



ÉTUDE DE CAS

Financement d'un nouvel hôpital de référence Lesotho

Préface

Cette étude de cas a été réalisée afin d'être utilisée lors du dialogue de CABRI pour assurer l'optimisation des ressources dans les projets d'infrastructure. Elle a été élaborée sur une période de cinq jours.

Le but de ces études de cas réalisées pour le séminaire, n'est pas de présenter un rapport de recherche sur les projets tels qu'ils sont en 2009, mais plutôt de souligner les défis qui ont affecté les décisions dans les domaines de l'évaluation, du financement, de la mise en œuvre et du suivi au cours du cycle de vie des projets et d'offrir, lors du séminaire, une tribune à des discussions qui seront enrichies par les représentants des pays concernés par les études de cas

En ce qui concerne l'étude de cas du Lesotho les participants assument le rôle de fonctionnaires du ministère des finances qui doivent conseiller le conseil des ministres sur la voie à suivre pour financer le nouvel hôpital. Cette situation les amènera à un point de décision auquel fait déjà face le gouvernement du Lesotho. Par conséquent, l'étude de cas fournit une partie intitulée « Ce qui s'est passé en réalité ».

Table des matières

Préface.....	i
Table des matières.....	ii
Abréviations.....	iii
1. Introduction.....	4
2. L'étude de cas.....	5
3. Ce qui s'est passé en réalité.....	8

Abréviations

BDAA ou DBSA	Banque de développement de l'Afrique australe
BM	Banque mondiale
FM	Externalisation des services/installations
GdL	Gouvernement du Lesotho
M	Maloti (pluriel) (monnaie nationale)
MdFPD	Ministère des finances et de la planification du développement
MdSAS	Ministère de la santé et de l'assistance sociale
NRH	Hôpital national de référence (ou central)
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PMABR ou GPOBA	Partenariat mondial pour l'aide basée sur les résultats (Banque mondiale)
PPP	Partenariat public-privé
PPPI	Partenariat public-privé d'investissement
QE II	Hôpital Queen Elizabeth II
SFI ou IFC	Société financière internationale

Financement du nouvel hôpital central du Lesotho

Par Matthew Smith¹

1. Introduction

1.1 Le royaume du Lesotho a besoin de construire un nouvel hôpital de référence (ou central) pour remplacer le vieil hôpital Queen Elizabeth II à Maseru. Le coût d'investissement du nouvel hôpital s'élève à 1,2 milliard de maloti.

1.2 Dans cette étude de cas, vous assumerez le rôle du ministre des finances du gouvernement du Lesotho. À l'échelon international, vous avez été mis en présence de projets de PPP, grâce à votre participation à des conférences et des discussions avec d'autres ministres des finances, en particulier de l'Afrique du Sud et de pays de l'OCDE où les PPP sont beaucoup utilisés. Nous sommes en décembre 2006² et vous avez déjà joué un rôle important dans la mise en œuvre du projet de PPP pour le ministère de la santé, ce qui a débouché sur la construction d'un nouveau siège de haute qualité. Votre décision maintenant concerne la question difficile de savoir comment financer un nouvel hôpital. Vous êtes parfaitement conscient des lacunes de l'hôpital actuel, et ne pouvez pas vous rappeler de son ouverture en 1957. Une étude de faisabilité menée il y a quatre ans, en 2002, a renforcé le besoin urgent d'une nouvelle installation, et une réunion du conseil des ministres pendant laquelle vous devrez donner votre avis sur la manière de financer le nouvel hôpital approche. Vous savez que le coût d'investissement approximatif s'élève à 1,2 milliard de malotis (environ 120 millions d'US\$ en 2006). Il n'existe aucune possibilité de réduire ce montant et de construire un plus petit hôpital, puisque cela ne conviendrait pas aux besoins et aux attentes grandissant de la population du Lesotho. Vous disposez donc de quatre options principales :

- Financer l'hôpital à partir du budget national d'investissement.
- Emprunter à un tiers (peut-être à la Banque mondiale) et demander au ministère de la santé de superviser la construction et la gestion future de l'hôpital.
- Obtenir un financement d'un tiers (peut-être d'un opérateur du secteur privé semblable à la société qui a construit le siège du ministère de la santé) avec lequel un contrat sera passé pour construire l'hôpital et qu'il remettra ensuite au ministère de la santé pour le gérer.
- Effectuer une démarche audacieuse qui serait une première pour la région en lançant un appel d'offre international pour passer un contrat à long terme en vue de construire, d'équiper et de gérer le nouvel hôpital.

¹ L'auteur aimerait exprimer ses remerciements aux personnes suivantes qui lui ont fourni les informations pour cette étude de cas : Mme. Carla Faustino, de la SFI à Johannesburg (par téléphone), Mme. Khosi Letsie, coordinateur du budget au MdFPD, Mme. M. Makhakhe, Directeur du service de la planification et des statistiques de la santé au MdSAS, Mme. Mathuntsane Mohapi (Zondy), coordinateur du PPP au MdSAS, M. Zenzo Ndabula, responsable de projet pour Netcare Ltd, M. J. T. Nteso – Directeur de la division gestion de la dette publique au MdFPD, M. Griffiths Thakhisi, fonctionnaire du budget au MdFPD.

² Il est supposé pour les besoins de cette introduction que la décision sur la manière de financer le nouvel hôpital devait être prise en décembre 2006 lors d'une réunion du conseil des ministres.

2. L'étude de cas

2.1 L'hôpital existant, le *Queen Elizabeth II* a plus de 50 ans et se trouve dans de mauvaises conditions d'entretien. Une opinion généralement acceptée est que la remise en état de l'infrastructure n'était pas économiquement viable³ et que les dépenses courantes inefficaces sur le *QE II* n'étaient pas viables.⁴ En outre, on estimait que les systèmes publics de gestion manquaient de flexibilité pour s'occuper de la complexité de gérer l'hôpital et qu'il y avait souvent des pénuries de personnel et des problèmes avec les équipements.⁵

2.2 Une étude de faisabilité préliminaire a été réalisée en 2002. Plus tard, quatre options financières ont été considérées entre autres, et sont présentées ci-dessous de manière plus détaillée.

Option 1

2.3 La première option est de financer la totalité du capital à partir du budget national. Vous savez que le budget d'investissement 2006/2007 du ministère de la santé ne représente qu'une enveloppe de 80 millions de maloti (soit 6 % des dépenses d'investissement totales de l'État) et que cela est évidemment bien loin d'atteindre les 1,2 milliard de maloti nécessaires. Cependant la projection des dépenses globales d'investissement du CDMT, qui deviendra avec un peu de chance le projet de budget 2008/2009, indique une hausse de 1 252 millions de maloti à 1 924 millions de maloti, ce qui est de bon augure.

Option 2

2.4 La deuxième option à envisager est d'emprunter à un tiers, tel que la Banque mondiale, qui pourrait prêter de l'argent à des conditions très favorables, et l'administration publique, peut-être le ministère des Travaux publics, pourrait alors contrôler la construction de l'hôpital. Vous manifestez cependant une légère réticence à le faire, étant donné que l'approche privilégiée de la BM est de trouver une solution de PPP. Vous êtes aussi légèrement hésitant du fait de dépassements précédents observés dans d'autres projets publics d'investissement.

Option 3

2.5 Vous avez eu une bonne expérience de l'utilisation d'un programme de PPP pour passer un contrat pour la construction du nouveau siège du MdSAS, qui bien qu'onéreux, a vraiment conduit au développement de bureaux de niveau international, à partir desquels le MdSAS peut oeuvrer de manière beaucoup plus efficace que lorsqu'il se trouvait dans l'ancien bâtiment.

Option 4

2.6 L'option finale est de faire un appel d'offre pour choisir un opérateur qui sera chargé de concevoir, construire, financer en partie, équiper et gérer l'hôpital, y compris la prestation complète des services cliniques. Le personnel sera employé par l'opérateur plutôt que par l'État, ce qui permettra de réduire la pression sur les coûts salariaux au niveau de l'administration centrale.

³ Voir par exemple l'étude préliminaire du 12 mars 2009, p 73.

⁴ « PPP pour l'hôpital de référence du Lesotho », présentation du secrétaire principal du ministère de la santé et de l'assistance sociale aux représentants des ministères de la santé des pays de la SADC (ou CDAA) en avril 2009.

⁵ L'Étude préliminaire du 12 mars 2009, à la page 73 fait la constatation suivante : « Nous avons l'impression qu'il n'y a pas eu de changement significatif ou majeur quant à la qualité et la quantité des services fournis au QE II de 1990 à 2007 ».

2.7 Vous vous êtes entretenu au niveau interne avec le gouvernement et au niveau externe avec la Banque mondiale qui vous a recommandé d'engager la SFI comme conseiller principal, et vous avez établi une liste d'avantages concernant cette quatrième approche :

- Intrinsèquement, vous êtes favorable à une solution complète, à savoir un opérateur qui gèrerait également les services cliniques ainsi que les services d'infrastructures et non-cliniques ;
- Les efficacités du secteur privé pourraient être obtenues de façon à maximiser la qualité et la quantité des services de santé vu les ressources limitées ;
- Le MdSAS et les employés travaillant à l'hôpital pourraient s'initier aux meilleures pratiques internationales en matière de gestion et de fonctionnement des hôpitaux ;
- Dans le passé, vous avez connu pour des projets d'investissement des dépassements de crédits et des retards et vous pouvez améliorer les perspectives de livraison dans les délais et dans les limites du budget en transférant le risque de livraison tardive et de dépassements des crédits à l'opérateur ;
- En intégrant des objectifs pour l'appropriation nationale et en utilisant un grand nombre de sociétés nationales et du personnel local, vous pourriez fortement stimuler l'économie locale.

2.8 Eu égard à ces avantages, vous êtes conscients que l'option 4 a deux inconvénients majeurs. Le premier étant qu'aussi bien votre propre ministère que le ministère de la santé, peuvent posséder une expérience institutionnelle insuffisante pour s'occuper d'un contrat de PPP si complexe.

2.9 Dans le passé, la seule vraie expérience précédente que le gouvernement a connue avec les PPP a été limitée au ministère de la santé, dont le siège comme susmentionné a été payé aux termes d'un projet de PPP. Vous êtes au courant d'un rapport consultatif que vous n'avez que parcouru mais dans lequel vous vous rappelez qu'il était indiqué qu' « à présent, une expertise suffisante en matière d'exploitation de l'hôpital, de surveillance et d'analyse financières et de systèmes d'analyse pour gérer le contrat de PPP dans l'intérêt de l'État et du peuple du Lesotho n'existe pas ».⁶

2.10 Le deuxième inconvénient réside dans le coût potentiel important du projet utilisant cette approche particulière. Comme avec la plupart des PPP, le paiement unitaire annuel à l'opérateur (qui est nécessairement une combinaison du remboursement du capital, des frais d'exploitation et du bénéfice) sera uniquement géré comme une dépense courante. Mais, il deviendra un contrat juridiquement contraignant, et il doit donc être abordable.

2.11 Vous avez obtenu une copie du projet de rapport consultatif⁷ qui soutient que le nouvel hôpital ne pourra pas fonctionner correctement pour un montant inférieur à 30 % du

⁶ Le *Queen Elizabeth II* et le nouvel hôpital au titre du PPP : Étude préliminaire, Vol 1, version du rapport final, 12 mars 2009, Alliance en matière de santé entre le Lesotho et Boston au nom de l'Université de Boston, p 72. Veuillez donc noter que cette citation a été en fait extraite de l'étude préliminaire publiée en mars 2009, mais que cette constatation était probablement encore plus valable en 2007. Il devrait être noté que depuis mars 2009, le MdSAS a effectué des démarches supplémentaires pour développer le renforcement de capacités techniques en ce domaine et a mis en œuvre un système de gestion de contrats pour aider à l'exécution du PPP.

⁷ Cet extrait provient en fait de l'étude préliminaire de mars 2009 à la page 78, mais cette conclusion reposait sur des données historiques et probablement valables aussi en décembre 2006.

budget de fonctionnement du MdSAS (pour l'exercice en cours 2006/2007 le budget de l'hôpital QEII est de 123,5 millions de maloti sur un budget total révisé en 2006/2007 du MdSAS de 344 millions de maloti). Il soutient également qu'au fur et à mesure que ce montant se rapproche des 40 %, il y aura un impact de plus en plus négatif et grave sur les services de santé du district. Par conséquent, en ce qui concerne le budget de fonctionnement du ministère de la santé, le rapport conseille vivement d'établir un plafond (40 % ou moins) qui soit consacré au nouvel hôpital.

2.12 Sur le plan de l'apport de capitaux nationaux nécessaires vous savez que le coût d'investissement de l'hôpital est de 1 200 millions de maloti et que, quelle que soit l'option choisie sur les quatre proposées, vous ne pourrez probablement pas financer plus d'un tiers de ce montant à partir des seules ressources publiques. De plus, vous anticipez un montant supplémentaire pour dégager une route jusqu'au chantier et l'alimenter en électricité. Aussi, après consultation, vous décidez d'affecter 175 millions de maloti au budget d'investissement 2007/2008 du Nouvel hôpital de référence (NHR).

2.13 Étant donné qu'un montant maximum de 400 millions de maloti peut être financé à l'échelon national, il faudra trouver un financement extérieur d'environ 800 millions de maloti. Il faudra 2 ans et demi pour construire l'hôpital et la Banque mondiale vous a conseillé de faire un contrat d'une durée d'au moins 18 ans (c'est-à-dire 2 ans et demi de construction et 15 ans et demi d'exploitation) si vous souhaitez attirer un groupe suffisant de soumissionnaires internationaux.

2.14 Votre intention est que le paiement de fonctionnement par l'État pour l'exploitation de l'hôpital et la prestation de services de santé soit « fixé à un montant égal aux coûts actuels d'exploitation des mêmes installations ». Toutefois si le niveau des prestations médicales est supérieur, vous vous demandez s'il est raisonnable d'avoir un coût supérieur à celui encouru auparavant par l'hôpital existant ? Par exemple, pour l'instant, l'hôpital existant voit environ 15 000 patients hospitalisés par an⁸ et dans les plans du nouvel hôpital ce nombre augmentera à 20 000. En outre, actuellement l'hôpital existant examine environ 250 000 patients non hospitalisés par an et vous pensez que ce nombre passera à 310 000⁹. Donc, même si les frais totaux de fonctionnement sont légèrement plus élevés, il se peut que par patient, les frais de fonctionnement soient inférieurs.

2.15 Après tout, des coûts de fonctionnement inférieurs par patient s'avèreraient possible par instigation d'une meilleure gestion, ce que devrait apporter entre autres, l'intervention du secteur privé, et vous avez lu qu'en conséquence l'efficacité peut souvent être améliorée de 15 à 20 %.¹⁰

2.16 Vous êtes également conscient qu'il y a de fortes chances pour qu'il existe d'autres frais en dehors du paiement unitaire, du fait que le nouvel hôpital ne dispensera pas tous les traitements : cela s'avèrerait trop onéreux (Par exemple, la chimiothérapie, la scanographie et la dialyse rénale aiguë peuvent être comprises dans le paiement unitaire, mais la radiothérapie, les greffes d'organes, la colonoscopie, les scanners IRM et la dialyse rénale

⁸ Le QE II et le nouvel hôpital au titre du PPP : Performance initiale et indicateurs d'impact. Projet de rapport II. Janvier 2008 (incorrectement daté en janvier 2007), p 5.

⁹ Du point de vue des patients, il n'y aura aucun changement des coûts. Les soins des malades sont historiquement subventionnés à plus de 95 % par l'État. Le patient paie une petite contribution, par exemple 10 maloti (1 US\$) pour une consultation de patient non hospitalisé et 20 malotis (2 US\$) pour les patients hospitalisés avec des coûts supplémentaires en cas d'intervention chirurgicale. Ces coûts seront maintenus au même niveau qu'à la date de signature du contrat, et tous les coûts seront passés par l'intermédiaire de l'hôpital au MdSAS. L'opérateur ne garde pas les contributions du patient.

¹⁰ Voir l'Étude préliminaire, p 82.

chronique peuvent être exclus. En outre, il se peut que l'hôpital examine davantage de patients que le nombre maximum de patients convenu en vertu du contrat et donc il faudra payer un coût additionnel pour ces patients supplémentaires). Cette situation sera semblable au système actuel d'orientation des patients vers des centres spécialisés où les patients sont traités de l'autre côté de la frontière en Afrique du sud dans un hôpital à Bloemfontein qui est relativement proche.

2.17 Le contrôle des coûts du PPP supporté par le gouvernement en dehors du paiement unitaire constituera un défi majeur. En plus de l'inflation, les augmentations de frais ne sont pas rares. Par exemple, pour les pays de l'OCDE, les dépenses de soins médicaux augmentent en tant que pourcentage du PIB. En fait, les dépenses en matière de services de santé ont augmenté de 2 % de plus que le PIB dans tous les pays de l'OCDE pendant presque 50 ans.¹¹ Et au Lesotho, vous êtes tout à fait au courant que les frais effectifs par lit sont passés de 49 maloti par jour en 1989/1990 à 425 maloti par jour en 2006/2007, soit une augmentation moyenne annuelle de 12%. Ces augmentations sont supérieures à l'inflation annuelle de 10,6 % pendant la même période.¹²

3. Ce qui s'est passé en réalité

En octobre 2008, le contrat a été signé pour l'établissement d'un nouvel hôpital de 425 lits¹³ à Maseru la capitale du Lesotho qui servira d'hôpital principal national de référence et qui deviendra aussi l'hôpital de district et régional pour les 200 000 habitants de la ville. Il servira également de centre pédagogique clinique principal pour les professionnels de la santé du pays. En outre, une clinique « passerelle » sera construite pour servir de centre de soins primaires, et aussi dans le cadre du projet, trois cliniques semi-urbaines « de filtrage » seront

¹¹ McKinsey trimestriellement, « Coûts des services de santé : un avis fondé sur le marché », septembre 2008.

¹² Les chiffres d'inflation sont de 1990/1991 et de 2006/2007.

¹³ 390 lits publics et 35 lits privés.

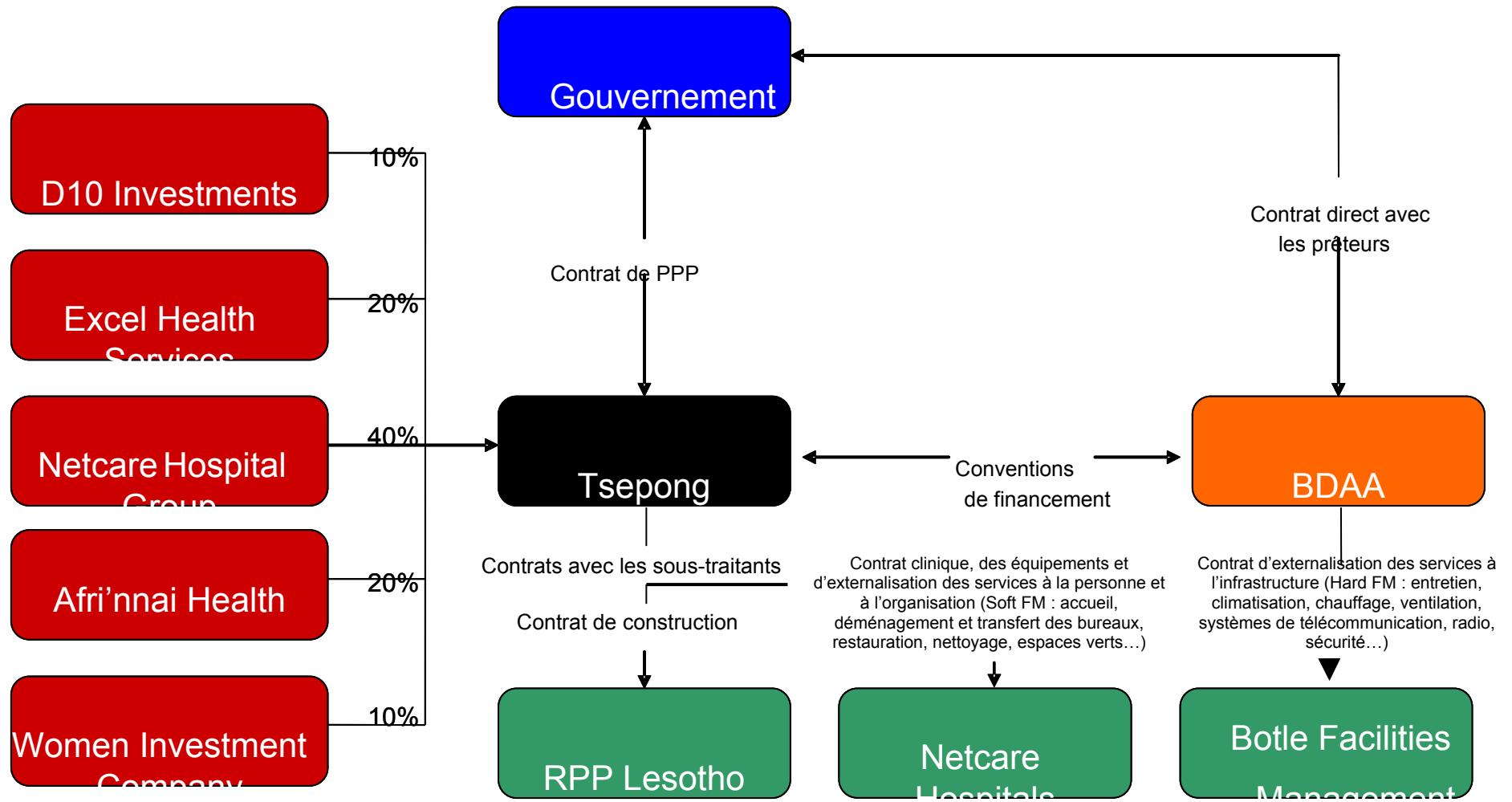
renovées. L'hôpital sera construit, financé en partie et exploité par un consortium du secteur privé et après une période de 18 ans, l'hôpital sera exploité par l'État.

Deux soumissions ont été reçues avant la date de clôture en octobre 2007, et l'adjudicataire retenu, un consortium du secteur privé appelé *Tsepong (Pty) Ltd* (ci-après dénommé l'Opérateur) a été annoncé en décembre 2007. Ce consortium représentait une société à finalité spécifique (SFS) constituée pour ce projet particulier et donc libre de toutes dettes ou de passif éventuel qui auraient pu sinon avoir un impact sur sa viabilité future. L'opérateur représentait les entités suivantes :

- La société *Netcare Limited* (40 %) – une société sud-africaine importante de services de santé ayant des activités en Afrique du Sud et société mère du groupe *General Healthcare Group*, le plus grand prestataire d'hôpitaux privées au Royaume-Uni.
- La société *Excel Health* (20 %) – une société d'investissement pour les docteurs et les médecins spécialistes du Lesotho : ils seront conjointement responsables de pourvoir l'hôpital avec des médecins spécialistes.
- La société *Afri'n nai* (20 %) – une société d'investissement pour les docteurs et les médecins spécialistes d'Afrique du Sud : ils seront conjointement responsables de pourvoir l'hôpital avec des médecins spécialistes.
- La société *Women Investment Company* (10 %) – une société d'investissement pour les femmes basotho : elles seront responsables de sous-traiter la sécurité locale, les espaces verts, le linge et la blanchisserie.
- La société *D10 Investments* (10 %) – la division d'investissement des chambres de commerce locales : elle sera chargée de sous-traiter les bureaux, les véhicules et la restauration pour l'hôpital.
- Il est noté qu'il existe une participation des parties prenantes locales et régionales, représentées par des investisseurs, du personnel médical et des prestataires de services. La structure du PPP¹⁴ est la suivante¹⁵ :

¹⁴ Le PPP est aussi dénommé PPPI.

¹⁵ Extrait de « Améliorer les systèmes de santé par le biais de partenariats publics-privés : enseignements tirés du Lesotho » (*Health Systems through Public-Private Investment Partnerships: Lessons Learned from Lesotho*) – Compte-rendu analytique de conférence (*Conference Summary Report*), avril 2009, p 14.



Le financier principal est la Banque de développement d'Afrique australe (BDAA ou DBSA) qui financera 85 % du financement nécessaire au Consortium au moyen de créances. Les 15 % restants seront financés au moyen de fonds propres. En ce qui concerne les membres locaux du consortium, l'essentiel de la prise de participation est rendu possible par des prêts aux actionnaires de la DBAA et de la société Netcare Ltd. Le titre de participation des membres du consortium basés au Lesotho augmentera progressivement de 40 % à 45 % à la huitième année et à 55 % à la treizième année, grâce à l'achat d'actions de Netcare Ltd.

La Banque mondiale, en vertu de l'initiative PMABRP, soutient également le projet avec un don de 6 millions d'US\$ basé sur les résultats, qui est versé directement à l'opérateur et qui servira à financer les cliniques de filtrage avant l'ouverture de l'hôpital et du versement du premier paiement unitaire.

Calendrier

- 2002 – Réalisation de la première étude de faisabilité
- Juin 2007 – Lancement de l'AO (appel d'offre)
- Octobre 2007 – Date de clôture de la soumission
- Décembre 2007 – Annonce de l'adjudicataire retenu (sous réserve du contrat)
- Octobre 2008 – Signature du contrat principal (sous réserve de la clause de financement)
- Mars 2009 – Signature de la clause de financement
- Mars 2009 – Démarrage des travaux de construction
- Mars 2010 – Ouverture des premières cliniques de filtrage
- Septembre 2011 – Ouverture de l'hôpital principal
- Mars 2026 – Achèvement du contrat de 18 ans.

Budget d'investissement

Les dépenses d'investissement du MdSAS pour l'exercice 2009/2010 sont de 407 millions de maloti¹⁶, ce qui représente environ 12 % de la totalité des dépenses d'investissement de l'État. Cela correspond à peu près à un tiers de la somme requise de dépenses en capital pour le NHR dont le budget d'investissement est de 1,2 milliard de maloti (160 millions d'US\$)¹⁷.

Dépenses d'investissement (prévues au budget et effectives) du nouvel hôpital de référence (NHR) pour les dons et prêts nationaux et étrangers (en maloti)

Exercice clos en mars	Budget d'investissement initial du NHR	Budget d'investissement révisé du NHR	Investissement effectif du NHR	Investissement prévu du NHR	Budget total d'investissement de l'État	Budget révisé du NHR/ Budget du MdSAS	Budget d'investissement du MdSAS/ Budget de l'État
2007	0	0	0	79 776 000	1 252 133 007	0 %	6,4 %
2008	175 000 000	100 000	53 000	307 988 000	1 924 200 000	0 %	16 %
2009	90 000 000	5 000 000	85 985 117	242 400 000	2 157 129 000	2,1 %	11,2 %
2010	200 000 000	400 000 000	s/o	407 000 000	3 450 350 000	98,3 %	11,8 %

Le budget du nouvel hôpital de référence approuvé était de 200 millions de maloti pour 2009/2010, mais a été révisé à 400 millions de maloti pour coïncider avec le contrat.

Source : Ministère des finances du Lesotho : Prévisions budgétaires, Division du budget, Département AGD

¹⁶ Les dépenses d'investissement du MdSAS's pour 2009/2010 sont de 407 millions de maloti (dont 57% sont financées au niveau national). Elles représentent le quatrième budget d'investissement le plus important des 19 budgets d'investissement ministériels. Les 407 millions de maloti sont basés sur le budget d'investissement initial de 200 millions de maloti.

¹⁷ Le taux d'indexation du maloti est 1:1 par rapport au rand sud-africain et le taux de change actuel au 6 novembre 2009 est :1US\$ = 7,55M

Au départ, 200 millions de maloti ont été approuvés dans le budget d'investissement de l'exercice 2009/2010 mais le gouvernement s'est engagé au titre du contrat de PPP à 400 millions de maloti en 2009/2010, et donc une réaffectation des dépenses a lieu en ce moment afin de pouvoir satisfaire à cette condition.¹⁸ La part du capital restant qui s'élève à 800 millions de maloti (67%) sera financée à titre privé par la Banque de développement d'Afrique australe et l'Opérateur.

En examinant les dépenses d'investissement effectives, après la signature du contrat en octobre 2008, on constate que les dépenses effectives d'un montant de 86 millions de maloti ont été encourues pour des travaux d'équipement entourant le chantier tels que les routes d'accès, l'électricité, les égouts, les télécommunications et qu'elles ne sont pas comptabilisées dans les 1,2 milliard de maloti. On pourrait donc soutenir que l'injection initiale de capital de l'État est de 486 millions de maloti.

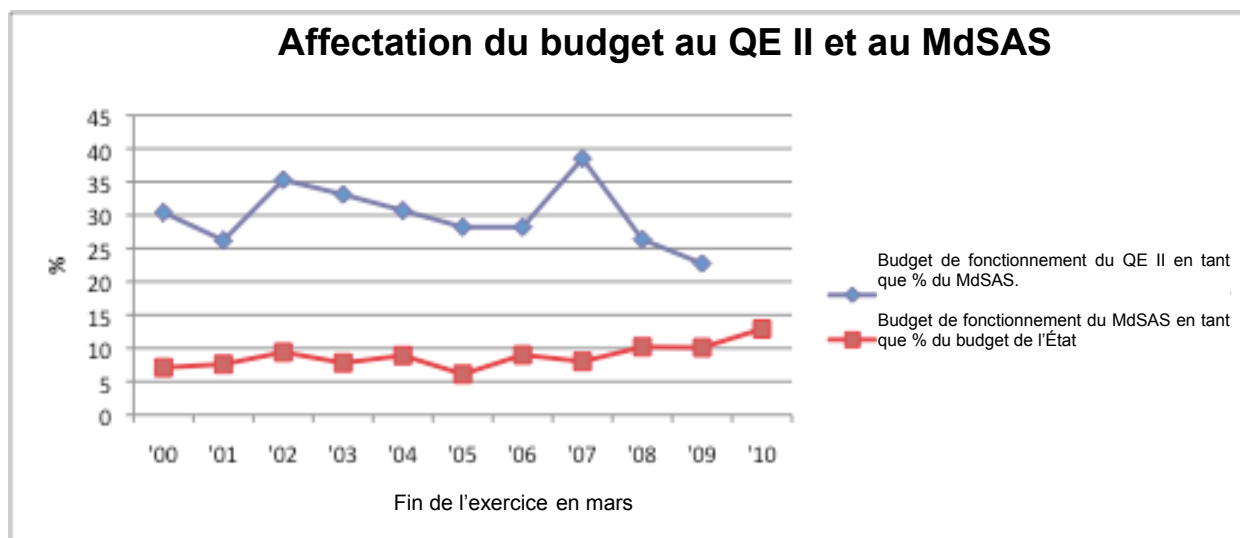
Il devrait être noté qu'il a été convenu dans le cadre du contrat que tout dépassement de crédits pour le capital dépensé serait à la charge de l'Opérateur.

Budget de fonctionnement

Le graphique ci-dessous indique qu'historiquement le MdSAS a reçu entre 6 % et 10 % de totalité du budget de fonctionnement de l'État, avec une tendance à la hausse récente et en 2009/2010 cette tendance a atteint une hausse record de 12,9 %, représentant 846 millions de maloti sur le total de 6,93 milliards de maloti du budget des dépenses de fonctionnement.

Au sein du budget du MdSAS, le QE II a pris entre ¼ et ½ des ressources, avec son niveau record de presque 40 % en 2006/2007 et son niveau le plus bas de 23 % en 2008/2009.¹⁹

Sourc



e : Données de 1999/2000 à 2006/2007 extraites de l'Étude préliminaire, 12 mars 2009; Données de 2007/2008 à 2009/2010 provenant du service du budget du ministère des finances du Lesotho.

¹⁸ La soumission du budget initial du MdSAS était de 408 millions de maloti mais le ministère des finances en fonction d'expérience passée d'importantes sous-utilisations de fonds sur des projets d'investissement n'a affecté que 200 millions de maloti.

¹⁹ Les données du budget 2009/2010 pour le QEII n'étaient pas disponibles au moment de la visite.

Une répartition du budget 2008/2009 d'un montant de 162 millions de maloti pour le QE II (et des cliniques de filtrage de Maseru²⁰) est présentée ci-dessous :

Budget de fonctionnement de l'hôpital QE II et des cliniques de filtrage de Maseru

Catégorie budgétaire	2008/2009 (en maloti)
Émoluments	56 805 000
Voyage et transport	2 903 000
Electricité	4 466 000
Communications	627 000
Autres frais généraux de bureaux	5 000 000
Impression	60 000
Articles de papeterie	398 000
Entretien de l'actif public	3 500 000
Entretien des institutions	8 500 000
Frais de fonctionnement	4 000 000
Achat de matériels	5 000 000
Ouvrages d'importance secondaire	1 500 000
Médicaments	24 000 000
Pansements	10 000 000
Équipements de bureau/non destiné aux bureaux	3 560 000
Dons et subventions	60 000
Orientation des patients	28 200 000
Total partiel	158 579 000
Cliniques de filtrage de Maseru	3 239 790
Total	161 818 790

Source : Prévisions budgétaires 2008/2009. Ministère des finances du Lesotho

Le paiement unitaire a été fixé à 255,6 millions de maloti par an et sera payé trimestriellement, la première échéance intervenant trois mois après la date d'achèvement de l'hôpital. Il est fixé pour la durée du contrat, à part un ajustement annuel en fonction de l'inflation, à compter de la date de signature de la clause de financement. Étant donné que le contrat entre l'Opérateur et le gouvernement est confidentiel, seul le montant global du paiement comme requis à des fins d'élaboration du budget du CDMT était disponible, mais pas la ventilation de cette somme en frais de fonctionnement, intérêt de la dette, remboursement du capital et bénéfice de l'Opérateur. Toutefois nous faisons des suppositions pour arriver à une prévision possible des frais de fonctionnement.

Comme expliqué ci-dessus, l'Opérateur devrait financer environ 800 millions de maloti du budget d'investissement de 1 200 millions de maloti. La clause de financement a été signée en mars 2009, et l'hôpital devrait être achevé 2 ans et demi après, en septembre 2011, et le contrat terminant 15 ans et demi après, en mars 2027. En supposant un coût du capital de 5

²⁰ Les frais de fonctionnement des trois cliniques de filtrage du district de Maseru seront compris dans le paiement unitaire, aussi le budget des cliniques de filtrage a été ajouté uniquement à ce tableau, mais pas au graphique précédent sur l'évolution chronologique en raison de l'absence de données historiques.

%, les charges d'intérêts annuelles pour les premiers 2 ans et demi s'élèvent à 100 millions de maloti. Le montant de remboursement du capital et les charges d'intérêts annuels en utilisant la méthode dégressive d'amortissement sont de 74,3 millions de maloti par an sur les 15 ans et demi du contrat. En supposant que les charges d'intérêts annuelles soient réparties en parts égales sur la durée restante du contrat de 15 ans et demi, alors le remboursement total de la dette et du coût de sa prise en charge sera de 80,8 millions de maloti.²¹ Si c'est le cas, alors le coût d'exploitation plus le bénéfice de l'opérateur sera de 174,8 millions de maloti. De plus, en supposant un bénéfice de 10 % du coût d'exploitation pour l'Opérateur, alors le coût exact d'exploitation pourrait être autour de 157 millions de maloti. Il doit être souligné que cela n'est qu'une estimation supposée du coût exact d'exploitation²², le coût réel étant confidentiel. Le MdSAS²³ a mentionné que le bénéfice du consortium était plafonné, mais là encore, il n'a pas été possible d'obtenir une explication quelconque sur le niveau de celui-ci ou sur la manière dont il était déterminé.

Facteurs supplémentaires

Il existe trois facteurs supplémentaires auxquels l'étude de cas a accordé de l'importance, à savoir, l'émancipation économique nationale, le suivi des projets et les enseignements tirés du point de vue du MdSAS.

L'émancipation économique nationale : dans l'AO, le gouvernement a demandé que les soumissionnaires se conforment aux conditions minimales de promotion de l'émancipation économique des citoyens du Lesotho, et les objectifs qui ont été convenus avec l'opérateur sont les suivants :

Capital social d'origine nationale : le niveau actuel des fonds propres nationaux chez l'opérateur est au départ de 40 %, mais cela augmentera pour passer progressivement à 45 % la huitième année et à 55 % la treizième année.

Gestion d'origine nationale et perfectionnement du personnel : En outre, les objectifs suivants sont fixés pour les ratios de gestion d'origine nationale et des agents locaux :

Contrôle de gestion d'origine nationale :

- Année 2 : 50% de personnel local
- Année 5 : 80% de personnel local

Contrôle de gestion par des femmes d'origine nationale :

- Année 2 : 25% de la gestion
- Année 5 : 40% de la gestion

Emploi de personnel local :

²¹ Avec un coût du capital de 10%, le montant équivalent sera de 114,6 millions de maloti.

²² Notez que l'on ne tient pas compte de la valeur temporelle de l'optimisation des ressources dans ces calculs puisque le paiement unitaire est protégé contre l'inflation. En outre, il est supposé que tout bénéfice du financement de l'Opérateur est incorporé dans le coût d'investissement. Le calcul du prêt a été réalisé par : <http://www.bankrate.com/calculators/mortgages/loan-calculator.aspx> et les montants mensuels ont été simplement multipliés pour calculer le montant annuel.

²³ « Partenariats public-privé d'investissement » - Sommaire de la conférence des ministères de la santé des pays de la SADC (ou CDAA), préparé par le MdSAS, en avril 2009, p 10.

- Toutes les années : 80% de tout le personnel employé sera recruté sur place.

Développement des compétences : un minimum de 1 % des coûts salariaux par an sera dépensé pour la formation et le développement des compétences

Sous-traitance locale

Il a été convenu que les dépenses d'investissement en faveur des entreprises locales constitueraient 30 % de toutes les dépenses d'investissement. Pour ce qui est des dépenses de fonctionnement bénéficiant aux entreprises locales, les objectifs suivants ont été établis :

- Années 1 à 5 : 50 % de toutes les dépenses de fonctionnement
- Années 6 à 10 : 70 % de toutes les dépenses de fonctionnement
- Années 11 à 18 : 100 % de toutes les dépenses de fonctionnement

Développement communautaire :

L'opérateur :

- Couvrira les frais annuels d'étude et de logement d'un étudiant en médecine.
- Financera le traitement pour un montant convenu chaque année des patients atteint d'une maladie de cœur congénitale, d'un bec-de-lièvre accompagné de fissures labiales (Chéilodiérèse).
- Fournira des services d'ophtalmologie à la communauté dans le cadre de son programme « meilleure vue pour tous ».
- Établira à l'hôpital à ses propres frais, maintiendra et exploitera en coordination avec l'administration publique un centre d'aide aux femmes et aux victimes de viol.

Suivi

Sur le plan des mesures de financement, le consortium sera payé par le gouvernement pendant la durée du contrat pour sa prestation des services suivant le niveau de performance établi par le contrat et cette performance sera gérée de manière indépendante. Les installations devront aussi maintenir une accréditation permanente pendant la durée du contrat.

En ce qui concerne les travaux d'équipement, un certificateur indépendant a été nommé conjointement par le gouvernement et l'opérateur qui examinera régulièrement le chantier pendant la phase de construction et fournira une certification à la fin pour assurer que la construction et les équipements sont conformes aux normes requises.

Pour ce qui est du fonctionnement de l'hôpital, un contrôleur indépendant a été nommé par le gouvernement pour exécuter le suivi de la qualité du service et pour administrer toute sanction pécuniaire résultant de carences. Le Conseil d'accréditation du service de santé d'Afrique Australe (*Council for Health Service Accreditation of Southern Africa*) a procédé à des révisions supplémentaires de l'accréditation et la perte de l'accréditation pourrait servir comme base de résiliation du contrat.

Enseignements tirés jusqu'à présent

Le MdSAS a identifié les enseignements tirés suivants ²⁴ :

- Il est indispensable de définir clairement les rôles de l'administration publique et des conseillers de transaction dès le début du projet afin de faciliter le flux d'informations et la prise de décisions.
- La composition des conseillers de transaction et des équipes de l'administration devrait avoir toute l'expertise technique nécessaire.
- Les études de faisabilité et les révisions de base devraient être aussi informatives que possible pour aider à faire des suppositions réalistes de projets et de secteurs.
- Des décisions difficiles doivent être prises surtout en ce qui concerne la prestation de services.
- Dès le début, des consultations complètes avec toutes les parties prenantes devraient avoir lieu et ces dernières devraient participer activement afin de garantir l'incorporation des contributions de toutes les parties concernées.
- Le projet de PPP permettra à l'État de couvrir d'autres priorités.
- Les équipes du MdSAS et du MdFPD ont été impliquées dans l'évaluation des soumissions et ont également pris part intensivement dans les négociations. Cette situation a résulté en une connaissance institutionnelle généralisée du projet des deux ministères.
- Une bonne gestion des contrats est la garantie de leur succès. Par conséquent, la capacité de gestion de contrats devrait être en place dès que possible parce que lorsque celui-ci démarre, les conseillers en transaction peuvent ne plus être disponibles pour un soutien continu.
- Le cadre de réglementation du PPP est indispensable, cependant il est possible d'inclure les projets au sein de la réglementation existante, comme cela a été le cas pour celui-ci.
- Voilà pour l'instant ce qui peut être mentionné en ce qui concerne le processus de PPP, mais les systèmes qui ont été mis en place pour garantir le succès du projet doivent encore être testés.

²⁴ « PPP pour l'hôpital de référence du Lesotho », présentation du secrétaire principal du ministère de la santé et de l'assistance sociale aux représentants des ministères de la santé des pays de la SADC (ou CDAA) en avril 2009.



UNION EUROPÉENNE

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ :

Cette publication a été produite avec l'aimable assistance du Programme II d'amélioration de la gestion financière (FMIP II) qui est financé par l'Union européenne. Toutefois, le contenu de cette publication n'engage que la responsabilité de CABRI et ne peut aucunement être considéré comme représentant les opinions de l'Union européenne.