



**LEÇONS TIRÉES DES PROJETS DE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ ET DE CONTRACTUALISATION POUR L'IMAGERIE ET LES LABORATOIRES DE DIAGNOSTIC ET LEUR CONTRIBUTION POTENTIELLE À LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE**

---



**LEÇONS TIRÉES** DES PROJETS DE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ ET DE CONTRACTUALISATION POUR L'IMAGERIE ET LES LABORATOIRES DE DIAGNOSTIC ET LEUR CONTRIBUTION POTENTIELLE À LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE

---

**Correspondence:**

Porgo Teegwendé Valérie, Spécialiste de la santé, Banque mondiale

Courriel : [tporgo@worldbank.org](mailto:tporgo@worldbank.org)

Bachongy Karine, Responsable mondiale des infrastructures sociales,

Société financière internationale, Département Partenariats public-privé

Courriel : [kbachongy@ifc.org](mailto:kbachongy@ifc.org)

# REMERCIEMENTS

Cette étude a été menée par Teegwendé Valérie Porgo, Karine Bachongy, Richard Quansah Amissah, Rabietou Nikiema, Luka Voncina, Carla Kamal Fawzi Douss, et Eva Marie Chloe Brocard. Les directives générales ont été assurées par Juan Pablo (Directeur mondial, Santé, nutrition et population (SNP) et Mécanisme de financement mondial ; Banque mondiale), Gaston Sorgho (Directeur, SNP ; Banque mondiale), Farid Fezoua (Directeur, Santé et éducation ; Société financière internationale (SFI)), Linda Rudo Munyengerwa (Directrice, Partenariats public-privé et conseil en financement d'entreprise ; SFI), et Michael Opagi (Directeur régional, Partenariats public-privé ; SFI). Les personnes suivantes ont également contribué à l'étude en participant à la collecte et/ou à l'analyse des données : Tomas Anker, Fatima Barry, Cedric Bationo, Farahat Farouk Bello, Malloum Khadidja Boubakar, Nashira Calvo Cardenas, Moussa Dieng, Tania Dmytraczenko, Aida Gadiaga, Juan Jose Aguilar Higuera, Aknur Jumatova, Djibrilla Karamoko, Holman Rojas Llanos, Federico Leo, Ibrahim Magazi, José Massougbdji, Rekha Menon, Olumide Olaolu Okunola, Adrian Pana, Sofia Patricia Claros Patino, Balasubramaniam Ramamurthy, Ndoh Ashken Sanogo, Aboubacar Sidibé, Angélica Maria Velasco Solano, Kpegli Yao Thibaut, Mirja Channa Sjoblom, Juan Pablo Tororoa, Carolina Suarez Vargas, et Mazvita Zanamwe. Nous tenons également à remercier les personnes suivantes pour avoir pris le temps de partager avec nous des informations utiles sur les projets concernés : Kristo Andoni (Directeur Général ; Labopharma SH.PK.), Eyup Vural Aydin (président du Centre d'excellence pour les partenariats public-privé d'Istanbul), Ibrahima Balde (ancien chef des partenariats à la division de la planification, de la recherche et des statistiques/point focal du gouvernement pour les partenariats public-privé dans le domaine de la santé ; République du Sénégal), Gustavo Balthazar (directeur médical de Rede Brasileira de Diagnóstico (RBD) Imagem), Tamrat Bekel (directeur général d'International Clinical Laboratories), Jean Philippe Balthazar (directeur de l'Institut de recherche sur les maladies infectieuses ; International Clinical Laboratories), Jean Philippe Brochet (directeur général ; Exalab), Eduardo Caraver (directeur financier ; RBD Imagem), Ertan Comert (chef ; In-vivo), Betul Ozovali (ancien spécialiste commercial des ventes ; Siemens Healthineers), Njeri Gitau (ancien membre du personnel de la SFI au Kenya), Patrick Gontard (directeur général du groupe ; LABEXA, France), Hermano Gottschall (administration contractuelle ; RBD Imagem), Sokol Ramizi (directeur général ; Laboratory Network), Pinar Karahasanoglu (directeur des ventes ; Siemens Healthineers), Natalia Korchakova-Heeb (Global Lead for Greenfield Hospitals and Public-Private Partnerships ; Siemens Healthineers), Érico Lima (directeur des opérations ; RBD Imagem), Cameron Marcuccio (directeur général des services numériques et des services et solutions d'entreprise ; Siemens Healthineers), Mehmet Onur Ozel (ancien technicien en développement, Siemens Healthineers), Stelliu Rebello (directeur général ; (RBD) Imagem), Khama Rogo (ancien membre du personnel de la SFI au Kenya), Kerstin Schmidt (partenaire en solutions de financement ; Siemens Financial Services), Ebru Bahar Unkazan (gestionnaire de contrat ; Siemens Healthineers), et Thais Virgins (bureau de gestion de projet ; RBD Imagem). Ce travail a été rendu possible grâce au financement du Fonds fiduciaire pour les soins de santé primaires de la Banque mondiale et du guichet consultatif sur la création de marchés de la SFI.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Résumé</b>	<b>4</b>
<b>Abréviations</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>MÉTHODES</b>	<b>11</b>
<b>A. Conception de l'étude</b>	<b>11</b>
<b>B. Critères d'éligibilité</b>	<b>11</b>
<b>C. Interviews</b>	<b>11</b>
<b>D. Analyse documentaire</b>	<b>13</b>
<b>E. Extraction des données</b>	<b>13</b>
<b>F. Analyse des données</b>	<b>13</b>

<b>RÉSULTATS</b>	<b>15</b>
<b>A. Projets de PPP et de contractualisation identifiés</b>	<b>15</b>
<b>B. Caractéristiques</b>	<b>17</b>
i. Réglage	17
ii. Services fournis	18
iii. Population couverte dans la zone de chalandise	20
iv. Processus de préparation des projets	20
v. Année de début ou de signature de l'opération et durée des contrats	21
vi. Financement et propriété des infrastructures et des équipements	21
vii. Expérience préalable de participation à des projets de PPP/contractualisation dans le domaine de la santé	22
viii. Financement	22
ix. Paiements directs	23
x. Exigences réglementaires	24
xi. Indicateurs clés de performance	24
xii. Risques	25
xiii. Potentiel de transposition à plus grande échelle	26
<b>C. Impact de COVID-19 et avantages en termes de contrôle de COVID-19</b>	<b>28</b>
<b>D. Gains de productivité et d'efficacité dans les projets de PPP et de contractualisation</b>	<b>28</b>
<b>E. Enseignements tirés</b>	<b>29</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>33</b>
<b>Limites de l'étude</b>	<b>35</b>
<b>CONCLUSIONS</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>38</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>40</b>



## Résumé

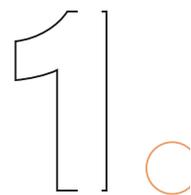
Les équipements et les services d'imagerie et de laboratoire de diagnostic sont essentiels à la réalisation de la couverture sanitaire universelle, mais ils ne sont généralement pas disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour relever ces défis, les partenariats public-privé (PPP) et les modèles de contractualisation sont des solutions potentielles. Cette étude visait à identifier les leçons à tirer d'expériences antérieures pour guider le développement et la mise en œuvre des projets de PPP et de contractualisation dans le domaine de la santé. À l'aide d'une méthode mixte, les projets de PPP et de contractualisation éligibles (ceux impliquant l'imagerie et les laboratoires de diagnostic et développés après 2012) ont été identifiés en contactant le personnel du Groupe de la Banque mondiale et en effectuant une recherche bibliographique. Les leçons ont ensuite été identifiées par le biais d'une analyse documentaire, d'entretiens semi-structurés et d'analyses. Quinze projets de PPP (un en Albanie, en Australie, au Brésil, en Italie, au Kenya et au Sénégal ; deux au Nigeria ; trois en Türkiye ; et quatre en Inde) et cinq projets de contractualisation (un en Égypte, en Éthiopie, en Jordanie, en Roumanie et en Suède) ont été identifiés. Parmi les leçons identifiées pour les projets de PPP, on peut citer le besoin (i) d'évaluations complètes des besoins ; (ii) de soutien fort des décideurs et d'implication des parties prenantes ; (iii) d'économies d'échelle ; (iv) de projets sur mesure ; (v) de mécanismes de paiement clairs et robustes pro-pauvres ; (vi) d'indicateurs de performance clés transparents ; (vii) d'analyse et de répartition des risques appropriées ; et (viii) d'expérience. En ce qui concerne les projets de contractualisation, il est nécessaire de (i) comprendre le contexte local, (ii) réaliser des économies d'échelle et (iii) tirer parti de projets antérieurs. Le développement et la mise en œuvre de projets de PPP et de contractualisation sont complexes. Il est essentiel de s'abstenir de reproduire aveuglément les contrats conclus dans d'autres pays mais plutôt procéder à une évaluation diligente des besoins, des risques, des avantages et des ressources au niveau local.



## Abréviations

<b>COVID-19</b>	Maladie à coronavirus 2019 (COronaVIRus Disease 2019)
<b>CSU</b>	Couverture sanitaire universelle
<b>GBM</b>	Groupe de la Banque mondiale
<b>ICP</b>	Indicateurs clés de performance
<b>IRM</b>	Imagerie par résonance magnétique
<b>ISO</b>	Organisation internationale de normalisation (International Organization for Standardization)
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PPP</b>	Partenariat public-privé
<b>PRFI</b>	Pays à revenu faible ou intermédiaire
<b>SFI</b>	Société financière internationale
<b>TDM</b>	Tomodensitométrie





# INTRODUCTION

- 1. La couverture sanitaire universelle (CSU) est l'une des cibles de l'objectif de développement durable n° 3 - «Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.»**<sup>1,2</sup> Cet objectif comprend la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordable pour tous. Ceci est particulièrement crucial quand on considère les rapports de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui indiquent la moitié de la population mondiale environ n'a pas accès aux soins de santé essentiels et que la majorité des personnes concernées résident dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) d'Afrique Subsaharienne et d'Asie du Sud.<sup>3,4</sup>
- 2. Les progrès dans la mise en œuvre de la CSU et l'allocation des fonds pour cette dernière ont été lents dans les PRFI.**<sup>5-7</sup> En 2019, selon l'OMS, plus d'un milliard de personnes, dont la majorité était concentrée dans les PRFI, étaient confrontées à des dépenses de santé catastrophiques,<sup>5,8</sup> définies comme des dépenses directes dépassant 10 % de la consommation ou du revenu total. En Afrique Subsaharienne, environ 8,8 % des personnes ont consacré plus de 10 % de leur revenu aux dépenses de santé en 2019, et ces dépenses représentaient 37 % des dépenses totales de santé en 2016.<sup>5,9</sup> En Amérique Latine et dans les Caraïbes, 9,9 % des personnes ont consacré plus de 10 % de leur revenu aux dépenses de santé, tandis qu'en Asie du Sud, ce pourcentage était de 17,7 % en 2019.<sup>5</sup> Pour mettre en place la CSU d'ici 2030, il est essentiel d'en faire une priorité dans ces régions. Par conséquent, la CSU est devenue un programme important dans de nombreux PRFI, ce qui a entraîné son intégration comme objectif dans les stratégies nationales de santé.<sup>1,10-12</sup>
- 3. La CSU peut être mise en œuvre en mettant en place des systèmes de santé efficaces, en fournissant un accès aux médicaments et technologies essentiels, en disposant d'agents de santé bien formés et en mettant en place des systèmes de financement équitables.**<sup>13</sup> Néanmoins, en raison du financement inadéquat, des bas salaires des agents de santé et du manque de structures sanitaires et de leur entretien,<sup>14-18</sup> les systèmes de santé des PRFI demeurent faibles. Par exemple, on estime que pour atteindre les objectifs communément acceptés en matière d'accessibilité universelle aux soins de santé d'ici à 2030, en Afrique Subsaharienne seule, il faudrait construire environ 6 200 nouvelles structures sanitaires.<sup>19</sup> Cette faiblesse a été une fois de plus révélée par la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)<sup>20-22</sup> qui a perturbé les services essentiels dans 92 % des pays du monde<sup>23</sup> et a entraîné un regain d'efforts pour la CSU.

- 4. En outre, malgré l'importance des équipements médicaux essentiels, en 2010, il a été estimé que deux tiers de la population mondiale, résidant principalement dans les PRFI, n'y avaient pas accès,**<sup>16,24</sup> et puisque les systèmes de santé dans les PRFI ne se sont pas améliorés de manière significative depuis lors,<sup>25</sup> la situation est susceptible d'être la même. Plus précisément, une étude portant sur la disponibilité des diagnostics essentiels dans 10 PRFI a révélé que la disponibilité médiane des diagnostics, qui comprennent les tests de laboratoire et les examens d'imagerie, était de 19 % dans les structures de soins primaires, de 48 % dans les établissements de soins primaires avancés et de 68 % dans les hôpitaux.<sup>26</sup> En outre, les équipements médicaux accessibles dans la plupart des PRFI ne sont pas utilisés et entretenus efficacement,<sup>27-31</sup> et il en résulte que 38 % d'entre eux sont hors d'usage.<sup>29,30</sup>
- 5. L'imagerie médicale et les équipements de laboratoire à des fins diagnostiques sont essentiels pour identifier les traitements appropriés et leur efficacité et la progression des maladies.**<sup>32</sup> Par exemple, la plupart des décès maternels et néonataux pourraient être évités grâce à un diagnostic précoce des complications liées à la grossesse à l'aide d'équipements d'imagerie à ultrasons.<sup>33,34</sup> L'importance de l'imagerie médicale et des équipements de laboratoire pour la surveillance, la gestion et le contrôle des maladies épidémiques a été récemment mise en évidence par la pandémie de COVID-19.<sup>35-37</sup> L'épidémie de maladie à virus Ebola de 2014-2016 en Guinée a été aggravée par le fait que des échantillons devaient être envoyés à l'étranger pour détecter le virus Ebola en raison de l'absence de laboratoires bien équipés dans le pays. Contrairement à l'épidémie de maladie à virus Ebola de 2014, l'épidémie de maladie à virus Ebola de 2021 en Guinée a été rapidement contrôlée<sup>38,39</sup> grâce à la disponibilité adéquate d'équipements de laboratoire. En outre, l'intervention rapide de l'imagerie médicale pourrait contribuer à réduire les dépenses de santé. Une étude menée aux États-Unis a montré que pour chaque dollar américain (USD) dépensé en imagerie médicale, il était possible d'économiser 3 USD en frais d'hospitalisation.<sup>40</sup> Les fonds récupérés pourraient être utilisés pour améliorer les systèmes de soins de santé déficients dans les PRFI. Le manque d'équipements médicaux adéquats et accessibles est donc un obstacle majeur à la CSU dans les PRFI.
- 6. Les gouvernements doivent adopter des solutions innovantes pour accélérer la mise en œuvre de la CSU ; ces solutions pourraient inclure des partenariats avec le secteur privé afin de tirer parti de leur expertise et de leurs ressources, d'autant plus que le secteur privé représente déjà une grande partie de la prestation de services de santé dans les PRFI.**<sup>10</sup> Selon un sondage de l'OMS menée entre 2010 et 2019, le secteur privé à but lucratif (organisations gouvernementales ou confessionnelles, cliniques et médecins privés, pharmacies privées, organisations non gouvernementales et confessionnelles) fournissent 35 % des soins ambulatoires en Afrique subsaharienne, tandis que les prestataires privés informels (boutiques, pharmacies et guérisseurs) fournissent 17 % supplémentaires des soins ambulatoires dans la région.<sup>41</sup> En outre, près de 40 % des soins de santé dans la région africaine, 57 % dans la région de l'Asie du Sud-Est et 62 % dans la région de la Méditerranée orientale sont fournis par le secteur privé.<sup>41</sup>
- 7. Un exemple de cette collaboration est le partenariat public-privé (PPP), qui est une forme structurée de coopération entre des parties privées et publiques pour la planification, la construction et/ou l'exploitation d'infrastructures et/ou de services dans lesquels les deux parties partagent ou réattribuent les risques, les coûts, les bénéfices, les ressources et les responsabilités.**<sup>42</sup> Le concept de PPP a été développé pour la première fois au Royaume-Uni dans les années 1980,<sup>43</sup> ce qui fait du Royaume-Uni un leader mondial dans les modèles de PPP pour les soins de santé.<sup>44</sup> Il existe plusieurs modèles de PPP dans le domaine de la santé. Certains visent les infrastructures, comme le modèle Construire-Exploiter-Transférer, dans lequel le secteur privé se charge du financement, de la construction et de l'exploitation d'une installation pour une durée déterminée avant d'en rétrocéder la propriété au secteur public.<sup>45</sup> D'autres incluent la fourniture de services de santé, comme le PPP basé sur les services ou le PPP de santé intégré.

- 8. La contractualisation est une autre forme de collaboration entre les secteurs public et privé, dans laquelle le payeur du secteur public, par exemple l'assurance santé, achète des services à un partenaire du secteur privé, sous contrat.**<sup>46</sup> Son origine remonte aux années 1980, pendant la montée en puissance des nouvelles doctrines de gestion publique, où il est né dans le but de ralentir les dépenses publiques et promouvoir la participation du secteur privé.<sup>47</sup> Il existe également plusieurs types de modèles de contractualisation. L'un d'eux est le modèle d'externalisation traditionnel. Dans ce modèle, une institution engage un prestataire extérieur de services pour gérer des tâches ou des services spécifiques, ce qui peut contribuer à réduire ses coûts, à exploiter une autre expertise spécialisée ou à accroître son efficacité.<sup>48</sup> Le prestataire de services se charge de gérer les ressources et de fournir les services comme convenu.<sup>48</sup> Le « co-sourcing, » une approche hybride, est un autre modèle qui permet au gouvernement de conserver un certain contrôle et une certaine responsabilité pour les services externalisés tout en travaillant en étroite collaboration avec le prestataire extérieur.<sup>49</sup>
- 9. Les projets de PPP et de contractualisation dans le domaine de la santé ont été utilisés avec succès dans les pays à revenu élevé pour relever les défis sanitaires, mais ont été confrontés à des défis importants dans les quelques PRFI qui en ont tenté la mise en œuvre.**<sup>50-52</sup> Les capacités des PRFI à établir des projets de PPP et de contractualisation ont été considérées comme faibles dans des études récentes.<sup>53,54</sup> De nombreux gouvernements des PRFI continuent à rechercher des partenariats privés pour relever les défis du secteur de la santé, mais ne parviennent pas à exploiter les avantages de ces partenariats.<sup>55,56</sup>
- 10. Cette étude vise à identifier les leçons qui peuvent guider le développement et la mise en œuvre de projets de PPP et de contractualisation dans le domaine de la santé dans les PRFI et au-delà.**



# 2.0

## MÉTHODES

### A. Devis de l'étude

11. Une approche mixte, comprenant des entretiens semi-structurés et une analyse documentaire, a été adoptée pour l'étude.

### B. Critères d'éligibilité

12. Les projets de PPP et de contractualisation élaborés pour l'acquisition et la gestion d'équipements ou de services d'imagerie médicale ou de laboratoire ont été considérés comme éligibles. Afin d'intégrer des données récentes, les projets de PPP développés depuis 2012 (au cours des 10 dernières années) ont été inclus. Cette limitation n'a pas été appliquée aux projets de contractualisation, car il a été présumé qu'un très faible nombre serait identifié. Les projets suspendus et les projets entièrement mis en œuvre ont été inclus, tandis que les projets en cours au moment de l'étude ont été exclus.

### C. Entretiens

13. Les projets éligibles ont été identifiés en contactant le personnel du Groupe de la Banque mondiale (GBM ; Banque mondiale (Banque internationale pour la reconstruction et le développement, Association internationale de développement) et Société financière internationale (SFI)) et le personnel des secteurs privé et public qu'ils ont recommandé. Ces personnes ont été invitées à identifier les projets éligibles et les personnes susceptibles d'être interrogées (personnes ayant participé au développement et/ou à la mise en œuvre des projets), et à partager les ressources pertinentes (rapports d'études, documents politiques, opérationnels et stratégiques, vidéos et liens de sites web).

- 14.** Les entretiens ont concerné des personnes recommandées par le personnel du GBM et les personnes recommandées par ce personnel. Toutes ces personnes ont été contactées par courriel, qui comprenait un tableau permettant aux personnes interrogées de fournir facilement les informations demandées. Les personnes interrogées avaient la possibilité de participer à un entretien virtuel, de remplir le questionnaire joint aux courriels ou de choisir de faire les deux. Les entretiens virtuels ont été menés dans la langue choisie par les répondants (anglais, français ou espagnol) et via Zoom ou Teams, selon les préférences des répondants. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des personnes interrogées. Ils ont été basés sur des guides d'entretien et ont duré au maximum 60 minutes. Pour chaque entretien virtuel, il y avait une équipe de deux enquêteurs du GBM : l'un posait principalement des questions et l'autre prenait des notes. Pour chaque partie prenante, l'accent était mis sur des thèmes spécifiques et pertinents (y compris les caractéristiques générales, le financement, le processus de mise en œuvre, le cadre institutionnel, la réglementation, etc.). Les questions nécessitant des réponses quantitatives spécifiques ont été envoyées à la personne interrogée dans un fichier Excel, en plus des questions posées oralement. Les entretiens réalisés via Zoom ont été enregistrés et retranscrits par les enquêteurs, tandis que ceux réalisés via Teams ont été enregistrés et les retranscriptions ont été obtenues à partir du logiciel-même. Le questionnaire joint aux courriels comprenait les mêmes questions que les guides d'entretien. Ils ont été élaborés en anglais, en français et en espagnol. Si nécessaire, des courriels de rappel individuels hebdomadaires (trois au maximum) étaient envoyés après le courriel initial. Tous les courriels ont été envoyés en anglais, sauf ceux destinés aux personnes basées dans les pays francophones, qui ont été envoyés en français.



15. Une version préliminaire du rapport a été transmis aux répondants afin de confirmer la transcription des réponses fournies lors des entretiens.

## **D. Revue de la littérature**

16. Pour compléter la liste de projets fournie par le personnel du GBM et les personnes que ce personnel a recommandées, une analyse documentaire, comprenant une recherche sur Google et une revue de la littérature de portée, a été menée. La recherche sur Google, effectuée en anglais, était axée sur les mots clés suivants : PPP, imagerie et laboratoire. Un enquêteur a examiné les cinq premières pages de résultats pour chaque combinaison de mots clés. La revue de littérature de portée a ciblé spécifiquement les PPP et l'imagerie ; c'est-à-dire en excluant les laboratoires. Cette distinction a été faite en raison du faible nombre de documents pertinents identifiés (3) sur le grand nombre de résultats obtenus avec la stratégie de recherche pour les PPP et l'imagerie (près de 7 000). Une analyse similaire pour les laboratoires aurait pris beaucoup de temps et n'aurait apporté qu'une contribution minimale à la recherche. Nous avons utilisé une combinaison de divers termes de recherche sur les thèmes suivants : (i) PPP, (ii) imagerie et (iii) laboratoire. La recherche a été menée dans les bases de données suivantes : MEDLINE, EMBASE, The Cochrane Library, Web of Science, CINAHL, PSYCHO INFO et TRIP. Aucune restriction de langue ou de date de publication n'a été appliquée. Les doublons ont été gérés à l'aide des logiciels EndNote version X7 (Thomson Reuters, 2013, New York, États-Unis) et Covidence (Veritas Health Innovation, Melbourne, Australie). Des paires d'enquêteurs ont indépendamment vérifié les titres, les résumés et les documents intégraux à l'aide de Covidence. En outre, nous avons examiné manuellement les bibliographies des études éligibles afin d'identifier les publications potentiellement pertinentes.

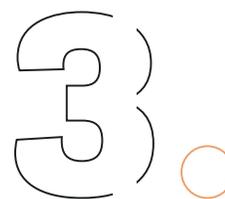
## **E. Extraction des données**

17. Les données ont été extraites des notes prises lors des entretiens, des transcriptions des entretiens et de l'analyse documentaire à l'aide d'un fichier d'extraction. Le fichier d'extraction a été testé en utilisant quatre des projets de PPP identifiés. L'extraction a été réalisée par deux enquêteurs : l'un a extrait les données et l'autre a vérifié les données extraites.<sup>57</sup> Les conflits ont fait l'objet de discussions par les deux enquêteurs jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint. Dans les cas où un consensus n'était pas possible, un troisième enquêteur intervenait pour résoudre le conflit.

## **F. Analyse des données**

18. Pour identifier les facteurs qui favorisent ou entravent l'utilisation optimale des PPP, une analyse thématique a été réalisée. Cette analyse a évalué les caractéristiques spécifiques des projets de PPP et de contractualisation identifiés. En plus des leçons identifiées par les répondants et dans la littérature, nous avons identifié des leçons supplémentaires, qui n'avaient pas été reportées, grâce à l'analyse thématique. Après les premières analyses, une liste de questions supplémentaires a été transmise aux répondants lorsque des clarifications étaient nécessaires.





# RÉSULTATS

## A. Projets de PPP et de contractualisation identifiés

19. **Au total, 74 ressources ont été jugées pertinentes pour un examen plus approfondi. Parmi ces ressources, 23 ont été incluses dans l'étude (voir l'annexe pour plus de détails).** Sept autres projets ont été mentionnés lors des entretiens. La revue de littérature de portée a permis d'identifier 6 802 études, mais seules trois d'entre elles ont été jugées éligibles.

### PPP projects

20. **Au total, 15 projets de PPP portant sur l'imagerie et/ou les laboratoires de diagnostic ont été identifiés (Tableau 1).** Parmi les 23 documents identifiés, un a été publié en 2017 et les 22 autres ont été publiés entre 2019 et 2022. Tous les entretiens ont été menés en 2022, deux avec du personnel travaillant dans le secteur public et cinq avec du personnel travaillant dans le secteur privé qui a participé aux projets de PPP sur lesquels ils ont été interrogés.
21. **Quatorze projets de PPP ont été considérés comme réussis et étaient toujours opérationnels au moment de l'étude. Un projet de PPP (au Sénégal) a été considéré comme infructueux car le PPP n'a jamais été opérationnel.** Le gouvernement sénégalais a tenté de développer un projet de PPP pour les services d'imagerie en collaboration avec un centre de santé privé. Néanmoins, aucun partenariat formel répondant aux critères d'un projet de PPP n'a été développé entre les secteurs privé et public.

**Tableau 1 : Projets de PPP - Pays, niveau de revenu du pays, population couverte, année de démarrage et durée du contrat**

Pays (Ville)	Niveau de revenu du pays	Population couverte	Année de début ou de signature/durée du contrat	Services fournis
<b>Albanie (Tirani, Durrës, Fier, Elbasan, Vlorë, Korçë et d'autres villes plus petites)</b>	Intermédiaire de la tranche supérieure	80 % de la population de la zone de chalandise (18 comtés couvrant l'ensemble du pays)	2019/10 ans	Services de diagnostic en laboratoire (y compris biochimie, immunochimie, hématologie, analyse d'urine, marqueurs tumoraux, biologie moléculaire, cytométrie de flux, anatomie pathologique, microbiologie, etc.).
<b>Australie (Bendigo)</b>	Élevé	N/A	2018/25 ans	Conception, construction, financement et entretien d'un nouvel hôpital de 372 lits à Bendigo, y compris les équipements de laboratoire et d'imagerie diagnostique.
<b>Brésil (Bahia, Salvador)</b>	Intermédiaire de la tranche supérieure	6 millions	2015/11 ans et six mois	Services d'imagerie diagnostique et de téléradiologie fournis dans 12 hôpitaux : examens de radiographie, de mammographie, de tomographie assistée par ordinateur et d'imagerie par résonance magnétique.
<b>Inde (Patna, État de Bihar)</b>	Intermédiaire de la tranche inférieure	200 000	2016/33 ans	PPP hospitalier : Hôpital multi-spécialité de 500 lits, livré en plusieurs phases. Les services fournis comprennent des services d'imagerie et de laboratoire.
<b>Inde (État de Jharkhand, principalement les petites villes et les zones rurales de l'État)</b>	Intermédiaire de la tranche inférieure	3,5 millions	2015/10 ans	Services d'imagerie diagnostique dans les 24 hôpitaux de district et les trois collèges médicaux.
<b>Inde (État de Jharkhand, principalement les petites villes et les zones rurales de l'État)</b>	Intermédiaire de la tranche inférieure	3,5 millions	2015/10 ans	Services de diagnostic en laboratoire dans les 24 hôpitaux de district et les trois collèges médicaux.
<b>Inde (État d'Haryana)</b>	Intermédiaire de la tranche inférieure	N/A	2014/N/A	Appareil de radiographie pulmonaire numérique monté sur une camionnette mobile.
<b>Italie (Abruzzes)</b>	Élevé	N/A	2016/10 ans	Service d'imagerie : Service de gestion d'équipement.
<b>Kenya (au niveau national)</b>	Intermédiaire de la tranche inférieure	46 millions	2015/7 ans	Service d'imagerie : Service de gestion d'équipement.
<b>Nigeria (États de Kano et d'Abia)</b>	Intermédiaire de la tranche inférieure	N/A	2020/10 ans (avec possibilité d'extension à 20 ans)	Chaque centre de diagnostic propose une gamme de services de radiologie et de laboratoire médical. Les services de radiologie comprennent l'IRM (1,5 Tesla), la tomодensitométrie (CT), la radiographie, la mammographie, l'échographie et l'échocardiographie. Les services de laboratoire comprennent la chimie clinique, l'hématologie, l'histologie et la cytologie, les immunodosages, la microbiologie et la parasitologie, la sérologie, la pathologie moléculaire et les tests de paternité par ADN.
<b>Nigeria (Lagos)</b>	Intermédiaire de la tranche inférieure	N/A	2017/10 ans	Services d'imagerie diagnostique fournis dans un hôpital de la ville de Lagos (imagerie par résonance magnétique (IRM), tomодensitométrie, radiographie numérique et échographie).

**N/A :** Non disponible.

**Note :** Le Sénégal était classé parmi les pays à faible revenu au moment du développement du projet de PPP et parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure au moment de l'étude (année fiscale 2024 de la Banque mondiale).<sup>58</sup>

## Projets de contractualisation

- 22. Nous avons identifié cinq projets de contractualisation concernant l'imagerie et/ou les laboratoires de diagnostic (Tableau 2).** Ils ont été obtenus à partir de deux documents (publiés en 2017 et 2019), trois webinaires (publiés en 2022) et un entretien (réalisé en 2022) avec du personnel du secteur privé.
- 23. Tous les projets de contractualisation identifiés ont été considérés comme réussis et étaient toujours opérationnels au moment de l'étude.**

**Tableau 2 : Projets de contractualisation - Pays, niveau de revenu du pays, population couverte, année de démarrage et durée du contrat**

Pays (Ville)	Niveau de revenu du pays	Population couverte	Année de début ou de signature/durée du contrat	Services fournis
Égypte/NA	Intermédiaire de la tranche inférieure	4,4 millions	2019/N/A	Test de dépistage de l'hépatite C.
Éthiopie (au niveau national)	Faible	35-40 millions	2004/Indéfinie	Services de laboratoire fournis dans 200 hôpitaux.
Jordanie/NA	Intermédiaire de la tranche inférieure	N/A	2020/N/A	Tests de dépistage de la COVID-19 fournis aux frontières, aux domiciles des patients et dans les agences gouvernementales.
Roumanie/NA	Intermédiaire de la tranche supérieure*	N/A	2020/N/A	Test de dépistage de la COVID-19.
Suède/NA	Élevé	N/A	2013/N/A	TDM fourni dans un hôpital.

**N/A :** Non disponible.

**Note :** La Roumanie était classée comme un pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure au moment du développement du projet de contractualisation et comme un pays à revenu élevé au moment de l'étude (année fiscale 2024 de la Banque mondiale).<sup>58</sup>

## B. Caractéristiques

### i. Lieux

#### Projets de PPP

- 24. Un seul des 15 projets de PPP identifiés avait été mis en œuvre dans un pays classé comme un pays à faible revenu au moment du développement du PPP (le Sénégal).** Sur les 14 autres projets de PPP identifiés, deux ont été développés dans des pays à revenu élevé (Australie et Italie), cinq dans des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (Albanie, Brésil et Türkiye (trois projets de PPP, un à Adana, un à Ankara et un à Yozgat) et sept dans des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (Inde (quatre projets de PPP : un dans la ville de Patna, un dans l'État d'Haryana et deux dans le même ensemble d'hôpitaux dans l'État de Jharkhand), Kenya et Nigeria (deux projets de PPP : un dans les États de Kano et d'Abia, et l'autre à Lagos)). Seul le Sénégal a changé de niveau de revenus entre le moment du développement de son projet de PPP et le moment de l'étude (année fiscale 2024 de la Banque mondiale).<sup>58</sup>
- 25. Tous les projets de PPP, sauf un, ont été mis en œuvre dans des hôpitaux.** Il s'agit notamment des projets de PPP en Albanie, en Australie, au Brésil, en Inde (trois projets de PPP), en Italie, au Kenya, au Nigeria (deux projets de PPP), au Sénégal et en Türkiye (trois projets de PPP). Un projet de PPP était une clinique mobile (État d'Haryana, Inde).
- 26. Les projets de PPP en milieu hospitalier différaient grandement quant au nombre d'hôpitaux dans lesquels ils ont été mis en œuvre, allant de 1 à 98 hôpitaux.** Ils concernaient 18 hôpitaux en Albanie (cinq hôpitaux nationaux et 13 hôpitaux de district) ; un hôpital en Australie ; 12 hôpitaux au Brésil ; un dans la ville de Patna et 27 dans l'État de Jharkhand, en Inde ; quatre en Italie ; 98 au Kenya ; un dans l'État de Kano, un dans l'État d'Abia et un à Lagos, au Nigeria ; ainsi qu'un à Adana, à Ankara et à Yozgat, en Türkiye.

#### Projets de contractualisation

- 27. Un seul des cinq projets de contractualisation identifiés a été mis en œuvre dans un pays à faible revenu (Éthiopie).** Un projet a été développé dans un pays à revenu élevé (Suède), un dans un pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (Roumanie) et deux dans des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (Égypte et Jordanie). Seule la Roumanie a changé de niveau de revenu entre le moment du développement de son projet de contractualisation et le moment de l'étude (année fiscale 2024 de la Banque mondiale).<sup>58</sup>
- 28. Quatre projets de contractualisation ont été mis en œuvre dans des hôpitaux et un dans un cadre mixte.** Les projets hospitaliers ont été mis en œuvre en Égypte, en Éthiopie, en Roumanie et en Suède. Le projet jordanien impliquait les frontières (mer, aéroport, route ; contrôles), les domiciles des patients et des agences gouvernementales.
- 29. Les données sur le nombre d'établissements dans lesquels les projets de contractualisation ont été mis en œuvre étaient principalement manquantes.** En Éthiopie, le projet de contractualisation concernait 200 hôpitaux (hôpitaux de district et régionaux) situés à Addis-Abeba, Bahir Dar, Mekelle, Hawassa, Adama, Gondar, Jimma, Dessie, Diredawa et Harar. En Suède, le projet de contractualisation a été mis en œuvre dans un seul hôpital, un hôpital universitaire public. Aucun détail n'était disponible pour les autres projets.

## ii. Services fournis

### Projets de PPP

- 30. Sur les 15 projets de PPP identifiés, huit concernaient l'imagerie, deux les laboratoires et cinq les deux types de services.** Les projets de PPP portant uniquement sur l'imagerie étaient situés au Brésil, en Inde (les deux projets de PPP dans l'État de Jharkhand et celui dans l'État d'Haryana), en Italie, au Kenya, au Nigeria (celui de Lagos) et au Sénégal. Les projets axés uniquement sur les laboratoires étaient situés en Albanie et en Inde (l'un des projets dans l'État de Jharkhand). Les projets qui fournissaient les deux types de services sont ceux de l'Australie, du Nigeria (celui des États de Kano et d'Abia) et de la Türkiye (les trois PPP). Les services d'imagerie proposés dans le cadre des projets de PPP comprenaient diverses techniques de diagnostic telles que la tomodensitométrie (TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM), les radiographies, la mammographie, la radiologie informatisée, la téléradiologie et l'échocardiographie. Les services de laboratoire comprennent des tests de chimie clinique, d'hématologie, d'histologie et de cytologie, d'immunoessais, de microbiologie et de parasitologie, de sérologie, de pathologie moléculaire et de test de paternité par ADN. L'étendue des services fournis variait d'un projet à l'autre.
- 31. Des informations complémentaires concernant la fourniture de services de diagnostic étaient disponibles pour 13 projets de PPP ; dans sept de ces projets, les services étaient fournis par le partenaire privé, dans deux d'entre eux, par le partenaire public, tandis que dans les quatre autres, la prestation des services impliquait les deux parties.** Les services d'imagerie et/ou de laboratoire étaient fournis exclusivement par le partenaire privé en Albanie, au Brésil, en Italie, au Kenya et en Türkiye (les trois PPP). Les services de diagnostic étaient fournis exclusivement par le secteur public au Nigeria (dans les États de Kano et d'Abia), où le partenaire privé était chargé uniquement de l'achat et de l'entretien des équipements. En Inde (les deux projets dans l'État de Jharkhand) et au Sénégal, le partenaire privé fournissait les services de diagnostic aux côtés du secteur public. Dans le projet de PPP australien, les services d'imagerie étaient assurés par le secteur public, tandis que les services de laboratoire étaient confiés au partenaire privé.
- 32. Outre le diagnostic, neuf des projets de PPP, pour lesquels ces informations étaient disponibles, incluaient la construction d'hôpitaux et la fourniture d'autres équipements médicaux, tandis que cinq projets de PPP fournissaient divers services non cliniques.** La construction et l'équipement de diagnostic étaient fournis par les projets de PPP en Australie, en Inde (les deux de l'État de Jharkhand), au Nigeria (les deux PPP), au Sénégal et en Türkiye (les trois PPP). Les projets de PPP en Australie et au Brésil ainsi que les trois projets en Türkiye offraient des services non cliniques. Ces services comprenaient le nettoyage, la gestion des déchets, la surveillance, la sécurité, le soutien administratif, la blanchisserie, le jardinage, le transport des patients et des équipements, la restauration (production et distribution des repas), le stationnement, la gestion des technologies de l'information, la coordination des systèmes d'information hospitaliers, les services de réception, l'exploitation de divers restaurants et cafés, ainsi que la gestion d'hôtels, d'auberges et d'espaces commerciaux.

### Projets de PPP

- 33. Sur les cinq projets de contractualisation identifiés, un concernait l'imagerie et quatre les laboratoires.** Le projet suédois concernait une université publique qui sous-traitait les examens de TDM à une unité de radiologie privée. Les projets menés en Égypte, en Éthiopie, en Jordanie et en Roumanie étaient axés sur les services de laboratoire, ceux de Jordanie et de Roumanie proposant exclusivement des services de dépistage de la COVID-19, et celui d'Égypte uniquement des services de dépistage de l'hépatite C. En outre, le projet éthiopien comprenait également des services d'assurance qualité et de formation visant à renforcer les capacités des laboratoires publics.

### iii. Population couverte dans la zone de chalandise

#### Projets de PPP

- 34. La couverture allait de 3 % à 100 %.** Cette information était disponible pour 10 projets de PPP. En Albanie, le projet de PPP couvrait 80 % de la population de la zone de chalandise. Au Brésil, le projet couvrait environ six millions de personnes, soit près de 40 % de la population de l'État de Bahia où il a été mis en œuvre. En Inde, les deux projets dans l'État de Jharkhand couvraient 3,5 millions de personnes, soit 9 % de la population de l'État de Jharkhand. Le projet dans l'État d'Haryana (Inde) couvrait les habitants du district de Mewat et de 16 districts de l'État d'Haryana. Au Kenya, les hôpitaux impliqués dans les projets de PPP étaient répartis sur l'ensemble du territoire national afin que les habitants de tout le pays puissent en bénéficier. En Türkiye (Yozgat), le projet couvrait 420 000 personnes, soit près de 100 % de la population de la province de Yozgat. En outre, le projet d'hôpital de soins tertiaires d'Adana et d'Ankara en Türkiye couvrait respectivement 1,8 million et 5 millions de personnes. En tant qu'hôpital régional, l'hôpital d'Adana étendait également ses services à Osmaniye, une ville de 500 000 habitants. Il dessert donc un total de 2,3 millions de personnes. Aucune information sur la population couverte par le projet de PPP dans la ville de Patna, en Inde, n'était disponible, mais l'hôpital accueillait 30 000 patients hospitalisés et 200 000 patients ambulatoires par an. Le nombre de patients externes représente environ 3 % de la population de la ville de Patna.

#### Projets de contractualisation

- 35. L'information sur la couverture de la population n'était disponible que pour deux des cinq projets de contractualisation identifiés (en Égypte et en Éthiopie), qui visaient à desservir l'ensemble de la population dans leurs zones de chalandise respectives.** Les projets de contractualisation en Égypte couvraient 4,4 millions de personnes, soit 4 % de la population du pays. Celui de l'Éthiopie couvrait 35 à 40 millions de personnes, soit 33 % de la population du pays.

### iv. Processus de préparation des projets

#### Projets de PPP

- 36. La SFI a soutenu le développement de six des huit projets de PPP pour lesquels l'information sur l'assistance pendant la préparation des projets était disponible.** Il s'agit des projets de PPP en Albanie, au Brésil, en Inde (celui de Patna et les deux de l'État de Jharkhand) et en Türkiye (Adana), pour lesquels les gouvernements ont demandé l'aide de la SFI, soit en tant que conseillers en transactions, soit en tant que financiers. Pour le projet de PPP en Inde (État d'Haryana), un engagement a été pris avec diverses parties prenantes, notamment des entreprises partenaires, la Division centrale de la tuberculose du gouvernement indien, l'Agence des États-Unis pour le développement international et l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires. Pour le projet de PPP au Kenya, le gouvernement a nommé des conseillers en transactions qui ont fourni des conseils techniques, financiers et juridiques.

### Projets de contractualisation

**37. Les informations sur l'assistance à la préparation des projets de contractualisation étaient disponibles uniquement pour le projet en Éthiopie, où le processus a été soutenu par la Fondation Bill et Melinda Gates.**

**v. Année de démarrage ou de signature de l'opération et durée des contrats**

### Projets de PPP

**38. Tous les projets de PPP identifiés ont été mis en place dans le cadre d'accords à long terme, avec des durées allant de 7 à 33 ans.** Ces projets ont été signés ou ont commencé à fonctionner entre 2013 (Australie) et 2020 (Nigéria, États de Kano et d'Abia). La durée des projets de PPP varie de sept ans (projet de services de gestion d'équipement au Kenya) à 33 ans (projet à Patna, en Inde).

### Projets de contractualisation

**39. L'informations sur la durée du contrat n'étaient disponibles que pour un seul projet de contractualisation identifié (Éthiopie), qui est renouvelé chaque année.** Les projets de contractualisation ont débuté entre 2004 (Éthiopie) et 2020 (Jordanie et Roumanie).

**vi. Financement et propriété des infrastructures et des équipements**

### Projets de PPP

**40. Dans tous les projets de PPP, les partenaires privés étaient responsables de l'achat d'équipements, de la maintenance, de la construction et/ou de la construction ou de la rénovation d'établissements de santé.** En Australie, le projet comprenait uniquement l'achat initial d'équipements médicaux. Après la période d'achat initiale, la responsabilité du remplacement et de l'entretien de l'équipement a été transférée au partenaire public. En Türkiye, le partenaire public a conservé le personnel médical. Plus précisément, le secteur public était responsable du recrutement des médecins, des infirmières et du personnel technique. Toutefois, pour les services de soutien médical supplémentaires tels que l'imagerie et les laboratoires, le secteur privé pouvait également embaucher du personnel strictement privé.

**41. Dans 11 des 14 projets de PPP identifiés pour lesquels ces informations étaient disponibles, le secteur privé était propriétaire de l'infrastructure et/ou de l'équipement pendant toute la durée du projet. Toutefois, dans sept de ces projets, le secteur public était censé devenir propriétaire à la fin du contrat.** Les projets de PPP dans lesquels le partenaire privé était propriétaire de l'infrastructure et/ou de l'équipement concernaient l'Albanie, l'Australie, le Brésil, l'Inde (trois projets), le Kenya, le Sénégal et la Türkiye (les trois projets). Pour quatre projets de PPP sur onze (en Albanie, en Australie, au Brésil et au Kenya), il a été convenu que les installations et les équipements reviendraient au secteur public à la fin du contrat. Dans le cas du projet de PPP au Sénégal, l'accord stipulait que le secteur privé deviendrait propriétaire de l'infrastructure et de l'équipement à la fin du contrat. Dans les trois projets de PPP en Türkiye, l'accord stipulait que l'installation/l'infrastructure reviendrait au secteur public à la fin du contrat. Aucune information n'était disponible concernant la propriété à la fin des contrats des autres projets de PPP.

42. **Pour les deux projets de PPP au Nigeria, les secteurs privé et public étaient copropriétaires des infrastructures et des équipements (les détails des dispositions spécifiques n'étaient pas disponibles) et il avait été convenu que le partenaire privé vendrait ses parts au partenaire public après la résiliation du contrat.** Les détails des accords spécifiques n'étaient pas disponibles.

#### Projets de contractualisation

43. **Dans les projets de contractualisation, les actifs sont et restent privés.** Il s'agit là d'une différence majeure entre les PPP et les projets de contractualisation.

#### vii. **Expérience en développement de projets de PPP ou de contractualisation dans le domaine de la santé**

#### Projets de PPP

44. **Sur les 15 projets de PPP pour lesquels ces informations étaient disponibles, 11 avaient bénéficié d'une expérience en développement de projets de PPP en santé.** Il s'agit des projets en Australie, en Albanie et au Brésil, ainsi que de deux projets au Nigeria et en Türkiye (à Ankara et Adana), et des quatre projets en Inde. Les informations concernant le lancement de projets de PPP dans le secteur de la santé dans tous les pays sont limitées. Toutefois, les premiers projets de PPP dans le secteur de la santé ont démarré au Brésil et en Inde en 2010, au Nigeria en 2009, et en Türkiye (Yozgat) en 2016.

#### Projets de contractualisation

45. **L'information sur l'expérience en contractualisation en santé était disponible uniquement pour deux pays (l'Éthiopie et la Roumanie).** En Éthiopie, la société responsable des services de laboratoire avait cinq ans d'expérience avant de mettre en œuvre son projet actuel de contractualisation. En Roumanie, le fournisseur avait 23 ans d'expérience.

#### viii. **Financement**

#### Projets de PPP

46. **Aucun des six projets de PPP pour lesquels ces informations étaient disponibles n'a bénéficié de subventions d'organismes donateurs ou de partenaires de développement. Toutefois, des institutions financières internationales ont apporté un financement aux partenaires privés dans deux de ces projets de PPP.** Les projets de PPP en Albanie, en Australie, au Brésil, au Kenya et en Türkiye (Ankara et Adana) n'ont fait état d'aucune subvention de la part d'organismes donateurs ou de partenaires de développement. Néanmoins, en Türkiye, les institutions financières internationales ont participé au financement des partenaires privés.

- 47. Les investissements dans tous les projets de PPP pour lesquels ces informations étaient disponibles (cinq) étaient principalement financés par des prêts, le reste étant financé par des fonds propres.** En Albanie, où le projet portait sur des services de laboratoire, les investissements du partenaire privé ont été financés par un prêt d'une banque locale d'un montant de 2,7 millions d'euros (2,9 millions USD). En Australie, le budget de l'État accordé au projet s'élevait à 630 millions de dollars australiens (414 millions USD), dont 12,5 % ont été financés par des fonds propres et 77,5 % par un prêt à long terme. Au Brésil, les travaux de génie civil et l'infrastructure avaient été financés par le Fond de financement pour l'acquisition de machines et d'équipements de l'Agence spéciale de financement industriel et de la Banque nationale de développement du Brésil, tandis que l'équipement et les autres actifs avaient été financés par des fonds propres. L'investissement total s'élevait à environ 110 millions de R\$ (22 millions USD). En Türkiye (pour le projet de PPP de l'hôpital d'Adana), l'investissement total était de 596,7 millions USD, dont 494,62 millions USD financés par un prêt. La SFI a accordé un prêt de 163 millions USD pour le complexe sanitaire d'Adana, Etlik et Kayseri. En outre, la SFI a mobilisé 200 millions USD de financement supplémentaire (représentant 35 % du total du prêt) et une garantie de 157 millions USD de l'Agence multilatérale de garantie des investissements pour Adana. En Türkiye (Ankara), diverses institutions ont participé au financement du prêt, notamment la Banque mondiale, la SFI, l'Agence multilatérale de garantie des investissements, la Banque islamique de développement, la Banque européenne d'investissement et la Banque européenne pour la reconstruction et le développement.

#### Projets de contractualisation

- 48. Les informations sur le financement étaient disponibles uniquement pour le projet de contractualisation en Éthiopie, qui a bénéficié d'une subvention de la Fondation Bill et Melinda Gates.**

#### ix. Dépenses directes

#### Projets de PPP

- 49. Sur les dix projets de PPP pour lesquels l'information était disponible, seuls deux projets (les deux au Nigeria) exigeaient un paiement de la majorité des patients. En revanche, les autres projets pour lesquels l'information était disponible fournissaient les services gratuits aux patients.** Dans les projets de PPP en Albanie, en Australie, au Brésil, en Inde (hôpital de Patna), au Kenya et en Türkiye (Adana, Ankara et Yozgat), les patients ne payaient pas les services de leur poche. Dans l'État de Jharkhand, en Inde (les deux projets de PPP), les services étaient financés par l'assurance maladie et fournis gratuitement aux patients à faibles revenus, tandis que les patients bénéficiant d'une assurance privée devaient payer pour les services.
- 50. Aucune information sur les paiements effectués par les patients n'était disponible pour les cinq projets de contractualisation.**

## x. Exigences réglementaires

### Projets de PPP

51. **L'information sur les exigences en matière de réglementation médicale était disponible pour 11 projets de PPP. Tous les projets devaient respecter les réglementations nationales en matière de qualité et de sécurité. En outre, un projet en Albanie devait mettre en œuvre une norme avancée de l'Organisation internationale de normalisation (International Organization for Standardization ; ISO), qui n'était pas obligatoire pour le fonctionnement des laboratoires publics.** L'information sur les systèmes de réglementation était disponible pour les projets de PPP en Albanie, en Australie, au Brésil, en Inde (État du Jharkhand et État de l'Haryana), au Kenya, au Nigeria (États de Kano et d'Abia) et en Türkiye (trois projets). Dans le cas de l'Albanie, le projet de PPP devait recevoir l'accréditation ISO 15189:2012 (non requise pour les laboratoires publics) au cours des trois premières années de la concession.

### Projets de contractualisation

52. **L'information sur les exigences réglementaires était disponible pour deux projets de contractualisation. Le projet en Égypte devait se conformer à l'accréditation nationale standard des laboratoires, tandis que le projet en Éthiopie devait répondre à des normes d'accréditation internationales avancées, y compris l'accréditation de la Joint Commission.**

## xi. Indicateurs clés de performance

### Projets de PPP

53. **Tous les projets de PPP pour lesquels l'information était disponible étaient soumis à des indicateurs clés de performance (ICP) assortis de sanctions financières en cas de résultats insuffisants.** En Albanie, les ICP comprenaient le délai maximum d'obtention des résultats de laboratoire (séparément pour les analyses urgentes et les analyses standard ou de routine), le contrôle de la qualité, la formation du personnel, la fiabilité de l'équipement de laboratoire, la qualité de la documentation du laboratoire, la certification ISO et l'accréditation. En Australie, les exemples d'ICP comprenaient le temps de gestion des déchets, le temps d'attente des patients et le délai d'exécution. Au Brésil, les ICP comprenaient le délai entre la demande de rendez-vous et l'heure du rendez-vous-même, la durée entre l'arrivée du patient et la disponibilité du rapport, et le délai entre la réalisation de l'examen et la disponibilité du rapport. Au Kenya, les ICP comprenaient le respect des délais, l'entretien du matériel, la motivation du personnel et la performance. En Türkiye, les ICP comprenaient la prise de rendez-vous (dans un délai de trois jours ou moins pour l'imagerie), les temps d'arrêt, le temps d'attente des patients, etc. Les détails concernant les ICP des autres projets n'étaient pas disponibles.

### Projets de contractualisation

54. **Aucune information sur les ICP n'était disponible pour les projets de contractualisation.**

## xii. Risques

### Projets de PPP

- 55. Les informations sur les risques potentiels et réels liés à la mise en œuvre des projets ont été recueillies dans le cadre de 11 projets, notamment les risques financiers, politiques, opérationnels, juridiques et ceux liés à la demande.** Les projets concernés étaient ceux de l'Albanie, l'Australie, le Brésil, l'Inde (État d'Hararyana), l'Italie, le Kenya, le Nigeria (deux projets de PPP) et la Türkiye (Yozgat, Ankara et Yozgat).
- 56. Sur les 11 projets de PPP pour lesquels l'information était disponible, pour six d'entre eux, il a été fait état de risques financiers potentiels.** Les projets de PPP en Albanie et en Türkiye (Yozgat, Adana et Ankara) ont identifié des risques financiers liés à l'inflation et aux taux de change. Alors que ce risque ne s'est pas matérialisé en Albanie, les trois projets de PPP en Türkiye ont connu l'inflation et la dévaluation de la lire turque. Les listes de remboursement, qui ont été utilisées pour déterminer les frais des services de diagnostic, étaient libellées en liras turques. Ces listes étaient mises à jour chaque année et ne tenaient pas suffisamment compte de la fluctuation de la valeur de la monnaie locale et de la modification des frais de service en fonction des taux d'inflation annuels. En Australie, le principal risque financier était lié au refinancement, car le marché ne fournissait pas de financement pour toute la durée de la concession du projet de PPP. Le projet de PPP
- 57. Le PPP australien est le seul pour lequel il a été fait état d'un risque politique explicite.** En Australie, l'attribution du contrat a été retardée de six mois à douze mois en raison de discussions politiques. Des questions ont été soulevées par le conseil des travailleurs et il a fallu six à sept mois pour les résoudre. Finalement, le tribunal a décidé que le projet devait être attribué au soumissionnaire le moins disant.
- 58. Pour cinq projets de PPP, il a été fait état de divers risques opérationnels.** En Albanie, le consortium retenu s'est heurté à une pénurie de personnel de laboratoire qualifié sur le marché, de nombreux professionnels ayant émigré à l'étranger en raison des bas salaires. En Italie, certains équipements n'ont pas été utilisés à leur plein potentiel. Les raisons de cette situation n'ont pas été indiquées mais les patients ont dû attendre longtemps avant d'être examinés (jusqu'à 60 jours pour le premier rendez-vous disponible) et les objectifs budgétaires n'ont pas été atteints. Au Kenya, certains équipements médicaux ont également été sous-utilisés, mais aucun détail spécifique n'a été fourni sur les raisons de cette sous-utilisation. En Australie, le consortium a dû respecter des normes très strictes en matière de disponibilité et de performance (ICP). En Inde, il a été difficile de déterminer le nombre de personnes ayant effectivement reçu un service dans le cadre du projet de PPP. Au Brésil, les hôpitaux ont dû effectuer des travaux de rénovation et d'agrandissement tout en continuant à fournir des services ininterrompus.

- 59. Pour deux projets de PPP, il a été déclaré des risques liés à la demande.** En Albanie, il n'y avait pas de garantie de revenu minimum convenue pour le secteur privé. Au contraire, le concessionnaire était rémunéré en fonction du nombre de tests effectués. Au Nigeria, la majorité de la population n'avait qu'un accès limité aux services en raison des paiements directs qui étaient inabordables pour eux.
- 60. Le projet de PPP au Kenya est le seul pour lequel il a été signalé des risques juridiques.** Cela s'explique par l'absence de lois et de règlements adéquats régissant l'accès aux équipements médicaux et leur utilisation appropriée dans le pays. Des risques juridiques ont également été identifiés dans le processus de passation des marchés au niveau du comté, ainsi que dans les normes comptables.

#### Projets de contractualisation

- 61. Des informations non exhaustives sur les risques n'étaient disponibles que pour deux projets de contractualisation. Pour le projet en Éthiopie, il était question d'un risque financier, tandis que pour le projet en Roumanie, il était question d'un risque politique.** Le principal risque auquel a été confronté l'opérateur privé en Éthiopie était lié au respect des délais de paiement par l'hôpital public. En Roumanie, le partenaire privé ne se considérait pas comme un partenaire égal dans la prestation de services car le secteur public était dominant.

### xiii. Potentiel de mise à l'échelle

#### Projets de PPP

- 62. L'information sur le potentiel d'extension était disponible pour cinq projets de PPP, et pour tous les cinq, il a été indiqué qu'il existait un tel potentiel.** En Albanie, il était possible d'élargir l'éventail des tests proposés à l'avenir et de créer des centres de laboratoires pour réduire les délais d'exécution. En Australie, la possibilité d'inclure la technologie de l'imagerie médicale dans le champ d'application du projet de PPP était toujours à l'étude, mais la décision restait politique. Au Brésil, des négociations étaient en cours pour étendre les services en incorporant une autre unité de diagnostic, et il était possible d'étendre la prestation de services à d'autres régions de l'État de Bahia. En outre, le potentiel d'extension du projet au Kenya résidait dans l'institutionnalisation du modèle. En Inde (État d'Haryana), le projet de PPP, qui a commencé par une phase pilote en 2014, a été ensuite lancée en 2016 avec 5 districts, puis étendu à 16 districts en 2018. Il était prévu de l'étendre à l'ensemble de l'État avec l'ajout de quatre camionnettes supplémentaires en 2019. En outre, il était possible de reproduire des projets similaires dans d'autres états.

#### Projets de contractualisation

- 63.** Aucune information n'était disponible sur le potentiel d'extension des projets de contractualisation identifiés.



## C. Impact de la COVID-19 et avantages en termes de contrôle de la COVID-19

### Projets de PPP

64. **L'information sur l'impact de la COVID-19 était disponible pour deux projets de PPP, soit au Brésil et en Türkiye (Yozgat) où les projets ont contribué à renforcer la réponse du pays à la pandémie.** Au Brésil, la pandémie a affecté le volume des tests effectués dans les structures de santé du PPP. Le nombre de radiographies, de mammographies et d'examens IRM a diminué, mais le nombre d'examens de tomodensitométrie a augmenté car ils faisaient partie du protocole de diagnostic de la COVID-19. En outre, l'une des unités du PPP a été réaffectée exclusivement aux soins des patients atteints du COVID-19. En Türkiye, le projet de PPP s'est avéré bénéfique pour répondre à la demande accrue d'unités de soins intensifs. En outre, toutes les structures de santé du PPP ont été transformées en établissements spécialisés dans la COVID-19 pendant la pandémie. Le gouvernement a également profité de ces hôpitaux pour augmenter le nombre de lits.

### Projets de contractualisation

65. **Deux projets de contractualisation (en Roumanie et en Jordanie) ont été initiés spécifiquement pour renforcer les capacités des gouvernements en matière de tests COVID-19.** L'information relative à l'impact de la COVID-19 n'était pas disponible pour les autres projets de contractualisation.

## D. Gains de productivité et d'efficacité dans les projets de PPP et de contractualisation

66. **Des informations non exhaustives sur les gains de productivité et d'efficacité réalisés grâce à la participation du secteur privé étaient disponibles pour 11 projets de PPP et quatre projets de contractualisation.** Certaines informations étaient disponibles pour les projets de PPP en Albanie, au Brésil, en Inde (les deux projets de l'État de Jharkhand et celui de Patna), au Kenya, au Nigeria (les deux projets de PPP) et en Türkiye (les trois PPP) et pour quatre projets de contractualisation en Éthiopie, en Jordanie, en Roumanie et en Suède.
67. **Des améliorations des indicateurs présentés ci-dessous ont été signalées.** Il est important de noter que cette liste n'est pas exhaustive (le fait que l'analyse documentaire n'ait pas permis d'identifier une amélioration dans un projet n'implique pas qu'il n'y a pas eu d'amélioration).

### Projets de PPP

- Délai d'exécution des services (Albanie, Inde (Haryana) et Kenya)
- Temps d'attente des patients (Brésil)
- Nombre de patients traités par jour/année (Albanie, Brésil, Inde (Haryana), Kenya et Türkiye)
- Planification et évaluation (y compris la budgétisation), achats et logistique, et entretien et réparation (Albanie, Brésil et Kenya)
- Qualité de l'équipement (Albanie, Brésil, Inde (Jharkhand), Italie et Nigeria)

- Accès aux services de santé (Albanie, Inde (Patna), Kenya et Nigeria)
- Formation du personnel local (Albanie et Kenya)
- Résilience aux risques climatiques (Türkiye (Adana))
- Consommation d'énergie (Türkiye (Adana))
- Contrôle de la pandémie de COVID-19 (Australie)

#### Projets de contractualisation

- Temps d'attente des patients (Suède)
- Contrôle de la pandémie de COVID-19 (Jordanie, Éthiopie et Roumanie)

## E. Leçons identifiées

### 68. Les leçons suivantes ont été identifiées :

#### Projets de PPP

- **Une évaluation complète des besoins est essentielle**
  - a. Il est essentiel de mener des évaluations approfondies des besoins. (Kenya)
  - b. Il est essentiel de réaliser une évaluation holistique préalable à l'appel d'offres. Au cours de la procédure d'appel d'offres, l'identification des ressources et des infrastructures du pays est bénéfique pour les soumissionnaires potentiels. (Albanie)
- **Il est important d'obtenir le soutien des décideurs de haut niveau et impliquer toutes les parties concernées**
  - a. Il est nécessaire de disposer d'un leadership fort au plus haut niveau (le bureau du président si possible) pour garantir l'efficacité des projets. (Sénégal)
  - b. Le soutien des hauts fonctionnaires est essentiel à la réussite du projet. Par exemple, le soutien des principaux responsables du gouvernement de l'État indien a été essentiel pour promouvoir le partage des données et garantir la présence de médecins chevronnés lors des visites des camionnettes mobiles. (Inde, Haryana)
  - c. Il est important d'impliquer les principales parties prenantes au sein du ministère de la santé. (Kenya)
  - d. Il faut veiller à ce que toutes les parties soient impliquées, y compris le service juridique. (Sénégal)
  - e. Pour garantir une mise en œuvre efficace, des lois appropriées sont nécessaires. Il est essentiel d'impliquer et de consulter des experts juridiques afin d'éviter les malentendus et de garantir une mise en œuvre harmonieuse. (Sénégal)
- **La portée du projet doit être prise en considération**
  - a. Il est important de mettre en place des projets de grande envergure qui favoriseront la croissance économique et attireront des opérateurs privés internationaux de premier plan. (Sénégal)
  - b. La centralisation de la préparation des rapports dans un centre opérationnel de rapports à distance et connecté 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 a permis d'augmenter la capacité d'imagerie diagnostique en améliorant la souplesse des tests, la qualité de la préparation des résultats et, par conséquent, a fourni des diagnostics plus précis, tout en améliorant de manière significative le taux de rotation des lits d'hôpitaux. (Brésil)

- **Les projets doivent être adaptés au contexte local**
  - a. Chaque projet de PPP doit avoir sa propre structure et être basé sur les besoins, les normes, les accords et les attentes locales. Il est important de former les populations locales afin de renforcer leur capacité à développer leurs «propres» projets de PPP. (Kenya, Sénégal et Türkiye)
- **Les mécanismes de paiement doivent être clairs, robustes et pro-pauvres.**
  - a. L'accord de PPP devrait être accompagné de mécanismes de paiement clairs et robustes entre les partenaires publics et privés. (Sénégal)
  - b. Pour éviter les inégalités et éliminer les obstacles, les projets de PPP doivent prévoir un financement pour les pauvres et les personnes vulnérables. (Nigéria)
- **Les prestataires doivent être motivés à travers ICP transparents et réalisables tout au long des projets.**
  - a. Veiller à ce que tous les fournisseurs impliqués dans le projet soient informés des ICP dès les premières étapes, de la conception à la mise en œuvre. (Albanie)
  - b. Inciter les fournisseurs d'équipements à établir des relations à long terme. (Albanie et Sénégal)
- **Les risques doivent être analysés en profondeur et attribués à la partie la plus apte à les gérer.**
  - a. Les risques (inflation, dépréciation et paiements fixes) doivent être analysés en profondeur et répartis avec soin entre les secteurs public et privé. (Türkiye (Adana, Ankara et Yozgat))
  - b. Les risques doivent être clairement répartis entre les parties du consortium afin que chacune d'entre elles soit motivée et incitée à agir. (Australie, Türkiye (Adana, Ankara, et Yozgat), et Italie)
  - c. Les aspects des projets de PPP qui nécessitent une expertise technique doivent être confiés au secteur privé. Cela permettra au ministère de la santé de se concentrer sur les services de soins de santé. (Türkiye (Adana, Ankara et Yozgat))
  - d. Il est préférable de transférer les risques à la partie la mieux équipée pour les gérer. (Sénégal)
  - e. Les contrats de services de gestion d'équipements exigent une gestion complète de tous les équipements médicaux pendant toute la durée du contrat, ce qui comprend la possession, la fourniture, l'achat, l'installation, la mise en service, la formation des utilisateurs, la gestion des actifs, la maintenance et le remplacement. (Australie)
- **La normalisation, le dialogue et l'apprentissage par l'expérience peuvent conduire à des résultats significatifs.**
  - a. Il est important de faciliter le dialogue entre les visionnaires et les porteurs des projets en créant une plateforme de mise en réseau et/ou un répertoire en ligne des projets de PPP. (Kenya)
  - b. Il est important de traduire et de diffuser les politiques relatives aux PPP. (Kenya)
  - c. L'élaboration de catalogues de prototypes de projets de PPP et de modèles de contrats est essentielle. (Kenya)

## Projets de contractualisation

### ■ Il est essentiel de comprendre le contexte local

- a. Lors de la prestation des services de laboratoire, les capacités locales sont essentielles. (Éthiopie)

### ■ Les économies d'échelle et la gestion du réseau sont importantes

- a. Il est plus efficace de collecter des échantillons dans différents centres et d'effectuer certains tests de laboratoire de manière centralisée, que de réaliser tous les tests dans chaque centre. Cela évite d'avoir à entretenir plusieurs équipements dans plusieurs centres. (Éthiopie et Albanie)

### ■ L'expérience contribue à la réussite des projets

- a. Une expérience réussie est utile pour initier et développer le projet. (Roumanie)





# 4 C

## DISCUSSION

69. **Les avantages potentiels d'un partenariat entre les secteurs public et privé sous la forme de projets de PPP et de contractualisation comprennent l'amélioration de l'accès et de la qualité des services d'imagerie et de laboratoire, ainsi que le transfert de technologie et d'expertise du secteur privé vers le secteur public, ce qui en fait une option attrayante pour les décideurs de haut niveau dans les PRFI qui s'efforcent de mettre en place la CSU.**<sup>59</sup> En raison de la faible capacité d'investissement des gouvernements dans les PRFI, les ressources du secteur privé pourraient jouer un rôle crucial pour remédier au manque d'investissements nécessaires dans les infrastructures, les équipements et le personnel technique.<sup>60</sup> L'implication du secteur privé est tout aussi importante car elle peut accroître la capacité de maintenance des équipements, qui est généralement très faible dans les PRFI. En outre, par le biais de contrats, les prestataires du secteur privé peuvent être soumis à une plus grande assurance qualité que les prestataires du secteur public, ce qui peut garantir la qualité des services fournis.<sup>61,62</sup> Tous ces avantages pourraient contribuer à la réalisation de la CSU et à l'amélioration de la préparation et de la réponse aux épidémies, qui sont fréquentes dans les PRFI.<sup>63</sup>
70. **Le secteur privé bénéficie également de la participation à ces partenariats ; ses avantages comprennent l'accès à de nouveaux marchés qui lui permettent d'investir dans des cadres d'accords robustes qui spécifient les références et le volume des services.** En outre, la nature à long terme des projets de PPP et la nature renouvelable des projets de contractualisation suggèrent que les partenaires du secteur privé peuvent bénéficier d'un flux de revenus à long terme, ce qui pourrait leur assurer un revenu prévisible et stable et les rendre attrayants pour d'autres clients. Le partage des risques dans le cadre des projets de PPP réduit le risque global encouru par le partenaire du secteur privé.
- 

- 71. Les PRFI devraient envisager de mettre en œuvre des projets de PPP et de contractualisation qui tirent parti des économies d'échelle.**<sup>64,65</sup> Lorsque les services fournis dans le cadre de projets de PPP et de contractualisation sont achetés pour plusieurs centres de santé ou hôpitaux, cela peut conduire à des coûts unitaires plus faibles. En outre, les projets de plus grande envergure ont le potentiel d'attirer des prestataires de services internationaux réputés, capables de fournir des services de haute qualité à des prix compétitifs. Une approche efficace pour améliorer l'efficacité et la qualité des services est la mise en œuvre de modèles en étoile. Ces modèles gèrent la fourniture de services de diagnostic sur plusieurs sites, en veillant à ce que les services ne soient pas dupliqués simultanément sur tous les sites. Cette stratégie peut grandement améliorer l'efficacité et la qualité des services fournis.
- 72. Les modèles de paiement doivent être conçus pour encourager la fourniture de services efficaces et de haute qualité, mesurés par des ICP, et des mécanismes financiers doivent être mis en œuvre pour aider les pauvres et les personnes vulnérables à accéder aux services de santé.** Des ICP transparents et réalisables, liés aux paiements, garantissent que les projets donnent la priorité à l'intérêt des patients et du partenaire public. Les dépenses directes des patients, comme l'ont démontré les projets de PPP au Nigeria, peuvent entraîner des retards dans le recours aux soins. Ces retards peuvent aggraver l'état de santé des patients et, en fin de compte, les obliger à recourir à des traitements plus coûteux et plus complexes.<sup>66</sup>
- 73. Les projets de PPP et de contractualisation doivent être adaptés au contexte local.** Cela nécessite l'implication d'acteurs locaux qui comprennent les besoins et les circonstances locales, y compris les facteurs politiques, économiques, sociaux et culturels qui peuvent avoir un impact sur la réussite des projets. Ces acteurs peuvent fournir des informations précieuses sur les besoins et les préférences des communautés locales, qui peuvent être utilisées pour la conception et la mise en œuvre des projets, ce qui permet d'obtenir des projets efficaces, efficaces et durables.
- 74. La décision de recourir à un projet PPP ou à un projet de contractualisation pour relever un défi spécifique en matière de services de santé doit se fonder sur une analyse approfondie des besoins et des ressources des systèmes de santé ; cette analyse doit prendre en compte les coûts et les avantages associés à chaque projet par rapport à la fourniture de services par le seul secteur public.** Une évaluation complète des besoins est essentielle pour identifier l'écart entre les ressources disponibles et les résultats souhaités. Elle doit guider le développement et la mise en œuvre des projets afin de garantir leur alignement sur la stratégie globale en matière de santé, de répondre efficacement à des besoins jusque-là non satisfaits et, en fin de compte, d'assurer un bon rapport qualité-prix. Si le partenariat avec le secteur privé présente des avantages évidents, il comporte également certains risques.
- 75. L'importance de système de réglementation a été soulignée dans notre analyse des différents projets.** Un système de réglementation efficace est essentiel, entre autres, pour l'accréditation des installations, des équipements et des services. Il garantit que les services fournis répondent aux normes de qualité et de sécurité requises. En outre, il favorise la transparence et la responsabilité des prestataires de soins de santé, ce qui stimule la confiance. Ce système garantit également la protection de l'intérêt public.<sup>67</sup> En outre, la surveillance réglementaire permet de s'assurer que les projets de PPP et de contractualisation respectent les normes éthiques et juridiques.<sup>67</sup>

- 76. On ne saurait trop insister sur l'importance d'une analyse détaillée des risques et d'une répartition appropriée des risques pour la réussite des projets de PPP et de contractualisation, d'autant plus qu'une bonne répartition des risques dépend en premier lieu de leur identification.**<sup>68</sup> Cela a déjà été souligné dans un certain nombre d'études.<sup>69-72</sup> Les risques identifiés dans les projets que nous avons analysés comprenaient des risques juridiques, financiers, opérationnels, liés à la demande, liés à l'environnement et politiques. La répartition des risques n'implique pas le transfert de tous les risques au partenaire du secteur privé. Au contraire, les risques doivent être attribués aux parties les mieux placées pour les gérer et chaque partie doit être disposée à les accepter dans le contexte spécifique du pays.<sup>60</sup>
- 77. L'expérience (ou l'assistance dans la préparation des projets) est un facteur de succès essentiel pour une mise en œuvre réussie.** Premièrement, la mise en œuvre de projets de PPP et de contractualisation implique de surmonter des obstacles juridiques, financiers et opérationnels complexes, qui peuvent être atténués en tirant des leçons des projets antérieurs et en évitant les erreurs commises.<sup>67</sup> Deuxièmement, l'expérience renforce la confiance des parties prenantes, car elle témoigne d'une expérience réussie, ce qui entraîne une plus grande adhésion de la part des parties prenantes. Troisièmement, l'expérience permet aux pays de mieux comprendre les facteurs qui contribuent à la durabilité des projets, ce qui peut aider à développer des projets viables à long terme. Quatrièmement, l'élaboration de stratégies efficaces de gestion des risques demande du temps, et l'expérience est indispensable dans ce contexte.<sup>67</sup> Enfin, pour mettre en œuvre avec succès des projets de PPP et de contractualisation, les pays ont besoin d'une forte capacité institutionnelle, y compris de mécanismes de réglementation et de contrôle dont le développement nécessite de l'expertise et de l'expérience.<sup>67</sup> Cela a également été souligné comme un facteur critique de succès dans une étude précédente.<sup>73</sup> Dans les cas où l'expérience locale fait défaut, la recherche d'expertise auprès d'institutions compétentes telles que la SFI et d'autres institutions financières internationales peut être bénéfique au cours du développement et de la mise en œuvre des projets de PPP.

## Limites de l'étude

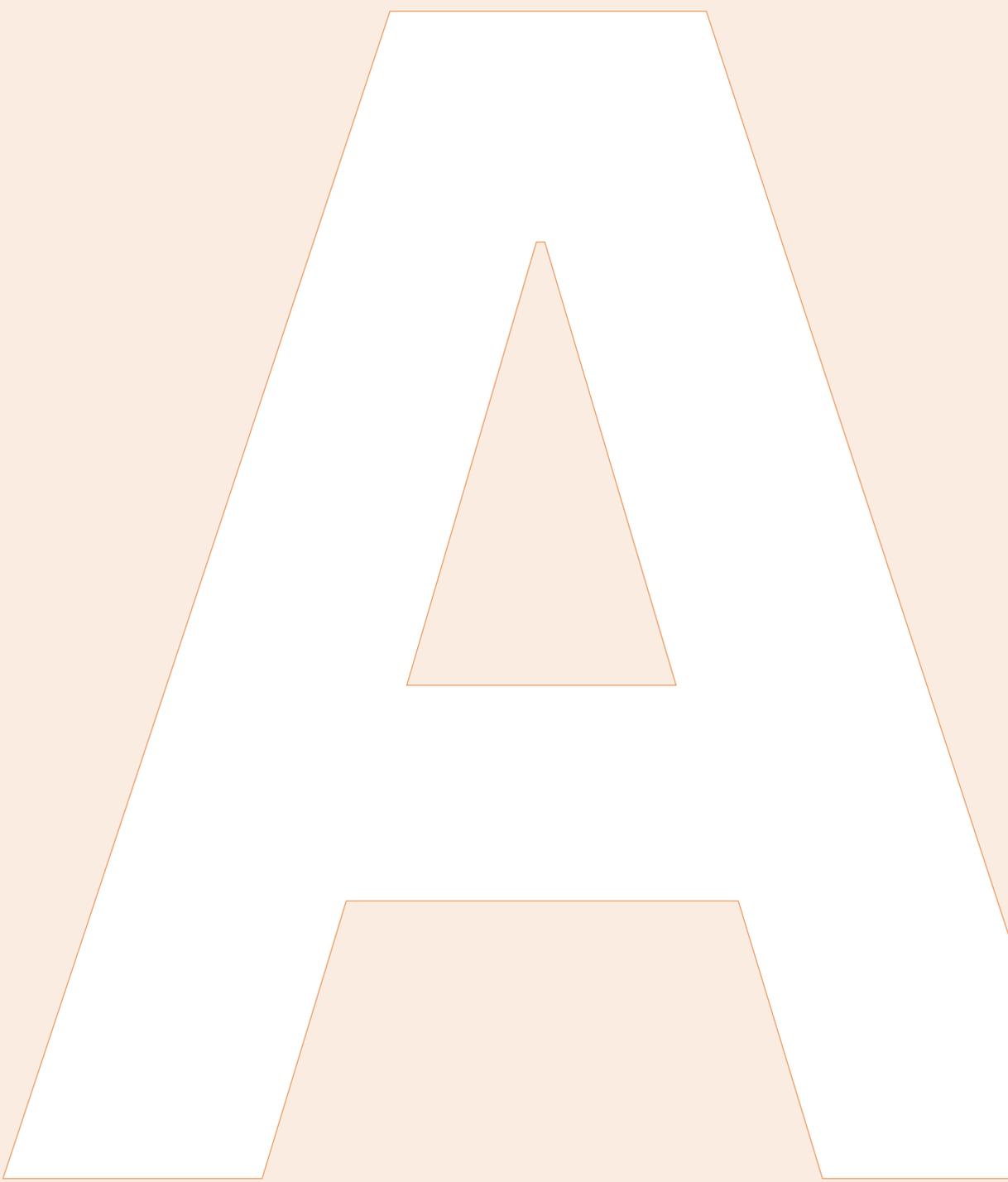
- 78.** L'étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, le protocole d'échantillonnage pour les entretiens (échantillonnage de commodité) peut avoir entraîné l'omission de plusieurs projets de PPP et de contractualisation liés à l'imagerie et aux laboratoires de diagnostic. En outre, en raison de l'impossibilité d'interroger plusieurs personnes indépendantes pour la plupart des projets, les informations obtenues peuvent ne pas avoir été exhaustives et peuvent avoir été biaisées. Deuxièmement, la conception de la revue de littérature de portée (qui n'a été effectuée que pour les termes « PPP » et « imagerie » pour les projets établis depuis 2012) nous a potentiellement conduit à manquer des projets axés sur les laboratoires. Troisièmement, alors que les entretiens visaient à recueillir des informations sur tous les aspects pertinents des projets au moyen de questionnaires structurés, les documents trouvés au cours de la revue de la littérature de portée ne couvraient pas tous ces aspects. Par conséquent, l'étude n'inclut pas toutes les informations pertinentes pour tous les projets, ce qui réduit la représentativité des résultats. Néanmoins, il est important de noter que l'objectif de l'étude n'était pas d'identifier toutes les caractéristiques et toutes les leçons tirées de tous les projets, mais plutôt d'identifier les leçons clés qui peuvent guider les pays dans la réussite du développement et de la mise en œuvre de leurs projets de PPP et de contractualisation.



# 5.

## CONCLUSIONS

- 79.** Dans cette étude, nous avons identifié des leçons clés qui peuvent augmenter les chances de succès des projets de PPP et de contractualisation dans les PRFI. Ces leçons montrent que le développement et la mise en œuvre de projets de PPP et de contractualisation est un processus complexe qui nécessite un examen minutieux de divers aspects. Les leçons englobent divers aspects qui devraient être pris en compte dans le développement et la mise en œuvre de ces projets. Pour les projets de PPP, les aspects à prendre en considération sont les suivants : (i) l'évaluation des besoins qui doit être effectuée en premier lieu et prendre en compte les ressources et les infrastructures disponibles, ainsi que les prévisions de la demande ; (ii) le mécanisme de paiement qui doit être défini très clairement et être conforme au système de financement de la santé du pays ; (iii) l'appropriation par des groupes spécifiques de la population ciblée ; (iv) la répartition des risques entre les partenaires des secteurs public et privé ; (v) le soutien et le leadership du gouvernement ; (vi) l'expérience acquise lors de la participation à des projets antérieurs, qui peut aider à faire face aux obstacles au cours du processus de développement et de mise en œuvre ; (vii) le renforcement des capacités des acteurs locaux et du personnel de soins de santé ; et (viii) l'adaptation des projets au contexte local afin de s'assurer qu'ils répondent aux besoins des personnes concernées. Pour les projets de contractualisation, l'adaptation des projets au contexte local est aussi valable. En outre, les projets de PPP et de contractualisation ont joué un rôle déterminant dans la lutte contre la COVID-19 dans plusieurs pays, soulignant leur rôle important dans les situations d'urgence en matière de soins de santé. En partageant ces leçons, l'étude peut servir de base au développement de projets réussis de PPP et de contractualisation dans le domaine de la santé dans les PRFI, contribuant ainsi à l'agenda de la CSU dans ces pays.

A large, stylized letter 'A' is the central focus. It is composed of a white outline with a solid orange triangle in the center. The background is a light orange color with a subtle geometric pattern of lines.

**ANNEXE**

### Liste des documents identifiés lors de la recherche documentaire et de la revue de littérature de portée.

Nr.	Auteurs	Année de publication	Titre
1.	Institute of Economic Affairs	2020	<a href="#">8 Facts on the Medical Equipment Leasing Project in Kenya</a>
2.	Fonds Souverain d'Investissements Stratégiques (FONSIS) – SFI - POLIMED	N/A	Analyse du centre Polimed de M'Bour et recommandations pour le développement de nouveaux centres au Sénégal
3.	Giusti M., Persiani N., Silvia F., Ricci R.	2019	<a href="#">Planning and Managing of Diagnostic Imaging Technologies in Healthcare: The Introduction of Managed Equipment Service (MES) for the System's Sustainability</a>
4.	SFI	2022	CTA –PPP: Secteur Santé CAS PRATIQUES
5.	General Electric	2023	Improving Universal Health Coverage: Kenya PPP example
6.	SFI	2021	Public-Private Partnerships in Diagnostics
7.	SFI	2022	<a href="#">Public-Private Partnership Stories - Türkiye: Turkish Healthcare PPP Program</a>
8.	Mwaura N.	2017	Innovations to increase equity in access to quality healthcare services: The managed equipment services (MES) in Kenya
9.	Olotch C.	N/A	Managed equipment services (MES) - Healthcare for sustainable development: The Kenya MES Experience
10.	Ravishankar N., Lehmann J.	2015	Opportunities abound: public private partnerships for laboratory services in East Africa
11.	Olofsson P.T., Aspelin P., Bohlin J., Blomqvist L.	2019	<a href="#">The impact of contracts on outsourcing computed tomography examinations from a Swedish public university hospital to a private radiology unit</a>
12.	Nigeria HNP – Banque mondiale	2022	PPP Case Studies: Diagnostic Centers
13.	Ford D., Datta B., Prakash A.K., Tripathy J.P., Goyal P., Singh S., Jaiswal A., Trehan N.	2019	<a href="#">Fifth year of a public-private partnership to improve the case detection of tuberculosis in India: A role model for future action?</a>
14.	SFI, Banque nationale de développement du Brésil, Banque interaméricaine de développement	2016	<a href="#">Public-Private Partnership Stories - Brazil: Bahia Health 2 - Imaging Diagnostic</a>
15.	SFI	2016	<a href="#">Public-Private Partnership Stories - India: Jharkhand Radiology Services PPP</a>
16.	SFI	2021	<a href="#">Public-Private Partnership Impact Stories - India: Patna (Bihar) Hospital PPP</a>
17.	SFI	2016	<a href="#">Public-Private Partnership Impact Stories - India: Jharkhand Pathology Services</a>
18.	N/A	N/A	Türkiye Health Care Transformation: Maximizing Finance for Development in the Health Sector
19.	APO Group	2022	<a href="#">Kenya: Health CS Pledges to Sustain Ongoing Reforms as he Receives MES Contracts Report</a>

**N/A :** Non disponible.

**Remarque :** Seuls les documents en libre accès comportent des liens vers les documents..



## RÉFÉRENCES

1. McIntyre D, Obse AG, Barasa EW, Ataguba JE. Challenges in financing universal health coverage in sub-Saharan Africa. In: *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance*. 2018.
2. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, World Health Organization. SDG 3 Goodhealth and well-being: ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. 2021.
3. World Bank, World Health Organization. *Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses*. 2017.
4. World Health Organization. Universal health coverage (UHC). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)#:~:text=Progress%20on%20UHC%20is%20tracked,related%20indicators\)%20](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)#:~:text=Progress%20on%20UHC%20is%20tracked,related%20indicators)%20). Published 2023. Accessed 11 December, 2023.
5. World Health Organization, World Bank. *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report*. Washington DC, USA 2023.
6. Gatome-Munyua A, Sieleunou I, Sory O, Cashin C. Why Is Strategic Purchasing Critical for Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa? *Health Syst Reform*. 2022;8(2):e2051795.
7. Zaman SB, Hossain N. Universal Health Coverage: A burning need for developing countries. *Journal of Medical Research and Innovation*. 2017;1(1):18-20.
8. World Health Organization. Global monitoring report on financial protection in health 2021: executive summary. 2022.
9. World Bank. *DataBank. World Development Indicators*.
10. World Health Organization. *Towards better engagement of the private sector in health service delivery: a review of approaches to private sector engagement in Africa*. Geneva, Switzerland. 2022.
11. Reich MR, Harris J, Ikegami N, et al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet*. 2016;387(10020):811-816.

12. Chalkidou K, Glassman A, Marten R, et al. Priority-setting for achieving universal health coverage. *Bull World Health Organ.* 2016;94(6):462-467.
13. Bigdeli M, Laing R, Tomson G, Babar Z-U-D. Medicines and universal health coverage: challenges and opportunities. *Journal of pharmaceutical policy and practice.* 2015;8(1):1-3.
14. Mills A. Health policy reforms and their impact on the practice of tropical medicine. *British Medical Bulletin.* 1998;54(2):503-513.
15. Moeti M. Toward Universal Health Coverage in Africa. World Health Organization. <https://www.afro.who.int/news/toward-universal-health-coverage-africa>. Published 2015. Accessed 18 January, 2023.
16. Oleribe OO, Momoh J, Uzochukwu BS, et al. Identifying key challenges facing healthcare systems in Africa and potential solutions. *International Journal of General Medicine.* 2019;12:395.
17. Travis P, Bennett S, Haines A, et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *The Lancet.* 2004;364(9437):900-906.
18. Mills A. Health care systems in low-and middle-income countries. *New England Journal of Medicine.* 2014;370(6):552-557.
19. Falchetta G, Hammad AT, Shayegh S. Planning universal accessibility to public health care in sub-Saharan Africa. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2020;117(50):31760-31769.
20. Sundararaman T, Muraleedharan V, Ranjan A. Pandemic resilience and health systems preparedness: lessons from COVID-19 for the twenty-first century. *Journal of Social and Economic Development.* 2021;23(2):290-300.
21. Etteh C, Adoga M, Ogbaga C. COVID-19 response in Nigeria: health system preparedness and lessons for future epidemics in Africa. *Ethics, Medicine and Public Health.* 2020;15:100580.
22. World Bank. Change Cannot Wait: Building Resilient Health Systems in the Shadow of COVID-19. <https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/change-cannot-wait-building-resilient-health-systems-in-the-shadow-of-covid-19>. Published 2022. Accessed 18 June, 2023.
23. World Bank. Universal health coverage (UHC). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)). Published 2022. Accessed 18 June, 2023.
24. World Health Organization. *Baseline country survey on medical devices 2010*. World Health Organization;2011.
25. Aslam MZ, Trail M, Cassell III AK, Khan AB, Payne S. Establishing a sustainable healthcare environment in low-and middle-income countries. *BJU International.* 2022;129(2):134-142.
26. Yadav H, Shah D, Sayed S, Horton S, Schroeder LF. Availability of essential diagnostics in ten low-income and middle-income countries: results from national health facility surveys. *The Lancet Global Health.* 2021;9(11):e1553-e1560.
27. Home G, API GO, Athena A, Gallery M. The Global Health Observatory Explore a world of health data. *Primary Health Care.* 2021.
28. L'Économiste du Faso. Sogemab: '90% de nos problèmes sont dus à des engagements non tenus', DG, DaoudaTraoré. <https://www.leconomistedufaso.bf/2018/07/09/sogemab-90-de-nos-problemes-sont-dus-a-des-engagements-non-tenus-dg-daoudatraore/>. Published 2018. Accessed 23 November, 2018.
29. Perry L, Malkin R. Effectiveness of medical equipment donations to improve health systems: how much medical equipment is broken in the developing world? In. Vol 49: Springer; 2011:719-722.
30. Malkin R, Keane A. Evidence-based approach to the maintenance of laboratory and medical equipment in resource-poor settings. In. Vol 48: Springer; 2010:721-726.

31. Hricak H, Abdel-Wahab M, Atun R, et al. Medical imaging and nuclear medicine: a Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology*. 2021;22(4):e136-e172.
32. Wurcel V, Cicchetti A, Garrison L, et al. The value of diagnostic information in personalised healthcare: a comprehensive concept to facilitate bringing this technology into healthcare systems. *Public Health Genomics*. 2019;22(1-2):8-15.
33. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2019.
34. Harris RD, Marks WM. Compact ultrasound for improving maternal and perinatal care in low-resource settings: review of the potential benefits, implementation challenges, and public health issues. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 2009;28(8):1067-1076.
35. Adeniran AA, Hamill LC, Selby R, Downs P. COVID-19: A unique opportunity to improve laboratory capacity for neglected tropical diseases in sub-Saharan Africa. *Frontiers in Tropical Diseases*. 2022:101.
36. de Walque D, Friedman J, Gatti R, Mattoo A. How two tests can help contain COVID-19 and revive the economy. *World Bank Research and Policy Briefs*. 2020(147504).
37. Mporas I, Naronglerdrit P. COVID-19 identification from chest X-Rays. Paper presented at: 2020 International conference on biomedical innovations and applications (BIA)2020.
38. World Health organization. Ebola outbreak 2021- N'Zerekore, Guinea. <https://www.who.int/emergencies/situations/ebola-2021-nzerekore-guinea>. Published 2021. Accessed 13 February, 2023.
39. Shunsuke M. Project Information Document (Appraisal Stage) - Ebola Emergency Response Project - P152359 (English). World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/812361468198877613/Project-Information-Document-Appraisal-Stage-Ebola-Emergency-Response-Project-P152359>. Published 2014. Accessed 17 February, 2023.
40. Beinfeld MT, Gazelle GS. Diagnostic imaging costs: are they driving up the costs of hospital care? *Radiology*. 2005;235(3):934-939.
41. Montagu D, Chakraborty N. Standard Survey Data: Insights Into Private Sector Utilization. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:624285.
42. Koppenjan JF. The formation of public-private partnerships: lessons from nine transport infrastructure projects in the Netherlands. *Public Administration*. 2005;83(1):135-157.
43. Sadka E. Public-private partnerships: a public economics perspective. 2006.
44. Healthcare UK. Public Private Partnerships. UK Trade & Investment. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/266818/07\\_PPP\\_28.11.13.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266818/07_PPP_28.11.13.pdf). Published 2013. Accessed 20 December, 2022.
45. Grimsey D, Lewis MK. Evaluating the risks of public private partnerships for infrastructure projects. *International Journal of Project Management*. 2002;20(2):107-118.
46. Butt HA, Palmer DR. *Value for money in the public sector: the decision maker's guide*. B. Blackwell; 1985.
47. Hood C. A public management for all seasons? *Public administration*. 1991;69(1):3-19.
48. Lacity MC, Hirschheim R. The information systems outsourcing bandwagon. *MIT Sloan Management Review*. 1993;35(1):73.
49. Feeny DF, Willcocks LP. Core IS capabilities for exploiting information technology. *MIT Sloan Management Review*. 1998.

50. Blanken A, Dewulf G. PPPs in health: static or dynamic? *Australian Journal of Public Administration*. 2010;69:S35-S47.
51. Sadeghi A, Barati O, Bastani P, Jafari DD, Etemadian M. Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision. *J Pak Med Assoc*. 2016;66(11):1401-1406.
52. Loevinsohn B, Harding A. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *The Lancet*. 2005;366(9486):676-681.
53. Economist Intelligence Unit. Evaluating the environment for public-private partnerships in Africa, 2015. <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/library/evaluating-environment-public-private-partnerships-africa-2015-infrascoppe>. Published 2018. Accessed 9 March, 2023.
54. Leigland J. Public-Private Partnerships in Developing Countries: The Emerging Evidence-based Critique. *The World Bank Research Observer*. 2018;33(1):103-134.
55. Independent Evaluation Group. *Public-Private Partnerships in Health: World Bank Group Engagement in Health PPPs*. World Bank; 2016.
56. Hellowell M. Are public-private partnerships the future of healthcare delivery in sub-Saharan Africa? Lessons from Lesotho. *BMJ Global Health*. 2019;4(2):e001217.
57. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Systematic Reviews*. 2012;1(1):1-9.
58. World Bank. World Bank Country and Lending Groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. Published 2023. Accessed 23 December, 2022.
59. Nikolic IA, Maikisch H. Public-private partnerships and collaboration in the health sector: an overview with case studies from recent European experience. 2006.
60. Kwak YH, Chih Y, Ibbs CW. Towards a comprehensive understanding of public private partnerships for infrastructure development. *California Management Review*. 2009;51(2):51-78.
61. Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *PLoS Medicine*. 2011;8(4):e1000433.
62. Rosenthal G, Newbrander W. Public policy and private sector provision of health services. *The International Journal of Health Planning and Management*. 1996;11(3):203-216.
63. Tosam MJ, Ambe JR, Chi PC. Global emerging pathogens, poverty and vulnerability: an ethical analysis. *Socio-cultural dimensions of emerging infectious diseases in Africa: An indigenous response to deadly epidemics*. 2019:243-253.
64. Christoffersen H, Paldam M, Würtz AH. Public versus private production and economies of scale. *Public Choice*. 2007;130:311-328.
65. Ferris JM. The decision to contract out: An empirical analysis. *Urban Affairs Quarterly*. 1986;22(2):289-311.
66. Hunter WG, Zhang CZ, Hesson A, et al. What strategies do physicians and patients discuss to reduce out-of-pocket costs? Analysis of cost-saving strategies in 1,755 outpatient clinic visits. *Medical Decision Making*. 2016;36(7):900-910.
67. Wang Y, Wang Y, Wu X, Li J. Exploring the risk factors of infrastructure PPP projects for sustainable delivery: A social network perspective. *Sustainability*. 2020;12(10):4152.
68. Ward SC, Chapman CB, Curtis B. On the allocation of risk in construction projects. *International Journal of Project Management*. 1991;9(3):140-147.

69. Akintoye A, Hardcastle C, Beck M, Chinyio E, Asenova D. Achieving best value in private finance initiative project procurement. *Construction Management and Economics*. 2003;21(5):461-470.
70. Li B, Akintoye A, Edwards PJ, Hardcastle C. Critical success factors for PPP/PFI projects in the UK construction industry. *Construction Management and Economics*. 2005;23(5):459-471.
71. Qiao L, Wang SQ, Tiong RL, Chan T-S. Framework for critical success factors of BOT projects in China. *The Journal of Structured Finance*. 2001;7(1):53-61.
72. Zhang X. Critical success factors for public-private partnerships in infrastructure development. *Journal of Construction Engineering and Management*. 2005;131(1):3-14.
73. Jefferies M, Gameson R, Rowlinson S. Critical success factors of the BOOT procurement system: reflections from the Stadium Australia case study. *Engineering, Construction and Architectural Management*. 2002;9(4):352-361.





**LA BANQUE MONDIALE**  
BIRD • IDA | GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE