



FR

Cette action est financée par l'Union européenne

**ANNEXE**

de la décision de la Commission relative à la mesure individuelle en faveur de la République de Guinée à financer sur le 11<sup>e</sup> Fonds européen de développement

**Programme d'appui au renforcement du système de santé (PASA 2)**

<b>1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS</b>	Programme d'appui au renforcement du système de santé (PASA 2) Numéro CRIS: GN/FED/038-623 financé par le 11 <sup>e</sup> Fonds européen de développement (FED)	
<b>2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation</b>	L'action sera menée à l'endroit suivant: République de Guinée. Les activités de renforcement des services déconcentrés, du système de la santé primaire et des infrastructures sanitaires seront menées dans la région administrative de Nzérékoré et préfectures avoisinantes. L'équipe du projet sera basée à Conakry et à Nzérékoré.	
<b>3. Document de programmation</b>	Programme indicatif national(PIN) Guinée – 11 <sup>e</sup> FED	
<b>4. Secteur de concentration/domaine thématique</b>	Santé	Aide publique au développement <sup>1</sup> : OUI
<b>5. Montants concernés</b>	Coût total estimé: 26 000 000 EUR Montant total de la contribution du FED: 23 000 000 EUR La présente action fait l'objet d'un cofinancement conjoint de la part de: - Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) pour un montant de 2 000 000 EUR - Gouvernement français pour un montant de 1 000 000 EUR	
<b>6. Modalité(s) d'aide et modalité(s) de mise en œuvre</b>	Modalité de projet Gestion indirecte avec Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) Gestion indirecte avec Expertise France	
<b>7. a) Code(s) CAD</b>	12220 - Soins et services de santé de base - 50 % 12230 - Infrastructure pour la santé de base - 35 %	

<sup>1</sup> L'Aide publique au développement « doit avoir pour but essentiel de favoriser le développement économique et l'amélioration du niveau de vie des pays en développement ».

	12110 - Politique de la santé et gestion administrative - 15 %			
<b>b) Principal canal de distribution</b>	GIZ – 47000 EF - 47000			
<b>8. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)</b>	<b>Objectif stratégique général</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif important</b>	<b>Objectif principal</b>
	Développement de la participation/bonne gouvernance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
	Aide à l'environnement	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Égalité entre hommes et femmes (y compris le rôle des femmes dans le développement)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
	<b>Marqueurs de Rio</b>	<b>Non ciblé</b>	<b>Objectif important</b>	<b>Objectif principal</b>
	Diversité biologique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lutte contre la désertification	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atténuation du changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation au changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Programmes phares thématiques</b>	NA			
<b>10. Objectifs de développement durable (ODD)</b>	<p>Objectif principal:</p> <p><b>Objectif 3-</b> Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge</p> <p>Objectifs importants:</p> <p><b>Objectif 5</b> - Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles</p> <p><b>Objectif 10</b> - Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à un autre</p>			

## RESUME

Les programmes indicatifs nationaux (PIN) financés au titre du 10<sup>e</sup> et celui du 11<sup>e</sup> FED identifient la santé comme un secteur de concentration pour l'aide au développement de l'Union européenne en République de Guinée, avec une allocation respective de 20 et 40 000 000 EUR.

Le Projet d'Appui à la santé (PASA) financé par le 10<sup>e</sup> FED et l'Agence française de développement (total de 30 000 000 EUR) est en cours d'exécution depuis début 2015. Il appuie le ministère de la santé (MS) dans son fonctionnement institutionnel au niveau national et régional, la Pharmacie centrale de Guinée dans sa mission de fournir les médicaments essentiels aux formations sanitaires publiques, ainsi que le renforcement du système de santé (offres de soins de qualité, santé communautaire, infrastructure sanitaire) dans la région administrative de Nzérékoré.

Ce deuxième appui à la santé (PASA2) consolidera les acquis de son prédécesseur. Il poursuivra le renforcement du système national de santé, et des services déconcentrés, dans la région administrative de Nzérékoré.

PASA2 vise à renforcer la gouvernance du secteur de la santé afin d'améliorer l'accès de la population à des soins de santé de base de qualité qui permettront de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé maternelle ainsi que sa résilience aux crises épidémiologiques.

L'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé est particulièrement attendue en matière de gestion financière et de gestion des ressources humaines (OS1) ainsi que l'augmentation de l'offre de soins de qualité et de l'utilisation des services de santé par les mères et les enfants de moins de cinq ans (OS2) et l'amélioration de l'infrastructure sanitaire (OS3) dans la région cible de Nzérékoré.

Ce programme s'inscrit dans le contexte du Programme des Nations unies de développement durable à l'horizon 2030 et du nouveau Consensus européen pour le développement<sup>2</sup> et contribue de manière significative à la Stratégie européenne pour l'égalité entre les femmes et les hommes et l'autonomisation des femmes (EU GAP 2016-2020)<sup>3</sup>.

Les priorités et activités indicatives du programme ont été identifiées conjointement avec les autorités nationales, les deux partenaires de mise en œuvre sélectionnés et les autres partenaires techniques et financiers actifs dans le domaine, conformément aux recommandations de l'audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du ministère de la santé mené avec l'appui de l'UE et USAID et validé en décembre 2016.

Il est envisagé que le PASA2 soit mis en œuvre en gestion centralisée indirecte à travers la coopération déléguée avec deux agences d'un État membre de l'UE. Deux conventions de délégation seront signées entre l'Union européenne et la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) et Expertise France (EF).

GIZ et Expertise France en tant qu'opérateurs expérimentés et déjà actifs dans plusieurs régions du pays, disposent en effet de l'expertise requise, de capacités solides en matière de gestion technique et financière et d'un avantage comparatif manifeste dans la mise en œuvre des interventions planifiées.

Le ministère Allemand pour la Coopération et le Développement (BMZ) cofinancera cette action (PASA 2) à la hauteur de 2 000 000 EUR au titre de la deuxième phase du Programme de santé reproductive et familiale (PRSF) (Janvier 2019-Juin 2022). Expertise France envisage un cofinancement à la hauteur de 1 000 000 EUR.

Ainsi la coopération déléguée représente un intérêt certain en termes d'efficacité de l'aide au développement ainsi que de visibilité politique pour l'Union européenne.

Le projet sera mené en complémentarité avec un deuxième programme d'appui budgétaire du type « State Building Contract » (SBC) auquel l'enveloppe du secteur de concentration « santé » du 11<sup>e</sup> FED contribuera à hauteur de 17 000 000 EUR. Ce programme contribuera d'avantage au renforcement du système de santé et de sa résilience face aux menaces sanitaires internes et externes.

## **1. CONTEXTE**

### **1.1 Contexte sectoriel/national/régional/domaine thématique**

Malgré ses énormes potentialités naturelles et humaines, la Guinée reste l'un des pays les plus pauvres du monde. Son produit intérieur brut (PIB) par tête n'atteint que 588 USD et plus de la

---

<sup>2</sup> OJ C 210 du 30.6.2017

<sup>3</sup> Document de travail des services SWD(2015)182 final du 21.9.2015

moitié (55,2 %) des guinéens vit en-dessous du seuil de pauvreté monétaire. Le Rapport mondial sur le développement humain de 2016 classe la Guinée au 183<sup>e</sup> rang sur 188 pays.

Le Programme indicatif national (PIN) 2014-2020 (11<sup>e</sup> FED) pour la Guinée signé en décembre 2014 se référait déjà à la situation sanitaire préoccupante des populations, au système de santé peu performant et fortement dégradé depuis les années 90, du fait de son sous-financement chronique, de ses ressources humaines et financières limitées, de la vétusté et de l'insuffisance des infrastructures sanitaires, et du manque de gouvernance et de leadership.

La crise engendrée par la Maladie à Virus Ebola (MVE) qui a frappé presque tout le pays entre décembre 2013 et décembre 2015, a confirmé l'extrême faiblesse et le dysfonctionnement du système de santé publique, y compris dans ses capacités de veille sanitaire et de riposte aux crises épidémiologiques. Et la situation s'est ultérieurement dégradée après l'épidémie MVE, suite aux nombreux décès du personnel de santé, à la fermeture d'établissements sanitaires et à la perte de confiance de la population dans les services de soins.

La Guinée est caractérisée par des profondes inégalités de genre dans tous les domaines, et notamment en matière de capital humain, d'accès à l'éducation et d'accès à l'emploi. Dans le domaine de la santé en particulier, les inégalités d'accès et d'utilisation des services de santé sont aussi très importantes et mettent en jeu le bien être, la santé et aussi la vie d'un grand nombre de femmes.

À cela s'ajoutent une prévalence très élevée de violence contre les femmes et les jeunes filles et des pratiques traditionnelles préjudiciables telles que la répudiation, la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) et les mariages précoces. La Guinée est le pays avec la prévalence plus élevée au monde de pratiques de mutilation génitale féminine/excision (97 % des femmes âgées de 15 à 49 ans). Elle se caractérise par un taux très élevé de mariages précoces (63 % des filles se marient avant 18 ans) et des grossesses précoces (26 % d'adolescentes de 15-19 ans sont déjà mères), et est parmi les pays avec le plus haut taux de mortalité maternelle (720 pour 100 000 naissances vivantes).

Ces inégalités de genre sont confirmées par le Plan national de développement économique et social 2016-2020 (PNDES) et pertinemment identifiées comme facteur substantiel du faible capital humain<sup>4</sup> et du taux très élevé de pauvreté nationale.

### ***1.1.1. Évaluation de la politique publique et cadre stratégique de l'UE***

A la fin de l'année 2015 le gouvernement a adopté la Politique nationale de santé (PNS) à l'horizon 2035 visant à améliorer l'état de santé de la population guinéenne, favorisant l'accès universel aux services et soins essentiels. Elle repose sur une approche "soins de santé primaires" et vise trois (3) axes stratégiques: (i) la consolidation du système de santé (ii) le renforcement de la prévention et la prise en charge des maladies et situations d'urgence et (iii) la promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées. Le ministère de la santé met l'accent sur quatre priorités parmi les 3 axes stratégiques: (1) les urgences hospitalières; (2) la santé communautaire; (3) la vaccination de routine; (4) la chaîne d'approvisionnement des médicaments. En matière de réforme institutionnelle, la stratégie nationale vise trois domaines clés: (1) la réforme de l'organisation du système ; (2) l'adaptation du cadre juridique et (3) la réforme hospitalière.

---

<sup>4</sup> La Guinée se positionne au 182<sup>e</sup> rang en termes de capital humain sur 188 pays (UN Human Development Index 2016)

L'instrument de mise en œuvre de cette politique est le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024 ainsi que le premier plan triennal de relance et de résilience du système de santé (PRSS) 2015-2017. Ils se traduisent en programmes nationaux et en Plans d'Action Opérationnels des Directions centrales, régionales et préfectorales. Ils incluent un système détaillé de suivi/évaluation d'impact et d'instances de coordination multisectorielle à plusieurs niveaux.

Si la pertinence des objectifs des politiques publiques en matière de santé est confirmée, on ne peut pas en dire autant de leur crédibilité et viabilité financière. Les coûts estimés pour la mise en œuvre du PNDS s'élèvent à 6,9 milliards EUR pour dix ans, dont seuls 30 % proviennent de la contribution de l'État. Les projections des contributions des ménages et du financement extérieur laissent toujours apparaître un écart à combler d'environ 30 %.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le programme d'aide budgétaire de l'Union européenne, avec l'objectif spécifique de soutenir l'effort contributif de l'État au secteur de la santé. Des progrès considérables sont à souligner à cet égard: l'allocation nationale (hors financement extérieur) au budget du ministère de la santé a été augmentée de 3,76 % en 2014 à 6,2 % en 2016.

Pour ce qui est de la politique publique en matière d'égalité entre les femmes et les hommes, la Guinée s'est dotée depuis 2011 d'une politique nationale du genre, articulée sur cinq axes prioritaires d'action. L'accès à la santé et aux services sociaux de base en constitue le premier.

Pour ce qui est du cadre stratégique de l'Union européenne, ce programme s'inscrit dans le contexte du nouveau Consensus européen pour le développement et contribue substantiellement à la mise en œuvre des objectifs du Plan d'Action de genre 2016-2020, notamment au premier objectif portant sur l'intégrité physique et psychologique des femmes et jeunes filles. Conformément aux objectifs spécifiques du « EU gender action plan » (GAP), le programme visera à leur donner un meilleur accès aux services de santé, un meilleur contrôle sur leur propre sexualité et leur santé reproductive; à promouvoir une nutrition saine à travers le cycle de la vie et à sensibiliser aux violences contre les femmes, notamment la mutilation génitale féminine

### ***1.1.2. Analyse des parties prenantes***

Dans le cadre de cette intervention les parties prenantes seront les suivantes:

- Bénéficiaires directs – au niveau central: le ministère de la santé (de bonne volonté et déterminé sur la réforme mais exposé au manque de personnel compétent, de dispositifs et outils de bonne gestion etc.) notamment son Bureau de stratégie et de développement (BSD), la Division des affaires financières (DAF), la Division des ressources humaines (DRH); au niveau régionale: la Direction régionale sanitaire (DRS) et les Directions préfectorales sanitaires (DPS) dans la zone géographique ciblée (caractérisé par des faibles capacités techniques et ressources), les partenaires de la mise en œuvre de l'action notamment les contractants de travaux de construction/réhabilitation/équipement de l'infrastructure sanitaire.
- Bénéficiaires indirects/parties prenantes – le ministère de la fonction publique (MFP) en charge de recrutement de personnel de santé nécessite plus de coordination avec les ministères tutelles ; le ministère du budget (MdB) déterminant le budget pour la santé ; le ministère de l'économie et des finances (MEF), le pouvoir adjudicateur de programme dans le cadre de la convention de financement au manque de compétences et ressources; le ministère de l'administration du territoire et de décentralisation (MATD) en charge du processus de décentralisation y inclus le système de la santé, faible en application de la politique; les municipalités de la région cible (autorités régionales, de districts, collectivités locales); la société civile, notamment le Conseil national des organisations de la société civile et des organisations professionnelles (Ordre des médecins, Association des sages-femmes,

Association des infirmiers d'état); les partenaires techniques et financiers impliqués sur les axes d'intervention identifiés (forts en expertises, compétences et appui financier mais au besoin de renforcer la coordination, la collaboration et les synergies entre eux-mêmes et avec le ministère); des ONG locales pertinentes (clés pour la mise en œuvre sur le terrain surtout au niveau communautaire, mais caractérisé par un manque de ressources).

- Bénéficiaires finaux – la population guinéenne en général et plus particulièrement celle de la zone cible (environ 1,7 mln) qui utilisera des services de soins, y compris les femmes enceintes et en âge de reproduction, les mères, les enfants de moins de 5 ans, les familles, les groupes vulnérables; le personnel de l'administration sanitaire nationale et de la région cible; le personnel des structures de soins dans la zone cible (environ 400 personnes y inclus l'administration).

## **1.2 Domaines d'appui prioritaires/analyse des problèmes**

Le système de santé guinéen est caractérisé entre autre par (i) une morbidité et une mortalité encore élevée en particulier chez les groupes les plus vulnérables tels que les mères et les enfants de moins de 5 ans (le taux de mortalité maternelle 724/100 000 naissance vivantes et le taux de mortalité infantile 67/1 000) à cause des problèmes de santé notamment les maladies transmissibles (IST/VIH/sida, maladies à potentiel épidémique: rougeole, cholera, méningites ainsi que endémiques telles que paludisme, diarrhée) et la faible persistance de vaccination de routine (PEV surtout), les pathologies de la grossesse, de l'accouchement, du postpartum ainsi que les déséquilibres nutritionnels (ii) une très faible couverture des services de santé en médicaments essentiels dont la qualité est souvent douteuse et l'accès limité, et (iii) une offre de santé inefficace et inéquitable.

Le niveau d'utilisation des services de santé est faible, avec un taux de fréquentation de 0,30 dans 84,2 % des districts sanitaires, tandis que dans la région cible le niveau est encore plus modeste à savoir 0,09. Cette situation a été aggravée par l'épidémie de la MVE. A Nzérékoré, l'une des régions les plus touchées par la MVE, 31 % des postes de santé ont été fermés à cause du manque de personnel.

Il est estimé qu'à l'heure actuelle le manque en ressources humaines en Guinée est de plus de 8 000 agents de santé. Seuls 21 sur 38 districts (soit 60 %) offrent la totalité du paquet de services essentiels (PSE)<sup>5</sup>.

Les contraintes budgétaires importantes et les faibles capacités à tous les niveaux du système sanitaire limitent les réformes prévues et indispensables du PNDS de la reconstruction et du développement du secteur, y inclus une surveillance épidémiologique adéquate. Les résultats de l'audit organisationnel et institutionnel du ministère de santé (MS) montrent que les facteurs déterminant de sa faible performance sont liés à un très faible leadership et à une très faible gouvernance du secteur, notamment en matière de gestion des ressources humaines et financières.

Le programme présenté ici vise à appuyer le ministère de la santé et la population guinéenne à trois niveaux dans les domaines suivants:

### **i- Appui institutionnel au ministère de la Santé**

Trois éléments sont essentiels pour le bon fonctionnement du système de santé:

---

<sup>5</sup> EGS2014

(i) des ressources humaines pour la santé (RHS) qui sont qualifiées, motivées et équitablement réparties dans le pays, (ii) un financement suffisant du système de santé, une gestion adéquate des ressources financières du secteur et (iii) un système performant de redevabilité et de bonne gouvernance.

Les défis dans la **gestion des RHS** en Guinée sont, entre autres, l'absence de plan de carrière et de mesures incitatives et de motivation, un recrutement aléatoire et souvent non pertinent, une distribution inadéquate et inéquitable du personnel, l'absence d'un système d'information de gestion des RHS et une mauvaise gestion des dossiers administratifs du personnel. La Division des ressources humaines (DRH) du ministère de la santé, responsable pour juguler ces difficultés, n'est pas en mesure de les gérer, ni de proposer des solutions pour les différents niveaux à cause d'un manque de personnel qualifié et d'un manque de pouvoir institutionnel. Le volet « appui institutionnel » vise à appuyer l'élévation de la division des RHS au rang de direction des RHS et de renforcer la collaboration interministérielle au niveau central. En plus, le programme soutiendra la mise en place d'un système de gestion de carrière et de développement d'un système de motivation de RHS, compte tenu la politique nationale de genre.

Une autre gageure au niveau central est la **gestion financière** inadéquate, qui mène à une faible exécution du budget public et un système non-transparent et sensible aux manipulations. Le ministère à travers l'inspecteur général de sante (IGS) n'a ni moyen de suivi, ni contrôle sur les fonds et il n'existe pas de système fiable du contrôle de flux de fonds et/ou de redevabilité. Le volet du PASA 2 vise à renforcer la Division des affaires financières (DAF) du ministère de la santé dans le cadre de l'amélioration de la gestion financière et appuiera l'IGS à mieux jouer son rôle d'institution de contrôle des comptes du ministère.

Finalement, le nombre de partenaires intervenant après la crise d'Ébola en Guinée risque de surcharger les capacités de gestion et de pilotage du ministère de la santé et notamment du BSD. Une **coordination des interventions et une meilleure communication** entre les services horizontaux et verticaux du ministère de la Santé, y compris les partenaires respectifs, est indispensable. Ainsi, le volet appuiera le BSD dans la coordination des partenaires et du ministère de la santé à travers l'amélioration des outils de coordination, notamment la cartographie des interventions et le développement et la mise en place d'un système d'archivage.

Par ailleurs, une des principales leçons apprises lors de l'épidémie de la MVE est l'impérieuse nécessité d'impliquer les communautés dans la recherche de solutions aux problèmes de santé. Aussi, ce volet appuiera le niveau national dans le développement d'une approche nationale pour la santé communautaire et la mise en place d'un modèle commun d'agent de santé communautaire.

En général, le PASA2 envisage d'appuyer le niveau central en expertise, outils, techniques et moyens qui permettront d'améliorer le fonctionnement du ministère de la santé dans la gestion des RHS, la gestion financière, et la coordination suivant les recommandations de l'audit. Il collabora parmi autres, avec les différents PTF comme le Health Financing Governance (HFG), la Banque mondiale (BM) (le Projet d'Amélioration des soins de santé primaire - PASSP, la Global Financing Facility - GFF), le Fonds mondial (FM), la Global Alliance for Vaccines and Immunisations (GAVI), le John Hopkins University Filial (Jhpiego), qui soutient le renforcement du système de la santé au niveau national.

De manière générale le projet vise à contribuer au renforcement de l'égalité de genre. Une approche intégrée sera appliquée à l'ensemble des activités dans le cadre de ce volet (à titre d'exemple le renforcement des capacités statistiques, du système national d'information sanitaire ou des outils de gestion de ressources humaines s'appuieront sur des données désagrégés par sexe)

et des activités spécifiques seront formulées sur la base d'une analyse préliminaire des capacités institutionnelles du ministère de la santé en matière d'égalité homme-femme. Il est déjà préconisé que le programme promouvra le développement d'une politique de ressources humaines en santé avec une forte dimension « genre » ainsi que l'accès des femmes à des opportunités d'emploi et à des postes de décision auprès du ministère de la santé et de ses services déconcentrés<sup>6</sup>.

Compte tenu de la dynamique de la réforme et de l'appui de plusieurs partenaires, certaines activités prévues dans ce volet peuvent être modifiées et/ou adaptées au contexte et à l'évolution de la réforme. Le projet sera mis en œuvre en collaboration et en synergie avec tous les intervenants concernés afin d'assurer la complémentarité, la continuité, l'alignement et l'efficacité des interventions.

ii- Renforcement des districts de santé dans la région de Nzérékoré, et en fonction de besoins prioritaires dans les préfectures avoisinantes

Actuellement, les districts sanitaires sont peu fonctionnels et souffrent d'une gestion faible, d'un manque de personnel qualifié, d'une absence de supervision et de contrôle, d'un faible approvisionnement en médicaments et produits médicaux, d'un dysfonctionnement du système de référence/contre référence et d'une faible intégration des hôpitaux. Ceci a affecté fortement le fonctionnement des services de santé en général, particulièrement ceux de la reproduction. Par conséquence, l'utilisation des services de la santé reproductive est très faible.

Le Plan triennal de relance et de résilience du système de santé (PRSS) souligne ainsi l'importance du renforcement du district sanitaire (DS) pour l'amélioration de la qualité des services et l'augmentation de l'utilisation des prestations de santé reproductive et familiale (SRF). Également dans le cadre de la reconstruction du système post-Ebola, le PNDS et le PRSS visent l'intégration des programmes nationaux prioritaires, notamment les programmes de paludisme, VIH-SIDA, nutrition, santé reproductive et familiale (SRF) et la surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique (MPE) et endémiques.

Le volet « renforcement de district de santé dans la région de Nzérékoré » prévoit l'amélioration de capacités des DS dans la gestion des RHS, à travers, parmi d'autres, la formation continue et le système de gestion de données du personnel de la santé (y inclus la répartition par genre), et la gestion financière, y compris la mise en place d'un système de redevabilité. Les équipes cadres de DS seront aussi appuyées dans la mise en place d'un système de qualité de prestations (planification, coordination, monitoring, supervision, évaluation), et dans l'accompagnement des services sanitaires dans la mise en œuvre de leurs plans d'action ainsi que dans le renforcement de leurs compétences et capacités dans la SRF et la prévention des MPE et maladies endémiques.

iii- Amélioration de la qualité de l'offre de soins et des services de SRF dans la région de Nzérékoré, et en fonction de besoins prioritaires dans les préfectures avoisinantes

Le taux de fréquentation des services de santé par les populations a chuté, dû à une forte méfiance vis-à-vis des services et des agents de santé. Selon le rapport de l'Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples 2012 (EDS-MICS) en Guinée, seules 45 % des naissances sont suivies par un personnel médical. Sept nouveau-nés sur dix ne reçoivent aucune assistance médicale. En plus, le taux de prise en charge des urgences obstétricales dans les structures (SONU) n'est que de 12,2 % contre 100 % souhaités. Le manque de mesures nécessaires a encore plus détérioré la qualité des prestations sanitaires. Malgré ses importantes potentialités agricoles,

---

<sup>6</sup> Seulement 31,7 % des postes de « directeurs, cadres de direction, gérants, membre de l'exécutif et des corps législatifs » sont occupés par les femmes, contre 78,3 % pour les hommes. (RGPH 2014)



la région de Nzérékoré demeure paradoxalement confrontée à la malnutrition sous toutes ses formes, ainsi la malnutrition chronique s'établit à 31,6 % (Enquête SMART 2015). Aussi, avec la persistance de vaccination de routine très affaiblie, le risque de propagation des MPE et maladies endémiques reste beaucoup plus élevé dans la zone cible du projet que dans les autres régions du pays.

Le volet « amélioration de la qualité de l'offre de soins » appuiera les formations sanitaires (hôpitaux régionaux, hôpitaux préfectoraux, centres de santé, postes de santé) pour atteindre un meilleur niveau de qualité des services de SFR. Un focus sera mis sur la formation du personnel en Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et complets (SONUC), y compris l'utilisation du partogramme et la prévention de la déformation congénitale; ainsi que sur le CCC (Communication pour le changement de comportement) dans les structures sanitaires. En plus, les structures sanitaires seront appuyées par l'approvisionnement en petits équipements essentiels. L'intégration du counseling VIH dans les sessions de planification familiale (PF), les actions appuyant le processus d'abandon des MFG seront mises en œuvre en concertation avec les autres partenaires intervenant dans la région.

iv- Augmentation de la demande des soins dans la région de Nzérékoré, et en fonction de besoins prioritaires dans les préfectures avoisinantes

Selon EDS-MICS 2012, seulement 5 % des femmes utilisent les méthodes modernes de contraception. Moins de 12 % des individus connaissent leur statut VIH, et dans le groupe d'âge des 15-24 ans, ce chiffre ne dépasse pas 6 %. Selon l'EDS-MICS 2012, 80 % des jeunes femmes et des jeunes hommes ont de très faibles connaissances sur le VIH. 96 % des femmes et jeunes filles ont subi la pratique de MFG (EDSIII). Moins de 30 % des enfants profitent de prestations de santé de qualité au niveau communautaire.

En général, les populations des zones rurales ont très peu d'accès aux services et soins de santé de la reproduction. La vaste majorité des femmes, en particulier les jeunes femmes qui sont souvent mariées précocement, ainsi que les jeunes hommes, ne peuvent pas avoir recours aux services et soins de santé reproductive de manière autonome – c'est à dire sans l'accord de la famille. Pour les adolescents en particulier, il existe peu de services tenant compte de leurs besoins particuliers.

Le volet « augmentation de la demande dans la zone cible » appuiera:

- l'implication des communautés (Communes, comité de santé et d'hygiène-COSAH) dans la gestion des structures sanitaires de base, la formation des agents de santé communautaire (ASC) sur la communication et la mobilisation sociale avec l'accent mis sur la mobilisation sociale en faveur de la prévention de maladies à potentiels épidémiologique (MPE) et maladies endémiques relative à la santé reproductive et familiale (SRF), la CCC (communication pour le changement de comportement) pour l'amélioration de la SRF, l'hygiène et la nutrition, ainsi que la sensibilisation et l'éducation des jeunes adolescents, les regroupements de femmes, des jeunes adultes et des parents sur la santé reproductive et familiale y compris le VIH/SIDA et les mutilations génitales féminines;
- la relance des mutuelles de santé;
- le développement de l'École de santé de Nzérékoré dans le cadre de l'approche Pipeline rural en concertation avec les autres partenaires.

v- Amélioration d'infrastructure sanitaire dans la région de Nzérékoré, et en fonction de besoins prioritaires dans les préfectures avoisinantes

Sur le plan des infrastructures et des équipements en Guinée il existe un important déficit et une mauvaise répartition des infrastructures entre zones urbaines et zones rurales. Les locaux tant

administratifs que ceux des structures de soins sont dans l'ensemble en mauvais état. Les structures de santé sont très mal desservies en eau, assainissement et énergie électrique ou solaire avec les répercussions sur l'hygiène et la qualité des soins. 51 % des structures sanitaires publiques se trouvent dans un état matériel et de fonctionnalité non approprié par rapport aux standards définis. Seulement 2 % du budget public de santé sont investis en infrastructures reflétant le niveau très bas des structures sanitaires.

Il a été constaté qu'un de facteurs majeurs de rétention et de motivation des agents sanitaires en périphérie est la disponibilité d'habitations adéquates sur place et la sécurité des locaux de travail et de logement.

Il y a aussi une insuffisance en équipements biomédicaux dont 70 % ne sont pas disponibles en comparaison avec les normes nationales d'équipement sanitaire. Et seulement 34 % des équipements des centres de santé, sont conformes aux normes. Ni le plan de développement des infrastructures et des équipements, ni la carte sanitaire n'ont été actualisé depuis longtemps, le système de maintenance des infrastructures, des équipements et des moyens roulants est inopérant, et les systèmes d'information, de communication et de documentation sont défectueux.

Ce programme visera ainsi à améliorer l'infrastructure sanitaire (notamment des hôpitaux régionaux, hôpitaux préfectoraux, centres des santé, ainsi que des structures administratives (Directions Préfectorales de la Santé) et des domiciles pour le personnel de santé dans la zone cible. Il convient de noter que le programme en cours PASA contribue à l'amélioration des infrastructures sanitaires dans la région cible, ceux-ci ne constituent qu'un faible pourcentage des infrastructures en besoin de rénovation.

## 2. RISQUES ET HYPOTHESES

Risques	Niveau (E/M/F)	Mesures d'atténuation
Manque de ressources financières nationales pour engager les réformes institutionnelles nécessaires.	M	Contribution à la stabilité macro-économique à travers l'appui budgétaire (SBC II).
Manque de volonté politique pour réformer le secteur.	E	Maintien du dialogue politique à travers les plateformes de coordination sectorielle et l'appui budgétaire.
Résurgence d'une crise sanitaire qui interrompt la dynamique de réforme et réoriente les financements.	M	Soutien du gouvernement avec des mesures d'accompagnements en place pour appuyer la prévention et le contrôle épidémiologique (projet PREPARE); ou autres opportunités financières (aide d'urgence et humanitaire).
La décentralisation n'est pas suffisamment mise en œuvre provoquant des ressources humaines et financières limitées au niveau local.	M	Renforcement du dialogue politique à travers les Programmes d'aide budgétaire (SBCII) et d'appui à la Stratégie de Décentralisation (PASDD).

## Hypothèses

La stabilité politique du pays se maintient.

Les ressources financières mises à la disposition du secteur de la santé sont accrues et la qualité de la dépense publique est globalement satisfaisante.

Le gouvernement maintient l'effort de recrutement/renforcement de ressources humaines en santé

Le personnel de santé est mieux réparti dans le pays, (hors de Conakry), des dispositions spécifiques sont prises pour favoriser la rétention des agents de santé dans les zones rurales.

Le personnel de santé est suffisamment féminisé afin qu'il puisse rendre des services de santé de la reproduction et de la famille qui sont culturellement acceptables.

L'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels de qualité et à prix accessible est assuré par la pharmacie centrale de guinée performante)

L'engagement politique dans la relance du secteur santé se maintient, y inclus la réforme institutionnelle et organisationnelle du ministère de la santé.

La réforme de la politique de décentralisation et déconcentration est dûment appliquée dans le secteur de la santé.

Les activités prévues dans le cadre du PASA du 10<sup>e</sup> FED s'achèvent et les résultats escomptés sont atteints.

L'implication des autorités administratives locales, des chefs traditionnels et religieux et le recours à des stratégies de communication culturellement adaptées diminuent la réticence des populations à l'égard de la planification familiale, de la santé sexuelle et reproductive et augmentent l'acceptabilité des services.

### 3. ENSEIGNEMENTS TIRES, COMPLEMENTARITE ET QUESTIONS TRANSVERSALES

#### 3.1 Enseignements tirés

Le présent programme a été conçu sur la base de i) l'expérience acquise par l'Union européenne et les partenaires dans la mise en œuvre du Projet d'appui à la santé (PASA) en cours d'exécution, ainsi que du Programme d'appui budgétaire; ii) les diagnostics subjacents à et les lignes directrices du PNS et de son instrument de mise en œuvre le PNDS; iii) l'audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du ministère de la santé, finalisé en décembre 2016, avec l'appui de l'UE et de l'USAID et la feuille de route y relative.

Le projet PASA (10<sup>e</sup> FED) est ambitieux et sa gestion - caractérisée par un mixage de diverses modalités de mise en œuvre (devis programmes, subvention, convention de contribution, contrats de services, fournitures et travaux) - complexe et lourde. Malgré les efforts des trois administrations concernées (la Délégation de l'UE, l'Ordonnateur national et le ministère de la santé), le programme a enregistré un retard important dans la mise en œuvre et une faible capacité d'absorption. Pour remédier à cela et soutenir la Guinée dans la relance post-Ébola, la durée de mise en œuvre ainsi que la date limite de contractualisation (D+3) ont fait objet d'une extension par un avenant à la convention de financement du PASA.

Par ailleurs, le choix de la gestion indirecte, n'a pas pour autant permis de renforcer l'appropriation de l'action par les autorités nationales. Les capacités déjà limitées du ministère de la santé ont été absorbées en grande partie par la gestion administrative au détriment d'un véritable engagement stratégique. La complexité administrative et la lenteur dans la mise en œuvre ont créé des frustrations qui ont nui aux relations entre la Délégation et les partenaires nationaux ainsi qu'à la visibilité de l'Union européenne.

Il est important dans l'avenir d'intervenir différemment: opter pour des modalités de mise en œuvre plus simples et administrativement moins lourdes pour permettre un engagement stratégique, un suivi et un dialogue sectoriel plus soutenu. Par conséquent il est proposé de passer

par une coopération déléguée avec des partenaires, techniquement solides et capables d'assurer une mise en œuvre efficace.

Le dialogue politique mené dans le cadre du programme d'appui budgétaire a mis en exergue les faiblesses dans la gestion des finances publiques concernant les dépenses au bénéfice du secteur de la santé, ainsi que la complexité et le manque de leadership du ministère dans la gestion des ressources financières et humaines. Un appui technique aux capacités du ministère de la santé dans ces domaines stratégiques se relève incontournable, ainsi que la poursuite d'un appui budgétaire et le maintien du suivi et du dialogue en soutien à la reconstruction du système de santé avec les ministères responsables de l'économie et des finances, du budget, de la fonction publique et de l'administration du territoire.

Les axes prioritaires d'action ont été identifiés sur la base des recommandations de l'audit institutionnel, organisationnel et fonctionnel du ministère de la santé et sa feuille de route correspondante, finalisés en décembre 2016.

La formulation de ce programme reflète aussi les recommandations tirées des échanges entre la Délégation de l'UE et les services de la Commission européenne, notamment l'importance de:

- i) renforcer le dialogue politique avec les autorités nationales et l'appui institutionnel
- ii) opter pour les modalités de gestion plus novatrices et moins lourdes de cotée administratif
- iii) considérer l'importance du volet épidémiologique dans le renforcement du système de la santé, en appliquant l'approche intégrée
- iv) renforcer les aspects relatifs à la promotion de l'égalité de genre et à l'approche basée sur les droits.

### **3.2 Complémentarité, synergie et coordination des donateurs**

L'intervention complètera le Projet d'Appui à la santé (PASA) cofinancé par le 10<sup>e</sup> FED et l'Agence française de développement (total de 30 000 000 EUR) dont la mise en œuvre se poursuit jusqu'en 2019. Ce deuxième programme consolidera les acquis de son précurseur, notamment en termes d'appui institutionnel au MS pour soutenir la reconstruction du système de santé à l'échelle nationale. Il poursuivra le renforcement des services déconcentrés dans la région administrative de Nzérékoré tant en termes de développement des infrastructures sanitaires que de l'offre de soins de qualité.

Le PASA2 est conçu dès le départ en étroite complémentarité avec le Programme santé de la reproduction et de la famille (PSRF) mis en œuvre par la GIZ depuis 2015 dans les régions des Mamou, Labé, Faranah et Kindia. Le PASA2 sera cofinancé par le ministère allemand pour la coopération et le développement (BMZ) au titre de la deuxième phase du PRSF sur la période janvier 2019–juin 2022. La formulation du PASA2 et du PRSF-II a coïncidé pour assurer la cohérence méthodologique et la complémentarité des activités. Les composantes de la action en appui aux capacités des services de santé au niveau des districts et de la région dans la zone cible (volet 2), l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et de services de santé reproductive et planification familiale (SRF) (volet3) et augmentation de la demande de soins et services de santé et renforcement de la santé communautaire (volet 4) seront gérée par GIZ en totale synergie dans les régions des Mamou, Labé, Faranah et Kindia sous PARSF II et Nzérékoré sous PASA 2. Cinq des huit régions administratives du pays seront couvertes par ces deux programmes.

Le programme vise aussi à consolider les acquis et assurer la complémentarité avec d'autres interventions en santé publique réalisées par Expertise France (EF) en Guinée. EF cherchera entre autre à garantir le maintien des capacités de gestion des crises sanitaire en consolidant les acquis du projet PREPARE financé par l'Union européenne et l'ambassade de France. Ce projet, dont la mise en œuvre par Expertise France arrive à son terme en novembre 2017, a contribué au développement du système national de sécurité sanitaire et surtout par rapport au renforcement

des capacités du ministère de la santé dans la surveillance et la riposte aux crises épidémiologiques.

Le projet PASA sera ainsi une opportunité de consolider les acquis du projet TWIN 2H en cours de mise en œuvre par Expertise France sur l'hygiène hospitalière, la prévention et le contrôle des infections, qui contribue à l'application du règlement sanitaire international.

Le projet recherchera de solides synergies avec le Programme de consolidation de l'État (PACE2). Ce second programme d'appui budgétaire du type «State Building Contract» (SBC) d'une valeur de 60 000 000 EUR financé sur le 11<sup>e</sup> FED (dont 17 000 000 EUR de l'enveloppe du secteur de concentration «Santé» du PIN) vise à renforcer la gouvernance du secteur de santé et sa résilience face aux menaces sanitaires internes et externes. Il comporte entre autres 3 tranches variables conditionnées à des indicateurs de performance relatifs au financement du système de santé, à la disponibilité des agents de santé à l'intérieur du pays et à l'impact des services de la santé maternelle et infantile. Le PASA2 contribuera au dialogue politique et à l'évaluation de la performance du secteur de la santé qui conditionne le programme d'appui budgétaire

Par ailleurs, des synergies seront obtenues avec d'autres programmes financés au titre du 10<sup>ème</sup> en cours de mise en œuvre, notamment:

i) le Programme d'Appui à la réforme des finances publiques qui vise – entre autres – à renforcer les capacités de planification et exécution budgétaire, l'application du principe d'unicité du compte du trésor, et une meilleure fonction comptable (y inclut des départements administratifs et financiers des ministères sectoriels) et de trésorerie; une meilleure gestion des établissements publics à caractère administratif (tel que la pharmacie centrale de Guinée, ou les hôpitaux publics); ainsi qu'un renforcement de la Cour des comptes et des corps de contrôle interne (inspection générale de l'État et inspection générale des finances). Des synergies seront recherchées avec ce programme dans la mise en œuvre des activités de renforcement de la gestion financière de la part du ministère de la santé et des contrôles de la dépense publique dans le secteur.

ii) le Programme d'Appui sectoriel à la décentralisation et la déconcentration (PASDD) qui devrait apporter un soutien aux DRS/DPS, et appuyer la création d'un fonds pour les collectivités locales le suivi des ressources humaines en santé déconcentrées etc.) ;

iii) le Programme d'Appui au service public de l'eau (PASPE) sous l'Initiative des objectifs du millénaire (IOMD) qui devrait contribuer à un meilleur accès à l'eau des centres de santé et des hôpitaux,

Le programme vise au maintien des capacités de surveillance et riposte aux crises épidémiologiques du système de santé, notamment en consolidant les acquis du projet PREPARE dont la mise en œuvre par Expertise France arrive à son terme en novembre 2017.

La formulation de ce programme prend aussi en compte d'autres appuis fournis par l'Union européenne au titre du Programme indicatif régional du budget ECHO en matière de sécurité sanitaire.

De même le programme s'inscrit dans une logique de complémentarité avec les initiatives menées ou en cours de formulation par d'autres partenaires techniques et financiers, en particulier le le Projet d'Amélioration des soins de santé primaire (PASSP) et le Projet régional de renforcement des systèmes de surveillance des maladies en Afrique de l'Ouest (REDISSE) basé sur l'approche 'une seule santé' (One Health) de la BM, l'appui de l'USAID à la gouvernance, coordination, gestion financière mis en œuvre par HFG (Health Financing Gouvernance).

La crise sanitaire engendrée par l'épidémie à Virus Ebola a attiré en Guinée de nombreux partenaires dont plusieurs ont évolué d'une démarche d'urgence et d'aide humanitaire vers une

intervention de développement à moyen et à long terme. Parmi eux, les plus actifs dans le secteur de la santé sont l'USAID, la Banque mondiale, la Coopération française (AFD), Allemande (GIZ, KfW) et Japonaise (JICA) et les agences des Nations unies (OMS, UNICEF, UNOPS, UNAIDS, UNFPA, PNUD). La Guinée bénéficie aussi d'un appui important de la part des partenariats et des initiatives de santé globales – dont certaines cofinancées par l'UE - tel que: l'OMS, le Fonds mondial pour la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le SIDA, GAVI, GFF, la Millenium Promise, ainsi que des bailleurs non traditionnels tels que la Banque islamique au développement et le Fonds saoudien de développement.

La matrice de bailleurs jointe à cette fiche donne un aperçu des priorités et des grands axes d'intervention des partenaires les plus actifs.

La coordination entre les partenaires techniques et financiers et les autorités nationales dans le secteur santé en Guinée demeure un défi majeur en raison du nombre important d'intervenants, et de la faible capacité de coordination du ministère. Toutefois il convient de noter une volonté forte des deux côtés de redynamiser l'efficacité de l'aide en Guinée, notamment dans le secteur de la santé, à travers le renforcement du Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS) sous lead du ministère de la santé ainsi que du Groupe des partenaires techniques et financiers santé, dont le chef de file est l'Organisation mondiale de la santé - OMS (en rotation).

Dans ce contexte, le présent programme, développé en consultation avec les autorités nationales et les partenaires techniques et financiers, envisage une approche commune qui contribuera à cet agenda de cadre de concertation.

### **3.3 Questions transversales**

Le programme contribue substantiellement à la mise en œuvre des objectifs du plan d'action de genre 2016-2020, notamment au premier objectif portant sur l'intégrité physique et psychologique des femmes et des jeunes filles. L'amélioration de l'état de santé des mères est par ailleurs l'objectif principal de l'action. Conformément aux objectifs spécifiques de l'EU GAP, le programme visera à leur donner un meilleur accès aux services de santé, un meilleur contrôle sur leur propre sexualité et santé reproductive; à promouvoir une nutrition saine à travers le cycle de la vie et à sensibiliser contre les violences contre les femmes, notamment la mutilation génitale féminine.

Le programme visera aussi à intégrer d'autres questions transversales, telles que la soutenabilité environnementale, les droits des enfants, des personnes vivant avec un handicap.

- l'action visera à assurer l'accès aux services de soins primaires de qualité pour tous les enfants, y compris les plus vulnérables, ainsi que l'amélioration de l'offre de santé reproductive pour les adolescents, et le renforcement des structures de dialogue et la sensibilisation de la population concernant certaines pratiques traditionnelles préjudiciables telles que le mariage précoce et la MGF;
- Une attention particulière sera prêté à leur inclusion dans les activités de sensibilisation et éducation sanitaire, dans la provision de soins et services de santé adaptés à leur besoins spécifiques ainsi qu'à l'accessibilité des infrastructures sanitaires;
- En matière d'environnement, le programme cherchera à appliquer les meilleures pratiques en termes d'impact environnemental, et à adopter autant que possible par des solutions écologiques, moins polluantes et moins nuisibles à l'environnement (telle que l'alimentation en énergie solaire). L'appui aux infrastructures sanitaires portera sur d'analyse d'impact environnemental et intégrera des mesures visant à une gestion efficace et soutenable des déchets médicaux et du réseau d'adduction d'eau; Au niveau des matériaux utilisés pour la construction et la réhabilitation, et l'équipement, il est envisagé d'utiliser autant que possible

des matières premières locales, tout en prenant en compte les enjeux environnementaux de la région et les normes guinéennes en matière de construction et réhabilitation de structures sanitaires.

- En ce qui concerne la bonne gouvernance, elle sera appuyée à travers des 'activité de renforcement d'engagement plus actif et participatif des collectivités locales dans la gestion des soins en périphérie (redynamisation des comités de santé, renforcement des capacités, mobilisation sociale), la contribution à l'effectivité de la décentralisation et déconcentration en périphérie.
- Enfin l'action a un potentiel considérable en termes de création de nouveaux emplois et à l'insertion économique des jeunes en Guinée. Le secteur de la construction faisant partie des secteurs avec les plus fortes demandes en main d'œuvre, il est prévu de travailler autant que possible avec des entreprises locales guinéennes, en conformité avec les règles de concurrence de l'Union européenne.

#### **4. DESCRIPTION DE L'ACTION**

##### **4.1 Objectifs/résultats**

Ce programme s'inscrit dans le Programme des Nations unies de développement durable à l'horizon 2030. Il contribue principalement à atteindre progressivement l'objectif de développement durable (ODD) n° 3 « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* », mais il favorise aussi le progrès vers l'obtention des objectifs 5 « *Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles* », et 10 « *Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre* ».

**L'objectif principal** est:

**L'état de santé des mères et des enfants de moins de cinq ans est amélioré.**

Le projet définit **trois objectifs spécifiques**:

**Objectif spécifique 1 (OS1):** La performance du ministère de la santé en matière de gouvernance, gestion financière et gestion des ressources humaines est améliorée

**Objectif spécifique 2 (OS2):** L'utilisation des services de santé par les mères et les enfants de moins de cinq ans dans la région cible est augmentée

**Objectif spécifique 3 (OS3):** L'infrastructure sanitaire dans la région cible est améliorée

Ces objectifs spécifiques visent à l'achèvement des **résultats escomptés** suivants:

**Résultat 1.1. (R1.1):** Les capacités institutionnelles du ministère de la santé, notamment en termes de (i) gestion financière, (ii) gestion des ressources humaines, ainsi qu'en termes de (iii) gouvernance et leadership du secteur sont renforcées (volet 1);

**Résultat 1.2. (R1.2.):** Une approche nationale de santé communautaire et d'une stratégie nationale d'agents de santé communautaires sont développés et testés sur le terrain, notamment dans la zone cible du projet (volet 1).

**Résultat 2.1. (R2.1):** Les capacités des districts sanitaires de la zone cible, en matière de planification, de gestion financière, de gestion des ressources humaine, d'hygiène et de gestion des risques infectieux sont renforcées (volet 2);

**Résultat 2.2. (R2.2):** L'offre de soins de qualité notamment des services de santé reproductive et familiale est améliorée dans la zone cible (volet 3);

**Résultat 2.3 (R2.3):** La demande des soins et services de santé est renforcée dans la zone cible (volet 4).

**Résultat 3.1 (R3.1):** Les capacités et conditions d'accueil des infrastructures sanitaires de la zone cible sont améliorées (volet 5).

Les activités spécifiques et les indicateurs correspondants sont proposés dans la matrice du cadre logique annexé au document d'identification.

#### 4.2 Principales activités

Conformément au PNDS, il est prévu de renforcer le système de soins pour délivrer des prestations de service de qualité, centrées sur le patient, tout en garantissant un accès équitable à l'ensemble de la population dans la zone géographique concernée. Un accent sera mis sur le renforcement des soins de santé primaire avec un hôpital de district fonctionnel et un réseau de centres de santé intégrés, appuyés par des services de santé à base communautaire, ainsi que la mise à jour et l'harmonisation des paquets de services essentiels (PSE) de santé.

Les activités se déclinent autour de cinq (5) volets d'action (liste indicative et pas exhaustive):

<b>Volet 1: Appui institutionnel</b>		
<b>Gestion ressources humaines (chef de file GIZ)</b>	<b>Gestion financière (Chef de file Expertise France)</b>	<b>Gouvernance, leadership et coordination du secteur (chef de file GIZ)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Appuyer le fonctionnement et le suivi de la mise en place du logiciel IHRIS au niveau national et contribuer à son amélioration et utilisation pour la gestion des RH (y compris désagrégation par sexe)</li> <li>2. Contribuer à l'élévation de la Division des ressources humaines en Direction des ressources humaines pour la santé(RHS)</li> <li>3. Appuyer le fonctionnement et le suivi du comité intersectoriel élargi des RHS</li> <li>4. Appuyer la mise en place d'un système de gestion des carrières professionnelle (promotions,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Appuyer la restructuration et la redynamisation de l'IGS</li> <li>7. Appuyer l'élaboration du plan stratégique et d'un PAO de l'IGS</li> <li>8. Renforcer les capacités du personnel de l'IGS sur les normes et procédures de contrôle</li> <li>9. Appuyer la mise en place d'un système de certification des comptes au niveau des hôpitaux nationaux et régionaux</li> <li>10. Appuyer, si nécessaire, l'informatisation de la DAF, en accord avec le plan d'informatisation global du ministère de la santé</li> <li>11. Contribuer, si nécessaire, à la mise en œuvre d'une unité de gestion programmatique et financière en appui du</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Appuyer la mise en place et la mise à jour régulière de la cartographie des interventions de l'état et des partenaires techniques et financiers</li> <li>13. Appuyer le renforcement du système national d'information sanitaire</li> <li>14. Appuyer le développement et la mise en place d'un système d'archivage informatisé</li> <li>15. Appuyer la coordination des contributions des partenaires techniques et financiers au système de santé</li> <li>16. Contribuer au développement et la mise en œuvre de la stratégie nationale pour la santé communautaire au niveau des districts</li> <li>17. Appuyer la mise en place d'un modèle commun d'agents de santé</li> </ol>



avancement, mutations) 5. Appuyer le développement d'un système de motivation de RHS dans une démarche participative	BSD et de la DAF	communautaire intégrés (ASC)
<b>Volet 2: Renforcement des capacités des services de santé au niveau des districts et de la région dans la zone cible (chef de file GIZ)</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer les capacités des équipes cadres de la DRS et des DPS en matière de gestion financière et administrative, de gestion de la qualité, de gestion des ressources humaines (y compris la promotion de l'emploi des femmes et leur accès à des postes de responsabilité), de gestion des médicaments, de la gestion du système d'information sanitaire, de l'hygiène et la prévention des infections en lien avec l'appui fourni au niveau central</li> <li>2. Appuyer le fonctionnement et le suivi de la mise en place du logiciel IHRIS au niveau régional et préfectoral (assurant la répartition de données par genre) et son utilisation</li> <li>3. Mettre en place un système de motivation de RHS en lien avec l'appui fourni au niveau central</li> <li>4. Mettre en place des plans de formation continue au niveau des districts de santé et de la région.</li> <li>5. Appuyer la mise en œuvre d'un système de redevabilité sur l'utilisation de toutes les ressources (financières, matériel, médicaments) dans le cadre de la politique de la décentralisation et déconcentration</li> <li>6. Appuyer le management des activités développées par les structures de santé (planification, supervision, monitoring amélioré, évaluation semestrielle et annuelle, mise en œuvre des plans d'action, évaluation des performances des équipes, etc.)</li> </ol>		
<b>Volet 3: Amélioration de la qualité de l'offre de soins et de services de santé reproductive et planification familiale (SRF) (chef de file GIZ)</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former les prestataires de soins en SONUB/SONUC selon le besoin (y compris à l'utilisation du partogramme et à la prévention des malformations congénitales)</li> <li>2. Renforcer les capacités des agents de santé en matière de santé reproductive et la planification familiale (y inclut le traitement de mutilations génitales féminines et l'intégration du counseling VIH); de prévention et la prise en charge de MPE et de maladies endémiques (y compris le renforcement de la vaccination de routine); de pratiques d'hygiène et la gestion des déchets biomédicaux; ainsi que de gestion et maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux</li> <li>3. Former les agents de santé à la communication d'empathie et à la communication pour le changement de comportement (CCC); à l'accueil des patients (notamment la non-stigmatisation des personnes vivant avec un handicap, des femmes et des adolescents);</li> <li>4. Organiser le suivi post-formation des sessions de formation réalisées</li> <li>5. Création d'un Fond de financement au bénéfice des formations sanitaires pour la fourniture d'équipement et la réalisation de micro-projets dans le domaine de santé maternelle et reproductive en fonction de besoins, en accentuant l'approche intégrée de SFR et autres programmes en particulier de nutrition et de MPE et maladies endémiques</li> <li>6. Appuyer la mise en œuvre de la feuille de route nationale de la nutrition des mères et des enfants dans les FSB</li> <li>7. Appuyer la mise en œuvre des plans d'amélioration de la qualité des prestations</li> <li>8. Appuyer la création/renforcement de services de santé reproductive adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes</li> <li>9. Appuyer les structures de base par l'approvisionnement en petits équipements essentiels</li> <li>10. Renforcer les connaissances et pratiques d'hygiène et la mise en œuvre d'activités de</li> </ol>		

prévention contre les infections (PCI)
<b>Volet 4: Augmentation de la demande de soins et services de santé et renforcement de la santé communautaire (chef de file GIZ)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Appuyer la formation des agents de santé communautaires (ASC) intégrés selon la politique nationale de santé communautaire en promotion de la santé, prestations de santé et promouvoir leur encadrement par les FOSA et leur collaboration avec les tradipraticiens. Soutenir l'implication des COSAH et collectivités dans la gestion des structures sanitaires de base et rendre les communautés responsables dans l'organisation de leur santé</li> <li>2. Appuyer des campagnes de sensibilisation et d'éducation sanitaire adaptées aux besoins des adolescents, des jeunes adultes et des personnes vivantes avec un handicap. Notamment en matière de santé reproductive et familiale, prévention de l'infection à VIH, maladies à potentiel épidémique et endémiques, pratiques d'hygiène, nutrition de la mère et de l'enfant, ainsi que des questions liées à l'égalité de genre et aux pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants telles que les mutilations génitales féminines et les mariages précoces.</li> <li>3. Appuyer l'évaluation régulière du niveau de satisfaction des usagers des formations sanitaires</li> <li>4. Appuyer le renforcement des mutuelles de santé</li> <li>5. Appuyer, en concertation avec d'autres partenaires, le développement de l'École de santé de Nzérékoré dans le cadre de l'approche Pipeline rural</li> </ol>
<b>Volet 5: Amélioration de l'infrastructure sanitaire dans la zone cible (Chef de file Expertise France)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'étude des plans-types du gouvernement guinéen de construction ou de réhabilitation des structures sanitaires choisies, avec une réflexion sur l'organisation des services et leur articulation, la prise en compte du parcours du patient</li> <li>2. Mener un état de lieux de structures sanitaires de la région à travers l'analyse du système régional d'organisation sanitaire afin d'identifier les besoins en infrastructures et en équipement médical, bureautique, informatique et d'hôtellerie hospitalière.</li> <li>3. Contribuer, si nécessaire, à la mise à jour et à l'amélioration d'un registre des établissements de santé, un nouvel outil auprès du MS</li> <li>4. Fournir des recommandations sur l'aménagement et l'équipement pour l'accès en eau, en électricité, l'assainissement et la gestion des déchets, en lien avec la qualité des soins, en lien avec la prévention et le contrôle des infections</li> <li>5. Mener les travaux correspondant aux besoins et priorités identifiés pour améliorer l'accès aux services de soins (prenant en compte les personnes défavorisées). Les travaux porteront sur la construction/réhabilitation fonctionnelle ainsi que l'approvisionnement en eau, énergie (y inclut renouvelable), l'assainissement et la gestion sécurisée des déchets médicaux.</li> <li>6. Les travaux cibleront les hôpitaux régionaux, hôpitaux préfectoraux, centres de santé, et notamment services de secours d'urgences, de gynéco-obstétrique, de pédiatrie, d'hygiène et du laboratoire (liste indicative non exhaustive)</li> <li>7. Procurer l'équipement médical, bureautique, informatique et d'hôtellerie hospitalière, matériel roulant (ambulances)</li> <li>8. Renforcer les capacités de planification, gestion et manutention de l'infrastructure sanitaire et entretien de l'équipement dans les structures sanitaires, ainsi que de la part du ministère de la santé (BSD et Division d'infrastructure et équipement médical/DIEM) et des services déconcentrés.</li> <li>9. Améliorer les mesures et conditions d'hygiène dans les structures sanitaires ciblées</li> <li>10. Mettre en place des outils et dispositifs pour garantir l'entretien et la maintenance des équipements et des infrastructures mis à disposition, au cours du projet et après la fin du projet</li> <li>11. Renforcer les capacités de planification, gestion et manutention de l'infrastructure sanitaire et</li> </ol>

entretien de l'équipement dans les structures sanitaires, ainsi que de la part du ministère de la santé (BSD et Division d'infrastructure et équipement médical/DIEM) et des services déconcentrés.

12. Améliorer les mesures et conditions d'hygiène dans les structures sanitaires ciblées
13. Travailler avec le personnel de santé sur le « concernement » / changement de comportement en vue d'une meilleure utilisation et entretien des équipements et des infrastructures dans les structures sanitaires concernées.
14. Travailler sur la médiation de crise dans les structures de santé en particulier dans les zones d'accueil et de triage, dans des contextes épidémiques ou de crise sanitaire.

La **région cible** est définie comme la région administrative de Nzérékoré, en raison du fait que celle-ci est la région de concentration des Programmes indicatifs nationaux 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> FED, ainsi qu'étant la plus touchée par la Maladie à Virus Ebola. La couverture géographique de certaines activités pourra être élargie, sur demande des autorités et en fonction des besoins et disponibilités, aux préfectures avoisinantes. Ainsi le PASA2 consolidera les acquis du projet PASA actuellement en cours de réalisation.

### 4.3 Logique d'intervention

Les axes prioritaires de l'action ont été identifiés en consultation avec le ministère de la santé, les partenaires de mise en œuvre du Programme PASA en cours, le partenaire délégué potentiel, ainsi que les autres partenaires techniques et financiers.

Le présent projet se base sur les enseignements et les leçons tirées de projet de l'UE (10<sup>e</sup> FED) en appui à la santé PASA et de SBCI santé, en visant à la consolidation des acquis pour accompagner la réforme pérenne du système de la santé en Guinée, tout en contribuant à améliorer l'état de la santé de toute la population du pays. Cette approche doit permettre de poursuivre et de promouvoir les complémentarités et les synergies, au service d'une réponse globale, cohérente et holistique, aux défis liés à la santé en Guinée.

L'une des causes principales de la faible utilisation des services offerts est leur faible qualité. Ni les infrastructures ni leur équipement ne correspondent aux standards minimums; la disponibilité des personnels qualifiés n'est pas assurée surtout dans les régions rurales et il manque de financement durable pour couvrir les coûts courants des formations sanitaires. Même s'il y a la volonté politique les capacités limitées du MS ne permettent pas la mise en application des standards minimum à tous les niveaux. De même, des systèmes de supervision et monitoring sont en place, mais le manque de fonds pour leur mise en œuvre et une faible appropriation de ces systèmes à tous les niveaux empêchent la bonne gestion des interventions.

Par conséquent, pour appuyer le système de santé de façon durable et holistique, le projet intervient à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, notamment au niveau central, régional et préfectoral (district de santé), ainsi qu'au niveau communautaire.

L'objectif principal est le renforcement des capacités en matière de gouvernance, de leadership, de coordination dans les domaines clés du système, notamment la gestion des finances publiques et des ressources humaines.

L'appui institutionnel nécessite un partenariat fort avec les directions nationales du ministère de la santé, mais également d'autres ministères impliqués, i.e.: le ministère de l'économie et des finances, le ministère de la fonction publique, le ministère de l'administration du territoire et d'autres. En plus, la coopération étroite avec d'autres partenaires comme Health Financing Gouvernance (HFG) et Jhpiego financé par USAID, le programme PASSP financé par la Banque mondiale, les institutions des Nations unies et d'autres partenaires intervenant au niveau institutionnel est nécessaire pour qu'il soit la complémentarité et continuité de soutien de

différents partenaires. Ensuite les résultats attendus sont aboutis en assurant l'impact positif pérenne sur le système de la santé.

Le renforcement du niveau central par le projet est consolidé par un appui substantiel et cohérent au niveau des districts et de la région et par une implication des collectivités. Le plan de relance (PRSS) souligne l'importance des districts de santé dans l'amélioration des soins de santé, notamment reproductive et familiale, et ainsi que dans l'augmentation de l'utilisation de ces prestations. Un système fonctionnel de districts de santé est considéré comme un préalable incontournable pour améliorer l'état sanitaire de la population. Afin d'y parvenir, l'action mettra l'accent sur le renforcement des capacités au niveau du district sanitaire pour une meilleure coordination des activités, pour la gestion des ressources humaines et pour l'amélioration de la qualité des services avec un accent sur la santé Mère/enfant et la prévention des infections.

Les partenaires clés dans ce volet sont le personnel des formations sanitaires et des DPS et de la DRS. L'implication des communautés et l'orientation vers des groupes vulnérables comme les femmes et les personnes vivantes avec un handicap est visée. Le volet développera des approches ciblées aux femmes, y compris comme bénéficiaires directes (personnel de santé) et indirectes (femmes enceintes, filles, mères). Ensuite, une collaboration multisectorielle (Éducation, Services sociales, Jeunesse, Religions) est visée pour ces activités.

L'approche communautaire dans le système de la santé premièrement constitue une des priorités de la Politique nationale de santé (PNDS) et s'inscrit ensuite dans la politique administrative de décentralisation et déconcentration territoriale.

Ces interventions du PASA2 s'inscrivent dans une dynamique positive du processus de la réforme du système de la santé en termes d'engagement accentué, d'appropriation et de leadership du MS, en dépit de ses capacités toujours limitées, ainsi que d'augmentation de l'allocation de fonds publics pour la santé.

Le projet sera mené en complémentarité avec un deuxième programme d'appui budgétaire du type SBCII dont les indicateurs de performance relatifs au financement du système de santé, à la disponibilité des agents de santé à l'intérieur du pays et à la santé maternelle et infantile renforceront et stimuleront la mise en œuvre des interventions du projet.

Le programme PASA 2 en tant qu'aide programmatique de l'Union européenne en santé publique et action spécifique dans des domaines clés de la gouvernance du secteur, pourra servir à alimenter et à renseigner les indicateurs de développement fixés par l'aide budgétaire de l'Union européenne. De plus, ce projet, par son appui à la planification et gestion des infrastructures (Volet 5), et à l'appui à la gestion financière (volet 1), pourra contribuer au décaissement des fonds du ministère de la santé, en lien avec le programme PACE 2, et ainsi aider la Guinée à remplir ses engagements

Le programme vise aussi au maintien des capacités de surveillance et riposte aux crises épidémiologiques du système de santé. PASA2 permettra de prendre en compte la sécurité sanitaire et le respect du règlement sanitaire international (RSI), comme un axe transversal des soins de santé primaires. Le projet PASA pourrait ainsi permettre de consolider les acquis du projet PREPARE cofinancé par l'Union européenne et l'Ambassade de France par i) le maintien de l'appui aux équipes ERARE des régions ciblées par le projet : ii) la formation du personnel de santé des structures appuyées sur la surveillance, l'alerte et la riposte aux épidémies, et sur d'autres modules complémentaires (logistique, sensibilisation, premiers soutiens psychosociaux, mobilisation sociale et promotion de la santé), pour favoriser la collaboration entre les équipes ERARE des DRS et les structures de santé appuyées; iii) le renforcement des liens entre les équipes ERARE des DRS, EPARE des DPS, et les structures de santé appuyées dans le PASA, pour l'identification et la notification des cas, le référencement pour la prise en charge vers les CETEPI.

Le PASA 2 vise à poursuivre l'effort du PASA et respecter les engagements par l'Union européenne en matière d'amélioration de l'infrastructure sanitaire dans la région cible. Les structures cibles et type de travaux seront identifiés sur la base d'une cartographie et analyse détaillées des besoins et, si nécessaire, des études de faisabilité. À titre indicatif les travaux porteront sur la construction/réhabilitation fonctionnelle ainsi que l'approvisionnement en eau, énergie (y inclut renouvelable), l'assainissement et la gestion sécurisée des déchets biomédicaux. Les travaux cibleront les hôpitaux régionaux, hôpitaux préfectoraux, centres de santé, et notamment services de secours d'urgences, de gynéco-obstétrique, de pédiatrie, d'hygiène et du laboratoire (liste indicative non exhaustive), ainsi que des structures administratives (directions préfectorales de la santé) et des domiciles pour le personnel de santé. Les besoins de structures, qui avaient été identifiées comme prioritaires dans le cadre du PASA mais dont l'appui a été reporté à cause d'une insuffisance de fonds, seront prises en compte en premier lieu. Il s'agit des hôpitaux préfectoraux de Nzérékoré, de Guéckédou, de Macenta et de Yomou, du centre de santé urbain de Lola, les CSR de Gouecke, Ouendé Kénéma et de Boffossou, ainsi que ses 2 DPS de Macenta et de Yomou. Ensuite, toutes les structures sélectionnées bénéficieront de la fourniture d'équipement médical et bureautique/informatique, ainsi que de literie/hôtellerie et équipement roulant (ambulances) nécessaire, selon les priorités identifiées par l'analyse des besoins prévue au début de la mise en œuvre du programme.

La réalisation de la composante « travaux » prendra en compte les meilleures pratiques en termes d'impact environnemental, ainsi que de l'accessibilité pour les personnes vivant avec un handicap. Il est important de noter que par l'amélioration des infrastructures et des capacités de planification, gestion de la part du ministère et des services déconcentrés, le projet visera à améliorer l'accueil du patient, le parcours du patient et la qualité des services offerts. Ce résultat spécifique contribuera à l'objectif spécifique 2 "augmentation de la fréquentation des structures de santé" et pourra être mesuré par des enquête de satisfaction des usagers (notamment de femmes, jeunes filles et personnes avec un handicap)

Enfin le programme vise à contribuer substantiellement à l'égalité des genres et notamment - conformément aux objectifs spécifiques de l'EU GAP II – à l'intégrité physique et psychologique des femmes et jeunes filles, à leur donner un meilleur accès aux services de santé, un meilleur contrôle sur leur propre sexualité et leur santé reproductive, à promouvoir une nutrition saine à travers le cycle de la vie et à sensibiliser aux les violences contre les femmes, notamment la mutilation génitale féminine.

Le programme renforcera la participation des filles et des femmes dans la prise des décisions concernant leur santé et celle de leur famille, leur accès aux services et soins de santé reproductive – y inclut des services spécifiquement développés pour répondre aux besoins des adolescents - le renforcement de groupes de femmes et de leurs voix au niveau communautaire et national. Il promouvra l'égalité entre hommes femmes par une intégration renforcée des garçons et des hommes dans l'éducation sanitaire, sexuelle et reproductive. Au niveau institutionnel, il promouvra l'intégration d'une forte dimension genre dans la politique de recrutement et gestion des ressources humaines en santé (discrimination positive dans le recrutement des agents de santé, égalité de rémunération pour un travail de même valeur, égalité dans la prise de décision), ainsi que dans les outils statistiques et d'information sanitaire (par la collecte et analyse de données désagrégées par sexe) et de planification (notamment en ressources humaines).

## **5. MISE EN ŒUVRE**

### **5.1 Convention de financement**

Pour mettre en œuvre la présente action, il est envisagé de conclure une convention de financement avec le pays partenaire, tel que prévu à l'article 17 de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE.

### **5.2 Période indicative de mise en œuvre**

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, au cours de laquelle les activités décrites à la section 4.2 seront menées et les contrats et les accords correspondants seront mis en œuvre, est de 60 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement.

La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission, qui modifiera la présente décision et les contrats et les accords concernés; les modifications apportées à la présente décision constituent des modifications non substantielles au sens de l'article 9, paragraphe 4 du règlement (UE) 2015/322.

### **5.3 Mise en œuvre de la composante relative à l'appui budgétaire: N.A.**

### **5.4 Modalités de mise en œuvre pour une action en modalité projet**

Tant en gestion directe et indirecte, la Commission veillera à ce que soient respectées les règles et les procédures d'application de l'UE pour l'octroi de financements à des tiers, y compris les procédures de recours et, le cas échéant, que l'action soit conforme aux mesures restrictives affectant les pays de mise en œuvre concernés.

#### ***5.4.1 Gestion indirecte avec une agence d'un État membre de l'UE: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)***

Une partie de la présente action peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec la **Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)**, conformément à l'article 58, paragraphe 1, point c), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 FED applicable en vertu de l'article 17 du règlement (UE) 2015/323.

Cette mise en œuvre implique les activités inscrites dans le plan d'action au titre des volets 1: appui institutionnel, gestion des ressources humaines et gouvernance, leadership et coordination du secteur, volet 2: renforcement des capacités des services de santé au niveau des districts et de la région dans la zone cible, volet 3: amélioration de la qualité de l'offre de soins et de services de santé reproductive et planification familiale (SRF), volet 4: augmentation de la demande de soins et services de santé et renforcement de la santé communautaire.

Ce mode de mise en œuvre se justifie car la GIZ dispose de capacités solides et reconnues en matière de gestion technique et financière et d'un avantage comparatif manifeste dans la mise en œuvre des activités planifiées. En Guinée, la GIZ appuie le ministère de la santé dans le renforcement du système de santé depuis 1983, et notamment en matière d'amélioration de l'offre et d'augmentation de la demande de soins de santé primaire, reproductive et familiale.

GIZ a d'importants projets d'investissement dans le secteur de la santé en Guinée qui garantissent une implication significative dans le domaine dans un proche avenir. L'agence travaille actuellement dans la mise en œuvre du Programme de santé reproductive et familiale (PRSF), financé par le ministère allemand pour la coopération et le développement (BMZ) à la hauteur de 12 000 000 EUR pour la période 2015-2018. Ce programme intervient à niveau national et déconcentré dans les régions de Mamou, Labé, Faranah et Kindia et un engagement ultérieur de 10 000 000 EUR est envisagé pour poursuivre l'intervention sur la période janvier 2019 - juin

2022. Le ministère allemand pour la coopération et le développement (BMZ) cofinancera cette action (PASA 2) à la hauteur de 2 000 000 EUR au titre du PRSF-Phase II.

GIZ est reconnu par les autorités nationales et locales comme un opérateur fiable et performant. Le choix de la coopération déléguée avec le GIZ est envisagé sur proposition du ministère de la santé et sous la responsabilité de l'ordonnateur.

L'entité en charge réalisera les tâches d'exécution budgétaires suivantes: gestion des ressources (incluant les ressources humaines, etc.), gestion et suivi des passations de marchés (services, travaux, fournitures et subventions) et des contrats qui en découlent.

#### ***5.4.2 Gestion indirecte avec une agence d'un État membre de l'UE: Expertise France***

Une partie de la présente action peut être mise en œuvre en **gestion indirecte avec Expertise France**, conformément à l'article 58, paragraphe 1, point c), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 FED applicable en vertu de l'article 17 du règlement (UE) 2015/323.

Cette mise en œuvre implique les activités inscrites dans le plan d'action (par. 4.2) au titre du volet 1: appui institutionnel en matière de gestion financière et volet 5: amélioration de l'infrastructure sanitaire dans la zone cible.

Ce mode de mise en œuvre se justifie car Expertise France dispose de capacités solides et reconnues en matière de gestion technique et financière d'actions similaires dans le domaine de la santé. Actuellement Expertise France est notamment responsable de la gestion de trois programmes d'envergure en République de Guinée avec pour objectif spécifique (i) de renforcer les capacités de préparation, de prévention et de réponse aux épidémies par l'appui à la mise en œuvre de huit équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte; (ii) de renforcer la capacité des hôpitaux nationaux et régionaux et de centres de santé communautaire en matière d'hygiène et de gestion des risques infectieux et (iii) d'appuyer la mise en place d'un réseau de laboratoires pour une surveillance des pathogènes prioritaires.

L'entité en charge réalisera les tâches d'exécution budgétaires suivantes: gestion des ressources (incluant les ressources humaines, etc.), gestion et suivi des passations de marchés (services, travaux, fournitures et subventions) et des contrats qui en découlent.

### **5.5 Champ d'application de l'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions**

L'éligibilité géographique au regard du lieu d'établissement pour la participation aux procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions et au regard de l'origine des fournitures achetées, telle qu'elle est établie dans l'acte de base et énoncée dans les documents contractuels pertinents, est applicable.

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique conformément à l'article 22, paragraphe 1, point b), de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE en cas d'urgence ou d'indisponibilité de produits et services sur les marchés des pays concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés si l'application des règles d'éligibilité risque de rendre la réalisation de la présente action impossible ou excessivement difficile.

## 5.6 Budget indicatif

	<b>Contribution de l'UE (Montant en EUR)</b>	<b>Contribution indicative de tiers</b>
5.4.1.- Gestion indirecte avec GIZ	11 000 000 EUR	2 000 000 EUR
5.4.2.- Gestion indirecte avec Expertise France	11 500 000 EUR	1 000 000 EUR
5.9 – Évaluation, 5.10 – Audit	300 000 EUR	s.o.
5.11 – Communication et visibilité	200 000 EUR	s.o.
Totaux	23 000 000 EUR	3 000 000 EUR

## 5.7 Structure organisationnelle et responsabilités

Le programme sera mis en œuvre par Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) et Expertise France par biais de deux conventions de délégation (PAGODA). La coopération déléguée est un choix politique envisagé sous la responsabilité de l'ordonnateur national du FED en République de Guinée, la ministre de l'économie et des finances. Le ministère de tutelle est le ministère de la santé (MS).

La Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) sera responsable de la réalisation des activités inscrites dans le plan d'action au titre des volet 1: appui institutionnel, gestion des ressources humaines et gouvernance, leadership et coordination du secteur, volet 2: renforcement des capacités des services de santé au niveau des districts et de la région dans la zone cible, volet 3: Amélioration de la qualité de l'offre de soins et de services de santé reproductive et planification familiale (SRF), volet 4: augmentation de la demande de soins et services de santé et renforcement de la santé communautaire

Expertise France sera responsable de la réalisation des activités prévues au titre du volet 1: appui institutionnel en matière de gestion financière et volet 5: amélioration de l'infrastructure sanitaire dans la zone cible.

Des robustes synergies et complémentarité seront recherchées dans la réalisation du programme par les deux agences et notamment en matière de renforcement des capacités du ministère de la santé (niveau central et décentralisé), sécurité sanitaire (notamment le lien entre ERARE, EPARE, CETEPI et structures de santé ciblées), médiation de crise, formation du personnel de santé (notamment sur l'alerte, la riposte, les modules complémentaires et l'appui à l'institut de perfectionnement des professionnels de la santé), hygiène hospitalière et PCI; « concernant » sur l'utilisation et l'entretien des infrastructures et des équipements.

La collaboration entre GIZ et Expertise France sera assurée tant sur le plan opérationnel que institutionnel. Au niveau institutionnel les deux agences ont signé un partenariat institutionnel fin 2016, cet accord de partenariat affirme la volonté politique et stratégique des deux agences de collaborer sur des zones d'intervention communes et sur des thématiques partagées, tel que notamment le renforcement du secteur de la santé en Guinée. Par ailleurs Expertise France et la GIZ participent toutes deux à l'Initiative IHP, l'initiative internationale sur les partenariats institutionnels en santé ainsi qu'à l'Initiative P4H sur la couverture sanitaire universelle.

Le programme sera mis en œuvre en étroite collaboration avec le MS, et en particulier avec son bureau de stratégie et de développement (BSD) et les directions nationales responsables de la



santé familiale et nutrition (DNSFN), des établissements hospitaliers et de soins (DNEHS), de la prévention et de la santé communautaire (DNPSC), les divisions de RH et division des affaires financières du MS, l'agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS) ainsi que les services déconcentrés DRS et DPS de la zone cible.

Un comité de pilotage sera mis en place sous la présidence du ministère de la santé. L'ordonnateur national du FED y siègera à titre de membre ainsi que l'Union européenne, le ministère allemand pour la coopération et le développement (BMZ) et les partenaires délégués de mise en œuvre (GIZ et Expertise France), le bureau de stratégie et de développement (BSD) du ministère de la santé, les divisions de RH et des affaires financières du MS, les directions nationales concernées (DNHH, DNSFN, DNSCTM) et services déconcentrés de santé concernés par le projet (DRS de N'Nzérékoré) et l'agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS). D'autres entités ministérielles, notamment le ministère de la fonction publique, le ministère de l'administration du territoire, le ministère de la réforme de l'État et de la modernisation de l'administration, le ministère de la jeunesse et le ministère de l'action sociale, ainsi que les représentants des autorités locales, ONG, et des partenaires techniques et financiers pourront participer au comité de pilotage avec un statut d'observateur,

Le rôle du comité de pilotage sera de définir les orientations stratégiques de l'ensemble du programme, valider les plans de travail et calendriers des activités, valider les rapports de suivi, communiquer et s'informer de progrès, ainsi que décider de toute réorientation éventuelle. Le comité se réunira sur une base semestrielle et autant de fois que de besoin, sur convocation du ministère de la Santé, ou de l'ordonnateur national du FED, en accord avec l'UE.

Des comités techniques trimestriels seront organisés pour coordonner la mise en œuvre et assurer le suivi des opérations menées par Expertise France et GIZ.

Les membres du comité technique pourront être: Expertise France, la GIZ, la délégation de l'Union européenne, le ministère de la santé avec le bureau de stratégie et de développement (BSD), la direction nationale des établissements hospitaliers et de l'hygiène hospitalière (DNHH), et notamment le service national d'infrastructures, de l'équipement et la maintenance, le service d'hygiène, santé et sécurité, la division des affaires financières, les services déconcentrés de santé concernés par le volet (DRS de N'Nzérékoré), et tout autre structure pertinente pour la bonne mise en œuvre des activités.

Afin d'assurer la gestion efficace et performante du projet et d'augmenter l'impact, une harmonisation est envisagée dans la structure de gouvernance de cette action et de celle existante dans le cadre du Projet de la santé reproductive et familiale (PSRF) de GIZ. Cela permettra de renforcer le dialogue de politique, améliorer l'efficacité de l'aide au développement ainsi que la visibilité politique pour l'UE.

La GIZ engagera une équipe de gestionnaires de programme internationaux et nationaux dont les compétences variées correspondent aux besoins des volets d'intervention ainsi qu'aux obligations et meilleures pratiques de bonne gestion financière du projet. Des conseillers techniques avec expertise spécifique dans les domaines de santé publique, des sciences sociales, d'économie de la santé, de gestion de projet et de suivi/évaluation appuieront la mise en œuvre des activités. L'équipe du projet sera basée auprès des bureaux de GIZ à Conakry et à Nzérékoré.

Expertise France engagera une équipe en Guinée entièrement dédiée au projet avec en particulier chef(fe) de projet, un expert technique économiste de la santé en charge du volet 1 appui institutionnel, sous-composante gestion financière, et en lien étroit avec le projet PACE et un expert technique génie civil en charge du volet 5. L'équipe résidente sera appuyée par le bureau santé d'Expertise France en Guinée (notamment le coordinateur des projets santé en Guinée et le responsable administratif et financier) ainsi que les services du siège à Paris, notamment le

département des affaires juridiques. Après des services du siège il est prévu de mobiliser un(e) chargé(e) de projet, un(e) assistant(e) de projet, ainsi que de l'expertise ponctuelle d'un(e) juriste expert(e) en marchés publics basé au siège et spécialiste des marchés de travaux, d'expertise publique, notamment hospitalière et santé publique.

Les services de la Délégation et de la Commission européenne participeront au dialogue politique continu, à la planification, au suivi, à l'examen et à l'évaluation de l'action. Un gestionnaire de programmes opérationnel sera dédié (50 %) au suivi du projet.

### **5.8 Suivi des résultats et rapports**

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action est un processus continu et fait partie intégrante des responsabilités du partenaire de mise en œuvre. À cette fin, chaque partenaire de mise en œuvre établira un système de suivi interne, technique et financier permanent pour l'action et élaborera régulièrement des rapports d'avancement (au moins une fois par an) et des rapports finaux. Chaque rapport rendra compte avec précision de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (réalisations et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre. Le rapport sera présenté de manière à permettre le suivi des moyens envisagés et employés et des modalités budgétaires de l'action. Le rapport final, narratif et financier, couvrira toute la période de mise en œuvre de l'action.

Le plan de suivi-évaluation se basera sur les indicateurs exposés dans la matrice de résultats. L'atteinte des objectifs et les indicateurs de résultat peuvent être mesurés en utilisant le système d'information sanitaire existant. De ce fait, le projet de suivi a une double fonction. D'une part l'avancement du projet est mesuré et régulièrement discuté par les partenaires, d'autre part leur capacité à utiliser le système nationale d'information sanitaire est renforcée.

Ceci est fondamental, puisque la qualité des données connaît dans certains domaines des variations importantes. Le concept de monitoring inclut aussi bien la production/documentation et l'exploitation des données que leur analyse critique.

Le suivi des résultats est assuré à travers des experts chargés du suivi et évaluation au sein des équipes GIZ et Expertise France. La GIZ mobilisera un expert national, siège auprès du bureau de GIZ Conakry – équipe PSRF - qui travaillera 50 % pour le projet PASA2. Il gèrera un deuxième expert national chargé du suivi et évaluation qui sera basé au bureau-antenne à Nzérékoré. Expertise France mobilisera un chargé de suivi-évaluation national rattaché au bureau santé d'Expertise France en Guinée, et qui sera appuyé par le chargé de suivi-évaluation du département santé d'Expertise France au siège à Paris.

Ces experts en charge assureront également le suivi-monitorage et l'évaluation du point de vue du genre.

La Commission peut effectuer d'autres visites de suivi du projet, par l'intermédiaire de son propre personnel et de consultants indépendants directement recrutés par la Commission pour réaliser des contrôles de suivi indépendants (ou recrutés par l'agent compétent engagé par la Commission pour mettre en œuvre ces contrôles).

### **5.9 Évaluation**

Eu égard à l'importance de l'action, il sera procédé à des évaluations à mi-parcours et finale(s) de la présente action ou ses composantes par l'intermédiaire de consultants indépendants commandés par la Commission.

Une étude de base sera réalisée au début de la mise en œuvre pour déterminer les valeurs de base des indicateurs de l'action qui ne peuvent pas être renseignés par le système de collecte de routine

du SNIS. Cette activité sera assurée par l'expert national du suivi et évaluation avec l'appui de celui du niveau régional par l'intermédiaire du partenaire et de consultants indépendants commandés par le partenaire de mise en œuvre.

Une évaluation à mi-parcours sera réalisée pour résoudre des problèmes éventuels de mise en œuvre et/ou à des fins d'apprentissage en particulier dans les domaines d'appui à la gouvernance et à la gestion des ressources humaines et financières du secteur santé.

A la fin de la mise en œuvre de l'action, une évaluation finale sera réalisée. Cette évaluation permettra d'analyser le processus de mise en œuvre, en mettant l'accent sur les rôles joués par les acteurs impliqués, l'impact ou les changements survenus au sein des bénéficiaires, l'identification des problèmes et contraintes rencontrés, et les leçons importantes à tirer. Cela permettra de faire des recommandations pour la mise en œuvre des actions futures.

Les rapports d'évaluation seront communiqués au pays partenaire et aux autres parties prenantes clés. Le partenaire de mise en œuvre et la Commission analyseront les conclusions et les recommandations des évaluations et décideront d'un commun accord, le cas échéant en accord avec le pays partenaire, des actions de suivi à mener et de toute adaptation nécessaire et notamment, s'il y a lieu, de la réorientation du projet.

À titre indicatif, il sera conclu deux marchés de services d'évaluation au titre d'un contrat-cadre au cours du troisième et dernier trimestre de la mise en œuvre du programme.

#### **5.10 Audit**

Sans préjudice des obligations applicables aux marchés conclus pour la mise en œuvre de la présente action, la Commission peut, sur la base d'une évaluation des risques, commander des audits indépendants ou des missions de vérification des dépenses pour un ou plusieurs contrats ou conventions.

À titre indicatif, il sera conclu un marché de services d'audit au titre d'un contrat-cadre, en fin de mise en œuvre du programme,

#### **5.11 Communication et visibilité**

La communication et la visibilité de l'UE constituent des obligations légales pour toutes les actions extérieures financées par l'UE.

Pour la présente action, il y a lieu de prévoir des mesures de communication et de visibilité qui seront établies, au début de la mise en œuvre, sur la base d'un plan d'action spécifique dans ce domaine et financées sur le budget indiqué à la section 5.6 ci-dessus.

En ce qui concerne les obligations légales en matière de communication et de visibilité, les mesures seront mises en œuvre par la Commission, le pays partenaire, les contractants, les bénéficiaires de subvention et/ou les entités en charge. Des obligations contractuelles adaptées seront respectivement prévues dans la convention de financement, les marchés, les contrats de subvention et les conventions de délégation.

Le plan de communication et de visibilité de l'action ainsi que les obligations contractuelles adaptées seront établis sur la base du manuel de communication et de visibilité pour les actions extérieures de l'Union européenne. Des mesures de communication et de visibilité, telles que la production d'un vidéo documentaire, des photos et de brochures informatives, seront mises en œuvre par l'intermédiaire de marchés de services en modalité de gestion directe. À titre indicatif, il sera conclu un marché de services au titre d'un contrat-cadre, pendant le troisième trimestre de mise en œuvre du programme.

## APPENDICE – MATRICE INDICATIVE DU CADRE LOGIQUE (POUR LA MODALITE DE PROJET)<sup>7</sup>

Les activités, les produits escomptés et l'ensemble des indicateurs, avec leurs cibles et leurs valeurs de référence qui figurent dans la matrice du cadre logique sont fournis à titre indicatif et peuvent être mis à jour au cours de la mise en œuvre de l'action sans nécessiter la modification de la décision de financement. Quand il n'est pas possible de déterminer les produits d'une action durant la phase de formulation, des effets intermédiaires devraient être présentés et les produits définis au démarrage du programme et de ses composantes. La matrice indicative du cadre logique évoluera au cours de la durée de vie de l'action: des lignes supplémentaires seront insérées pour énumérer les activités, de même que des colonnes supplémentaires pour les objectifs intermédiaires (étapes) pour les indicateurs de produits et d'effets, s'il y a lieu, et pour suivre et rendre compte des résultats obtenus. Notez aussi que les indicateurs devraient être désagrégés par sexe quand il y a lieu.

Chaine des résultats	Indicateurs	Valeur de référence (y compris année de référence)	Cible (y compris année de référence)	Source de vérification	Hypothèses
<b>Objectif global</b>					
OG l'état de santé des mères et des enfants de moins de cinq ans est amélioré.	OG.1. le ratio de mortalité maternelle (*)	724 // décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2012 EDS 2012	483 // pour 100.000 NV en 2021 (voir estimations du PNDS).  Valeur à revoir sur la base des résultats de l'EDS 2017	Enquête démographiques et de santé (EDS-MICS) 2017 et, si nécessaire, études complémentaires.	
	OG.2. le taux de mortalité infanto-juvénile (*)	123 // décès d'enfants de moins de 5 ans par 1000 NV en 2012	69,8 // décès pour 1000 NV en 2021 (voir estimations de PNDS)	EDS-MICS 2017 et, si nécessaire, études / enquêtes complémentaires	

<sup>7</sup> Indiquer «\*» pour les indicateurs correspondant au document de programmation pertinent et «\*\*» pour les indicateurs correspondant au cadre de résultats de l'UE.

Chaine des résultats	Indicateurs	Valeur de référence (y compris année de référence)	Cible (y compris année de référence)	Source de vérification	Hypothèses
			Valeur à revoir sur la base des résultats de l'EDS 2017		
<b>Objectifs spécifiques</b>					
OS1. La performance du Ministère de la Santé au niveau central est augmentée	1.1 taux de complétude du PMA des centres de santé et du PCA des hôpitaux	A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)		SNIS (à travers les outils de collecte secondaires et le DHIS2)	<p>1/ la paix sociale et politique favorise la relance du système de santé et restaure la confiance de la population,</p> <p>2/ le financement adéquat du système de santé par l'État et l'aide extérieure contribue au développement de l'offre de soins de santé. Il réduit la charge financière des populations rendant ainsi les soins plus accessibles.</p> <p>3/ des agents de santé présents, plus qualifiés et plus motivés du fait, en partie, de l'appui du projet aux districts sanitaires, délivrent des soins de meilleure qualité.</p> <p>4/ l'implication des autorités administratives</p>
	1.2. taux de fidélisation des agents de santé à leur poste d'affectation	A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)		SNIS (à travers les outils de collecte secondaires et le DHIS2)	
	1.3. Taux de recouvrement des formations sanitaires	A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)		SNIS (à travers les outils de collecte secondaires et le DHIS2)	
OS2. L'utilisation des services de santé par les mères et enfants de moins de cinq ans est augmentée dans la région de N'Zerekore	2.1. Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié	<p>41 % (Source : DHIS2 2016)</p> <p>Nombre total accouchements assistés : 32 923</p> <p>Population cible : 79 575</p>	69,5% en 2021 (Source : PNDS)	Système National d'Information Sanitaire ((à travers les outils de collecte secondaires et le DHIS2)	
	2.2. Proportion des couples années par méthode contraceptive	<p>25 % (Implants : 13 %, DIU : 7 %, Depo provera : 2 %, Lo femenal : 2 % et autres : 1 %)</p> <p>Nombre total CAP : 26 905</p> <p>Population cible : 106 099</p>	L'indicateur n'existe pas dans le PNDS, mais plutôt le catalogue national d'indicateurs. L'échéancier de	EDS-MICS 2017, SNIS et, si nécessaire, étude de base des indicateurs	

Chaine des résultats	Indicateurs	Valeur de référence (y compris année de référence)	Cible (y compris année de référence)	Source de vérification	Hypothèses
		(Source : DHIS2 2016)	cible n'est donc pas disponible. Pour fixer la cible Nous pouvons utiliser le taux annuel d'évolution entre la valeur de base (2016) et celle obtenue en 2017 pour fixer la cible.		locales, des chefs traditionnels et religieux et le recours à des stratégies de communication culturellement adaptées diminuent la réticence des populations à l'égard de la planification familiale, de la santé sexuelle et reproductive et augmentent l'acceptabilité des services.
	2.3. Taux d'utilisation en consultation primaire curative	43 % (source : DHIS2 2016) Nombre CPC = 759.561 Population total: 1 768 323	80 % en 2024 (Source : PNDS)  Il n'existe pas l'échéancier de cible dans le PNDS. Nous pouvons utiliser le taux annuel d'évolution entre la valeur de base (2016) et 2017) pour fixer la cible.	SNIS (DHIS2), à rapprocher avec l'EDS-MICS et les rapports de supervision / monitoring des CDS	
	2.4. Taux de satisfaction des usagers des structures de santé augmente	39 % (Source : PNDS 2015)	60,7 % en 2021 (Source : PNDS)	Enquête du projet en 2018 et 2021.	
OS3: L'infrastructure sanitaire de la région de Guinée Forestière est	3.1. Le taux de fonctionnalité des districts sanitaires augment	52 % (Source PNDS 2015)	71,6 % en 2021 (Source PNDS)		

Chaine des résultats	Indicateurs	Valeur de référence (y compris année de référence)	Cible (y compris année de référence)	Source de vérification	Hypothèses
améliorée.	3.2 Niveau de mise à jour de la carte sanitaire (pour permettre d'améliorer la répartition géographique des structures)	carte sanitaire	carte sanitaire revue au plus tard en Juin 2018		
	3.3 Taux de structures réhabilitées/construites par rapport à la liste initiale	Conclusions évaluation des besoins et liste des infrastructures prioritaires retenues par les autorités et la DUE	100 % au Decembre 2020	évaluation des besoins	
	3.4 Taux de structures ciblées ayant accès à l'eau, à l'électricité, à un système de gestion des déchets, à l'assainissement	A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)			
	3.5 Taux de structures informatisées (en lien avec le renforcement du SNIS)	A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)			
	3.6 Taux de structures répondant aux normes nationales sanitaires	A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)		audit en début et en fin de projet pour vérifier l'adéquation des structures aux normes	
	3.7. Le taux de disponibilité d'équipement requis CSI augment	0 % *à vérifier/adapter en fonction de disponibilité de DHIS2		Analyse de situation socio-économique de la région de Nzérékoré (MATD)	
<b>Produits</b>					

Chaine des résultats	Indicateurs	Valeur de référence (y compris année de référence)	Cible (y compris année de référence)	Source de vérification	Hypothèses
1.0. Les capacités institutionnelles du ministère de la santé en matière de gestion financière, de gestion des ressources humaines et de la coordination sont renforcées	1.0.1. Nombre des contrôles réalisés par l'IGS dans les structures sanitaires	A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)		Rapport d'activités IGS, Système National d'Information Sanitaire ((à travers les outils de collecte secondaires et le DHIS2)	1/ les ressources financières mises à la disposition du secteur de la santé sont accrues. Elles sont gérées de façon satisfaisante.
	1.0.2 Proportion de réunions tenues du Comité intersectoriel élargi des RHS	État de la situation à définir au début du projet X%	X%	Rapports de la DRH/MS. Rapports des directions régionale et préfectorales de la santé de la région de N'Zerekore.	2/ les dépenses publiques de santé augmentent significativement. La proportion de celles-ci réalisées au profit de l'intérieur du pays (hors Conakry) s'accroît. La qualité de la dépense est globalement satisfaisante.
	1.0.3 Les nombres des services du MS qui disposent d'un système d'archivage informatisé	A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)	A fixer après l'étude de base des indicateurs		3/ le personnel de santé est mieux réparti dans le pays, la zone hors de Conakry étant désormais mieux servie. Des dispositions spécifiques sont prises pour favoriser la rétention des agents de santé dans les zones rurales. Le personnel de santé est suffisamment féminisé afin qu'il puisse pour rendre des services de santé de la reproduction et de la famille qui sont culturellement
1.1. Les capacités des districts de santé de la région de N'Nzérékoré pour fournir des services et soins de qualité sont renforcées	1.1.1 Le nombre des DS qui disposent et utilisent une base de données pour la gestion de personnel augmente	0	6	Documentation des districts, Rapports IHRIS sur la situation du personnel, Rapports d'activités et de suivi du projet.	
	1.1.2. Le taux moyen d'exécution des plans d'amélioration issue du monitoring amélioré augmente à x%	A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)	A fixer après l'étude de base des indicateurs	Résultats monitoring amélioré	
	1.1.3 La proportion des structures sanitaires qui disposent d'un plan de	X%. A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre	A fixer après l'étude de base des indicateurs	Système National d'Information Sanitaire (à travers les outils de collecte	



Chaine des résultats	Indicateurs	Valeur de référence (y compris année de référence)	Cible (y compris année de référence)	Source de vérification	Hypothèses
	maintenance préventive augmente	de l'action (2018)		secondaires)	acceptables. 4/ l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels de qualité et à prix accessible est assuré (Pharmacie Centrale de Guinée performante)
	1.1.4 Prévalence des MGF diminue	X% A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)	A fixer après l'étude de base des indicateurs	Système National d'Information Sanitaire (à travers les outils de collecte secondaires)	
1.2. L'offre de services en santé de la reproduction est amélioré	1.2.1. Le taux d'utilisation du partogramme augmente	X%. A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)	A fixer après l'étude de base des indicateurs	Analyse initiale de la situation faite par le projet, SNIS, rapports de supervision / monitoring des CDS et des maternités des hôpitaux préfectoraux.	
	1.2.2. Le taux de couverture en CPN (4 consultations) augmente	57 (Source : PNSD 2014) 66% (Source : DHIS2 2016) Nombre total CPN4 : 52235 Population cible : 79 575	83,6 en 2021 (Source : PND5)	SNIS (à travers les outils de collecte secondaires) et DHIS2	
	1.2.3. La proportion d'établissements sanitaires disposants d'un dispositif de gestion de déchets biomédicaux augmente	X%. A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)	A fixer après l'étude de base des indicateurs	Document de stratégie (niveau hôpital et CDS) sur la gestion des déchets biomédicaux, Rapports d'activités du projet, rapports de supervision	
1.3. La demande de services de santé reproductive et de la famille est augmentée dans la région	1.3.1. La proportion de centres de santé qui disposent de structures de dialogue fonctionnelles avec les populations respectant les	X%. A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018)	De X% a Y%. A fixer après l'étude de base des indicateurs	Analyse initiale de la situation faite par le projet, SNIS, rapports de supervision / monitoring des CDS	

Chaine des résultats	Indicateurs	Valeur de référence (y compris année de référence)	Cible (y compris année de référence)	Source de vérification	Hypothèses
	critères établis, a augmenté à x%				
	1.3.2. Le taux des jeunes hommes/femmes (15 à 24 ans) dans la zone d'intervention, qui connaissent des méthodes pour prévenir des risques prioritaires de santé, notamment les accouchements non assistés, le risque d'infection VIH et MST, les infections sans protection par l'immunisation, les infections à cause d'un manque d'hygiène, la circoncision féminine, a augmenté de x% à y%.	x% A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de	y%. A fixer après l'étude de base des	Enquêtes CAP, valeurs de base 2018, contrôle des résultats en 2021. Comparaison avec les résultats de l'EDS-MICS 2017.	
1.4. L'accessibilité aux infrastructures sanitaires et la disponibilité d'équipement médical dans les structures sanitaires est augmenté	1.4.1. Le taux de disponibilité de l'eau augment	8% en 2014		Analyse de situation socio-économique de la région de Nzérékoré (MATD)	
	1.4.2. Le taux de disponibilité d'électricité augment	0-2% en 2014 *à vérifier/ adapter en fonction de disponibilité de DHIS2		Analyse de situation socio-économique de la région de Nzérékoré (MATD)	