

Évaluation des actions humanitaires financées par ECHO au Nord-Niger et au Nord Mali (1998 - 1999)

Secteur Santé

Évaluation effectuée entre le 20 Février et le 30 Avril 2000

Rapport établi à la demande de la Commission Européenne et financé par celle-ci. Les commentaires et conclusions reflètent uniquement l'avis des consultants.

Ricardo Solé Arqués
Consultor
Salud Pública y Gestión Sanitaria
Sevilla, Avril 2000

Résumé:

Evaluation des actions humanitaires financées par ECHO

Pays: Niger et Mali

Période couverte: 1998 - 1999

Montant:

Mali: Décision: MLI/B7-210 de 11/07/97 (7,6 MEuros) et MLI/254 de 03/09/98 (5 MEuros)

Niger: Décision: NIG/B7-210 de 16/07/97 (1MEuros), /NIG/B7-210/97 de 27/11/97 (1,9 Meuros) /NER/210/ de 30/11/98 (2 MEuros) et /NER/254/ de 02/08/99 (285.000 Euros).

Secteur concerné: Secteur santé.

Partenaires: CICR, CRB, MdM (France), LVIA, ANS, MdM (Espagne), MsF, ACF, AMI, COSPE

Description du secteur:

Les priorités du secteur dans les deux pays s'encadrent dans la lutte contre la pauvreté, la malnutrition, les maladies infecto contagieuses et les taux élevés de mortalité infantile et maternelle. Les deux pays dépendent de l'aide extérieure au secteur et partagent des politiques sectorielles basés sur le recouvrement de coûts et la participation communautaire (IB). Les régions du Nord de ces deux pays se sont exclus des plans sectoriels pour des motifs d'instabilité politique qui ajoutent la précarité, l'enclavement et le nomadisme de ses populations aux difficultés d'implémentation de ces politiques. Les accords de paix ont signifié une relance des politiques sectorielles dans le Nord.

Description de l'évaluation:

Dates de l'évaluation: Entre le 20 février et le 30 avril 2000

Rapport n°:

Consultant: Ricardo Solé Arqués, Santé Publique.

Objectif et méthodologie:

Les objectifs de l'évaluation sont l'analyse de l'opportunité et du degré de réalisation des actions humanitaires financées par ECHO conformément aux objectifs suivants: Aide d'urgence à la réinstallation des populations rapatriées, appui au continuum pour dynamiser la relance du développement et le soutien du processus de paix. Analyse de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact des opérations, du rôle joué par ECHO, de la stratégie de continuum entre l'urgence et le développement, et l'établissement de recommandations sur le futur des financements d'ECHO ainsi que l'amélioration de l'efficacité des interventions. La méthodologie a consisté à examiner la documentation disponible de ECHO à Bruxelles et sur le terrain, à visiter les lieux de l'intervention, à des entretiens avec les bénéficiaires et les autorités locales, avec les principaux acteurs dans le secteur et les partenaires, ainsi qu'avec le staff de ECHO à Bruxelles et sur le terrain.

Conclusions:

Pertinence:

L'objectif fondamental est de contribuer à la stabilisation et à la pacification de la zone. Dans le secteur sanitaire, on se trouve dans une situation où les dispositifs d'assistance sont absents et où l'administration est incapable de répondre à la demande. La pertinence de l'intervention se doit à la situation d'extrême précarité des populations dans un contexte de post crise politique, d'abandon institutionnel et d'urgence structurelle. Les bénéficiaires sont non seulement la population en processus de réinstallation mais aussi la population en général et l'administration sanitaire qui se bénéficie de l'appui.

La stratégie que l'on assume est d'appui à la politique sectorielle et elle se propose d'augmenter la couverture de la population en encourageant la participation communautaire. Il s'agit d'une approche de développement qui partage les faiblesses de la formulation des politiques institutionnelles dans le Nord et ne tient pas compte des possibles difficultés auxquelles se heurte l'instrumentation de cette politique ni des délais nécessaires pour la rendre viable. Les partenaires n'analysent pas assez les difficultés qui empêchent de dynamiser la participation communautaire, d'introduire un nouveau système et construire des centres de santé viables par l'intermédiaire des interventions à court terme de ECHO.

Coordination et cohérence

La stratégie est adoptée par consensus entre tous les acteurs et les autorités. L'intervention est cohérente et complémentaire avec les autres acteurs. La coordination sur le terrain a été bonne, les contacts fréquents et les plate - formes de coordination remarquables. Depuis le début, il y avait une conscience de la nécessité d'alternatives concernant le suivi sous une optique de développement. Néanmoins, il semble qu'il soit difficile de trouver un mécanisme de coordination avec programmes d'appui au secteur de la DGDEV, et en dépit de nombreux contacts, on n'a pu concrétiser une stratégie commune.

Efficacité

Toutes les activités prévues sont réalisées, en termes de création d'associations communautaires et de Centres de Santé. La couverture géographique s'est étendue. Cependant, la propre dynamique communautaire met en doute sa solidité, la fréquentation est faible et la qualité des services médiocre. La formation d'infirmiers à Bamako (programme financé à l'AMI) resulta inefficace.

Les coûts opérationnels peuvent être considérés élevés.

Efficience

La gestion opérationnelle et logistique des partenaires est adéquate aux difficultés et aux délais et semble s'être améliorée au cours de l'opération. Le haut turn-over d'expatriés est l'aspect le plus négatif. ECHO a suivi de près les opérations par l'entremise de correspondants sur le terrain. On constate la nécessité de renforcer la capacité technique de ECHO dans des contextes complexes de développement comme l'appui aux correspondants.

Impact & implications stratégiques

L'impact en termes de couverture est très élevé, environ 100.000 personnes peuvent avoir accès à un Centre de Santé grâce à l'opération. Cependant, l'impact sur l'état de santé ne peut être considéré relevant.

Un impact positif s'est produit lorsque la population commence à percevoir qu'il existe une série de services dans les communautés, ce qui contribue à la stabilisation.

Les conditions économiques et l'enclavement de la population ne permettent pas la viabilité du modèle de PSS dans le Nord. La capacité locale d'absorber les réalisations est dépassée. Des subventions et des stratégies d'appui institutionnel sont nécessaires dans le contexte de programmes de développement pour la région. Les programmes d'appui de la DGDEV et d'autres donateurs au secteur devront concevoir des stratégies spécifiques pour le Nord.

Visibilité:

ECHO a transmis une image de donateur différente, dynamique et efficace, fondée sur une présence continue aux forums de coordination et devant les autorités locales. Bénéficiaires et acteurs sont au courant de l'intervention de ECHO.

Questions transversales:

Il y a encore des problèmes de sécurité dans la zone qui rendent souvent les opérations difficiles. Quant aux questions de genre, elles n'ont pas été le motif d'une intervention spécifique. Le contexte socioculturel est trop complexe pour tenter des interventions à court terme.

Recommandations:

Au niveau sectoriel:

- Renforcer les capacités techniques des cadres de cercle, district et département, pour faciliter l'appropriation de ce qui a été réalisé.
- Adapter la politique sectorielle aux caractéristiques du Nord, en concevant des stratégies pour les problèmes les plus importants: Viabilité économique, ressources humaines et qualité des services.
- Promouvoir des stratégies de santé publique qui s'adaptent à la communauté nomade

Au niveau stratégique de la commission:

- Évaluer la décision de donner la priorité au Nord dans les FED en vigueur en établissant des antennes et des mécanismes flexibles d'intervention.
- Définir une plate-forme de coordination entre services qui permette une planification conjointe et la possibilité d'intervenir dans la chaîne de prise de décisions

Par rapport à l'opération ECHO:

- Inscrire l'opération dans un cadre logique adapté à l'organisation
- Systématiser l'appui technique aux correspondants sur le terrain
- Introduire des indicateurs dans les contrats permettant de suivre et comparer les coûts et l'efficacité.
- Définir les TdR des responsables des ONG lorsque les interventions se prolongent.
- Définir une politique de communication au niveau central et encourager l'utilisation de la ligne visibilité des contrats pour les campagnes de contenu éducatif-sanitaire.

Leçons apprises:

- Intégrer l'intervention avec des stratégies à longue échéance conditionne l'efficacité et l'impact au succès de la dite stratégie.
- Éviter la création de nouvelles structures ou services. Limiter les opérations ECHO à la réhabilitation et à la mise en oeuvre de structures existant déjà.
- La coordination en vue de la relève doit s'amorcer dans la phase de planification de l'intervention.

1-Méthodologie:

1-a: Période

Évaluation réalisée entre le 20 février et le 30 avril, suivant la chronologie des visites et rencontres énumérées dans l'annexe (voir rapport de mission).

1-b: Enceinte:

L'enceinte de l'évaluation se situe dans les régions du nord des États du Niger et du Mali, dans le contexte des opérations financées par ECHO dans le secteur sanitaire entre 1997 et 1999.

1-c: Sources d'information

- Briefing à Bruxelles, entretiens à l'unité responsable et examen des archives disponibles. Les sources documentaires utilisées sont: les contrats avec les partenaires, la correspondance entre les partenaires et ECHO, les rapports de Mission et les rapports intermédiaires et finaux des opérations financées, les évaluations et analyses disponibles des différents acteurs, les dénommés "documents gris" qui proviennent des Ministères et organismes techniques locaux, de l'Organisation Mondiale de la Santé, la Banque Mondiale, le Comité Internationale de la Croix Rouge, entre autres.
- À la délégation de l'Union Européenne à Niamey et à Bamako, à travers des entrevues avec les fonctionnaires et les conseillers de la délégation ainsi que l'examen des archives disponibles sur le terrain., par des entretiens avec les correspondants d'ECHO et avec les Assistances Techniques des différents projets de développement dans les pays visités. Rencontres et entretiens avec les responsables des partenaires d'ECHO sur le terrain.
- Entrevues avec les autorités locales et avec les principaux acteurs du secteur, à un niveau central (Niamey et Bamako) et local (préfectures et sous-préfectures, autorités sanitaires locales et régionales). Rencontres avec les bénéficiaires à travers des entrevues avec des informateurs-clé, à des réunions en groupe avec des bénéficiaires et des comités de différentes communautés.
- Visites sur le terrain des opérations et vérification des réalisations. Observation du contexte des opérations.
- Debriefing avec les responsables de la Délégation et avec les experts d'ECHO sur le terrain.

On a procédé à une compilation quotidienne des informations recueillies et à l'analyse postérieure de celles-ci. Ces informations ont été validées dans la mesure du possible en les contrastant et en les soumettant à un débat en équipe. Le debriefing de Bruxelles réalisé avant le rapport définitif constitue la dernière étape du travail.

1-d: Discussion de la méthodologie:

L'intervention dans les deux pays partageant le même contexte et nombreux aspects de l'analyse sectorielle sont superposables. L'évaluation séparée des deux opérations ne semblant pas justifiée, elle a été réalisée conjointement. Les particularités et les aspects de chaque pays ont été spécifiés dans le texte.

Il faut signaler qu'il s'agit d'une évaluation essentiellement qualitative. L'information disponible est en général incomplète et, dans presque tous les cas, l'information est descriptive et peu spécifique en termes quantitatifs. Les données indiquées dans le texte sont occasionnellement quantitatives et, dans certains cas, déduites indirectement des informations fournies par les rapports, lesquelles peuvent être utiles pour signaler des tendances mais doivent être considérées avec prudence.

Les visites sur le terrain n'ont pu être aussi complètes que prévues à cause des limites de temps, des difficultés à se déplacer dans la zone, ainsi que des problèmes de sécurité, notamment au Mali. Néanmoins, nous estimons avoir pu visiter un nombre suffisant d'installations et l'analyse a mis en évidence que nous avons atteint un niveau adéquat de saturation de l'information

Les TdR (*voir annexe*) limitent raisonnablement l'extension de le rapport d'évaluation. On a essayé de condenser les aspects les plus pertinents, mais parfois des affirmations peuvent sembler dans quelque façon démunies. Il existe une complémentarité entre la description, les conclusions et les recommandations.

2 – Contexte du secteur sanitaire:

Les indicateurs socio-sanitaires reflètent une situation extrêmement déficitaire. Le fort accroissement végétatif et une fécondité très grande unis à un taux de mortalité infantile et maternelle très élevé indiquent que ces communautés se trouvent encore dans une phase préalable au changement démographique des pays en voie de développement. Les indicateurs sociaux et sanitaires les plus importants des deux pays sont inclus dans le tableau suivant et montrent jusqu'à quel point ils ont des points en commun:

| Indicateur | Niger | Mali |
|---|---|---|
| Population 1998 ¹ | 10.780.000 | 10.694.000 |
| Croissance annuelle population ^{Error! Unknown switch argument.} (78-98) | 3.3 | 2.5 |
| Ratio de fertilité (1998) ¹ | 6.8 | 6.6 |
| Probabilité de mourir avant 5 ans (1998) ¹ | 198/1000 pour garçons 181/1000 pour filles | 244/1000 pour garçons 219/1000 pour filles |
| Espérance de vie a la naissance (1998) ¹ | 47 ans pour hommes 50 ans pour femmes | 52 ans pour hommes 55 ans pour femmes |
| Mortalité maternelle, 1990 ¹ | 1200/100000 | 1200/100000 |
| PIB per capita ² | 200 USD (1997) | 250 USD (1994) |
| % PIB que l'administration engage au système de santé: ¹ | 1.6% | 1.2% |
| Malnutrition Enfants de moins 5 ans,1995 ¹ | 41% | 31% |
| Accès à l'eau potable ³ | 57% ⁴ | 50% ³ |
| Accès aux services de santé | 30% (1995) ⁴ | 32% (1998) ⁵ |

Les indicateurs de développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) classifient le Niger et Mali dans l'avant-dernière et antépénultième position respectivement d'un total de 176 pays analysés (1998). En ce qui concerne le Mali, il a été publié que dans les zones rurales, 78% de la population vit au dessous du seuil de pauvreté, ce qui signifie un PIB per capita inférieur à 150 USD, ou, ce qui revient au même, de moins d'un demi dollar par jour⁶. Au Niger la chiffre est d'un 60% de la population total vivant avec moins d'un dollar par jour².

Les principales causes de morbidité et de mortalité enregistrées sont les mêmes dans les deux pays, il s'agit essentiellement de maladies infecto - parasitaires: infections respiratoires, paludisme et diarrhées. Les épidémies de méningite sont fréquentes. Le SIDA, la tuberculose et une série d'endémies complètent le panorama. La malnutrition et quelques maladies de carence sont encore habituelles.

2-a: Les politiques de santé:

Le Mali est l'un des pays les plus dynamiques en ce qui concerne son engagement à l'égard du développement des politiques de santé. En 1978, c'est l'unique pays de la région qui ait participé à la conférence d'Alma-Ata, où furent consacrés les principes de l'assistance primaire en tant que pivot de la prestation de services à la population. Le Mali est aussi à l'origine de l'Initiative Bamako (IB) née pendant les années 80, pour favoriser les services essentiels de santé soutenable avec la participation de la communauté. En 1990, la première politique sectorielle est formulé au Mali et un programme financé par la Banque Mondiale, le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR), potentialise la dynamique de recouvrement de coûts (Initiative Bamako) en offrant 75% du financement des nouveaux Centres de Santé Communautaires (CSCOM), si la communauté apportait le 25% restant. Parmi les 374 CSCOM et CSAR revitalisés (Centres de Santé d'Arrondissement de l'ancien système, transformés en CSCOM de participation communautaire) et recensés en 1999, 158 ont été réalisés par le PSPHR.

Au Niger, il existe un Plan National de Santé, formulé pour la période 1995-2000 qui recueille une série de lignes de développement orientées vers la décentralisation, l'extension de la couverture et la mise en oeuvre de stratégies de recouvrement de coût au niveau de l'Assistance Primaire (AP), conformément à

¹ OMS/WHO World Health Report, 1999

² Banque Mondiale

³ Ministère des mines, de l'énergie et de l'eau, Mali

⁴ World Development Report, 1997

⁵ Rapport d'activités,1999, DNSP, Ministère de la Santé, Mali

⁶ "Stratégie Nationale de lutte contre la pauvreté"; Ministère de l'Économie-PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement.

l'Initiative Bamako. Ces systèmes de recouvrement de coûts commencent à se mettre en place expérimentalement en 1996 et la décentralisation administrative favorise une carte sanitaire où se définissent les Centres de Santé Intégrale (CSI), version nigérienne des CSCOMs.

Il faut également tenir compte des limites des politiques universellement acceptées de potentialisation de l'Assistance Primaire (Soins de Santé Primaire). Des analyses publiées démontrent que 95 pour cent de la variation dans la mortalité infantile peut s'expliquer par les revenus per capita d'un pays, la distribution des revenus et le niveau d'instruction des femmes, la fragmentation ethnique et la religion prédominante. La dépense publique en santé a un impact très faible, statistiquement insignifiant.⁷

Il convient de faire ici une distinction: en termes de *nécessités*, car le secteur requiert une politique de lutte contre la pauvreté et contre la malnutrition, améliorer l'accès à l'eau, et l'assainissement; augmenter la couverture des vaccinations et développer des campagnes d'éducation sanitaire qui aient une incidence sur les aspects concernant les soins maternels et infantiles ainsi que les maladies de transmission sexuelle (MTS). En termes de *demande* des citoyens, ceux-ci réclament des services d'assistance et la disponibilité des médicaments. Ce conflit d'intérêts va peser au moment d'assigner des ressources et de concevoir des plans sectoriels stratégiques.

Du point de vue de la planification sanitaires, malgré qu'on ne puisse parler d'un processus de développement urbain des villes dans ces deux pays, il faut quand même tenir compte d'un processus de "concentration" dans des zones déterminées. Au Niger, la zone de Niamey, Yahoua et Tilabery représentent 41% du total de la population; au Mali, la zone de Bamako, Kolokoro et Segou ce chiffre s'élève à 42%.

2-b : La dépendance extérieure:

Au *Mali*, il est estimé que la dépense nécessaire pour assurer les services sanitaires se situe entre 12 et 14 USD/habitant/année⁸ Des 58 milliards de FCFA (Francs de la Communauté financière Africaine) consacrés aux dépenses dans ce secteur en 1997, la contribution de l'État représente 18%, l'aide extérieure a financé 19% (une fois déduits les coûts de transfert), et l'apport des citoyens à travers la participation au coût des services (y compris les privés et les traditionnels) et au prix des médicaments, a été de l'ordre de 50%. Le secteur se bénéficie de l'intérêt d'un nombre considérable de donateurs et le Ministère de la Santé dépend à l'heure actuelle des contributions extérieures pour 80% de ses dépenses. Les principaux acteurs sont les coopérations bilatérales allemandes, françaises, hollandaises et suisses, l'U.E., la Banque Mondiale, l'USAID, l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) et le PNUD. Le *Niger* est également très dépendant de la communauté de donateurs qui couvrent surtout les dépenses courantes du système, la dépense en investissements étant relativement peu élevée. L'aide extérieure représente 83% des dépenses totales en santé. L'Union européenne fournissant 38% de l'aide extérieure, aide budgétaire incluse⁹.

Dans les deux pays, la faible capacité d'absorber l'aide est remarquable. L'exécution des budgets est souvent incomplète et on a constaté la difficulté de définir des plans opérationnels budgétarisés au niveau de la région, département ou cercle, pour la prochaine période.

2-c : Les problèmes du système:

Accessibilité, couverture et qualité.

La situation réelle dans les deux pays est qu'il y existe de graves déficiences dans les systèmes d'assistance et de prévention. La couverture de la population est faible, on estime qu'elle est de l'ordre de 35% (si on considère comme population couverte celle qui se trouve dans un rayon d'environ 5 km d'un Centre de Santé Intégrale ou d'un Centre de Santé Communautaire, bien que dans les régions du Nord, on accepte, en tant qu'hypothèse de travail, de considérer les populations dans un rayon de 15km). D'autre part, depuis que le système de recouvrement des coûts a été introduit, on a détecté une diminution de la fréquentation des Centres de santé intégrale et des Centres de santé communautaire d'environ 50%. Encore plus grave est la faible fréquentation des hôpitaux de district au Niger ou de cercle au Mali, laquelle peut

⁷ Child Mortality and Public Spending on Health: How much does money matter?

Deon Filmer and Lant Pritchett, 1997, en "Primary Health Care: A critical evaluation", World Bank.

⁸ Ministère de la Santé, Mali. Programme de développement sanitaire et social (PRODESS), 1998-2002, Cadrage financier.

⁹ Rapport AEDES, 1999

être en moyenne de l'ordre d'une admission par jour dans de nombreux cas. Cette faible utilisation du système se doit à la très médiocre qualité des services offerts et à des problèmes d'accessibilité physique et économique, sans oublier les aspects culturels d'une offre de services étrangère à la perception de santé de les populations du Nord. Au *Niger*, la situation, en ce qui concerne les équipements et les programmes d'investissement en technologie, est encore plus précaire. Les centres de référence au *Mali* sont en général mieux équipés, mais la productivité du système est tellement faible qu'il n'est guère possible de discerner des différences dans les résultats.

Les ressources humaines

L'un des problèmes clé du secteur est constitué par les ressources humaines. Elles sont rares et ont tendance à se concentrer dans les zones de concentration démographique des deux pays (au Mali, 57% des médecins, 47% des infirmiers et 64% des sages-femmes se trouvent à Bamako). Pour suppléer à ce manque dans des régions comme le Nord, il a fallu former des agents sanitaires dans la communauté. On a développé des cursus de six mois, ce qui limite la qualité des services disponibles.

L'affectation de postes dans le système public se fait par concours administratif, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un personnel qui a des perspectives de promotion par le biais de l'ancienneté; lorsque quelqu'un est nommé dans une région lointaine (Nord), ce poste est ressenti comme une punition non méritée et la motivation pour améliorer le rendement est nulle; en fait, il est fréquent que dans le Nord les fonctionnaires soient absents pendant de longues périodes pour des motifs divers: permis, maladies, formation, etc.

Le problème comprend des aspects de disponibilité de personnel formé et aussi la mise en place des systèmes de primes et d'encouragements concrets qui permettraient une gestion des ressources humaines en fonction des rendements et d'une carrière professionnelle.

2-d: L'initiative Bamako:

À partir de 1980, des expériences de recouvrement de coûts commencent à apparaître au Mali qui remettent en question l'axiome de la gratuité universelle des services. Les difficultés à trouver des médicaments et l'impossibilité de la part de l'État de répondre à la demande de services de la population ont poussé à créer des associations qui, grâce aux cotisations de leurs membres, assureraient la disponibilité de services et de médicaments essentiels. Tolérées au début par l'administration, elles finirent pas s'encadrer dans ce qu'on appelle l'Initiative de Bamako, à la suite d'une conférence internationale célébrée à Bamako en 1987. Les *valeurs* invoquées marqueront une évolution de ce qu'on entend par coopération en matière de santé dans les pays en développement, à savoir la *décentralisation, l'équité, la gestion communautaire, l'efficacité financière, le paquet minimum d'activités et l'appropriation*.

Dans l'ensemble, les résultats de l'expérience en termes de couverture, d'accès de la population et de la disponibilité de services minimales dans de nombreuses communautés, semblent satisfaisants. Il est indéniable qu'elle a eu du succès en ce qui concerne la disponibilité de médicaments essentiels (sans doute la principale réussite). Une série de conditions sont exigées pour accréditer une Association de Santé Communautaire (ASACO) et un minimum de critères en termes de population de référence, d'activité économique et d'homogénéité de la communauté. Les ASACOs accréditées ont accès à des appuis institutionnels et établissent une relation contractuelle avec l'administration, en s'engageant à offrir des prestations basiques: le Paquet Minimum d'Activités (PMA).

Cependant, on a déjà détecté au Mali que les Associations de Santé Communautaires (ASACO) qui soutiennent les Centres de Santé Communautaires (CSCOM) sont en régression dans la plupart des cas. On a invoqué des problèmes de représentativité, de gestion, de conflits du travail, de la concurrence des centres privés non réglés et de la tergiversation du concept de participation communautaire due à la "subvention" de différents acteurs externes

Les effets indésirables de l'Initiative de Bamako qui ont été détectés sont les suivants: la diminution de la fréquentation dès qu'on passe d'un centre de l'ancien système à un centre de recouvrement de coûts; la pénalisation du malade qui, plus il a besoin de services, plus il est obligé de contribuer économiquement; le caractère conditionnel des services là où ils sont viables économiquement; la création de la "médicamentisation" de la santé et, surtout la démission de l'administration en ce qui concerne ses

responsabilités en matière de santé publique lesquelles, apparemment, sont sous-traitées avec les ASACOS. En particulier au Nord, le suivi et l'appui technique nécessaires de part de l'administration sont presque toujours inexistantes.

2-e: La politique sectorielle de santé dans le Nord.

Dans les régions du Nord des deux pays, la situation politique et la rébellion ont retardé toute application d'une politique sectorielle. À la suite des accords de paix, l'administration assume la nécessité de donner la priorité au développement de services essentiels dans le Nord. La politique sectorielle de santé telle qu'elle a été développée dans le reste du pays est préconisée dans le Nord, avec le soutien de tous les acteurs.

Mais il faut tenir compte d'une série de difficultés prévisibles si on applique le modèle des ASACO-CSCOM (Mali) ou des CSI (Niger) au Nord.

- Il s'agit d'une initiative qui ne provient pas de la communauté, mais qui est importée et imposée par une politique de l'administration.
- Il est possible qu'elle ne réponde pas aux nécessités des communautés nomades.
- Le niveau de précarité et de pauvreté des populations du Nord rendent la viabilité économique difficile.
- La densité de la population empêche d'atteindre un nombre minimum de bénéficiaires qui pourraient soutenir dans le futur des CSCOMs ou des CSIs.
- L'enclavement de nombreuses communautés rend un système de référence très difficile.
- L'absence de ressources humaines provenant du Nord exige un déplacement du personnel d'autres régions, pas toujours motivé, et dont la tendance est de retourner le plus tôt possible à son lieu d'origine.
- Les capacités de gestion et de comptabilité très complexes requises par les ASACOSs et les CSCOMs dépassent dans la plupart des cas les possibilités des communautés du Nord.

3- L'intervention d'ECHO:

Il est toujours délicat d'analyser rétrospectivement ce qui a été formulé dans un contexte déterminé, avec des éléments d'analyse divers dont nous ne disposons qu'à la fin de l'opération. On a fait un effort pour comprendre les éléments de jugement qui sont intervenus au moment de concevoir l'intervention et qui s'examinent à la lumière de ce que l'on entend par mandat d'ECHO (en prenant comme point de référence le document "Évaluation des actions d'aide humanitaire prévue dans l'article 20 du règlement") et d'une relecture du contexte au bout de trois ans.

Le Niger et le Mali se trouvent dans une situation extrêmement précaire, on pourrait même dire qu'il s'agit d'une "urgence structurelle", notamment dans les régions du Nord. La crise du Nord, la rébellion touareg et les conflits entre les ethnies qu'elle provoque sont communs aux deux pays qui partagent la problématique socio-économique du sahel sous-saharien, son nomadisme, sa marginalité des plans de développement et de l'activité politique des centres de décision, ainsi que les sécheresses qui ont conduit la zone à une situation critique pendant les années 80. L'ensemble de ces facteurs transforment une situation d'urgence "structurelle" en "conjoncturelle", ce qui justifie l'intervention de ECHO.

3-a: Objectifs généraux:

Les objectifs globaux de ECHO, tels qu'ils sont formulés dans le document "Propositions de financement communautaires de l'aide humanitaire aux populations du Nord Mali" et qui sont également recueillis moins explicitement dans les "projets de décision d'aide humanitaire" correspondant au Niger, sont trois, à savoir, l'Objectif Humanitaire, l'Objectif de réhabilitation et l'Objectif de paix.

Pertinence : Une analyse de ces objectifs généraux et de leur bien-fondé correspond à une autre partie de cette évaluation. Néanmoins, quelques considérations sont nécessaires pour situer en perspective l'intervention sectorielle dans la santé.

- *L'Objectif humanitaire*: Il semble accepté que lorsque ECHO est intervenu (d'une manière significative à partir de 1997), il n'y avait pas une nécessité humanitaire urgente qui justifie une intervention directe en vue d'une assistance d'urgence. Pourtant, l'intervention de ECHO peut se justifier facilement dans un contexte d'après crise dans une zone d'extrêmes précarité et

fragilité, dans une situation d'abandon des institutions, devant la difficulté d'adapter d'autres instruments d'intervention (plans des Fonds Européens de Développement. [FED], Mali Nordest, PROZOPAS, etc.). Il y a un champ d'action pour l'assistance humanitaire, en fait plusieurs ONG remplissent au début une fonction d'assistance.

- *Les Objectifs de réhabilitation et de paix:* L'intervention de ECHO se produit à partir d'une certaine stabilité dans la zone, dès que l'implantation des accords de paix entre les différentes factions est mise en oeuvre. La pertinence de ces objectifs a été ainsi bien établi et il est devenu clair que pour favoriser la stabilité et la réinstallation des populations, il fallait intervenir moyennant l'appui des institutions aux politiques qui prétendent pallier la grave situation de carences structurelles de la région. Il a été alors accordé d'appuyer l'application de la politique sectorielle de santé, l'intervention hydraulique, etc.

3-b: L'intervention dans le secteur sanitaire:

3-b-1 Objectifs dans le secteur sanitaire:

Au Mali, les objectifs d'ECHO sont formulés de la façon suivante¹⁰:

- *Objectif prioritaire:*

- Couverture médicale et sanitaire des populations pendant la phase critique de leur retour/réinstallation.

- *Objectif collatéral:*

- Soutien à la mise en place d'un système de santé viable et de qualité adapté aux spécificités des régions du Nord-Mali

Et les stratégies suivantes sont définies:

- *L'insertion de l'action ECHO dans le cadre de la politique sectorielle de santé malienne.*
- *La concertation entre les différents acteurs*
- *Assurer la transition entre l'approche actuelle des projets et l'approche du programme que le Ministre veut mettre en place.*
- *Le financement des projets santé par ECHO pendant un an.*

Au Niger, la formulation des objectifs est moins claire. En général, on invoque la nécessité d'appuyer la réinstallation des populations déplacées, en mentionnant que les secteurs prioritaires soient l'accès à l'eau, la sécurité alimentaire et la santé. La stratégie sanitaire comprend la construction de postes de santé dans les nouveaux emplacements, une dotation élémentaire et la formation de secouristes et de sage - femmes dans la communauté. Ces activités font partie des opérations à composants multi - sectoriels par l'entremise de la COSPE (Organisation non gouvernementale italienne) et de l'ACF (Action contre la Faim). Plus tard, on optera pour le financement de deux interventions ponctuelles (Aide médicale internationale [AMI], à la maternité d'Agades et Médecins du Monde, France [Mdmf] à Arlit) pour faciliter l'implantation des ONGs en vue d'autres financements.

3-b-2: Bénéficiaires

On peut identifier trois types de bénéficiaires dans le secteur:

- *Les rapatriés:* En principe, les bénéficiaires devraient être les populations qui se trouvent dans une situation de plus grande précarité pendant le processus de retour.

- *La population de la zone:* Néanmoins, depuis le début, on se rend compte que dans la situation de déficit structurel de la zone, il n'est pas possible d'ignorer les nécessités du reste de la population; il est donc impensable de favoriser certains groupes plus que d'autres.

- *L'administration du secteur santé:* La décision stratégique d'intervenir en soutenant la politique sectorielle de santé définit un autre bénéficiaire: l'administration sanitaire des deux pays qui se bénéficie du soutien et de l'assistance technique des partenaires ECHO et que voient que leurs politiques sont soutenues dans les zones rebelles (n'oublions pas que ces politiques furent fondées sur un consensus avec la direction de la rébellion à travers plusieurs accords).

¹⁰ ECHO-Mali, Document interne, 2/16/00

3-b-3: Les opérations financées par ECHO dans le secteur santé:

Les opérations qui incluent dans leurs activités des aspects sanitaires, se sont étendues pendant trois ans. Elles répondent à quatre décisions de financement. Il est difficile de déterminer la quantité globale consacrée à des activités sanitaires étant donné que certains contrats développent des activités multi-sectorielles, mais on les estime de l'ordre de 4,8 M Euros au Mali et de 370 000 Euros au Niger.

| MALI | | | | |
|--------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|---|
| <i>ONG</i> | <i>Contrat n°</i> | <i>Durée</i> | <i>Montant</i> | <i>Activités</i> |
| Croix Rouge Belgique | /MLI/B7-210/96/0101* | 30/04/96 – 20/12/96 | 200.000 | Assistance médicale |
| Croix Rouge Belgique | /MLI/ART254/96/01004 | 21/10/96 – 20/06/97 | 140.000 | Assistance médicale |
| Croix Rouge Belgique | /MLI//B7-210/97/0107G | 22/04/97 – 21/09/98 | 400.000 (150.000) | Médicale et hydraulique |
| Croix Rouge Belgique | /MLI/254/1998/01005 | 22/04/98 – 20/02/00 | 640.000 (200.000) | Médicale et hydraulique |
| Aide Méd. International | /MLI/B7-210/96/0103C | 29/04/96 – 20/12/96 | 100.000 | Assistance médicale |
| Aide Méd. International | /MLI/ART254/96/01005 | 20/12/96 – 20/06/97 | 100.000 | Assistance médicale |
| Aide Méd. International | /MLI/B7-210/97/0112M | 21/06/97 – 20/07/98 | 340.000 | Assistance médicale |
| Aide Méd. International | /MLI/254/98/01001 | 20/09/98 – 31/08/99 | 335.000 | Assistance médicale |
| Médecins du Monde F | /MLI/B7-210/96/0104D | 20/03/96 – 20/12/96 | 100.000 | Assistance médicale |
| Médecins du Monde F | /MLI/B7-210/96/0106D | 20/06/96 – 20/11/96 | 40.000 | Épidémie de choléra |
| Médecins du Monde F | /MLI/254/96/01001 | 21/10/96 – 20/04/97 | 140.000 | Assistance médicale |
| Médecins du Monde F | /MLI/B7-210/97/0101* | 22/04/97 – 21/04/98 | 250.000 | Assistance médicale |
| Médecins du Monde F | /MLI/254/98/01007 | 01/10/98 – 21/10/99 | 170.000 | Assistance médicale |
| C.I.C.R. | /MLI/B7-210/97/0105E | 05/05/97 – 04/08/98 | 500.000 (350.000) | Santé/hydraulique/divers |
| C.I.C.R. | /MLI/254/1998/01003 | 05/08/98 – 04/07/99 | 500.000 (300.000) | Santé/hydraulique/divers |
| Médicos del Mundo E | /MLI/B7-210/97/0109I | 01/04/98 – 15/12/98 | 200.000 | Assistance médicale |
| Médicos del Mundo E | /MLI/254/98/01008 | 16/12/98 – 15/11/99 | 122.000 | Assistance médicale |
| Action Nord-Sud | /MLI/B7-210/97/0106F | 04/09/97 – 03/09/98 | 300.000 | Assistance médicale |
| Action Nord-Sud | /MLI/254/98/01013 | 01/01/99 – 31/12/99 | 175.000 | Assistance médicale |
| L.V.I.A. | /MLI/B7-210/97/0110J | 01/07/97 – 10/09/98 | 500.000 (300.000) | Santé/hydraulique/retour |
| L.V.I.A. | /MLI/254/1998/01002 | 11/09/98 – 31/01/00 | 300.000 (200.000) | Santé/hydraulique/retour |
| Action contre la Faim | /MLI/B7-210/97/0108H | 01/08/97 – 31/08/98 | 200.000 (100.000) | Santé, nutrition |
| Action contre la Faim | /MLI/254/98/01006 | 01/09/98 – 29/02/00 | 600.000 (300.000) | Hydraul. Santé, nutrition |
| MSF, France | /MLI/B7-210/97/0114* | 15/07/97 – 30/04/99 | 100.000 | Gestion des épidémies |
| MsF France | /TPS/B7-219/97/0207E | 15/12/97 – 30/04/99 | 300.000 | Gestion des épidémies |
| NIGER | | | | |
| COSPE | /NIG/B7-210/97/0203 | 15/03/98 – 31/12/98 | 700.000 (600.000) | infrastructures sociales, postes de santé |
| COSPE | /NER/210/98/01002 | 01/12/98 – 31/09/99 | 680.000 (600.000) | infrastructures sociales, postes de santé |
| Action Contre la Faim | /NER/210/98/01005 | 01/05/99 – 31/12/99 | 320.000 (220.000) | Réintégrat./santé. Bilma |
| Aide Méd. Internationale | /NER/B7-210/98/01004 | 01/12/98 – 15/06/99 | 50.000 | Réaménag. maternité Agades |
| Médecins du Monde F | /NIG/B7-210/97/0207 | 01/12/98 – 28/02/99 | 40.000 | Appui dev. Santé-Arlit |

Le programme anti acridien, de caractère régional, objet de trois actions financées par ECHO pour un total de 1,4 M Euros, n'est pas inclus et ne sera pas l'objet de cette évaluation.

Les actions financées par ECHO dans le secteur s'inscrivent en 4 grandes lignes:

- Assistance directe de type humanitaire dans le processus de retour et réinstallation. L'activité la plus traditionnelle des opérations ECHO est réalisée fondamentalement par MdMF et le CICR au Mali, et par COSPE et ACF au Niger, dans le cadre de renforcement des infrastructures sociales des lieux de rapatriement.
- Appui à la politique sectorielle des départements du Nord. À partir de 1997, ECHO a soutenu une politique institutionnelle qui prétend lutter contre des graves carences structurelles dans la zone. Cela constitue la majorité du programme au Mali et les partenaires sont: CRB (Croix Rouge Belgique), MdMF, CICR, MdME (Médecins du Monde Espagne), LVIA, ANS (Action Nord-Sud), ACF, AMI (Aide médicale Internationale).
- Assistance technique pour la gestion des épidémies. Dans ce sens, MdMF est financé au Mali, dans le Nord ainsi que MSF pour développer une assistance technique à un niveau central et plus focalisée dans les zones de concentration démographique du pays.
- Interventions ponctuelles dans un contexte de renforcement des services de santé. Des actions comme celles d'AMI à l'hôpital de Kidali; d'ACF, et la consultation nutritionnelle à Gao; de LVIA dans la salle d'opération de Menaka; d'AMI à la maternité d'Agades; de MdMF dans la région d'Arlit et d'ACF à Bilma.

La première activité, celle qui est proprement humanitaire, a peu de poids relative dans l'ensemble des activités financées dans le secteur. D'une part, il n'y a pas une réelle urgence humanitaire « sanitaire » et, d'autre part, l'intervention se produit à un moment où la paix est en train de se consolider.

Le soutien à la Politique Sectorielle est la partie la plus importante de l'intervention et s'inscrit dans la formulation des objectifs (collatérale) et des stratégies de ECHO, à partir d'une demande de services d'assistance sanitaire qui ne répond pas aux nécessités prioritaires de la santé (voir 2). Il s'agit plutôt d'une revendication face à l'abandon historique du Nord de la part de l'administration de l'État. On demande des services qui n'existaient pas avant ou qui ont cessé d'être opérationnels par négligence. En plus, ceux qui ont connu les camps de réfugiées ont pris contacte avec services « gratuits » que maintenant on considère exigibles.

4- Pertinence de l'intervention dans le secteur santé:

La pertinence se doit de nouveau à l'objectif général de stabilisation et de pacification, compte tenu de la situation structurelle de carence de services et de l'incapacité institutionnelle à les fournir.

Le "momentum" de ECHO est d'urgence et fait d'une certaine façon pression pour que soit défini le plus tôt possible un cadre dans lequel puissent s'inscrire les opérations à financer dans le secteur. La Politique Sectorielle de Santé (PSS) est pourtant une option à longue échéance qui exige des formulations de soutien à moyen terme (de 5 ans minimum). C'est le point faible de la décision de ECHO concernant son soutien à la PSS. Avec l'instrument du contrat opérationnel de ECHO et les partenaires habituels de l'urgence, il est très difficile de formuler des stratégies raisonnables et que celles-ci tiennent compte, dans un cadre logique, de scènes et d'hypothèses différentes.

La faiblesse de l'énoncé de ECHO réside dans la stratégie adoptée, et non pas par la stratégie elle-même (soutien à la politique institutionnelle, il n'appartient pas à ECHO de questionner la viabilité des politiques qui comptent sur des appuis multilatéraux), mais par l'ampleur de l'engagement assumé par ECHO. Il fallait intervenir et les autres acteurs n'étaient pas capables de réagir et s'adapter à la situation, mais il nous manque une formulation plus claire des limitations au moment de la décision d'intervenir et on assume que d'autres services de la commission prendront la relève si on va trop loin.

La décision de s'engager à construire de nouveaux centres de santé est particulièrement risquée, si l'on tient compte des implications qu'entraîne le fait de générer un appui communautaire, d'assigner des ressources humaines et d'assurer la viabilité économique. Il ne semble pas que cette stratégie puisse se justifier, si ce n'est celle de donner une continuité à certaines actions de la première phase "humanitaire" qui ont créé des Postes Avancés de Santé (PAS) dans des régions très lointaines.

Le cas du programme de formation d'infirmiers financé à travers d'AMI et de MdMF est aussi illustratif. Le problème de les ressources humaines est prioritaire dans le secteur, et ECHO, comme acteur principal dans un certain moment, doit s'impliquer. Mais la stratégie de fournir de bourses d'études à candidats provenant du Nord pour se former à Bamako, sans au même temps intervenir avec stratégies de longue échéance permettant d'aborder les problèmes structurels d'un système fonctionnarisé, est discutable et semble dépasser le mandat d'ECHO (voir pages 14,18 et 22 pour plus considerations sur ce sujet).

Au Niger, la stratégie, après la phase de réinstallation, prétend uniquement assurer l'amorce des activités dans le secteur, à la requête des administrations et des ONGs, et ne semble pas avoir un autre objectif avec des contrats aussi limités dans le temps et le contenu (AMI à Agades, MdMF, à Arlit).

5- Cohérence et coordination

5-a: Consensus et pro activité:

L'intervention de ECHO dans le secteur se caractérise par sa cohérence avec les options d'autres acteurs et des autorités locales. Au Mali, une plate-forme a été constituée en 1997, groupant les donateurs et l'administration pour définir la stratégie pour l'application de la politique sectorielle dans le Nord. ECHO participe activement à la formulation de cette stratégie ainsi qu'à la définition de la carte sanitaire, en collaboration avec les partenaires traditionnels et avec les autorités sanitaires régionales. À la formulation et au soutien à la politique sectorielle et à la stratégie participent également USAID, UNICEF et le CICR, parmi d'autres. Au Niger, l'intervention dans le secteur se décide tardivement et se conçoit comme un

appui à l'installation logistique des ONGs qui veulent s'engager dans des projets de développement à l'aide de financements alternatifs. Pendant les phases initiales, l'intervention dans la santé faisait partie de l'appui aux services essentiels pour la réinstallation.

ECHO est pro-actif dès le moment où il s'intègre dans les plans institutionnels. Après avoir accepté passivement le financement des premières opérations d'appui au retour, se définissent soigneusement les opérations en fonction de la stratégie adoptée. Les ONGs sont souvent obligées de changer d'approches, d'autres doivent intervenir mais dans un cadre défini à l'avance, on pactise des zones, des aires de santé, la formation d'acteurs, etc. Il semble que le concept de partenariat est parfois mis en question.

ECHO a aussi joué un rôle très actif en encourageant la coordination entre partenaires et les autorités locales et régionales. La présence des correspondants a été fréquente et a marqué d'une façon adéquate la stratégie de ECHO. De leur part, les partenaires ont constitué un forum commun, le "Collectif Santé Nord" pour résoudre, vis à vis des autorités locales et nationales et des différents donateurs, la situation du secteur dans le Nord, à l'aide de stratégies consensuelles.

5-b: Autres acteurs:

La Banque Mondiale soutient la politique de réforme sanitaire à un niveau institutionnel dans les deux pays, bien que l'implication des fonds de la Banque dans le développement du secteur dans le Nord dépend de formulations de politiques qui sont loin d'être concrètes (au Mali, les systèmes de subvention ou d'aides pour les CSCOM déficitaires, prévues dans le PRODESS, ne se sont encore matérialisés). USAID développe également à travers son programme national des actions d'appui à la PSS dans le Nord, par des ONGs internationales et à l'aide de stratégies semblables à celles de ECHO, bien que d'une façon plus limitée.

Il faut signaler que dans le secteur, il y a des interventions, dans les zones couvertes par ECHO, de la GTZ (Coopération technique allemande) et des Coopérations française et hollandaise; Ces actions se coordonnent correctement dans le cadre de la PSS au niveau régional, aussi bien au Niger qu'au Mali. On s'est posé la question sur une possible relève de la part de ces acteurs pour poursuivre les actions de ECHO. Le mécanisme ne semble pas évident et, en tout cas, à l'heure actuelle, les ONGs intéressées devraient s'adapter aux stratégies de ces Agences.

5-c: L'intervention de l'UE dans le secteur:

Les deux pays bénéficient des Fonds européen de développement (FED) (ils se trouvent dans la définition du 8^e FED) et leur Programme Indicatif national (PIN) est en vigueur. Les PIN prévoient l'intervention dans le secteur santé et l'appui institutionnel ainsi qu'une décentralisation dans le secteur. L'assistance technique au secteur est bien développée au Mali et, malheureusement, pour des motifs assez mal justifiés, l'assistance technique prévue pour le Ministère de la Santé du Niger depuis 1998 ne s'est pas encore matérialisée. La disponibilité de cette présence au Mali a beaucoup contribué à la cohérence de l'intervention de la Commission. Au Niger, l'opportunité de définir maintenant les stratégies est d'autant plus grande qu'elle se doit à la nécessité de formuler le plan de développement sanitaire national des prochaines dix années.

Quant à la coordination de ECHO avec d'autres services de la Commission (Direction générale du développement de la Commission Européenne [DGDEV]), elle n'est pas du tout claire en dépit de nombreuses déclarations d'intentions dans ce sens, incluses dans les documents internes. L'effort d'ECHO est évident, mais la coordination paraît particulièrement difficile à cause d'une série de facteurs, de culture d'organisation, de formulation d'objectifs, de partenaires, de procédures administratives, etc. Probablement, les canaux ne sont pas bien définis: il y a une circulation de notes et de commentaires, mais ils ne s'articulent pas dans le processus de prise de décisions.

En résumé, pour mettre en oeuvre les activités qui répondent à la situation d'urgence structurelle de la zone, l'effort en vue d'une coordination entre les acteurs présents pendant la phase d'émergence, les autorités locales et les bénéficiaires, est évident. En revanche, le mécanisme de coordination de ECHO et ses partenaires avec les acteurs du développement au moment d'achever le financement ECHO est très faible, et n'est pas ECHO le responsable principal de cet état de choses. On a l'impression de que les acteurs développement n'ont pas montré capacité ou assez flexibilité pour s'adapter aux circonstances.

6- Efficacité

Les opérations financées par ECHO sont typiquement (et pas spécifiquement pour cette opération) orientées vers l'exécution des budgets (input-oriented) plus que vers les résultats. Les taux d'exécution des budgets sont toujours supérieurs au 90%, bien que, dans de nombreux cas, il nous manque une définition plus concrète des objectifs spécifiques permettant d'évaluer les résultats à leur juste mesure.

On peut affirmer que toutes les actions prévues dans les contrats se sont réalisées: Au Niger, les postes de santé prévus dans les sites de réinstallation ont été construits et dotés, la maternité d'Agades a été réaménagé; au Mali on a construit et équipé les installations sanitaires prévues; on a formé des Associations de santé communautaire (ASACOS); des activités de formation avec l'appui des ONGs financées par ECHO ont été réalisées; 25 centres de santé de différentes sortes ont été construits, réhabilités ou rénovés à travers ECHO (Le nombre total des Centres de santé communautaire CSCOM dans les trois régions du Nord du Mali a passé de 0 à 30 en 1999, selon le rapport d'activité du Ministère, ce qui donne une idée de l'envergure de l'intervention financée par ECHO).

Cependant, un nombre aussi élevé de réalisations ne doit pas occulter certaines faiblesses globales déjà signalées: les centres ne sont pas viables sans un appui externe, et même dans certains cas, on démontrera probablement qu'ils sont inadéquats selon l'évolution ou la viabilité des établissements à moyen terme. Dans de nombreux cas, les communautés acceptent d'une façon "conjoncturelle" la demande de participation communautaire pour mettre en marche des services de santé. Mais, en réalité, ils croient qu'ils répondent à des conditions imposées pour recevoir un "cadeau" et acceptent de participer en fonction d'expectatives pas toujours explicites. Il faut souligner que les faiblesses de la propre politique sectorielle de santé détermineront en grande mesure l'efficacité réelle de l'intervention.

Le programme de formation d'infirmiers d'AMI peut se considérer un échec. Seulement 2 des 23 élèves appuyés par le programme seront disponibles pour le système de santé et il n'est pas sûr de son affectation au Nord (8 ont recalé, des autres restent dans le secteur privé à Bamako, les femmes sont mariées et resteront à Bamako...). Une telle initiative plus facilement aboutira à la promotion professionnelle des candidats (tout à fait légitime) plutôt qu'à résoudre ou pallier le problème de la disponibilité des ressources humaines dans le Nord.

Le projet de MsF (gestion des épidémies, comme on l'a décrit), peut être considéré comme une assistance technique dont les résultats seront difficiles à évaluer à courte échéance. Le niveau de réalisation des activités (guides, formation, support informatique) a été satisfaisant, mais la capacité réelle des structures locales d'incorporer les nouveaux éléments pour la gestion des épidémies est une inconnue.

7- Coût efficacité:

Il est difficile d'analyser le coût efficacité des interventions ECHO. Par définition, elles sont orientées vers l'efficacité dans des situations d'urgence (réalisations concrètes, distributions): Il est certain que les contrats ECHO permettent de disposer de moyens sur le terrain en vue d'atteindre un haut niveau de résultats. Ce qu'elles reflètent, encore une fois, c'est l'exécution du budget.

Mais d'autre part, dans le secteur sanitaire, il a toujours été plus difficile d'appliquer des critères de coûts-efficacité. La valeur d'une vie humaine, l'externalité de nombreuses actions, font que les résultats soient assez intangibles. En plus, dans ce cas est difficile de valoriser les aspects de sensibilisation et mobilisation communautaire nécessaires pour mettre en place la PSS.

La proportion de personnel par rapport au total global du contrat est très variable, entre 57% et 30%. C'est en tout cas un "Coût de transfert" élevé selon l'optique des projets de développement, bien que dans la culture de l'urgence se considère justifiée pour obtenir les résultats. Si nous additionnons les coûts de personnel et les coûts de transport local (véhicules des ONGs) et des communications, nous arrivons à des proportions de "Coût opérationnel" de plus de 50% dans la plupart des cas (*voir tableau page suivante, colonne de droite*).

Une brève analyse des chiffres globaux des contrats met en évidence certains aspects intéressants (*voir tableau page suivante*). La divergence entre les divers contrats retient l'attention: Apparemment, rien ne justifie des coûts opérationnels aussi différents. Le niveau de réalisation a été assez uniforme, il n'y pas de

différence d'efficacité vérifiée sur le terrain. L'une des raisons serait la propre structure du "budget breakdown" du contrat. Cela permettrait au partenaire d'interpréter le poste où il doit porter les dépenses, les postes "autres" "autres services" "rehabilitation d'urgence" se prêtant à de nombreuses interprétations et peuvent expliquer en partie cette discordance. Néanmoins le tableau suggère qu'il existe des différences de coût-efficacité chez les partenaires mais il faut être prudent avant de tirer une conclusion.

| ONG | Total | Personnel | Coût opér. (a) | % du total. (b) |
|---------|--------|-----------|-------------------|--------------------|
| MdMF-4 | 250000 | 139000 | 72200 | 84% |
| MdMF-5 | 170000 | 73000 | 21000 | 55% |
| LVIA-1 | 500000 | 133000 | 72960 | 41% |
| LVIA-2 | 300000 | 103000 | 53960 | 52% |
| ANS-1 | 300000 | 111000 | 66400 | 59% |
| ANS-2 | 175000 | 72000 | 25000 | 55% |
| ACF-1 | 200000 | 104000 | 37400 | 70% |
| ACF-2 | 600000 | 230000 | 102000 | 55% |
| CRB-1 | 400000 | 163000 | 80700 | 61% |
| CRB-2 | 640000 | 176000 | 92000 | 42% |
| MdM-E-1 | 200000 | 61000 | 24800 | 43% |
| MdM-E-2 | 122000 | 45000 | 17000 | 51% |
| CICR-1 | 500000 | 128000 | 50600 | 35% |
| CICR-2 | 500000 | 137000 | 26200 | 33% |
| MsF 1 | 100000 | 32000 | 9800 | 42% |
| MsF 2 | 300000 | 172000 | 33000 | 68% |

a/ coût opérationnel: transport, communications

b/ % du coût total par rapport au personnel+coût opérationnel

- Le tableau présente les opérations dans le secteur santé, actives pendant 1998-1999, excepté celles de AMI.

On observe que dans la continuité des opérations il se produit en général une diminution des coûts opérationnels. En examinant les dossiers on peut vérifier une adaptation aux formulations de développement en ce qui concerne les objectifs et stratégies, tandis que les dépenses opérationnelles diminuent. Le cas de MdM Fr qui passe de 84% à 55% est le plus extrême. ACF et CRB illustrent cette tendance. Les exceptions sont MdM Esp. et LVIA, bien que dans les deux cas les contrats de continuité sont d'une quantité totale inférieure, et la durée est plus longue, ce qui expliquerait la plus grande proportion de frais de personnel. Le CICR (Comité International de la Croix Rouge) est nettement l'agence qui a la meilleure relation de coût apparente, mais, compte tenu de son financement multiple, c'est difficile de trouver dans le suivi et le reporting de ses opérations les éléments qui permettent d'expliquer la tendance. Le cas de MsF est hors du contexte du Nord, puisqu'il s'agit d'une assistance technique qui se prolonge pendant 20 mois et dont la proportion de dépenses opérationnelles et de personnel a une logique différente du reste. L'accroissement du deuxième contrat obéit à une "recherche opérationnelle" en relation avec le programme.

En moyenne, un CSCOM coûte environ 20 millions de CFA (près de 30 000 Euros), mais si nous ajoutons les coûts de l'ONG, le chiffre réel payé par ECHO sera environ le double. C'est difficile de identifier la proportion de l'aspect assistance technique ou logistique applicable à chaque réalisation et que justifierai les hauts coûts opérationnelles. On dispose pas des données des autres acteurs pour comparer cet aspect.

On peut conclure que le coût efficacité des opérations est en général élevé. L'opérationnel est cher et on dirait que les coûts sont plus modérés à mesure que les opérations s'adaptent à un contexte de développement.

Dans le cadre de l'opération globale, le dispositif du suivi de l'opération de la part de ECHO représente 6% du budget total, compte tenu des quantités globales des différentes décisions 1996-1998 et de celles qui furent assignées aux contrats AEC et à la régie d'avance. Il est difficile d'évaluer cette information, mais elle peut avoir un certain intérêt.

8 - Efficience:

8-a: Des opérations financées :

La plupart des contrats se proposent d'obtenir des résultats concrets pendant leur période de validité. Prétendre mobiliser la communauté, favoriser les contributions, concevoir, construire et équiper des CSCOM et les faire fonctionner requiert une optimisation des ressources disponibles considérable. Compte tenu des dures conditions de l'endroit où se réalisait l'intervention et des délais des opérations ECHO en vue de ces résultats, on peut conclure que les ressources ont été utilisées d'une manière efficiente.

On a déjà commenté que l'efficience semble améliorer avec le temps et le changement d'une optique d'urgence vers une optique de développement. Le tableau précédent suggère que certaines ONGs sont plus efficaces que d'autres. Néanmoins, les différences que présentent les derniers contrats entre le CICR (33% des coûts opérationnels totaux), MdMF, ANS et ACF (55%) sont difficilement explicables avec l'information disponible. On ne peut écarter la possibilité d'un processus d'apprentissage, que l'on a financé plus de ressources que celles qui étaient nécessaires au début et que des ONGs comme le CICR sont plus efficaces à cause de leur expérience organisationnelle. En tout état de cause, il est difficile de tirer des conclusions avec l'information disponible.

Dans les cas où les opérations financières présentent des activités multi sectorielles dans un même contrat, il faut espérer que l'efficience s'améliorera si les ressources se partagent en plusieurs activités. Des données que nous avons recueillies, rien ne nous permet de conclure dans ce sens.

Tous les partenaires ont prolongé leur contrat sans coût additionnel, et cela semble être une stratégie délibérée et acceptée par ECHO, vu les caractéristiques du programme qui exigent des délais dilatés pour obtenir une mobilisation sociale et une sensibilisation (cette flexibilité étant un des aspects les plus positifs de la gestion du contrat ECHO). C'est-à-dire qu'avec les mêmes ressources, on arrive à travailler plus longtemps. Ces extensions sans coût améliorent donc l'efficacité et l'efficience. Il y a fréquemment un "overlapping" entre les différents contrats d'ECHO. En général, cela figure dans la comptabilité du contrat et les frais de personnel etc., sont compensés pendant la période d'overlapping. Cependant, cela peut prêter à confusion lorsqu'on doit déterminer les ressources réelles assignées à chaque activité.

L'une des notes négatives est l'excessive rotation du personnel expatrié des ONGs, habituelle dans les contrats d'urgence mais qui, dans un contexte où le défi est le moyen terme et où il faut obtenir des dynamiques participatives, semble peu approprié. Les ONGs d'urgence se basent en général sur des contrats de volontariat de courte durée. Il faudrait préciser cet aspect dans la relation de ECHO avec ces partenaires: Définir les TdR (Termes de Référence) du personnel expatrié à partir d'une certaine durée de l'opération pour favoriser le recrutement avec critères professionnels améliorerait l'aspect assistance technique des projets.

En ce qui concerne le suivi sur le terrain, en général, l'impression est positive. Les équipes des ONGs ont démontré leur motivation et leur enthousiasme. Ils ont organisé des réseaux de bases opérationnelles avec une grande efficacité et ils ont assuré la disponibilité des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs proposés. Néanmoins, les détails qui démontrent une certaine hâte en ce qui concerne l'instrumentation et une mentalité d'urgence ne sont pas peu fréquents. C'est ainsi qu'on a pu constater qu'un équipement qui avait été donné n'a pas encore été utilisé faute d'instructions et de formation du personnel qui en était chargé, d'un CSCOM étant doté d'installations d'eau et d'électricité dans un contexte où ces choses n'existent pas, la manque d'utilisation de certaines structures réaménagées reflète non seulement une mauvaise analyse des nécessités et de la viabilité mais aussi un suivi défectueux de l'opération, un cyclomoteur donné qui s'utilise pas, des problèmes de gestion au niveau des magasins de médicaments et l'existence des médicaments périmés dans certains CSCOMs ayant reçu un appui. Ce sont, il est vrai, quelques exemples ponctuels. Finalement, il faut signaler que le reporting est irrégulier et toujours qualitatif et descriptif.

En ce qui concerne le futur, compte tenu de la précarité de la région, la présence de l'appui externe sera nécessaire. On peut dire que la plupart des ONGs financées ont pu améliorer leur efficacité et ont passé par un processus d'adaptation à des dynamiques de développement qui permettra la continuité moyennant d'autres financements.

8-b: Du dispositif ECHO:

Depuis 1997, ECHO a disposé de correspondants sur le terrain chargés du suivi des opérations. Étant donné l'ampleur et la variété des opérations à suivre, la tâche de ces correspondants a été énorme. Il faut signaler l'indépendance et la créativité dont ils ont fait preuve dans le domaine de l'organisation et de la logistique, la capacité de participer aux forums de coordination, le suivi concret des opérations, la proactivité à l'égard des partenaires, la capacité d'analyse, la définition de stratégies, etc. La coordination avec les autorités dans le secteur a été excellente, ainsi que la communication avec les autres acteurs. Ils ont maintenu une communication fluide avec la Délégation de chaque pays, et, en général, le correspondant ECHO c'est l'agent de la Commission le mieux informé de la situation dans le Nord.

En définitive, il faut conclure que le recours de ces experts et des moyens logistiques associés a été utilisé avec une efficacité maximale. On a mentionné que le coût de cette opération représente le 6% de la décision financière globale pendant trois ans. La quantité est significative mais difficile à évaluer dans ce contexte. On pourrait considérer que les ressources humaines et matérielles sont en réalité limitées par rapport aux résultats en termes de coordination et suivi que l'on se propose d'obtenir (ça serait plus facile à évaluer si on disposait d'une formulation globale des objectifs et des résultats que l'on se propose d'atteindre dans cette opération). En outre, la forte proactivité (ou dirigisme) d'ECHO dans le secteur a été perçue avec difficulté par les partenaires ECHO, et a questionné le concept même de partenariat habituel aux opérations ECHO.

Dans le secteur santé, la présence au début de l'intervention d'un correspondant spécialiste en thèmes sanitaires a été perçue comme très positive par les partenaires et les acteurs et a contribué à établir le rôle d'ECHO en tant que promoteur de l'intervention dans le secteur. En général, on regrette sur le terrain le fait que ECHO ne continue pas à envoyer des cadres techniques en matière de santé ainsi que dans les autres secteurs.

L'opération a été directement suivie par le desk de Bruxelles et par des missions dans la zone lorsque cela s'avérait nécessaire. Ses rapports de mission sont complets et informatifs.

9- Impact:

Parler d'impacts en termes de santé est difficile. L'interdépendance de l'amélioration des indicateurs de santé et du développement socio-économique ne facilite pas la mesure de l'impact des politiques de santé à court terme.

Cependant, il faut reconnaître que l'impact en termes de couverture théorique de la population a été spectaculaire: au Mali car on peut affirmer qu'environ 100 000 personnes dans les zones les plus difficiles et enclavées ont à présent un centre de santé théoriquement accessible à une distance de moins de 15 kilomètres grâce aux programmes ECHO. 80% des centres d'assistance primaire qui existent dans les trois régions du Nord ont été construits grâce aux programmes ECHO.

L'absence d'indicateurs adéquats et la courte durée de l'intervention ne permettent pas de parler d'impact sur l'état de santé de la population. De toutes façons, la faible fréquentation détectée dans les nouvelles structures, la médiocre qualité en général des services offerts et la faiblesse structurelle pour incorporer les moyens fournis, ne permettent pas d'être très optimiste. Il s'agit de limitations de la PSS comme telle, non attribuables à ECHO.

L'impact sur la prévention d'épidémies est très douteux: il faudra attendre de voir les effets de l'assistance technique de MsF au niveau central. Au niveau périphérique la stratégie de dépendre de la performance des CSCOM en termes de couverture est dangereuse: On ne devrait pas déléguer des activités avec telle externalité aux fournisseurs de services qui ont des objectifs prioritaires de viabilité économique. On ne peut pas considérer les taux de couverture toujours inadéquats en termes de prévention d'épidémies. Le rôle attribué à Mdm France à Goundam limitant une épidémie de choléra en 1996

(financement ECHO) montre encore la dépendance des services techniques maliens de l'appui externe pour affronter les problèmes du secteur.

L'impact sur les objectifs généraux de ECHO, dans le sens d'un appui à la stabilisation et à la pacification de la zone se mesure plus difficilement, mais la perception sur le terrain est nettement positive dans le sens qu'on perçoit une amélioration des services de santé disponibles dans le contexte de la réinstallation des communautés déplacées.

10 - Viabilité

Les interventions financées par ECHO ont laissé sur le terrain des structures sanitaires non viables économiquement (toujours dans le contexte de la PSS accordé avec l'administration et les autres acteurs). Le déficit calculé en faisant des projections de fréquentations et d'adhésion plutôt optimistes est en moyenne de l'ordre de 2 millions de FCFA par an par CSCOM (environ 3 000 Euros). Les systèmes de santé ne peuvent prétendre à une rentabilité. Les politiques de contention des coûts sont nécessaires, mais dans le contexte du Niger et du Mali le volume des dépenses sanitaires est très loin de répondre aux nécessités essentielles de la population. L'appui externe sera nécessaire pendant longtemps et la façon de l'articuler pour pouvoir être absorbé et ne pas créer de dépendance est un défi habituel pour les programmes de coopération au développement.

Le problème le plus complexe réside dans le fait d'assurer une certaine qualité de soins dans ces structures. Cela dépend des ressources humaines disponibles et de l'adéquation du système de référence. C'est-à-dire que, pour assurer la viabilité de ce qui a été réalisé, non seulement il faudra recevoir des subventions économiques mais aussi des stratégies en politique de ressources humaine et d'appui aux systèmes de référence de cercle et de district. ECHO a analysé et compris les enjeux du secteur, en prenant quelquefois des engagements au-delà de son mandat. C'est le cas déjà mentionné de l'initiative des bourses pour la formation de candidats provenant du Nord à l'école d'infirmiers de Bamako. Pour aborder le problème sont nécessaires politiques plus complètes, au-delà des possibilités des partenaires d'ECHO, touchant aspects législatifs et d'incentivation au moyen terme. C'est au niveau des acteurs de développement que on devrait trouver des stratégies à longue échéance pour affronter ce problème majeur du secteur.

Les magasins de vente de médicaments selon le système de recouvrement de coûts sont viables pour l'instant. Dans le futur, ils vont avoir besoin d'une capacité de gestion et de comptabilité qui n'ont pas l'air d'être à la portée des niveaux de formation habituels dans les communautés.

On a signalé les problèmes de viabilité de la PSS (Politique sectorielle de santé) dans le Nord des deux pays (2-e). La viabilité économique de la PSS est très difficile dans sa conception actuelle: d'une part, les conditions de précarité de la population limitant la possible contribution au système; d'autre part, la faible densité et l'enclavement font qu'il soit impossible de réunir un nombre minimum de bénéficiaires. Le concept de l'Initiative Bamako requiert sans doute encore du temps pour être assimilé. Les effets négatifs de l'IB ont déjà été signalés mais il ne faut pas oublier le danger d'insister sur l'assignation de ressources aux services sanitaires «curatifs» au détriment de politiques de promotion, de communication et d'éducation, urgentes dans le pays.

Les réalisations ECHO ont dépassé la capacité locale de les absorber. Seulement à travers de la définition des stratégies de renforcement technique et institutionnel par les bailleurs de développement on pourrait arriver à viabiliser les réalisations d'ECHO. Le problème s'étend à l'ensemble des deux pays, mais si on prétend contribuer à stabiliser la région du Nord et à donner continuité aux efforts d'ECHO il faudrait une décision politique pour prioriser des stratégies spécifiques pour les régions du Nord.

11 - Visibilité

On peut dire que ECHO a réalisé une politique informelle de communication (à laquelle n'est pas étrangère la visite du chef d'unité ou celle de la commissaire de l'aide humanitaire) qui ont su transmettre une image de ECHO comme un donateur "différent", flexible et efficace.

Dans le secteur sanitaire, la visibilité a eu deux aspects: un *passif*, sous forme de panneaux et de stickers; et un *actif*, sous forme d'une interaction des correspondants et partenaires avec les autorités, les bénéficiaires et autres acteurs.

La visibilité passive offre la possibilité d'être utilisée pour des campagnes de communication de type sanitaire. Les ONGs n'ont pas utilisé ce moyen. Elles se limitent simplement à montrer le logo de ECHO sur leurs réalisations. Une politique d'affiches, brochures, feuilles d'information de contenu éducatif-sanitaire aurait pu optimiser les moyens utilisés en visibilité passive.

En ce qui concerne la *visibilité active*, on s'étonne de voir à quel point ECHO est connu ainsi que son programme dans des cercles très larges en relation avec la santé dans le Nord. Même au niveau des bénéficiaires directs (Comité de gestion, membres d'ASACOS), ECHO est reconnu par tous en tant que promoteur de l'opération concrète dont on se bénéficie.

12-Questions transversales:

12-a -Question de genre:

Les facteurs sociaux et religieux rendent difficiles l'approche des questions de genre. Cependant, à la différence d'autres contextes, la femme ne souffre pas d'une ségrégation en ce qui concerne les services sociaux ni l'attention sanitaire.

Les cultures nomades reconnaissent à la femme un rôle important, dans certains cas, il s'agit d'une forme de matriarcat et cela a souvent permis aux ONGs d'encourager la présence de femmes dans les comités de gestion et autres organismes.

Étant donné les chiffres élevés de mortalité maternelle, des stratégies de cette sorte devraient s'inclure dans les projets avec des objectifs concrets. Le recours à des sage - femmes communautaires formées par les opérations ECHO est nettement infra utilisé.

12-b Sécurité

La situation continue à être délicate. On peut dire que l'activité de la rébellion en tant que mouvement a pris fin. Cependant, il existe dans la zone un banditisme résiduel: Des activités illicites se produisent à travers des frontières très perméables. Par ailleurs, la situation d'enclavement et les difficultés d'accès favorisent l'impunité. Le manque de moyens de l'administration est un autre facteur ajouté.

Les agressions et les vols sont fréquents. Les ONGs ont pris des précautions pour leurs déplacements, les autorités coopèrent le mieux possible et les communautés elles-mêmes essayent de contrôler ces activités. En général, les bonnes relations entre les partenaires, ECHO et les différentes bandes en conflit est un facteur essentiel pour la sécurité qu'il convient de préserver. Néanmoins, un climat de confiance entre l'administration et les ex - rebelles n'est pas sur le point de se produire et les événements du mois de mars à Kidal et à Gao ne contribuent pas à des relations normales.

La situation est toujours politiquement fragile. Une nouvelle sécheresse comme celles des années 80 pourrait la déstabiliser de nouveau. Obtenir un développement réel des économies des deux pays et surtout la lutte contre la précarité dans le Nord constituent les uniques stratégies permettant de dépasser le cadre de ce conflit.

Recommandations:

Relatives aux objectifs généraux: objectifs de réinstallation et de pacification

Une appréciation générale semble nécessaire pour ne pas perdre le cadre des recommandations sectorielles: Pendant la période d'activité de ECHO, on a obtenu la réinstallation et une certaine stabilisation de la région. Afin de consolider ce qui a été obtenu en termes de stabilité et de paix, on aura besoin d'un processus de développement intégral qui comprenne des aspects de dynamisation de l'économie permettant la formation de nouvelles sources de revenus. L'emphase sur les activités et les formes de vie traditionnelles risque d'ancrer la région dans une espèce de réserve culturelle de grande précarité. L'investissement en infrastructures est d'une importance vitale.

Relatives au secteur sanitaire:

- Dans le secteur santé, les réalisations du programme ECHO au Nord sont très importantes, mais leur viabilité dépend du succès de la politique sectorielle qu'il prétendait appuyer. La recommandation immédiate est de renforcer les moyens techniques des cadres au niveau de la région, du district et du cercle en les formant en vue de l'application de la politique sectorielle. Le suivi et l'appropriation des réalisations de ECHO seront ainsi possibles. Les programmes institutionnels de l'aide provenant des différents donateurs doivent incorporer cet aspect.
- Cet appui aux capacités à un niveau périphérique doit être accompagné par une reformulation de stratégies globales en relation avec la politique sectorielle. On a l'impression que l'efficacité des recettes appliquées est indiscutée et on ignore les effets pervers et les lagunes d'une politique qui est en vigueur depuis 10 ans: faible fréquentation, corruption, médicalisation, inequité.
- Les politiques de santé dans les régions du Nord des deux pays doivent introduire des stratégies permettant de résoudre les problèmes les plus importants, à savoir la viabilité économique, les ressources humaines, la qualité des services. Les donateurs institutionnels et du développement devraient se coordonner pour offrir des stratégies compatibles avec ces problèmes:
 - Viabilité économique: dans ce sens, il est important de se rendre compte que l'appui pour l'existence de services ne doit pas se limiter à compenser la faible densité de la population mais doit tenir compte des aspects de rente disponible.
 - Ressources humaines: Concevoir une politique de ressources humaines à moyen terme est essentiel: elle doit considérer les aspects concernant la formation de techniciens dans la région et introduire le contrat de travail avec des avantages par rapport au fonctionariat.
 - Qualité: Améliorer la qualité des services disponibles au Nord est une question vitale au niveau du système de référence: de cercle ou de district et département. De même, la productivité doit s'améliorer. Conditionner les aides à une amélioration peut être une stratégie. Au niveau de Soins de Santé Primaires, il faut normaliser les services offerts et assurer un contrôle et un suivi périodique par les cadres techniques du cercle.
- La politique de transformation des hôpitaux en Unités Administratives Autonomes doit être favorisée. Elle compte sur un cadre régulateur dans les deux pays. Des plans directeurs par centre sont recommandables, y compris des objectifs fonctionnels à atteindre et une politique d'investissement en équipement et infrastructures. Les donateurs auraient dans ces plans directeurs des possibilités de collaboration et ces centres dynamiseraient dans les régions la qualité des services. Dans ce cadre, on pourrait favoriser la création de jumelages avec des institutions hospitalières européennes.
- Les politiques de santé publique avec plus d'externalité ne doivent pas être déléguées à la communauté dans l'état de développement actuel. Les vaccinations, le contrôle des eaux, les vecteurs, etc., doivent être la responsabilité de l'administration.
- Au contraire, certains programmes verticaux seraient bénéficiés par leur incorporations aux Paquets Minimum d'Activités (PMA) de l'Assistance Primaire, surtout si cela signifie le transfert de moyens à ce niveau. Le SIDA, les maladies de transmission sexuelle (MTS), la tuberculose, la bilartziasis, la dracunculosis, etc., ont des aspects dont le contrôle et le suivi pourraient se gérer plus efficacement et effectivement à partir de l'AP.

- Redéfinir les fonctions des moyens pour les sage- femmes afin d'aborder les problèmes de mortalité infantile et maternelle et résoudre les questions de genre: Excessivement passive, la sage - femme n'a qu'une fonction d'assistance. Elle devrait être orientée en tant qu'agent de formation et de dynamisation des questions de genre.
- La population nomade pose des problèmes spécifiques, En principe, il ne semble pas adéquat ni possible de créer des services mobiles pour cette communauté qui, d'autre part, ne paraissent pas prioritaires. Les priorités passeraient par une éducation sanitaire en ce qui concerne les soins maternels et infantiles, la nutrition et les vaccins. Cette éducation doit être considérée en termes de communication, adaptée au récepteur, et il conviendrait de faire une recherche sur les codes de perceptions et les cadres culturels des communautés nomades. Il faudrait aussi suivre avec intérêt les résultats de la recherche opérationnelle que MdM effectuera pendant les prochains mois parmi les nomades du cercle de Goundam.
- En ce qui concerne les services d'assistance sanitaire, la communauté nomade valoriserait l'accès aux services de qualité dans les capitales de district ou de cercle ainsi que la disponibilité d'une médication de base (à considérer les anciennes pharmacies villageoises). Il faut considérer la possibilité d'un système de communications et de logistique pour la référence.

Relatives à la stratégie de la Commission:

Il faut considérer que l'appui externe sera nécessaire pour assurer un niveau acceptable de services sanitaires dans les deux pays. Mais il est important de prendre une décision au sujet de la priorité à donner au Nord dans les programmes d'aide au développement en tant que stratégie de stabilisation de la région. Il s'agit d'une décision stratégique de transcendance politique.

- Articuler les Programmes Indicatifs Nationaux (PIN) selon des critères plus dynamiques et flexibles.
- Consolider les assistances techniques au niveau sectoriel, en renforçant la décentralisation, en rationalisant les politiques de santé et en améliorant les aspects sous - sectoriels (financement, pharmacie, politique hospitalière).
- Donner la priorité à l'intervention dans les régions du Nord, en appuyant les cadres techniques et en installant des antennes dans les régions du Nord. Cela donnerait une continuité à la présence de ECHO et faciliterait l'adoption de stratégies spécifiques pour le nord. Toutefois, la décision est discutable en termes de planification sanitaire étant donné que les régions de concentration démographique devraient être l'objet d'une attention spéciale. Uniquement une décision politique justifierait que l'on donne la priorité au Nord.
- L'actuel plan d'action pour le secteur défini par les autorités du Niger s'achève cette année et il est urgent de définir un nouveau plan pour la prochaine période où s'inscrivent les efforts des différents donateurs. Il faut concrétiser l'assistance technique prévue en 1998.
- L'appui à une politique de ressources humaines est fondamentale et exige des adaptations législatives, des systèmes de contrat, des primes, la définition d'une carrière professionnelle, la décentralisation de la formation de techniciens de moyen degré, etc.
- Il peut être avantageux de profiter dans la mesure du possible de la présence de partenaires financés par ECHO pendant ces dernières trois années. Cependant, les stratégies de ces partenaires doivent s'adapter à celles du développement, avec des formulations d'objectifs dans un cadre logique et une assignation raisonnable de moyens. Le profil de ces partenaires suggère que leur implication devrait se limiter au suivi des activités au niveau de l'assistance primaire et à fournir un appui logistique aux cadres techniques de cercle ou district.
- Coordination: Une réflexion dans ce sens semble nécessaire au sein de la Commission, de façon à pouvoir créer une même plate - forme de planification et de coordination afin de donner plus de cohérence à l'effort d'aide dans des situations complexes qui se prolongent au delà de la phase strictement d'assistance d'urgence. Cette plate - forme doit disposer d'instruments qui permettent d'intervenir dans la chaîne de prises de décisions des services impliqués

Relatives à l'opération ECHO.

- ECHO doit introduire dans la formulation de ses objectifs et stratégies une analyse plus complète des scènes possibles, hypothèses, indicateurs et alternatives, de ce qui pourrait être un cadre logique adaptée à l'organisation.
- ECHO doit renforcer et régulariser ses cadres techniques d'appui aux correspondants. Ou bien au niveau régional ou par la disponibilité occasionnelle de Bruxelles, ECHO doit définir et suivre une stratégie en comptant sur un appui technique sectoriel constant.
- Il serait recommandable d'introduire des indicateurs quantitatifs dans la formulation des projets des partenaires qui permettent de comparer et de suivre l'évolution de la performance en termes de coût - efficacité et efficience. On pourrait ainsi élaborer des critères qui limiteraient le coût opérationnel des ONGs.
- Dans des projets qui dépassent la frontière de l'urgence, il serait recommandable de donner une définition plus concrète des TdR aux postes clé des ONGs sur le terrain, en tenant compte du fait qu'elles accomplissent des fonctions d'assistance technique, afin d'assurer la continuité et la compétence professionnelle.
- Dans des contextes de développement, ECHO doit s'intégrer dans les stratégies de la Direction Générale de Développement de la Commission européenne. Dans des contextes de catastrophes ou d'urgences conjoncturelles, ECHO doit jouer un rôle de "leadership" mais avec un appui technique adéquat. On applique ici ce qui a été dit au point "coordination".
- Les fonctions des correspondants de ECHO doivent être normalisées et il faut définir les relations de partenariat entre les ONGs et ECHO pour chaque contexte, en respectant le "contrat cadre". Délimiter la pro activité de ECHO et l'autonomie du partenaire.
- ECHO doit développer une véritable politique de communication au niveau de l'Organisation et favoriser l'emploi des ressources qui se transfèrent aux partenaires pour des campagnes de contenu informatif et éducatif dans la visibilité, tout au moins en ce qui concerne les opérations qui interviennent dans le secteur sanitaire.

Leçons apprises:

- Intégrer l'intervention ECHO dans des stratégies à long terme relie l'efficacité et l'impact de l'intervention en relation au succès ou à l'échec de cette stratégie.
- Dans des contextes de réhabilitation, ECHO doit limiter son activités à des structures qui existent déjà. Dans les contextes où la réhabilitation va ensemble à la réforme du système, une soigneuse évaluation technique préalable est nécessaire.
- La construction ou mise en oeuvre de structures nouvelles dans le contexte d'un plan sectoriel à long terme présente des risques difficiles à gérer sous la perspective de ECHO. Une stratégie de revitalisation des structures existantes, permettant la disponibilité de services de référence existants ou de poser la première pierre d'un projet de développement intégral de la Direction générale de développement de la Commission européenne, semble plus adéquate.
- La coordination pour la relève entre ECHO et la DGDEV doit s'amorcer pendant la phase de planification de l'intervention et à l'aide d'instruments qui peuvent être incorporés à la chaîne de prise de décisions des différents services.
- L'expérience de AMI et MDMF et leurs programmes de formation d'infirmiers à Bamako montre que la solution au problème des ressources humaines dans le Nord ne passe seulement par la formation de personnel, mais qu'il exige aussi une réforme du système dans le sens d'introduire changements législatifs, des relations du travail, de primes au personnel pour qu'il reste dans le Nord et améliorer la performance. L'instrument opérationnel de ECHO paraît inadéquat pour aborder ce genre de problème même si la perspective de l'intervention est de plusieurs années.
- Les ONGs d'urgence, partenaires traditionnels de ECHO, ont des coûts opérationnels élevés, difficilement justifiables dans un contexte de développement. Il est possible de les ajuster plus raisonnablement si les objectifs et les stratégies se formulent d'une façon plus adéquate. Il semble qu'il se soit produit un "apprentissage" dans ce sens au cours de l'opération évaluée.

ANNEXE 1

Mission Report:

February 20: Travel Sevilla - Madrid - Brussels.

February 21: Brussels

- Meeting in ECHO 5: attending the evaluation team and Madame Coefard, Fernando Diaz, Mr Skenderg. Absence of Mr Delphin and Begoña Bravo.
- Niger embassy, application for visa
- DGDEV: Meeting with Mr De Moller, desk Niger.
- DGDEV: Meeting with Begoña Bravo, desk Mali:

February 22: Brussels

- Niger embassy: Visa obtained.
- Meeting with Herve Delphin, ECHO desk:.

February 23: Brussels

- Travel arrangements
- Meeting with Jacqueline Coeffard, Head of Unit, ECHO 5,
- Office work, through the files of Mr Delphin.

February 24: Travel Brussels-Paris-Niamey by Air Afrique.

February 25: Niamey

- Meeting in the EU delegation, Niamey: Frank Minjat, ECHO correspondent in Bamako in charge of Niger, Agnes Guillot, and Kristel Rasmussen..
- Meeting with Celine Tardy: health issues FED/DG8. Access to reports and files
- Meeting with Mr Colonel Maimanga Oumara, ex prefect d'Agades, currently Chef d'Etat Major Particulier.

26 February: Niamey

- Mohamed Aneko, Minister of affairs of the North.
- Head of Mission ACF, Mr: Phillipe Pelletier.

27 - 27 February: Travel to Tahoua, by car

- Meeting with Al Babi Abuba, former assistant of ECHO in Tahoua and Agadez.

28 February: Tahoua

- Prefect of Tahoua, Mr Maiga.
- Cospe, Head of Mission, Daniella Isola.
- PsF, Dr. Olivier Labret.
- PROZOPAS (Projet de Zone Pastorale, FED funding): Seydou Issaka and Alain Joseph.

29 February: Field visit:

- Infen, site of repatriation of around 3000 refugees. Now a village of about 4000 people. Night in the village. Meeting with the village committee.

March 1: Field visit:

- Tchou Tabarashem:
- Meeting with the "sous prefet", Mr Sanogo Mounkaila.

- Visit to the district hospital, meeting with the doctor in charge.
 - Visit to Tegigalte settlement.
- Long discussion with the villagers, through most of the problems.

-Overnight in Haramat: Mixed community, tuareg and peul. Meeting with both communities leaders, committees, and visit to realisations funded by ECHO nearby

March 2, Travel to Agades, by car

- Visit to subprefect of Abalak.
- Hospital of Abalak.
- Visit to Tamaya settlement: restaurant by the road!
- Arrival to Agades: Visit to the prefect and to the representative of the Plan.
- Visit to the Maternity of Agades, AMI project under ECHO contract
- Meeting with NGOs: PU, ACF, EIRENE

March 3: Agades - field

- Visit DR Hamidine Mahamane, “Directeur departamentale de la santé”, Agades.
- Field visit, Dabaga Abardok and Tewart, Air region, villages where ACF and PU have developed projects. Long displacements involved, takes two days. Night in the open.

March 4, back to Agades

- Meeting with Dr Olivier Evreux, Mdm F in Arlit.

March 5: Travel Agades-Niamey, by road.

March 6: Niamey

- Visit to the EU delegation, files, consultations, etc
- Meeting with Genevieve Begkoyan, ECHO health regional consultant, based in Dakar and present in the region since 1996
- Mali visa obtained. Travel arrangements.

March 7: Niamey

- GTZ: Mr Michel Pistor
- WHO(OMS), Dr. Bernard Lala, on OMS priorities, vertical programs, regional policies.

March 8: Niamey

- French Co-operation: Olivier Fougere

March 9: Niamey

- Meeting with Henry Pranker, acting Head of Delegation, advisor rural development.
- Debriefing in the Delegation. Attending Agnes Guillot, Kristel Radmunsen, Henry Pranker. Preliminary conclusions of the evaluation team.

Travel to Bamako, Air Afrique.

March 10. Bamako

- Meeting ECHO staff, including Benoit Artigaut, Frank Minjat, Genevieve Begkoyian, planning of the visit, first briefing.
- EU Delegation, Mr, Yves Lecomte.
- Dr LOB, DGSP, TA under the 7 FED involved in the implementation of the health strategy.

- Meeting at the “Commissariat du Nord”: Mr Diaguraga, Ex Commissaire for North affairs, Mr Aghatam and Mr Hamzatta Moussa Diallo, conseillers.
- Mr M. Kane, DGSP.

March 11: Bamako

- ACF: Thierry Metais:
- AMI: Meeting with the administrator, Philippe Muguet.
- CICR: Head of Mission: J.J. Tshamala:
- MsF F: Olivier Marchetti, head of mission:
- MdMFR: Aude de Calan head of Mission, former desk in Paris
- Meeting with ECHO correspondents, Frank Minjat, Genevieve Begkoyan, Benoit Artigaut

March 12: Bamako

- Andreas Muller, TA of the Mali North East program:
- Mr Ibrahim Maiga: “Commision paritaire” for the North.Mali administration

Most of the day in the premises of the EU delegation, examining the files

March, 13:

- Briefing with Genevieve Begkoyan, former ECHO correspondent in Mali, currently regional health co-ordinator.
- ANS, Isabelle Crespel:

March 14 . Bamako-Gao, via Tombuktu, Mopti, Goundam (Air Mali).

- Meeting with Colonel B. Guindo “Haut Commissaire”:
- Meeting with Mr Kone, responsible for co-ordination of development:
- Meeting with ACF, Head of Mission and local staff responsible of the health operations:

March 15: Field visit:

- Tabankort, nomad community in the way to Kidal, 3 hours from Gao, desert surroundings. CRB health center
- Tin Auker: The community is about one hour from Gao, sahel surroundings. MdM Spain health center

March 16: Gao

- Dr Traore, head of DRS, Gao. The meeting is also attended by the head of the districts of Gao and Nsongo, and the responsible for the pharmaceutical sector.
- Visit to the Hospital in Gao: Referral hospital for the region. Meeting with director, Dr Troure:
- Field visit, Djebock. ACF rehabilitation of health post CSCOM, and construction of a maternity and lodging for the infirmier.
- Tacharane, MdM CSCOM, Sonrai village by the river, sedentary population of about 6000 inhabitants.

March 17: Tabasky feast. No meetings or field visits possible .Informal encounter with the staff of ACF, ASF, internal discussions of the evaluation team.

March 18: Gao

- Meeting with Omar Hamidou Maiga, co-ordinator of the mobile team (MT), and in charge of institutional relations.
- MdM: Spain. Sandrine, coordinator (former MdM F, since 1998 MdM Spain).
- LVIA: Livia, general coordinator: Field visit to a CSCOM in Boulgardie.

March 19. Gao-Tombuctu-Goundam, Aviation sans frontieres.

- Meeting in MdM Fr: Aude de Calan, head of Mission, Dr Bubakar Dicko, medical co-ordinator.

20 March: Field visit:

- CSCOM Wana: Members of the village committee, health staff and management board. Mdm support.
- Mekore, CSCOM : health staff, village committee. Mdm realisation.
- Zaora PAS: After the trip to Tin Aisha, arrival to Zaora The meeting is scheduled for the next day. Night in the open.

March 21

- Meeting in Zaora PAS: aide soignante, matrone, members of the Management committee. Mdm support.

Travel to Tombuctu, by car.

- Tombuctu, meeting with Dr Kone, Director Regional de la Sante.

March, 22: Tombuctu

- Visit to the “Centre de sante de Cercle”, Tomboctu: Meeting chaired by the doctor responsible, and attended by 5 of the members of the technical staff.
- IARA: American NGO, meeting with the medical co-ordinator.

Field visit:

- Isafaye: Community by the river, part of the year cut-off by the water. ICRC construction
- Assidi: PAS in a desert area, nomadic settlement, returnees area. ICRC construction

March 23: Field, travel to Goundam

- Field visit: Mandakoye: village by the river, 2 hours from Tombuctu, cercle of Ghourma Rarous. Construction by ANS. Meeting with the health staff and the management committee.

Tombuctu- Goundam, by car.

March 24: Goundam,

- Meeting with Dr Songou, head of the « Centre de Santé de Cercle » (CSC) of Goundam

Travel to Bamako, Air Mali

March 25: Bamako

File diving at the EU delegation.

Meetings and internal discussion of the evaluation team

March 26: Bamako, team work, compiling information

March 27: Bamako

- Dr Lob, DGSP
- Dr Rons, WHO
- Debriefing at the EU Delegation

Evening, Bamako-Dakar, Air Afrique

March 28: travel Dakar-Paris-Madrid, Air Afrique-Air France

April 12: First draft of the raport sent to Brussels

April 19: Debriefing in Brussels, ECHO 5

ANNEXE 2



COMMISSION EUROPÉENNE
OFFICE D'AIDE HUMANITAIRE (ECHO)

Evaluation (ECHO 5)

TERMES DE RÉFÉRENCE **POUR L'ÉVALUATION DES ACTIONS HUMANITAIRES FINANCEES PAR ECHO** *Au Nord-Niger et au Nord-Mali.*

ECHO/EVA/ 210/ 1999/01008

Nom du consultant : M. Ricardo Solé Arqués

Operations à évaluer

- Régions et pays : Nord-Mali et Nord-Niger.
- Période couverte : 1998 et 1999
- Secteurs et domaines à évaluer : Santé publique, hydraulique, développement rural ainsi que la stratégie à adopter par la Commission dans le cadre du lien entre l'urgence, la réhabilitation et le développement.
- Décision(s) :
Mali: Décision: MLI/B7-210 de 11/07/97 (7,6 MEuros) et MLI/254 de 03/09/98 (5 MEuros)
Niger: Décision: NIG/B7-210 de 16/07/97 (1 MEuros), /NIG/B7-210/97 de 27/11/97 (1,9 Meuros)
/NER/210/ de 30/11/98 (2 MEuros) et /NER/254/ de 02/08/99 (285.000 Euros).

Introduction

La rébellion touarègue a touché le Mali et le Niger à partir de 1991 bloquant tout accès aux zones de combat. Cette situation de guerre a rendu toute action d'assistance humanitaire pratiquement impossible. Par conséquent, l'intervention de ECHO n'a pu démarrer au nord-Mali (régions de Tombouctou, de Gao et de Kidal) qu'à partir de février 1996 et au nord-Niger (départements d'Agadez et de Tahoua) qu'en juillet 1997.

L'action de ECHO s'est développée en plusieurs phases :

- Dans un premier temps (phase d'urgence), l'aide a principalement visé à assurer le retour et la réinstallation des réfugiés et déplacés internes sur leur site d'origine en viabilisant les sites et en fournissant des produits de première nécessité et de soins de base ;

- Dans la phase de consolidation de la réinstallation, l'aide visait, principalement, à diminuer la vulnérabilité des populations et à leur permettre d'accéder à des moyens de base pour développer leurs propres mécanismes de survie et redémarrer une vie socio-économique. Cela a conduit à la fourniture d'intrants de base, à favoriser l'accès à l'eau et au développement d'activités génératrices de revenu ;

- Lors de la dernière phase (phase de transition vers le développement), ECHO a essayé d'intégrer les objectifs des politiques sectorielles nationales (telles la santé et l'hydraulique). Durant cette phase de son intervention, ECHO a travaillé en étroite collaboration avec la Direction Générale Développement de la Commission (DG DEV) et avec les Etats membres de l'U.E. pour permettre d'assurer un continuum entre l'urgence, la réhabilitation et le développement.

- Dans les deux pays, ECHO a quasiment été le seul instrument d'aide internationale présent pendant la phase critique de sortie de conflit et de consolidation de la paix. Les autorités nationales des deux pays ont officiellement reconnu la contribution importante de ECHO à la stabilisation de la paix et au rapprochement inter-communautaire ainsi qu'à la mise en place des conditions propices à la relance du développement.

- Par ailleurs, ECHO a toujours accordé beaucoup d'importance à l'efficacité de son aide dans ces régions et a fait effectuer deux évaluations par des experts indépendants ; l'une en 1996 au Nord-Mali et l'autre au Nord-Niger dans le cadre de l'évaluation prévue à l'article 20 du Règlement du Conseil concernant l'aide humanitaire.

Rôle du consultant

L'évaluation de l'aide humanitaire constitue une tâche très importante pour la Commission européenne non seulement en raison des sommes considérables consacrées à cette activité, mais également en raison du souci constant d'améliorer le travail humanitaire et d'utiliser au mieux les crédits qui lui sont consacrés.

Pendant le déroulement de la mission, tant sur le terrain que lors de la rédaction du rapport, le consultant devra faire preuve de bon sens et d'indépendance de jugement. Il fournira des réponses précises et directes à tous les points des termes de référence en évitant d'utiliser un langage théorique et académique.

Buts de l'évaluation

Les buts poursuivis par la présente évaluation sont les suivants et doivent être analysés, notamment, dans la perspective d'un arbitrage, parfois nécessaire, entre la logique technique et la logique politique:

Analyse de l'opportunité et du degré de réalisation des actions humanitaires financées par ECHO en faveur des populations bénéficiaires, conformément aux objectifs suivants : aide d'urgence à la réinstallation des populations rapatriées, appui au continuum pour dynamiser la relance du développement et soutien du processus de paix;
Analyse du degré d'accomplissement des objectifs poursuivis, de l'efficacité des moyens mis en œuvre et de l'évolution de la stratégie de ECHO dans la perspective de la transition de l'urgence vers la réhabilitation ;
Impact de l'aide financée par ECHO en tenant compte de ce que certains partenaires ont reçu plusieurs financements ;
Analyse du rôle joué par ECHO dans le processus décisionnel (notamment le début de son intervention dans ces deux régions) ainsi que des autres activités dont les services de la Commission sont responsables ;
Analyse des moyens et des méthodes mis en œuvre par ECHO et ses partenaires mettre en place une stratégie de continuum entre l'urgence et le développement ;
Etablissement de recommandations précises et concrètes sur :

- le futur des financements de ECHO et la poursuite de l'aide humanitaire où sa présence serait encore nécessaire et les domaines où ECHO pourrait passer le relais à d'autres instruments ;
- l'amélioration de l'efficacité des interventions futures en identifiant les « lessons learned » et les méthodes de faire qui pourraient être utilisables par ECHO.

Objectifs spécifiques de l'évaluation

Les objectifs spécifiques suivants s'appliquent à tous les secteurs évalués ainsi qu'au rapport de synthèse.

Les consultants développeront les points ,ci-après, pour le secteur qui leur est attribué au point 8 ci-dessous.

Brève description des actions d'aide humanitaire et analyse de leur contexte : la situation politique et socio-économique, les besoins humanitaires et les capacités locales pour y répondre.

L'analyse de la situation actuelle du pays, en termes politiques et socio-économiques, devra inclure une vue d'ensemble permettant d'y situer les interventions financées par ECHO. Cette analyse devra être tant quantitative que qualitative et contenir des informations sur différents secteurs de l'économie telles les politiques sociales et économiques en vigueur, les niveaux de revenus et leur répartition au sein de la population, politiques sanitaire et médicale, l'accès à la nourriture, etc.

La deuxième partie de l'analyse du contexte devra être consacrée à l'identification des groupes vulnérables et leur répartition dans le pays ainsi qu'à l'estimation des besoins par catégorie.

L'analyse devra aussi permettre d'apprécier la capacité des pouvoirs publics et de la population à faire face aux problèmes mis en évidence.

Analyse de la pertinence des objectifs de l'aide humanitaire, du choix des bénéficiaires et de la stratégie utilisée en fonction de l'évolution des besoins (transition de l'urgence vers la réhabilitation).

Examen de la coordination et de la cohérence de l'intervention de ECHO pour chacun des secteurs considérés avec :

- les autres donateurs, les opérateurs sur le terrain ainsi que les stratégies et politiques des Gouvernements nationaux dans les régions concernées;
- les interventions d'autres services de la Commission (la DG DEV) dans la zone avec des projets similaires ou en relation avec les actions d'aide évaluées. Les projets identifiés seront décrits avec leur montant et les éléments de l'aide ;

Analyse de l'efficacité en termes quantitatifs et qualitatifs pour chacun des secteurs.

Le rapport coût-efficacité doit être mis en évidence sur base, notamment, des éléments quantitatifs tels que définis au point 5.4.

Analyse de l'efficacité de la mise en œuvre des actions d'aide portant sur :

- la planification et la mobilisation de l'aide ;

- la capacité opérationnelle des partenaires (en identifiant leurs points forts et leurs points faibles) ;
- la stratégie déployée ;
- les éléments principaux de la mise en œuvre de l'aide tels que : personnel, logistique, respect des habitudes locales, choix des bénéficiaires, etc. ;
- la qualité et les quantités de marchandises et de services mis en œuvre ;
- les systèmes de contrôle et d'auto-évaluation mis en place par les partenaires.

Analyse de l'impact de l'aide. Cette analyse devrait inclure des contacts approfondis avec les bénéficiaires en vue d'analyser les éléments suivants :

- contribution à la réduction des souffrances humaines ;
- création éventuelle de dépendance vis-à-vis de l'aide humanitaire et processus d'appropriation (« ownership ») par les populations locales et conséquences des programmes humanitaires sur les « capacity-building » locales;
- effets de l'aide humanitaire sur l'économie locale ;
- effets sur les revenus de la population locale ;
- effets sur la santé et les habitudes nutritionnelles ;
- effets des actions dans les secteurs hydraulique et développement rural sur l'environnement ;

Analyse de la visibilité de ECHO.

Analyse de l'intégration des questions de « genre » (analyse sociale, économique et culturelle de la situation des femmes et des hommes) dans les actions d'aide, compte tenu de la structure matriarcale des sociétés Touareg.

Analyse des mesures prises pour assurer la sécurité du personnel humanitaire tant expatrié que local : moyens de communication mis à leur disposition, mesures de protection spécifique, plan d'évacuation d'urgence.

Examen de la viabilité de l'aide financée par ECHO et notamment de l'opportunité de mettre en place des politiques de développement et/ou de coopération pouvant se substituer à l'aide humanitaire.

Sur base des résultats obtenus lors de la réalisation de la présente évaluation, le consultant formulera des recommandations opérationnelles sur les besoins de type humanitaire qui pourraient faire l'objet d'un financement communautaire (choix des actions à mener, approche à adopter, modes de suivi souhaitables pour les actions ECHO). Ces recommandations devraient concerner, également, les domaines où le relais, par d'autres services de la Commission, pourrait être pris.

Analyse de la méthode de programmation utilisée par ECHO dans l'élaboration de l'aide évaluée à faire figurer dans le rapport de synthèse.

Formulation des « leçons apprises » dans le cadre de cette évaluation. Les "leçons apprises" devront également porter sur le rôle joué par ECHO et les autres

services de la Commission dans le processus décisionnel et de mise en œuvre des interventions d'aide.

Méthode de travail

Pour l'accomplissement de sa tâche, le consultant utilisera l'information disponible à ECHO, auprès de ses correspondants sur le terrain, dans les autres services de la Commission, auprès de la Délégation de la Commission sur place, auprès des partenaires de ECHO au siège et sur le terrain, auprès des bénéficiaires de l'aide ainsi qu'auprès des autorités locales et des organisations internationales.

Le consultant analysera l'information récoltée et la synthétisera dans un rapport cohérent répondant aux objectifs de l'évaluation.

Etapas de la mise en oeuvre

Briefing à ECHO avec le personnel concerné pendant 3 jours et mise à disposition de l'ensemble des documents nécessaires à l'évaluation ;

Briefing avec les délégations de la Commission à Niamey (Niger) et à Bamako (Mali);

Mission sur place : le consultant travaillera en étroite collaboration avec la délégation de la Commission sur place, le correspondant d'ECHO, avec les partenaires de ECHO, les autorités locales, les organisations internationales et d'autres donateurs ;

Le consultant consacrera le premier jour de sa mission sur place à des discussions préliminaires et préparatoires avec le correspondant de ECHO et les partenaires de ECHO sur place;

Le dernier jour de la mission sera consacré à une discussion avec le correspondant et les partenaires de ECHO sur les observations découlant de l'évaluation;

Le projet de rapport sera envoyé à l'unité « Evaluation » de ECHO à Bruxelles 8 jours avant sa présentation et sa discussion lors du debriefing ;

Debriefing de 2 jours à ECHO

Remise du rapport final qui prendra en compte les remarques éventuelles soulevées lors du debriefing.

Une **visite au siège de certains partenaires** sera effectuée selon les besoins avant ou après la mission sur le terrain.

Consultants

La présente évaluation sera réalisée par une équipe d'experts possédant une bonne expérience dans le domaine humanitaire et de son évaluation, et acceptant de travailler dans des zones à risques. Une solide expérience dans les domaines spécifiques de l'évaluation qui leur ont été confiés.

Les membres de cette équipe d'experts sont responsables des secteurs indiqués ci-après :

Mr. Lionel SEYDOUX, chef d'équipe:

- Responsable de la coordination de l'évaluation, du rapport de synthèse et de la stratégie de ECHO dans la région.

Mr.:Ricardo SOLE

- Secteur santé publique.

Mr.Sjaak DE BOER.

- Secteurs hydraulique et développement rural

Messieurs SOLE et DE BOER analyseront aussi le travail fourni par certains partenaires de ECHO qui ont mis en œuvre l'aide humanitaire, tels : COSPE, Première urgence, Action contre la Faim (Espagne), GTZ, MDM (France), AMI (France), CICR, Croix-Rouge (Belgique).

Calendrier

L'évaluation aura une durée de 50 jours. Elle débutera à la date de signature du contrat et prendra fin le 30/04/2000 par la remise des rapports finaux.

Rapport

L'évaluation donnera lieu à l'établissement de 3 rapports (1 par secteur et 1 rapport de synthèse et de stratégie), rédigés en français ou en anglais, d'une longueur maximum de 15 pages y compris le résumé de l'évaluation qui devra figurer en tête du rapport.

Le rapport d'évaluation est un outil de travail extrêmement important pour ECHO. Le format de rapport, mentionné ci-dessous, sera donc strictement respecté.

Page de couverture

- titre du rapport de l'évaluation :
 - « Pays, opération(s), secteur - partenaires - 199- » ;
 - « Pays, opération(s), secteur - partenaires - 199- » ;
- période de l'évaluation ;
- noms des évaluateurs ;
- mention indiquant que le rapport a été établi à la demande de la Commission européenne, financé par celle-ci et que les commentaires s'y trouvant reflètent uniquement l'avis des consultants.

Table des matières

Résumé (voir formulaire en annexe).

operations evaluees (5 LIGNES MAX.)

dates de l'évaluation:

RAPPORT N°:

Noms des consultants:

BUT ET METHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION (5 lignes max.) :

PRINCIPALES CONCLUSIONS (+/- 25 lignes)

- *Pertinence*
- *Efficacité*
- *Efficiencie*
- *Coordination, cohérence et complémentarité*
- *Impact & implications stratégiques*

- *Visibilité*
- *Questions transversales*
 - RECOMMANDATIONS (+/- 20 lignes)
 - LEÇONS APPRISES (+/- 10 lignes)

Le **corps principal** du rapport débutera par un point relatif à la méthodologie utilisée et sera structuré conformément aux objectifs spécifiques formulés au point 5 ci-dessus (maximum de 10 pages).

Annexes

- liste des personnes interviewées et des sites visités ;
- termes de référence ;
- abréviations ;
- carte géographique des lieux des opérations.

Si le rapport contient des informations confidentielles émanant de parties autres que les services de la Commission, celles-ci figureront dans une annexe séparée.

Le rapport doit être écrit dans un langage non-académique et direct.

Chaque rapport sera établi en 20 exemplaires et remis à ECHO.

Le rapport devra être accompagné de son support informatique (sur disquette) sous le format Word 6.0 ou d'une version plus récente.

Abréviations

| | |
|--------|---|
| ACF | Action Contre la Faim |
| ACORD | Agence de coopération et de recherche pour le développement (ONG) |
| AFVP | Association Française des Volontaires du Progrès |
| AGCD | Agence Générale de la Coopération au Développement (Belgique) |
| AMI | Aide Médicale Internationale |
| ANS | Action Nord-Sud |
| APE | Associations de Parents d'élèves |
| ASACO | Association de Santé Communautaire |
| AT | Assistance technique |
| AV | Association Villageoise |
| AVB | Agents Vulgarisateurs de Base du PNVA |
| BAD | Banque Africaine de Développement |
| BDM | Banque de Développement du Mali |
| BIAO | Banque Internationale de l'Afrique de l'Ouest |
| BID | Banque Islamique de développement |
| BIT | Bureau International du Travail |
| BM | Banque Mondiale |
| BND | Banque nationale de développement |
| BNDA | Banque Nationale de Développement Agricole |
| BOAD | Banque Ouest -Africaine de développement |
| CAFO | Coordination des Associations et ONG Féminines |
| CANEF | Centre d'appui Nutritionnel et Economique aux Femmes |
| CARE | ONG |
| CD | Conseiller au développement auprès du Gouverneur de Région |
| CDA | Comité de développement d'Arrondissement |
| CDEAO | Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest |
| CEC | Caisse d'épargne et de crédit |
| CFA | voir FCFA |
| CFAF | FCFA |
| CFD | Caisse Française de Développement |
| CI | Centre d'investissement (FAO) |
| CICR | Comité International de la Croix Rouge |
| CID | Convention Internationale de lutte contre la désertification |
| COSPE | Italian NGO |
| CPS | Cellule de Planification et de Statistiques (dans la plupart des ministères techniques) |
| CRB | Croix Rouge Belgique |
| CRCA | Caisse Régionale de Crédit Agricole |
| CRD | Comité Régional de Développement |
| CRS | Catholic Relief Services |
| CSA | Centre de Santé d'Arrondissement |
| CSC | Centre de Santé de Cercle |
| CSCOM | Centre de Santé Communautaire |
| CSI | Centre de Santé Integral |
| CSREF | Centre de Santé de Référence |
| CTA | Conseil Transitoire d'Arrondissement |
| CTD | Collectivité territoriales décentralisées |
| DHD | Développement Humain Durable |
| DGDEV | Direction General Developpement (ancienne DG8) de la Commission Europeene |
| DNA | Direction Nationale de l'Agriculture |
| DNAFLA | Direction nationale de l'alphabétisation fonctionnelle et de la linguistique appliquée |
| DNAMR | Direction Nationale d'Appui au Monde Rural (MDRE) |
| DNGR | Direction nationale du génie rural |
| DNHE | Direction Nationale de l'Hydraulique et de l'Energie |
| DNP | Direction Nationale du Plan |
| DRE | Direction Régionale de l'Elevage |
| DRGR | Direction régionale du génie rural |
| DRPS | Direction Régionale du Plan et de la Statistique |
| DRS | Direction Regionale de Santé |
| ECHO | Européan Community Humanitarian Office |
| EMA | Equipe Mobile d'Appui au processus de paix et de réconciliation |
| FAC | Fonds d'Aide et de Coopération Français |
| FAD | Fonds Africain de développement |
| FAO | Organisation Mondiale pour l'Alimentation et l'Agriculture |
| FASR | Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée |
| FCFA | Franc de la Communauté Financière Africaine |
| FCV | Fonds de développement Villageois |
| FED | Fonds Européen de Développement |
| FENU | Fonds d'équipement des Nations Unies |
| FIDA | Fonds International de Développement Agricole |
| FMI | Fonds Monétaire international |
| FNUAP | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| GDP | PIB |
| GIE | Groupement d'Intérêt Economique |
| GMP | Groupe Moto-Pompe |

| | |
|----------|--|
| GRN | Gestion des Ressources Naturelles |
| GTZ | Coopération Technique Allemande |
| HCR | Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés |
| HCRP | Haut Commissariat pour le retour de la Paix (Niger) |
| IB | Initiative Bamako |
| IDA | Association pour le développement international (Banque mondiale) |
| IDH | Indicateur de développement humain |
| IER | Institut d'Economie Rurale (MDRE) |
| IFAD | International Fund for Agricultural Development (FIDA) |
| LVIA | Italian NGO |
| MDRE | Ministère du Développement rural et de l'Environnement |
| MDME | Medicos del Mundo España |
| MDMF | Medecins du Monde France |
| ME | Ministère de l'Environnement |
| MEB | Ministère de l'Education de base |
| MEG | Medicaments Essentiels Generiques |
| MSF | Medecins sans Frontieres |
| MTS | Maladies de transmission sexuelle |
| MZASA | Ministère des zones Arides et Semi-Arides |
| NGO | Non Governmental Organisation (ONG) |
| ODR | Opération de Développement Rural |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| ONUDI | Organisation Mondiale pour le Développement Industriel |
| OPEP | Organisation des Pays Exportateurs de pétrole |
| PADL | Programme d'Appui au Développement Local (Gao) |
| PADL-K | Nom donné par le ME au Fonds de développement de Kidal |
| PADL-TO | Programme d'Appui au Développement Local (Tombouctou Ouest) |
| PAM | Programme Alimentaire Mondial |
| PAREM | Programme de réinsertion des anciens combattants (PNUD) |
| PARMEC | Projet d'appui aux structures mutualistes d'épargne et de Crédit |
| PAS | Poste Avancé de Santé |
| PASA | Programme d'Ajustement Structurel du Secteur Agricole |
| PASF | Programme d'appui au Secteur Financier |
| PASR | Programme d'appui aux secteur Rural (WB) |
| PDZL | Projet de Développement en Zone Lacustre (Niafunké) |
| PDDS | Plan Decennal de Developpement Sanitaire et Social |
| PGRN | Programme de Gestion des Ressources Naturelles (Banque mondiale) |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PIN | Plan Indicatif National |
| PIV | Périmètre irrigué Villageois |
| PMA | Paquet minimum d'activités |
| PNAE | Programme National d'Action Environnementale |
| PNIR | Programme Nationale des Infrastructures Rurales (WB) |
| PNLCD | Programme National de lutte contre la désertification |
| PNRA | Programme National de Recherche Agricole |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PNUE | Programme des nations unies pour l'Environnement |
| PNVA | Programme National de Vulgarisation Agricole (Banque mondiale) |
| PPCB | PériPneumonie Contagieuse Bovine |
| PPM | Petit Périmètre Maraîcher |
| PRODESO | Programme de développement de l'élevage au Sahel Occidental |
| PRODESS | Programme de Développement Sanitaire et Social |
| PRMC | Programme de Restructuration du Marché céréalière |
| PRODEC | Programme décennal de développement du secteur de l'Education |
| ProRENo | Programme du Fonds de Réhabilitation ECONOMIQUE du Nord du Mali |
| PROZOPAS | Programme de developpement des Zones Pastorales (Niger) |
| PSA | Programme spécial [du FIDA] pour les pays de l'Afrique subsaharienne touchés par la sécheresse |
| PSARK | Programme de Sécurité Alimentaire et des Revenus dans la Zone de Kidal |
| PSPHR | Projet Santé Population et Hydraulique Rurale |
| PSS | Politique Sectorielle de Santé |
| PSSA | Programme spécial de sécurité Alimentaire (FAO) |
| PST | Projet sectoriel des Transports |
| SNU | Système des Nations-Unies |
| SSP | Soins de Santé Primaire |
| TdR | Termes de Référence |
| UE | Union Européenne |
| UGP | Unité de Gestion du Programme |
| UNICEF | Fonds des Nations unies pour l'Enfance |
| UNSO | Programme des Nations Unies pour le Sahel Occidental |
| USAID | Agence de Coopération des Etats-Unis |
| USD | United States Dollar |
| VSF | Vétérinaires sans Frontières |



