

RAPPORT D'ÉVALUATION

**Evaluation des plans globaux de l'aide humanitaire
financée par ECHO au Tadjikistan
Secteur médical**

**Evaluation réalisée à la demande de l'Office Humanitaire de la
Communauté Européenne
ECHO-UE-Bruxelles**

Mission d'évaluation réalisée du 20/01/2000 au 06/03/2000

Contrat : ECHO/TJK/215/1999/01027B

Rapport rédigé par Pierre-Yves Lambert

Le 3 mars 2000

Nous tenons à remercier Janny Bosscher, correspondante d'ECHO, ainsi que toute l'équipe locale d'ECHO au Tadjikistan pour leur soutien permanent dans l'organisation de cette mission. Nous y associons les équipes d'ECHO 5 (unité évaluation) et d'ECHO°2 (unité géographique). Nous remercions plus particulièrement Didier Merckx pour ses critiques constructives. Il est évident que cette mission aurait été impossible sans la collaboration active de tous les partenaires d'ECHO, nous les en remercions vivement.

Le présent document ne peut être considéré comme une prise de position officielle de la Commission de l'Union Européenne. Les analyses développées n'engagent que la responsabilité de leur auteur.

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	VI
CARTE GEOGRAPHIQUE DU TADJIKISTAN	Error! Bookmark not defined.
RESUME	i
1. PLAN GLOBAL EVALUE	i
2. DESCRIPTION DE L’EVALUATION ET METHODOLOGIE	i
3. CONTEXTE ET SITUATION HUMANITAIRE	i
4. PERTINENCE	ii
5. COORDINATION ET COHERENCE	iii
6. EFFICACITE	iii
7. COUT-EFFICACITE	iii
8. EFFICIENCE	iii
9. IMPACT	iii
10. VIABILITE	iv
11. VISIBILITE	iv
12. QUESTIONS TRANSVERSALES	iv
13. CONCLUSION	iv
13.1. POINTS FORTS	iv
13.2. POINTS FAIBLES.....	iv
14. RECOMMANDATIONS	v
14.1. EAU ET ASSAINISSEMENT DU MILIEU.....	v
14.2. SERVICES DE SANTE	v
14.2.1 Appui à la réforme du système de santé.....	v
14.2.2 Réhabilitation.....	v
14.2.3 District pilote.....	v
14.2.4 En dehors du district pilote	vi
15. LEÇONS A TIRER	vi
1. PLAN GLOBAL EVALUE	1
2. DESCRIPTION DE L’EVALUATION ET METHODOLOGIE	1
3. CONTEXTE	1

3.1. SITUATION ECONOMIQUE ET POLITIQUE	1
3.2. PROBLEMES DE SANTE.....	3
3.3. SITUATION DU SYSTEME DE SANTE.....	3
4. PERTINENCE.....	5
4.1. AIDE FINANCEE PAR ECHO DE 1992 A 1999.....	5
4.2. PLAN GLOBAL 1999	6
4.2.1 Aide aux services de santé	6
4.2.2 Eau et assainissement du milieu.....	8
4.2.3 Conclusion.....	8
5. COORDINATION ET COHERENCE	8
5.1. AUTORITES NATIONALES ET LOCALES.....	8
5.2. BAILLEURS DE FONDS.....	9
6. EFFICACITE.....	9
6.1. SERVICES DE SANTE	9
6.2. EAU ET ASSAINISSEMENT DU MILIEU.....	10
7. COUT-EFFICACITE	10
7.1. SERVICES DE SANTE	10
7.2. EAU ET ASSAINISSEMENT DU MILIEU.....	11
8. EFFICIENCE.....	11
8.1. SERVICES DE SANTE	11
8.2. EAU ET ASSAINISSEMENT DU MILIEU.....	12
8.3. COORDINATION	12
9. IMPACT	13
10. VIABILITE	13
11. VISIBILITE.....	13
12. QUESTIONS TRANSVERSALES	13
12.1. GENRE	13
12.2. LRRD	13
12.3. DROITS DE L'HOMME.....	13
12.4. SECURITE DU PERSONNEL HUMANITAIRE	14
13. CONCLUSION.....	14
13.1. POINTS FORTS	14
13.2. POINTS FAIBLES.....	14
14. RECOMMANDATIONS	15
14.1. EAU ET ASSAINISSEMENT DU MILIEU.....	15
14.2. SERVICES DE SANTE	15
14.2.1 Appui à la réforme du système de santé.....	15
14.2.2 Réhabilitation.....	15
14.2.3 District pilote.....	16
14.2.4 En dehors du district pilote	16
15. LEÇONS A TIRER.....	17

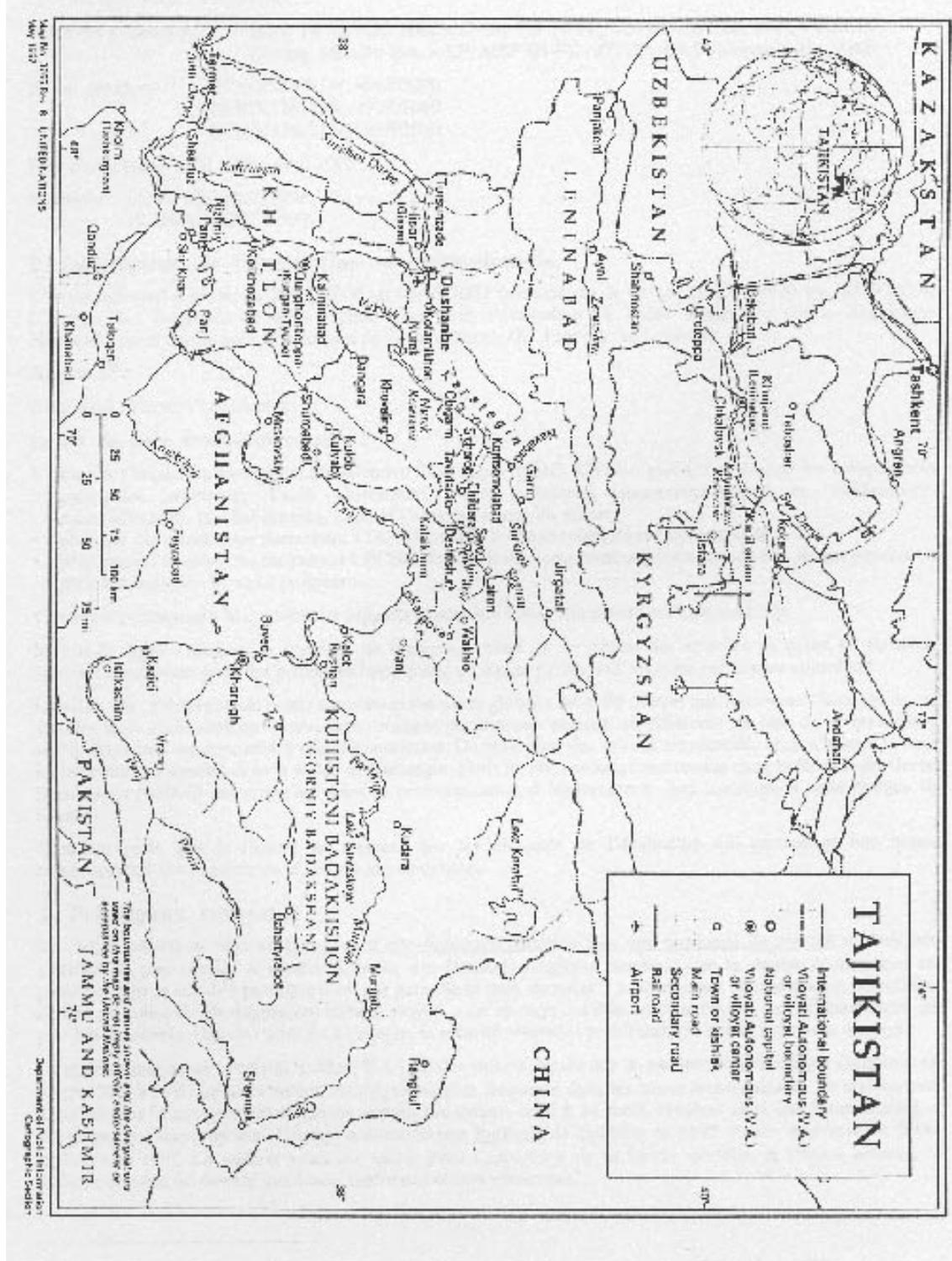
ANNEXE 1 : CALENDRIER DES REUNIONS ET DES VISITES.....	1
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	4
ANNEXE 3 - DISTRIBUTION DES MONTANTS (TABLEAUX 2 A 6)	5
ANNEXE 4 - ATELIER	10
ANNEXE 5 - TERMES DE REFERENCE.....	12

Acronymes

AAH-UK	Action Against Hunger (Action Contre la Faim - Grande Bretagne)
ACTED	Agence pour la Coopération Technique Et le Développement
ADB	Asian Development Bank
AIHA	American International Health Alliance
AKDN	Aga Khan Developmental Network
AKF	Aga Khan Foundation
APW	Agreement Performance of Work
AT	Accoucheuse Traditionnelle
BM	Banque Mondiale
CAD	Children's Aid Direct
CDH ou CRH	Central District Hospital, Central Rayon Hospital, Hôpital central de district
FAP	Feldsher Ambulatory Point, actuellement Medical House ou maison de santé
FAP	Medical house, health house
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
MCH	Mother and Child Health ou SMI : Santé materno-infantile
Medical House	Maison de santé, anciennement nommé : Feldsher Ambulatory Point - FAP,
MERLIN	Medical Emergency Relief International
MoF	Ministry of Finance, Ministère des finances
MoH	Ministry of Health, Ministère de la santé
MSF	Médecins sans Frontières
MSF-H	Médecins sans Frontières - Hollande
MST	Maladie sexuellement transmissible
NRC	Netherland Red Cross, Croix Rouge Hollandaise
Oblast	Région
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS - EURO	Organisation Mondiale de la Santé, Bureau pour l'Europe
OPD	Rural physician outpatients department, Département de médecine ambulatoire rurale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PHC	Primary Health Care
PSF	Pharmaciens Sans Frontière
RRS	Raions (=districts) under republican subordination
SDC	Swiss Agency for Development and Co-operation
SES	Sanitary Epidemiological Station, Station sanitaire et épidémiologique
SMI	Santé materno-infantile
STD	Sexually Transmitted Disease, ou MST : Maladie sexuellement transmissible
SUB	Village Hospital, hôpital de village
SVA	Rural medical centre, rural health centre
TASIF	Tajik Social Investment Fund
TBAs	Traditional Birth Attendants ou AT : Accoucheuses traditionnelles, ou Diahs dans la langue locale
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNOPS	United Nations Office for Project Services
USAID	United States Agency for International Development
WB	The World Bank
WHO	World Health Organisation
WHO-EURO	World Health Organisation - Regional Office for Europe
WHO-LO	World Health Organisation - Liaison Office

Evaluation des plans globaux de l'aide humanitaire financée par ECHO au Tadjikistan (1998-2000) - ECHO/TJK/215/1999/01027B

CARTE GEOGRAPHIQUE DU TADJIKISTAN



RESUME

1. Plan global évalué

Pays de l'opération : Tadjikistan

Noms des partenaires : IFRC (NRC-IFRC-CH), PSF, UN (UNOPS - WHO), MERLIN, Caritas, MSF (H-F), ACTED, CAD, AAH

N° des décisions : ECHO/TJK/215/1998/03000
ECHO/TJK/215/1999/01000
ECHO/TJK/215/1999/02000

Période couverte : avril 1998 - avril 2000

Montants : 14,900 MEURO (1998)
18,830 MEURO (1999)

2. Description de l'évaluation et méthodologie

L'évaluation s'est déroulée du 20/01/2000 au 06/03/2000 (mission sur le terrain du 22/01/000 au 15/02/2000). L'équipe était composée de deux experts, l'un pour l'évaluation de l'aide alimentaire et l'autre pour l'évaluation de l'aide médicale.

Rapport N° :

Consultant : Pierre-Yves Lambert

Le **but de cette évaluation** consiste à :

- évaluer l'impact du plan global actuellement financé par ECHO. Ce plan global comprenait les composantes principales suivantes : l'aide alimentaire, l'aide médicale (approvisionnement en médicaments essentiellement), la réhabilitation, l'eau et l'assainissement du milieu. Les composantes moins importantes concernaient la préparation aux désastres, les premiers secours et l'approvisionnement en charbon. Ce rapport s'attache plus particulièrement à l'évaluation de l'aide médicale, de la réhabilitation et de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement du milieu ;
- proposer des orientations permettant à ECHO de définir une stratégie de retrait progressif ;
- proposer des orientations permettant à ECHO de définir les composantes prioritaires de son action pendant la période transitoire de retrait progressif.

Méthodologie : analyse de dossiers, de rapports, visites sur le terrain des activités en cours et réalisées, réunions et entretiens avec des personnes impliquées, un atelier participatif organisé par le consultant.

Limites de l'évaluation : cette évaluation du plan global couvre non seulement l'analyse de celui-ci, mais également les interventions menées par neuf partenaires différents ; le laps de temps imparti aux évaluateurs s'est donc révélé un peu court. De plus, pour des raisons de sécurité nous n'avons pu voir les interventions menées dans la vallée de Karategin. Nous ne nous sommes pas rendu dans la Région GBAO parce que les transports sont incertains à cette époque de l'année.

Signalons enfin que ce résumé ne reprend que les éléments de l'évaluation qui permettent une bonne compréhension des conclusions et des recommandations.

3. Contexte et situation humanitaire

Le Tadjikistan est un pays en transition d'une économie planifiée vers une économie de marché et dans une situation de post-conflit. A l'heure actuelle, des éléments tangibles montrent que la reprise économique est possible, mais la stabilité politique n'est pas garantie et peut menacer à tout moment cette embellie potentielle. Malgré un indice de développement humain moyen, c'est un pays qui dispose d'un revenu par habitant parmi les plus bas au monde. Dans la vallée de Karategin, la sécurité reste plus problématique que dans le reste du pays.

Le pays a présenté une épidémie de diphtérie en 1995 et une épidémie de fièvre typhoïde en 1997. La malaria a fait son retour avec l'apparition de sa forme mortelle. A l'heure actuelle, le système de

santé est devenu inefficace, inefficace et sans ressources et cet effondrement a eu pour conséquence d'engendrer une méfiance croissante de la population à son égard¹.

Face à la situation de déliquescence du système de santé au Tadjikistan, l'aide humanitaire financée par ECHO a tenté de compenser partiellement la chute brutale des moyens disponibles en finançant l'approvisionnement du pays en médicaments depuis 1992. Si celui-ci ne permet pas de rendre le système de santé plus efficace, il a cependant le mérite d'assurer le fonctionnement minimum des structures de santé aidées. En 1999, l'approvisionnement en médicaments dans les services de santé a été assuré par des pharmacies privées pour 65,25%, par l'aide humanitaire (dont ECHO est de loin le plus gros bailleur de fonds) pour 27,25% et par l'Etat pour seulement 7,50%². Donc, même si elle est très importante, l'aide humanitaire n'est pas la source principale d'approvisionnement en médicaments.

Parallèlement à l'approvisionnement du pays en médicaments (approche opérationnelle³) et en finançant l'OMS, ECHO a soutenu les premières démarches relatives à la réforme du système de santé (approche structurelle), notamment en permettant l'élaboration du document de synthèse qui constituera le cadre légal de la mise en oeuvre effective de la réforme.

4. Pertinence

Les interventions tant au niveau du système de santé qu'au niveau de l'eau et de l'assainissement du milieu répondent à des demandes prioritaires de la population. Toutes les actions mises en oeuvre sont donc pertinentes dans la mesure où les objectifs répondent à des problèmes prioritaires parmi les problèmes identifiés.

Les bénéficiaires finaux ne sont pas identifiés de façon systématique parce que la population entière est considérée comme vulnérable. Néanmoins, si cette approche se justifie parfaitement, nous regrettons qu'aucun travail particulier d'identification des personnes les plus vulnérables dans la population n'a été entrepris jusqu'à présent. Les critères de choix des bénéficiaires directs sont clairs. Mais, si ces critères semblent similaires parmi les différents partenaires, chacun décide en se souciant plutôt de ses propres intérêts que de la garantie de cohérence entre les différentes approches.

Médicaments : Dans le plan global de 1999, 68% des intrants⁴ sont constitués par des médicaments parmi les interventions considérées comme de l'aide médicale par ECHO. En important massivement et directement d'Europe occidentale, l'aide humanitaire retarde la mise en oeuvre d'un système de contrôle efficace de l'importation de médicaments par la filière privée. De plus, elle ne stimule pas les producteurs et les réseaux de distribution existants à améliorer la qualité de leur production et de leurs services. La distribution de médicaments au niveau national est réalisable. Néanmoins, à la lumière du concept du district sanitaire, nous estimons qu'un trop grand nombre de structures sont assistées⁵. Donc, l'aide humanitaire en médicaments financée par ECHO, telle qu'elle s'est déroulée jusqu'à présent, entretient le manque d'efficacité du système de santé du Tadjikistan.

Il est surprenant que les partenaires, qui sont principalement impliqués dans la distribution de médicaments, mettent l'objectif de changement d'attitude en faveur d'une prescription plus rationnelle des médicaments pratiquement au même niveau que la distribution des médicaments elle-même. Si la couverture se fait à la même échelle que celle de l'approvisionnement en médicaments, cet objectif devient utopique et irréalisable.

¹ En 1990, l'Etat consacrait annuellement 192 US\$ par personne pour la santé, contre 2,5 US\$ en 1998

² Source : Masterplan for development of the pharmaceutical sector, National Pharmaceutical Task Force Ministry of Health, World Health Organization, Tajikistan, December 1999.

³ Dans l'approche opérationnelle, nous incluons aussi les activités de réhabilitation des structures de santé ainsi que la formation du personnel.

⁴ Sont considérés comme intrants les postes budgétaires suivant : Personnel Local, Aliments, Intrants agricoles, Intrants santé, Produits de secours de base, Abris temporaires, Eau et assainissement, Réhabilitation d'urgence, Coûts de distribution, Formation, Autres services. Le pourcentage de 68% correspond au rapport du total des montants alloués au poste « Intrants santé » sur le total des intrants des contrats des interventions classifiées comme aide médicale dans le plan global.

⁵ En effet, 290 hôpitaux reçoivent des médicaments financés par ECHO, contre les 61 hôpitaux selon l'approche du district sanitaire et 850 services de soins de santé primaire, contre 300.

Si dans son ensemble, le plan global est pertinent, il y a cependant un hiatus entre l'approche opérationnelle et l'approche structurelle. La première consiste en effet à assister l'ensemble du système en ne questionnant pas suffisamment ses différentes composantes à la lumière du district sanitaire, tandis que la seconde remet fondamentalement le système en question et se base essentiellement sur la mise en oeuvre de l'approche du district sanitaire. Il est dommage que les opérateurs dans la mise en oeuvre de leurs interventions n'aient pas assez anticipé les principales composantes de la réforme du système.

Dans la mise en oeuvre des activités routinières, l'approche doit être de développement. Cependant, vu la précarité de la situation (politique et géographique : zone d'inondations, de tremblements de terre, etc.), les partenaires doivent absolument disposer d'une capacité de réaction immédiate. Ceci est d'autant plus impératif que l'autorité nationale n'est pas encore capable de mobiliser efficacement des ressources en urgence à tous les échelons. La présence d'ECHO au Tadjikistan se justifie donc pleinement, d'autant plus que peu de bailleurs de fonds montrent un intérêt pour le pays et plus particulièrement pour son système de santé.

5. Coordination et cohérence

La coordination avec les autorités nationales et locales de santé dans l'organisation des activités a eu lieu, mais les partenaires ont suivi « passivement » le fonctionnement du système de santé. Les bailleurs de fonds sont peu présents dans le pays et les financements sont faibles, à l'exception toutefois de l'USAID⁶ et de la Banque mondiale. Leur souci de complémentarité et de cohérence est faible et malgré l'absence de coordination active dans la planification des activités, il n'y a pas eu de duplication. Après avoir financé des activités de réhabilitation avec UNOPS dans la Région de Gharm, la DG IA va continuer à s'impliquer à ce niveau avec le même partenaire dans la Région de Leninabad.

6. Efficacité

D'une manière générale, les objectifs ont été atteints, à l'exception de l'objectif de prescription rationnelle des médicaments.

7. Coût-Efficacité

Le coût général du plan global par rapport aux résultats est acceptable.

8. Efficience

La distribution des médicaments a pris du retard. Celui-ci est principalement causé par des facteurs externes. Il y a eu tout d'abord l'effet de détournement de la crise du Kosovo sur le marché international des médicaments destinés à l'urgence : à production et à distribution constante, les ressources disponibles ont été attribuées au Kosovo. Un autre facteur externe a influencé ce retard : les formalités légales d'enregistrement et d'importation des médicaments varient fréquemment et sont comprises différemment aussi bien par les différents partenaires que par les responsables à chaque niveau du système national. Même si ces deux facteurs expliquent en grande partie l'importance du retard, il est clair qu'il y a eu aussi des faiblesses de la part des deux partenaires dans la mise en oeuvre de l'approvisionnement. Les retards qui viennent d'être signalés en matière d'approvisionnement ont retardé la distribution des médicaments.

En ce qui concerne l'efficience de la distribution des médicaments et du monitoring, les planifications sont respectées. La qualité des médicaments, leur conformité, leur conditionnement et leur entreposage ne posent pas de problème particulier.

9. Impact

Les interventions de l'aide humanitaire ont permis et permettent la diminution de l'incidence de la malaria et de la fièvre typhoïde.

L'apport massif de médicaments venant d'Europe ralentit le processus d'amélioration de la qualité des médicaments que l'on trouve sur les marchés locaux et régionaux.

⁶ L'ensemble des montants alloués par l'USAID est de même niveau que ceux d'ECHO, le programme de la Banque Mondiale s'élève à 160 MUSD.

10. Viabilité

Toutes les activités de formation étant de bonne qualité, il est clair que les effets de cette partie du programme aura un effet à long terme. L'appui à la réforme du système de santé est une première étape dans le processus de viabilité du système de santé proprement dit.

11. Visibilité

Au Tadjikistan, ECHO a déployé une véritable stratégie de visibilité.

12. Questions transversales

Genre : nous n'avons relevé aucune discrimination particulière entre l'aide accordée aux hommes et aux femmes.

LRRD : tout le programme s'inscrit dans la logique même du lien entre l'urgence et le développement.

Droits de l'homme : au niveau médical, nous avons pu observer un souci de respecter la dignité des patients traités dans les services psychiatriques.

Sécurité : dans l'ensemble, les consignes de sécurité doivent continuer même si la situation s'est nettement améliorée.

13. Conclusion

il s'agit d'un programme pertinent, composé d'un mélange relativement complexe d'approches différentes (approche Top down, Bottom-Up, Horizontal, Vertical). Dans ses composantes opérationnelles, il est trop dispersé par rapport aux ressources financières et humaines disponibles pour améliorer l'efficacité du système de santé dans son ensemble.

13.1. Points forts

- L'excellente capacité de réagir aux épidémies. Toutes les interventions urgentes ont été systématiquement couronnées de succès avec des indicateurs d'impacts clairement positifs (diminution du taux d'incidence et du taux de létalité de la fièvre typhoïde) et une diminution de l'incidence de la malaria. Ce constat se vérifie depuis le tout début des interventions financées par ECHO (voir campagne de vaccination contre la diphtérie en 1997).
- Le soutien à la réforme du système de santé (que nous qualifions de composante structurelle du plan global par comparaison avec les autres composantes que nous qualifions d'opérationnelles);
- Les approches verticales sont les plus efficaces à court terme (c'est classique), mais elle sont aussi les plus coûteuses et, surtout, elles renforcent les habitudes et les réflexes du passé.
- Sans les médicaments fournis par l'aide humanitaire financée par ECHO, le système de santé ne serait pas capable d'offrir le service minimum acceptable à la population.
- Les activités de formation sont bien menées et avec succès. On note une amélioration réelle de la qualité des services en ce qui concerne la malaria et la fièvre typhoïde. Il est trop tôt pour juger des autres activités de formation, mais les premières informations disponibles sont positives.

13.2. Points faibles

- La distribution de médicaments concerne un trop grand nombre et trop varié de structures, ce qui entretient le manque d'efficacité du système de santé et entre en contradiction avec les principes qui guident la réforme du système de santé.
- Il n'y pas d'approche intégrée du fonctionnement des services de soins de santé primaire.
- La dynamique entre premier niveau et deuxième niveau est en général faible.
- L'aide humanitaire opérationnelle en général n'a pas pu saisir l'opportunité qui lui était offerte de stimuler la réforme du système de santé.
- Mis à part les exceptions qui confirment toujours la règle, le personnel expatrié manque d'expérience professionnelle et de terrain, sa présence sur le terrain est trop courte pour qu'il puisse devenir réellement efficace malgré ses qualifications indéniables.

- L'ambition des partenaires en ce qui concerne la rationalisation de la prescription et de l'utilisation des médicaments est beaucoup trop grande. En effet, elle concerne un changement de comportement de la part des prescripteurs et aussi de la population. Tous les programmes qui ont pour objectif de changer un comportement demandent un lourd investissement en personnes compétentes et en temps.

Il faut donc revoir le programme opérationnel, en limiter sa dispersion et l'adapter aux ressources disponibles en tenant compte de l'approche du district sanitaire.

De plus, ECHO ne peut plus assumer seul la présence de la CE au Tadjikistan, la plupart des besoins relèvent de l'aide au développement et à la démocratisation du pays. L'urgence, dans ce pays, c'est le développement bien que la présence d'ECHO se justifie encore pleinement.

14. Recommandations

La recherche d'un relais avec des financements garantis sur plusieurs années et des partenaires plus spécialisés dans la gestion du district sanitaire doit être impérativement entreprise afin de permettre un soutien plus efficace à la réforme du système de santé. L'intérêt des bailleurs de fonds pour un tel projet doit être suscité. Les partenaires actuels doivent impérativement chercher plusieurs bailleurs de fonds pour leurs projets au Tadjikistan; dépendre exclusivement d'ECHO aujourd'hui au Tadjikistan est pernicieux. ECHO est invité à encourager le cofinancement des interventions.

14.1. Eau et assainissement du milieu

- Dans le contexte actuel, les interventions concernant l'approvisionnement en eau menées par l'UNOPS sont les plus rentables tant pour la population bénéficiaire que pour ECHO. S'il ne fallait conserver qu'un type d'intervention (par exemple, dans le cas d'une stratégie de retrait brutal, mais pas total), notre choix se porterait sans hésiter sur ce type d'intervention.
- L'installation des modèles de pompes à main utilisées actuellement doit être arrêtée et celles-ci doivent être remplacées par un système qui évite la contamination de l'eau.
- Le programme de fumigation d'insecticide peut être continué cette année, mais pas plus. Si le ministère de la santé choisi cette option dans la lutte contre la malaria, il doit en assurer le coût à l'avenir et ECHO doit signifier clairement qu'il ne renouvellera pas le financement d'une telle opération en 2001. De plus, nous conseillons de comparer le coût-efficacité des différents insecticides disponibles sur le marché avant la signature du contrat.

14.2. Services de santé

14.2.1 Appui à la réforme du système de santé

A ce stade, il serait regrettable d'interrompre brutalement la collaboration avec l'OMS. Donc, il faut encore financer l'OMS pour une année à ce propos, mais pas plus longtemps. Serait-il possible que la DG IA finance, au moins partiellement, cette activité à l'avenir?

14.2.2 Réhabilitation

Les activités de réhabilitation ne seront pas pas continuées. En effet, la DG IA finance des activités de réhabilitation à partir de cette année.

14.2.3 District pilote

- L'aide doit cadrer avec la réforme du système de santé et donc avec la notion de district sanitaire. Aucune ONG sur le terrain n'est spécialisée dans la gestion du district sanitaire. Toutefois, l'expérience accumulée dans le pays par les ONG présentes pourrait compenser ce handicap, pour autant qu'elles joignent leurs compétences respectives dans les mêmes districts.
- En d'autres mots, pour commencer cette approche, il faut que les partenaires choisissent ensemble avec le ministère de la santé un premier **district pilote** et veiller à ce que l'amélioration de la qualité de chaque activité puisse se réaliser intégralement dans l'ensemble du district, avec le soutien de l'ensemble des partenaires. Ce district pilote doit se situer dans la région de Kathlon.

14.2.4 En dehors du district pilote

Médicaments

- La distribution de médicaments en dehors du district pilote doit aider à la réforme du système de santé en respectant ses principes. Au niveau des services hospitaliers, seuls les hôpitaux de districts seront approvisionnés et la présence permanente d'un médecin local, qui se chargera de convaincre de l'utilité et de stimuler au quotidien le respect des protocoles thérapeutiques, sera encouragée. En ce qui concerne les services de soins de santé primaires, les SVA seront systématiquement prioritaires, le choix des FAB qui seront approvisionnés devra être justifié et bien documenté. Les hôpitaux « SUB » ne seront plus approvisionnés et seuls ceux qui seront transformés en SVA pourront être approvisionnés.

Nous encourageons la concentration des activités dans la région de Kathlon, parce qu'il s'agit de la région la moins favorisée du pays et, surtout, parce que c'est dans cette région que l'expérience des partenaires d'ECHO est la plus grande.

Les activités dans la région de Gharm doivent être continuées dans la mesure où c'est là que la situation est la plus proche du mandat d'ECHO, ce qui ne justifie pas que l'approche du district sanitaire n'y soit encouragée. Il n'y a pas de raison d'introduire de nouveaux partenaires dans cette zone. Idéalement MSF devrait se charger de l'approvisionnement en médicaments dans les hôpitaux de districts en complément de ses activités dans les services de soins de santé primaire.

- Les partenaires doivent encourager et accélérer la réalisation du guide thérapeutique national.
- L'amélioration de la production de soluté doit être encouragée. ECHO pourrait financer partiellement de l'équipement à la condition que l'entreprise finance le solde, soit qu'elle contracte un prêt, soit qu'elle autofinance.

Formation

- Les nouvelles activités de formation doivent se concentrer au niveau du district pilote (santé materno-infantile, vaccination, diagnostic). Néanmoins, il faut assurer les activités de suivi des formations déjà entreprises ailleurs.

15. Leçons à tirer

- Le concept du district sanitaire est un outil aussi utile dans les programmes d'aide humanitaire que dans les programmes de développement. En utilisant le même instrument, le passage d'une aide à l'autre est plus aisé.
- Il faut se faire une raison, il est impossible de répondre adéquatement à l'ensemble des besoins. Choisir ses priorités est douloureux mais nécessaire. Dans le cadre de l'aide médicale, le concept du district sanitaire facilite beaucoup cette prise de décision. Il est particulièrement utile dans les situations d'urgence où, dès les premiers instants, il apparaît clairement que l'aide humanitaire va devoir durer plusieurs années.
- Quand l'aide humanitaire fournit une part importante des médicaments utilisés dans le pays (ici 30%) et la totalité des médicaments dont la qualité est garantie, il n'est pas acceptable que l'aide humanitaire entretienne ces différences par des circuits complètement étrangers et hermétiques.
- Il faut pouvoir disposer d'un nombre suffisant de fournisseurs pour garder une marge d'autonomie et de manoeuvre.
- Quand on importe des technologies, aussi simples soient-elles, il faut tenir compte du comportement des utilisateurs avant de l'installer.
- Quand des problèmes de sécurité se posent, avant d'agir, il faut analyser la possibilité d'intervenir en évitant tout risque inutile. Si cela est possible, il faut impérativement se donner tous les moyens et la capacité nécessaire pour intervenir afin de respecter les mesures de sécurité. Dans le cas contraire, soit les interventions se font en prenant des risques inutiles, soit elles ne se font pas, mais dans les deux cas cela est inacceptable.

Evaluation

1. Plan global évalué

Pays de l'opération : Tadjikistan

Noms des partenaires : IFRC (NRC-IFRC-CH), PSF, UN (UNOPS - WHO), MERLIN, Caritas, MSF (H-F), ACTED, CAD, AAH

N° des décisions : ECHO/TJK/215/1998/03000
ECHO/TJK/215/1999/01000
ECHO/TJK/215/1999/02000

Période couverte : avril 1998 - avril 2000

Montants : 14,900 MEURO (1998)
18,830 MEURO (1999)

2. Description de l'évaluation et méthodologie

L'évaluation s'est déroulée du 20/01/2000 au 06/03/2000 (mission sur le terrain du 22/01/000 au 15/02/2000). L'équipe était composée de deux experts, l'un pour l'évaluation de l'aide alimentaire et l'autre pour l'évaluation de l'aide médicale.

Rapport N° :

Consultant : Pierre-Yves Lambert

Le **but de cette évaluation** consiste à :

- évaluer l'impact du plan global actuellement financé par ECHO. Ce plan global comprenait les composantes principales suivantes : l'aide alimentaire, l'aide médicale (approvisionnement en médicaments essentiellement), la réhabilitation, l'eau et l'assainissement du milieu. Ce rapport s'attache plus particulièrement à l'évaluation de l'aide médicale, de la réhabilitation et de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement du milieu ;
- proposer des orientations permettant à ECHO de définir une stratégie de retrait progressif ;
- proposer des orientations permettant à ECHO de définir les composantes prioritaires de son action pendant la période transitoire de retrait progressif.

Méthodologie : analyse de dossiers, de rapports, visites sur le terrain des activités en cours et réalisées, réunions et entretiens avec des personnes impliquées, atelier participatif organisé par le consultant (voir annexe 4).

Limites de l'évaluation : cette évaluation du plan global couvre non seulement l'analyse de celui-ci, mais également les interventions menées par neuf partenaires différents ; le laps de temps imparti aux évaluateurs s'est donc révélé un peu court. De plus, pour des raisons de sécurité nous n'avons pu voir les interventions menées dans la vallée de Karategin. Nous ne nous sommes pas rendu dans la Région GBAO parce que les transports sont incertains à cette époque de l'année.

3. Contexte

3.1. Situation économique et politique

Depuis la déclaration d'indépendance en 1991, le Tadjikistan a dû faire face à une crise économique sévère aggravée par la guerre civile de 1992-1997.

Depuis l'accord de paix signé à Moscou en juin 1997 entre l'opposition Tadjik Unie (UTO) et le gouvernement, le processus de paix avance, même si la progression est lente et difficile. Les groupes militaires de l'UTO sont rentrés au Tadjikistan. Ils sont placés, sans soutien du gouvernement, dans des zones de rassemblement où les conditions de vies sont mauvaises. Les tensions s'atténuent mais n'ont pas disparu dans les zones de la vallée de Karategin, de Kofarnikhon et de Dushanbe. Néanmoins, si d'une manière générale les mesures de sécurité peuvent s'assouplir, la vigilance reste

de mise sur l'ensemble du pays et surtout dans la région de Gahrm (vallée de Karategin) où la sécurité reste problématique.

Les activités de réinsertion des ex-combattants sont insuffisantes et n'ont pas d'objectifs à long terme. En effet, ils sont incorporés dans les activités de réhabilitation menées par l'UNOPS qui, par essence, sont limitées dans le temps. Cette solution est transitoire et ne résoud nullement le problème de leur réinsertion.

Après le résultat des élections présidentielles, critiquées et peu démocratiques, qui a permis la réélection du président Rahmonov, tout le monde attend celui des élections parlementaires prévues en février 2000. Une grande partie de l'opposition est en faveur d'un système politique plus démocratique. De plus, beaucoup d'autres partis politiques n'ont été créés que récemment et la plupart d'entre eux sont encore méconnus de la population. Les médias sont toujours sous le contrôle de l'Etat et craignent de s'impliquer dans le débat politique.

La relation avec l'Ouzbékistan est tendue depuis novembre 1998. La situation au Tadjikistan et dans les pays limitrophes est complexe et peu prévisible. Une reprise des confrontations, même militaires, est toujours possible.

Tableau 1 : Evolution de quelques paramètres économiques de 1991 à 1999

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998 estimé	1999 projection
GDP at constant prices (% change)	-7.1	-29.0	-11.0	-18.9	-14	-16.7	1.4	5.3	3.0
Consumer prices (annual average % change)	112	1157	2195	350	609	418	87.8	43.3	14
Unemployment (% of labour force)	na	0.3	1.2	1.7	2.0	2.7	2.9	3.1	na
General government balance (% of GDPI)	-16.4	-28.4	-23.6	-10.2	-11.2	-5.8	-3.3	-3.2	-3.8
Current account (in US\$ millions)	na	53	-208	-170	-54	-76	-28	-57	-62
Trade balance (in US\$ millions) (from balance of payment)	na	-55	-204	-148	-41	-36	-82	-121	-32
Total FDI (in US\$ millions, cash receipts, net)	na	na	9	12	17	20	30	12	26
External debt stock (US\$ millions)	na	0	509	760	817	725	746	1245	1358

Sources : National Bank of Tajikistan; EBRD

Entre 1991 et 1996, le produit intérieur brut a chuté de 60 %. Le chômage est extrêmement élevé. Les salaires, les pensions et les autres contributions de la sécurité sociale sont bas (4,8 USD de salaire mensuel moyen dans les services de santé, avec un maximum de 10 USD). Ils sont payés irrégulièrement ou pas du tout. Avec un PNB/habitant PPA⁷ de 930 USD en 1997, le Tadjikistan se situe parmi les pays les plus pauvres au monde malgré un IDH de 0,665⁸. Selon la Banque Mondiale, 85% de la population peut être considérée comme pauvre. Néanmoins, la Banque Mondiale et le Fond Monétaire International considèrent que les éléments clés pour la croissance et la diminution de la pauvreté sont en place. Après une période de grande récession, la reprise économique pointe timidement le nez. En effet, le taux de croissance du PNB est à nouveau positif et se situait à 2,2% pour la période 1996-1997⁹. Cependant, il est inquiétant de constater que le trafic de drogue prend de

⁷ PNB/habitant PPA = Produit national Brut par habitant selon la Parité du Pouvoir d'Achat

⁸ Avec un Indicateur de Développement Humain (IDH) de 0,665 dans le rapport de 1999 sur le développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Tadjikistan se situe parmi les pays avec un IDH moyen. Un IDH moyen se situe entre 0,800 et 0,500. Nous rappelons que l'IDH est un indicateur composite comportant 3 éléments : la durée de vie, mesurée d'après l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation, mesuré par un indicateur alliant pour deux tiers le taux d'alphabétisation des adultes et pour un tiers le taux brut de scolarisation combiné (tous niveaux confondus), et le niveau de vie, mesuré d'après le PIB réel par habitant (exprimé en PPA, ou parités de pouvoir d'achat). L'IDH est un indicateur qui varie de 0 à 1 et dont chacun des 3 indicateurs qui le compose varie aussi de 0 à 1. Pour le Tadjikistan, l'indicateur d'espérance de vie est de 0,70, l'indicateur de niveau d'éducation est de 0,89 et celui de PIB est de 0,40. Sur 174 pays, 18 pays ont un indicateur de PIB inférieur à celui du Tadjikistan.

⁹ Le FMI et la BM s'attendent à une croissance du PIB de 2 à 4 % à la place des 6 % initialement prévus (données pour 1995).

plus en plus d'importance et pourrait dépasser 30% de l'ensemble de l'économie nationale (explication partielle de l'évidence d'une économie souterraine présente dans le pays).

3.2. Problèmes de santé

La cause de l'épidémie de **diphtérie**¹⁰ en 1995 provient de la mauvaise couverture vaccinale et est un excellent indicateur de la défaillance de l'ensemble du système de santé.

L'épidémie de **fièvre typhoïde**¹¹ de 1997 (taux d'incidence 5 pour mille), son endémie actuelle élevée ainsi que l'incidence élevée des maladies diarrhéiques mettent en évidence la problématique de la qualité de l'approvisionnement en eau et du traitement des eaux usées. Elle est aussi liée aux habitudes comportementales (boire dans les canalisations, goût plus agréable de l'eau du canal, mauvais goût de l'eau chlorée). Dans ce cas, le problème est d'autant plus important que l'éducation sanitaire au sens large n'a pas été une priorité pendant l'époque soviétique : la préférence pour les solutions technologiques a été quasi systématique, laissant la maîtrise de la situation aux experts plutôt qu'à la population. La fièvre typhoïde est une maladie, grave et mortelle qui peut être évitée par des mesures adéquates évitant la contamination de l'eau.

La recrudescence de la **malaria**¹² (taux d'incidence 5 pour mille) met en évidence la défaillance des systèmes d'assainissement du milieu.

L'analyse épidémiologique de ces maladies, mais également d'autres problèmes de santé moins aigus (mortalité infantile, la mortalité maternelle), souffre d'une mauvaise collecte des données et du peu de fiabilité de celles-ci quand elles sont collectées. Par exemple, l'enregistrement des naissances et des décès à l'état civil est payant. Le plus souvent la naissance d'un enfant n'est déclarée que lorsque celui-ci a un an et que l'on est pratiquement sûr qu'il survivra. La déclaration des décès pose le même type de problème. Le calcul des taux de natalité et de mortalité est donc particulièrement affecté par cette situation.

3.3. Situation du système de santé

En ce qui concerne le système de santé, il est utile de rappeler les éléments suivants : durant la période soviétique, le système de santé fonctionnait bien et était très accessible à l'ensemble de la population. De façon synthétique, nous pouvons dire que ce système était efficace, mais peu efficient et d'un mauvais rapport coût-efficacité (surdimensionnement des structures, pléthore de personnel, etc.). Malgré cela, la population appréciait ce système parce qu'il résolvait ses problèmes.

A l'heure actuelle, nous avons fait les constats suivants :

1) Personnel dans les services de santé :

- le personnel local est pléthorique, facteur limitant l'efficacité du système par définition;
- le personnel constitue un poids financier que l'Etat ne peut plus supporter ;
- le personnel est mal distribué entre les zones rurales et urbaines ;
- le salaire du personnel est insuffisant par rapport au coût de la vie et souvent il reste impayé ; ceci implique que ce personnel
 - recherche des revenus complémentaires,
 - en faisant payer le patient, ce qui crée de fait un système de santé privatisé occulte / non transparent, avec un impact non négligeable mais difficilement évaluable sur l'accès aux soins de la population ;

¹⁰ La diphtérie est une maladie grave et mortelle qui est évitée par la vaccination. Elle peut être traitée efficacement, mais le traitement curatif est beaucoup plus coûteux que la vaccination préventive.

¹¹ La fièvre typhoïde est une maladie grave et mortelle qui peut être évitée par la vaccination, mais cette protection n'est que temporaire et donc peu utile dans une situation endémique. Le traitement est efficace et l'hospitalisation nécessaire. Au Tadjikistan, l'usage indiscriminé des antibiotiques a entraîné l'apparition de souches résistantes aux antibiotiques de première ligne. L'efficacité de la lutte contre la fièvre typhoïde n'est pas du ressort des services de soins de santé mais bien des services d'approvisionnement en eau.

¹² Le type de malaria qui prédomine au Tadjikistan n'est pas mortel, mais entraîne une incapacité de travail temporaire importante. Actuellement, il n'y a pas de signe majeur de résistance au traitement. Par contre, la forme mortelle de la malaria a fait son apparition.

- en pratiquant un travail complémentaire, autre facteur limitant l'efficacité du système ;
- ou quitte le système, soit en quittant le pays, soit en cherchant un autre emploi mieux rémunéré (en effet, toutes les agences internationales emploient des médecins même pour des tâches subalternes telles que gardien de nuit, etc.) ; malheureusement, ce ne sont pas les moins compétents qui quittent le système.
- Les plus jeunes diplômés semblent moins bien formés que les plus anciens (impact de la crise sur le système d'enseignement).
- Les plus anciens sont plus réfractaires à la critique du système soviétique.

2) Les structures et services de santé :

De façon générale, les services de santé sont pléthoriques et surdimensionnés par rapport aux besoins, avec une multiplication des niveaux d'intervention¹³. Ils sont donc par définition peu efficaces, et avec la crise économique actuelle, cela entraîne les conséquences suivantes :

- les services fonctionnent mal (trop de services, trop de personnel, trop peu d'activités pour garantir une qualité minimale) ;
- la qualité des diagnostics est limitée ;
- les équipements sont obsolètes et/ou en mauvais état ;
- il n'y a pas ou peu d'entretien de l'ensemble des structures et des équipements ;
- les bâtiments sont vétustes, voire insalubres ;
- le chauffage et l'électricité ne sont pas garantis, et les structures qui en disposent ne sont pas nécessairement celles qui devraient l'être prioritairement ;
- l'accès à l'eau est difficile et l'eau est de mauvaise qualité dans de nombreux services ;
- la chaîne de froid n'est pas garantie ;
- depuis quelques mois, l'autorisation de vendre des médicaments à l'intérieur des structures de soins de santé primaire a été accordée par le gouvernement, ce qui complique l'approche de l'utilisation des médicaments distribués par l'aide humanitaire ;
- les soins sont gratuits officiellement mais, en réalité, ils sont payants (voir plus haut, revenus du personnel). Le manque de transparence des paiements est un problème.

Suite aux constats qui viennent d'être énumérés, on peut donc conclure que l'indépendance du pays, la crise économique et la guerre ont eu un tel impact sur le système de santé, qu'à l'heure actuelle, ce dernier est devenu inefficace, inefficace et sans ressources (en 1990, l'Etat consacrait annuellement 192 US\$ par personne pour la santé, contre 2,5US\$ en 1998). De plus, cet effondrement du système a eu pour conséquence d'engendrer une méfiance croissante de la population à son égard.

La disparition du système de santé tel qu'il fonctionnait durant l'ère soviétique étant irréversible, la mise en place d'une réforme du système de santé est devenue fondamentale afin de rendre le système de santé plus efficace et efficace, tout en restant accessible à la population. La réforme en cours dans le pays est coordonnée par l'OMS et basée sur le modèle théorique du district sanitaire prôné par l'OMS¹⁴. Ce modèle n'est pas qu'un modèle théorique, c'est aussi et surtout un modèle

¹³ Premier niveau : FAB (poste de santé), deuxième niveau : SVA (centre de santé), troisième niveau : hôpital SUB (hôpital rural), quatrième niveau : CRH (hôpital de district), cinquième niveau : hôpital d'Oblast (hôpital régional), sixième niveau : hôpital national. A ces différents niveaux, il faut ajouter les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux de ville. Les soins de santé primaires sont constitués par les premiers et deuxièmes niveaux soit les FAB et les SVA. Actuellement, 2.654 structures de soins de santé primaires sont en fonction, soit 1 structure pour 2.322 habitants et 425 hôpitaux avec 41.000 lits soit 1 hôpital pour 14.500 habitants et 6,8 lits pour 1.000 habitants

¹⁴ Le modèle du district sanitaire prôné par l'OMS couvre une population de 100.000 habitants en moyenne.

- Il offre des services de **soins de santé primaire intégrés** (c'est-à-dire où tous les aspects de la politique de santé doivent être traités dans le même service) assurés par un seul niveau d'intervention soit celui du centre de santé (au Tadjikistan, il s'agit des SVA en milieu rural et des polycliniques en milieu urbain) qui offre des services curatifs (donc capacité de diagnostic et de traitement), préventifs (vaccination, suivi de l'évolution de la croissance des enfants dans lequel s'intègre la surveillance de la malnutrition, suivi particulier de maladies

basé sur les leçons apprises depuis plus de 50 ans dans le cadre des programmes de santé publique mis en place à travers le monde.

4. Pertinence

4.1. Aide financée par ECHO de 1992 à 1999

ECHO est présent au Tadjikistan depuis 1992 et le budget alloué à ce pays n'a cessé d'augmenter.

Face à la situation de déliquescence du système de santé au Tadjikistan, tel que nous l'avons décrit plus haut, l'aide humanitaire financée par ECHO a tenté de compenser partiellement la chute brutale des moyens disponibles. En l'occurrence, ECHO a financé l'approvisionnement des hôpitaux en médicaments de manière quasiment ininterrompue de 1992 à 1997. Si cet approvisionnement ne permet pas de rendre le système de santé plus efficient, il a cependant le mérite d'assurer le fonctionnement minimum des structures de santé aidées. Il ne peut malheureusement pas rétablir la confiance de la population dans le système de santé.

A partir de 1998, tenant compte des recommandations proposées par l'évaluation du secteur médical des plans globaux 1995-1996-1997 (évaluation réalisée en 1997), ECHO a continué de financer l'approvisionnement de médicaments aux hôpitaux¹⁵ et a commencé le financement de médicaments aux services de soins de santé primaire¹⁶, afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de base d'une frange plus importante de la population. Parallèlement, elle a soutenu financièrement l'OMS dans l'élaboration du plan de réforme du système national de santé du Tadjikistan.

ECHO s'est donc adapté à l'évolution de la situation et, parallèlement à l'approvisionnement du pays en médicaments et à la réhabilitation de structures (approche opérationnelle), a soutenu les premières démarches relatives à la réforme du système de santé (approche structurelle), notamment en permettant l'élaboration du document de synthèse qui constituera le cadre légal de la mise en oeuvre effective de la réforme.

Cette mission d'évaluation de l'aide humanitaire médicale au Tadjikistan se situe à ce stade de la situation.

comme les diarrhées et les infections des voies respiratoires, contrôle prénatal, accouchements et contrôle post-natal) et promotionnels (éducation à la santé). Pour que ces services fonctionnent de manière optimale, il est recommandé de disposer d'un centre de santé pour 10.000 habitants soit 616 structures pour l'ensemble du pays (parmi les 2.322 structures de soins de santé primaires pour tout le pays, il y a 480 SVA, 75 polycliniques et 1630 FAB).

- Il offre des services de soins de santé secondaires dans un **hôpital général** (hôpital de district) 100 à 200 lits en moyenne (1 à 2 lits pour 1000 habitants) avec au moins un bloc opératoire fonctionnel, une maternité, un service de chirurgie, un service de pédiatrie et un service de médecine interne.
- Il se préoccupe de la dynamique entre le premier et le deuxième niveau, en l'occurrence la référence des patients du premier niveau au deuxième niveau et la contre-référence des patients du deuxième niveau au premier niveau, du transfert physique des patients, de la supervision et du monitoring des activités.

¹⁵ Il est important de signaler qu'un programme « eau et assainissement du milieu » a commencé en 1995 et est toujours en cours actuellement. Si ce programme est toujours resté au second plan du point de vue financier par rapport au programme « médicaments », il n'en reste pas moins vrai qu'il est incontournable dans la mesure où les problèmes de santé prioritaires sont liés à la problématique de la qualité de l'eau et de l'environnement.

¹⁶ Dans cet ordre d'idée, des activités de réhabilitation centrées sur les structures de soins de santé primaire ont été entreprises à partir de 1998. L'UNOPS met en oeuvre ses interventions en tenant compte du concept du district sanitaire. En effet, les SVA en sont les principaux bénéficiaires et presque tous les hôpitaux concernés sont des hôpitaux de district.

4.2. Plan global 1999

Le plan global 1999 est de 16 Mio EUR et couvre la période juin 1999 à avril 2000¹⁷. Ses objectifs principaux sont :

1. Une assistance alimentaire en faveur des plus vulnérables, la poursuite de l'amélioration des mécanismes de sélection et la promotion de la sécurité alimentaire dans les zones rurales incluant des programmes de réhabilitation agricole.
2. Des activités de réhabilitation, de formation et la distribution de médicaments en faveur de certaines structures médicales, afin d'assurer que la population bénéficie des soins de santé de base. Un support à l'OMS en vue d'assister le Ministère de la Santé dans le développement d'une stratégie générale de santé et des réformes nécessaires.
3. Une attention particulière sur l'assainissement de l'eau ainsi que « capacity building » liée à la prévention et la capacité de réponse aux désastres.

L'aide médicale humanitaire financée par ECHO s'est concentrée sur les trois types d'activités suivants : l'approvisionnement en médicaments, la réhabilitation des structures de santé et la formation de personnel. Ces trois domaines d'intervention répondent en fait à des demandes prioritaires de la population. Toutes les actions mises en oeuvre sont donc pertinentes dans la mesure où les objectifs répondent à des problèmes prioritaires parmi les problèmes identifiés.

L'approvisionnement en eau et l'assainissement du milieu répondent également à des demandes impératives de la population.

4.2.1 Aide aux services de santé

L'évaluation des besoins est essentiellement basée sur l'expérience acquise de chaque ONG. Les nouveaux venus ont préparé leurs activités à partir d'enquêtes. En général, chaque fois qu'une nouvelle composante apparaît dans un programme, une enquête est mise en oeuvre par celui qui désire ouvrir une nouvelle activité.

Bénéficiaires

Au niveau des bénéficiaires finaux, il faut remarquer qu'ils ne sont pas identifiés de façon systématique parce que la population entière est considérée comme vulnérable (effet de l'enquête de la Banque mondiale qui considère que 85% de la population vit en-dessous du seuil de pauvreté). Dans une telle situation, c'est parfaitement justifié. Néanmoins, même s'il a été démontré que la majorité des patients a pu avoir accès aux soins essentiellement grâce à la gratuité des médicaments fournis par l'aide humanitaire financée par ECHO, nous regrettons qu'aucun travail particulier d'identification des personnes les plus vulnérables dans la population n'a été entrepris jusqu'à présent. En effet, nous n'avons pas d'idée de la « taille du problème » concernant les personnes les moins favorisées qui n'ont pas la possibilité d'accéder aux services de santé.

Les critères de choix des bénéficiaires directs (c'est-à-dire les structures de santé, le personnel de santé qui participe aux formations, les villages qui auront droit à des pompes, etc.) sont clairs et même très sophistiqués. Mais, dans quelle mesure ces critères sont-ils systématiquement respectés ? Si les critères de choix semblent similaires parmi les différents partenaires et que chacun tient compte de la présence des autres partenaires, la prise de décision semble plutôt guidée par des intérêts propres que par le souci de garantir la cohérence entre les différentes approches.

¹⁷ Budget d'ECHO en faveur du Tadjikistan en ECU/EURO par année :

1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
300.000	7.400.000	9.825.000	16.080.000	14.080.000	14.080.000	14.900.000	16.000.000*

* En 1999, il faut encore ajouter au montant de 16 Mio EURO, le montant de 2.83 Mio EURO provenant d'une allocation spéciale du budget TACIS en faveur de certains pays parmi les Nouveaux Etats Indépendants (NEI) les plus affectés par la crise financière en Russie.

Médicaments

En 1999, l'approvisionnement en médicaments dans les services de santé a été assuré par des pharmacies privées pour 65,25%, par l'aide humanitaire (dont ECHO est de loin le plus gros bailleur de fonds) pour 27,25% et par l'Etat pour seulement 7,50%¹⁸. Donc, même si elle est très importante, l'aide humanitaire n'est pas la source principale d'approvisionnement en médicaments.

Dans le plan global de 1999, 68% des intrants¹⁹ sont constitués par des médicaments parmi les interventions considérées comme de l'aide médicale par ECHO.

Achat de médicaments

L'approvisionnement en médicament doit suivre le principe suivant : on doit se fournir le plus près possible du lieu de consommation, ce qui permet d'éviter une série de coûts. Le soutien de PSF à la production locale de soluté est à ce propos une excellente initiative. En important massivement et directement d'Europe occidentale, l'aide humanitaire retarde la mise en oeuvre d'un système de contrôle efficace de l'importation de médicaments par la filiaire privée. De plus, elle ne stimule pas les producteurs et les réseaux de distribution existants à améliorer la qualité de leur production et de leurs services.

	Avantages	Désavantages
Achat local	<ul style="list-style-type: none">• Coûts minimaux• Renforcement de la capacité de production locale et de la qualité de la production• Pas de problème de formalité légale pour l'importation	<ul style="list-style-type: none">• Dans l'immédiat, il n'y a pas de garantie que les normes de qualité internationale soient respectées
Achat régional	<ul style="list-style-type: none">• Coûts de transports internationaux moindre• Renforcement de la capacité de production régionale et de la qualité de la production• En utilisant des fournisseurs qui fournissent aussi les pharmacies privées, il est possible d'aider à renforcer les capacités de contrôle de l'Etat sur ces fournisseurs.	<ul style="list-style-type: none">• Dans l'immédiat, il n'y a pas de garantie que les normes de qualité internationale soient respectées• Fournisseurs pas toujours sûrs et efficaces.• Formalités d'importation
Achat en Europe Occidentale	<ul style="list-style-type: none">• Qualité garantie	<ul style="list-style-type: none">• Coûts de transports internationaux plus élevés• Formalités d'importation

En fait, la décision se prend dans un sens ou dans l'autre, selon que l'on veuille une qualité garantie tout de suite, ou que l'on travaille pour garantir un approvisionnement futur de qualité.

Distribution de médicaments

La distribution de médicaments au niveau national est réalisable. Néanmoins, à la lumière du concept du district sanitaire, nous estimons qu'un trop grand nombre de structures sont assistées. En effet, parmi les 425 hôpitaux fonctionnels dans le pays, 290 (68%) reçoivent des médicaments financés par ECHO. Chiffres que nous devons comparer aux 61 hôpitaux qui devraient être idéalement en fonction au niveau des districts. En ce qui concerne, les services de soins de santé primaire, seules les régions de Kathlon, de Dushanbe et 6 district dans la vallée de Karategin sont concernés. NRC et MSF approvisionnent 190 SVA et 660 FAB, soit 850 services, nombre qu'il faut comparer aux 610 services qu'il faudrait idéalement pour couvrir tout le pays. Selon la taille de l'ensemble la population (environ 3 millions d'habitants) résidant dans les régions où l'aide est prévue, 300 services de soins de santé primaires seulement devraient être approvisionnés.

¹⁸ Source : Masterplan for development of the pharmaceutical sector, National Pharmaceutical Task Force Ministry of Health, World Health Organization, Tajikistan, December 1999.

¹⁹ Sont considérés comme intrants les postes budgétaires suivant : Personnel Local, Aliments, Intrants agricoles, Intrants santé, Produits de secours de base, Abris temporaires, Eau et assainissement, Réhabilitation d'urgence, Coûts de distribution, Formation, Autres services. Le pourcentage de 68% correspond au rapport du total des montants alloués au poste « Intrants santé » sur le total des intrants des contrats des interventions classifiées comme aide médicale dans le plan global.

Donc, l'aide humanitaire en médicaments financée par ECHO, telle qu'elle s'est déroulée jusqu'à présent, entretient le manque d'efficacité du système de santé du Tadjikistan.

Prescription rationnelle

Il est surprenant que les partenaires, qui sont principalement impliqués dans la distribution de médicaments, mettent l'objectif de changement d'attitude en faveur d'une prescription plus rationnelle des médicaments pratiquement au même niveau que la distribution des médicaments elle-même. Si la couverture se fait à la même échelle que celle de l'approvisionnement en médicaments, cet objectif devient utopique et irréalisable.

Réhabilitation

Les services réhabilités sont principalement des SVA et aussi des hôpitaux de district. L'état des bâtiments justifie pleinement ce type d'intervention. Néanmoins, il faut toujours garder à l'esprit qu'un bâtiment ne fournira jamais un service. De plus, malgré les engagements préliminaires pris avec les autorités, l'entretien n'est pas garanti à 100% et les ressources pour le chauffage des locaux continuent à manquer.

Formation

La pertinence des activités de formation ne se discute pas. Mais qui dit formation, dit compétence et expérience, surtout si on fait de la formation de formateurs ou du moins si on encadre cette formation. De quelles ressources humaines dispose-t-on ? De manière générale, il s'agit d'un personnel relativement jeune et, même s'il est qualifié, il est peu expérimenté. CAD se distingue à ce propos car il a engagé une spécialiste de la formation de formateurs.

Appui à la réforme du système de santé

Cette activité est particulièrement pertinente dans le contexte actuel, où la population attend avec impatience des services de santé accessibles qui fonctionnent et résolvent leurs problèmes de santé.

4.2.2 Eau et assainissement du milieu

En matière d'approvisionnement en eau potable, deux des trois projets financés ont décidé d'avoir recours à des pompes à main. Si cette option est pertinente, la conception du type de pompe et le mode d'utilisation qui en découle ne sont pas du tout adaptés aux comportements des populations. Le risque de contamination de la nappe phréatique est pratiquement certain.

L'intervention de fumigation avec un insecticide rémanent mise en oeuvre par l'OMS est tout-à-fait pertinente, mais coûteuse. Il faut comparer cette approche avec celle des moustiquaires qui est également efficace mais moins coûteuse.

4.2.3 Conclusion

Si dans son ensemble, le plan global est pertinent, il y a cependant un hiatus entre l'approche opérationnelle et l'approche structurelle. La première consiste en effet à assister l'ensemble du système en ne questionnant pas suffisamment ses différentes composantes à la lumière du district sanitaire, tandis que la seconde remet fondamentalement le système en question et se base essentiellement sur la mise en oeuvre de l'approche du district sanitaire. Il est dommage que les opérateurs dans la mise en oeuvre de leurs interventions n'aient pas assez anticipé les principales composantes de la réforme du système.

Dans la mise en oeuvre des activités routinières, l'approche doit être de développement. Cependant, vu la précarité de la situation (politique et géographique : zone d'inondations, de tremblements de terre, etc.), les partenaires doivent absolument disposer d'une capacité de réaction immédiate. Ceci est d'autant plus impératif que l'autorité nationale n'est pas encore capable de mobiliser efficacement des ressources en urgence à tous les échelons. La présence d'ECHO au Tadjikistan se justifie donc pleinement, d'autant plus que peu de bailleurs de fonds montrent un intérêt pour le pays et plus particulièrement pour son système de santé.

5. Coordination et cohérence

5.1. Autorités nationales et locales

La coordination avec les autorités nationales et locales de santé dans l'organisation des activités a eu lieu, mais a été relativement difficile dans la mesure où celles-ci sont confrontées à une situation qui

les oblige à changer rapidement leurs habitudes d'analyse et de fonctionnement. Ce processus de changement est aussi lié à un processus d'apprentissage auquel tout le monde n'adhère pas nécessairement. A cela, il faut ajouter qu'il y a régulièrement des conflits de pouvoir entre les autorités nationales et locales. Enfin, la menace de licenciement en cas de problèmes (vieille habitude du système soviétique) – qui pèse sur toutes les personnes qui ont des postes à responsabilité – ralentit le processus de changement. Cette attitude a eu pour effet que les partenaires ont été davantage enclins à suivre « passivement » la mise en oeuvre habituelle du système de santé et que certains qui, auraient pu anticiper la réforme du système de santé dans la mise en oeuvre de leurs activités, se sont abstenus de le faire.

5.2. Bailleurs de fonds

Au niveau des bailleurs de fonds, le souci de complémentarité et de cohérence est mineur car ces bailleurs sont peu présents dans le pays et les financements sont faibles, à l'exception toutefois de l'USAID²⁰ et de la Banque mondiale. Cette dernière a financé des activités de réhabilitation de structures de santé dans la vallée de Karategin. Dans les faits, il n'y a pas eu de duplication, mais il n'y a pas eu de coordination active dans la planification des activités entre ces trois principaux bailleurs. Cette absence de coordination n'a heureusement pas entraîné d'incohérence.

Parmi les pays Membres de l'Union Européenne, seule, l'Allemagne a une ambassade dans le pays. L'ambassadeur considère que la situation actuelle n'est pas propice pour le moindre investissement.

Après avoir financé des activités de réhabilitation avec UNOPS dans la Région de Gharm, la DG IA va continuer à s'impliquer à ce niveau avec le même partenaire dans la Région de Leninabad.

6. Efficacité

6.1. Services de santé

L'efficacité générale du plan global ne peut être mesurée avec précision, puisque nous ne disposons pas de l'évolution des indicateurs d'activités des services appuyés. Cependant, parmi les services que nous avons visités, il est clair que le taux de fréquentation reste faible. Ce qui confirme le peu d'efficacité du système. Si les indicateurs démontraient un effet clairement positif, nous ne sommes pas en mesure de savoir si les moins favorisés ont pu réellement avoir accès aux services (barrière financière au niveau des structures et des transports, même si les médicaments prescrits sont gratuits).

Médicaments

Tous les patients, qui ont consulté dans les services que les partenaires d'ECHO fournissent, ont eu accès à des médicaments gratuits de qualité. Dans ce sens, l'objectif principal du plan global a été atteint.

Formation

En ce qui concerne les activités plus spécifiquement orientées vers la formation et la prise en charge des pathologies infectieuses telles que la fièvre typhoïde et la malaria, les résultats de l'intervention de Merlin sont très clairement positifs. Dans le cas de la fièvre typhoïde, on peut se demander quelle est la part de la gravité de la maladie et celle de la qualité du service dans la démarche qui incite les patients à consulter.

Les résultats préliminaires du projet pilote de CAD sont bons. En effet, parmi les participants aux cours de formation, les résultats du post-test ont montré une amélioration appréciable comparativement au pré-test.

Réhabilitation

D'une manière générale, les réhabilitations réalisées par UNOPS sont de meilleure qualité que celles réalisées par Caritas. Néanmoins, les réalisations de l'UNOPS que nous avons visitées étaient en général plus récentes que celles de Caritas. Pour vraiment apprécier la qualité du travail fait et l'opérationalité des services d'entretien, il faudrait refaire un passage d'ici un an.

²⁰ L'ensemble des montants alloués par l'USAID est de même niveau que ceux d'ECHO, le programme de la Banque Mondiale s'élève à 160 MUSD.

Appui à la réforme du système de santé

L'élaboration du plan de réforme de la santé a abouti à la production d'un document de synthèse qui en sera l'outil légal à partir du mois de mai 2000. Ce document constituera le cadre de la mise en oeuvre de cette réforme. Il est évident que ce résultat a été possible aussi rapidement grâce à l'appui financier qu'ECHO a prodigué à l'OMS.

6.2. Eau et assainissement du milieu

La combinaison des programmes de fumigation (qui ont la préférence du ministère de la santé) et ceux de moustiquaires imprégnées d'insecticide avec l'utilisation de poissons larvivores (qui ont la préférence de l'école de médecine tropicale de Londres) ont eu de bon résultats sur l'incidence de la malaria.

Malgré les remarques que nous avons faites plus haut sur la conception des pompes et sur la qualité du chlore, nous reconnaissons que les contrôles réalisés jusqu'à présent n'ont pas décelé de signe de contamination. Malgré cela nous continuons de penser qu'il est préférable de changer de modèle de pompe.

7. Coût-efficacité

En matière d'aide médicale, ECHO a financé en 1998 et 1999 une organisation des Nations Unies (OMS), une organisation internationale (NRC) et 7 ONG (AAH, ACTED, CAD, MERLIN, PSF, MSF- F et MSF-H) pour un montant total de 10,5 millions d'Euros, soit 31% de l'ensemble du financement des deux plans globaux (annexe 3 tableaux 2, 3 et 4). 45% de cette somme a été consacrée à l'achat de médicaments. Pour la réhabilitation, 2.765.000 Euros ont été alloués à une ONG (Caritas) et à une agence des Nations Unies (UNOPS), dont plus de deux millions ont été consacrés à la réhabilitation de structures de santé. Dans son ensemble, l'appui aux services de santé approche donc les 13 millions d'Euros (soit 37%).

Au niveau de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement du milieu, les montants alloués sont de 1.250.000 Euros pour les deux années et impliquent trois partenaires, à savoir : ACTED, la Fédération de la Croix-Rouge et UNOPS.

Alors qu'en 1998, sur un montant de plus de 6 millions consacrés aux trois secteurs évalués et pour lesquels nous avons les contrats, 42% est consacré à l'achat de médicaments, 7% aux travaux de réhabilitation (essentiellement des structures de santé) et 5% à l'eau et l'assainissement (annexe 3, tableau 5). En 1999, ces pourcentages sont respectivement de 28%, 17% et 10% pour un montant total de plus de 8 millions. Le poste personnel expatrié occupe 15% et le transport 9% de l'ensemble du budget (annexe 3, tableau 6).

7.1. Services de santé

Médicaments

En ce qui concerne l'approvisionnement des médicaments, la présence d'un personnel expatrié trop nombreux chez PSF ne se justifie pas. On pourrait pour le même montant utiliser un personnel local plus expérimenté, mais aussi plus stable et plus adéquat. Il ne s'agit pas uniquement de gestion d'une officine, mais il s'agit surtout d'un problème de prescription qui ne peut être réalisé valablement que par des médecins. Par ailleurs, pour le même montant, la NRC n'emploie qu'un seul expatrié.

En effet, PSF consacre 19% de son budget au personnel expatrié, tandis que NRC y consacre 12%. MSF se situe au niveau de la moyenne avec 16%.

MSF se distingue de l'ensemble des partenaires en matière de coûts de transports pour lesquels il consacre 18% de son budget ; PSF Y consacre pour sa part 13% de son budget et NRC seulement 6%. Il est vrai que MSF est le seul à être actif de manière permanente dans les zones où l'insécurité est la plus grande, ce qui entraîne des déplacements, plus fréquents, plus longs et plus compliqués.

Réhabilitation

Indiscutablement, les réhabilitations mises en oeuvre par l'UNOPS ont un bon coût-efficacité par rapport aux réalisations des autres partenaires qui s'occupent également de réhabilitation. Néanmoins, il faut signaler qu'une bonne part des coûts administratifs et de personnel sont pris en charge par un autre budget.

En effet, UNOPS consacre seulement 7% de son budget au personnel expatrié et Caritas 10%.

Formation

Les programmes de formation ont une composante coût de personnel expatrié plus élevée que les autres activités. En effet, ce poste occupe 32% du budget de l'intervention de CAD, 28% chez Merlin et 25% chez AAH.

Les coûts de transports locaux sont importants dans ce cadre. CAD y consacre 12%, MERLIN 12% et AAH 10%.

7.2. Eau et assainissement du milieu

IFRC consacre 24% de son budget au personnel expatrié, tandis que ACTED y consacre 16%. Seul ACTED parmi tous les partenaires atteint un niveau de 9% pour les coûts administratifs (moyenne 5%).

Dans son intervention, l'OMS a consacré 77% de son budget au poste eau et assainissement du milieu, proportion qu'on peut comparer aux 44% d'ACTED et aux 36% de IFRC.

Pour UNOPS, les postes budgétaires « eau et assainissement du milieu » et « réhabilitation d'urgence » correspondent respectivement à 29% et 57% de l'ensemble du budget, soit 86% quand on les réunit.

8. Efficience

L'efficience des interventions est principalement liée aux ressources humaines. Même si ce n'est pas toujours le cas, le personnel expatrié reste trop peu de temps pour donner sa pleine mesure. De plus, il est souvent jeune et inexpérimenté. Nous ne voulons pas dire qu'il faut absolument n'avoir que du personnel âgé, expérimenté, compétent en santé publique et qui reste plusieurs années. Néanmoins, les chefs de mission devraient avoir ce profil. Un trop grand « turn-over » du personnel entraîne inévitablement des pertes d'information.

8.1. Services de santé

Approche intégrée

L'approche intégrée est dictée essentiellement par des critères d'efficience dans l'utilisation des ressources disponibles. Dans la région de Kathlon et plus particulièrement dans les districts où se développent les projets pilotes de CAD (accoucheuses) et de AAH (accoucheuses et suivi de la croissance des enfants), les différents aspects qui devraient être pris en charge au niveau des soins de santé - avec une égale importance et de manière intégrée - le sont de manière inégales et séparées. En effet, pourquoi finance-t-on un programme qui s'occupe uniquement de l'approvisionnement en médicaments, pourquoi finance-t-on un projet qui s'occupe uniquement des soins de santé maternelle ou encore des soins materno-infantile ? Pourquoi finance-t-on un programme centré sur certaines maladies ? Si la réponse peut être « par souci d'efficacité et de faisabilité », pourquoi les structures de santé sont-elles appuyées de manière aussi diverses, alors que leurs besoins sont globaux ?

Distribution de médicaments

La distribution des médicaments correspondant au plan global 1999 a pris beaucoup de retard du côté de la Croix-rouge hollandaise (trois mois). En effet, tous les SVA et FAB que nous avons visités ne disposaient plus de médicaments depuis près de 2 mois et, pour certains, cela remontait à 3 mois. PSF a aussi eu du retard, mais de moins grande ampleur. Les retards sont principalement causés par des facteurs externes. Il y a eu tout d'abord l'effet de détournement de la crise du Kosovo sur le marché international des médicaments destinés à l'urgence : à production et à distribution constante, les ressources disponibles ont été attribuées au Kosovo. Dès lors, il est important que l'approvisionnement du pays en médicaments se fasse au niveau local ou régional pour ne pas que celui-ci soit trop affecté par des crises soudaines telles que celle du Kosovo. Un autre facteur externe a influencé ce retard : les formalités légales d'enregistrement et d'importation des médicaments varient fréquemment et sont comprises différemment aussi bien par les différents partenaires que par les responsables à chaque niveau du système national. Même si ces deux facteurs expliquent en grande partie l'importance du retard, il est clair qu'il y a eu aussi des faiblesses de la part des deux partenaires dans la mise en oeuvre de l'approvisionnement. Les retards qui viennent d'être signalés en matière d'approvisionnement ont retardé la distribution des médicaments.

Quant on aborde la distribution à proprement parlé, on peut conclure qu'elle est bien menée par l'ensemble des partenaires. On regrettera cependant qu'elle soit trop dispersée dans la mesure où la fréquentation des services reste faible.

En ce qui concerne l'efficacité de la distribution des médicaments et du monitoring, les planifications sont respectées. La qualité des médicaments, leur conformité, leur conditionnement et leur entreposage ne posent pas de problème particulier.

Il faut relever que Merlin est le seul partenaire qui s'approvisionne - partiellement du moins - sur le marché régional. Ceci pose quelques problèmes au niveau de l'efficacité, mais par contre, cela permet de confronter les « circuits privés » d'approvisionnement aux exigences de qualité et de légalité de l'aide humanitaire. Par la même occasion, cela permet d'amorcer le contrôle des filières privées par l'Etat.

Formation

En ce qui concerne les programmes de formation, peu de problèmes sont à signaler au niveau de l'efficacité. Ce qui a été planifié a été réalisé par l'ensemble des partenaires concernés.

Réhabilitation

Au niveau de la réhabilitation, l'UNOPS s'avère indiscutablement le plus efficace, que ce soit pour la mise en oeuvre, le respect des délais et la qualité du travail et cela parce qu'il a recours à la technique de la sous-traitance par appel d'offres et qu'il a les compétences nécessaires pour choisir les meilleures propositions. L'UNOPS a pris systématiquement en compte la problématique de l'entretien des structures réhabilitées, en ayant recours à la participation de la communauté, des autorités locales, ce qui est une bonne chose. Dans leur stratégie, ils ont anticipé la réforme du système de santé dans le choix des structures à réhabiliter.

Les travaux de réhabilitation exécutés par Caritas sont de bonne qualité en ce qui concerne les toits, mais laisse à désirer en ce qui concerne le reste.

Merlin est une ONG médicale qui n'a guère d'expérience dans la réhabilitation de bâtiments et, surtout, au niveau des techniques de management de ces travaux, ce qui explique qu'ils ont pris un certain retard et que la qualité des travaux n'est pas toujours celle que l'on pourrait escompter.

Appui à la réforme du système de santé

L'élaboration du plan de réforme de la santé a abouti à la production d'un document de synthèse qui en sera l'outil légal à partir du mois de mai 2000. Ce document constituera le cadre de la mise en oeuvre de cette réforme. Cette intervention relativement atypique pour ECHO, s'est déroulée rapidement. Maintenant, le plus dur reste à faire : la mise en oeuvre de cette réforme.

8.2. Eau et assainissement du milieu

Les pompes à main utilisées pour l'approvisionnement en eau sont de conception simple, mais malheureusement, leur utilisation est dangereuse dans la mesure où elle peut favoriser la contamination de la pompe et, par conséquent, de la nappe phréatique. Pour cette raison, il est préférable d'arrêter la fabrication de ce type de pompe et de le remplacer par un système qui serait plus sûr, même s'il est plus coûteux.

L'approche d'UNOPS en matière d'approvisionnement en eau - qui se base sur la participation financière de la communauté à l'entretien des structures d'approvisionnement réhabilitées - est efficace.

8.3. Coordination

Depuis l'arrivée du nouveau chef de mission de l'OMS, la coordination s'est nettement améliorée entre les partenaires, mais surtout entre l'aide internationale et le ministère de la santé. La coordination stratégique est désormais possible.

Pour donner un exemple des difficultés de coordination rencontrées avec le ministère de la santé, nous tenons à signaler que le ministre adjoint de la santé en charge de la coordination de l'aide humanitaire vient d'être muté, alors qu'après plus d'une année de fonctionnement, il commençait à bien maîtriser les tenants et les aboutissants de sa charge.

Au niveau des médicaments, trois guides thérapeutiques différents sont en circulation. Les différences sont mineures, il est vrai, mais cela n'empêche que la notion de standardisation des attitudes est prise

en défaut et la crédibilité de la démarche est mise en péril. Signalons toutefois que les protocoles de prise en charge des patients atteints de malaria ou de fièvre typhoïde, rédigés par Merlin, ont été rédigés en étroite collaboration avec le ministère de la santé.

En ce qui concerne les activités concernant l'eau et l'assainissement du milieu, la coordination stratégique a démarré, mais de manière extrêmement laborieuse. Cette coordination entre les ONG et le ministère de la santé s'est nettement améliorée depuis l'arrivée du directeur actuel du bureau de l'OMS.

9. Impact

Après l'épidémie de 1997, l'incidence de la fièvre typhoïde et la mortalité qui en découle sont en baisse. Après l'épidémie de 1997, l'incidence de la malaria a diminué, selon les données du ministère de la santé.

S'il est incontestable que la qualité des médicaments distribués par l'aide humanitaire a un impact positif sur les patients, son volume ralentit (ne stimule pas) en fait, le processus de contrôle que le ministère de la santé doit mettre en oeuvre en ce qui concerne l'importation légale de médicaments de qualité garantie dans le secteur privé. En étant systématiquement gratuit, il ralentit aussi le processus de rationalisation de la prescription.

10. Viabilité

Les activités de formation du diagnostic, de la prise en charge et du traitement du patient souffrant de fièvre typhoïde menées par Merlin, sont les plus susceptibles d'améliorer les capacités locales de manière prolongée.

Il est trop tôt pour juger des activités de formation menées par CAD et AAH dans le cadre des soins de santé maternelle et infantile. Les premiers résultats semblent plus prometteurs du côté de CAD.

La viabilité des interventions de réhabilitation est systématiquement prise en compte par l'UNOPS, les mécanismes de financement et de mise en oeuvre des entretiens font partie intégrante de la prise de décision d'une réhabilitation.

Toutes les interventions qui concernent l'approvisionnement en eau font appel à des comités de gestion des systèmes mis en place. Des systèmes de paiement de l'eau ont été mis en place.

11. Visibilité

La correspondante d'ECHO a mis en place une stratégie générale de visibilité. Celle-ci approche spécifiquement et de manière différente des publics différents : le grand public, les autorités nationales, les bénéficiaires (institutions, services de santé). Différentes techniques sont utilisées : reportages dans les media, montage vidéo, réunion avec les communautés. Et dans la mesure du possible, les partenaires y sont impliqués plus ou moins intensivement.

En ce qui concerne les toits de Caritas, la visibilité obtenue nous apparaît trop de type panneau « publicitaire ».

12. Questions transversales

12.1. Genre

La prise en compte de la perspective de genre dans les interventions aurait demandé que dès le départ, les partenaires aient estimé l'impact spécifique que celles-ci auraient eu sur les hommes et les femmes. Au cours de cette évaluation, nous n'avons constaté aucune discrimination particulière à l'égard des hommes ou des femmes.

12.2. LRRD

Tout le plan global s'intègre dans ce contexte.

12.3. Droits de l'homme

Les interventions menées dans les hôpitaux psychiatriques tentent par l'intermédiaire de l'aide humanitaire de proposer des conditions de vie qui respectent minimalement la dignité humaine et le respect de la personne.

12.4. Sécurité du personnel humanitaire

Actuellement, seule la vallée du Gharm présente encore un danger réel. Néanmoins, il est tout-à-fait possible d'y travailler de manière acceptable quand on s'en donne les moyens. Des capacités renforcées de déplacement sont nécessaires. D'ailleurs, MSF H, GAA et UNOPS y travaillent et, surtout, y ont travaillé quand la situation était bien plus dangereuse que maintenant.

13. Conclusion

il s'agit d'un programme pertinent, composé d'un mélange relativement complexe d'approches différentes (approche Top down, Bottom-Up, Horizontal, Vertical). Dans ses composantes opérationnelles, il est trop dispersé par rapport aux ressources financières et humaines disponibles pour améliorer l'efficacité du système de santé dans son ensemble.

Si le programme mis en place facilite l'accès aux médicaments de qualité, il ne garantit pourtant pas cet accès aux personnes les plus démunies.

Si apparemment le programme couvre toutes les régions, tous les niveaux et pratiquement toutes les activités, en fait, seule la distribution des médicaments est nationale.

Dans la région de Kathlon où la plus grande partie des ressources est utilisée et plus particulièrement dans les zones de Moskovski et de Shartuz, où les projets de soins materno infantiles sont développés, l'aide ne s'est pas déroulée de manière intégrée. Les ONG n'y ont pas développé d'approche globale (approche qui guide en fait la mise en oeuvre des structures du premier niveau). En fait, aucune ne semble capable d'offrir un support complet et intégré! Ce qui est compréhensible puisqu'il s'agit d'ONG plus spécialisées dans l'aide humanitaire que dans l'aide au développement. Ainsi, malgré l'intense présence des organisations internationales, aucune structure (en tout cas, en ce qui concerne les structures supportées par les financements d'ECHO) n'a reçu un appui global concernant la gestion intégrée de toutes les tâches qu'un service de soins de santé primaire doit pouvoir offrir (PMA ou Paquet Minimum d'Activités).

13.1. Points forts

- L'excellente capacité de réagir aux épidémies. Toutes les interventions urgentes ont été systématiquement couronnées de succès avec des indicateurs d'impacts clairement positifs (diminution du taux d'incidence et du taux de létalité de la fièvre typhoïde) et une diminution de l'incidence de la malaria. Ce constat se vérifie depuis le tout début des interventions financées par ECHO (voir campagne de vaccination contre la diphtérie en 1997).
- Le soutien à la réforme du système de santé (que nous qualifions de composante structurelle du plan global par comparaison avec les autres composantes que nous qualifions d'opérationnelles);
- Les approches verticales sont les plus efficaces à court terme (c'est classique), mais elle sont aussi les plus coûteuses et, surtout, elles renforcent les habitudes et les réflexes du passé.
- L'enthousiasme des volontaires.
- Sans les médicaments fournis par l'aide humanitaire financée par ECHO, le système de santé ne serait pas capable d'offrir le service minimum acceptable à la population.
- Les activités de formation sont bien menées et avec succès. On note une amélioration réelle de la qualité des services en ce qui concerne la malaria et la fièvre typhoïde. Il est trop tôt pour juger des autres activités de formation, mais les premières informations disponibles sont positives.

13.2. Points faibles

- La distribution de médicaments concerne un trop grand nombre et trop varié de structures, ce qui entretient le manque d'efficacité du système de santé et entre en contradiction avec les principes qui guident la réforme du système de santé;
- Il n'y pas d'approche intégrée du fonctionnement des services de soins de santé primaire ;
- La dynamique entre premier niveau et deuxième niveau est en général faible ;
- L'aide humanitaire opérationnelle en général n'a pas pu saisir l'opportunité qui lui était offerte de stimuler la réforme du système de santé ;

- Mis à part les exceptions qui confirment toujours la règle, le personnel expatrié manque d'expérience professionnelle et de terrain, sa présence sur le terrain est trop courte pour qu'il puisse devenir réellement efficace malgré ses qualifications indéniables.
- L'ambition des partenaires en ce qui concerne la rationalisation de la prescription et de l'utilisation des médicaments est beaucoup trop grande. En effet, elle concerne un changement de comportement de la part des prescripteurs et aussi de la population. Tous les programmes qui ont pour objectif de changer un comportement demandent un lourd investissement en personnes compétentes et en temps.

Il faut donc revoir le programme opérationnel, en limiter sa dispersion et l'adapter aux ressources disponibles en tenant compte de l'approche du district sanitaire.

De plus, ECHO ne peut plus assumer seul la présence de la CE au Tadjikistan, la plupart des besoins relèvent de l'aide au développement et à la démocratisation du pays. L'urgence, dans ce pays, c'est le développement bien que la présence d'ECHO se justifie encore pleinement.

14. Recommandations

La recherche d'un relais avec des financements garantis sur plusieurs années et des partenaires plus spécialisés dans la gestion du district sanitaire doit être impérativement entreprise afin de permettre un soutien plus efficace à la réforme du système de santé. L'intérêt des bailleurs de fonds pour un tel projet doit être suscité. Les partenaires actuels doivent impérativement chercher plusieurs bailleurs de fonds pour leurs projets au Tadjikistan. Nous pensons qu'il est pernicieux de dépendre exclusivement d'ECHO pour continuer les interventions au Tadjikistan.

ECHO est invité à encourager le cofinancement des interventions. Il serait utile de démarrer cette approche dès maintenant. En effet, nous pensons que lors de la discussion des contrats de cette année, ECHO ne devrait financer que 80% du montant des interventions, mais sans obligation contraignante. Par contre, lors de l'élaboration du plan global 2001, il faut qu'ECHO ne finance plus que 60% du montant réel des interventions et cela de manière contraignante. Il est clair que ces mesures concernent les activités routinières et ne concernent en aucun cas, les interventions qui seraient justifiées par un nouvel événement « catastrophique ».

14.1. Eau et assainissement du milieu

- Dans le contexte actuel, les interventions concernant l'approvisionnement en eau menées par l'UNOPS sont les plus rentables tant pour la population bénéficiaire que pour ECHO. S'il ne fallait conserver qu'un type d'intervention (par exemple, dans le cas d'une stratégie de retrait brutal, mais pas total), notre choix se porterait sans hésiter sur ce type d'intervention.
- L'installation des modèles de pompes à main utilisées actuellement doit être arrêtée et celles-ci doivent être remplacées par un système qui évite la contamination de l'eau.
- Le programme de fumigation d'insecticide peut être continué cette année, mais pas plus. Si le ministère de la santé choisit cette option dans la lutte contre la malaria, il doit en assurer le coût à l'avenir et ECHO doit signifier clairement qu'il ne renouvellera pas le financement d'une telle opération en 2001. De plus, nous conseillons de comparer le coût-efficacité des différents insecticides disponibles sur le marché avant la signature du contrat.

14.2. Services de santé

14.2.1 Appui à la réforme du système de santé

A ce stade, il serait regrettable d'interrompre brutalement la collaboration avec l'OMS. Dans ce cadre, il faudrait donc encore financer l'OMS pour une année, mais pas plus longtemps. Serait-il possible, qu'à l'avenir, la DG IA finance cette activité, au moins partiellement?

14.2.2 Réhabilitation

Les activités de réhabilitation ne seront pas continuées puisque la DG IA finance des activités de ce type à partir de cette année.

14.2.3 District pilote

- L'aide doit cadrer avec la réforme du système de santé et donc avec la notion de district sanitaire. Aucune ONG sur le terrain n'est spécialisée dans la gestion du district sanitaire. Toutefois, l'expérience accumulée dans le pays par les ONG présentes pourrait compenser ce handicap, pour autant qu'elles joignent leurs compétences respectives dans les mêmes districts.
- En d'autres mots, pour commencer cette approche, il faut que les partenaires choisissent ensemble avec le ministère de la santé un premier **district pilote** et veiller à ce que l'amélioration de la qualité de chaque activité puisse se réaliser intégralement dans l'ensemble du district, avec le soutien de l'ensemble des partenaires. Ce district pilote doit se situer dans la région de Kathlon.
- Il faut entretenir des relations étroites avec les districts pilotes du programme Somoni qui entreprend la réforme du système, afin de confronter les différentes expériences.
- C'est dans le district pilote qu'il faudra commencer à identifier les personnes les plus vulnérables. Pour ce faire, une collaboration étroite avec les partenaires de l'aide alimentaire serait très utile. On ne pourra songer à la couverture d'un autre district selon cette approche que si les activités routinières concernant le premier sont garanties. Cette stratégie pourra peut-être paraître minimaliste, mais c'est la seule réaliste dans l'état actuel des choses.
- Sans entrer dans une approche de recouvrement des coûts du système de santé, il est impératif d'amorcer des démarches en faveur de la transparence des coûts des soins.
- Une ONG doit pouvoir assurer un tel programme au niveau d'un district, mais pas plus. Les plus expérimentées et celles qui disposent de ressources humaines compétentes et disponibles en plus grand nombre, peuvent envisager de couvrir deux ou trois districts mais pas plus.

14.2.4 En dehors du district pilote

Médicaments

- La distribution de médicaments en dehors du district pilote doit aider à la réforme du système de santé en respectant ses principes. Au niveau des services hospitaliers, seuls les hôpitaux de districts seront approvisionnés et la présence permanente d'un médecin local, qui se chargera de convaincre de l'utilité et de stimuler au quotidien le respect des protocoles thérapeutiques, sera encouragée. En ce qui concerne les services de soins de santé primaires, les SVA seront systématiquement prioritaires, le choix des FAB qui seront approvisionnés devra être justifié et bien documenté. Les hôpitaux « SUB » ne seront plus approvisionnés et seuls ceux qui seront transformés en SVA pourront être approvisionnés.²¹

Nous encourageons la concentration des activités dans la région de Kathlon, parce qu'il s'agit de la région la moins favorisée du pays et, surtout, parce que c'est dans cette région que l'expérience des partenaires d'ECHO est la plus grande.

Les activités dans la région de Gharm doivent être continuées dans la mesure où c'est là que la situation est la plus proche du mandat d'ECHO, ce qui ne justifie pas que l'approche du district sanitaire n'y soit pas encouragée. Il n'y a pas de raison d'introduire de nouveaux partenaires dans cette zone. Idéalement MSF devrait se charger de l'approvisionnement en médicaments dans les hôpitaux de districts en complément de ses activités dans les services de soins de santé primaire.

²¹ Proposition de budget

Calcul du budget 2000 :

En 1999, 1.743.602 EURO ont été consacrés à l'achat de médicaments pour les hôpitaux. 290 hôpitaux ont été approvisionnés. EN 2000 seuls 61 hôpitaux de districts seront approvisionnés dans tout le pays. Si nous décidons de tripler l'approvisionnement de ces 61 hôpitaux afin d'assurer leur augmentation d'activité, le budget de 2000 correspond à $61/290 \times 100 = 62\%$ du budget 1999, soit 1.082.236 EURO. Le montant alloué aux services de soins de santé primaire en 1999 est reconduit intégralement pour 2000 et correspond à 480.985 EURO. Donc le montant du budget 2000 qui sera dédié aux médicaments s'élève à **1.563.221 EURO** soit à **70% du budget de 1999**.

Calcul du budget 2001 :

40 hôpitaux de districts (Kathlon, RRS, Dushanbe) donc une diminution de 33% par rapport à l'année 2000, soit 709.663 EURO. Le budget de 480.985 EURO consacré aux services de soins de santé primaire est conservé. Donc le budget consacré à l'achat de médicaments en 2001 sera de **1.190.648 EURO** soit **76% du budget de 2000**.

Les activités dans les régions de Léninabad et de GBAO doivent se limiter au strict minimum (uniquement la distribution de médicaments dans les hôpitaux de district) et un retrait complet d'ici un an peut être considéré comme réaliste. En effet, la région de Leninabad est relativement riche et des systèmes d'approvisionnement autonome sont déjà en place dans beaucoup de ses structures des santé. La région de GBAO reçoit traditionnellement plus de ressources par habitant que les autres régions.

Dans la région de Dushanbe, seuls les hôpitaux de districts seront approvisionnés. Il est un peu prématuré pour décider d'un arrêt définitif.

Le recentrage des activités de distribution des médicaments suppose une diminution du nombre de partenaires impliqués dans cette tâche. En tout cas, il n'y a pas de place pour deux organisations exclusivement dédiées à cette tâche. Organiser une centrale d'achat qui s'approvisionnerait au niveau régional serait très utile.

Il est clair que les activités de MERLIN dans les « SUB » ne peuvent être interrompues brutalement. Toute la difficulté pour cette ONG sera de stimuler l'organisation du transfert progressif des compétences qu'ils ont transmises dans les « SUB » vers les SVA ou vers les hôpitaux de district.

- Les partenaires doivent encourager et accélérer la réalisation du guide thérapeutique national.
- L'amélioration de la production de soluté doit être encouragée. ECHO pourrait financer partiellement de l'équipement à la condition que l'entreprise finance le solde, soit qu'elle contracte un prêt, soit qu'elle autofinance.

Formation

- Les nouvelles activités de formation doivent se concentrer au niveau du district pilote (santé materno-infantile, vaccination, diagnostic). Néanmoins, il faut assurer les activités de suivi des formations déjà entreprises ailleurs.

15. Leçons à tirer

- Le concept du district sanitaire est un outil aussi utile dans les programmes d'aide humanitaire que dans les programmes de développement. En utilisant le même instrument, le passage d'une aide à l'autre est plus aisé.
- Il faut se faire une raison, il est impossible de répondre adéquatement à l'ensemble des besoins. Choisir ses priorités est douloureux mais nécessaire. Dans le cadre de l'aide médicale, le concept du district sanitaire facilite beaucoup cette prise de décision. Il est particulièrement utile dans les situations d'urgence où, dès les premiers instants, il apparaît clairement que l'aide humanitaire va devoir durer plusieurs années.
- Quand l'aide humanitaire fournit une part importante des médicaments utilisés dans le pays (ici 30%) et la totalité des médicaments dont la qualité est garantie, il n'est pas acceptable que l'aide humanitaire entretienne ces différences par des circuits complètement séparés.
- En ce qui concerne l'achat de médicaments, il faut pouvoir disposer d'un nombre suffisant de fournisseurs pour garder une marge d'autonomie et de manoeuvre.
- Quand on importe des technologies, aussi simples soient-elles, il faut tenir compte du comportement des utilisateurs avant de les implanter.
- Quand des problèmes de sécurité se posent, avant d'agir, il faut analyser la possibilité d'intervenir en évitant tout risque inutile. Si cela est possible, il faut impérativement se donner tous les moyens et la capacité nécessaire pour intervenir afin de respecter les mesures de sécurité. Dans le cas contraire, soit les interventions se font en prenant des risques inutiles, soit elles ne se font pas, mais dans les deux cas cela est inacceptable.

ANNEXE 1 : CALENDRIER DES REUNIONS ET DES VISITES

- 20 et 21 janvier ⇒ Briefing et préparation de la mission au siège d'ECHO à Bruxelles.
- Madame J. Coëffard, Chef d'Unité ECHO5 (Unité évaluation).
 - Monsieur E. Diaz Marquina, ECHO5
 - Madame Claudine Van Remoortele, ECHO5
 - Monsieur E. Kentrschynskyj, chef d'Unité ECHO2 (Unité opérationnelle Europe Centrale et Europe de l'Est)
 - Monsieur D. Merckx, Responsable Tadjikistan à ECHO2.
- 22 janvier ⇒ Voyage en avion de Bruxelles à Alma Ata.
- 23 janvier ⇒ Réunion informelle avec la Délégation de la Commission Européenne à Alma Ata - Kazakhstan
- Madame B. de Toledo, Responsable de la section d'assistance technique.
- ⇒ Voyage en avion Alma Ata - Dushanbe.
- 24 janvier ⇒ Réunion de briefing avec les partenaires d'ECHO au Tadjikistan, dans les bureaux d'ECHO à Dushanbe
- ACTED, CAD, CARE, Caritas-CH, IFRC, MCI, Merlin, Mission East, MSF-H, PAM, UNOPS, OMS, AAH.
- ⇒ Réunion avec l'équipe d'ECHO dans les bureaux d'ECHO à Dushanbe.
- ⇒ Participation à la réunion de coordination de l'aide humanitaire du secteur santé, dans les bureaux de l'OMS.
- ⇒ Réunion avec le chef du bureau de l'OMS à Dushanbe, Dr L. Ivanov et Dr N. Artykova coordinatrice pour l'OMS du programme de lutte contre la malaria.
- 25 janvier ⇒ Voyage par la route de Dushanbe à Kurgan Tuibe.
- ⇒ Réunion avec l'équipe de MERLIN à Kurgan Tuibe et visite du service des maladies infectieuses de l'Hôpital central et visite des services réhabilités à Vose.
- ⇒ Voyage par la route vers Kulyab.
- 26 janvier ⇒ Visite du cours de formation aux médecins chefs de service des maladies infectieuses à Kulyab, dans le cadre des activités mises en oeuvre par MERLIN.
- ⇒ Visite en commun UNOPS et NRC de FAB, SVA, SUB et d'un hôpital de district dans le cadre des activités de réhabilitation menées par UNOPS et de distribution de médicaments par NRC, dans les zones de Khovaling.
- ⇒ Visite de la station d'épuration des eaux usées de la ville de Kulyab, dans le cadre des activités de réhabilitation menées par UNOPS.
- 27 janvier ⇒ Visites de SVA dans le cadre des activités de réhabilitation menées par UNOPS dans les zones de Muninabad.
- ⇒ Réunion avec l'équipe de CAD à Kulyab.
- ⇒ Retour à Dushanbe par la route.
- 28 janvier ⇒ Réunion dans les bureaux de l'OMS avec l'ensemble de l'équipe de travail sur la réforme nationale de la politique des médicaments et avec le chef du bureau de l'OMS au Tadjikistan.

- ⇒ Réunion avec l'équipe du groupe (Somon) de recherche sur la réforme du système de santé et avec le chef du bureau de l'OMS au Tadjikistan, dans les bureaux du groupe Somoni.
- 29 janvier ⇒ Voyage par la route Dushanbe - Kurgan Tuibe.
- ⇒ Réunion dans le bureau de ACTED avec l'équipe d'ACTED et le responsable pour les activités d'eau et d'assainissement du milieu de IFRC.
- ⇒ Visite de 3 villages où des pompes à main sont installées par ACTED et IFRC.
- ⇒ Réunion avec Mr A. Akhmedov, ministre de la santé.
- 31 janvier ⇒ Réunion avec l'équipe de PSF.
- ⇒ Visite du service des maladies infectieuses de l'hôpital de district de Leninsky et de l'hôpital cardiologique.
- ⇒ Visite du laboratoire de production de soluté.
- 1^{er} février ⇒ Voyage par la route Dushanbe - Shartuz avec le chef du bureau de l'OMS.
- ⇒ Réunion dans les bureaux de l'UNOPS à Shartuz avec le responsable de l'UNOPS, les responsables Caritas et le chef du bureau de l'OMS.
- ⇒ Visite de 3 SVA, de 3 FAB dans la zone de Shartuz et de l'hôpital de district de Kabodion et de 2 systèmes d'approvisionnement en eau avec UNOPS et Caritas.
- 2 février ⇒ Réunion avec NRC, AAH, Caritas, OMS.
- ⇒ Visite du programme d'alimentation supplémentaire et du cours de formation pour les accoucheuses dans le cadre des actions menées par AAH.
- ⇒ Visite de 3 SVA réhabilités par Caritas.
- 3 février ⇒ Réunion avec Mr A. Haq Amiri, Coordinateur de UNOCHA à Dushanbe.
- ⇒ Collecte de données démographiques auprès de Mme Z Ahmedova responsable du programme national du FNUAP à Dushanbe.
- ⇒ Réunion avec Mr P. Cernohorsky, coordinateur de la FAO à Dushanbe.
- ⇒ Réunion avec Mr J. Harfst, gestionnaire adjoint du programme de l'UNOPS, et les coordinatrices pour la santé des programmes de l'UNOPS, à Dushanbe.
- ⇒ Réunion avec Mr B. Jekic, représentant de l'UNICEF.
- ⇒ Réunion avec Mr M. Mayer, ambassadeur d'Allemagne.
- ⇒ Réunion avec Mr M. Ronis, représentant de la Banque Mondiale.
- 4 février ⇒ Participation à la réunion de coordination du PAM concernant les critères de vulnérabilité en vue du ciblage des bénéficiaires.
- ⇒ Participation à la réunion des Nations Unies avec les bailleurs de fonds concernant l'appel 2000.
- ⇒ Réunion avec Mr G. Labor et Mr T. Rahman, UNHCR.
- ⇒ Réunion avec Mr I. Petrov, représentant spécial du secrétaire général des Nations Unies.

- ⇒ Réunion avec Mr Latipov, Ministre de la santé adjoint.
- ⇒ Réunion avec Mr A. Usmani, représentant faisant fonction du PNUD et Mme P. Hussaini, Chef de programme du PNUD.
- 6 février ⇒ Voyage en avion Dushanbe - Khojent
- 7 février ⇒ Visite du laboratoire de production de solutés appuyé par PSF.
⇒ Visite d'un hôpital de district et d'un SUB avec PSF.
- 8 février ⇒ Visite de l'hôpital psychiatrique avec l'équipe de MSF-H.
⇒ Visite de l'hôpital de district de avec l'équipe de PSF.
- 9 février Voyage en avion de Khojent à Dushanbe.

Participation à l'atelier intitulé « Aide humanitaire / médicaments dans la république du Tadjikistan » (passé, présent, futur) organisé par le ministère de la Santé du Tadjikistan, l'OMS et le groupe de travail sur la réforme de la politique des médicaments.
- 10 février Animation d'un atelier participatif avec la présence des ministres de la santé adjoints et des membres de ACTED, CAD, UNOPS, NRC, PSF, MSF-H, Merlin, AAH, ECHO, OMS.
- 11 février Présentation des résultats préliminaires de l'évaluation à tous les partenaires PAM, GAA, Mission East, Aga Khan Foundation, MSF-H, PSF, ACTED, CAD, NRC, IFRC, Merlin, OMS.
- 13 février Voyage en avion Dushanbe - Alma Ata.
- 14 février Réunion à la Délégation de la CE à Alma Ata.
- 15 février Voyage en avion Alma Ata - Bruxelles.

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

A Bruxelles :

Madame J. Coëffard, Chef d'Unité ECHO 5 (Unité évaluation)

Monsieur E. Diaz Marquina, ECHO 5

Madame Claudine Van Remoortele, ECHO 5

Monsieur E. Kentrschynskyj, chef d'Unité ECHO 2 (Unité opérationnelle Europe Centrale et Europe de l'Est)

Monsieur D. Merckx, Responsable Tadjikistan à ECHO 2

Au Tadjikistan :

Mme Z. Ahmedova, responsable du programme national du FNUAP à Dushanbe.

Mr. A. Akhmedov, ministre de la santé

Dr. N. Artykova, coordinatrice pour l'OMS du programme de lutte contre la malaria

Mr. P. Cernohorsky, coordinateur de la FAO à Dushanbe

Mr. A. Haq Amiri, Coordinateur de UNOCHA à Dushanbe

Mr. J. Harfst, gestionnaire adjoint du programme de l'UNOPS

Mme P. Hussaini, Chef de programme du PNUD

Dr. L. Ivanov, chef du bureau de l'OMS à Dushanbe

Mr. B. Jekic, représentant de l'UNICEF

Mr. G. Labor, UNHCR

Mr. Latipov, Ministre de la santé adjoint

Mr. M. Mayer, ambassadeur d'Allemagne

Mr. I. Petrov, représentant spécial du secrétaire général des Nations Unies

Mr T. Rahman, UNHCR

Mr. M. Ronis, représentant de la Banque Mondiale

Mr. A. Usmani, représentant faisant fonction du PNUD

ANNEXE 3 - Distribution des montants (tableaux 2 à 6)

**Tableau 2 : Plan Global d'ECHO pour le Tadjikistan en 1998,
Distribution des montants en milliers d'EURO par partenaire et par type de secteur d'aide**

Partenaires	Aide alimentaire	Aide médicale	Réhabilitation	Eau et assainissement du milieu	Préparation aux désastres	Energie	Premiers secours	Total	%
AAH								0	0%
Acted		155				200		355	2%
AKF	500							500	3%
CAD								0	0%
Caritas			800					800	5%
GAA	3000							3000	18%
IFRC-CH	3000			200	300		200	3700	22%
IFRC-FinRC	200							200	1%
IFRC-NRC		1600						1600	10%
IFRC	3200	1600	0	200	300	0	200	5500	33%
Mercy Corps					200			200	1%
Merlin		750						750	5%
Mission Ost	700							700	4%
MSF-F		185						185	1%
MSH-H		315						315	2%
MSF	0	500	0	0	0	0	0	500	3%
PSF		1650						1650	10%
UNOPS			465	300				765	5%
WFP-PAM	1250							1250	8%
WHO		650						650	4%
UN	1250	650	465	300	0	0	0	2665	16%
Total	8650	5305	1265	500	500	200	200	16620	100%
	52%	32%	8%	3%	3%	1%	1%	100%	

Sources : contrats ECHO2

**Tableau 3 : Plan Global d'ECHO pour le Tadjikistan en 1999,
Distribution des montants en milliers d'EURO par partenaire et par type de secteur d'aide**

Partenaires	Aide alimentaire	Aide médicale	Réhabilitation	Eau et assainissement du milieu	Préparation aux désastres	Energie	Premiers secours	Total	%
AAH		150						150	1%
Acted		300		150		100		550	3%
AKF	500				100	150		750	4%
CAD		240						240	1%
Caritas			600					600	3%
GAA	3000					180	350	3530	20%
IFRC-CH	3100			150	300			3550	20%
IFRC-FinRC								0	0%
IFRC-NRC		1600						1600	9%
IFRC	3100	1600	0	150	300	0	0	5150	29%
Mercy Corps								0	0%
Merlin		750						750	4%
Mission Ost	700							700	4%
MSF-F								0	0%
MSH-H		400						400	2%
MSF	0	400	0	0	0	0	0	400	2%
PSF		1600						1600	9%
UNOPS			900	450				1350	8%
WFP-PAM	1500							1500	9%
WHO		350						350	2%
UN	1500	350	900	450	0	0	0	3200	18%
Total	8800	5390	1500	750	400	430	350	17620	100%
	50%	31%	9%	4%	2%	2%	2%	100%	

Sources : contrats ECHO2

Tableau 4 : Plan Globaux d'ECHO pour le Tadjikistan pour les années 1998 et 1999 ensemble, Distribution des montants en milliers d'EURO par partenaire et par type de secteur d'aide

Partenaires	Aide alimentaire	Aide médicale	Réhabilitation	Eau et assainissement du milieu	Préparation aux désastres	Energie	Premiers secours	Total	%
AAH	0	150	0	0	0	0	0	150	0%
Acted	0	455	0	150	0	300	0	905	3%
AKF	1000	0	0	0	100	150	0	1250	4%
CAD	0	240	0	0	0	0	0	240	1%
Caritas	0	0	1400	0	0	0	0	1400	4%
GAA	6000	0	0	0	0	180	350	6530	19%
IFRC-CH	6100	0	0	350	600	0	200	7250	21%
IFRC-FinRC	200	0	0	0	0	0	0	200	1%
IFRC-NRC	0	3200	0	0	0	0	0	3200	9%
IFRC	6300	3200	0	350	600	0	200	10650	31%
Mercy Corps	0	0	0	0	200	0	0	200	1%
Merlin	0	1500	0	0	0	0	0	1500	4%
Mission Ost	1400	0	0	0	0	0	0	1400	4%
MSF-F	0	185	0	0	0	0	0	185	1%
MSH-H	0	715	0	0	0	0	0	715	2%
MSF	0	900	0	0	0	0	0	900	3%
PSF	0	3250	0	0	0	0	0	3250	9%
UNOPS	0	0	1365	750	0	0	0	2115	6%
WFP-PAM	2750	0	0	0	0	0	0	2750	8%
WHO	0	1000	0	0	0	0	0	1000	3%
UN	2750	1000	1365	750	0	0	0	5865	17%
Total	17450	10695	2765	1250	900	630	550	34240	100%
	51%	31%	8%	4%	3%	2%	2%	100%	

Sources : contrats ECHO2

**Tableau 5 Plan Global d'ECHO pour le Tadjikistan en 1998,
Distribution des montants en EURO par partenaire et pourcentage par poste budgétaire
(secteur médical, réhabilitation et eau & assainissement du milieu**

	Merlin	NRC	PSF	MSH	WHO	UNOPS	Total
Montant total en EURO	750.000,00	1.600.000,00	1.650.000,00	315.000,00	650.000,00	765.000,00	6.045.000,00
Personnel	38%	5%	22%	30%	31%	9%	20%
Personnel Expatrié	29%	4%	17%	19%	0%	9%	12%
Personnel Local	9%	1%	5%	11%	0%	0%	4%
Aliments	0%	0%	0%	14%	0%	0%	1%
Intrants agricoles	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intrants santé	30%	73%	58%	24%	7%	0%	42%
Produits de secours de base	0%	0%	0%	11%	0%	0%	1%
Abris temporaires	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Eau et assainissement	3%	0%	0%	2%	0%	36%	5%
Réhabilitation d'urgence	0%	0%	0%	0%	4%	55%	7%
Coûts de distribution	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Transport	14%	9%	13%	11%	2%	0%	9%
Transport international	5%	8%	9%	2%	0%	0%	5%
Transport national	9%	1%	5%	9%	2%	0%	4%
Autres services	9%	5%	1%	6%	24%	0%	6%
Formation	2%	1%	1%	0%	26%	0%	4%
Visibilité	0%	0%	1%	0%	2%	0%	1%
Autre	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Réserve	1%	3%	1%	2%	3%	0%	2%
Coûts administratifs	2%	3%	2%	0%	0%	0%	2%

Sources : contrats ECHO2

**Tableau 6 : Plan Global d'ECHO pour le Tadjikistan en 1999,
Distribution des montants en EURO par partenaire et le pourcentage par poste budgétaire (secteur médical,
réhabilitation et eau & assainissement du milieu**

	AAH 150.000	CAD 240.000	Merlin 750.000	NRC 1.600.000	PSF 1.700.000	MSH 410.000	WHO 350.000	UNOPS 1.350.000	IFRC 150.000	ACTED 150.000	Caritas 800.000	Total 8.060.000
Personnel	35%	47%	38%	12%	24%	28%	18%	7%	34%	27%	19%	21%
Personnel Expatrié	25%	32%	28%	8%	19%	16%	18%	7%	24%	16%	10%	15%
Personnel Local	10%	15%	9%	3%	5%	12%	0%	0%	10%	11%	9%	6%
Aliments	0%	1%	0%	0%	0%	16%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
Intrants agricoles	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intrants santé	13%	0%	20%	61%	51%	26%	0%	0%	0%	0%	0%	28%
Produits de secours de base	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Abris temporaires	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Eau et assainissement	0%	0%	3%	0%	0%	1%	77%	29%	36%	44%	0%	10%
Réhabilitation d'urgence	0%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	57%	0%	0%	68%	17%
Coûts de distribution	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Transport	13%	14%	16%	6%	13%	18%	4%	0%	11%	5%	8%	9%
Transport international	3%	1%	4%	3%	7%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
Transport national	10%	13%	12%	3%	6%	12%	4%	0%	11%	5%	8%	6%
Evaluation	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Audit externe	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Etude de faisabilité	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Formation	17%	9%	3%	3%	1%	0%	0%	0%	5%	7%	0%	2%
Sécurité	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Autres services	1%	10%	6%	11%	3%	4%	0%	0%	3%	6%	5%	5%
Visibilité	1%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	1%	3%	1%	0%	1%
Autre	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Coûts administratifs	6%	6%	7%	4%	5%	3%	0%	7%	7%	9%	0%	5%
Réserve	14%	2%	0%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%

Sources : contrats ECHO2

ANNEXE 4 - ATELIER

WORKSHOP ON HEALTH SECTOR - ECHO OFFICE IN DUSHANBE (10/02/2000)

Participants and no participants

PARTICIPANTS	Who is not present
Ministry of health	ICRC
WHO	UNICEF
ECHO	UNFPA
RCBC	ADB
PSF	CARE INT
IFRC	MERCY CORPS
AAH	SOMONI group
MSF	MEDICAL personnel
CAD	HUKUMAT
MERLIN	Local people
UNOPS	MEDICAL UNIVERSITY
ACTED (arrived late)	... and others

Problems

Statistics	International coordination of health assistance		Training	Water	Financing	Primary Health Care		Hospital care reform	MoH reinforcement for sustainability	Supplies	
Data / Information	Co-ordination / communication	poor communication & feed back	Education	water bone diseases	cost of medical care	TB control	access to PHC facilities	hospital bedding and clothing material	empowerment	diagnostiquim	
Statistics unreliable	Co-ordination / cooperation	Too many bosses	seminars	water supply	closer access to medical facilities	Vaccines	Health promotion and disease prevention	physical infrastructure obsolete	development issues	nutritional components for microbes	
	Expectation from MOH of international organisation	strategy development	capacity building	provision of chlore	availability of free treatment	Measles vaccines	out patient supply services	food supply to the patients	sustainability	medical equipment	
	Transition from IC to MoH		training related to medical curriculum	hygiene training and sanitation	Minimum salaries for medical personnel	Immunisations	community health education	sanitation & hygiene in hospitals	timetable for change	medical instruments	
	Difference in vision on health care		Human resources development		availability of qualified personnel			sustainability of health facilities	appropriate technology	reagents	tests systems for hepatitis SPIRIT
	problems coordination organisations ↔ local authorities between organisations between local authorities				resources Vs health needs				dependant passive role	Insecticides anti-mosquito fight	
					drug cost recovery					Syringes	
					Low / No salary local medical staff					Narcotics importation & distribution	
					MoH budget (requested / actual)					Drug policy	

Scoring

1 Financing	24
2 Primary health care	17
3 MoH reinforcement	12
4 Hospital care reform	10
5 Training	9
6 Water	5
7 International coordination	4
Supplies	4
9 Statistics	2

Financing	3	Financing	3
Primary health care	2	MoH reinforcement	2
Hospital care reform	1	Hospital care reform	1
Financing	3	Primary health care	3
International coordination	2	Water	2
Supplies	1	Financing	1
Primary health care	3	Financing	3
MoH reinforcement	2	MoH reinforcement	2
Financing	1	International coordination	1
Primary health care	3	Primary health care	3
Financing	2	Training	2
Hospital care reform	1	Supplies	1
MoH reinforcement	3	Training	3
Statistics	2	Hospital care reform	2
Training	1	MoH reinforcement	1
Primary health care	3	Financing	3
Training	2	MoH reinforcement	2
Supplies	1	International coordination	1
Water	3	Financing	3
Financing	2	Hospital care reform	2
Supplies	1	Training	1
		Hospital care reform	3

Who is doing what and where

	PHC	Hospitals	Water	Training	Statistics
Kathlon	Merlin, AAH, IFRC, CAD, UNOPS	Merlin, IFRC, UNOPS	UNOPS, ACTED, IFRC	UNOPS, MERLIN, CAD, AAH, IFRC, ACTED	AAH
GBAO	AKF, PSF, MSF	PSF, IFRC, MSF	AKF	AKF, PSF, MSF	PSF
(GHARM) RRS	MSF, IFRC, UNOPS	UNOPS, PSF, ICRC	UNOPS, MSF	MSF, PSF, UNOPS, IFRC	PSF, MSF
LENINABAD	UNICEF	PSF, MSF (PSYC.)		PSF	

ANNEXE 5 - TERMES DE REFERENCE



COMMISSION EUROPÉENNE
OFFICE D'AIDE HUMANITAIRE (ECHO)

Evaluation (ECHO 5)

TERMES DE REFERENCE
POUR L'EVALUATION DES PLANS GLOBAUX DE L'AIDE HUMANITAIRE
FINANCEE PAR ECHO AU TADJIKISTAN

ECHO/TJK/215/1999/01027B

Nom de la société : NM Consultants

Nom du consultant : Pierre-Yves LAMBERT

1. PLANS GLOBAUX A EVALUER

- Pays : TADJIKISTAN
- Période couverte : mi-1998 à début 2000
- Secteurs à évaluer : alimentaire et médical
- Décision(s) :
 - ECHO/TJK/215/1998/03000 : 16.420.000 ECU
 - ECHO/TPS/215/1999/02000 : 20.000.000.€ en faveur des Nouveaux Etats Indépendants (NEI) dont 2.830.000 € pour le Tadjikistan
 - ECHO/TJK/215/1999/01000 : 16.000.000 €

2. INTRODUCTION

ECHO est présent au Tadjikistan depuis 1993 et le budget alloué à ce pays n'a pas cessé d'augmenter.

En raison de l'importance de ce budget et en vue de l'élaboration de son plan global 2000 qui définira la stratégie future à adopter, ECHO a décidé d'effectuer une évaluation des actions financées par les plans globaux 1998-1999.

Cette évaluation portera plus particulièrement sur les domaines de l'aide alimentaire et médicale (y compris réhabilitation et approvisionnement en eau en rapport avec la santé publique).

Les principaux partenaires de ECHO au Tadjikistan pour la mise en œuvre des opérations sont German Agro Action, le FICR et le PAM pour le secteur alimentaire ; la Netherlands Red Cross, Pharmaciens Sans Frontières, Merlin, l'OMS et MSF Netherlands pour le secteur médical ; UNDP/UNOPS et Caritas CH pour la réhabilitation ; UNDP/UNOPS pour l'eau.

Le contexte dans lequel se déploie cette assistance est particulièrement critique. Depuis son indépendance en 1991, le Tadjikistan connaît une crise économique grave, amplifiée par une guerre civile de 1992 à 1997, interrompue par un accord de



COMMISSION EUROPÉENNE
OFFICE D'AIDE HUMANITAIRE (ECHO)

Evaluation (ECHO 5)

TERMES DE REFERENCE

**POUR L'ÉVALUATION DES PLANS GLOBAUX DE L'AIDE HUMANITAIRE FINANCEE PAR
ECHO AU TADJIKISTAN**

ECHO/TJK/215/1999/01027B

Nom de la société : NM Consultants

Nom du consultant : Pierre-Yves LAMBERT

Plans Globaux à évaluer

- Pays : TADJIKISTAN
- Période couverte : mi-1998 à début 2000
- Secteurs à évaluer : alimentaire et médical
- Décision(s) :
 - ECHO/TJK/215/1998/03000 : 16.420.000 ECU
 - ECHO/TPS/215/1999/02000 : 20.000.000.€ en faveur des Nouveaux Etats Indépendants (NEI) dont 2.830.000 € pour le Tadjikistan
 - ECHO/TJK/215/1999/01000 : 16.000.000 €.

Introduction

ECHO est présent au Tadjikistan depuis 1993 et le budget alloué à ce pays n'a pas cessé d'augmenter.

En raison de l'importance de ce budget et en vue de l'élaboration de son plan global 2000 qui définira la stratégie future à adopter, ECHO a décidé d'effectuer une évaluation des actions financées par les plans globaux 1998-1999.

Cette évaluation portera plus particulièrement sur les domaines de l'aide alimentaire et médicale (y compris réhabilitation et approvisionnement en eau en rapport avec la santé publique).

Les principaux partenaires de ECHO au Tadjikistan pour la mise en œuvre des opérations sont German Agro Action, le FICR et le PAM pour le secteur alimentaire ; la Netherlands Red Cross, Pharmaciens Sans Frontières, Merlin, l'OMS et MSF grave,

amplifiée par une guerre civile de 1992 à 1997, interrompue par un accord de paix qui reste chancelant. De plus, le pays est affecté par une chute générale des prix mondiaux des deux principaux produits d'exportation, le coton et l'aluminium, et par la crise économique en Russie. Le Tadjikistan a rejoint le groupe des pays les plus pauvres du monde, avec 85% de la population vivant sous le seuil de pauvreté. Dans de telles circonstances, le gouvernement actuellement en place dispose de très peu de ressources pour mettre en œuvre son plan de développement économique. La situation en termes d'amélioration des conditions de vie et de fourniture des services de base à la population évolue donc très peu.

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 :

Analyse de l'opportunité et du degré de réalisation des plans globaux humanitaires en faveur du Tadjikistan, dans les secteurs mentionnés au point 1. ;

Analyse du degré d'accomplissement des objectifs poursuivis dans les différents secteurs d'activité et de l'efficacité des moyens mis en œuvre ;

Analyse et quantification de l'impact des plans globaux au Tadjikistan ;

Analyse du rôle joué par ECHO dans le processus décisionnel ainsi que des autres activités dont les services de la Commission sont responsables ;

Vérification de la visibilité de ECHO tant dans les régions bénéficiaires de l'aide que parmi les autorités et partenaires locaux ;

Examen du lien entre urgence-réhabilitation-développement, dans une optique éventuelle de « phasing out » progressif de ECHO;

Etablissement de recommandations précises et concrètes sur le futur des financements de ECHO et relatives à l'efficacité des interventions. Ces recommandations, dûment justifiées, devront être établies par secteur d'aide identifié.

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 suivants pour le secteur qui leur est attribué au point 8 ci-dessous. Ils indiqueront uniquement les éléments nouveaux apparus depuis la mise en place du dernier plan global.

Brève description des plans globaux et analyse de leur contexte : la situation socio-économique, les besoins humanitaires et les capacités locales pour y répondre.

L'analyse de la situation actuelle du pays, en termes socio-économiques, devra inclure une vue d'ensemble permettant d'y situer le plan global financé 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 des plans globaux, du choix des bénéficiaires et de la stratégie utilisée par rapport aux besoins identifiés.

Examen de la coordination et de la cohérence pour chacun des secteurs considérés avec :

- les autres donateurs, les opérateurs sur le terrain ainsi que les autorités locales ;
- les interventions éventuelles d'autres services de la Commission dans la zone avec des projets similaires ou en relation avec les plans globaux évalués. 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 plans globaux portant sur :

- la planification et la mobilisation de l'aide ;
- la capacité opérationnelle des partenaires ;
- la stratégie déployée ;
- les éléments principaux de la mise en œuvre des plans globaux tels que : personnel, logistique, administration, respect des habitudes locales, choix des bénéficiaires, etc. ;
- la gestion de l'entreposage des marchandises et des installations ;

- la qualité et les quantités de marchandises et de services mis en œuvre et leur correspondance avec les spécifications contractuelles (y compris les conditions d'emballage, l'origine des marchandises et le prix) ;
- les systèmes de contrôle et d'auto-évaluation mis en place par les partenaires.

Analyse de l'impact des plans globaux. Cette analyse devrait inclure, notamment, les éléments suivants :

- contribution à la réduction des souffrances humaines ;
- création de dépendance vis-à-vis de l'aide humanitaire ;
- 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 sur l'environnement ;
- conséquences des programmes humanitaires sur les « capacity-building » locales.

Une attention particulière sera portée à l'impact dans les domaines de **l'alimentaire et de la santé**, ainsi que les effets éventuels sur **le processus de paix**.

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 l'intervention.

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 des éléments de viabilité des plans globaux 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. Ces recommandations peuvent couvrir, si nécessaire, des domaines autres que celui de l'humanitaire, tels le développement ou la coopération.

Ces recommandations seront formulées par rapport à une stratégie éventuelle de « phasing out » progressif et, le cas échéant, aux actions prioritaires à maintenir pendant la phase de transition et aux processus de retrait adéquats.

Analyse de la méthode de programmation utilisée par ECHO dans l'élaboration des plans globaux 1998 et 1999 pour le Tadjikistan 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 plans globaux.

Méthode de travail

Pour l'accomplissement de sa tâche, le consultant utilisera l'information disponible à

ECHO, auprès de son correspondant 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, des organisations internationales et d'autres donateurs.

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

Il fournira des informations concrètes et opérationnelles. Dans ce but, il utilisera entre autres les apports méthodologiques de l'approche du cadre logique, y compris les indicateurs.

Etapes de la mise en oeuvre

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

Mission sur place : 25 (vingt-cinq) jours ; le consultant travaillera en étroite collaboration avec la Délégation de la Commission à Almati, le correspondant de 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;

Les projets de rapport (en 10 exemplaires) sera envoyé à l'unité « Evaluation » de ECHO à Bruxelles au moins une semaine avant sa présentation et sa discussion lors du debriefing ;

Débriefing de 1(un) jours à ECHO ;

Remise des rapports finaux qui prendront en compte les remarques éventuelles soulevées lors du debriefing.

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

Consultants

La présente évaluation sera réalisée par deux 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 et une bonne connaissance de la zone géographique où elle se déroule est également requise.

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

Mr. LAMBERT Pierre-Yves, chef d'équipe :

– Secteur médical

Mlle HOOGENDOORN Annemarie :

– Secteur alimentaire

Calendrier

L'évaluation aura une durée de 43 (quarante trois) jours, répartis entre la date de signature du contrat et le 31 mars 2000.

Rapport

L'évaluation donnera lieu à l'établissement de 3 (trois) rapports (1 par secteur et 1 rapport de synthèse), rédigé 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
- 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**).

plan global évalué (5 LIGNES MAX.)

dates de l'évaluation:

RAPPORT N°:

Noms des consultants:

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

PRINCIPALES CONCLUSIONS (+/- 25 lignes)

- *Pertinence*
- *Efficacité*
- *Efficiences*
- *Coordination, cohérence et complémentarité*
- *Impact & implications stratégiques*
- *Visibilité*
- *Questions transversales*

RECOMMANDATIONS (+/- 20 lignes)

LEÇONS APPRISSES (+/- 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 (vingt) 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.