

**TRANSTEC**



**BURUNDI**

**ECHO**

—

**Evaluation des  
Plans Globaux ECHO 2000/2001**

\*

**Santé - Nutrition**

**RAPPORT FINAL**

Date : décembre 2001  
Expert : Olivier Barthès

Ce rapport a été produit à la demande de la Commission européenne et financé par celle-ci. Les commentaires contenus dans ce rapport ne reflètent que les opinions du consultant.

# BURUNDI

## ECHO

–

### **Evaluation des Plans Globaux ECHO 2000/2001**

\*

### **Santé - Nutrition**

Date : décembre 2001  
Expert : Olivier Barthès

Ce rapport a été produit à la demande de la Commission européenne et financé par celle-ci. Les commentaires contenus dans ce rapport ne reflètent que les opinions du consultant.

<b><u>RESUME EXECUTIF</u></b> .....	<b>6</b>
<b><u>INTRODUCTION &amp; METHODOLOGIE</u></b> .....	<b>9</b>
<b><u>CONTEXTE MÉDICAL</u></b> .....	<b>9</b>
<u>Indicateurs démographiques</u> .....	9
<u>Indicateurs socio-économique</u> .....	9
<u>Indicateur d'état de santé</u> .....	9
<u>Endemo-épidémies</u> .....	10
<u>Situation alimentaire et nutritionnelle</u> .....	10
<u>Le système sanitaire national</u> .....	10
<u>Organisation</u> .....	10
<u>Financement</u> .....	10
<u>Contraintes pesant sur le système sanitaire au niveau central</u> .....	11
<u>Contraintes pesant sur les niveaux intermédiaires et périphériques</u> .....	11
<b><u>ANALYSE DES PLANS GLOBAUX 2000-2001</u></b> .....	<b>12</b>
<u>Contexte dans lequel sont intervenus les Plans Globaux</u> .....	12
<u>Stratégies du Plan Global 2000</u> .....	12
<u>Stratégie du Plan Global 2001</u> .....	13
<u>Pertinence des Plans Globaux</u> .....	14
<u>Ciblage des bénéficiaires</u> .....	14
<u>Programme nutritionnel</u> .....	14
<u>Programme santé : pertinence de l'option stratégique prise en matière d'Urgence Humanitaire Elargie</u> .....	14
<u>Pertinence en matière de préparation à l'urgence, flexibilité du Plan</u> .....	15
<u>Conclusion sur la pertinence de l'intervention</u> .....	15
<u>Cohérence, complémentarité et coordination</u> .....	15
<b><u>Programme Nutritionnel : Analyse de la mise en œuvre</u></b> .....	<b>16</b>
<u>Pertinence</u> .....	16
<u>Efficacité ('effectiveness')</u> .....	17
<u>Surveillance nutritionnelle</u> .....	17
<u>Dépistage de la malnutrition tel que pratiqué actuellement</u> .....	17
<u>Efficacité des Centres Nutritionnels Thérapeutiques</u> .....	18
<u>Centres Nutritionnels Supplémentaires</u> .....	18
<u>Efficience</u> .....	19
<u>Impact</u> .....	19
<u>Pérennité/LRRD</u> .....	19
<b><u>Programme Santé : Analyse de la mise en œuvre</u></b> .....	<b>20</b>
<u>Pertinence de l'intervention en matière de santé</u> .....	20
<u>Efficacité (effectiveness)</u> .....	21
<u>Appui horizontal (AHE) : Centre de Santé</u> .....	21
<u>Appui horizontal (AHE) :Bureau Provincial de la Santé</u> .....	21
<u>Programmes à base communautaire</u> :.....	21

<u>Autres programmes</u> .....	22
<u>Efficienc</u> e ('efficiency').....	22
<u>Impact</u> .....	23
<u>Pérennité/LRRD</u> .....	23
<b><u>ASPECTS TRANSVERSAUX</u></b> .....	<b>24</b>
<u>Aspect genre</u> .....	24
<u>Sécurité</u> .....	24
<u>Environnement</u> .....	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
<u>SIDA</u> .....	24
<b><u>CONCLUSIONS SUR LES PLANS GLOBAUX</u></b> .....	<b>24</b>
<b><u>RECOMMANDATIONS</u></b> .....	<b>24</b>
<u>Recommandations en matière de nutrition</u> .....	24
<u>Recommandations en matière de santé</u> .....	25
<u>Recommandation générales</u> .....	25
<b><u>ENSEIGNEMENTS</u></b> .....	<b>25</b>

## Remerciements

La préparation de ce rapport d'évaluation sur les Plans Globaux 2000/2001 pour la République du Burundi n'aurait pas été possible sans le support et la contribution de l'Unité d'Evaluation, du personnel d'ECHO, de la Direction Générale pour le Développement et d'EuropAid, impliqués dans la planification et la mise en oeuvre des opérations d'assistance humanitaire et le développement des programmes dans ce pays.

L'équipe d'évaluation remercie vivement le personnel de la Délégation de l'Union Européenne de Bujumbura, les représentants ECHO au Burundi et le personnel des ONG qui ont accepté de consacrer leur temps et leur énergie à supporter cette évaluation dans ses différentes phases grâce à leur soutien logistique et leur conseils.

## **RESUME EXECUTIF**

### **Plans Globaux évalués**

L'évaluation concernait l'aide humanitaire d'ECHO en République du Burundi. Il s'agissait d'évaluer les Plans Globaux 2000 et 2001. Pour les opérations réalisées au cours des années 2000 et 2001, le montant total ECHO était de 33,7 M€ en deux décisions :

- ECHO/BDI/210/2000/01000 – 13,7 M€
- ECHO/BDI/210/2001/01000 – 20 M€

Le présent rapport ne concerne que les aspects santé et nutrition. L'intervention dans le domaine de la santé et la nutrition concerne entre 1,5 et deux millions de bénéficiaires.

### **Date de l'évaluation par le consultant**

Le consultant chargé du secteur santé nutrition était le Docteur Olivier Barthès. La mission d'évaluation commença par un briefing dans les locaux d'ECHO entre le 24 et le 27 septembre 2001, puis une mission sur le terrain du 28 septembre au 24 octobre en République du Burundi. Enfin le débriefing final eut lieu à Bruxelles le 13 Novembre 2001.

### **Méthodologie**

La méthodologie adoptée par l'évaluation repose sur l'étude de documents collectés tant à Bruxelles qu'à Bujumbura, la réalisation d'interviews structurées de responsables du programme, et des visites sur le terrain pour se rendre compte des réalisations in situ. La structuration de l'évaluation se base sur le modèle du cadre logique des interventions, dans lequel les critères de pertinence (correspondance aux besoins), d'efficacité, d'efficience de la mise en œuvre, d'impact et de pérennité sont analysés. Les analyses ont porté tant sur les aspects de programmation (où l'évaluation a apprécié en premier lieu les critères de pertinence et d'impact attendu), que sur les aspects de la mise en œuvre des programmes par les partenaires (où sont concernés en priorité les critères d'efficacité, d'efficience et de recherches de solutions à assurer la pérennité).

### **Conclusions principales**

Dans un contexte difficile par de nombreux aspects, les Plans Globaux 2000 et 2001 associaient une démarche d'urgence dans le domaine nutritionnel et une démarche de réhabilitation principalement dans le domaine de la santé.

### **Pertinence de l'approche des Plans Globaux**

En nutrition, le programme consistait essentiellement en la mise en place de structure de récupération nutritionnelle pour faire face à une situation de précarité alimentaire aiguë qui se développait à la fois dans la région de Bujumbura et dans le Nord du pays. Il s'agit d'une réelle réponse à l'urgence.

Outre quelques programmes verticaux ou financements ponctuels (distribution de moustiquaires, achat de vaccins...), l'intervention dans le domaine de la santé consistait essentiellement en un appui horizontal aux provinces sanitaires avec une intervention marquée dans les centres de santé publics. L'objectif était à la fois d'assurer un meilleur accès aux soins à la population générale, de réhabiliter en urgence le système sanitaire et de permettre à la province sanitaire de mieux assumer son rôle de coordination. Il s'agissait bien d'Aide Humanitaire Elargie au sens de la conférence d'Ottawa. Le fait que la population concernée, au sortir de nombreuses années de guerre, était extrêmement vulnérable, ne fait cependant pas de doute et justifie à lui seul l'intervention. Par ailleurs, ces programmes ont su répondre au besoin de réhabilitation d'urgence puisque le système sanitaire burundais était lui aussi sinistré. Notons enfin que ces programmes ont comblé encore un vide très important puisque jusqu'à présent, aucun bailleur de fonds de développement ne s'est encore impliqué dans le domaine de la réhabilitation fonctionnelle du système sanitaire public burundais.

Pour ces différentes raisons, l'approche des Plans Globaux 2000 et 2001 en matière de santé et de nutrition au Burundi est pertinente.

#### Cohérence, complémentarité et coordination

Très peu d'autres bailleurs de fonds s'intéressent à l'aspect renforcement du secteur sanitaire et à la nutrition. La coordination avec les autres intervenants n'a donc pas posé de gros problèmes durant les deux années précédentes. Au delà, les correspondants ont souvent joué un rôle d'animateur au sein de la communauté humanitaire locale. Seul est à regretter le manque d'enthousiasme du Ministère de la Santé burundais vis à vis des interventions financées par ECHO.

#### Mise en œuvre du programme nutritionnel

##### *Pertinence de la mise en œuvre du programme nutritionnel.*

La présence d'une malnutrition aiguë forte jusqu'au deuxième semestre 2001 dans la majorité des provinces appuyées, justifiait la persistance de structures nutritionnelles autonomes et indépendantes de tout service public. Dans certaines régions cependant la situation s'est progressivement améliorée et dans certain cas les ONG ont pu commencer à adapter leur stratégies vers un désengagement, une réduction des effectifs et une progressive intégration des activités dans celles des structures sanitaires publiques. Le taux de malnutrition avoisinant désormais celui d'avant la guerre, il est évident que cette attitude est pertinente. Un re-ciblage sur les enfants et les femmes enceintes semble désormais nécessaire dans tous les programmes nutritionnels appuyés par ECHO.

##### *Efficacité du programme nutritionnel*

Les résultats somme toute corrects de la majorité des centres nutritionnels financés par ECHO durant le pic de la crise montrent que l'intervention nutritionnelle a été efficace. Maintenant que la crise est maîtrisée et afin d'améliorer le rapport coût-efficacité, des adaptations peuvent être suggérées : rationalisation de l'utilisation des enquêtes nutritionnelles et du dépistage avancé dans les collines, réduction rapide de la capacité des CNT, intégration des CNT dans les services pédiatriques des hôpitaux, intervention des ONG nutritionnelles dans les hôpitaux, intégration des activités de dépistage et de supplémentation dans les centres de santé.

##### *Efficience du programme nutritionnel*

L'efficience varie en fonction des capacités techniques et médicales des différentes ONG concernées. Les programmes nutritionnels étant très complexes d'un point de vue administratif et logistique, la capacité d'organisation et de planification fait aussi la différence en matière d'efficience.

##### *Impact du programme nutritionnel*

L'impact direct d'un tel programme en période de crise ne fait pas de doute et justifie le financement.

##### *Pérennité du programme nutritionnel*

Alors qu'il est évident qu'à terme, si la situation politico-économique s'améliore, toutes les structures nutritionnelles devront être complètement intégrées dans les formations sanitaires de la fonction publique, pour l'instant l'important c'est de progresser lentement vers ce but, et ceci en parvenant à maintenir un certain degré de qualité dans les structures en voie de reprise. C'est tout un challenge. Le processus de désengagement devra donc être progressif et planifié. Dans certaines régions à potentiel de malnutrition, un placement stratégique d'ONG nutritionnelles efficientes peut même se justifier.

#### Mise en oeuvre du programme santé

##### *Pertinence de la mise en œuvre*

Alors que l'intervention au niveau des centres de santé est pertinente, on peut regretter le faible niveau d'implication des projets dans les hôpitaux provinciaux. Pour le futur, il semble souhaitable que l'on s'oriente aussi vers cet appui notamment dans le domaine de la pédiatrie et du support social aux indigents.

### *Efficacité de la mise en œuvre*

Dans la pratique au niveau des provinces, le corps de l'intervention actuelle consiste à appuyer les centres de santé en médicaments, matériel, expertise afin d'améliorer la qualité des soins. Hélas, dans ce domaine, même si les médicaments sont présents dans les centres, la qualité n'est le plus souvent pas au rendez-vous et ceci souvent car le fournisseur de soins, l'infirmier payé par la fonction publique n'est pas motivé. Tout un système est à reconstruire et là aussi, c'est un très gros défi. Des voies existent cependant, par exemple dans le domaine du recouvrement des coûts ou de la participation communautaire. Notre conviction est que pour avoir une chance de réussir à améliorer la qualité des soins, les ONG devront tôt ou tard s'orienter vers ces voies là. Au niveau de la province, les ONG qui se sont engagées dans le Capacity Building auprès de la Province Sanitaire commencent à avoir des résultats positifs ce qui est encourageant. Il est par contre très difficile de se faire une opinion sur les programmes à base communautaire (Agents de Santé de Base, Accoucheuses Traditionnelles). Il est donc recommandable que l'impact de ces programmes soit techniquement évalué par les ONG elles-mêmes. Quant aux programmes de lutte anti-vectorielle, il semble souhaitable qu'ils soient re-ciblés vers des groupes à risque plutôt que vers la population générale de la plaine côtière.

### *Efficiences*

Ici, compte tenu du fait que l'approche Aide Humanitaire Elargie est assez complexe, l'efficacité est surtout fonction de la capacité qu'a l'ONG à recruter du personnel expérimenté. Hélas, très souvent les ONG présentes au Burundi ont des difficultés à trouver ces bonnes personnes d'où des réticences de leur part à s'étendre dans le domaine de la santé. Ceci limite clairement l'extension des programmes santé financés par ECHO au Burundi.

### *Impact*

Bien que l'impact à très court terme semble relativement limité du fait de la faible qualité actuelle des prestations, en général, on peut espérer avoir un certain impact dans la remise en place de systèmes là où tout a disparu. Il est évident que cet impact ne sera mesurable que sur le moyen terme.

### *Pérennité/ LRRD*

L'approche Aide Humanitaire Elargie est aussi une approche qui vise la pérennité de l'intervention. Ainsi l'intervention financée par ECHO en santé devrait pouvoir s'articuler sans problème avec un programme santé développement. Encore faudrait-il qu'un programme de développement santé veuille démarrer. En attendant, l'intervention santé d'ECHO doit continuer.

### Conclusions et implications pour le futur

L'approche d'ECHO au Burundi est pertinente tant en ce qui concerne l'urgence pure que l'Aide Humanitaire Elargie. Le bilan des Plans Globaux 2000 et 2001 est satisfaisant. Ainsi, l'année passée ECHO a pu répondre à une urgence nutritionnelle assez grave tout en continuant de faire fonctionner ses programmes réguliers dans les zones où la situation sécuritaire s'améliorait.

Dans les suites de cette urgence mais dans un contexte labile, la direction à donner aux programmes nutritionnels est claire, il s'agit de réduire leurs volumes et de les intégrer dans les structures publiques. Dans le domaine santé, les programmes devront répondre aux besoins immédiats (soins aux malades), mais aussi aux besoins à moyen terme (réhabilitation du système). Concentrant l'intervention sur ces systèmes, les ONG devront dans le futur, s'impliquer plus dans le transfert de compétence au niveau de la province, des centres de santé et des communautés. L'idéal pour le futur proche serait la mise en place de programmes intégrés associant santé, nutrition, sécurité alimentaire, et où en santé, le travail se ferait au niveau des Bureaux Provinciaux de la Santé, des centres de santé mais aussi des hôpitaux notamment en pédiatrie.

D'un point de vue financier, les budgets des programmes nutritionnels devront décroître, l'effort se faisant surtout sur la santé.



## **INTRODUCTION & METHODOLOGIE**

Les activités financées par ECHO en 2000/2001 au Burundi se concentrent principalement sur quatre secteurs privilégiés, le support au système de santé publique, la nutrition, la sécurité alimentaire, l'eau et l'assainissement . Le présent rapport ne concerne que les secteurs santé et nutrition.

L'évaluation eut lieu du 24 septembre au 23 octobre 2001 et en ce qui concerne la santé et la nutrition, la majorité des programmes furent visités. Le propos de l'évaluation, comme défini dans les termes de référence, était :

- d'évaluer la pertinence des interventions des Plans Globaux 2000 & 2001
- d'évaluer le degré de réalisation des objectifs poursuivis et l'efficacité des moyens employés
- de quantifier l'impact des Plans Globaux en terme de résultats
- d'analyser les liens entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement dans les domaines où cela pourrait être faisable.

L'évaluation des Plans Globaux 2000/2001 commença par 4 jours de briefing à Bruxelles dans les locaux d'ECHO ce qui permit de rassembler des informations sur les différents projets financés. Ce briefing fut l'occasion de discuter avec le Desk Officer pour le Burundi, les objectifs précis de l'évaluation. Directement après Bruxelles, l'équipe d'évaluation commença sa mission par un briefing à Bujumbura au siège d'ECHO puis environ trois semaines de visites approfondies sur le terrain. Cette tournée permit au consultant santé/nutrition de visiter en tout 4 programmes santé et 5 programmes nutritionnels. Dans la pratique, cette tournée a consisté en visites de formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé), visites de Centres Nutritionnels Supplémentaires et Thérapeutiques, et enfin en d'intenses discussions à la fois avec le personnel des ONG financées et les différents partenaires locaux. Après ces trois semaines, l'évaluation se termina par un debriefing à ECHO en présence d'un membre de la Délégation de l'UE pour le Burundi le 23 octobre 2001. Le debriefing à ECHO -Bruxelles quant à lui, eut lieu le 13 Novembre 2001.

## **CONTEXTE MÉDICAL**

Le Burundi possède des caractéristiques extrêmes en matière de déterminants de santé. Les indicateurs y sont très marqués :

### **Indicateurs démographiques**

Avec une population d'environ 7 millions d'habitants et une densité démographique de 219 hab. / km<sup>2</sup>, le Burundi est le pays le plus densément peuplé d'Afrique après le Rwanda; L'indice synthétique de fécondité y est également très élevé: 6,9 enfants par femme.

### **Indicateurs socio-économique**

Alors que dans les années 80, le Burundi avait atteint un degré de développement certain, depuis le début de la guerre, la situation économique se détériore. En 2001, le Burundi fait à nouveau partie des pays les plus pauvres du monde. Selon les données de la Banque Mondiale en 98, dans certaines provinces rurales, plus de ¾ de la population vit ainsi au dessous du seuil de pauvreté.

### **Indicateur d'état de santé**

Sous l'effet conjugué de la guerre et de la pandémie du SIDA, les indicateurs de survie se sont fortement dégradés: l'espérance de vie est passée de 54,9 ans en 1990 à 43,8 en 2000; la mortalité infantile s'établie en 1999 à 121 pour 1000 contre 110 en 1993.

## Endémo-épidémies

La malaria est la première cause de morbidité et mortalité chez l'enfant. La situation s'est récemment aggravée avec l'apparition d'une épidémie palustre sérieuse dans le Nord-Est du pays, jusque-là épargné par la maladie. Vers la fin de l'année 2000, dans cette population non immune, le paludisme fit des ravages. La dysenterie bacillaire existe encore et est d'évolution cyclique depuis 1982 ; certains cas de choléra sont déclarés chaque année dans l'ouest près du Lac Tanganyika. La rougeole représente un moindre risque dans la mesure où une campagne de vaccination financée par ECHO a été conduite récemment.

L'endémie de VIH/SIDA prend une ampleur alarmante et devient une grave menace pour le développement du pays (séro-prévalence en 1999 chez les femmes enceintes: 16 à 20% en milieu urbain et 6% en milieu rural). Comme ailleurs, le nombre de SIDA maladie est sous notifié, le SIDA restant cependant la première cause de décès chez les adultes ; le nombre d'orphelins est en croissance constante.

Quelques cas de typhus ont été déclarés dans les camps ce qui montre que la situation en matière d'hygiène et de promiscuité peut parfois être très sérieuse dans ces camps de déplacés/regroupés.

## Situation alimentaire et nutritionnelle

Bien que par certains égards la situation se soit améliorée, le pays est toujours en guerre. De nombreuses zones sont encore touchées par les problèmes d'insécurité et de déplacements même si dans certains endroits, la situation est en voie d'amélioration (ex. Nord). Dans la plus part des provinces, les paysans sont décapitalisés, leur cheptel est décimé. Le problème est plus particulièrement grave pour les déplacés qui ont parfois un accès difficile à la terre. Du point de vue agricole, le processus de réhabilitation n'est encore qu'entamé et la sécurité alimentaire reste donc précaire sur l'ensemble du pays. Le Burundi est donc fragile d'un point de vue nutritionnel et le moindre déséquilibre peut entraîner une crise. Ainsi, l'effet combiné d'une épidémie de paludisme résistant et d'un problème alimentaire simple peut comme au début de l'année 2001, déclencher une « épidémie » de malnutrition chez les enfants et les adultes. La situation nutritionnelle reste précaire !

## Le système sanitaire national

### Organisation

Alors qu'avant la guerre toutes les décisions étaient prises à Bujumbura, depuis peu le gouvernement s'est engagé sur la voie de la décentralisation. En matière sanitaire, cela se traduit par la mise en place de la pyramide sanitaire classique à trois niveaux: le niveau central au rôle normatif, le niveau intermédiaire qui coordonne (Bureau Provincial de la Santé dans les 17 Provinces), et le niveau périphérique qui exécute la politique sanitaire. Il y a au Burundi 341 Centres de Santé, 10 hôpitaux de première référence et quatre hôpitaux de deuxième référence .

### Financement

	Année 1993	Année 2000
Part santé du budget de l'état	4,14 %	2,85 %
Montant brut du budget santé	2,8 Milliard Fbu	2,9 Milliard Fbu (environ 3,6 M)
Part fonctionnement du budget de santé		92%
Part salariale du budget de fonctionnement		55%

Malgré une inflation à plusieurs chiffres depuis 93, le budget santé exprimé en monnaie locale n'a pas varié depuis presque 10 ans. La majorité de ce budget est consommé en salaires. Dans l'état actuel des choses, en l'absence de révision des priorités du gouvernement, le ministère de la santé n'a d'autre choix que de solliciter des partenaires extérieurs pour le financement des soins de santé : bailleurs de

développement, bailleurs d'urgence mais aussi population (par l'intermédiaire du recouvrement des coûts).

### Contraintes pesant sur le système sanitaire au niveau central

Les capacités techniques et les ressources du ministère sont faibles. A ceci s'ajoute certainement une démotivation générale accentuée récemment par la perspective de remaniements ministériels liés au processus de paix. Il existe donc un certain immobilisme au niveau central. Or, bien que le ministère s'oriente vers la mise en place de la décentralisation, un cadre technique et juridique précis relatif à ce processus n'existe toujours pas : au niveau des provinces, les responsabilités de chacun des intervenants sont floues; les vieux systèmes n'ont toujours pas été abrogés <sup>1</sup>, quelques questions stratégiques n'ont toujours pas trouvé de réponses officielles <sup>2</sup>. Actuellement, les ONG qui voudraient supporter les Bureaux Provinciaux de la Santé doivent donc en quelque sorte naviguer à vue.

Le processus de mise en œuvre de la Politique Pharmaceutique Nationale, bien que soutenu par le Programme Banque Mondiale PSP II avec notamment la création de la CAMEBU, semble au point mort. Actuellement, les centres de santé appuyés reçoivent la quasi intégralité des médicaments de l'ONG qui les soutient mais à terme, les centres de santé en autogestion devront racheter les médicaments. Un pipeline national de ME (CAMEBU → Pharmacie Provinciales d'Approvisionnement → Formations Sanitaires), est donc à mettre en place. Alors que le travail au niveau périphérique a déjà commencé notamment grâce aux ONG financées par ECHO, en amont rien n'est fonctionnel et tout est à faire. La mise en place rapide d'une centrale d'achat efficace et compétitive est donc absolument nécessaire au Burundi. Un appui fort est indispensable, à la fois financier et technique <sup>3</sup>.

### Contraintes pesant sur les niveaux intermédiaires et périphériques.

Les Bureaux Provinciaux de Santé souffrent d'une insuffisance réelle en ressources matérielles (locaux réduits, équipement insuffisant) et d'un déficit en ressources humaines (pas de responsable PEV dans les BPS, par exemple). Les Médecins Provinciaux ont parfois des difficultés à assumer leur rôle de coordinateurs des activités de la province: d'une part, ils ne sont pas formés à cette tâche, d'autre part, il ne sont pas habitués à assumer ces nouvelles responsabilités. Le vide en matière de normes et procédures n'arrange rien.

Au niveau périphérique on note bien évidemment un déficit quantitatif et qualitatif en personnel médical : très peu de médecins sont déployés sur le terrain en milieu rural ; le personnel infirmier, mal payé, est complètement démotivé. Ses connaissances théoriques et pratiques se sont fortement dégradées depuis le début de la guerre. Une certaine passivité s'est installée chez ces fonctionnaires qui avaient pris l'habitude de recevoir des ordres d'en haut et à qui désormais on demande de prendre des responsabilités (décentralisation, autonomie de gestion, recouvrement des coûts). Enfin, le milieu médical est fondamentalement corrompu : dans les CS même où c'est officiellement gratuit, tout se paye.

L'autonomie de gestion dans les hôpitaux du Burundi a été décrétée il y a de cela environ un an et a été immédiatement mise en place dans les hôpitaux de deuxième référence. Alors que précédemment, malgré un budget santé très réduit, le ministère de la santé arrivait à fournir quelques intrants aux hôpitaux publics, soudain ces hôpitaux ont dut facturer l'intégralité des frais médicaux aux patients. Le démarrage de cette expérience fut catastrophique : ces hôpitaux sont désormais complètement

---

<sup>1</sup> La loi d'Assurance Maladie est toujours en vigueur : Il y a quelques années, un régime d'assurance maladie fut mis en place. Moyennant un versement de 500 Fbu annuel à la commune, chaque personne peut en théorie encore bénéficier d'une réduction de 75% des coûts des actes et des prescriptions dans les formations sanitaires publiques. Ce système, brillant en théorie ne fonctionne évidemment pas: les maigres recettes de la CAM n'alimentent pas le service de santé mais les communes; dans la pratique, la carte ne garantit pas la réduction ; de toute façon le réel paiement est informel. Si l'on voulait avancer vers le recouvrement des coûts, cette loi devrait être abrogée. De nombreux gouverneurs et médecins provinciaux le reconnaissent. Hélas, aucune directive claire ne vient du Ministère. Au jour le jour, s'il veulent faire avancer les choses, les gouverneurs se trouvent ainsi obligés d'ignorer la loi ce qui bien entendu peut créer des conflits avec le niveau central mais aussi avec les communes.

<sup>2</sup> On ne sait par exemple pas si l'on s'oriente vers des Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement ou des Pharmacies Communales.

<sup>3</sup> Cet appui à la CAMEBU fait partie de la proposition d'ISADE pour le 7° FED .

désaffectés par la population. Non seulement la majorité de la population n'est pas en mesure de payer les soins mais en plus la qualité des prestations restant médiocre, les gens, même s'il ont un peu d'argent, préfèrent aller dans les hôpitaux confessionnels<sup>4</sup>.

Au niveau des CS, l'autonomie de gestion n'est qu'en chantier. Puisque tout dépend plus ou moins de la volonté locale (Gouverneur, MP, ONG), dans certains endroits, par exemple à Kirundo, des expériences sur le modèle rwandais semblent être déjà bien avancées<sup>5</sup>. Dans d'autres provinces et notamment celles soutenues par ECHO, on en est juste au commencement. En fait, jusqu'à présent on se contente d'un ersatz de recouvrement des coûts avec un paiement du patient et un reversement des recettes au mieux à la province sanitaire, au pire à la commune. Les recettes officielles du système sont évidemment minimales. Aucune participation communautaire réelle n'existe jusqu'à présent dans la gestion de ces fonds ce qui prouve que le processus de décentralisation n'a pas réellement démarré.

## ANALYSE DES PLANS GLOBAUX 2000-2001<sup>6</sup>

### Contexte dans lequel sont intervenus les Plans Globaux

Le **Plan Global 2000** intervient alors que le gouvernement, qui fait face aux exactions armées des rebelles venant de la forêt de la Kibira, a regroupé environ 250.000 personnes dans 37 camps sommairement mis en place dans les provinces de Bujumbura rural et Bubanza. Ces camps sont parfois inaccessibles à l'aide humanitaire et la communauté internationale plaide pour que ceux-ci soient démantelés. D'une manière générale la sécurité s'est détériorée en particulier dans les provinces de Bujumbura rural, Rutana et Bururi. Certaines régions semblent par contre plus calmes (Nord) et l'aide structurelle y est en voie de reprise notamment grâce aux programmes prévus par l'UE. Le programme de réhabilitation PREBU doit démarrer au cours de l'année 2000 (48 M€) et on parle à nouveau d'un redémarrage du programme<sup>7</sup> FED, axé sur l'appui au secteur sanitaire (6,6 M€). Dans le document PG 2000, en matière nutritionnelle, l'urgence est reconnue surtout dans le Sud (Bururi, Gitega, Makamba, Rutana) et dans la région avoisinant Bujumbura. Dans ces zones, la malnutrition modérée peut atteindre 25% avec jusqu'à 15% de malnutrition sévère dans certains camps. Dans les zones relativement calmes au Nord, la malnutrition aiguë est plus faible et oscille entre 10 et 15%.

Au moment de la rédaction du **Plan Global 2001**, les camps de regroupement de Bujumbura rural et Bubanza ont été démantelés. En raison des combats persistants, une bonne partie des anciens regroupés s'est éparpillée dans les environs des camps. La situation reste stable mais précaire dans cette zone où les déplacés loin de leurs terres, ont du mal à redémarrer les travaux agricoles. La région Sud, près des camps de réfugiés tanzaniens reste très mal couverte en raison des problèmes de sécurité. Avec la signature récente de l'accord d'Arusha, un potentiel de retour des réfugiés de Tanzanie existe et la préparation de ce retour domine le PG 2001. Le problème alimentaire au Nord Est (Ngosi, Karuzi, Kirundo), quant à lui est reconnu comme grave mais ne semble pas prendre encore des proportions alarmantes.

### Stratégies du Plan Global 2000

Le PG 2000, d'un montant total de 13,7 M€ consolide les activités déjà en place et concentre son intervention sur la zone où se trouvent les déplacés dans l'ouest du pays notamment dans les environs de Bujumbura. Compte tenu de la précarité nutritionnelle persistante une forte part du budget est attribuée à la nutrition.

En matière de **nutrition**, la réponse proposée par le PG 2000 passe par :

- ❖ la mise en place de Centres Nutritionnels Thérapeutiques et Supplémentaires<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Cette expérience malheureuse est à noter mais ne doit pas faire conclure que toute participation financière de la population aux soins est mauvaise. En fait, cela montre plutôt que toute mesure d'autonomisation financière des formations sanitaires dans le contexte actuel, doit être couplée à des mesures d'amélioration de la qualité mais aussi de subventionnement global et d'exemptions pour les plus pauvres.

<sup>5</sup> Recouvrement des coûts avec cogestion effective entre l'infirmier et la communauté. Gestion financière décentralisée réelle.

<sup>6</sup> Il s'agit ici avant tout d'une analyse des documents de planification PG 2000 & PG 2001 et des options prises au moment de la rédaction des ces documents (décembre 1999 / PG 2000 et décembre 2000 / PG 2001).

- ❖ la surveillance nutritionnelle <sup>5</sup>.
- ❖ la sécurité alimentaire.
- ❖ le financement du pipeline PAM.

Il s'agit clairement d'une intervention de type Urgence Classique.

En matière de **santé**, quatre grandes composantes existent :

- ❖ L'appui horizontal au système sanitaire public avec au niveau intermédiaire l'approvisionnement en médicaments et l'appui à la gestion (création de Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement, trainings, renforcement du Système d'Information Sanitaire...), et au niveau périphérique la réhabilitation physique d'urgence et l'équipement à minima des CS ainsi que la réhabilitation fonctionnelle de ces mêmes CS (formation et supervision des agents de santé) <sup>8</sup>.
- ❖ La mise en place de programmes à base communautaire : Agents de Santé de Base et surtout Accoucheuses Traditionnelles <sup>8</sup>.
- ❖ Des programmes de formation de personnel et de transfert de compétences au niveau national : formation en chirurgie de base à l'hôpital de Bururi<sup>9</sup> ; physiothérapie et appareillage pour les handicapés<sup>10</sup>.
- ❖ Des programmes verticaux parfois ciblant les populations vulnérables, parfois plus élargis comme dans le domaine du contrôle des vecteurs<sup>11</sup> (distributions de moustiquaires, pulvérisation contre le paludisme et typhus dans les camps).

Ici, notamment en ce qui concerne les activités 1 et 2, l'approche est beaucoup moins urgentiste, très horizontale et orientée vers le renforcement des structures publiques proches des patients, Cette intervention fait clairement partie de ce qu'on appelle « l'Urgence Humanitaire Elargie »<sup>12</sup>.

### **Stratégie du Plan Global 2001**

En 2001, trois objectifs sont fixés:

- ❖ Préparation des zones et populations d'accueil en vue d'un éventuel retour de réfugiés et d'une réinstallation des réfugiés
- ❖ Poursuite de l'appui aux populations sinistrées à travers la consolidation des activités en cours
- ❖ Préparation de la reprise structurelle

Le montant total du Plan Global passe à 20 M€ et on amplifie la part des programmes nutritionnels et alimentaires. Les axes stratégiques en matière de nutrition et de santé restent similaires dans leur objectifs et approches : des programmes d'Urgence Humanitaire Elargie associés à des programmes d'urgence stricte avec une capacité de réponse en réserve. ECHO garde ainsi une enveloppe financière pour faire face à un éventuel retour de réfugiés<sup>13</sup>.

En ce qui concerne la nutrition, on favorise l'agrandissement des structures nutritionnelles dans les zones touchées (Nord-Est). En ce qui concerne la santé, on commence déjà à penser à renforcer le système de participation financière de la population aux soins de santé dans les provinces couvertes (Recouvrement des Coûts) ; quelques nouveaux programmes santé démarrent<sup>14</sup>.

---

<sup>7</sup> GVC, Concern, CAD, ACF, Solidarité, AHP.

<sup>8</sup> GVC, Concern, CAD, IRC.

<sup>9</sup> INTERSOS.

<sup>10</sup> Handicap International.

<sup>11</sup> Croix Rouge Espagnole.

<sup>12</sup> La conférence d'Ottawa en août 1998, suggère qu'au Burundi, l'aide humanitaire doit être ciblée plus largement que l'urgence pure, ceci afin de s'assurer que le moment de la transition venu, on pourra passer plus rapidement à l'assistance de développement.

<sup>13</sup> Cette réserve vient en supplément des 25 M consenti par la DG DEV de la Commission Européenne à l'UNHCR pour la préparation du retour des réfugiés.

<sup>14</sup> Programme santé de MSF SUISSE à Bujumbura rural et Appui au PEV par l'intermédiaire de l'UNICEF.

## Pertinence des options prise dans les Plans Globaux

### Ciblage des bénéficiaires

Les ONG santé financées par ECHO travaillent à travers le service public qui théoriquement est accessible à tous. En santé, il n'y a donc pas vraiment de ciblage sur une population particulièrement à risque. De toute façon, la population rurale du Burundi est très pauvre et les besoins en santé sont identiques pour les déplacés et pour les populations des collines. A l'intérieur de la population générale se dégagent cependant deux sous-groupes particulièrement vulnérables, les enfants et les femmes enceintes, que les programmes tentent de viser<sup>15</sup>. En nutrition, l'intervention cible aussi la population générale et s'adresse à tous les mal-nourris quelque soit leurs origines ou conditions<sup>16</sup>. Dans un contexte comme le Burundi le ciblage sur la population générale nous paraît donc pertinent tant en matière de santé qu'en matière de nutrition.

D'un point de vue géographique, tout en continuant l'intervention là où il est déjà présent, ECHO tente de s'orienter là où les potentiels de gravité existent et donc généralement là où l'insécurité est présente. Hélas, il est souvent très difficile de trouver des opérateurs acceptant de travailler dans ces zones dangereuses. C'est ainsi qu'ECHO n'a jusqu'au milieu de l'année 2001 pas pu financer de programme santé/nutrition dans le sud<sup>17</sup>. Parallèlement ECHO continue de financer des interventions dans des zones plus stables, au nord par exemple. Ces endroits sont dans une phase de réhabilitation. Là aussi, les gens sont très pauvres et le système de santé est complètement délabré.

D'ailleurs la situation est si labile au Burundi en matière de sécurité que tout peut arriver n'importe où. Aussi est-il souhaitable de rester « placé » stratégiquement et de ne pas se désengager trop vite. C'est ce que fait ECHO.

### Programme nutritionnel

La prise de conscience du problème nutritionnel au niveau du gouvernement semble faible. La nutrition n'est pas vraiment inscrite parmi les priorités du ministère de la santé qui de toute façon n'a pas, à lui seul les moyens de faire face à une crise nutritionnelle grave. En 2000 et 2001, en raison de la crise provoquée par le paludisme, les besoins étaient forts dans le domaine nutritionnel ; il s'agissait alors d'une réelle urgence. ECHO a ainsi financé une forte partie de la réponse à cette urgence.

### Programme santé : pertinence de l'option stratégique prise (Urgence Humanitaire Elargie)

Après 9 ans de guerre, le système sanitaire burundais est sinistré et les formations sanitaires seraient complètement désertées si les ONG n'y intervenaient pas. Notamment grâce à la fourniture de ME, les CS recommencent à fonctionner et la population générale en bénéficie. Le programme ECHO remplit un grand vide et s'avère indispensable à la maintenance d'une certaine accessibilité aux soins pour la population générale rurale (dont  $\frac{3}{4}$  vit au dessous du seuil de pauvreté).

De surcroît, au Burundi, le système sanitaire a clairement besoin d'un appui extérieur. Le budget du ministère de la santé est ridiculement petit alors que les besoins sont importants dans tous les domaines. Du côté de la réhabilitation physique, dans certaines zones, des programmes importants ont déjà démarrés, c'est un bon point<sup>18</sup>. Par contre du côté de la réhabilitation fonctionnelle (fourniture de consommables, formation, supervision, mise en place de systèmes, actions décentralisées...), d'une manière générale, les bailleurs de fonds sont très frileux<sup>19</sup>.

Depuis des années et dans de nombreux pays, dans le domaine de la santé se met en place la stratégie dite « du District Opérationnel »<sup>20</sup>. Ce modèle, basé sur une décentralisation réelle, une autonomie de gestion des formations sanitaires, une participation communautaire effective et un renforcement du

<sup>15</sup> PEV, Programme Accoucheuses Traditionnelles...

<sup>16</sup> Notons qu'à Bujumbura Rural, les hommes même mal-nourris se voient refuser par les autorités l'accès aux CNT.

<sup>17</sup> En octobre 2001, ECHO réussira à financer deux projets dans le sud : Tearfund à Makamba et MSF NL à Ruyigi.

<sup>18</sup> Exemple: PREBU – UE.

<sup>19</sup> exception faite d'ECHO, OFDA et quelques bailleurs confessionnels.

<sup>20</sup> Ce que l'on appelle Province Sanitaire correspond au District de la théorie du « District Opérationnel ».

pipeline du ME, est d'ailleurs celui qui a été proposé par les évaluateurs ISADE pour l'utilisation du reliquat du 7<sup>e</sup> FED au Burundi. En tentant de mettre d'ores et déjà en place le volet périphérique de cette stratégie (renforcement provincial, pharmacies provinciales, appui aux CS, début de mise en place du système de recouvrement des coûts), les ONG financées par ECHO préparent dans la mesure de leurs possibilités un futur programme de développement. Un Lien entre l'Urgence et le Développement existe et l'initiative nous paraît intéressante.

Hélas, comme il est dit précédemment, au Burundi, le cadre de la politique de décentralisation n'est pas clarifié et on s'aperçoit que les initiatives des ONG sont parfois limitées par le vide au niveau central. Une assistance technique au niveau du ministère de la santé axée sur la définition et la mise en pratique de la politique nationale pourrait être très utile pour faire un peu avancer les choses dans le domaine technique. Dans le même sens, afin qu'une vraie politique pharmaceutique puisse démarrer, l'appui technique à la CAMEBU semble vraiment nécessaire. Ces deux assistances techniques ne peuvent bien entendu venir que du « développement »<sup>21</sup>.

#### Pertinence en matière de préparation à l'urgence, flexibilité du Plan

Le PG 2000 tentait de faire face au problème des camps de regroupés. Lorsque que vers la fin de l'année 2000, les camps seront finalement démantelés, grâce à l'approche Aide Humanitaire Elargie, ECHO toucha immédiatement les anciens regroupés désormais éparpillés. L'approche horizontale ciblée sur la Province permit une réponse rapide à cette nouvelle urgence.

le PG 2001 préparait le retour de réfugiés. Au terme de l'année 2001, les réfugiés ne sont pas rentrés : la réserve n'a pas été consommée mais la crise est venue d'ailleurs : au début 2001, l'épidémie de paludisme provoqua une crise nutritionnelle plus grave que prévue. Rédigé en décembre 2000, le PG bien qu'identifiant le problème nutritionnel dans le Nord Est, ne prend peut être pas entièrement la mesure de la gravité de cette crise. Le placement des ONG nutrition dans les zones concernées permit cependant une réaction rapide.

#### Conclusion sur la pertinence de l'intervention

Le programme santé par son approche Aide Humanitaire Elargie, touche effectivement la population dans le besoin c'est à dire ici, la population générale vivant dans les collines. D'abord, il répond à un besoin immédiat, mais il participe aussi à la réhabilitation du pays. Les projets santé, mis en place en milieu ouvert ont pour but d'appuyer l'action du système sanitaire public à la fois par la fourniture d'intrants (médicaments, équipement) et par des mécanismes de transfert de compétence. On peut donc facilement leur substituer des programmes de développement. Le lien avec ces futurs programmes n'est donc pas un problème. L'intervention santé est donc appropriée aux besoins immédiats et potentiellement pérenne. Les programmes nutritionnels même si ils sont répartis en population générale, répondent quant à eux à l'urgence et touchent les bénéficiaires les plus indigents. Ils ont été strictement substitutifs mais en 2000 et 2001, compte tenu de la crise, cette substitution était pertinente.

L'association des deux approches Aide Humanitaire Elargie et Aide d'Urgence ne pose aucun problème. Au contraire, elle devient assez coût-effective si les ONG sont capables de mener plusieurs types d'activités à la fois<sup>22</sup>. Un autre atout de l'association est le placement stratégique qui permet une certaine promptitude dans la réaction en cas d'urgence. Les approches intégrées (actions d'urgence, actions de réhabilitation) et multisectorielles (santé, nutrition, sécurité alimentaire) sont donc à encourager dans la mesure où les ONG concernées peuvent mener plusieurs programmes de front.

#### **Cohérence, complémentarité et coordination**

Les accords d'Arusha ayant été signés seulement au milieu de l'année 2000, très peu de bailleurs de fonds institutionnels apportent jusqu'à présent une aide structurelle au Burundi. En matière de santé, on doit cependant citer le programme PSP II de la Banque Mondiale qui, outre un appui au niveau

---

<sup>21</sup> Ces deux Postes d'Assistance Technique ont été recommandés par la mission ISADE.

<sup>22</sup> Par économies d'échelle.

central, réhabilite certains hôpitaux, ainsi que certaines coopérations bilatérales dont les axes d'orientation sont plutôt l'appui aux hôpitaux centraux et le SIDA<sup>23</sup>. Le programme PREBU de l'Union Européenne, qui fut mis sur les rails au cours de l'année 2000, dans le domaine de la santé, se focalise sur la réhabilitation physique des centres de santé.

En matière de réhabilitation fonctionnelle, pratiquement rien n'existe jusqu'à présent du côté des bailleurs de fonds de développement. Ainsi, ce sont essentiellement les bailleurs de fonds d'urgence, ECHO et OFDA qui apportent le réel appui aux formations et provinces sanitaires. La complémentarité et la coordination avec les bailleurs de fonds non spécialistes de l'urgence durant ces deux années n'a donc pas posé de réels problèmes puisque ECHO comblait un vide. En ce qui concerne la coordination au sein de la communauté des organisations humanitaires d'urgence, on peut dire que celle-ci a grandement bénéficié du dynamisme des correspondants ECHO. Pour le futur, il est évident que l'on attend avec impatience le démarrage du programme santé reliquat du 7<sup>o</sup> FED. A partir de ce moment là, la coordination deviendra bien entendu encore plus importante<sup>24</sup>.

En ce qui concerne les relations avec le ministère de la santé, force est de constater que malgré les efforts des correspondants, la communication reste faible. En effet, ce gouvernement probablement pour des raisons politiques, ne veut plus entendre parler que de développement. Le mandat institutionnel d'ECHO n'est donc pas toujours bien perçu au niveau du ministère. Alors que l'AHE est appréciée, faute de mieux, certaines mesures d'aide d'urgence comme l'inclusion des adultes dans les CNT sont parfois perçus comme imposées et inutiles<sup>25</sup>.

### Programme Nutritionnel : Analyse de la mise en œuvre

#### **Pertinence**

Toute appréciation de la pertinence d'un programme ne peut se faire que par rapport au contexte. Or le contexte nutritionnel s'est modifié considérablement depuis la rédaction du dernier Plan Global. Ainsi, après être passé par un maximum dans les années 2000 et 2001, depuis un an les taux de malnutrition se sont considérablement réduits et la situation semble être en voie de stabilisation<sup>26</sup>.

	Avant 1993	Année 2000 Zones appuyé par ECHO	1 <sup>o</sup> trimestre 2001 Zones Appuyé par ECHO	3 <sup>o</sup> trimestre 2000 Zones Appuyé par ECHO
Malnutrition globale (WH < -2 ZS)	5,6%	Min : 8% - Max :13%	Min : 8,6% - Max : 17,8%	6,4%
Malnutrition sévère (WH < -3 ZS)		Min :0,6% - Max 2,4%	Min : 2,2 % - Max : 4,1%	0,7%
Admissions CNT du pays : Moyenne mensuelle enfants de 0 à 5 ans			Environ 2000 en janv. 2001	Environ 500 en Août 2001

Dans de nombreux pays africains, en l'absence de crise nutritionnelle, un fond de malnutrition existe toujours et il semble que, vers la fin de l'année 2001, une grande partie du Burundi soit revenue à une telle situation. Il convient cependant de rester prudent : la malnutrition au Burundi a une évolution saisonnière; la situation reste précaire et à la merci de n'importe quel type de disruption des activités agricoles (sécheresse, déplacements, violences...), le constat d'amélioration n'est valable que dans les zones où les ONG nutritionnelles travaillent. Parmi les zones où elles ne peuvent travailler, figurent des provinces très à risque de malnutrition car très insécurisées (ex. Makamba, Rutana).

Jusqu'à il y a environ 6 mois, compte tenu de l'urgence, l'intervention nutritionnelle était complètement substitutive puisque prise en charge à 100% par les ONG. Désormais une intégration des services nutritionnels dans les formations sanitaires publiques semble s'imposer. Celle ci est d'ailleurs déjà en marche dans certaines provinces. Dans la mesure où le processus de rétrocession est prudent, ce changement stratégique paraît pertinent. On peut estimer que dans le meilleur des cas il faudra une année pour achever ce processus.

<sup>23</sup> Coopération Belge, Coopération Française, Coopération Italienne.

<sup>24</sup> Nous ne pouvons juger de la coordination avec OFDA puisque le représentant OFDA était absent lors de notre passage au Burundi..

<sup>25</sup> Les distributions générales sont les moins appréciées des mesures d'AHU.

<sup>26</sup> Voir aussi la carte en annexe.



Alors qu'en période de crise le ciblage des bénéficiaires était élargi à toutes les catégories de mal-nourris, le Protocole National de Traitement de la Malnutrition recommande désormais de ne cibler que les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes. Certaines ONG cependant continuent de cibler une population plus élargie incluant adultes et adolescents. Cette dernière approche semble désormais inadaptée au Burundi et ceci pour au moins deux raisons : il existe des « maigres chroniques » (personnes âgées, sidéens, malades chroniques) qui ne guériront certainement pas avec 2 kg de nourriture par semaine; Avec la présence de ces adultes, l'effectif des CNS/CNT est trop grand ce qui freine le processus d'intégration. Il est donc recommandable que toutes les ONG financées par ECHO reviennent au Protocole National.

### **Effacité ('effectiveness')**

L'intervention nutritionnelle financée par ECHO s'appuie sur la surveillance, le dépistage, le traitement des mal-nourris sévères (Centres Nutritionnels Thérapeutiques) et des mal-nourris modérés (Centres Nutritionnels Supplémentaires). Nous allons rapidement examiner ces différents domaines.

#### Surveillance nutritionnelle

La surveillance nutritionnelle se base, entre autres, sur des études anthropométriques standardisées qui sont assez coûteuses en temps et en argent. Depuis quatre ans, les ONG financées par ECHO ont pris l'habitude d'utiliser cet outil et semblent même parfois en abuser. Au Burundi un réseau de dépistage existe (CNS, CNT) et les gens ont pris l'habitude de venir lorsqu'ils suspectent la malnutrition ou tout simplement lorsqu'ils ont faim. Depuis qu'une coordination efficiente a été mis en place, le système de suivi des cas, permet d'avoir une idée de l'évolution d'une situation<sup>27</sup>. Les études nutritionnelles ne sont alors nécessaires que dans deux cas: soit lorsqu'une crise est réellement suspectée, soit si l'on veut faire une comparaison annuelle. Dans ce cas, l'enquête doit être réalisée au pic de la période de soudure<sup>28</sup>. Il nous paraît donc souhaitable que dès 2002, les ONG financées par ECHO ayant prévu des enquêtes nutritionnelles, se synchronisent sur cette période. Toutes les autres enquêtes devront être dûment justifiées auprès d'ECHO.

#### Dépistage de la malnutrition tel que pratiqué actuellement

Le dépistage durant la crise nutritionnelle a généralement été passif, les mères devant prendre l'initiative d'amener leurs enfants au CNS. Au moment de la crise, tiraillées par la faim, les mères en difficultés n'ont pas hésité à s'y déplacer pour vérifier si leurs enfants présentaient des critères de malnutrition. Il n'y avait que peu de problèmes pour détecter les plus vulnérables. Au sortir de la crise, les chiffres de dépistés étant assez loin des objectifs fixés, certaines ONG crurent bon d'effectuer des dépistages actifs dans les collines (par le réseau d'ASB ou par des équipes mobiles). Cette stratégie est assez peu efficace car les problèmes de sécurité limitent le temps consacré au dépistage, l'acceptabilité des mères est par ailleurs souvent faible<sup>29</sup>. Cette stratégie a donc peu d'intérêt.

Ainsi, le recrutement de nouveaux cas doit se faire au CS si l'activité est intégrée, ou au CNS, si elle ne l'est pas. Là, dans les deux cas, on constate qu'au moment des séances, on perd de nombreuses opportunités de dépister d'autres problèmes de santé, certes différents de la malnutrition mais également très graves<sup>30</sup>. Or, avec quelques questions et un examen sommaire, ces problèmes pourraient être reconnus. Maintenant que l'on est sorti de la période aiguë, les équipes ont plus de temps et il semblerait utile de travailler sur l'intégration de la surveillance nutritionnelle dans un dépistage plus global des problèmes de santé des enfants<sup>31</sup>.

<sup>27</sup> Dans les suites de la crise, UNICEF a sérieusement amélioré son volet coordination/surveillance nutritionnelle.

<sup>28</sup> Aux environs des mois de janvier- février de chaque année.

<sup>29</sup> Ce n'est pas parce qu'on dit à une mère d'amener son enfant au CNT qu'elle le fera. Elle a peut être d'autres contraintes que le dépisteur ne connaît pas.

<sup>30</sup> anémie, fièvre palustre, verminoses, enfants non vaccinés...

<sup>31</sup> Cette activité est encore appelée « Consultation d'Enfants Sains ».

### Efficacité des Centres Nutritionnels Thérapeutiques

L'état s'intéressant peu à l'aspect nutritionnel de la santé, jusqu'à 2001 l'activité nutritionnelle thérapeutique était prise en charge à 100% par les ONG. Dans ces conditions les résultats dans les CNT étaient généralement bons<sup>32</sup>. La situation nutritionnelle s'étant progressivement améliorée, les CNT sont désormais peu fréquentés. Parce qu'ils emploient beaucoup de personnel, ces programmes sont à la fois coûteux et compliqués d'un point de vue administratif. Le rapport coût/efficacité des programmes CNT est à l'heure actuelle faible et une réorientation s'impose. Après la confirmation que la saison 2002 A est bonne et si aucune épidémie grave ne fait remonter les chiffres de malnutrition, il est très souhaitable que les ressources attribuées aux CNT appuyés par ECHO soient réadaptées à la baisse.

La reprise des activités nutritionnelles par les structures de l'état est bien entendu souhaitable mais vu le contexte, de grosses difficultés vont exister pour intégrer la récupération nutritionnelle dans les activités normales des hôpitaux. Affaiblis par cette expérience malheureuse d'autonomie de gestion, les hôpitaux fonctionnent désormais au ralenti. Quelques expériences d'intégration dans les services de pédiatrie sont cependant déjà en cours et semblent être assez encourageantes. En fait, ce que l'on constate c'est que tout dépend de la motivation du personnel et à ce titre, les ONG devront trouver des solutions adaptées à chaque cas en évitant d'être trop dogmatiques<sup>33</sup>. Notons que l'idéal pour une bonne intégration serait que l'ONG possède aussi un programme santé avec une composante hospitalière. Dans le cas contraire, il est quand même souhaitable que les ONG strictement nutritionnelles s'impliquent au moins à minima dans les services de pédiatrie<sup>34</sup>.

Dans les endroits en crise où même dans les endroits stratégiques, il est bien évident que des CNT autonomes doivent continuer à être financés par ECHO. Il s'agira par exemple de garder un placement stratégique aux endroits les plus chauds<sup>35</sup>. Dans leurs activités quotidiennes, et en dehors des crises cela n'empêchera pas ces mêmes ONG de progresser lentement vers l'intégration.

### Centres Nutritionnels Supplémentaires

En période de crise, à partir du moment où une quantité suffisante de nourriture est donnée dans les CNS, il ne fait pas de doute que la supplémentation nutritionnelle a un effet bénéfique pour les familles des bénéficiaires. Cependant dans une famille où tout le monde a faim, il est illusoire de croire que cette nourriture normalement réservée à l'enfant, ne sera pas partagée. C'est ainsi que les résultats en terme de guérison sont généralement mitigés pour les CNS. Il ne s'agit cependant pas de rejeter cette activité qui reste probablement efficace en temps de crise, et qui a d'ailleurs d'autres avantages comme ceux de permettre de dépister les mal-nourris sévères, de poursuivre le traitement de mal-nourris sévères lorsqu'ils sortent des CNT ou de cibler les familles à risque pour les programmes de sécurité alimentaire et de distribution. Cependant en dehors des périodes de crise, les avantages cités semblent se dissiper et l'on peut alors sérieusement se questionner sur le coût efficacité des CNS, du moins de ceux qui ne sont pas intégrés. D'une part, les résultats deviennent moins bons surtout lorsque les CNS incluent les adultes modérément mal-nourris<sup>36</sup>; d'autre part, le fonctionnement de ces CNS continue à être très coûteux en logistique et en personnel.

Ainsi, dans la situation actuelle du Burundi, l'intégration des activités de nutrition supplémentaire dans les CS s'impose d'autant que le problème de malnutrition redevenant chronique, la situation telle qu'elle est, va perdurer. Afin que cette intégration soit possible, et compte tenu des mauvais résultats en matière de récupération nutritionnelle chez les adultes, il nous semble essentiel de concentrer l'intervention seulement sur les deux groupes cibles sélectionnés par le Protocole National : les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes/allaitantes mal-nourries.

---

<sup>32</sup> Voir annexe 3.

<sup>33</sup> Nécessité de trouver un moyen de motiver le personnel hospitalier travaillant dans les CNT intégrés tout en évitant une dépendance trop forte vis à vis de l'ONG (LRRD issue).

<sup>34</sup> Dans ce cas, il est recommandable qu'une personne médicale fasse partie de l'équipe expatriée de l'ONG.

<sup>35</sup> ex : Bujumbura rural.

<sup>36</sup> Très peu d'adultes récupèrent souvent parce qu'ils sont malades chroniques .

## Efficienne

Examiner l'efficience de l'intervention nutritionnelle revient avant tout à regarder comment les ONG ont mis en pratique leurs programmes. A ce propos, on constate de grandes différences d'efficience notamment entre les ONG « professionnelles » de la nutrition et les autres. La nutrition ayant des liens étroits avec la médecine, la compétence médicale d'une ONG fait également assez souvent la différence notamment dans le domaine des CNT. Hormis ces deux aspects, surtout parce que les programmes nutritionnels sont très demandeurs en personnel, les différences observées en matière d'efficience sont généralement liées aux aptitudes logistiques et administratives de chacune des ONG. Enfin la capacité de planification des ONG est un facteur déterminant notamment dans le cadre du processus d'intégration. Dans ce domaine, la flexibilité de l'ONG est aussi un gros atout : il existe des ONG d'urgence capable de s'adapter à des problèmes de développement; d'autres en sont incapables. Dans ce cadre là, il est recommandable que lors de leur prochaine proposition, les ONG oeuvrant en nutrition présentent un plan précis de désengagement et de réduction d'effectif pour l'année 2002.

L'autre facteur qui détermine l'efficience de l'intervention nutritionnelle d'ECHO est le degré de coordination des actions des différents intervenants. Ceci a pu être mis en évidence lors de la dernière crise en début d'année 2001. Là, la réponse fut un peu tardive car les systèmes d'alertes précoces fonctionnaient mal. Depuis, en tout cas dans le domaine de la nutrition, la coordination semble s'être considérablement améliorée notamment grâce à une implication plus forte de l'UNICEF<sup>37</sup>.

## Impact

Nul doute qu'en 2000 et 2001, l'intervention nutritionnelle financée par ECHO a eu un impact direct positif sur la survie des populations sinistrées. Comme il est dit précédemment, désormais et même si la situation peut changer du jour au lendemain, la plus part des provinces appuyées rentrent dans une phase de réhabilitation et l'intervention nutritionnelle doit se faire plus légère et plus intégrée.

Une critique fréquemment entendue est qu'en distribuant de la nourriture (CNS), on a tendance à rendre les bénéficiaires dépendants de l'aide humanitaire. Cette remarque a quelque chose de pertinent puisque dans certains cas, des incitants importants ont été donnés aux bénéficiaires des CNS et CNT<sup>38</sup>. Pour le futur, il semble donc recommandable que l'on cesse ce genre de pratiques et que l'on s'en tienne aux populations cibles habituelles: enfants de moins de 5 ans mal-nourris, femmes enceintes/allaitantes mal-nourries.

## Pérennité/LRRD

Ce domaine a largement été abordé au cours de la discussion sur l'efficacité. Il est ainsi évident qu'avec un taux de malnutrition revenant dans les limites de la normale pour le pays, la viabilité des interventions nutritionnelles passe par l'intégration des activités dans celles des structures publiques. Les hôpitaux devront traiter les mal-nourris sévères ; si de la nourriture continue à être donnée pour cette activité, les distributions de rations alimentaires aux modérément mal-nourris devront continuer dans les centres de santé. Vu l'incertitude politique, vu la précarité alimentaire persistante, vu que les structures publiques médicales sont encore très faibles, il ne semble cependant pas pertinent de se hâter trop pour cette intégration. La remise/reprise des programmes nutritionnels doit donc se faire progressivement obéissant à un chronogramme précis évoluant sur un minimum d'un an. Ainsi, s'il se confirme que la saison de soudure s'est bien passée, il est tout à fait souhaitable que les ONG présentent un plan précis de réduction d'activités et d'intégration à partir de février 2002.

---

<sup>37</sup> Des systèmes d'alertes précoces efficaces manquaient 1° pour la sécurité alimentaire, 2° pour la surveillance des Maladies à Potentiel Epidémique, 3° pour le suivi de la malnutrition. Un certain manque de coordination fut noté entre les trois secteurs. Enfin, la modification du protocole de traitement du paludisme fut trop tardive alors qu'on avait de réels doutes sur la résistance du parasite. Compte tenu de la fragilité de la situation du Burundi, il est donc recommandable que ces systèmes de surveillance et de coordination technique soient renforcés dans le futur (sous l'égide des Nations-Unis par exemple).

<sup>38</sup> rations de protection des rations CNS ; kits de sortie de CNT.

**Programme Santé : Analyse de la mise en œuvre****Pertinence de l'intervention en matière de santé**

Dans le domaine de la santé, ECHO adopte le principe d'Aide Humanitaire Elargie et concentre son effort sur l'appui à la province. Au sein de la province, ECHO se focalise surtout sur les soins de santé primaires et donc sur la revitalisation des centres de santé avec pour objectif l'accessibilité aux médicaments, l'amélioration de la qualité des soins et de l'autonomisation de la gestion dans les CS. L'intervention au niveau des hôpitaux de niveau provincial, est par contre minimale voire absente. Cette absence est dommageable car il est maintenant reconnu qu'un district est un tout et que, sans un hôpital de référence performant, le système en son entier perd toute sa crédibilité auprès des populations. Il paraît donc souhaitable que, là où c'est possible, ECHO intervienne aussi au premier niveau de référence, c'est à dire dans les hôpitaux<sup>39</sup>. Depuis l'expérience malheureuse de la mise en autonomie de gestion, les hôpitaux public du Burundi se sont vidés de leurs patients. Pour retrouver un certain standard et une certaine fréquentation, ces hôpitaux ont besoin de beaucoup de support particulièrement dans le domaine des médicaments, de la nutrition des malades mais aussi en ce qui concerne l'appui à certains services comme par exemple la maternité ou le service de pédiatrie. Ce dernier service, pourtant extrêmement important, compte tenu du coût des soins, n'est en effet désormais plus du tout accessible aux pauvres ; or c'est l'endroit où on peut réellement sauver des vies<sup>40</sup>. S'il doit exister dans les futurs programmes, il serait donc souhaitable que l'appui technique aux hôpitaux, inclue une intervention en pédiatrie.

D'une manière générale, toute intervention dans le domaine hospitalier devra être à la fois technique et sociale. C'est à cette seule condition que les malades reviendront dans les hôpitaux.

- ❖ D'un point de vue technique, ECHO doit pousser les ONG à s'engager dans l'amélioration des prestations des hôpitaux lorsque cela paraît possible. Deux types d'interventions sont envisageables: soit une intervention élargie où l'ONG prend en charge la majorité des services d'un hôpital, et là il faut être très vigilant sur l'aspect pérennité des actions; soit des appuis spécifiques sur des domaines précis (comme par exemple une intervention dans le service de pédiatrie).
- ❖ D'un point de vue social, deux objectifs sont à poursuivre : l'amélioration de l'accessibilité financière de toute la population, objectif réalisable par un subventionnement des médicaments; et l'amélioration spécifique de l'accessibilité des indigents à l'hôpital. Là, il serait souhaitable que les ONG acceptent de s'impliquer dans les procédures d'exemption et le support aux indigents<sup>41</sup>. Notons enfin qu'apporter un appui en médicaments dans un hôpital peut permettre d'obtenir un certain droit de regard, par exemple sur les tarifs imposés aux patients ce qui est utile lorsqu'on veut s'attaquer au problèmes d'accessibilité financière.

Ces programmes sont souhaitables mais complexes. Tout dépendra en fait de l'efficacité de l'ONG en place. En fonction de la capacité de chaque ONG, ECHO devra déterminer s'il est possible d'initier tout ou partie de ce genre d'intervention. Il pourra s'agir d'interventions intégrées ou même d'interventions très ponctuelles par exemple uniquement dans le domaine de l'accessibilité financière aux soins<sup>42</sup>.

<sup>39</sup> ici il s'agit en général de l'hôpital provincial mais parfois des unités plus décentralisées peuvent exister et là aussi il peut être intéressant d'y intervenir. L'intervention ponctuelle même avec des structures confessionnelles n'est, elle non plus, pas à rejeter de prime abord..

<sup>40</sup> C'est dans le service de pédiatrie que l'on transfuse les enfants anémiés (conséquence fréquente du paludisme). C'est là où, d'une manière générale, on soigne les cas graves. C'est également dans ce service que devraient être traités les sévèrement mal-nourris..

<sup>41</sup> A ce titre là, l'expérience d'ACF avec les cantines pour indigents à Bujumbura est intéressante et probablement reproductible.

<sup>42</sup> Ex. coopération avec des hôpitaux confessionnels dignes de confiance sur le remboursement des soins des indigents .

**Efficacité (effectiveness)**Appui horizontal (AHE) : Centre de Santé

Le premier des appuis concerne bien entendu l'approvisionnement en médicaments. Le pipeline des ONG étant généralement bon, l'intervention est efficace à ce niveau : dans les formations sanitaires appuyées, le médicament générique est présent. Ce simple fait a permis de faire redémarrer les activités curatives dans les CS. Les ONG tentent également de travailler sur la qualité des soins grâce à des programmes de formations et surtout grâce à une supervision intensive<sup>43</sup>. Hélas, à ce niveau, les résultats semblent être extrêmement mitigés. Parfois acceptables, dans ce cas on trouve toujours un titulaire intelligent et motivé<sup>44</sup> ; assez souvent catastrophiques : la prescription est complètement irrationnelle, les soins infirmiers sont négligés, l'hygiène est déficiente. Comme partout ailleurs dans les pays où les fonctionnaires sont mal payés, existe un problème de motivation. La corruption est également bien installée et tout se paye. Enfin, dans certains endroits la guerre sévit encore ce qui complique tout. Au total, malgré l'intervention, les résultats en matière d'amélioration de la qualité des prestations et des soins restent assez médiocres sur les programmes appuyés.

Mais dans ces conditions, comment donc améliorer la qualité. A l'heure actuelle l'une des solutions semble passer par la Participation Communautaire au Financement et la Gestion des Formations Sanitaires, en d'autres mots, le Recouvrement des coûts. Il nous semble tout à fait pertinent que les ONG aident les provinces et les communautés à s'engager dans cette voie<sup>45</sup>.

Appui horizontal (AHE) : Bureau Provincial de la Santé

Depuis l'initiative de décentralisation, le Médecin Provincial a la responsabilité de coordonner l'ensemble des activités sanitaires de sa province. Alors que dans certains programmes financés par ECHO, très peu d'appui à la province a été consenti, dans d'autres un appui à la gestion a été initié notamment par le renforcement de Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement, par le renforcement du Système d'Information Sanitaire et par la réalisation de formations à l'intention des cadres provinciaux. Ces initiatives semblent donner quelques résultats positifs même si l'absence d'assistance du niveau central limite l'impact de ces actions.

Lorsqu'elles sont soutenues par le gouverneur, certaines ONG avec le Médecin Provincial, tentent déjà de mettre en place le système de recouvrement des coûts dans les centres de santé. Ce processus est vraiment en démarrage et on est plutôt au stade de conception que de mise en place. Même si le contexte est difficile, on ne peut qu'encourager ces ONG à continuer dans cette voie.

Programmes à base communautaire :

Programme Agent de Santé de Base : Les programmes d'ASB ont été mis en place surtout afin d'améliorer la communication entre les collines et le système sanitaire. Même si dans certains cas, certains volontaires motivés ont semblé faire du bon travail, on est en droit de douter de l'efficacité globale de ces interventions et surtout de leur viabilité. N'oublions pas que dans de nombreux endroits dans le monde, sur le moyen terme, ces initiatives ont été des échecs. Or ici, tout porte à croire que la cohésion communautaire est encore plus faible qu'ailleurs. Il est donc très souhaitable que les ONG qui ont entamé ces programmes évaluent leur impacts. A partir de là, on pourra décider s'il faut continuer ou non sur cette voie.

Programme Accoucheuses Traditionnelles : Il semble qu'au Burundi il est coutumier de faire appel à une professionnelle pour assister l'accouchement. La première condition pour le démarrage d'un tel programme, que les AT existent dans le milieu, est présente. N'ayant pour la plus part pas bénéficié de formation, le niveau de connaissance de base de ces femmes est très bas. Il semble donc tout à fait pertinent et efficace de mettre en place ce genre de programme. L'effort doit cependant être mis sur

---

<sup>43</sup> Passage des expatriés jusqu'à une fois par semaine dans chaque centre dans certains projets.

<sup>44</sup> Certaines ONG ont décidé de renforcer le staff local par du personnel payé par l'ONG et, fort logiquement dans ce cas, les résultats sont meilleurs.

<sup>45</sup> Pour une argumentation plus complète sur cette affirmation, le lecteur peut se reporter à l'annexe 1.

l'identification des AT et le maintien d'un lien étroit entre ces AT et le système sanitaire. Certaines ONG en imposant pour une certaine période, ces AT à venir faire accoucher les femmes au CS ont su maintenir ce lien. C'est une bonne initiative à encourager. Ceci dit, de la même manière que pour les ASB, les programmes AT devront être assez rapidement évalués.

#### Autres programmes

Un programme de formation de chirurgiens a été financé par ECHO <sup>46</sup>. Le problème rencontré a été que le ministère de la santé a été incapable de tenir ses engagements en matière d'affectation et de rémunération, et que désormais au moins une partie des chirurgiens formés a quitté son lieu d'affectation.

Un programme courant sur plusieurs années de transfert de compétences en physiothérapie et appareillage pour handicapés vient de bénéficier de son dernier financement ECHO. Désormais, les équipes formées devraient, avec un minimum de support financier externe, pouvoir continuer leur action de manière autonome.

Un programme de contrôle de vecteurs par distribution de moustiquaires et pulvérisation domiciliaire dans l'ensemble de la zone côtière du Burundi est toujours en cours. Malgré l'enthousiasme ambiant au sein des ministères provoqué par le projet Roll Back Malaria de l'OMS, les évaluateurs mais aussi les responsables du programme concerné émettent de gros doutes quant à l'efficacité de cet aspect du programme pourtant très cher. De surcroît, il est clair qu'il ne s'agit pas d'une mesure d'urgence puisque qu'on vise la réduction de la prévalence palustre. Il ne nous semble donc pas pertinent de continuer dans cette voie sauf dans le cas où la distribution est ciblée <sup>47</sup>. D'une manière générale, il nous semble que le programme Roll Back Malaria est par excellence un programme de développement et que donc sa philosophie est très difficile à comprendre pour un organisme urgentiste. Même si l'épidémie de paludisme au Burundi a été un événement traumatisant, désormais, il est probable que le Burundi va devenir un pays d'endémie palustre classique. A ce titre, le paludisme devra être traité comme dans d'autres pays où il est endémique et où le Roll Back Malaria est moins visible: tout simplement à travers le système de soin national, chose où ECHO est finalement déjà impliqué au Burundi.

Un programme de renforcement du PEV a été financé. Alors que l'on pourrait dire que là aussi il ne s'agit pas d'une mesure d'urgence, ici on peut pondérer cette affirmation car des besoins urgents existent. Or aucun bailleur de fonds de développement n'est en mesure actuellement de financer des achats de vaccins et de réfrigérateurs <sup>48</sup>. Dans ce cadre là, le financement de ce programme était pertinent.

#### **Efficiences ('efficiency')**

En matière de santé aussi, l'efficacité varie en fonction des ONG. Comme toujours, les ONG habituées à travailler dans le domaine de l'Aide Humanitaire d'Urgence, ont du mal à évoluer dans des milieux ouverts. Ici, tout est différent. L'ONG n'est plus le patron, le patron c'est la contre partie locale, le Médecin Provincial et surtout le gouverneur. Pour les ONG, il s'agit d'abord d'entretenir de bonnes relations avec ces autorités locales tout en les persuadant d'aller de l'avant. Avec eux, il s'agit de développer des stratégies innovantes car dans pas mal de domaines, tout est à construire <sup>49</sup>.

C'est un travail passionnant qui demande à la fois beaucoup d'expérience et de diplomatie. Hélas, cette expertise manque souvent dans les ONG et on en revient au problème de leur professionnalisme. Dans de tels programmes, pour faire avancer les choses, il faut au moins une personne expérimentée prête à rester quelque temps sur la mission. Bien sûr, vu le fonctionnement de la plus part des ONG, cette personne est difficile à recruter. Ceci est clairement la plus importante des limitations de

---

<sup>46</sup> formation en chirurgie de base à l'hôpital de Bururi .

<sup>47</sup> exemple : femmes enceintes. Dans ce cas l'objectif à court terme est la réduction de l'anémie palustre en préparation de l'accouchement..

<sup>48</sup> La durée de vie d'un réfrigérateur est estimée à 10 ans. Or, cela fait presque 9 ans que la guerre a démarré au Burundi.

<sup>49</sup> On pourrait presque parler de Recherche Opérationnelle : mise en place du Recouvrement des Coûts; démarrage Pharmacie Provinciale d'Approvisionnement, Intégration CNT/CNS, intervention hospitalière .

l'efficacité des ONG dans le cadre d'une approche non standardisée comme celle de l'Aide Humanitaire Elargie. C'est un problème structurel que l'on retrouve partout dans le monde : les ONG doivent professionnaliser leur cadres en place sur le terrain et pour cela, elles doivent offrir des rémunérations et avantages plus attrayants au moins aux personnes-clé des missions.

De surcroît, au Burundi la majorité des ONG financées actuellement par ECHO, n'est pas spécialiste de la santé. Ces ONG ont donc du mal à recruter des spécialistes santé publique ; elles ont même du mal à recruter des médecins. Leur staff expatrié est souvent jeune et peu expérimenté.

Généralement bien conscientes de leurs faiblesses, les ONG sont ainsi réticentes à s'engager plus avant dans le domaine de la santé. Cela induit un problème de capacité d'absorption au Burundi dans le domaine: il est difficile pour les correspondants ECHO de trouver ces ONG « courageuses et compétentes » acceptant de s'impliquer dans des programmes santé en milieux ouverts. D'autant plus que le Burundi n'a pas bonne réputation en matière de sécurité. Même si il est souhaitable que la part du budget santé augmente dans l'enveloppe ECHO 2002, il n'est pas sûr que l'on puisse monter des projets santé ambitieux avec des ONG compétentes.

### **Impact**

Comme nous l'avons vu, l'impact direct en terme de réduction de la mortalité liée aux maladies est probablement à l'heure actuelle limité. Même si les médicaments sont accessibles, même si les consultations curatives ont réellement lieu, la qualité des prestations dans l'ensemble, reste en général médiocre et souvent bien que consultés, les malades ne sont pas guéris. Enormément de choses sont à faire dans le domaine de la qualité pour réellement avoir un impact à ce niveau.

Quant à l'impact en matière de revitalisation des structures sanitaires, il n'est pas à négliger: les activités ont redémarré et les taux d'utilisation continuent d'augmenter. Au niveau des provinces appuyées, une administration sanitaire commence à se mettre en place même si l'on peut regretter le faible niveau de support du ministère de la santé. Le processus de réhabilitation, même s'il est lent, est en cours.

Enfin la présence de ces programmes d'Aide Humanitaire Elargie donne une lueur d'espoir quant à la normalisation de la situation au Burundi.

### **Pérennité/LRRD**

Encore beaucoup de route est à faire avant que le système Burundais retrouve son niveau d'avant la guerre. Dans le cadre de la reconstruction, l'intervention des bailleurs de développement s'est concentrée jusqu'à présent sur le renforcement des structures centrales et la réhabilitation physique de certains centres de santé et hôpitaux. Le reste, tout le *software* est pris en charge par les bailleurs de fonds d'urgence (ECHO, OFDA).

Le seul programme pouvant dans un futur proche avoir un lien direct avec les programmes santé ECHO actuels, est le programme 7° FED. Si l'on s'en tient au plan proposé par le bureau d'étude ISADE, il ne semble pas y avoir de problème de transition entre les deux. Alors que le FED renforcera surtout le niveau central, les ONG financées par ECHO continueront de travailler sur les provinces. Ceci se fera dans le cadre du « District Opérationnel », stratégie qui d'ores et déjà est préparée par l'approche « Aide Humanitaire Elargie ». Il est même possible que le FED et ECHO financent les mêmes programmes en périphérie<sup>50</sup>. Cette hypothèse même si elle est très souhaitable paraît cependant peu probable aux évaluateurs car le temps est trop court et le budget du 7° FED trop faible. D'où l'intérêt pour la Commission Européenne de vite réfléchir au 9° FED où on l'espère, une forte composante santé existera.

---

<sup>50</sup> D'après la proposition d'Isade, il est prévu une intervention à Cibitoke, Bubanza et Budjumbura rural où ECHO est déjà présent en santé.

## **ASPECTS TRANSVERSAUX**

### **Aspect genre**

L'aspect genre ne semble poser aucun problème au Burundi. Bien sûr les femmes sont les plus exposées aux maladies et à la malnutrition tout simplement parce qu'elle travaillent plus et qu'elles ont de surcroît à s'occuper de leurs enfants. A l'inverse, il existe quand même une discrimination par rapport aux hommes mal-nourris qui parfois n'ont pas accès aux centres nutritionnels.

### **Sécurité**

Dans les endroits les plus difficiles du point de vue sécurité, actuellement la zone entourant Budjumbura, certains centres de santé sont carrément envahis par les militaires ce qui limite considérablement les ambitions en matière d'amélioration de la qualité des prestations ou d'amélioration de l'accessibilité. D'autres sont régulièrement pillés par l'un ou l'autre des belligérants. Dans tous ces endroits, il faut donc se contenter de peu et fixer des objectifs très simples.

### **SIDA**

Jusqu'à présent les programmes financés par ECHO n'interviennent pas en matière de SIDA. En annexe 2 le lecteur trouvera cependant une argumentation sur la pertinence et la faisabilité d'interventions SIDA financées par ECHO au Burundi.

## **CONCLUSIONS SUR LES PLANS GLOBAUX**

L'approche d'ECHO au Burundi est pertinente tant en ce qui concerne l'urgence pure que l'Aide Humanitaire Elargie. Le bilan des Plans Globaux 2000 et 2001 est satisfaisant. Ainsi, l'année passée ECHO a pu répondre à une urgence nutritionnelle assez grave tout en continuant de faire fonctionner ses programmes réguliers dans les zones où la situation sécuritaire s'améliorait.

Dans les suites de cette urgence mais dans un contexte labile, la direction à donner aux programmes nutritionnels est claire, il s'agit de réduire leurs volumes et de les intégrer dans les structures publiques. Dans le domaine santé, les programmes devront répondre aux besoins immédiats (soin aux malades), mais aussi aux besoins à moyen terme (réhabilitation du système). Concentrant l'intervention sur ces systèmes, les ONG devront s'impliquer plus dans le transfert de compétence au niveau de la province, des centres de santé et des communautés. L'idéal pour le futur proche serait la mise en place de programmes intégrés associant santé, nutrition, sécurité alimentaire, et où en santé, le travail se ferait au niveau des Bureaux Provinciaux de la Santé, des centres de santé mais aussi des hôpitaux notamment en pédiatrie.

D'un point de vue financier, les budgets des programmes nutritionnels devront décroître, l'effort se faisant surtout sur la santé.

## **RECOMMANDATIONS**

### **Recommandations en matière de nutrition**

A partir de début 2002, aux endroits où la situation en matière de sécurité est correcte, les ONG devront présenter un plan de désengagement graduel sur environ un an. Ce plan devra comprendre une réduction progressive mais drastique des effectifs actuellement employés dans les CNT et CNS; parallèlement, l'intégration progressive des services nutritionnels dans les formations sanitaires publiques devra être organisée (CNT dans les hôpitaux ; CNS dans les CS).

Même si à terme les programmes nutritionnels devront être repris par la fonction publique, dans une certaine mesure, ECHO pourra admettre le maintien de certaines ONG nutritionnelles dans les endroits les plus stratégiques ceci afin d'améliorer la promptitude de la réponse en cas d'urgence nutritionnelle. Ces endroits stratégiques ne devraient non seulement viser les provinces touchées par l'insécurité mais



également les provinces à haute insécurité alimentaire. Dans ce même cadre, ECHO doit d'ores et déjà se préparer à intervenir dans des zones géographiques où un potentiel de crise nutritionnelle grave existe (au sud par exemple).

D'un point de vue technique la réorientation implique un retour rapide au protocole national pour le traitement de la malnutrition (groupe cible: femmes enceintes et enfants mal-nourris uniquement), l'arrêt du dépistage avancé dans les collines, l'arrêt des incitants pour venir aux CNS/CNT (kits de sortie) ainsi que l'utilisation parcimonieuse des enquêtes nutritionnelles. Et bien entendu un travail approfondi au niveau des structures publiques qui devront prendre le relais. Il y aura donc besoin si possible d'un appui direct à l'hôpital et aux centres de santé sinon d'un appui indirect aux services de santé impliqués dans la nutrition (au minimum un appui technique qui devra continuer après la reprise des centres nutritionnels par les structures sanitaires publiques).

### **Recommandations en matière de santé**

Il nous semble pertinent de continuer avec l'approche Aide Humanitaire Elargie.

Au niveau des centres de santé cela signifie : un appui en médicaments, un travail de fond sur la qualité de la prestation, l'aide à la mise en place du recouvrement des coûts, la stimulation de la participation communautaire par l'intermédiaire de la mise en place de comités de gestion.

Au niveau des provinces, afin de préparer la reprise par les bailleurs de développement, cela signifie un transfert de compétence important envers le personnel provincial (entre autres domaines dans la mise en place des pharmacies provinciales).

Au niveau des hôpitaux cela pourrait signifier, un appui en médicaments afin de réduire les coûts globaux aux patients, un appui spécifique à certains services (en particulier en pédiatrie) et éventuellement un appui social aux indigents (nutrition des indigents, procédures d'exemptions...)

Les programmes ASB et AT initiés par les ONG devront être évalués afin de déterminer quel est leur impact et si il est intéressant de continuer à les financer

Enfin les programmes de distribution de moustiquaires tels qu'ils sont devront laisser la place à des programmes ciblant les populations à risque (femmes enceintes) .

### **Recommandations générales**

A moyen terme, il est très souhaitable que les programmes de développement reprennent avec notamment en santé la mise en place d'une Assistance Technique au niveau central pour une meilleure définition et implantation de la politique sectorielle santé ainsi que la revitalisation de Centrale Nationale d'Achat des médicaments (7° FED).

### **ENSEIGNEMENTS**

La crise nutritionnelle de l'hiver dernier a montré l'intérêt de systèmes d'alerte précoce performants dans les domaines nutritionnels, médicaux et en matière de sécurité alimentaire. La coordination entre les trois secteurs est également essentielle. Dans le cadre de la préparation de l'Urgence, les Nations Unis ont donc un rôle essentiel à jouer dans ce domaine .

En milieu ouverts, les ONG doivent faire preuve d'un professionnalisme certain: il est ainsi essentiel que les ONG au Burundi puissent en permanence disposer sur le terrain d'au moins une personne expérimentée dans le domaine de l'Aide Humanitaire Elargie. Des compétences de santé publique et des compétences médicales sont donc généralement souhaitables et ceci même pour les ONG travaillant seulement dans le domaine nutritionnel. Le futur de l'humanitaire étant probablement en milieu ouvert, les ONG doivent donc se professionnaliser et se donner les moyens de recruter du personnel plus compétent.

## ANNEXES

- Annexe 1 :** Justification de l'utilisation du système de recouvrement des coûts comme moyen d'améliorer la qualité au Burundi
- Annexe 2 :** Lutte contre le SIDA au Burundi : quelle peut être la position d'ECHO.
- Annexe 3 :** Activités & Résultats des CNS et CNT sur 4 trimestres .
- Annexe 4 :** Carte des programmes santé financés par ECHO. Carte de la malnutrition au début de 2001
- Annexe 5 :** Abréviations
- Annexe 6 :** Agenda de la mission (santé) et liste des personnes interviewées
- Annexe 7 :** Termes de référence de la mission

## ANNEXE 1

### **Justification de l'utilisation du système de recouvrement des coûts comme moyen d'améliorer la qualité des soins au Burundi**

Lorsqu'on examine l'expérience de mise en autonomie de gestion des hôpitaux burundais, on comprend vite pourquoi celle-ci fut un échec : les patients ne pouvaient pas payer ce que leur facturaient ces hôpitaux puisque l'intégralité des coûts y était incluse. Faire césarianiser sa femme coûtait le prix d'un lopin de terre et le paysan réfléchissait. De toute façon, la qualité notoirement mauvaise de ces hôpitaux faisait que personne ne voulait s'y faire soigner ; en clair, l'échec de cette expérience ne justifie pas l'abandon de toute idée de participation financière de la part de la population.

Si on avait commencé l'expérience d'autonomie de gestion par les centres de santé, les coûts auraient été nettement plus abordables pour les patients: même aujourd'hui, la plus part des gens peuvent payer au moins la première consultation au CS. D'ailleurs, mettre en recouvrement des coûts ne veut pas forcément dire que les patients doivent tout payer, le projet est là pour subventionner. Ce qu'il faut savoir par ailleurs, c'est qu'actuellement lorsqu'une personne consulte dans n'importe quel CS du Burundi, elle paye, même si ce n'est pas officiel. C'est la dure loi du marché et même sur la mille-unième colline du Burundi, cette loi fonctionne. La mise en RC ne fait finalement que légaliser en le contrôlant, un échange économique qui de toute façon se fait déjà.

Dans une communauté, tout le monde a intérêt à ce que le centre de santé fonctionne correctement. Il est en général possible de stimuler la participation communautaire autour de celui-ci. Le CS devient alors une entreprise possédée par la communauté qui fonctionne avec des règles économiques classiques: le CS a des coûts: primes au personnel, consommables, médicaments à prix subventionnés; et a des recettes: actes et vente de médicaments. Tout en gardant un objectif communautaire, on est passé d'une logique publique à une logique privée :

Pour accroître ses recettes , le CS doit recruter plus de patients. Pour recruter plus de patients, le CS doit montrer qu'il est efficace et doit donc améliorer la qualité de sa prestation. Dans une logique d'entreprise le CS va tenter de rémunérer son personnel au rendement, rendement quantitatif voir rendement à la qualité. C'est tout à fait possible pour un CS en recouvrement des coûts en particulier quand l'autre coût important, l'achat des médicaments est subventionné par un programme humanitaire. Le RC a ainsi l'énorme avantage de générer des fonds dont une partie peut être réutilisée pour améliorer la qualité. Avec la politique du RC, Il y a donc un certain espoir d'amélioration de la prestation.

Ainsi, le RC semble être un des seuls moyens efficaces pour ramener un semblant de qualité dans les centres de santé. Les CS du Burundi étant généralement bien fréquentés, avec une petite subvention sur l'achat des médicaments, il est possible de mettre en place un système efficace et très peu coûteux pour le patient. Le fait de mettre en place un système subventionné n'est pas un problème pour le bailleur de fond d'urgence car la dépendance vis de l'ONG est finalement moindre que dans un système où tout est officiellement gratuit. Avec l'amélioration de la situation économique du pays, la part de la subvention pourra normalement diminuer au fil des années. D'ailleurs, L'important au moment présent, n'est pas tellement de recouvrir les coûts mais plutôt de remettre en place un système et d'améliorer la qualité des soins.

D'un point de vue pratique, le Recouvrement des Coûts nécessite

- ❖ que l'on imagine et mette en place des procédures de gestion transparentes
- ❖ que l'on passe du temps à mettre en place les comités de gestion efficaces et représentatifs
- ❖ que l'on forme les différents acteurs : personnel de centres & comités de gestion
- ❖ que l'on assure une présence régulière pour un suivi étroit (supervision).
- ❖ Que l'on finance une partie du prix des médicaments (ce qui est déjà le cas dans les programmes santé au Burundi).

## Annexe 2 : Lutte Contre le Sida au Burundi : qu'elle peut être la position d'ECHO

Dans les termes de référence du consultant santé, il est demandé d'examiner quelle est la possibilité pour ECHO d'intervenir sur ce problème épineux qu'est le SIDA. Bien qu'à priori, vu son mandat, il peut paraître très difficile à ECHO d'intervenir, nous avons jugé utile de faire le point sur les interventions couramment recommandées dans la lutte contre le SIDA, et d'examiner leur pertinences et leur faisabilité dans le cadre d'un financement ECHO.

### Prévention

<i>Domaine d'intervention</i>	<i>Type d'activité</i>	<i>Commentaires</i>	<i>Pertinence d'une intervention sous le mandat d'ECHO</i>
<b>Réduction des comportements à risque</b>	IEC généraliste ou ciblage sur des groupes à risque	Pour être efficaces, les actions IEC doivent s'inscrire dans la continuité Il s'agit clairement du développement. L'impact de l'IEC ne peut se faire ressentir qu'après des années.	<i>Nulle</i>
<b>Accessibilité au préservatif</b>	Marketing Social, distribution gratuite	L'ONG spécialisée PSI est là mais l'achat reste faible. Même lorsque des distributions sont faites, le préservatif est peu utilisé et parfois mal vu dans les campagnes	<b>Faible.</b> Toutes les opportunités devraient être cependant prises pour mettre à disposition des préservatifs gratuits dans les missions
<b>diagnostic &amp; traitement des MST</b>	Traitement par approche syndromique dans les formations sanitaires pour tous les cas de MST	Les gens ne consultent que très peu au CS en milieu rural pour des problèmes de MST probablement en raison du stigma et du manque de confiance dans les centres (confidentialité ??)  Seul au niveau de certains hôpitaux un certain degré de confidentialité pourrait être assuré. C'est à ces seuls endroits que l'on peut espérer monter une consultation MST .	<b>Moyenne dans le cadre de l'AHE.</b> Les médicaments spécifiques utilisés pour l'approche syndromique devraient être mis à disposition dans les hôpitaux et éventuellement les CS; des training peuvent être organisés. On pourrait envisager une consultation spécifique MST à certains endroits ou pour certains groupes cibles : prostituées,...
<b>Dépistage volontaire anonyme</b>	Services de Voluntary Counselling & Testing  Il y a déjà 88 centres dans le pays mais la répartition est inégale entre les milieux urbains et ruraux. La qualité du travail n'est pas connue	En milieu rural il est probable que très peu de gens seront volontaires pour se faire tester. Attention également aux dépistages faussement volontaires.  Si l'on n'apporte pas un soutien réel en cas de diagnostic positif, le VCT fait certainement beaucoup de mal aux patients à qui on ajoute un fardeau psychologique. Cette activité fondamentale, si elle doit être mise en place, doit l'être sérieusement : Les pré et post test doivent être bien faits, L'action de support psychologique en cas de résultat positif doit s'inscrire dans le temps. Des relais doivent être organisés avec des ONG ou groupes de séropositifs ...	<b>Nulle.</b> Le mode d'intervention d'ECHO ne permet pas de mettre en place ce type d'activité .

<i>Domaine d'intervention</i>	<i>Type d'activité</i>	<i>Commentaires</i>	<i>Pertinence d'une intervention sous le mandat d'ECHO</i>
<b>Réduction transmission mère enfant</b>	Traitement ARV à la mère au moment de l'accouchement  action entreprise dans un seul centre dans la ville de Bujumbura (Buyenzi supporté par UNICEF)	Cette intervention est beaucoup plus compliquée qu'elle n'y paraît. Elle doit comprendre VCT, accouchements dans de bonnes conditions, promotion de l'allaitement artificiel, appui psychologique et social (relais à des réseaux de PLWA ou d'autres ONG, AGR), Soutien de l'orphelin après que sa mère soit morte.  Dans un milieu où la prévalence est modérée, où les mères sont très peu conscientisées, les chances de recrutement de femmes enceintes par vrai et honnête VCT sont faibles. Par ailleurs, très peu de femmes accouchent dans les centres de santé et dans les hôpitaux.  Dans un hôpital qui ferait 100 accouchements par mois avec une prévalence de 10% et un taux d'acceptation du test de 50% on peut sauver environ 20 à 30 enfants par an (qui risquent de mourir si l'allaitement artificiel est choisi et mal appliqué et qui à terme deviendront orphelins) .	<b>Faible</b> : Cette action ne peut être rejetée parce qu'elle n'est pas pertinente mais il s'agit d'un programme en soit. A devoir le démarrer, il faut que cela soit dans de bonnes conditions. Ces conditions ne sont pas remplies dans les zones supportées par ECHO (il n'y a pratiquement aucun hôpital qui fait 100 accouchements/ mois dans les provinces rurales) .  Persiste le problème de la pérennité de l'action. Ce n'est pas une action qui peut s'arrêter du jour au lendemain  On peut tout de même se questionner sur le coût efficacité de l'intervention surtout si on raisonne en terme de coût d'opportunités (autres interventions SIDA plus coût-efficaces ?)
<b>Prévention de la transmission par transfusion</b>	Il existe un programme national mettant à disposition du sang dans les services hospitaliers.	Compte tenu de la prévalence du paludisme, de nombreuses transfusions sont nécessaires. Certains hôpitaux n'ont pas accès au programme. Le nombre de transfusions données par hôpital est déterminé par des quotas et est parfois trop faible	<b>Nulle</b> . Si ce n'est de s'assurer de la qualité des transfusions dans les structures sanitaires appuyées
<b>Prévention des contaminations accidentelles</b>	travail dans les hôpitaux et CS	Ce travail fait partie de l'amélioration générale de la qualité des prestations dans les formations sanitaires appuyées.	<b>Importante dans le cadre de l'AHE</b> : Toutes les ONG devraient inscrire un objectif spécifique clair dans leurs propositions concernant l'hygiène et la réduction des contaminations iatrogènes

Prise en charge

<i>Domaine d'intervention</i>	<i>Type d'activité</i>	Commentaires	<i>Pertinence d'une intervention sous le mandat d'ECHO</i>
Traitements de la tuberculose	Un programme national existe : le PNLT	L'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des tuberculoses est toujours souhaitable	<b>Moyenne dans le cadre de l'AHE</b> , une collaboration devra se faire au quotidien entre les ONG le PNLT pour aider les PNLT à oeuvrer dans les provinces soutenues.
Traitements des affections opportunistes en milieu hospitalier	Formation personnel, mise à disposition de médicaments spécifiques.		<b>Moyenne dans le cadre d'une intervention hospitalière</b> . On peut imaginer que l'ONG s'implique mais cela restera une activité annexe. Les génériques spécifiques aux affections opportunistes devraient être cependant fournis
Traitements des affections opportunistes aux Centres de Santé	Formation personnel, supervision	Ces programmes sont généralement peu efficaces : comment un infirmier peut il prendre en charge correctement un sidéen lorsqu'il ne passe que quelques minutes avec chaque patient.  la stigmatisation est aussi le fait des agents de santé  Tout doit passer par l'amélioration de la qualité des prestations dans leur ensemble	<i>Nulle</i>
Traitements palliatifs au niveau Communautaire	Home Based Care	C'est peut être l'avenir des programmes ASB mais actuellement aucune prise de conscience de la maladie n'existe dans les collines : il n'y a pas de demande.  Tant que des vrais volontaires pour prendre en charge cette maladie n'existeront pas, ce n'est pas la peine de démarrer.	<b>Nulle</b> : Bien entendu c'est un programme qui s'inscrit sur le long terme.
Traitements ARV	Traitements hospitaliers	Ces programmes sont imminement compliqués et délicats	<b>Nulle</b> :

### Prise en charge sociale

Les principales mesures sociales concernent la prise en charge des orphelins du SIDA, la mise en place de réseau de PLWA, l'aide à l'initiative locale (Activités Génératrices de Revenus, micro-crédits) ainsi que les droits des sidéens. Bien que très pertinents à certains égards, ces activités ne peuvent bien sûr pas être financées par ECHO.

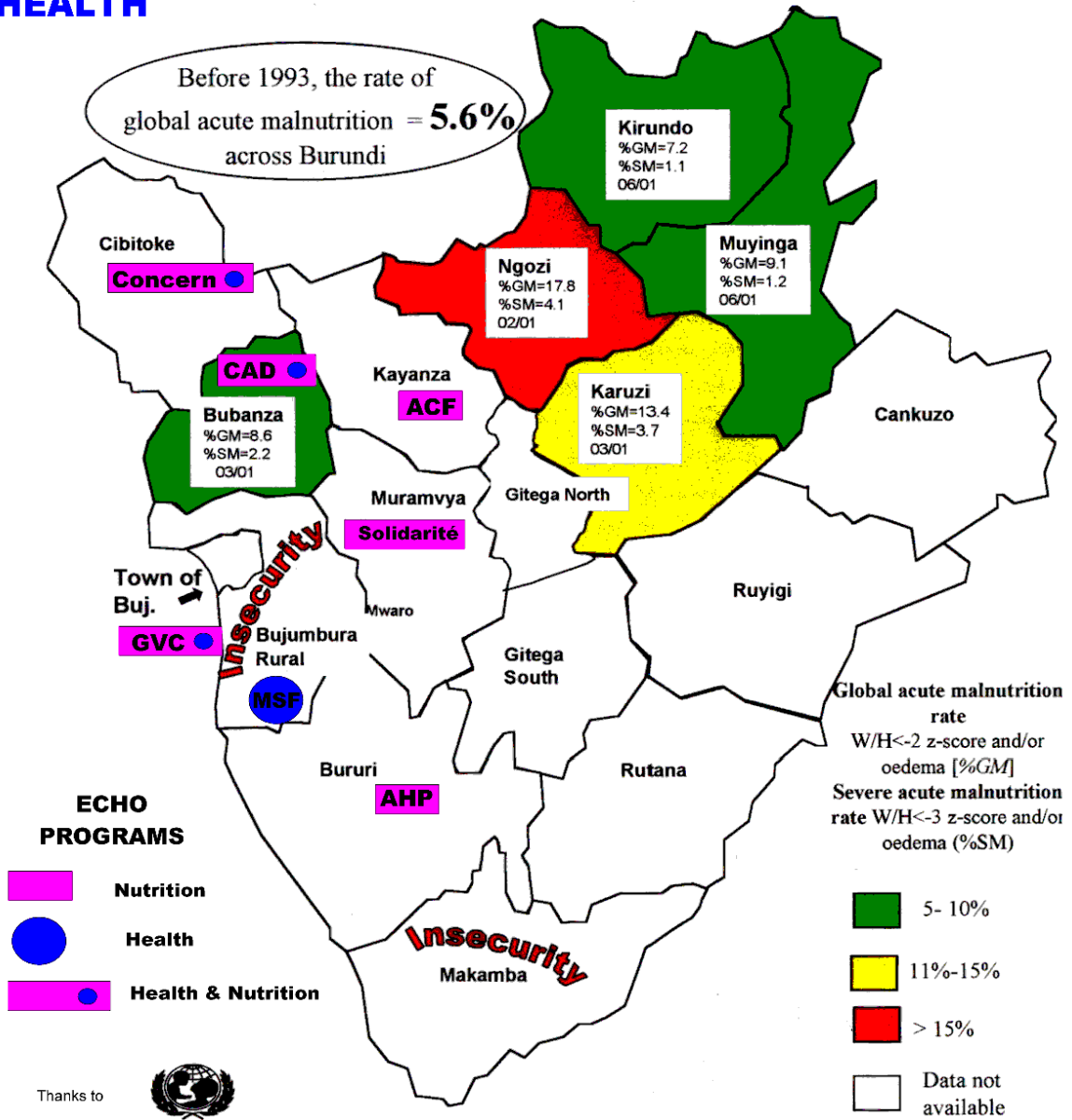
### **Conclusions :**

Idéalement, une intervention SIDA est multi-sectorielle . C'est ce que l'on appelle l'approche holistique de la maladie puisque cela touche les différents volets de la lutte dans un but de potentialisation de l'effet. Hélas la majorité des interventions incluses de cette approche ne correspondent pas à de l'aide d'urgence. Le SIDA est ainsi plus une catastrophe qu'une urgence : même si les conséquences de la maladie sont extrêmement graves, la lutte contre le SIDA s'inscrit sur la durée avec pour but essentiel en matière de prévention le changement de comportements (et ceci est très long) et en matière thérapeutique, l'amélioration de la survie et des conditions de survie des sidéens (et ceci est très compliqué). Comme nous venons de le voir, il est donc très difficile de justifier un programme spécifique SIDA sous un financement d'Aide Humanitaire d'Urgence. Seul dans le cadre de l'Aide Humanitaire Elargie et surtout dans le cadre d'une intervention hospitalière , un certain nombre d'activités de lutte peut s'intégrer dans un programme horizontal.

# ECHO PROGRAMS IN BURUNDI

## NUTRITION & HEALTH

RATE OF GLOBAL ACUTE MALNUTRITION BY PROVINCE (Weight/Height <-2 z-score and/or oedema) YEAR 2001





Annexe 5 – Liste des Abréviations

ACF	Action Contre la Faim
AHE	Assistance Humanitaire Elargie
ASB	Agent de Santé de Base
AT	Accoucheuses Traditionnelles
BPS	Bureau Provincial pour la Santé
CAD	Children Aid Direct
CAM	Caisse d'Assurance Maladie
CAMEBU	Centrale d'Achat Du Médicament Essentiel Du Burundi
CNS	Centre Nutritionnel Supplémentaire
CNT	Centre Nutritionnel Thérapeutique
CS	Centre de Santé
DG-DEV	Directorate General for Development of the European Commission
ECHO	European Commission Humanitarian Aid Office
FED	Fond Européen pour le Développement
GVC	Groupe de Volontariat Civil
HBC	Home Based Care
HI	Handicap International
LRRD	Link Between Relief Réhabilitation & Developpement
ME	Médicaments Essentiels
MP	Médecin Provincial
MSF	Médecins sans Frontières
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (secretary to the UNDP)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCAC	Programme Cadre D'Appui aux Communautés
PEV	Plan Elargi de Vaccination
PG	Plan Global
PREBU	Programme de Réhabilitation du Burundi
PSP	Programme Santé Population (Banque Mondiale)
RC	Recouvrement des Coûts
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	Fond des Nations Unis pour l'enfance

**Agenda des rencontres et visites de terrain**

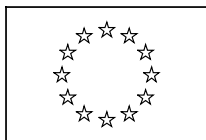
## Evaluation PG 2000 – 2001 Burundi

Nom	Désignation / Organisation/Lieu
<b><u>24 – 27 Sept</u></b>	
<b><u>Commission Européenne Briefing à Bruxelles</u></b>	
Ms Jaqueline Coëffard	Evaluation Advisor, ECHO Evaluation Unit
Mr Richard Levatoski	Evaluation Advisor, ECHO Evaluation Unit
Ms Maïte Orens-Teliki	Administrateur, ECHO Evaluation Unit
Ms Sandra Gofin	Desk Officer Burundi, ECHO
Mr Frank Minjat	Ancien Correspondant ECHO au Burundi
Mr Pasqual Perez	Desk Officer Burundi, DG Dev
<b><u>28 Sept – 24 Oct</u></b>	
<b><u>Delegation UE à Budjumbura &amp; Bureau ECHO</u></b>	
Geoffrey Rudd	Délégué UE Burundi
Olivier Costes	Conseiller économique Délégation UE Burundi
Mrs Anja Bienert	Correspondant ECHO Burundi
Mr Samy Ceccin	Correspondant ECHO Burundi
<b>28 Sept – 24 Octobre, Budjumbura Burundi, Autres personnes rencontrées</b>	
Denise D Gordon	Chef de Bureau OCHA
Georg H Charpentier	Coordinateur résident pour les opérations humanitaires de Nations Unies
Cyriaque Bariko	Directeur PREBU
Jean Berchmans Nsabayumva	Directeur de la cellule d'appui à l'Ordonnateur National
Dr Daniel Verna	Responsable santé UNICEF
Sylvie Chamoix	Consultante nutrition UNICEF
Dr Kassi	Directeur Bureau OMS au Burundi
Dr Diarra Lamine	Epidémiologiste, Bureau OMS
Henri Gougue	Conseiller Technique, PREBU
Barbara Jamar	Directrice Programme Handicap International
Mohamed Mechmache	Chef de Mission ACF
Jose Ramon Sanchez Sousa	Délégué Croix Rouge Espagnole au Burundi
Venerand Nzigamasambo	Chef de département Santé secours, Croix Rouge Burundaise
Marianne Barutwanayo	Adjointe au directeur du Projet de Lutte contre les maladies transmissibles et carencielles
Gaétan Blais	Directeur du Programme d'Appui aux Communautés du Burundi (PNUD)
Dawit Assefa	Opération Manager International Médical Corps
Serges Nkurikiye	Coordinateur du Projet Santé et Population II (Banque Mondiale)

Evaluation PG 2000 – 2001 Burundi

Nom	Désignation / Organisation/Lieu
<p><b><u>29 septembre : Bujumbura</u></b></p> <p><b><u>Briefing avec l'équipe ECHO</u></b></p>	
<p><b><u>3 Oct. – 4 Oct, Province Budjumbura Rural</u></b></p> <p><b><u>Groupo de Voluntaria Civil :</u></b></p> <p><b><u>Visite CNT Gatumba, CS Ruberizi, Cs Ruyaga, CS Kinama</u></b></p>	
<p>Stefania Piccinelli Marie Therese Baudoui</p>	<p>Représentante au Burundi de GVC Coordinateur Médical GVC</p>
<p><b><u>4Oct. – 5 Oct Province Budjumbura rural</u></b></p> <p><b><u>Médecin Sans Frontières Suisse</u></b></p> <p><b>Visite Hôpital Rwibaga, Bureau du Secteur Isale, CS Karinzi, CS Mayuyu</b></p>	
<p>Brigitte Noel José Martinez Salvatore Barandagiye</p>	<p>Coordinatrice médicale MSF CH Coordinateur Terrain Chef secteur Santé Isale</p>
<p><b>8 Oct. 9 Oct Province Bubanza,</b></p> <p><b>Children Aid Direct UK</b></p> <p><b>Visite CS Musigati, CS Gihanga, CS Ninga, CS/CNS Mpanda, Hopital Catholique de Bubanza, BPS Bubanza</b></p>	
<p>Dr Modibo Traoré Dr Yilma Robelle Ms Sibylla Lewinsky Jean Pierre Ngendakurio Gilbert Kayonde Mr le Gouverneur de la Province de Bubanza</p>	<p>Responsable de Programme CAD Coordinateur Médical CAD Responsable santé communautaire Infirmier en charge du Recouvrement des Coûts à CAD Médecin Provincial Bubanza</p>

<p><b>9 Oct. – 11 Oct. Province Cibitoke</b></p> <p><b>CONCERN Worldwide</b></p> <p><b>Visite Hopital/CNT Cibitoke, hopital/CNT Mabaye, CS Butara, CS/CNS Mugina</b></p>	
<p>Ms Sinead Tynan Ms Auriol Miller Sarah Blin Delphin SULA Equipe expatriée/locale CONCERN Mr le Gouverneur de la province de Cibitoke Mr le Médecin Chef de la Province Cibitoke</p>	<p>Desk Burundi siège Concern Chef de Mission Burundi Responsable Nutrition CONCERN Coordinateur Santé Terrain CONCERN Cibitoke</p>
<p><b>15 Oct. – 16 Oct. Provinces Kayanza, Ngozi</b></p> <p><b>Action Contre la Faim, France</b></p> <p><b>Visite Hopital/CNT Ngosi, Hopital/CNT Kayanza, CS/CNS Busiga</b></p>	
<p>Corinne Machin Mr le Gouverneur de la province de Kayanza</p>	<p>Chef de Mission Nutrition</p>
<p><b>17 Oct. – 19 Oct. Provinces Muramvya, Mwaro</b></p> <p><b>SOLIDARITE</b></p> <p><b>Visite CNT Muramvya, CNS Bugarama, CNS Kibimba, CNS Ndava</b></p>	
<p>Cecile Salpeteur Kim Creach Mr le Gouverneur de la province de Mwaro</p>	<p>Nutritionniste Solidarité Coordinateur de Base Solidarité Muramvya</p>



EUROPEAN COMMISSION  
HUMANITARIAN AID OFFICE (ECHO)

Annexe 7

## ANNEX IV

### TERMS OF REFERENCE

For the evaluation of ECHO's Global Humanitarian Plans in Burundi

Contract n°: ECHO/EVA/210/2001/01012

Firm: **TRANSTEC S.A.**  
Name of consultants : **Michel Leblanc**  
**Xavier Detienne**  
**Olivier Barthès**

#### **1. Introduction**

##### **a. Context of the humanitarian crisis:**

**Since Burundi became independent on 1 July 1962, it has experienced periods of calm alternating with violent clashes which have caused the death of several hundred thousand people and the internal displacement of 850 000 others and forced 570 000 people to take refuge in the neighbouring countries. At the same time, the country's humanitarian, social and economic situation has declined dramatically.**

**The country is currently facing a deep crisis since the assassination, in 1993, of President Melchior Ndadaye. In 1996 when Major Buyoya took the power by force, the international community, after suspending structural aid, imposed severe economic sanctions on Burundi. These were finally lifted in January 1999.**

**The same year, the Arusha Commission was set up to initiate reconciliation and the restoration of peace in Burundi. The crisis in the summer of 1999, exacerbated by the war in the Democratic Republic of the Congo (DRC), resulted, however, in a new flare-up of the armed clashes in Burundi. The Burundian Government decided then to regroup 350 000 people in camps in order to remove support for the rebels.**

**In November 1999, Nelson Mandela became chairman of the Arusha Commission, and on 28 August 2000, the Peace Agreement was signed by the majority of the Burundian political parties except the two main rebels groups, FNL and CNDD-FDD.**

**However, the agreement did not solve essential points such as the cease-fire, the composition of the transitional government, the reform of justice, administration and the armed forces, demobilisation and reintegration of ex-combatants. Further negotiations between the parties are on going and an Implementation Monitoring Committee (IMC) of the Agreement has been set up. However, for the time being, the Peace process is in deadlock, as the parties cannot find an agreement on the leaders of the transitional government and on the timing of the cease-fire.**

**b. Humanitarian situation:**

**Internal rivalry and clashes between opposing groups have caused the death of hundreds of thousands of people, disrupted the social structure and the population's humanitarian situation and rendered the country's administrative structures ineffective, with disastrous effects for the social and health infrastructure. This state of affairs has made the country very unsafe. It is therefore difficult for people to carry out their daily activities, particularly in the cultivation of basic food crops, so that in most cases they are unable to provide for themselves. The dangerous conditions have in many cases been a serious obstacle to the provision of humanitarian aid. At present, 13.7% of Burundi's population (6 700 000 inhabitants) is displaced, either scattered within the country's borders or having taken refuge abroad.**

**c. ECHO's response:**

- ECHO Objectives and Strategies in the country

ECHO, which has been in Burundi since 1993, provides “extended” humanitarian aid as suggested by the meeting in Ottawa in August 1998 in order to ensure that when the time comes there can be a flexible and sufficiently smooth transition from humanitarian aid to development assistance.

While the global plan for 2000 concentrated on operations targeted at the population regrouped/displaced in the west of the country, events since then, in particular the dismantling of the “regroupment” camps, have required a new focus and approach.

In 2001, ECHO's activities have, therefore, **three general objectives**: preparation of the areas, and population in those areas, for the possible return of refugees and resettlement of displaced persons; continued support for the population affected through consolidation of current activities; preparation of the resumption of structural aid allocated by DG DEV.

The operational areas targeted remain largely the same as in 2000; support for agriculture/food aid; nutrition; health; water/sanitation; non-food products; protection activities; logistics (aircraft service); large reserves to cope with the possible repatriation of refugees.

The operations in 2001 are covering the same provinces as those assisted in 2000 but they have also been extended to the provinces in the East of the country from where are a large number of refugees originated.

- Financial Decisions:

- ECHO/BDI/210/2000/01000 for an amount of 13.78 million €in 2000
- ECHO/BDI/210/2001/01000 for an amount of 20 million €in 2001

**d. Justification and timing of the evaluation:** Evaluation should be undertaken by September 2001 as implementation of the current Global Plan 2001 is now at mid-term and can be assessed. Equally, the programming of any further Global Plan will have to be undertaken during the autumn.

## 2. Purposes of the evaluation

### Global Objective

To obtain the necessary information to allow ECHO to decide strategies and improve any future actions in Burundi. This should also propose how flexibility of response can be maintained should a large number of refugees return.

### Specific Objectives

To have an independent structured evaluation of the results of the Global Plan in - **relevance, impact, effectiveness, efficiency and, if appropriate, sustainability**- and of the way these results have been achieved. The evaluation should contain conclusions and recommendations at both strategy and operational levels.

### Desired results

The desired results of the evaluation are:

- To obtain an overall view of the funded actions, showing their intervention logic and their relation to the overall objectives of the Global Plan and to the overall objectives of the Commission in the country. This will require the following:
  - an analysis of the strategy and methodology used in the elaboration of the Global Plans.
  - an analysis of the coherence, co-ordination and complementarity of the actions implemented under the Global Plans with regard to other actions funded or carried out by other actors or EC instruments, taking into account the ECHO mandate.
  - an analysis of a future hand over strategy given that in Burundi it is accepted that ECHO goes beyond the first stage of relief, but that contingency planning should nevertheless be in place for a hand-over to structural aid donors.
- To assess the results and the means employed as compared to the objectives mentioned in 2.2.
- To draw conclusions and make operational recommendations for improvement and strategy.

The consultant will take into account the non-exclusive list of criteria referred to in 2.2. The definition of these criteria and sample questions to be answered regarding each of them is given in annex 2 to these ToR.

The depth in the study of these criteria will depend on the level of implementation of the Global Plans and of the importance given to these by ECHO during the briefing session.

Other cross-cutting issues which may be relevant for the study are:

## Evaluation PG 2000 – 2001 Burundi

- Gender;
- Security of aid workers;
- Respect of Human Rights;
- Donor visibility;

### 3. Work Plan

The evaluation is divided into 3 phases:

#### **Briefing and Desk Study in Brussels:** 3 days maximum

- A **briefing** at ECHO with the responsible staff during which all the documents available for the mission and necessary clarifications will be provided by the operational unit and other services of the Commission.
- **Examination and analysis** of documents. This phase will allow the basis for a careful planning of the activities/visits to be undertaken while in the field.

#### **Field Study:** 30 days

- The consultants must work in collaboration with the relevant Commission Delegation, the ECHO correspondent, the ECHO partners, local authorities, international organisations and other donors;
- The consultants should devote **the beginning of the mission** to the area concerned to preliminary and preparatory discussions with the Delegation, the ECHO correspondent and local ECHO partners;
- At **the end of the mission** the consultants should hold a meeting with the Delegation, the correspondent and ECHO partners for observations arising from the evaluation.

#### **Debriefing and submission of reports:** 2 days maximum

- The first **draft report** in accordance with the full format given in point 4.2 below shall be submitted by electronic transmission (Word 7.0 format or a more recent version) to ECHO 15 days after the consultant's return from the field.
- A **debriefing** at ECHO of 2 days. The session's starting date will be fixed by ECHO not less than 10 working days after the submission of the first draft reports. Prior to the meeting any substantial comments by the concerned ECHO services will have been transmitted in writing to the consultant by ECHO-Evaluation.
- A **revised text** will be submitted to ECHO, which should mark its agreement within 15 days or request further amendments.
- Submission of the **final report**.



## Evaluation PG 2000 – 2001 Burundi

During all this process the independence of the consultants should be respected. Therefore, the inclusion in the final report of the remarks made by ECHO, other EC services, or partners will solely depend on the consultant's judgement.

### 4. Reports

The evaluation will result in the drawing up of 4 reports (1 per sector and 1 synthesis report) written in a straight forward manner, in French, of a maximum length of 18 pages including the Executive Summary which should appear at the beginning of the report.

The evaluation report is an extremely important working tool for ECHO. The report format appearing below must, therefore, be strictly adhered to:

- *Cover page*
- title of the evaluation report:
  - “Burundi, Global Plans 2000/2001- Health and Nutrition”;
  - “Burundi, Global Plans 2000/2001- Water & Sanitation”;
  - “Burundi, Global Plans 2000/2001- Food security and Agricultural Production”;
  - “Burundi, Global Plans 2001/2001- Synthesis Report”;
- date of the evaluation;
- name of the consultant;
- Indication that the report has been produced at the request of the European Commission, financed by it and that the comments contained therein reflect the opinions of the consultant only.
- *Table of contents*
- *Executive Summary:*

A tightly-drafted, to-the-point and free-standing Executive Summary is an essential component. It should be short, **no more than two or three pages**. It should focus on the key purpose or issues of the evaluation, outline the main analytical points, and clearly indicate the main conclusions, lessons learned and specific recommendations. Cross-references should be made to the corresponding page or paragraph numbers in the main text. The structure of the Executive Summary must be as follows:

- EVALUATED GLOBAL PLAN
- DATE OF EVALUATION:
- CONSULTANT'S NAME :
- PURPOSE & METHODOLOGY:
- MAIN CONCLUSIONS:

These conclusions should refer to the main evaluation criteria and cross-cutting issues identified by the consultant and set out under point 2 of the ToR.

- RECOMMENDATIONS:
- LESSONS LEARNED:

- *Main body:*

The main body of the report shall elaborate the points listed in the Executive Summary. It would include references to the methodology used for the evaluation and the context of the Global Plan. In particular, for each key conclusion there should be a corresponding recommendation. Recommendations should be as realistic, operational and pragmatic as possible; that is, they should take careful account of the circumstances currently prevailing in the context of the Global Plan, and of the resources available to implement them both locally and in the Commission (**15 pages maximum**)

- *Annexes:*

- Terms of Reference;
- List of persons interviewed and sites visited;
- Map of the areas covered by the operations financed under the Global Plan;
- Abbreviations.

All confidential information shall be presented in a separate annex.

Each report shall be drawn up in 20 copies and delivered to ECHO.

The report should be submitted with its computer support (diskette or CD ROM, Word 7.0 format or a more recent version) attached.

### **5. Tasks of the consultants**

This evaluation is part of a global evaluation that should be carried out by a team of 3 experts with both experience in the humanitarian field and in the evaluation of humanitarian aid. These experts must agree to work in high risk areas. Solid experience in relevant fields of work to the evaluation and in the geographic area where the evaluation takes place is also required. Knowledge of the French language is obligatory.

The team members are responsible for the following sectors:

- Mr. Michel LEBLANC :** Team leader in charge of the Synthesis report and Food security and Agricultural Production
- Mr. Xavier DETIENNE :** Water & Sanitation
- Mr. Olivier BARTHES :** Health and Nutrition

## **6. Timetable**

The evaluation will last 54 days for Mr. Leblanc, team leader, and 49 days for Mr. Detienne and Mr. Barthès, beginning with the date of signature of the contract by the last party and ending no later than 20/12/2001 with the acceptance of the final reports.

## Annex1

### Guidelines for the consultants

#### 1. Regulatory basis

The Regulatory basis for the evaluation of the aid provided by ECHO are established in **Article 18 of Regulation (EC) 1257/96** concerning humanitarian aid, which states "the Commission shall regularly assess aid operations financed by the Community in order to establish whether they have achieved its objectives and to produce guidelines for improving the effectiveness of future operations".

#### 2. Terms of Reference. What are they?

The Terms of Reference set out the boundaries of the evaluator's mission, the issues to be considered and the evaluation timetable. They allow those commissioning the evaluation to express their needs (**guidance function**) while providing the evaluator with a clear idea of what is expected from him (**control function**).

#### 3. Methodology

For the purpose of accomplishing their tasks, the consultants shall use information available at ECHO, via its correspondents on the spot, in other Commission services, the relevant Commission Delegation, ECHO partners on the spot and at their headquarters if necessary, aid beneficiaries, as well as local authorities and international organisations.

#### 4. Scope of the evaluation and topics of study

Complementary to the initial information contained in the ToR, the **first session of the briefing in Brussels** will serve to provide everyone involved in the evaluation (operational unit, ECHO-Evaluation, the evaluators and other Commission services) with the opportunity to discuss their content and to establish priorities of study. This meeting should, as well, allow the consultant to **clarify any doubts** there might be about the scope of his mission. Any important remark or comment on the content of the ToR at this stage will be considered as an **integral part** of these and will be documented by the consultant's team leader in a note that will have to be submitted to ECHO-Evaluation at the end of the briefing session, and before the team's departure to the field.

During the process of the evaluation the consultant must try to **cover all the items and criteria in the Terms of Reference**. Their treatment, the relative importance given to these and their coverage in the final reports will depend, however, on the consultant's own opinion as a result of the information found, both, during the desk study phase or in the field. Any decision not to cover any of the main evaluation criteria described in the ToR will have to be **justified** in the text of the reports.

#### 5. The evaluation report

## **Evaluation PG 2000 – 2001 Burundi**

By commissioning an independent evaluation ECHO expects to obtain a **critical, readable, transparent and creative analysis** of the progress made with its interventions. Very often these analysis should contain as well recommendations on future courses of action. The evaluation report should be, above all, a document that can function as a **learning tool**. Therefore, while writing it, the consultants should always bear in mind why is the report done, for whom, and how will the results be used.

Furthermore, the evaluation report is a working tool of value to ECHO if it clearly reflects the **evaluator's independent view**. ECHO's greatest concern is to respect this independence.

## Annex 2

### Criteria and sample questions to be considered in the evaluation of humanitarian aid\*

**Relevance** is concerned with assessing whether the Global Plan correctly addresses identified problems or real needs. Are the projects funded under the Global Plan in line with local needs and priorities (as well as with donor policy)?

In an evaluation of a Global Plan an analysis of Relevance will therefore focus on the following:

- **identification of real** (as distinct from perceived) **problems or needs**, and of the **chosen beneficiaries**, and how well the Global Plan's initial design addressed them;
- quality of assessment of **local absorptive capacities**;
- quality of assessment of **local implementation capacities**;
- where possible, **preparatory activities** undertaken (policy assessments, sector reviews, planning workshops, etc), by whom, how well the findings were incorporated into the final documents, and any obvious omissions;
- appropriateness of **initial consultations with**, and **participation by**, local key stakeholders including the Delegation, national authorities, intended beneficiaries, and other donors (the last-mentioned especially on complementarity aspects) before the design was confirmed and implementation started;
- **complementarity and coherence with related activities undertaken elsewhere** by other EC services, government or other donors, at the same level or at a higher level, rather than duplication or conflict.

**Effectiveness** measures the extent to which the activities funded under the Global Plan achieves their purpose, or whether this can be expected to happen on the basis of the outputs. Implicit within the effectiveness criterion is **timeliness**. There might be value in using it more explicitly as one of the standard criteria because of its importance in the assessments of emergency programmes. Similarly, issues of resourcing and preparedness may be addressed.

The key question is what difference the activities made in practice, as measured by how far the intended beneficiaries really benefited from the products or services it made available.

The analysis of effectiveness will therefore focus on:

---

\* For the definitions and questions contained in this annex the following documents and publications have been used: "A Guide to the evaluation Procedures and Structures currently operational in the Commission's External Co-operation Programmes" AIDCO, European Commission, 2001, "Guidance for Evaluating Humanitarian Assistance in Complex Emergencies", OECD, 1999 and ECHO's "Manual for the evaluation of Humanitarian Aid", 1999.

## Evaluation PG 2000 – 2001 Burundi

- **whether the planned benefits have been delivered *and* received**, as perceived mainly by the key beneficiaries, but also taking account of the views of donor management, the responsible national Government authorities, and other concerned parties (NGOs, local associations etc);
- if the **assumptions and risk assessments** at results level turned out to be inadequate or invalid, or **unforeseen external factors** intervened, **how flexibly management adapted** to ensure that the results would still achieve the purpose; and how well it was supported in this by key stakeholders including Government, Commission (HQ and locally), etc.: in summary, “**were the right things done**” to ensure that the potential beneficiaries actually benefited?;
- whether the **balance of responsibilities** between the various stakeholders was correct, which accompanying measures were or should have been taken by the partner authorities, and with what consequences;
- how **unplanned results** may have affected the benefits received;
- whether any shortcomings at this level were due to a failure to take account of **cross-cutting or over-arching issues** such as gender, environment and security during implementation.

*Efficiency* measures how well the various activities transformed the available resources into the intended results (outputs) in terms of quantity, quality and timeliness.

A key question it asks is “**were things done right?**” and thereby also addresses value-for-money, that is whether similar results could have been achieved more by other means at lower cost in the same time.

An analysis of Efficiency will therefore focus on:

- the **operational capacities** of the partners;
- the systems of **control and auto-evaluation** set up by the partners;
- **the quality of day-to-day management of the aid**, for example in:
  - management of the budget (including whether an inadequate budget was a factor);
  - management of personnel, information, property, etc.
  - whether management of **risk** was adequate, i.e. whether flexibility was demonstrated in response to changes in circumstances;
  - relations/co-ordination with local authorities, institutions, beneficiaries, other donors;
  - respect for deadlines;
- **costs and value-for-money**: how far the costs of the activities were justified by the benefits - whether or not expressed in monetary terms - that they generated (cost-effectiveness analysis), in comparison with similar project/activities or known alternative approaches, taking account of contextual differences;
- **quality of donor monitoring**: its existence (or not), accuracy and flexibility, and the use made of it; adequacy of baseline information;
- whether the chosen **indicators** of efficiency were suitable and, if not, whether management amended them;

## Evaluation PG 2000 – 2001 Burundi

- did any **unplanned results** arise from the activities?

**Impact** looks at the wider effects of the Global Plan. Impacts can be immediate and long-range, intended and unintended, positive and negative, macro (sector) and micro (household).

At impact level the analysis examines aspects such as:

- **to what extent the planned overall objectives have been achieved**, and how far that was directly due to the actions financed under the Global Plan. This should take into account aspects such as contribution to the reduction of human suffering, effects on health and nutritional practices, effect of the humanitarian aid in the local economy, effects on local capacity-building, etc;
- if there were **unplanned impacts** (p.ex., creation of dependency on humanitarian aid), how they affected the overall impact;
- where appropriate, all **gender-related, environmental, security and human rights -related impacts** and any lack of overall impact resulting from neglect of these issues;
- whether the desired wider impact could have been better achieved otherwise.

**Sustainability** is concerned with measuring whether an activity or an impact is likely to continue after donor funding has been withdrawn and also whether its longer-term impact on the wider development process can also be sustained at the level of the sector, region or country.

In the case of strictly humanitarian actions, **connectedness** might replace the concept of sustainability. It is defined as the extent to which activities of a short-term emergency nature, which are not in principle supposed to be sustainable, are carried out in a context which takes longer-term and interconnected problems into account.

The **LRRD** (Linking Relief, Rehabilitation and Development) issue is of great importance for the Commission in this context since it addresses the need to link relief activities with longer-term development actions, in order to reduce deficiencies resulting from the different approaches and priorities.

An analysis of sustainability will focus on the aspects below. Their relative importance will depend on the nature of the project; it is useful to examine how concern for, or neglect of, one or other of the factors may have affected achievement of a sustainable outcome:

- **ownership of objectives and achievements**, e.g. how far all stakeholders were consulted on the objectives from the outset, and whether they agreed with them and remained in agreement throughout the duration of the project;
- **policy support and the responsibility of the beneficiary institutions**, e.g. how far donor policy and national policy corresponded, and the effects of any policy changes; how far the relevant national, sector and budgetary policies and priorities affected the project positively or adversely; the level of support from governmental, public, business and civil society organisations; and whether national bodies to provided resources;
- **institutional capacity**, e.g. the degree of commitment of all parties involved, such as Government (e.g. through policy and budgetary support) and counterpart institutions; the extent to which the project is embedded in local institutional structures; whether counterparts were properly prepared for taking over, technically, financially and managerially;
- the **adequacy of the project budget** for its purpose;



## Evaluation PG 2000 – 2001 Burundi

- **socio-cultural factors**, e.g. whether the project is in tune with local perceptions of needs and of ways of producing and sharing benefits; whether it respects local power-structures, status systems and beliefs, and if it seeks to change any of those, how well-accepted are the changes both by the target group and by others; how well it was based in any event on an analysis of such factors, including target group/ beneficiary participation in design and implementation; and the quality of relations between the external project staff and local communities, notably their leaders;
- **financial sustainability**, e.g. whether the products or services provided were affordable for the intended beneficiaries and remained so after funding ended; whether enough funds were available to cover all costs (including recurrent costs, i.e. operating and maintenance costs), and continue to do so after funding ended;
- **technical (technology) issues**, e.g. whether (i) the technology, knowledge, process or service provided fits in with existing needs, culture, traditions, skills or knowledge; (ii) alternative technologies were considered, where there was a choice; (iii) the intended beneficiaries were able to adapt to and maintain the technology acquired without further assistance; with minimal maintenance, operating and replacement costs; using national resources (notably, in creating jobs); and with minimum waste;
- wherever relevant, **cross-cutting issues** such as the already mentioned Linking Relief, Rehabilitation and Development (LRRD) question, gender, environmental impact, respect of human rights, etc.