

TRÉSOR

DIRECTION GÉNÉRALE

SYNTHÈSE



*Projet RPE d'amélioration de la prise en charge
des urgences d'hôpitaux publics au Sri Lanka*



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES FINANCES
ET DES COMPTES
PUBLICS

MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE,
DE L'INDUSTRIE
ET DU NUMÉRIQUE

TRÉSOR

DIRECTION GÉNÉRALE

ÉVALUATION DES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT 2015

Sommaire

Avant-propos	7
Partie 1. Projet RPE d'amélioration de la prise en charge des urgences d'hôpitaux publics au Sri Lanka	9
1. Cadre et déroulement de l'évaluation	10
2. Présentation du Sri Lanka	10
3. Projet et réalisations	13
4. Retombées pour le pays partenaire (effet support)	15
5. Retombées pour les entreprises françaises (effet levier)	18
6. Conclusions	19
7. Recommandations	21
8. Annexe – Liste des sigles, acronymes et abréviations	23
Partie 2. Réponse de la direction générale du Trésor aux conclusions et recommandations	25

Partie 3. Pilotage de l'évaluation	35
1. Composition du comité de pilotage	37
2. Termes de référence	38

Avertissement

Les évaluations publiées par le ministère des Finances et des Comptes publics ont pour objectif de rendre compte des activités d'aide au développement avec impartialité et d'améliorer leur efficacité. Ces évaluations sont conduites conformément aux principes du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques et dans le respect de la Charte de la Société française d'évaluation. Les appréciations, observations et recommandations exprimées dans la présente évaluation le sont sous la seule responsabilité des consultants qui l'ont réalisée et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel du ministère.

Avant-propos

L'Unité d'évaluation des activités de développement de la Direction générale du Trésor a mené en 2014, conformément à ses règles et dans le respect des critères du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques, une évaluation rétrospective d'un projet, financé sur la Réserve pays émergents et visant l'amélioration de la prise en charge des urgences dans des hôpitaux publics du Sri Lanka.

La Réserve pays émergents (RPE) est un instrument d'aide géré par la Direction générale du Trésor qui permet de financer des projets répondant au double objectif d'appui au développement du pays bénéficiaire (effet support) et d'appui au développement à l'international des entreprises françaises (effet levier).

Le projet évalué a été financé par l'utilisation d'un prêt RPE d'un montant de 9,5 millions d'euros, accordé dans le cadre du protocole financier entre la France et le Sri Lanka, signé en septembre 2009 pour faciliter l'effort de reconstruction du pays, suite au tsunami qui avait frappé le pays en décembre 2004.

L'objectif principal de ce projet consistait à améliorer l'équipement d'hôpitaux publics situés dans les zones touchées par le tsunami (côtes sud du pays) et la guerre civile (au nord, à Jaffna). Plus précisément, il s'agissait de financer la fourniture de matériels de fabrication d'oxygène pour cinq centres de production et de contribuer à l'équipement en blocs chirurgicaux de six grands hôpitaux régionaux ou provinciaux, ainsi que de certains hôpitaux ou dispensaires de base. L'évaluation a pris en compte de manière explicite le contexte spécifique du projet : post-crise (tsunami de 2004) et post-conflit (guerre civile achevée en 2009).

L'évaluation de ce projet dont la mise en œuvre a débuté en juin 2010 et s'est achevée en septembre 2012, a été confiée au cabinet « Bureau des Opérations Internationales ». Elle a été supervisée par un comité de pilotage pluridisciplinaire composé de représentants des différentes administrations concernées et de personnalités extérieures.

L'évaluation fait ressortir que le projet a atteint les objectifs d'exécution technique et financière. En outre, il est jugé très pertinent et satisfaisant du point de vue des besoins prioritaires du Sri Lanka. Cependant, le projet n'a pas vraiment permis le développement des entreprises sur le marché. L'octroi d'un prêt RPE semble avoir été guidé davantage par la recherche d'un effet support que d'un effet levier, ainsi que par la volonté de la France de participer à l'élan international d'aide au Sri Lanka particulièrement touché par le tsunami de décembre 2004.

En conclusion, l'évaluation recommande plusieurs actions visant à améliorer l'effet de retour pour les entreprises françaises pour l'instruction de ce type de projet dans le même secteur d'activité : renforcer le suivi de l'offre française et établir un modèle de veille secteur/pays ; affiner la sélection des entreprises françaises et définir clairement les responsabilités contractuelles de chaque partie ; s'assurer de l'adéquation des équipements médicaux avec les besoins du pays ciblé ; prévoir un mécanisme de maintenance efficace et définir avec précision les conditions contractuelles régissant les garanties ; enfin, renforcer l'appréciation de l'effet levier lors de la mission d'évaluation.

Stéphane Paul
Inspecteur général des affaires sociales
Président du comité de pilotage

Projet RPE d'amélioration de la prise en charge des urgences d'hôpitaux publics au Sri Lanka

Évaluation réalisée par le Bureau des Opérations
Internationales

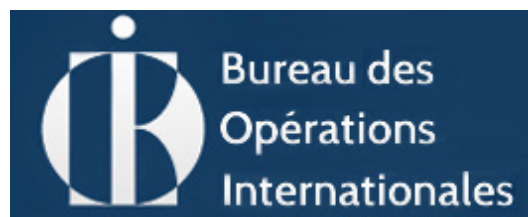
Équipe d'évaluation

Didier Nech, directeur associé du cabinet BOI

Patrick Martin, praticien hospitalier

Michel Aubert, médecin

Synthèse remise en janvier 2015



1. Cadre et déroulement de l'évaluation

Cette étude a pour objet l'évaluation rétrospective d'un projet d'amélioration de la prise en charge des urgences d'hôpitaux publics au Sri Lanka intitulé « *Amélioration de l'efficacité des salles d'opération, et fourniture d'unités de production d'oxygène, dans des hôpitaux affectés par le tsunami ou de régions reculées* ». Le projet a été financé par un prêt sur la Réserve pays émergents (RPE), instrument d'aide liée du ministère français de l'économie et des finances. Des prêts RPE suivant des conditions spécifiques très concessionnelles avaient été mis en place à la suite du tsunami au bénéfice des pays touchés par la catastrophe. Le projet s'est inscrit dans ce cadre et a bénéficié de ce financement bonifié.

La RPE a une double vocation d'appui au pays partenaire et de soutien aux entreprises françaises. La problématique générale de l'évaluation est de mesurer si et comment les réalisations ont produit des résultats concrets au bénéfice du Sri Lanka et au bénéfice des entreprises françaises sur le marché sri-lankais. Les travaux ont pris en compte ces deux visées de développement et ont cherché, à partir de l'examen des gains respectifs que la France et le Sri Lanka ont retirés et retirent du projet et de l'identification des perspectives ouvertes, à mesurer les retombées sur le secteur de la santé et plus spécifiquement le secteur hospitalier au Sri Lanka (effet support), sur la promotion du savoir-faire des entreprises et de la technologie françaises, ainsi que sur l'implantation des entreprises bénéficiaires sur le marché sri-lankais (effet levier).

L'évaluation s'est attachée à dégager une série de conclusions et d'enseignements, permettant de formuler des recommandations opérationnelles pour la conception et la mise en œuvre de ce type de projet. Des préconisations à portée plus générale ont été recherchées, dans le sens de l'amélioration permanente de la RPE, des procédures et des pratiques.

L'étude a été conduite en suivant la méthodologie développée selon le référentiel du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), à partir des cinq critères traditionnels : pertinence, efficacité, efficience, durabilité et impact. Les méthodes mises en œuvre comprennent des approches quantitatives et qualitatives.

Une grande part des analyses quantitatives repose sur la prise en compte du contexte, du système de santé du Sri Lanka et des interventions et projets de développement dans le secteur, mises en œuvre directement par l'Etat ou avec le soutien des partenaires techniques et financiers internationaux. La composante qualitative s'est concentrée

sur l'exploration des questions évaluatives, à partir d'études documentaires, d'entretiens et de la visite d'une sélection d'hôpitaux bénéficiaires à l'occasion d'une mission de terrain.

Les travaux ont été guidés par un comité de pilotage réunissant des responsables des principales administrations françaises en charge de l'aide au développement, et ont suivi les spécifications posées par les termes de référence concernant la démarche, les étapes, les livrables, et le calendrier d'exécution. La présente synthèse est un document indépendant, qui s'appuie sur le rapport général qui a été livré.

Le commanditaire a souhaité donner une dimension conjointe à l'évaluation en associant des responsables sri-lankais, du ministère de la Santé (*Ministry of Health / MoH*) et du ministère des Finances et du Plan (*Ministry of Finance and Planning / MFP*) qui se sont impliqués à plusieurs reprises en lien avec le comité de pilotage et se sont mobilisés pour faciliter la mission sur place.

2. Présentation du Sri Lanka

2.1. Repères généraux

Le Sri Lanka est une île de l'Océan indien située au Sud-Est de l'Inde. Sa superficie est de 65 610 km² (10% du territoire français). Le climat est tropical humide, et le pays est particulièrement exposé à la fois aux sécheresses et aux pluies torrentielles de mousson provoquant de graves inondations et des glissements de terrain. D'après le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la population du Sri Lanka fait partie des populations les plus exposées aux inondations (1^{er} rang).

La population du Sri Lanka, rurale à 85%, est de 20,3 millions (2012) majoritairement cingalaise (73,8%) et comprenant aussi 8,5% de Tamouls, et 7,2% de Maures sri-lankais. Ce clivage ethnique entraîne une diversité religieuse (Bouddhisme, Hindouisme et Islam). Les populations tamoules sont implantées principalement dans le Nord et l'Est du pays. Les tensions anciennes entre les deux groupes cingalais et tamoul ont abouti à une guerre civile qui a duré plus de 25 ans pour s'achever en mai 2009.

Depuis la fin du conflit, l'économie sri-lankaise se développe rapidement. Avec un produit national brut (PNB) de l'ordre de 60 milliards de dollars en 2012 (source Banque Mondiale) soit 3 000 dollars/habitant, le pays est classé parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (classement 2012-2013 du CAD-OCDE). La croissance est de 7,5 % en moyenne entre 2010 et 2013. Les

services dominant (57,5% du produit intérieur brut - PIB) entraînés par un fort développement du tourisme, l'industrie représente 31,5% du PIB et l'agriculture 11%.

L'indice de développement humain (IDH) du pays est classé « élevé » (0,715) et le Sri Lanka est au 92^e rang sur 187 pays en 2012, gagnant cinq places par rapport à l'année précédente.

Des inégalités régionales persistent sur le territoire notamment entre le Nord et l'Est, les plus touchés par le conflit, et le Sud du pays où se concentre l'activité (la province occidentale, autour de Colombo, produit à elle seule plus de 48 % du PIB avec seulement ¼ de la population du pays). La réduction de ces disparités régionales reste un enjeu important.

Durant la période de conception du projet (à partir de 2005), le Sri Lanka connaissait un double contexte difficile, post-catastrophe et post-conflit. Au moment du tsunami en décembre 2004, le Sri Lanka subissait une guerre civile depuis 1983, opposant les autorités nationales et un mouvement revendiquant l'indépendance tamoule, le *Liberation Tigers of Tamil Eelam* (LTTE). Dans différentes régions du pays, notamment le Nord et l'Est, touchées à la fois par le tsunami et la guerre civile, les difficultés se sont superposées, recrudescence des violences, ralentissement des opérations d'aide d'urgence, mise en cause de certaines organisations non gouvernementales (ONG), etc.

Le tsunami du 26 décembre 2004 a dévasté près de 800 kilomètres de littoral. Lorsque la vague se retira, la zone inondée s'étendait en moyenne sur plus d'un kilomètre à l'intérieur des terres. Selon la Croix Rouge, on a dénombré 35 000 personnes tuées ou disparues, 250 000 sinistrés, 850 000 personnes déplacées. Les dégâts matériels ont été estimés à près de 2 milliards de dollars.

La guerre civile du Sri Lanka a duré 25 ans de 1983 à 2009. Elle a été très coûteuse en vies humaines, faisant selon l'ONU entre 80 000 et 100 000 victimes. De février à juin 2009, environ 4 000 personnes blessées par la guerre ont subi des interventions chirurgicales. De nos jours, après avoir dépassé le nombre de 400 000, les personnes déplacées ont pratiquement toutes été réinstallées, de l'ordre de 14 000 sont encore dans des camps.

2.2. Une aide internationale significative

Le Sri Lanka bénéficie d'un appui international soutenu. L'aide publique au développement au sens du CAD-OCDE représente des volumes importants et réguliers, dépassant 4 milliards de dollars de versements nets de 2004 à 2012,

avec un pic en 2005 (doublement par rapport à l'année précédente) et 2006. Le Japon, est loin en tête des contributions de la zone OCDE (versements nets de 1,7 milliard de dollars en 10 ans) et devance même la Banque mondiale et les institutions européennes. La France est le 8^e contributeur bilatéral d'aide publique (126 millions de dollars de 2002 à 2012), et sa contribution représente 2,6% du total sur la période.

Au-delà de l'aide publique au développement déclarée au CAD, l'Inde et la Chine sont devenues des acteurs incontournables du développement du Sri Lanka, que ce soit sous forme de prêts ou d'investissement. Selon certaines sources, la Chine aurait versé jusqu'à ce jour de l'ordre de 3,6 milliards de dollars au Sri Lanka, dont 95 % à partir de 2005, principalement concentrés dans les domaines des infrastructures de transport et de l'énergie.

Sur la période 2006-2013, les interventions sont en majorité concentrées sur les infrastructures de transport (43,6%), le deuxième poste est l'énergie (12,6%). L'eau potable représente 9% des soutiens. La santé et les services sociaux représentent 4,5%.

2.3. Des soutiens internationaux moins importants dans le domaine de la santé

Compte tenu de l'évolution du pays, l'aide internationale a tendance désormais à s'adresser en priorité à d'autres secteurs d'activité plus axés sur le développement économique, tandis que dans le même temps les prêts bonifiés se sont pratiquement éteints. Les projets financés par l'aide internationale dans le domaine de la santé représentent des versements nets à hauteur de 158 millions de dollars de 2005 à 2012 (soit 5% du total des versements nets de l'aide internationale sur la période).

Les engagements sont cependant importants, un montant de l'ordre de 800 millions d'euros sur la période 2011-2018. Près de 40 projets de développement du secteur, projets nouveaux, décidés, ou en cours de réalisation sont identifiés. Sur cet ensemble, environ 200 millions d'euros sont en cours de réalisation. Les engagements acquis atteignent 591 millions d'euros, à partir de prêts de la Chine, de la Banque mondiale, des Pays-Bas, de l'Arabie saoudite, de l'Inde, de l'Allemagne, du Japon, de l'Autriche, de l'Australie et d'Israël.

La Banque mondiale reste engagée dans le secteur de la santé, principalement à travers un programme d'appui « *Health sector development program* » initié en 2004 (74 millions de dollars) et prolongé récemment pour sa deuxième phase 2013-2018 avec un financement de 200 millions de dollars. Au plan bilatéral, le Japon a coopéré en

appui institutionnel pour le développement des capacités et la mise au point des politiques publiques, ainsi que pour la reconstruction ou la construction d'infrastructures de santé. L'aide japonaise dans le secteur a atteint 80,8 millions de dollars de 2004 à 2012, soit la moitié de toutes les contributions internationales. La France se situe au 2^e rang des intervenants bilatéraux dans le domaine de la santé derrière le Japon. Les interventions des Etats-Unis, de l'Allemagne, du Canada, de l'Italie, du Royaume-Uni et de la Suède sont marginales.

Concernant plus spécifiquement les soutiens post tsunami dans le domaine de la santé, on peut citer les grands programmes du Japon (1^{er} contributeur du secteur dans la période), de la Banque mondiale, de la France (3^e contributeur dans la période), auxquels s'ajoutent des projets non pris en compte par les statistiques de l'OCDE (Arabie saoudite, Inde).

Ces programmes se sont développés dans le moyen terme, et les réalisations ont dans l'ensemble été mises en œuvre après une phase d'ajustement de leurs priorités par les pouvoirs publics srilankais. Les réhabilitations importantes d'hôpitaux ou la construction de bâtiments nouveaux ont généralement été étudiées pendant trois ans et plus, et lancées à partir de 2008 (Japon à Anuradhapura), 2009 (Australie et France à Karapitiya) ou 2010 (Japon et France à Jaffna).

2.4. La bonne gouvernance du secteur de la santé

La population jouit, dans son ensemble, d'un bon état de santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le bilan du pays dans le domaine de la santé est satisfaisant. L'espérance de vie est élevée (72,5 ans). Le taux de fécondité des femmes est assez faible, puisqu'il se situe à 2 naissances par femme. Les chiffres de la mortalité infantile (17 pour 1 000 naissances vivantes) et maternelle (35 pour 100 000 naissances vivantes) sont inférieurs à ceux d'autres pays de la région.

Sur les 27 pays d'Asie, le Sri Lanka se classe parmi les meilleurs sur une série d'indicateurs, taux très faible de pénétration VIH (23 000 cas) et de la malaria (1 décès pour 100 000 habitants), le Sri Lanka étant pour ces maladies le 4^e pays le moins atteint de toute l'Asie. 8^e place pour la tuberculose. 9^e place pour l'espérance de vie, la mortalité maternelle, la mortalité infantile. Les résultats restent plus fragiles concernant la malnutrition (20% de la population, 17^e place dans le classement asiatique).

La santé est une priorité de longue date des autorités et les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ont été atteints sur toute l'étendue du pays, malgré quelques

disparités régionales. La transition démographique et épidémiologique est en cours, impliquant des changements au niveau des priorités et des défis pour le système sanitaire. Dans l'ensemble (secteur public et secteur privé) les dépenses de santé atteignent 148 dollars par habitant, représentant de l'ordre de 2,9% du PNB.

Le ministère srilankais de la Santé (MoH) a redéfini périodiquement ses orientations stratégiques. La politique publique de santé (« *Health masterplan 2007-2016* ») et sa version actualisée pour la période 2013-2017, fixent comme objectifs prioritaires :

- délivrer une offre de soins exhaustive ;
- confier aux communautés la responsabilité d'activités de prévention ;
- renforcer les capacités humaines pour les soins et pour la gestion ;
- développer le financement de la santé, et améliorer la mobilisation, l'allocation, et l'utilisation des ressources ;
- renforcer l'administration et la gestion du système de soins.

Les investissements dans le secteur relèvent du budget de l'Etat, et plus rarement aujourd'hui d'appuis extérieurs. Les besoins du secteur public sont communiqués largement et le MoH a planifié des objectifs de développement et d'approvisionnement des 605 principaux hôpitaux publics à l'horizon 2020 :

- augmenter de 25% le taux d'occupation des lits dans les hôpitaux régionaux ;
- implanter une *Healthy Lifestyle Clinic* (HLC) dans chaque province ;
- doter tous les hôpitaux d'unités d'urgence opérationnelles disposant de tous les équipements nécessaires ;
- mettre à niveau l'ensemble des hôpitaux à partir d'équipements et technologies modernes ;
- acquérir les équipements permettant partout le diagnostic (scanners et IRM) et permettant de réduire les listes et les délais d'attente pour la radiothérapie des cancers, la dialyse, les traitements et interventions cardiaques et cardio-thoraciques.

Le système de santé est constitué par un réseau d'hôpitaux de tailles différentes, dans le domaine public et dans le secteur privé. L'armée dispose aussi de quelques hôpitaux (une vingtaine) gérés directement. Le réseau d'hôpitaux et dispensaires publics du Sri Lanka est dense

avec 1 084 établissements pour 22 millions d'habitants, soit 1 établissement pour 21 000 habitants environ.

Les hôpitaux n'ont pas d'autonomie financière, et relèvent de leur tutelle (nationale, provinciale ou de district), pour leurs besoins en personnel, en équipement et investissement (bâtiments par exemple), pour la maintenance, et pour leur approvisionnement en médicaments et consommables. Les soins sont totalement gratuits dans les structures publiques.

Il existe aussi un secteur privé, bien structuré et payant, en forte augmentation. Le secteur privé est régulé à travers un processus d'enregistrement et de licence pour exercer. Aujourd'hui, 193 hôpitaux et cliniques privés sont enregistrés, 85 dans la région de Colombo. Ces établissements disposent généralement de bons moyens de diagnostic (scanner, IRM) et on estime que de l'ordre de 50% des consultations y convergent. Les interventions chirurgicales du privé ne représenteraient en revanche qu'environ 7% du total national. On évalue la croissance du secteur privé à près de 20% pour les trois dernières années.

Pour la gestion des catastrophes, un ministère dédié « *Ministry of disaster* » a été mis en place. En cas de catastrophe, une cellule de coordination est activée dans ce ministère qui anime en direct les pompiers, la police, l'armée, et les institutions responsables concernées. Chaque ministère technique et les institutions provinciales disposent d'équipes dédiées et doivent mettre au point un plan d'urgence. Au niveau du MoH, une division « *Disaster planning and response division* » assure cette mission. Une équipe de quinze experts a été recrutée et formée pour ce travail (financement de la Banque asiatique de développement). Ils ont été chargés d'élaborer le plan national, qui a été approuvé au niveau central, et de mettre au point son application au niveau des hôpitaux. Un plan d'urgence « *Mass casualty plan* » est ainsi établi à l'échelle de chaque hôpital, prévoyant la disponibilité en lits, un stock de produits, les liaisons avec les autres services de soins. Ce plan est révisé périodiquement.

3. Projet et réalisations

Le projet évalué a été financé dans le cadre d'un protocole financier entre les gouvernements français et srilankais, pour un montant de 9,529 millions d'euros consacré à l'équipement d'hôpitaux publics. Du fait de sa destination, le prêt est bonifié à partir d'un taux de mixage de 100% (50% d'élément don), ce qui permet un prêt sur 20 ans comprenant 5 ans de franchise, et un taux d'intérêt de 0,6% l'an. Cette bonification importante était justifiée par les besoins de la reconstruction post tsunami, élargis à la mise en place des outils destinés à la gestion d'éventuelles prochaines

crises. La majorité des hôpitaux bénéficiaires du projet a été impliqué pour la gestion des blessés du tsunami, et le sera pour toute catastrophe à venir affectant les zones côtières.

3.1. Objectifs du projet

Les objectifs généraux du projet sont présentés dans différents documents préparatoires, et les consultants ont reconstitué le cadre logique du projet. Les objectifs et les résultats attendus poursuivent les deux axes de développement du Sri Lanka (*effet support*) et de soutien aux entreprises françaises (*effet levier*).

Effet support

Le projet poursuit deux objectifs généraux :

- participer à la reconstruction post-tsunami et / ou doter les hôpitaux dans les régions touchées ou à risque de capacités de réponse face à d'éventuelles nouvelles catastrophes naturelles ;
- participer à la politique nationale de santé visant à équilibrer le service de santé dans les différentes provinces sur l'ensemble du territoire, à moderniser les hôpitaux publics, et à renforcer les ressources humaines ;

Les objectifs opérationnels et les résultats attendus du projet sont déclinés comme suit :

- équiper les hôpitaux sélectionnés d'unités de production d'oxygène pour garantir leur autonomie propre en oxygène et celles d'autres hôpitaux à proximité ;
- équiper les hôpitaux de blocs opératoires aux standards européens, disposant de système de stérilisation de l'air, pour améliorer leur organisation, accélérer les rotations, et limiter les risques de contamination ;
- équiper les hôpitaux pour renforcer les soins intensifs et les services d'urgence, les moyens de diagnostic (imagerie), et renforcer les services de cardiologie dans deux hôpitaux de référence ;
- former les personnels à l'utilisation et à la maintenance des équipements livrés par le projet.

Effet levier

Le projet a deux objectifs principaux :

- renforcer la présence française et le renom du savoir-faire français au Sri Lanka dans le domaine des équipements hospitaliers, et développer les ventes de matériels français ;

- renforcer l'approche commerciale des entreprises en obtenant à partir d'un parc d'équipements sur le terrain, des références au MoH permettant de soumissionner aux appels d'offres et une relation forte avec un partenaire local apte à promouvoir les affaires et à suivre la maintenance des équipements.

Les objectifs opérationnels sont de :

- livrer des équipements de qualité au juste prix ;
- installer les équipements fournis dans de bonnes conditions et en respectant les délais prévus au contrat ;
- s'assurer de la bonne utilisation des équipements livrés et garantir leur maintenance.

Les résultats attendus sont les suivants :

- satisfaire les bénéficiaires (MoH, hôpitaux équipés, et patients utilisateurs) ;

- favoriser un effet « vitrine » des installations françaises ;
- positionner les entreprises françaises pour soumissionner aux appels d'offres pour la fourniture d'équipements aux hôpitaux publics ;
- tisser des liens commerciaux solides et des partenariats avec des partenaires locaux ;
- conquérir des parts de marché.

3.2. Réalisations du projet

Le projet a permis la livraison et l'installation sur site d'équipements, les prix comprenant la formation de médecins et de techniciens de maintenance, ainsi qu'une garantie de deux ans après installation. La partie srilankaise a financé hors projet le génie civil approprié (réfection des salles, construction de bâtiments pour les unités d'oxygène, de hangars pour les générateurs).

Livraisons de matériel dans le cadre du projet
Contrat 12/2009 (et avenant N°2) – Livraisons prévues et réalisées - 9,523 millions d'euros
Karapitiya (TH) – Galle - 2 salles d'opération modulaires, 1 dispositif complet d'angiographie, 1 installation de cathéterisation cardiaque.
Jaffna (TH) - 1 unité de production d'oxygène, 1 dispositif complet d'angiographie, 1 installation de cathéterisation cardiaque, 1 scanner.
Anuradhapura - 2 salles d'opération modulaires.
Kalubowila Colombo South (TH) - (remplacé par PolonNaruwa GH – avenant 2), 2 salles d'opération modulaires.
Point Pedro, Mannar, Vavuniya, Akkaralpattu, Mahaoya, Monaragala, Kalmunai, Kantalee, Trincomalee - Unités de production d'oxygène.
Divers (Base & District H) - 20 défibrillateurs.

3.3. Diversité des entreprises parties au projet

Financé sur la RPE, le projet fait appel à des fournitures françaises, avec une latitude de 30% pour des acquisitions locales ou internationales. Le projet a été mis en œuvre par un ensemblier, avec l'appui d'un partenaire local. L'ensemblier a constitué pour les besoins du projet un groupement avec un fabricant d'unités de production d'oxygène, un producteur de défibrillateurs et un concepteur de salles d'opération modulaires.

D'autres fournisseurs ont été sollicités pour contribuer au projet avec différents équipements : scanners et équipements de cardiologie, air stérile pour blocs opératoires, générateurs pour unités d'oxygène, onduleurs pour unités d'oxygène, armoires électriques, scialytiques (système d'éclairage utilisé dans les salles opératoires), tables d'opérations.

3.4. Conception : des choix pertinents et une répartition claire des responsabilités

Le projet affiche des choix pertinents par rapport aux besoins du Sri Lanka et une adaptation souple de ses contenus dans la phase de conception. Dans cette période, la guerre civile a connu une accélération marquée en 2008 et 2009, superposant ses conséquences à celles du tsunami sur le système de soins dans les régions du Nord et de l'Est. Au moment d'engager le projet, fin 2009, la fin des hostilités était très récente (mai 2009) et les informations sur la situation des hôpitaux, très hétérogène, étaient loin d'être stabilisées.

Le projet a évolué avec souplesse, ses contenus ont été adaptés au fil de trois versions, 2007 (premier dossier présenté par l'ensemblier), 2008 (format recommandé par

l'évaluation *ex ante*), 2009 (contrat final). Quatre acteurs ont contribué à ces évolutions, le MoH, le partenaire local, l'ensemblier et le service économique de Colombo. La sélection des hôpitaux bénéficiaires a évolué, de même que celle des équipements nécessaires, sous le contrôle du MoH et en concertation avec le service économique.

Le MoH a joué en permanence le rôle de pilote et assumé sa position de maître d'ouvrage, via un processus interne de gestion de projet qui garantit la conformité des choix aux priorités de la politique de santé et à la planification des acquisitions.

Le ministère a aussi joué son rôle d'activation des processus nationaux pour l'étude et l'approbation des projets sur financements internationaux, aboutissant au format définitif du projet tel que prévu au contrat et conforme aux attentes des pouvoirs publics des deux côtés

Le partenaire local a joué un rôle de liaison et de soutien lors des négociations précontractuelles, puis le rôle d'agent et de facilitateur pendant la mise en place du projet, et assure désormais la maintenance, pour une durée de 5 ans à l'issue des livraisons.

3.5. Une instruction et une mise en œuvre efficaces et efficientes

Les critères d'éligibilité de la procédure RPE ont été pris en compte, en particulier ceux qui correspondent aux règles de l'OCDE.

Les délais de montage du projet ont été dans l'ensemble normaux. L'ensemblier a produit sa première demande de financement RPE en mars 2007. La direction générale du Trésor (DG Trésor) a diligenté une mission d'évaluation *ex ante* du projet, conformément au processus d'instruction RPE, en septembre 2008. Le comité RPE a donné son avis favorable en décembre 2008. Le protocole financier a été signé en septembre 2009. Le contrat est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2010 et un responsable de l'ensemblier a pris ses fonctions au Sri Lanka le 18 octobre pour superviser la réalisation du projet. Sa mise en œuvre a été suivie par le MoH, le service économique et Natixis. L'ensemblier a produit les rapports semestriels prévus.

La phase d'implantation a connu quelques difficultés et retards assez classiques pour un projet de cette nature, dispersé sur 13 sites différents (installations à la charge des bénéficiaires inachevées ou inadéquates, délais de dédouanement, défauts de livraison, quelques retards dans la remise du certificat de réception finale pour plusieurs sites, etc.). Le calendrier de réalisation prévoyait 12 mois à compter de la mise en vigueur du contrat, soit l'achève-

ment des travaux en octobre 2011. Cet échéancier a été étendu à mai 2012, du fait des retards précités.

Une difficulté plus problématique a surgi à Karapitiya, au moment de la mise en service des blocs opératoires. C'est sur ce site que la première salle d'opération a été montée. Or après sa mise en œuvre, une contamination de l'air aurait entraîné une augmentation des infections post-opératoires et peut-être le décès de plusieurs patients. Le dimensionnement des unités de production d'air a alors été revu et le problème de contamination solutionné. Cet épisode a malheureusement laissé un climat de suspicion au sein du service concerné de l'hôpital de Karapitiya, compromettant l'effet vitrine potentiel du savoir-faire français espéré dans cet hôpital très réputé dans le pays.

3.6. Un budget et un suivi financier conformes aux pratiques

Le budget de l'opération est présenté dans les documents fondateurs, notamment dans le contrat, de façon détaillée, avec les différents postes, fournisseurs, destinataires, et prix du transport (cotations FOB et CIF). Une évaluation du budget de maintenance que le MoH devra consacrer hors financement du projet pendant cinq ans au-delà des deux ans de garantie est détaillée pour tous les équipements.

Il est à noter que chaque entreprise fournisseur inclut dans son prix les équipements, l'ingénierie, l'installation, la formation et la garantie de deux ans. Un point à consolider : il manque dans les documents initiaux un tableau récapitulatif de la répartition de ces éléments pour chaque entreprise.

Le suivi financier n'appelle pas de remarque, et se révèle tout à fait conforme aux pratiques : le client signe la réception finale des livraisons, la facture correspondante de l'ensemblier est alors avalisée, et présentée à Natixis pour paiement. Le projet a été intégralement décaissé.

4. Retombées pour le pays partenaire (effet support)

4.1. Un projet pertinent au regard des priorités et des besoins du Sri Lanka.

Comme mentionné précédemment, les objectifs du projet sont alignés sur les priorités du pays. Dans la conception de l'opération, le choix des hôpitaux bénéficiaires et des

équipements a été calé sur les priorités nationales et les besoins identifiés par le MoH. Le dispositif interne du MoH lui permet de suivre l'évolution des besoins de tous les hôpitaux du secteur public, de planifier les développements du secteur, de gérer les projets et les acquisitions d'équipement et d'arbitrer, que ce soit dans le cadre des appels d'offres sur le budget de l'Etat ou dans le cadre des projets négociés avec les bailleurs de fonds internationaux.

La sélection des hôpitaux bénéficiaires a respecté la dimension post-tsunami associée au prêt RPE bonifié, sans doute moins en termes de reconstruction qu'avec une portée « urgence et réponse aux catastrophes à venir » qui paraît bien réelle dans le projet. La plupart des hôpitaux bénéficiaires sont situés sur le littoral ; certains ont été directement endommagés par le tsunami ; la majorité a été placée devant l'urgence de prendre en compte des blessés du tsunami. Leur rôle est donc très important, en réponse directe (Jaffna, Point Pedro, Trincomalee, Kalmunai, Akkaralpattu, Karapitiya) ou en qualité de base arrière (Kantalee, Maha Oya, Monaragala, Polonnaruwa), face à d'éventuelles catastrophes à venir.

Le *Teaching Hospital* d'Anuradhapura paraît échapper à cette logique mais c'est un grand hôpital de référence, et sa situation géographique centrale (réseaux de transports, situation régionale) l'appelle à renforcer ses offres de soins.

Au total, 10 des 13 hôpitaux bénéficiaires répondent directement à la première logique « post-tsunami – réponse à des catastrophes à venir », en ligne avec la philosophie du financement bonifié français. Dans la sélection des hôpitaux, le souci de rééquilibrage régional est aussi pris en compte, 11 des 13 hôpitaux bénéficiaires sont dans les provinces *North, North Central, et Eastern*.

Les types d'équipements choisis, salles d'opération et air stérilisé, moyens de diagnostic et matériel d'intervention cardiaque, répondent aux objectifs généraux d'équipement des hôpitaux du pays, et ont fait l'objet pour chaque hôpital de demandes réitérées pour inscription au planning annuel d'investissement du MoH ou des provinces ou districts concernés. Les arbitrages ont été faits par le MoH, en tenant compte d'une priorité claire en faveur d'un rééquilibrage régional, à la fois priorité affichée de la politique de santé nationale, et priorité affichée des bailleurs de fonds, dont la France au moment des négociations. Plusieurs aménagements tenant à l'évolution des besoins au moment de la mise en place du projet ont été pris en compte, en particulier les apports en matière de cardiologie (Jaffna et Karapitiya), de néphrologie et chirurgie rénale (Anuradhapura), qui relèvent de la priorité nouvelle accordée aux maladies non transmissibles.

L'installation d'unités de production d'oxygène est particulièrement pertinente, à la fois en réponse à l'un des besoins essentiels des soins et du point de vue des capacités à prendre en compte les urgences.

4.2. Des réalisations atteignant les objectifs fixés et apportant les services attendus

Les dix unités de production d'oxygène constituent un très important renforcement des moyens face aux urgences et le principal point fort du projet en termes de support et d'impact. Le projet a permis de doter les hôpitaux destinataires d'une autonomie complète. De plus, les capacités de production installées permettent aux dix hôpitaux qui ont reçu les unités de distribuer, au-delà de leurs besoins propres, de l'oxygène à d'autres hôpitaux, dans des zones qui ont été affectées par le tsunami et qui peuvent être touchées par d'autres catastrophes naturelles ou par les effets sur le littoral du réchauffement climatique. En tout 121 hôpitaux sont desservis en oxygène grâce aux installations du projet (40 hôpitaux du district de Jaffna par Point Pedro, 17 hôpitaux par Trincomalee, 8 par Mahoya, 20 par Akkaralpattu, 12 par Kalmunai, 14 par Mannar).

Le MoH et les hôpitaux visités font également valoir l'intérêt économique de ces installations, qui sont amorties en un an à un an et demi, compte tenu du coût élevé de l'approvisionnement depuis le centre de production de Colombo.

En termes d'efficacité et d'efficacités, la bonne exécution technique de l'implantation des matériels et les performances des installations sont vérifiées. Les utilisateurs sont satisfaits de disposer de ces équipements qui fonctionnent dans de bonnes conditions.

Au moment de l'évaluation, la durabilité dans le moyen-long terme est difficile à confirmer dans la mesure où les équipements sont en fonction depuis seulement deux ans (environ, selon le calendrier de l'implantation des équipements sur chacun des sites). On note une bonne appropriation par les équipes techniques en charge de l'utilisation et de la maintenance des équipements, personnels des hôpitaux ou personnels du partenaire local.

Les équipements fournis hors oxygène apportent dans l'ensemble le service attendu et représentent des améliorations pour les hôpitaux qui en ont été dotés. Les utilisateurs finaux sont satisfaits des matériels fournis et les utilisent dans de bonnes conditions.

Cette appréciation tient compte de ce que les évaluateurs ont constaté durant les visites sur sites (Anuradhapura, Jaffna, Karapitiya) et des différents entretiens et commentaires

concernant le site de PolonNaruwa qui n'a pas été visité. De construction ancienne (hormis les bâtiments neufs qui ont été aménagés avec des soutiens internationaux), ces hôpitaux apparaissent bien organisés et bien gérés dans les différentes spécialités couvertes, mais doivent faire face à un nombre très important de consultations et d'interventions, à partir d'installations qui progressent mais ne sont pas au niveau des standards européens.

4.3. Un dispositif de maintenance pertinent, qui pose toutefois plusieurs questions

Ce point concerne à la fois l'effet support et l'effet levier.

Des discussions avec les différents bailleurs de fonds rencontrés pendant la mission, il ressort que la maintenance est un défaut fréquent dans les différents projets, qu'ils expliquent par une diffusion insuffisante de la « culture qualité » et un manque de procédures et de capacités.

Dès sa conception, le projet a insisté sur ce volet, et le dispositif de maintenance prévu est un point fort du projet. D'une part, une garantie de deux ans a été prévue jouant à compter du jour de la réception des installations, dont le coût est pris en charge par le financement RPE, et d'autre part, le contrat initial a stipulé qu'une maintenance de cinq ans au-delà de la période de garantie serait organisée, sur le budget propre du MoH. Les besoins de cette maintenance (main d'œuvre et pièces de rechange) ont été évalués en amont pour chaque équipement, pour un budget global de l'ordre d'un million d'euros.

Le partenaire local a été désigné pour effectuer ce travail de maintenance et de suivi après-vente, et les ingénieurs et techniciens de l'entreprise ont été formés dans le cadre du projet. Cette entreprise locale a signé avec le MoH des contrats spécifiques pour la maintenance (8 signés à ce jour) au fur et à mesure que les périodes de garanties sont arrivées à leur terme.

Certains équipements sont maintenus sans difficulté, mais d'autres sont au contraire plus difficiles à maintenir, en particulier les blocs opératoires et les unités de stérilisation d'air. Une partie des matériels ne se trouve pas sur le marché srilankais, et les entreprises fournisseurs ne répondent pas aux sollicitations, y compris celles qui sont liées à leurs obligations de garantie.

4.4. Un point faible

Les formations n'ont pas fait l'objet d'une programmation préalable précise, budgétée par poste, et réunie dans un

document unique. Plusieurs sujets apparaissent dans les différents documents officiels portant sur :

- la formation des équipes médicales en cardiologie, néphrologie, urologie, médecine d'urgence et de réanimation ;
- la formation des personnels à l'utilisation des équipements livrés par le projet ;
- l'organisation des séminaires sur la gestion des catastrophes et la coordination des réponses du système de soin.

Le premier volet a été partiellement mis en œuvre, plusieurs responsables des services des hôpitaux ont bénéficié d'une formation brève. La deuxième composante a été correctement mise en œuvre pour la formation des techniciens à la maintenance des matériels. Le troisième volet n'a pas été réalisé. Les évaluateurs n'ont pas trouvé de document complet concernant les formations. Le contrat prévoyait à cet égard (article 10.5) l'établissement d'un rapport circonstancié sur toutes les formations, comprenant les copies des certificats délivrés aux personnels formés.

4.5. Deux points à surveiller et à consolider

La question de la durabilité reste posée, l'évaluation ayant lieu deux ans après l'implantation des matériels. Le dispositif de maintenance est organisé dans de bonnes conditions, nonobstant les remarques sur le manque de réaction de certaines entreprises françaises fournisseurs, et l'adaptation de certains équipements aux conditions locales. Les entreprises fournisseurs devraient être sommées de résoudre cette situation,

Il sera important en tout état de cause de consolider les pratiques des équipes hospitalières pour assurer un entretien systématique et une hygiène rigoureuse dans le cadre du projet, et de façon plus générale, procédures, dispositifs et budgets systématiques de fonctionnement et de maintenance,

4.6. Une interrogation

On peut noter que la question de l'approvisionnement en oxygène aurait pu être abordée à partir d'une vision plus large, à deux niveaux : d'une part, en abordant la réflexion à l'échelle du pays, d'autre part, en prévoyant dans le cadre du projet une réponse aux éventuelles situations d'arrêt de production prolongé de certains sites stratégiques (loca-

lisation ou fourniture d'oxygène à d'autres hôpitaux). Le doublement des installations de certains sites en position géographique stratégique serait plus sécurisant et efficace.

5. Retombées pour les entreprises françaises (effet levier)

L'intérêt de ce projet pour les entreprises françaises participantes est à nuancer. Il faut insister ici sur le fait que ce projet a été spécifiquement conçu dans l'optique d'un soutien post-catastrophe. La volonté d'apporter une aide au pays partenaire est dès lors prioritaire et l'effet levier n'est pas le principal but recherché. Le matériel français livré dans le cadre du projet est déjà un élément positif dans ce sens, même si certains équipements auraient dû être plus adaptés.

Cependant, dans le dossier de demande RPE de ce projet (décembre 2008), plusieurs pistes et objectifs étaient avancés : première présence ou présence accrue sur le marché, création de références, création de liens solides avec un distributeur local et entre les opérateurs du projet, développement sur le marché des cliniques privées. Le dossier estimait des retombées dans les deux ans suivant le projet autour de 10 millions d'euros.

Ces objectifs se sont révélés trop ambitieux compte tenu de la taille du projet comparée aux besoins, et par rapport au contexte : faible antériorité des entreprises françaises sur le marché, concurrence internationale solidement installée, et à quelques exceptions près peu d'avantages comparatifs des matériels français dans un domaine qui ne mobilise pas de technologies avancées, avec un handicap de prix.

5.1. Des choix contestables pour certains équipements

Si les « types » d'équipements choisis sont pertinents comme il a été dit plus haut, certains « modèles » retenus appellent des remarques.

Le choix d'un système modulaire de salles à atmosphère contrôlée spécifique.

Alors que des dizaines de salles d'opération sont équipées au Sri Lanka, les six salles d'opération nouvelles du projet ont été installées sur la base d'un système qui n'a pas d'équivalent local. L'argument initial consistait à mettre à disposition des hôpitaux locaux des unités aux standards

européens. Or, d'une part, les contraintes techniques locales (qualité des bâtiments et structures, organisation des fonctions, salles, flux) conviennent mal aux exigences de ce type d'installation, et d'autre part, du fait de l'absence de solutions comparables sur le territoire, les pièces de rechange sont difficiles à trouver, voire introuvables et la main d'œuvre n'est pas habituée à prendre en main ce type de réalisation.

Ce choix a sans doute pénalisé les performances des systèmes de stérilisation par des centrales de traitement de l'air, prévus pour fonctionner dans les meilleures conditions d'installation et d'étanchéité des locaux. L'entreprise produisant ces centrales a, de fait, après un problème de contamination à Karapitiya exposé *supra*, décidé de fournir des matériels d'une capacité plus importante que celle qui avait été spécifiée.

La durabilité des installations n'est pas garantie. Le caractère original (même s'il est innovant) de la technologie implantée empêche de maintenir les équipements. Et le nombre limité de livraisons ne justifie pas d'instaurer un réseau de maintenance adapté.

Les onduleurs.

Un onduleur est un équipement simple, sans mobilisation de haute technologie, mais sur les dix onduleurs livrés, neuf sont en panne depuis des mois. Il y a un problème de calibrage de l'équipement et de prise en compte des conditions locales (chaleur, humidité, milieu salin) pour garantir contre les pannes. Les équipes de maintenance ont relancé la production d'oxygène en remplaçant les matériels défectueux par des équivalents moins sophistiqués et de puissance moindre, trouvés sur le marché national, acquis pour un cinquième du prix des matériels initiaux défaillants. Ces matériels de fabrication locale remplissent parfaitement leur mission. Dans le cadre d'un instrument financier qui autorise dans la limite de 30% d'acquérir des matériels non français, il n'est pas nécessairement approprié de choisir des fournitures françaises coûteuses pour des matériels simples sans valeur ajoutée particulière.

5.2. Une sélection peu probante de plusieurs fournisseurs

La sélection de plusieurs entreprises est en contradiction avec l'objectif de développer la présence française sur le marché srilankais.

Si les matériels livrés ont bien été fabriqués en France, la plupart des entreprises qui les ont produits dépendent de grands groupes internationaux qui ne sont pas néces-

sairement intéressés à développer leurs ventes à partir de la France. De ce fait, les livraisons dans le cadre de ce projet ont été des opérations ponctuelles qui n'ont pas amorcé de flux commercial ultérieur.

5.3. Une interrogation concernant l'ensemblier français

L'ensemblier est une très petite structure, qui a su s'adapter au rythme des procédures des deux côtés et a mis en œuvre énergie et ténacité pour implanter le projet. Mais cette entreprise a connu des difficultés, notamment pour la mise en place des garanties bancaires (en particulier la garantie de bonne fin de 10% prévue au contrat conformément aux procédures srilankaises). A la fin de la période d'implantation du projet, les deux responsables du projet ont quitté la société et le suivi cohérent du projet dans la durée (ne serait-ce que dans la période des deux ans de garantie) n'est plus assuré. Aujourd'hui, l'entreprise n'intervient plus au Sri Lanka.

5.4. Une réponse désinvolte aux obligations de garantie

Dans l'ensemble les livraisons du projet sont satisfaisantes et remplissent bien leur rôle. Des pannes se sont produites, ce qui fait partie de la vie des projets, des matériels et de leur maintenance. Mais certaines entreprises n'assument pas leurs responsabilités dans le cadre de la garantie de deux ans, ce qui démontre leur peu d'intérêt pour le marché srilankais, nuit à leur crédibilité et à l'image France, et peut à terme mettre en risque le bon fonctionnement des installations.

L'ensemblier signataire du contrat avec le MoH est coordonnateur de la réalisation et du suivi. Il est également contractuellement responsable des garanties mais ne semble pas, ou plus, répondre aux appels du partenaire local ou des sociétés prestataires pour les pannes survenues pendant la période de garantie.

5.5. Des retombées commerciales et des perspectives modestes

Les retombées commerciales, au-delà des livraisons dans le cadre du projet, directes ou indirectes pour les entreprises sont certes faibles, mais le fabricant de générateurs d'oxygène médical a néanmoins obtenu une commande au Sri Lanka en aval du projet. La société a fourni une unité

supplémentaire (Kilinochchi) l'année dernière. Le projet est très significatif et constitue pour l'entreprise une bonne référence en Asie du Sud qui a eu des retombées indirectes à travers deux contrats (Seychelles, Birmanie).

Pour cette entreprise française plusieurs pistes de développement peuvent être étudiées. Il semble notamment important et pertinent de doubler l'équipement de certains sites stratégiques qui ont été équipés par le projet (Trincomalee, Anuradhapura, Jaffna). L'argument économique (économie pour les hôpitaux et amortissement de l'installation entre un an et un an et demi) justifie également d'étudier la prise en compte d'une implantation raisonnée de ces unités de production d'oxygène à l'échelle nationale.

La Banque mondiale considère ce sujet comme particulièrement intéressant et demande des informations complémentaires.

Pour les autres fournisseurs, les perspectives semblent globalement restreintes pour différentes raisons, notamment le manque de suivi pour plusieurs entreprises qui n'entretiennent pas les liens localement, ou l'originalité de certains équipements sur le marché, de ce fait difficiles à maintenir. Ces entreprises, sollicitées dans le cadre d'un projet post catastrophe, n'avaient sans doute pas ciblé en priorité le Sri Lanka pour développer une activité commerciale sur le long terme.

Il découle de ces constatations une faible diffusion des matériels sur le marché, alors qu'il est indispensable d'atteindre une « masse critique » de présence et de quantité d'équipements installés pour justifier d'investir dans un réseau de pièces de rechange et de capacités de maintenance. Cette masse critique n'est pas atteinte aujourd'hui, et ne pouvait pas l'être compte tenu de la taille du projet (excepté pour ce qui concerne l'oxygène) et une prise de relais semble hors de portée pour les petites et moyennes entreprises (PME) parties prenantes.

Toutefois, le dispositif de stérilisation de l'air fourni dans le cadre de ce projet s'avère très utile, simple, nécessaire, et peut avoir des perspectives sur le marché à condition de bien caler les dimensionnements, de suivre pour la maintenance, et de montrer un intérêt réel pour le marché, en concrétisant un accord solide avec un distributeur local.

6. Conclusions

Choix du pays et du secteur d'activité

Une des principales questions posées pour l'évaluation concerne le choix du Sri Lanka pour mettre en œuvre un projet RPE dans le domaine de la santé.

L'étude n'a pas trouvé de notes d'orientation ou de stratégie identifiant le secteur de la santé comme priorité. Ce secteur est absent des priorités françaises (service économique, Agence française de développement et service de coopération et d'action culturelle) au Sri Lanka, mais son renforcement faisait partie des impératifs post tsunami et post crise. Le choix de le soutenir dans le cadre d'un projet santé était cohérent. Les partenaires srilankais jugent très pertinent l'objet du financement français.

A la suite du tsunami et au-delà des interventions d'urgence, les bailleurs de fonds ont mis en place des financements privilégiés pour la reconstruction (dons ou prêts concessionnels). Le domaine de la santé était éligible à ces financements, et des opérations ont été mises en œuvre en faveur du système de santé.

La France a mis en place une ligne RPE très concessionnelle pour participer à l'effort international de reconstruction post tsunami, et le projet qui fait l'objet de la présente évaluation a été retenu en raison de sa pertinence par rapport aux besoins et au contexte.

L'effet support a motivé la décision française de financer des équipements d'urgence dans le domaine hospitalier au Sri Lanka.

Les objectifs leviers pour les entreprises françaises n'ont pas primé au moment de l'instruction qui s'est déroulée dans un contexte de solidarité internationale et d'urgence. Le volet « approche du marché » n'a donc pas suffisamment été étayé et les capacités des entreprises prenantes au projet à s'implanter durablement sur le marché local n'ont pas non plus été suffisamment examinées.

Effet support

Les équipements fournis assurent le service attendu et les destinataires finaux sont satisfaits. Les installations de production d'oxygène constituent un réel point positif du projet. Les équipements d'angiographie, ainsi que le scanner livré dans le nord du pays sont parfaitement adaptés.

Les installations des blocs opératoires appellent un avis plus nuancé, des problèmes d'adaptation des équipements ont été rencontrés à l'origine et les installations semblent mal résister à l'usage après seulement deux ans de pratique. Toutefois, les installations sont opérationnelles.

Points positifs :

- le projet répond à un besoin local. Le projet a été lancé après le tsunami qui a mis en évidence un réel déficit d'équipement dans les hôpitaux concernés ;
- le choix des équipements et la sélection des hôpitaux correspondent à des besoins réels et recourent les deux

dimensions « post tsunami – réponse à des catastrophes à venir », visée du prêt concessionnel, et « rééquilibrage régional de l'offre de soin », prioritaires du point de vue de la politique sectorielle santé du Sri Lanka ;

- la fabrication d'oxygène sur site constitue l'apport primordial du projet, notamment, mais pas seulement, dans l'optique de répondre aux urgences liées à des catastrophes naturelles.

Points à consolider :

- la question de la durabilité reste posée ; l'évaluation a eu lieu deux ans après l'implantation des matériels. Le dispositif de maintenance est organisé dans de bonnes conditions, en dépit des remarques concernant la rapidité de réaction des entreprises françaises fournisseurs, et l'adaptation de certains équipements aux conditions locales. Les entreprises fournisseurs devraient être contraintes de résoudre cette situation ;
- il serait nécessaire, dans le cadre d'un projet santé de ce type, de consolider les pratiques des équipes hospitalières, notamment en matière d'entretien et de préservation de l'hygiène et prévoir des budgets plus conséquents de fonctionnement et de maintenance ;
- les projets devraient comporter une composante importante de formation à la maintenance, de façon à pouvoir déléguer à une équipe locale autonome les opérations de maintenance.

Effet levier

Les objectifs en termes d'effet levier tels que décrits précédemment ne sont que partiellement atteints et très modestement en termes de présence ou de perspectives sur le marché.

Certaines entreprises n'assument pas leurs obligations en matière de garantie, ce qui tend à démontrer un manque d'intérêt pour le marché srilankais. Cependant la maintenance est assurée grâce au savoir-faire du partenaire local, mais certaines installations font appel à des produits non disponibles au Sri Lanka.

Hormis le fournisseur français d'oxygène et des groupes internationaux parties au projet qui ne travaillent pas au Sri Lanka depuis leurs sites français, les entreprises n'ont pas profité de cette RPE pour se développer sur ce marché.

Synthèse des questions évaluatives

Effet support

QS1. Dans sa conception, quelle est la pertinence du projet au regard des priorités de développement du secteur de la

santé au Sri Lanka, et compte tenu du contexte post catastrophe et post crise qui prévalaient pendant sa genèse ?

Le projet est pertinent du point de vue des besoins prioritaires du Sri Lanka, lesquels sont identifiés par le MoH au sein d'une stratégie et d'une planification des acquisitions. Les dimensions post tsunami et rééquilibrage de l'offre de soins entre les différentes provinces du pays sont prises en compte dans le projet (respectivement 10 et 11 hôpitaux sur 13 sont concernés).

QS2. Quantitativement et qualitativement, le projet a-t-il été mis en œuvre de manière optimale ?

Les phases d'instruction et de mise en œuvre du projet ont suivi les processus requis et se sont déroulées conformément aux pratiques. Des retards sont apparus au niveau de l'instruction, mais ne sont pas estimés excessifs.

QS3. Les réalisations du projet sont-elles efficaces et ont-elles atteint les objectifs fixés ?

Les objectifs sont globalement atteints. Les installations médicales fonctionnent. Elles apportent le service attendu et les bénéficiaires sont satisfaits. Toutefois à Anuradhapura les blocs opératoires sont sous utilisés et à Karapitiya la satisfaction est relative.

QS4. Le projet a-t-il un impact positif ?

Très positif concernant l'autonomie en oxygène. Positif pour les autres équipements lesquels permettent d'augmenter et d'améliorer l'offre de soins, mais à portée limitée compte tenu de la dimension relativement restreinte du projet.

QS5. La durabilité du projet est-elle assurée ?

Le système de maintenance mis en place est solide et devrait permettre une bonne durabilité des équipements pendant au moins les sept années suivant la mise en place du projet (deux ans de garantie et cinq de maintenance contractuelle à la charge du MoH). Mais les fournisseurs devraient être plus réactifs et répondre rapidement aux demandes de pièces de rechange. Les utilisateurs devraient renforcer les procédures d'entretien courant et de nettoyage.

Effet levier

QL1. Quelle est la pertinence du projet au regard de l'objectif de développement des entreprises françaises au Sri Lanka ? Quelles raisons ont conduit à choisir le Sri Lanka pour un tel projet, au regard du développement des entreprises françaises ? Comment ont été choisis les fournisseurs français et a-t-on pris en compte leur capacité à s'implanter durablement sur le marché local ?

Le projet n'a pas permis le développement des entreprises sur le marché. Le choix du Sri Lanka a été guidé d'avantage par l'effet support que par l'effet levier, ainsi que par la volonté de la France de participer à l'élan international d'aide au Sri Lanka particulièrement impacté par le tsunami de décembre 2004. Les fournisseurs ont été choisis par l'ensemblier, en accord avec le partenaire local, mais leurs capacités à l'export ou leur intérêt pour le marché srilankais n'ont pas été suffisamment étudiés. Seul le fabricant d'oxygène est bien positionné. Plusieurs entreprises ont livré des équipements fabriqués en France pour répondre à cette spécificité de la procédure RPE, mais poursuivent leur activité au Sri Lanka à partir d'autres pays de production.

QL2. Le projet a-t-il provoqué des retombées pour les entreprises françaises ?

Ce projet a provoqué des retombées immédiates provoquées par les livraisons de matériels. Au-delà de ces opérations, seul le fabricant d'oxygène a enregistré des retombées post-projet (livraison d'une installation supplémentaire au Sri Lanka) ou indirectes (livraisons aux Seychelles et au Myanmar en s'appuyant sur des contacts et des références nés du projet).

7. Recommandations

L'évaluation propose des recommandations relatives à l'offre française en équipements hospitaliers, à l'instrument RPE et à l'évaluation.

Le détail de ces recommandations se trouve dans la partie 2 « Réponse de la direction générale du Trésor aux conclusions et recommandations ».

Recommandations

1. Recommandations relative à l'offre française en équipements hospitaliers - Etablir ou renforcer le suivi de l'offre française.

2. Recommandations relatives à l'instrument RPE

Recommandation n° 2.1 - Etablir ou renforcer un modèle de veille secteur par pays.

Recommandation n° 2.2 - Cadrer les responsabilités et affiner la sélection des entreprises françaises.

Recommandation n° 2.3 - Définir clairement les responsabilités contractuelles de chaque partie.

Recommandation n° 2.4 - S'assurer de l'adéquation des équipements médicaux avec le pays ciblé.

Recommandation n° 2.5 - Prévoir un mécanisme de maintenance efficace.

Recommandation n° 2.6 - Définir avec précision les conditions contractuelles régissant les garanties.

Recommandation n° 2.7 - Renforcer l'appréciation de l'effet levier lors de la mission d'évaluation ex ante.

3. Recommandation relative à l'évaluation - Dissocier l'évaluation de l'effet support et de l'effet levier et évaluer tous les projets financés par la RPE dans un secteur d'activité spécifique ou dans une série de pays (effet support) ou évaluer dans un pays donné les positions acquises par l'offre française à travers tous les projets financés par la RPE (effet levier).

8. Annexe

Liste des sigles, acronymes et abréviations

AFD	Agence française de développement	OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
AMO	Assistance à maîtrise d'ouvrage	OMS	Organisation mondiale de la santé
CAD	Comité d'aide au développement	ONG	Organisation non gouvernementale
CIF	<i>Cost, insurance and freight</i> – Coût, assurance, fret (CAF)	PIB	Produit intérieur brut
DGE	Direction générale des entreprises	PME	Petites et moyennes entreprises
DG Trésor	Direction générale du Trésor	PNB	Produit national brut
FOB	<i>Free on board</i> – Franco à bord (FAB)	PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>	RPE	Réserve pays émergents
HLC	<i>Healthy Lifestyle Clinic</i>	SCAC	Service de coopération et d'action culturelle
IDH	Indice de développement humain	SE	Service économique
LTTE	<i>Liberation Tigers of Tamil Eelam</i>	UEAD	Unité d'évaluation des activités de développement de la DG Trésor
MoH	<i>Ministry of Health</i>	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
MFP	<i>Ministry of Finance and Planning</i>		
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques		

Partie 2

Réponse de la direction générale du Trésor aux conclusions et recommandations

Ce projet RPE au Sri Lanka dans le domaine de la santé s'inscrivait dans un contexte particulier. Il faisait en effet partie d'un ensemble d'aides accordées par la communauté internationale au pays, en réponse au tsunami de 2004 mais également pour faire face aux séquelles de la guerre civile. La France s'est associée à la dynamique internationale de solidarité et a financé la fourniture de matériel pour équiper les hôpitaux publics situés dans les zones touchées par le tsunami et la guerre civile. Dans ce double contexte post-catastrophe et post-conflit, la situation d'urgence a primé, au moment de l'instruction du projet, sur l'aspect développement économique des entreprises françaises bénéficiaires de ce financement.

1. Recommandation relative à l'offre française en équipements hospitaliers

Réponse de la direction générale du Trésor	
Préconisation	Cette préconisation est déjà une préoccupation majeure de la direction générale, d'autant plus que le secteur des dispositifs médicaux est un secteur stratégique pour la France :
Etablir ou renforcer le suivi de l'offre française L'offre française en équipements hospitaliers présenterait certaines insuffisances : • pour un domaine de pointe tel que l'imagerie médicale, l'offre française apparaît faible ou inexistante et/ou relevant de multinationales (GE, Siemens, etc.) ; • des savoir-faire pointus et des technologies avancées existent en France, mais les entreprises concernées sont souvent de petites dimensions avec des capacités commerciales à l'exportation insuffisantes. Cette offre est atomisée, ce qui rend difficile le travail d'identification des entreprises. Un atelier pourrait être organisé au sein de l'administration, réunissant les responsables de la diplomatie économique, de la DG Trésor, de la direction générale des entreprises (DGE), du ministère des Affaires sociales et de la Santé, de Business France, etc. L'objectif serait de faire le tour des connaissances disponibles et d'analyser la faisabilité et les modalités d'une démarche d'inventaire de l'offre française existante dans le domaine des technologies médicales, susceptible de générer des flux d'exportations.	• en décembre 2012, la DG Trésor a remis un rapport « Coupler l'offre française à la demande des pays – Stratégie pour le commerce extérieur de la France » identifiant 47 pays qui devraient représenter 80 % des importations entre 2012 et 2022. A partir de quatre démarches correspondant à des besoins fondamentaux « mieux se nourrir », « mieux se soigner », « mieux vivre en ville » et « mieux communiquer », le rapport identifiait au sein de familles de produits, des couples pays-produits porteurs d'opportunités. S'agissant des dispositifs médicaux, objets du projet évalué, ils font partie des secteurs les plus porteurs pour l'offre française et la demande émane des pays développés, ainsi que des pays émergents, dont certains sont éligibles à la RPE ; • afin d'organiser efficacement l'offre relevant de ces familles de produits, quatre personnalités de terrain, reconnues dans leur domaine, ont été sollicitées pour animer une réflexion dans chacune des filières identifiées et jouer le rôle de « fédérateur » à l'international. Une réflexion stratégique conduite par le Conseil national de l'industrie a permis d'affiner des choix et de prioriser 34 plans industriels, destinés à construire une offre française nouvelle et compétitive à l'internationale. La structuration de la filière des dispositifs médicaux fait l'objet de l'un de ces plans et l'accompagnement à l'international des entreprises de ce secteur fait partie des enjeux prioritaires pour favoriser l'émergence de leaders industriels français de dimension mondiale. Le plan de reconquête industrielle dans le domaine de la santé s'est poursuivi avec la création en 2013 du Comité stratégique de la filière des industries et technologies de santé, associant l'Etat, l'industrie et les partenaires sociaux. Cette organisation vise à identifier les actions concrètes à mettre en œuvre conjointement par l'Etat et les industriels, dans le domaine de la politique industrielle et de l'innovation, avec des actions destinées à : • conforter et accroître l'attractivité de la France comme lieu de recherche, développement et production pour les industries de santé ; • promouvoir le leadership français en matière d'innovation médicale ; • accroître la solidarité de filière et amplifier les partenariats publics privés ; • augmenter la participation de la France dans les essais cliniques industriels ;

Préconisation	Réponse de la direction générale du Trésor
	• conquérir de nouveaux marchés à l'exportation en mettant en place une organisation pays/marché avec des points de contact identifiés et la création de clubs santé dans ces pays, afin que les grands groupes mènent des actions coordonnées avec les PME pour fournir une offre française complète et adaptée au pays cibles. La DG Trésor poursuit son action dans ce sens. Depuis la réalisation du projet RPE au Sri Lanka, elle en a instruit d'autres dans le même secteur en s'appropriant les éléments d'analyse révélés par les études économiques des couples pays-secteurs porteurs à l'exportation, ainsi que par les travaux du comité stratégique de la filière des industries et technologies de santé.

2. Recommandations relatives à l'instrument RPE

Préconisations	Réponse de la direction générale du Trésor
L'estimation des chances de prospérer à l'international de l'offre française est une condition nécessaire pour engager de nouveaux projets financés par la Réserve pays émergents (RPE) dans le domaine des équipements médicaux. 2.1 Etablir ou renforcer un modèle de veille secteur / pays Il serait nécessaire, pour déterminer la stratégie à adopter dans une optique de veille, d'assurer une mise en perspective du choix sectoriel par rapport au pays visé pour un projet RPE. L'établissement et le suivi de cette information secteur/pays devraient mobiliser le service économique, les services centraux de la DG Trésor et Business France Ces analyses destinées à mettre en adéquation les produits avec les marchés ciblés sont déterminantes pour décider d'une opération sur financement RPE. L'étude sur l'effet levier potentiel devrait intervenir en amont et au cours de l'ins-truction du dossier RPE. Elle doit être poussée et doit partir d'une identification pointue des points forts de l'offre française par rapport au marché ciblé, à ses opportunités actuelles ou prévisibles et à la concurrence.	Cette préconisation est également une préoccupation de la direction générale L'évolution du tissu industriel est lente et les études réalisées entre 2012 et 2014 n'ont pas besoin d'être reconduites chaque année. Elles font néanmoins l'objet d'une actualisation ponctuelle selon les projets instruits, portant sur des zones géographiques jugées prioritaires et dans des secteurs industriels parti-culiers. Par ailleurs, chaque proposition de projet RPE dans des zones géogra-phi-ques précises fait individuellement l'objet d'une analyse. Le suivi et la mise à jour des informations mobilisent les services économiques et le bureau Aide projet de la DG Trésor avec la participation de Business France à ce travail. Le bureau Aide projet examine la demande de RPE sur la base d'une proposi-tion émanant de l'ensemblier, lequel sollicite directement l'administration pour un financement. Le demandeur motive sa demande à la fois par l'intérêt pour le pays concerné en termes de développement (effet support) et par l'effet d'en-trainement potentiel pour les entreprises françaises (effet levier). La DGE évalue également la pertinence du choix des sous-traitants en qualifiant leurs offres et en calculant la part française. Pour les demandes de financement RPE, les études sont couplées avec des analyses sectorielles émanant des services économiques et de Business France dans les pays concernés. Les sous-traitants sont régulièrement appelés à motiver leur intérêt à se développer sur des marchés au grand export.
2.2 Cadre les responsabilités et affiner la sélection des entreprises françaises Dans le projet évalué, quatre décideurs ont été impliqués : côté français, le minis-tère de l'Economie et des Finances et l'ensemblier ; côté srilankais, le ministère de la Santé (MoH) et l'agent local de l'ensemblier. Le MoH a piloté la définition du projet en ligne avec ses objectifs stratégiques et ses priorités, tout en maintenant une concertation constante avec les acteurs français. Les pouvoirs publics des deux pays ont instruit le projet selon leurs propres procédures, pour parvenir à un accord sur son financement. Les processus suivis sont pertinents et pourraient être généralisés dans les pays où la maîtrise par le gouvernement et les ministères techniques de la conception et de la mise en œuvre des politiques publiques est solide, comme c'est le cas au Sri Lanka. L'ensemblier et son partenaire local ont assuré la conception technique et opéra-tionnelle du projet, ainsi que la gestion de ses aspects commerciaux et contrac-tuels, de l'identification jusqu'au suivi des réalisations.	La direction générale n'adhère que partiellement à cette recommanda-tion, dans la mesure où chaque acteur a sa responsabilité particulière. La DG Trésor, la DG entreprises et les services économiques sont déjà très impliqués dans l'étude de la part française des entreprises qui participent à un projet. Pour ce qui concerne la sélection des entreprises françaises, il est rappelé que, conformément aux règles d'intervention de la RPE, la sélection de l'entreprise demeure de la responsabilité du bénéficiaire local. Ainsi le contrat commercial a été signé entre l'ensemblier et le MoH qui pouvait donc réagir sur le choix des entreprises proposées. La DG Trésor n'est jamais partie au contrat commer-cial ; toutefois elle en fait une relecture vigilante avec Natixis.

Préconisations	Réponse de la direction générale du Trésor
Ainsi, la nécessité d'assurer une mise en perspective du choix sectoriel par rapport au pays visé pour un projet RPE et le besoin de cadrer les responsabilités et affiner la sélection des entreprises françaises milite en faveur d'une plus grande implication de l'administration (<i>DG Trésor et services économiques, ainsi que de Business France</i>) pour la sélection des entreprises. Les partenaires locaux - le MoH, responsable stratégique et décideur final, et le partenaire local de l'ensemblier, délégué par le MoH pour le montage technique, - auraient pu être également davantage associés à l'exercice de sélection des entreprises françaises.	
2.3 Définir clairement les responsabilités contractuelles de chaque partie L'ensemblier Il est important que les responsabilités des parties soient clairement définies au moment de l'instruction du projet et prévues dans les termes du contrat. L'ensemblier à l'initiative du projet doit remplir ses obligations en phase de réalisation mais également en phases de garantie et de maintenance. <i>Le partenaire local</i> Le rôle et l'efficacité du partenaire local ont été déterminants pour la bonne conduite de ce projet. S'appuyer sur un partenaire local de qualité, avec une réelle connaissance du milieu médical et de l'organisation du marché, possédant des références et les capacités humaines pour assurer la maintenance, est une des composantes de succès du projet évalué. Cette pratique pourrait être généralisée à tous les projets RPE dans le secteur des équipements médicaux. Lors des discussions d'Etat à Etat pour la mise en place du protocole financier en amont d'un projet RPE de cette nature, il serait opportun de consulter systématiquement le service économique pour s'assurer de l'existence et de la fiabilité de partenaires locaux.	La qualification de l'ensemblier au moment de la soumission d'un projet de cette nature est bien entendu un point de vigilance important afin de permettre de mener le projet à son terme, périodes de garantie et de maintenance incluses, et de s'assurer de la pérennité de sa présence dans le pays, afin de contribuer à l'effet levier attendu d'un tel financement. Un risque a été pris sur ce projet puisqu'un ensemblier d'une taille moins importante que ses principaux concurrents français a été retenu. Néanmoins, dans le cas très précis de cette RPE au Sri Lanka, le contexte particulier du projet - post-catastrophe et post-conflit - cet ensemblier présentait l'avantage de proposer une réponse complète et cohérente à cette situation d'urgence, répondant aux besoins et à la demande de la partie sri-lankaise. Par ailleurs, pendant la période de garantie de 2 ans, tout problème relevant des équipements objets du contrat, doit impérativement être communiqué au service économique et à la DG Trésor par le bénéficiaire pour qu'une action rapide et efficace soit entreprise au niveau diplomatique pour remédier aux problèmes signalés, ce qui n'a pas été fait pour ce projet. La Direction générale adhère à cette recommandation concernant le choix de l'ensemblier, sur lequel elle s'engage à demeurer particulièrement vigilante. Par ailleurs, ce projet RPE dans le domaine de la santé démontre la valeur ajoutée de faire appel à un partenaire local opérant dans ce secteur, parfaitement au fait des procédures de gestion hospitalière locales et des circuits de distribution pour les établissements de santé. La Direction générale fait sienne la recommandation concernant la nécessité de s'appuyer sur un partenaire local et s'engage à en étudier l'intérêt pour chaque projet de ce type.

Préconisations	Réponse de la direction générale du Trésor
2.4 S'assurer de l'adéquation des équipements médicaux avec le pays cible Dans le cas présent, la prise en considération des conditions locales aurait dû faire l'objet d'un examen approfondi qui aurait permis de limiter ou d'éviter les pannes intervenues rapidement après la mise en service de certains matériels. Le matériel livré doit être adapté aux conditions climatiques et techniques du pays concerné : matériel robuste, tropicalisé, en adéquation avec le niveau de connaissance des utilisateurs et mainteneurs locaux. Le non-respect de ces principes entraîne une absence d'utilisation d'un matériel neuf et trop sophistiqué.	Dans un contexte dénué de tout caractère d'urgence et de catastrophe, les experts en charge de l'instruction de ce type de projet intègrent naturellement la nécessaire tropicalisation du matériel dans les conditions du choix des entreprises françaises. Il est à rappeler néanmoins qu'il incombe au bénéficiaire de définir les caractéristiques des produits qu'il souhaite acheter et de s'assurer que le matériel livré correspond à l'expression de son besoin tel que défini dans son contrat avec l'ensemblier. Dans le contexte d'urgence qui a prévalu au moment de l'instruction du projet, la vérification de certains aspects inhérents à l'adéquation du matériel aux conditions climatiques locales a pu être omise. La DG Trésor adhère à cette recommandation, mais rappelle le partage des responsabilités entre les parties prenantes au projet, en soulignant la distinction entre la vérification de la part française réalisée par la DGE et l'adéquation des équipements au contexte local qui relève de l'ensemblier et de la négociation entre les parties. La DG Trésor s'engage à faire en sorte que le partage des responsabilités sus-mentionnées soit bien observé par les différents intervenants : DGE et parties prenantes au contrat.
2.5 Prévoir un mécanisme de maintenance efficace Le dispositif de maintenance efficace prévu dans ce projet en constitue l'un des principaux points forts. Cette approche semble particulièrement adaptée à des projets relevant du domaine du matériel hospitalier nécessitant des opérations de maintenance rigoureuses et régulières. Il est donc bénéfique pour la pérennité d'un projet dans ce secteur qu'il comporte des volets maintenance et formation à la maintenance, destinés à permettre en fin de projet à une équipe locale d'assurer la maintenance de manière autonome. La question du financement de la maintenance dans le cadre de projets de ce type dans d'autres pays devrait être abordée. Il appartiendrait alors aux promoteurs du projet et aux pouvoirs publics français de bien définir les besoins en maintenance, en termes de durée et de coût, de garantir la formation adéquate et la pérennité d'une équipe dédiée aux opérations de maintenance. Si dans certains pays les capacités de financement du partenaire local sont insuffisantes pour assurer la maintenance, la possibilité de prendre en compte son coût dans le cadre du projet pourrait être examinée.	Cet aspect est en effet particulièrement important. Si dans certains pays, les autorités locales n'ont pas la capacité financière suffisante pour prendre en charge la maintenance des équipements au-delà de la période de garantie de deux ans, la DG Trésor peut inclure cet aspect dans le projet RPE, et assurer la maintenance nécessaire au-delà de la durée garantie habituelle à la fois pour la pérennité du projet, et pour l'image de la France dans le pays d'accueil. La DG Trésor s'engage à étudier l'opportunité du financement par la RPE de la maintenance jusqu'à deux à trois années supplémentaires, soit un maximum de 5 ans, pour les pays qui ne pourraient pas financer un tel mécanisme.

Préconisations	Réponse de la direction générale du Trésor
2.6 Définir avec précision les conditions contractuelles régissant les garanties Dans le projet évalué, une garantie de deux ans était prévue, son responsable contractuel étant l'ensemblier. En cas de panne durant cette période, l'entreprise locale en vertu du contrat, devait solliciter l'ensemblier pour que celui-ci mobilise le fournisseur concerné par la panne identifiée. Or l'ensemblier n'était plus présent au Sri Lanka et n'a pas honoré ses obligations en matière de garanties. Pour que la garantie prévue dans les termes du contrat soit efficace, il est nécessaire que les responsabilités de chacune des parties prenantes soient clairement définies et que celles-ci soient bien informées de leurs moyens d'actions. Il convient de s'assurer de la capacité et de la disponibilité de l'ensemblier à assumer ses responsabilités ou de donner contractuellement la possibilité à l'agent local ou au client d'activer directement la garantie auprès de chacun des fournisseurs. Enfin, il est nécessaire d'évaluer de façon précise le stock de pièces de rechange nécessaires pour couvrir la période de garantie et le coût afférent.	La direction générale fait remarquer que des conditions contractuelles précises étaient incluses dans le contrat commercial, contrat de droit srilankais signé entre l'ensemblier et le MoH. La difficulté est venue du départ prématuré de l'ensemblier du Sri Lanka. La DG Trésor peut, lorsqu'elle vérifie les clauses du contrat au moment de son imputation au protocole, éventuellement suggérer de prévoir l'activation des garanties par l'agent local de l'ensemblier ou par un client, mais elle ne peut l'imposer dans la mesure où elle n'est pas partie au contrat commercial (Cf. 2.3 sur le partage des responsabilités et 2.5 sur le mécanisme de maintenance)
2.7 Renforcer l'appréciation de l'effet levier lors de la mission d'évaluation ex ante La mission <i>ex ante</i> sur la faisabilité du projet donnait un bon aperçu du contexte de ce projet. Elle s'est avérée très utile en dépit de quelques modifications intervenues ultérieurement. Toutefois elle était davantage axée sur les contenus techniques du projet et sur la solidité de son montage, que sur le volet expansion économique française. Les termes de référence des missions d'évaluation RPE <i>ex ante</i> prévoient d'analyser : • la stratégie de la (ou des) entreprise(s) française(s) ; • les parts de marché des entreprises françaises sur le marché concerné ; • la position des bailleurs de fonds susceptibles de financer d'autres contrats de l'entreprise française ; • le volume d'affaires ultérieures que la réalisation du projet peut rendre possible ou favoriser ; • l'activité des entreprises étrangères ; • la position des bailleurs de fonds susceptibles de financer leurs contrats.	Pour ce projet, la mission d'évaluation <i>ex-ante</i> a duré une dizaine de jours, comme c'est le cas pour les projets RPE en général. Elle a examiné sa faisabilité sur le plan technique sur un échantillon de 5 à 10 hôpitaux. Elle n'a pas été mandatée pour réaliser une analyse secteur-pays. Les évaluateurs s'appuient généralement ensuite, sur les services économiques et les représentations de Business France dans les pays pour obtenir ce type de données. En l'absence de données, il serait néanmoins envisageable d'intégrer au cas par cas une étude permettant de qualifier le marché visé en amont de la réalisation d'un projet. Une mission <i>ex ante</i> intégrant ces recherches d'informations serait néanmoins beaucoup plus longue et coûteuse. La direction générale n'envisage de mettre en œuvre cette recommandation que de façon tout à fait ponctuelle lorsque le sujet le nécessite vraiment.

Préconisations	Réponse de la direction générale du Trésor
Il n'est pas aisé dans le cadre d'une mission d'évaluation <i>ex ante</i>, souvent de courte durée, avec l'obligation de rendre ses conclusions dans des délais rapides, d'analyser les potentiels effets support et levier de façon approfondie et argumentée. Pour investir ces sujets, il serait pratiquement nécessaire de mobiliser deux équipes distinctes : • l'une, technique, se consacrant à la définition du projet dans ses contenus, objectifs, et résultats attendus (avec la mise en place d'indicateurs dédiés), à la vérification des capacités de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre et à l'architecture d'ensemble de l'opération ; • l'autre axant ses travaux sur le volet commercial, l'étude du marché local et la réalité de l'offre française, avec notamment un point sur les capacités de développement international des opérateurs français concernés. Le deuxième volet renvoie à la problématique évoquée précédemment de mettre en place une veille secteur / pays en continu.	

3. Recommandation relative à l'évaluation

Préconisation	Réponse de la direction générale du Trésor
Le travail qui a été réalisé concerne un projet spécifique dans un secteur défini et dans un pays ciblé. Une autre méthode pourrait consister à mener une évaluation de projets RPE dissociant l'approche de l'effet support et l'approche de l'effet levier avec par exemple : Pour l'effet support, l'évaluation de tous les projets financés par la RPE dans un secteur d'activité spécifique et dans une série de pays (région, sous-région, continent), pour replacer les interventions dans l'ensemble des activités nationales et internationales dans le secteur et apprécier l'impact des actions menées par la France ; Pour l'effet levier, l'évaluation dans un pays donné des positions acquises par l'offre française à travers tous les projets financés par la RPE mis en place dans une certaine période (par exemple cinq ans), et des retombées et perspectives de développement des entreprises françaises en termes d'exportations dans les différents secteurs concernés.	L'hypothèse consistant à évaluer des projets RPE dans un même pays, couvrant des secteurs variés, ou dans un même secteur, mais sur des géographies différentes, est intéressante en termes de zones d'influence, de développement économique et de secteurs porteurs. Toutefois elle ne serait envisageable que si l'on dispose d'un nombre de projets suffisant dans un secteur. En outre, elle se heurte à des difficultés liées à la durée nécessaire pour une telle mission et à son coût. Néanmoins, pour valoriser les projets conduits et favoriser un effet levier à long terme, au-delà de l'effet d'aubaine d'un projet, la DG Trésor souhaite examiner la possibilité de mettre en place un club de suivi pilote sur un projet RPE. De tels clubs de suivi, qui devraient être organisés ad hoc, auraient pour objectif d'assurer une diffusion de l'information aux entreprises de la filière intéressées, tout en constituant une aide au suivi des retombées des projets.

Pilotage de l'évaluation

1. Composition du comité de pilotage
2. Termes de référence

1. Composition du comité de pilotage

Stéphane Paul, Inspecteur général des affaires sociales, président du comité de pilotage

Guillaume Cruse, cellule Crises et conflits, Agence française de développement

Marie-Laure Custos, pôle Evaluation, ministère des Affaires étrangères et du Développement international

Claude Dumurgier, chirurgien militaire en retraite

Colas Hennion, bureau Aide projet, direction générale du Trésor

Bernard Lempérière, direction des activités institutionnelles, Natixis

Shashikala Perera, service économique de Colombo

Hugues Reydet, service économique de Colombo

Brigitte Schars, bureau Partenariats internationaux, direction générale des Entreprises

Mazyar Taheri, bureau Affaires internationales, ministère de la Santé et des Affaires sociales

Mauricette Gady-Laumonier, unité d'évaluation des activités de développement, direction générale du Trésor

Catherine Legrand, unité d'évaluation des activités de développement, direction générale du Trésor

2. Termes de référence

2.1. Éléments de contexte

La Réserve Pays Émergents (RPE) est un instrument d'aide-projet du ministère de l'Economie et des Finances, géré par la direction générale du Trésor.

Instrument de prêt intergouvernemental concessionnel avec garantie souveraine, la RPE permet de financer des projets répondant au double objectif d'appui au développement du pays bénéficiaire et d'appui au développement à l'international des entreprises françaises. Les conditions d'éligibilité pour les pays comme pour les projets et de mise en œuvre de la RPE sont fixées par une directive du ministère de l'Economie et des Finances et sont instruites par la DG Trésor, puis examinées par un comité d'instruction interministériel. Toutes les six semaines, le comité, présidé par le sous-directeur du financement international des entreprises de la DG Trésor, rassemble l'ensemble des administrations concernées. Il rend un avis au ministre de l'Economie et des Finances, qui est décisionnaire sur les demandes de financement au titre de la RPE.

2.2. Description du projet évalué

Le projet à évaluer a été financé par l'utilisation d'un prêt RPE accordé dans le cadre du protocole financier entre la France et le Sri Lanka signé en septembre 2009, pour faciliter l'effort de reconstruction, suite au tsunami qui a frappé le pays en décembre 2004. Ce prêt d'un montant de 9,5 millions d'euros a été concédé pour une durée de 20 ans, dont 5 ans de grâce. Une convention d'application signée entre le ministère des Finances et du Plan srilankais et Natixis précise les modalités d'utilisation et de remboursement de ce prêt gouvernemental.

Le projet a été exécuté par un ensemblier dans le cadre d'un contrat conclu avec le ministère de la Santé srilankais, en novembre 2009.

L'objectif principal de ce projet consistait à améliorer l'équipement d'hôpitaux publics situés dans les zones touchées par le tsunami (côtes sud du pays, dont Matara, Karapitiya, et Hambota) et la guerre civile (au nord, à Jaffna). Plus précisément, il s'agissait de financer la fourniture de matériels de fabrication d'oxygène pour cinq centres de production et de contribuer à l'équipement en blocs chirurgicaux de six grands hôpitaux régionaux ou provinciaux, ainsi que certains hôpitaux ou dispensaires de base.

Les grandes composantes de ce projet sont les suivantes :

- les équipements, fourniture et montage du projet : 7,6 millions d'euros ;
- la formation à l'utilisation et à la maintenance des équipements : 200 000 euros environ ;
- le service après-vente : 600 000 euros environ.

L'ensemblier est responsable, avec le soutien d'un partenaire local de la mise en œuvre d'une garantie pendant 2 ans portant sur les équipements fournis au titre de ce contrat.

La mise en œuvre du projet a débuté en juin 2010 et s'est achevée en septembre 2012. Le projet est actuellement dans la phase de suivi et d'après-vente du matériel.

Le comité d'instruction de la demande RPE avait proposé la mise en place d'une assistance à la maîtrise d'ouvrage (AMO), qui devait être chargée d'assister la direction de l'équipement du ministère de la Santé du Sri Lanka sur place lors de la mise en œuvre du projet ; elle devait également déterminer des indicateurs de suivi, pour des actions ultérieures du service économique (SE) dans ce domaine. Cette assistance n'a pas été mise en place et il n'y a pas eu d'indicateurs de suivi définis pour le SE.

2.3. Objectifs de l'évaluation et questions évaluatives

L'évaluation portera sur les objectifs spécifiques du projet dans le cadre du double objectif générique des projets d'aide liée financés sur la RPE, à savoir :

- l'appui au développement du pays bénéficiaire (effet de support) ;
- l'appui au développement à l'international des entreprises françaises à travers la promotion de la technologie et du savoir-faire français (effet de levier).

L'évaluation devra prendre en compte de manière explicite et pertinente le contexte spécifique du projet :

- post-crise (tsunami de 2004) ;
- post-conflit (guerre civile achevée en 2009).

L'évaluation appliquera les 5 critères d'évaluation du Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE, à savoir : pertinence, efficacité, efficience, durabilité et impact. Elle devra par ailleurs respecter les normes de qualité pour l'évaluation du développement établies par le CAD. Lorsqu'un critère n'est pas appliqué, une justification sera fournie dans le rapport d'évaluation, de même s'il y a eu recours à des critères supplémentaires.

L'évaluation devra donc porter un jugement argumenté sur les résultats de ce projet selon les critères spécifiques du CAD mentionnés précédemment, présenter des conclusions et identifier des enseignements. Sur cette base, l'évaluation devra formuler des recommandations opérationnelles pour la conception et la mise en œuvre de ce type de projet. Au-delà, les évaluateurs identifieront les préconisations qui pourraient être généralisées, et sous quelles réserves, à d'autres secteurs ou à d'autres zones géographiques.

Pour ce faire, l'équipe d'évaluation devra reconstituer le cadre logique du projet évalué et déduire des questions évaluatives pertinentes permettant de structurer l'évaluation. **A titre indicatif et non exhaustif**, l'évaluation abordera un certain nombre de questions relatives à l'effet support et à l'effet levier.

Pour l'effet support :

- quelle est la pertinence de ce projet d'amélioration de la prise en charge des urgences dans les zones touchées par le tsunami au regard des priorités de développement du Sri Lanka et des orientations stratégiques de la coopération française au développement dans ce pays ?
- dans quelle mesure les « Principes pour l'engagement international dans les Etats fragiles », du CAD (2007), ont-ils guidé la conception et la mise en œuvre de ce projet en matière de développement ?
- quelle est la cohérence du projet avec les autres composantes de la coopération française au développement dans le secteur de la santé, ainsi qu'avec ses interventions dans le pays bénéficiaire et avec les organismes multilatéraux au financement desquels la France contribue ?
- dans quelle mesure la conception du projet a-t-elle été basée sur une évaluation *ex ante* pertinente et adéquate ? Si tel est le cas, dans quelle mesure cette évaluation *ex-ante* a-t-elle été utilisée pour concevoir et mettre en œuvre le projet ?

Pour l'effet levier :

- dans quelle mesure la conception du projet s'appuie-t-elle sur une évaluation *ex ante* des effets attendus pour les entreprises françaises ?
- quelle est la pertinence du projet au regard des objectifs de levier attendus pour les entreprises françaises ?
- dans quelle mesure ces projets ont-ils contribué au développement des fournisseurs français bénéficiaires, à la promotion du savoir-faire des entreprises et, le cas échéant, au soutien de l'emploi de ces fournisseurs français ?

2.4. Approche évaluative

L'évaluation sera réalisée sur la base des travaux suivants :

- une revue documentaire ;
- des entretiens avec les différents intervenants à Paris, essentiellement dans les ministères (ministère de l'Economie et des Finances, ministère des Affaires étrangères, ministère en charge de la Santé), à l'Agence française de développement. Une liste de personnes ressources sera adressée aux évaluateurs en temps utile ;
- le recueil et l'analyse de données administratives, sanitaires, économiques, financières et sociales en lien avec le service économique de Colombo ;
- les entretiens avec les fournisseurs français (établis en France) ;
- une mission au Sri Lanka comprenant la visite des sites.

2.5. Produits attendus et calendrier

Une **note de structuration** sera préparée pour mars 2014 ; elle a pour objet de préciser l'approche évaluative, notamment de reconstituer le cadre logique du projet évalué et de préciser les questions évaluatives qui en découlent, ainsi que le programme de la mission sur le terrain.

Un **rapport de mission** sera transmis en mai 2014. Il devra comporter les constats provisoires et présenter le programme des travaux d'évaluation complémentaires.

Un **rapport provisoire** sera transmis en juillet 2014.

Le **rapport final** sera remis dans un délai de quatre semaines après la remise du rapport provisoire, présenté et discuté en comité de pilotage.

Le **rapport final définitif** sera remis dans les 2 semaines qui suivent à l'Unité d'évaluation des activités de développement (UEAD) de la Direction générale du Trésor, ministère de l'Économie et des Finances.

Une note de synthèse d'environ 15-20 pages rappellera les objectifs de l'évaluation et reprendra les principaux enseignements et recommandations de ce rapport. La note de synthèse devra pouvoir être lue indépendamment du reste du rapport.

La dernière réunion du comité de pilotage décidera de l'organisation éventuelle d'un atelier de restitution des résultats de l'évaluation.

Le rapport est la propriété du ministère de l'Economie et des Finances. Seule la note de synthèse fait l'objet d'une publication en français et en anglais.

2.6. Confidentialité

Compte-tenu du caractère sensible du sujet et des données traités, il sera demandé aux consultants retenus de s'en tenir à la plus grande confidentialité quant aux documents obtenus et aux conclusions de cette évaluation.

Conformément au principe d'impartialité, l'évaluation est réalisée par des consultants n'ayant pas eu à travailler sur le projet évalué. Les consultants indiqueront la charte déontologique à laquelle ils adhèrent.

2.7. Comité de pilotage et équipe d'évaluation

L'évaluation est placée sous la responsabilité d'un comité de pilotage. Ce comité est composé de représentants des ministères et agences concernés ainsi que de personnalités extérieures compétentes. Des représentants des autorités srilankaises ont été invités à participer au comité de pilotage. Le comité définit et valide les termes de référence de l'étude, procède au choix du candidat, assure le suivi de son travail et valide le rapport final au sens où il garantit que ses commentaires et suggestions ont été pris en compte par l'équipe d'évaluation qui reste seule responsable du contenu et de la qualité du rapport final. Il se réunira au moins quatre fois entre la sélection des candidats et la dernière réunion de présentation du rapport final.

Le secrétariat du comité est assuré par l'Unité d'évaluation des activités de développement de la DG Trésor.

Conformément aux normes du CAD de l'OCDE pour une évaluation de qualité, les travaux des consultants feront objet d'une évaluation par le comité de pilotage.

TRÉSOR

DIRECTION GÉNÉRALE

Unité d'Evaluation des Activités de Développement

Télédoc 552 - 139, rue de Bercy
75572 Paris Cédex 12

www.tresor.economie.gouv.fr/evaluation-des-activites-de-developpement

avril 2016