805000656/Rendered/PDF/462970ESW0P1011Official0Use0Only191.pdf)
- 91 En 2013/2014, la Christian Health Association of Lesotho (CHAL) a reçu 190 millions de maloti du gouvernement du Lesotho. 80 % des coûts de la CHAL sont couverts par le gouvernement. Chiffres confirmés par le secrétaire exécutif de la CHAL et le ministère de la Santé.
- 92 Le budget total du ministère de la Santé pour la « rémunération des employés » était de 241 millions de maloti en 2013/2014, 284 millions de maloti en 2014/2015, 272 millions de maloti en 2015/2016 et 274 millions de maloti en 2016/2017. Gouvernement du Lesotho 2014, op.cit.
- 93 Le budget des vaccinations est passé de 20 millions de maloti en 2013/2014 à 19,8 millions de maloti en 2016/2017. Gouvernement du Lesotho 2014, op.cit.
- 94 La ligne budgétaire « Achat de services de santé » inclut le PPP et les autres dépenses du gouvernement auprès de prestataires tiers, principalement des ONG. Cette ligne budgétaire devrait augmenter pour passer de 651 millions de maloti en 2013/14 à 1,4 milliard de maloti d'ici 2016/17. Gouvernement du Lesotho 2014, op.cit.
- 95 Extrait de « A mountain of challenges » dans le Lesotho Times, 20-26 février 2014
- 96 « Beyond Stability Towards Economic Transformation That Works (Addressing Implementation) », discours sur le budget au Parlement pour l'exercice 2014/2015 par l'Honorable Dr Leketekete Victor Ketso, M.P. ministre des finances Maseru, Lesotho, 20 février 2014, [www.gov.ls/documents/speeches/2014-15%20Budget%20Speech\\_February%202014%20-%20Thursady%2020.pdf](http://www.gov.ls/documents/speeches/2014-15%20Budget%20Speech_February%202014%20-%20Thursady%2020.pdf)
- 97 Un informateur clé de la société civile nous a fourni des informations techniques sur les options du Gouvernement de financement des services de santé.
- 98 Allocution du président du Groupe de la Banque mondiale, Jim Yong Kim, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, Pauvreté, santé et avenir de l'humanité, Genève, Suisse, 21 mai 2013 <http://www.banquemondiale.org/fr/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly>
- 99 Downs, S. et al op. cit.
- 100 La réunion du groupe de discussion avec les parties prenantes de Tsepong s'est tenue le 23 février 2014 avec des représentants de D10 Investments, Afrinnai et Excel Health
- 101 Communications avec Netcare 28 mars 2014
- 102 Banque mondiale (2005) op. cit.
- 103 A. Pollock (2012). « How PFI is crippling the NHS ». The Guardian, 29 juin 2012, [www.theguardian.com/commentisfree/2012/jun/29/pfi-crippling-nhs](http://www.theguardian.com/commentisfree/2012/jun/29/pfi-crippling-nhs)
- 104 HM Treasury 2012– cité dans Lister (2013) op. cit.
- 105 Lister (2013) op. cit. p. 192

- 106 Hellowell et Pollock 2009, op. cit.
- 107 Les conclusions des rapports de PricewaterhouseCoopers, du bureau d'audit national du Royaume-Uni, de la Commission du Trésor de la Chambre des Communes du Royaume-Uni et de nombreux articles spécialisés validés par des pairs remettent toutes en cause la théorie du « rapport qualité/prix » des initiatives de financement privé en soulignant des retours « excessifs » aux partenaires privés et des coûts pour le gouvernement bien supérieurs à ceux qu'un financement public aurait engendrés.
- 108 Commission du Trésor de la Chambre des Communes (2011) « Private Finance Initiative - Seventeenth Report of Session 2010-12 », publié en août 2012 sous l'autorité de la Chambre des Communes de Londres : The Stationary Office Limited
- 109 J. Shaoul, A. Stafford et P. Stapleton (2008), « The cost of using private finance to build, finance and operate hospitals », *Public Money & Management*, 28(2): 101-108.
- 110 Hellowell et Pollock 2009, op. cit.
- 111 Shaoul, Stafford et Stapleton 2008, op. cit.
- 112 O. Wright (2012), « At least 30 health trusts in a critical condition », *The Independent*, 26 juin 2012, [www.independent.co.uk/news/uk/home-news/at-least-30-health-trusts-in-a-critical-condition-7888134.html](http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/at-least-30-health-trusts-in-a-critical-condition-7888134.html)
- 113 D. Campbell (2012), « Hospital trusts offered £1.5bn emergency fund to pay PFI bills », *The Guardian*, 3 février 2012, [www.theguardian.com/society/2012/feb/03/hospital-trusts-emergency-fund-pfi](http://www.theguardian.com/society/2012/feb/03/hospital-trusts-emergency-fund-pfi)
- 114 Ibid.
- 115 Site web de BBC News, « South London Healthcare NHS Trust “should be broken up” », 8 janvier 2013, [www.bbc.co.uk/news/uk-england-london-20944705](http://www.bbc.co.uk/news/uk-england-london-20944705)
- 116 Tittenbrun J.in McKee, M et coll. op. cit.
- 117 McKee, M. et al op. cit.
- 118 Duckett, S. (2013) « Public private hospital partnerships are risky business » *The Conversation*, 30 juillet <https://theconversation.com/public-private-hospital-partnerships-are-risky-business-16421> Dernière consultation le 1er avril 2014
- 119 Duckett, S. et T. Jackson T (2000) cité dans McKee et al op. cit.
- 120 Vaillancourt Rosenau P, Linder S. cité dans McKee et coll. op. cit.
- 121 PricewaterhouseCoopers (2010) « Build and beyond: the revolution of health care PPPs » [www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/build-and-beyond.jhtml](http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/build-and-beyond.jhtml) cité dans Lister (2013) op. cit.
- 122 M. Bes (2009), « Spanish health district tests a new public–private mix », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 87(12), [www.who.int/bulletin/volumes/87/12/09-031209/en/](http://www.who.int/bulletin/volumes/87/12/09-031209/en/)
- 123 B. Acerete, A. Stafford et P. Stapleton (2011), « Spanish healthcare public private partnerships: The “Alzira model” » *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), 533–49. et Bes 2009, cité et résumé dans Lister (2013) op. cit. p. 196
- 124 Bes 2009, op. cit.
- 125 Acerete et al 2011, op. cit.
- 126 L'auditeur général sud-australien explique que les PPP engendrent des risques pour la démocratie, car les contrats « peuvent s'étendre sur des périodes dépassant le mandat d'un parlement donné et, d'après plusieurs expériences passées, du gouvernement en place ». L'ancien auditeur général du Commonwealth, Pat Barrett, a également posé la question de la redevabilité dans les partenariats public-privé, suggérant que la commercialisation et la privatisation peuvent fragiliser le fil de redevabilité entre le gouvernement exécutif et les représentants élus du peuple au parlement. <https://theconversation.com/public-private-hospital-partnerships-are-risky-business-16421>
- 127 John Lister (2013) op. cit.
- 128 PWC 2010, PWC 2012, PWC Australia 2012, cité dans Lister (2013) op. cit.
- 129 Oxfam International (2013) « Couverture santé universelle : Pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés-pour-compte des régimes d'assurance maladie » <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/universal-health-coverage-why-health-insurance-schemes-are-leaving-the-poor-beh-302973>
- 130 Oxfam International (2009) « Optimisme aveugle : Une remise en question des mythes concernant les soins de santé privés dans les pays pauvres »

© Oxfam International avril 2014

Ce document a été rédigé par Anna Marriott. Oxfam remercie Chefa Lehlohonolo, Ceri Averill, Sophie Freeman et Charlotte Soulyard pour leur assistance dans sa réalisation. Ce document fait partie d'une série de textes écrits pour informer et contribuer au débat public sur des problématiques relatives au développement et aux politiques humanitaires.

Pour toute information complémentaire, veuillez contacter [advocacy@oxfaminternational.org](mailto:advocacy@oxfaminternational.org)

Ce document est soumis aux droits d'auteur mais peut être utilisé librement à des fins de campagne, d'éducation et de recherche moyennant mention complète de la source. Le détenteur des droits demande que toute utilisation lui soit notifiée à des fins d'évaluation. Pour copie dans toute autre circonstance, réutilisation dans d'autres publications, traduction ou adaptation, une permission doit être accordée et des frais peuvent être demandés. Courriel : [policyandpractice@oxfam.org.uk](mailto:policyandpractice@oxfam.org.uk).

Les informations contenues dans ce document étaient correctes au moment de la mise sous presse.

Publié par Oxfam GB pour Oxfam International sous l'ISBN 978-1-78077-578-4 en avril 2014.

Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Royaume-Uni.

## OXFAM

Oxfam est une confédération internationale de 17 organisations qui, dans le cadre d'un mouvement mondial pour le changement, travaillent en réseau dans plus de 90 pays à la construction d'un avenir libéré de l'injustice qu'est la pauvreté.

Oxfam Amérique ([www.oxfamamerica.org](http://www.oxfamamerica.org))  
Oxfam Australie ([www.oxfam.org.au](http://www.oxfam.org.au))  
Oxfam-en-Belgique ([www.oxfamsol.be](http://www.oxfamsol.be))  
Oxfam Canada ([www.oxfam.ca](http://www.oxfam.ca))  
Oxfam France ([www.oxfamfrance.org](http://www.oxfamfrance.org))  
Oxfam Allemagne ([www.oxfam.de](http://www.oxfam.de))  
Oxfam Grande-Bretagne ([www.oxfam.org.uk](http://www.oxfam.org.uk))  
Oxfam Hong Kong ([www.oxfam.org.hk](http://www.oxfam.org.hk))  
Oxfam Inde ([www.oxfamindia.org](http://www.oxfamindia.org))  
Oxfam Intermón (Espagne) ([www.intermonoxfam.org](http://www.intermonoxfam.org))  
Oxfam Irlande ([www.oxfamireland.org](http://www.oxfamireland.org))  
Oxfam Italie ([www.oxfamitalia.org](http://www.oxfamitalia.org))  
Oxfam Japon ([www.oxfam.jp](http://www.oxfam.jp))  
Oxfam Mexique ([www.oxfammexico.org](http://www.oxfammexico.org))  
Oxfam Nouvelle-Zélande ([www.oxfam.org.nz](http://www.oxfam.org.nz))  
Oxfam Novib ([www.oxfamnovib.nl](http://www.oxfamnovib.nl))  
Oxfam Québec ([www.oxfam.qc.ca](http://www.oxfam.qc.ca))

Pour de plus amples informations, veuillez contacter les différents affiliés ou visiter [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org). Courriel : [advocacy@oxfaminternational.org](mailto:advocacy@oxfaminternational.org)



Consumer Protection Association (Lesotho)

[www.oxfam.org](http://www.oxfam.org)



**OXFAM**