



Evaluation à mi-parcours du Projet d'Appui à la Santé

Framework Contract SIEA 2018 – Lot 4

Numéro de la Reference. 2018/402547

Rapport Final

29 Mai 2019

Auteurs: Mme Véronique Pomatto
Dr Maurice Coenegrachts



Numéro de la Référence : 2018/402547

Lot 4 – Développement humain et système de sécurité

Société Contractant : Consortium dirigé par International Consulting Expertise EEIG (ICE)

Titre du projet : Évaluation à mi-parcours du Projet d'Appui à la Santé (PASA)

Cette évaluation est soutenue et guidée par la Commission européenne et présentée par la société de conseil recrutée à cet effet. Le rapport ne reflète pas nécessairement les visions et les opinions de la Commission Européenne

Glossaire des acronymes

AfD	Agence Française pour le Développement
ANSS	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASPE	Programme d'Appui au Service Public de l'Etat
AT	Assistant technique
ATPE	Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi
ATS	Agents Techniques de Santé
BSD	Bureau Stratégie et Développement
CESAG	Centre africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CF	Convention de financement
CGFED	Cellule de gestion du FED
CJ	Critères de jugement
COFIL	Comité de pilotage
COSAH	Comité de santé et d'hygiène
CMC	Centre médico-chirurgical
CRENAS	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire
CRUE	Cadre de Résultat de l'Union Européenne
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé Amélioré
CTRS	Comité Technique Régional de Santé
DAF	Direction Administrative et Financière
DAO	Dossier d'Appel d'Offres
DHIS2	District Health Information System 2
DIEM	Division des Infrastructures, de l'Equipeement et du Matériel
DNEHS	Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
DNL	Direction Nationale des Laboratoires
DNPM	Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament
DNSCMT	Direction nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle
DNSFN	Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition
DP	Devis programme

DPS	Directions Préfectorales de la Santé
DRHS	Direction des Ressources Humaines en Santé
DRS	Directions Régionales de la Santé
DSRP	Document de Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DTA	Dispositions Techniques et Administratives
DUE	Délégation de l'Union Européenne
E1 ou E2	Expert 1 ou Expert 2
EDS	Enquête Démographique de Santé
EF	Expertise France
FED	Fonds Européen de Développement
FM	Fonds Mondial
HFG	Health Finance & Governance
RH	Ressources humaines
I	Indicateur
iHRIS	Open Source Human Resources Information Solutions
LNCQM	Laboratoire national de contrôle qualité des médicaments
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MCM	Médecins Chargés des Maladies
MFPREMA	Ministère de la Fonction Publique, de la Réforme d'État, et de la Modernisation de l'Administration
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MS	Ministère de la santé
MUFFA	Mutuelle Financière des Femmes Africaines
MVE	Maladie à Virus EBOLA
NTIC	Nouvelles techniques d'information et de communication
OHADA	Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires
OIM	Organisation Internationale pour les Migrants
OMD	Objectifs du Millénaire de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ON	Ordonnateur National
ONRG	Observatoire National de la République de Guinée
OOAS	Organisation Ouest Africaine pour la Santé

PACV	Projet d'Appui aux Collectivités Locales
PAGODA	Pillar Assessed Grant Or Delegation Agreement
PAI	Programme Annuel d'Investissement
PAO	Plan d'Action Organisationnel
PASA	Projet d'Appui à la Santé
PASDD	Programme d'Appui Sectoriel à la déconcentration et à la Décentralisation
PASOC	Programme d'Appui aux Organisations de la Société Civile
PCG	Pharmacie centrale de Guinée
PCIMNE	Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aigue
PDL	Plan de Développement Local
PEH	Projet d'Etablissement Hospitalier
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PCA	Paquet Complémentaire d'activités
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNSC	Politique Nationale de Santé Communautaire
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLVIH	Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Acquis
ReCCLAS	Renforcement de la Collaboration entre les Collectivités Locales et les Autorités Sanitaires
RECO	Relais Communautaire
RHS	Ressources humaines de santé
SBC	Service à Base Communautaire
SENOFED	Service National de l'Ordonnateur du FED
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SNIEM	Service National des Infrastructures et Equipements Médicaux
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SSME	Semaines Santé Mère-Enfant
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRMNIA	Santé Reproductive de la Mère, du Nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent
SV	Source de vérification
TdR	Termes de référence
UCAO	Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest
UGP	Unité de Gestion Projet
WISN	Workload Indicators of Staffing Need

Table des matières

Résumé exécutif	x
1. INTRODUCTION	1
2. LE PROJET PASA.....	2
3. OBJECTIF(S) ET PRODUITS DE LA MISSION D’EVALUATION A MI-PARCOURS	2
1) Objectif(s) de la mission.....	2
2) Portée de l’évaluation.....	2
4. METHODOLOGIE ET APPROCHE DE L’EVALUATION A MI-PARCOURS	2
1) Questions d’évaluation et outils de collecte.....	2
2) Visites dans la région de Nzérékoré.....	3
3) Limites de la méthodologie.....	3
5. CONSTATS EN FIN DE PHASE DE TERRAIN	4
1) Pertinence.....	4
2) Cohérence.....	12
Cohérence interne.....	12
Cohérence externe et complémentarité.....	13
3) Efficience.....	15
Mise en oeuvre du projet.....	15
Le temps	18
Pourcentage d’exécution des contrats.....	19
Qualité des assistances techniques.....	22
4) Efficacité.....	27
Résultat 1: Appui Institutionnel	27
Résultat 2: disponibilité du PMA et du PCA	31
Sous résultat 2.2 convention de contribution avec UNICEF.....	33
Sous résultat 2.3 Consortium TdH, AGIL et PRIDE.....	34

Résultat 3 - Appui au secteur pharmaceutique (DNPM, PCG, LNCQM, DNL)	36
Statuts de la PCG	37
5) Impact	38
Effets directs.....	38
Effet induit.....	40
Effets du PASA sur l'environnement (technique, économique, social, politique, et écologique).....	41
6) Perennité.....	41
Resultat 1.....	41
Résultat 2.....	42
Résultat 3.....	43
6. PASA2	44
7. Prise en compte du Genre	45
8. Visibilité.....	47
9. Valeur ajoutée de l'UE	48
5. Enseignements tirés.....	48
6. CONCLUSIONS.....	49
7. RECOMMANDATIONS	54
8. Annexes.....	57
A.2.1. Logique d'intervention du PASA	58
A.2.2. Termes de référence de la mission d'évaluation	59
A.2.3. Produits et résultats attendus de la mission d'évaluation à mi-parcours	38
A.2.4. Outils d'évaluation testés et révisés	40
A.2.4.1. Matrice d'évaluation.....	40
A.2.4.2. Outils de collecte des données	47
A.2.5. Données brutes collectées dans les formations sanitaires.....	57
A.2.6. Données brutes collectées auprès des DPS et de la DRS.....	73
A.2.7. Agenda sur Conakry	80
A.2.8 Agenda à Nzérékoré.....	83
A.2.9. Carte des interventions du PASA	86

A.2.10. Liste des personnes rencontrées	87
A.2.11. Pourcentage déboursé en fin février 2019 sur les commandes équipements et conditions contractuelles.....	102
A.2.12. Courrier adressé par l'ON au consortium SGE	104
A.2.13. Mesure des performances du PASA après actualisation des données suivies par Pasa...	105
A.2.14. Indicateurs d'Impact selon ONRG	111

RESUME EXECUTIF

La Convention de Financement (CF) du PASA a été signée le 19 décembre 2013 pour 48 mois de mise en œuvre et 24 mois de clôture ; la durée de mise en œuvre a été élargie à 72 mois. Le montant total est de 29 550 000 euros (20 000 000 euros sur FED et 10 000 000 euros AfD).

L'objectif général du PASA est d'appuyer le Gouvernement de la Guinée dans sa stratégie de réduction de la pauvreté et de contribuer à la réalisation des OMD 4 et 5.

Son objectif spécifique est de relancer les services de santé pour la fourniture de soins essentiels et de qualité dans la région de Nzérékoré. Ses trois résultats sont : 1. Les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé (MS) sont renforcées en tenant compte du processus de déconcentration/décentralisation ; 2. La disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé dans la région de N'Zérékoré sont améliorées, en particulier pour la santé de la mère et de l'enfant ; 3. Un système rationalisé et pérenne d'approvisionnement garantit la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels génériques dans les structures sanitaires publiques des Directions Préfectorales de la Santé (DPS) ciblées.

La méthodologie de cette évaluation à mi-parcours suit les directives de l'évaluation de l'UE. Dix questions d'évaluations ont été rédigées, desquelles ont découlés les outils de collecte de données.

Les **principaux constats** sont :

Une excellente **pertinence** au moment de la formulation et encore plus à ce jour, après la survenue de l'épidémie à virus EBOLA.

Une excellente **cohérence** tant interne qu'externe, la santé étant un secteur de concentration des PIN de l'UE. Le projet a su développer des collaborations de bonne qualité avec les acteurs compétents présents en Guinée.

L'efficience est particulièrement faible à cause de nombreux retards accumulés à chaque étape, la lourdeur des procédures, un Ministère de la santé affaibli par la crise sanitaire et un Ordonnateur National au sortir de la suspension du 9^{ème} FED. Enfin, la Délégation de l'UE a subi des problèmes de recrutement à cause de l'épidémie.

Les devis programmes, mis en œuvre par une unité de gestion de projet (MS/BSO et Conseil santé) ont été effectués à 36% pour le DP0, à 59% pour le DP1 et 45% pour le DP2. Les reliquats de ces trois DPs n'ayant pas été contractualisés n'ont pas été affectés aux DPs suivants ou aux imprévus. Un montant supérieur à 900 KEUR est donc perdu.

Le taux d'exécution financière des quatre contrats infrastructures fin février 2019 est très faible à l'exception du lot 1 (85% pour 99% d'exécution physique). Celui du lot 2 est de 39%, celui du lot 4 est de 47,5% et celui du lot 3 est de 35% avec seulement 12,5% d'exécution physique.

Au total, 30% du montant total a été déboursé pour les équipements (médicaux, de laboratoire, moyens roulants et kits informatiques) en mars 2019. Les fournitures de bureau et le matériel informatique ont été livrés à 100% dans les Directions du Ministère de la santé. Les moyens roulants ont été distribués.

Les formations sur le DHIS2, iRIS, les soins de santé primaires, et sur l'usage rationnel des médicaments ont été réalisées telles que prévues. Le contrat de contribution à UNICEF a été financièrement exécuté à 100%, les dépenses de la subvention à Terre des Hommes représentent 26% en fin de première année (sur trois).

Enfin, l'utilité des deux premières expertises (en 2015) concernant d'une part l'étude de base, révision du cadre logique et définition d'un système de suivi et d'autre part la formulation d'un financement basé sur les résultats pour la région de Nzérékoré, reste à démontrer. Ce projet se trouve donc sans indicateurs spécifiques ni valeurs de référence et sans système de suivi adéquat.

L'efficacité est affaiblie par ces retards. Notons cependant que le taux de références obstétricales est passé de 15,45 à 18,57 % et que le nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passé de 8 à 17% dans cette région.

Il est constaté que les motos ambulances distribuées par UNICEF puis par PASA ne sont pas utilisées car elles ne sont pas adaptées au terrain difficile de cette région. Des fissures de la poche des eaux et des accidents ont été mentionnées par les soignants, les mères ne se sentent pas en sécurité dans la cabine. Notons aussi que deux équipements médicaux, des céliosopes et des appareils à anesthésie distribués dans les hôpitaux ne sont pas utilisés car ces techniques ne sont pas connues. Les gaz ne sont disponibles pour le moment qu'à Conakry (PCG). Enfin les plans des infrastructures prenaient mal en compte le principe de précaution (pour les 10 CS construits par PACV/UNICEF), de sécurité (issues de secours) et d'accès des bâtiments aux personnes à mobilité réduite. La flexibilité de la part de la DUE a cependant permis de rectifier certaines erreurs, au détriment de l'efficacité.

Compte tenu de la Loi 56 qui ne propose que trois types de statuts aux établissements publics (EPA, SA à 100% ou SA à 50%), les statuts de la PCG, initialement orientés par les PTF dont la DUE en 2016 vers une ASBL, ont finalement abouti, par choix du MS et du Ministère des Finances, à une SA à 100% Etat. Cependant, si la fonction achat fait partie des trois fonctions essentielles d'une centrale d'achat de médicaments et de tous les textes se rapportant à la centrale d'achat, il est constaté par de nombreux intervenants que cette fonction achat est quelquefois entreprise par le Ministère lui-même, échappant ainsi à la procédure très technique de pré-qualification du couple produit-fournisseur. Ces achats compromettent l'assurance qualité des produits importés et la gestion rationnelle de la PCG.

L'impact à ce jour n'est pas très visible. Des enquêtes réalisées par l'observatoire national de la République de Guinée dans la région de Nzérékoré montrent que le nombre d'enfants de moins d'un an décédés diminue de 14 à 9% ; le pourcentage de soins disponibles passe de 65 à 70,5% (PMA). Les bénéficiaires finaux apprécient les 'bons' médicaments, leur implication dans la construction des CS, et l'appui d'UNICEF notamment sur la malnutrition.

La **pérennité** est aussi assez faible, notamment sur le résultat 3, qui outre le renforcement de la DNPM, du Laboratoire national de contrôle qualité des médicaments, a aussi approvisionné 2,4 millions de médicaments essentiels générique dans la région. Si la disponibilité de ces médicaments était de 90% en fin 2018, l'évaluation montre qu'elle n'est plus que de 75% sur trois molécules.

En ce qui concerne la gestion et la planification des ressources humaines, des mesures dans la fonction publique devraient exiger une mise à jour des capacités pour exercer une profession

responsable de la santé d'autrui, de bonnes connaissances, un âge raisonnable, dynamisme et capacité, pour assurer la pérennité des efforts de ce projet.

Un PASA2 est en cours de signature, mis en œuvre à travers des PAGODA à GIZ et à Expertise France.

La principale **conclusion** est qu'une multitude de procédures avec une CGFED/SENOFED peu fournie en ressources humaines et manquant de compétences dans la gestion de projets FED, et une DUE handicapée par un embargo sur les expertises court terme jusqu'à mi 2016, a conduit à une mise en œuvre difficile du PASA. La gestion du PASA s'est réalisée au coup par coup, axée sur le niveau micro pour respecter toutes ces procédures, au lieu d'assurer la vision stratégique à long terme, axée sur la patiente et l'enfant qui aurait conduit à meilleure efficacité et impact d'un tel projet.

La **leçon à retirer** de l'expérience sur les infrastructures pourrait consister en l'application de critères concernant des banques connues et/ou internationales (et le contrôle de la banque elle-même) et visiter les infrastructures réalisées par les entreprises pré-sélectionnées pour en apprécier la qualité.

Principales Recommandations :

A l'ON : transférer les travaux du lot 3 le plus rapidement possible à une ou plusieurs entreprises qui ont montré leur capacité à tenir les délais ou reconsidérer la charge de travail du lot 3.

Aux PTFs et MS : à l'instar de toutes les personnes rencontrées, cette mission d'évaluation recommande des voitures à quatre roues motrices pour organiser la référence en Guinée forestière.

DUE/AT : Appuyer le Ministère à la cérémonie de validation formelle des manuels de procédures au plus vite, activité essentielle pour la pérennité et la visibilité de ces produits.

PTFs et PASA2. Inclure une condition ou une mesure d'accompagnement dans les prochains appuis qui porterait sur le respect de la fonction achat confiée par le Gouvernement à la PCG, tel que prescrit dans les statuts et dans la convention entre la PCG et l'État.

PTFs, PASA2 et MS. La gestion rationnelle des Ressources humaines en santé devrait être basée sur le besoin et identification des tâches dans les structures sanitaires, en fonction de descriptions de tâches essentielles, et pas seulement sur base d'affectation. Un meilleur suivi des ressources humaines, notamment des procurations sur le billeting est indispensable car celles-ci neutralisent la bonne intention de maintenir le personnel au poste en appliquant le billeting.

1. INTRODUCTION

La Guinée possède les premières réserves au monde de bauxite, des réserves exceptionnellement riches en fer, de l'or, du diamant et de nombreux autres minerais qui n'ont pas encore été exploités. Si, malgré un potentiel économique aussi important, la Guinée, avec une population estimée à 11 millions d'habitants, reste classée parmi les pays les moins avancés (PMA) les plus pauvres au monde, avec un taux de pauvreté de plus de 50% (en augmentation ces dernières années), cela ne peut s'expliquer que par la mauvaise gouvernance. La Guinée se situe à la 179^{ème} place sur 183 pays suivis par la Banque Mondiale en matière de climat des affaires, et à la 164^{ème} place sur 178 pays suivis par Transparency International pour l'indice de perception de la corruption. La part du PIB consacrée aux secteurs sociaux est excessivement faible et la Guinée occupe la 178^{ème} place sur 187 pays suivis par le PNUD pour ce qui concerne l'indice de développement humain (2011).

Le long déclin de la société guinéenne a eu un impact désastreux sur la qualité des infrastructures socio-économiques de base (infrastructures de transport, électricité, eau, éducation, santé, justice). La mal-gouvernance socio-économique et politique a conduit à une baisse de l'aide internationale¹, et une série de crises sociales et politiques mal maîtrisées. Elle a connu son paroxysme après le coup d'état militaire de décembre 2008 et la répression violente d'une manifestation pacifique organisée le 28 septembre 2009 par l'opposition et des dérapages budgétaires importants financés de manière monétaire en 2009-2010. Les incidents du 28 septembre 2009 ont provoqué une réaction ferme de la communauté internationale et ont accéléré la transition politique, avec la tenue en 2010 de la première élection présidentielle réellement libre et transparente depuis l'indépendance de la Guinée en 1958. Le Professeur Alpha Condé, sorti victorieux de l'élection présidentielle, a fixé la restauration d'un Etat de Droit, la réforme du secteur de sécurité et la lutte contre l'impunité et la corruption comme priorités de son mandat.

La survenue de la Maladie à Virus Ebola (MVE) a débuté dans la région de Nzérékoré, sous forme d'épidémie entre décembre 2013 et juin 2016, et s'est rapidement répandue sur tout le pays et les pays voisins. Sur un total de 3813 cas recensés, 2544 sont décédés. La maladie a estompé la dynamique de relance économique, remis en cause la stabilité du cadre macroéconomique, accru la vulnérabilité et l'insécurité alimentaire et ainsi détérioré les conditions de vie des populations, avec une augmentation de la pauvreté. La Guinée a enregistré en 2015, pour la troisième année consécutive, un bilan économique en forte régression, avec une croissance du produit intérieur brut (PIB) estimée à 0.1 % en termes réels, un déficit budgétaire de plus de 7 % du PIB et de fortes contraintes de capacités pour accélérer les réformes indispensables à la relance du développement et à la transformation structurelle de l'économie.

La crise sanitaire a révélé les faiblesses et les dysfonctionnements du système de santé, tout en l'affaiblissant encore davantage, avec le décès du personnel de santé, la fermeture d'établissements sanitaires et la perte de confiance de la population aux services de soins.

Le niveau d'utilisation des services de santé est faible, avec un taux de fréquentation de 0,30 dans 84,2% des districts sanitaires. Il est estimé qu'à l'heure actuelle le gap en ressources humaines en

¹ Dont la suspension du 9^{ème} FED

Guinée est de plus de 8000 agents de santé. 94 centres de santé (soit 23%) ont été fermés en novembre 2014 à cause de la désertion et/ou décès du personnel de santé. Un hôpital de district a également été fermé en décembre 2014. Ce bilan s'ajoute au pourcentage déjà élevé d'infrastructures en mauvais état (57%) et dégrade les conditions d'accessibilité difficile mentionnées ci-dessus.

2. LE PROJET PASA

La Convention de Financement (CF) du PASA a été signée le 19 décembre 2013 pour 48 mois de mise en œuvre et 24 mois de clôture ; avec les avenants à la CF, la durée de mise en œuvre a été élargie à 72 mois.

Le montant total est de 29 550 000 euros ²(20 000 000 euros sur FED et 10 000 000 euros Agence française de Développement, AfD).

L'objectif général du PASA est d'appuyer le Gouvernement de la République de Guinée dans sa stratégie de réduction de la pauvreté et de contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire de Développement (OMD) 4 et 5.

L'objectif spécifique est de relancer les services de santé pour la fourniture de soins essentiels et de qualité dans la région de N'Zérékoré.

Le PASA se décline en trois composantes qui contribueront à l'atteinte de ces objectifs. La logique d'intervention est représentée en annexe A.2.1.

3. OBJECTIF(S) ET PRODUITS DE LA MISSION D'ÉVALUATION A MI-PAROURS

1) OBJECTIF(S) DE LA MISSION

Les termes de référence (TdR) sont reportés en annexe A.2.2. Le tableau des produits et résultats attendus de cette évaluation à mi-parcours est reporté en annexe A.2.3.

2) PORTÉE DE L'ÉVALUATION

La portée de l'évaluation était initialement fixée du 1^{er} janvier 2015 au 30 novembre 2018 par les TdR (page 6, annexe A.2.2). A la demande de la cheffe d'équipe Coopération de la DUE, il a été accepté de la repousser au 31 décembre 2018 pour l'ensemble des données. L'efficacité et l'efficacité des constructions/réhabilitations et de la fourniture en équipement sera mesurée à la date de mars 2019.

4. METHODOLOGIE ET APPROCHE DE L'ÉVALUATION A MI-PAROURS

1) QUESTIONS D'ÉVALUATION ET OUTILS DE COLLECTE

Les questions d'évaluation et outils de collecte de données développés durant la phase documentaire et de démarrage ont été testés en début de la phase de terrain en région et adaptés

² 450,000 euro a été désigné au renforcement de capacités de gestion du projet à la DUE, dont un élément était la mobilisation de gestionnaire du projet (le poste de Mme Oulare pour deux ans)

au contexte rencontré tant en termes de documents rendus disponibles à ce moment que des réalités de terrain trouvées à Nzérékoré. Ces outils révisés se trouvent en annexe A.2.4.

Les données brutes collectées au cours des visites, définies par cette méthodologie pour contribuer aux réponses aux questions d'évaluations est reportée en annexe A.2.5 pour les structures sanitaires visitées et en annexe A.2.6 pour les structures administratives de santé.

2) VISITES DANS LA REGION DE NZEREKORE

Les agendas effectivement réalisés à Conakry et à Nzérékoré se trouvent respectivement en annexe A.2.7 et A.2.8. Pour en faciliter la lecture, la carte des interventions de PASA se trouve en annexe A.2.9.

La liste des personnes rencontrées depuis le début de l'évaluation se trouve en annexe A.2.10.

3) LIMITES DE LA METHODOLOGIE

La mission en région a été concomitante à la mission conjointe (DUE, SENOFED, MS/UGP) du 26 mars 2019 au 12 avril 2019, et est restée indépendante de celle-ci. Cependant, dans certaines structures de santé déjà submergées de missions des nombreux PTF et de formations, les personnels de santé rencontrés se sont trouvés moins disponibles voire lassés de devoir rencontrer deux missions PASA dans la même semaine.

Notons que l'absentéisme des chefs des structures sanitaires est assez important durant cette mission d'évaluation. Ils étaient souvent en formation. En leur absence, les registres ne sont pas facilement mis à disposition de l'équipe d'évaluation. Aussi, les données recueillies sur les nombres d'accouchements, les références et les césariennes ne permettent que de confirmer la tendance mesurée par les Directions Départementales de la Santé (DPS), car elles sont recueillies oralement à partir des informations données par les agents de santé (voir A.2.5 et A.2.6). Aussi, la qualité des données recueillies par les DPS ne pourra pas être évaluées correctement.

Comme avec chaque évaluation il existe des risques de biais inhérents, notamment à la représentation de la personne consultée, des biais d'échantillonnage et d'interprétation. Dans la mesure du possible, les biais ont été atténués en équilibrant les méthodes et approches d'évaluation, la triangulation des données ainsi qu'en recoupant les conclusions préliminaires avec d'autres témoins et évaluateur pour s'assurer qu'elles soient validées et justifiées. Néanmoins, il faut admettre que, comme pour toute évaluation rapide et dans un temps restreint, elle présente des limites. Aussi, les commentaires aux rapports intermédiaires ainsi que la restitution au Ministère de la Santé, le 17 mai 2019 ont permis d'en rectifier quelques-unes.

Emploi du temps efficace de l'expert 2, en charge des résultats 1 : appui institutionnel, appui aux cadres organiques du MS central et régional, système informatique, stratégie de financement, gestion des fonds publics pour la santé ; et résultat 2 : gestion des ressources humaines et développement des projets d'établissement hospitalier. Dans les TdR et agenda, il est prévu que l'expert 2 ait moins de jours, ce qui en soit, a été accepté par l'équipe. Aussi, l'expert 2 est arrivé à la deuxième semaine de la mission en Guinée. Cependant, lors de la mise en œuvre de l'agenda par les responsables il n'a pas pu être pris en compte que l'experte 1, cheffe de mission, puisse se concentrer sur les infrastructures, équipements et le résultat 3, pharmaceutique (Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), LNCQM et DNPM et DNL) durant la première semaine. Vu l'importance et

la distance de la visite en région toute aussi essentielle, ceci a causé une quasi exclusion de l'expert 2 des réunions au Bureau Stratégie et Développement (BSD, équivalent des directions des études et de la planification) qui se sont limitées à quelques rencontres fortuites. En conclusion on peut dire que cette approche biphasée avec une arrivée décalée de l'expert 2 a rendu plus difficile la bonne exécution de la collecte de données.

5. CONSTATS EN FIN DE PHASE DE TERRAIN

Les réponses préliminaires aux questions d'évaluation sont ci-dessous amenées en fonction des constats réalisés sur le terrain. Elles comparent les produits réalisés et les résultats constatés et/ou mesurés en prenant comme base les indicateurs de suivi du PASA car le cadre logique de la Convention de Financement n'a jamais été mis à jour (voir ce cadre logique dernières pages des TdR, A.2.2).

1) PERTINENCE

Les constats à ce jour révèlent une excellente pertinence de PASA à la date de sa formulation et jusqu'à ce jour.

PNDS 2003-2012

L'UE a formulé le Projet d'Appui à la santé (PASA), son quatrième projet santé en Guinée, en 2013, alors que le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2003-2012 s'achevait et que le plan suivant n'était pas encore rédigé.

De l'avis des bénéficiaires au Ministère de la Santé (MS) du niveau national et régional, la formulation du PASA, à l'identique des projets précédents, a été réalisée de façon collégiale. Le PASA s'intègre parfaitement dans la vision transversale et intégrée de la santé que développe le Gouvernement, à côté de la décentralisation et déconcentration, de l'accès à l'eau et du respect de l'environnement.

A cette époque, selon l'Enquête Démographique de Santé combinée à l'enquête à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2012, les indicateurs des OMD sont les suivants :

Tableau 1: Indicateurs des OMD au moment de la formulation

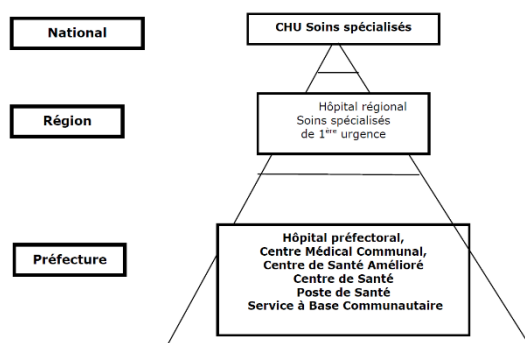
Indicateur	Sexe		Ensemble
	Masculin	Féminin	
1. Éliminer l'extrême pauvreté et la faim			
1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de cinq ans	17,4 %	18,5 %	18,0 %
2. Assurer l'éducation primaire pour tous			
2.1 Taux net de fréquentation scolaire au niveau primaire ¹	53,0 %	44,9 %	48,9 %
2.3 Taux d'alphabétisation dans la population des 15-24 ans ²	71,4 % ^a	39,4 %	55,4 % ^b
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes			
3.1a Ratio filles/garçons dans l'enseignement primaire ³	na	na	0,8
3.1b Ratio filles/garçons dans l'enseignement secondaire ³	na	na	0,7
3.1c Ratio filles/garçons dans l'enseignement tertiaire ³	na	na	0,6
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans			
4.1 Taux de mortalité infanto-juvénile ⁴	142 ‰	124 ‰	123 ‰
4.2 Taux de mortalité infantile ⁴	83 ‰	68 ‰	67 ‰
4.3 Pourcentage d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole	62,8 %	60,6 %	61,8 %
5. Améliorer la santé maternelle			
5.1 Taux de mortalité maternelle ⁵	na	724	na
5.2 Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé formé ⁶	na	na	39,3 %
5.3 Taux de prévalence contraceptive ⁷	na	5,6 %	na
5.4 Taux de fécondité des adolescentes ⁸	na	146,4 ‰	na
5.5 Couverture en soins prénatals			
5.5a Au moins une visite prénatale	na	69,6 %	na
5.5b Quatre visites prénatales ou plus	na	56,6 %	na
5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	na	23,7 %	na
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies			
6.1 Prévalence du VIH dans la population des 15-24 ans	0,4 % ^a	1,3 %	0,9 %
6.2 Utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à risques ⁹	49,9 % ^a	31,1 %	40,5 % ^b
6.3 Proportion de la population de 15-24 ans ayant une connaissance « approfondie » du VIH/sida ¹⁰	32,2 % ^a	20,3 %	26,2 % ^b
6.4 Ratio du pourcentage d'orphelins qui fréquentent l'école au pourcentage des non orphelins de 10-14 ans qui fréquentent l'école	0,9	0,6	0,7
6.7 Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)	24,5 %	27,6 %	26,0 %
6.8 Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont la fièvre a été traitée avec des antipaludéens appropriés ¹¹	29,3 %	26,9 %	28,1 %
	Urbain	Rural	Ensemble
7. Assurer un environnement durable			
7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau améliorée ¹²	95,1 %	66,5 %	75,8 %
7.9 Proportion de la population utilisant des installations sanitaires améliorées ¹³	39,4 %	12,3 %	21,1 %

Sources: rapport national OMD (NU, 2009)

Un taux de mortalité maternelle de 724 pour 100 000 naissances vivantes et de mortalité infanto-juvénile de 124 pour mille en milieu rural, associé à une couverture vaccinale estimée par cette même enquête à 37 % (enfants 12-23 mois) avec 12% de cette tranche d'âge n'ayant reçu aucun vaccin, démontrent les faiblesses du système de santé, particulièrement en milieu rural.

Aussi, l'évaluation du système de santé a-t-elle conduit à définir l'objectif général de ce PNDS : « contribuer au développement socio-économique global du pays par l'amélioration de l'état de santé de la population » ; son objectif spécifique visant à « mettre en place un système de santé accessible et capable de répondre aux besoins de santé de la population et de contribuer à la réduction de la pauvreté ». Pour ce faire, les cinq axes stratégiques, fondés sur une pyramide sanitaire à trois niveaux, ont été définis comme suit:

Figure 1: Pyramide sanitaire (PNDS 2003-2012)



1. Lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle
2. Renforcement de la capacité institutionnelle et de gestion
3. Amélioration de l'offre de soins et de l'utilisation des services
4. Développement des Ressources humaines
5. Promotion de la santé

En ciblant le niveau national et la région administrative de Nzérékoré, le PASA vise l'atteinte des OMD 4 et 5, dans une zone faite de massifs montagneux, couvrant près de 20% du territoire, et dont les pistes en mauvais état ralentissent considérablement l'accès aux soins, particulièrement aux soins maternels et infantiles. Les indicateurs de santé y sont des plus faibles des zones rurales du pays.

En effet, cette région administrative présente les taux de pauvreté³ et mortalité infanto juvénile les plus élevés du pays.

Les autres critères ayant contribué à ce choix visaient l'efficacité globale des appuis de l'UE:

- La nécessaire concentration du programme pour une bonne réactivité des activités de mise en oeuvre et éviter le saupoudrage (recherche de l'impact régional) ;
- La complémentarité avec le programme d'Appui Sectoriel à la déconcentration et à la Décentralisation (PASDD), le Programme d'Appui au Service Public de l'Etat (ASPE) et le Programme d'Appui aux Organisations de la Société Civile (PASOC) ;
- L'existence d'une forte densité de la population, dans une situation géographique frontalière fragile (Libéria, Côte d'Ivoire) avec présence de réfugiés ;
- La possibilité d'élaboration d'outils à l'échelle régionale (carte sanitaire, décentralisation, formation, mutuelles, ... etc), qui pourront ensuite être mis à l'échelle du pays.

Les objectifs du PASA tels que déclinés dans la cadre logique de la convention de financement sont parfaitement alignés avec la PNDS. Par son résultat 1 « les capacités institutionnelles du MS sont renforcées en tenant compte du processus de déconcentration/décentralisation », le PASA vise à contribuer aux axes stratégiques 2 et 4 du PNDS en vigueur au moment de sa formulation. Le sous résultat 1.1 prévoit de revoir, d'améliorer et de tester dans la région ciblée le cadre organique et les fonctions directrices prioritaires du MS à la lumière de la lettre politique nationale sur la déconcentration et la décentralisation.

- Renforcer les capacités de planification et de coordination stratégique et sectorielle du MS au niveau central et périphérique

³ 66,9% de la population de Nzérékoré vivait en dessous du seuil de pauvreté en 2012, Ministère du Plan, Pauvreté et inégalité en Guinée 1994-2012, analyse à partir des enquêtes auprès des ménages, version préliminaire, juin 2012 (retranscrit dans le PIN 10^{ème} FED)

- Recenser les ressources humaines en santé dans la région ciblée, ainsi que tester et évaluer un système de gestion amélioré
- Renforcer le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et son utilisation efficace et analytique
- Développer un mécanisme de formation continue des personnels de santé, dans la région ciblée.

Le sous résultat 1.2 vise à revoir et tester les stratégies pour l'amélioration du financement du secteur dans la région ciblée en

- Définissant une stratégie de financement du secteur de la santé à moyen terme prenant en compte une politique sélective de gratuité des soins redéfinie et de recouvrement des coûts mise à jour, dans la région ciblée
- Améliorant la gestion et la bonne utilisation des fonds publics à tous les niveaux de la pyramide de santé
- Améliorant la gestion des paiements effectués par les patients pour les soins, et des autres contributions privées.

Par son résultat 2 « la disponibilité, la qualité, et l'utilisation des services de santé dans la région de Nzérékoré est améliorée, en particulier pour la santé de la mère et de l'enfant », le PASA contribue aux axes stratégiques 1, 3 et 5. Le sous résultat 2.1. vise le renforcement des capacités de gestion et de supervision des équipes cadres des DRS, DPS et des Directions Hospitalières de la région de Nzérékoré en

- Améliorant les performances au travers un appui logistique, un mécanisme incitatif
- Formant les membres des équipes cadre de la DRS et de la DPS et des Directions hospitalières à la gestion financière et administratives, à la politique de décentralisation et déconcentration et aux procédures de contractualisation
- Elaborant les outils de gestion et appuyant la mise en œuvre des Plans d'Etablissement Hospitaliers (PEH)
- Appuyant l'amélioration de la supervision, du suivi et du contrôle de la gestion financière/administrative et des ressources humaines des structures sanitaires.

Le sous résultat 2.2 vise la disponibilité du PMA et du PCA (santé reproductive/planification familiale/santé de l'enfant) du centre de santé à l'hôpital régional en

- Réhabilitant et équipant les infrastructures d'un panel de formations sanitaires s'inscrivant dans la carte sanitaire de la région, en construisant et équipant deux DPS et un dépôt pharmaceutique
- Développant la formation continue au niveau de Nzérékoré
- Renforçant les capacités des sages-femmes et les moyens des services
- Renforçant les capacités des personnels et les moyens des services pour améliorer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIMNE)
- Renforçant les capacités des personnels et les moyens des services pour les activités de prévention et de lutte contre la malnutrition au niveau communautaire et des structures sanitaires.

Le sous résultat 2.3. vise le renforcement de la collaboration entre les Directions Préfectorales Sanitaires et les collectivités locales en

- Formant les membres des Comités de Santé et d'Hygiène et les élus des collectivités locales à la gestion des structures de soins et en mettant en place des plateformes de concertation entre ces COSAH, les DPS et les collectivités locales
- Appuyant et assurant le suivi du processus d'affectation et de prise en charge des ressources humaines de la santé au niveau des collectivités locales
- Réalisant des expériences pilotes de financement de structures de soins primaires et de gestion de leurs ressources humaines et financières.

Politique Pharmaceutique Nationale (PPN)

Le résultat 3 accompagne le Gouvernement dans la réforme du secteur pharmaceutique considérée comme une des réformes prioritaires de l'axe stratégique 2 du PNDS 2003-2012. Ce résultat du PASA « un système rationalisé et pérenne d'approvisionnement garantit la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels génériques dans les structures sanitaires publiques des DPS ciblées » est aussi en parfaite adéquation avec la politique pharmaceutique nationale (2014) en vigueur et ses huit objectifs spécifiques, à laquelle l'UE a contribué à son élaboration:

1. Assurer la disponibilité des produits de santé
2. Rendre les médicaments accessibles
3. Garantir la qualité des médicaments
4. Assurer l'usage rationnel des médicaments
5. Renforcer le cadre juridique et institutionnel
6. Développer les ressources humaines
7. Promouvoir la recherche
8. Renforcer la lutte contre le marché illicite

Le résultat 3 du PASA, entièrement consacré au secteur pharmaceutique prévoit de

- Mettre à jour et favoriser l'application de la réglementation et de la politique pharmaceutique, ainsi que de permettre la fonctionnalité des instances de contrôle de la qualité et du laboratoire
- Renforcer les capacités institutionnelles de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) en matière de gestion financière et administrative, gestion des stocks, contrôle de qualité, chaîne d'approvisionnement, passation de marchés et traçabilité
- Fournir à la PCG une dotation en Médicaments Essentiels et Génériques, produits médicaux consommables et moyens logistiques pour assurer l'approvisionnement dans les DPS ciblées et ainsi renforcer le fonds de roulement
- Optimiser la gestion et l'utilisation des stocks de médicaments dans les structures sanitaires

Il devrait aussi contribuer aux six premiers objectifs spécifiques de la PPN tout en permettant de revitaliser le recouvrement de coût des médicaments prévu dans le sous résultat 1.2. du PASA et de contribuer directement à l'axe stratégique 3 du PNDS.

Le PASA est parfaitement aligné avec les politiques de santé. Sa conception devrait permettre de devenir un modèle à reproduire dans les régions aux profils similaires. Par contre ce modèle pertinent a été conçu avant l'arrivée de l'épidémie d'Ébola en Guinée en fin 2014, qui a particulièrement ravagé la région forestière. Lors de l'épidémie, la tendance négative de l'utilisation des services de santé a été inversée, par des mesures urgentes et efficaces d'accompagnement.

Epidémie de Maladie à Virus EBOLA

L'épidémie de Maladie à Virus EBOLA est survenue en fin 2013. Elle a été déclarée en mars 2014, avec la flambée épidémique débutée dans la région de Nzérékoré (Guékédou et Macenta). Le dernier cas ayant été répertorié en juin 2016.

L'intervention d'urgence a permis un apport externe et un investissement important dans les structures. Cependant, elle n'a pas permis de prendre en compte la consolidation initialement prévue dans le PASA. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) n'ont pas pris assez de recul ni établi une feuille de route suite à la situation d'urgence pour faire la transition vers le développement. Cela se remarque à la faible capacité d'absorption surtout pour le résultat 1 qui avait prévu de 'Renforcer les capacités de planification et de coordination stratégique et sectorielle du MS au niveau central et périphérique'.

La MVE a contribué également à accélérer le processus de détérioration du fonctionnement des centres de santé à cause de l'arrêt de certaines activités telle que la vaccination des enfants ainsi que l'utilisation de la plupart des agents de santé aux activités de riposte surtout dans les préfectures fortement touchées par la maladie.

PNDS 2015-2024 et le Compact national

Suite à l'épidémie, la recherche des causes du dysfonctionnement et de la faible performance du système de santé a conduit le Ministère de la Santé, en collaboration avec ses partenaires, à l'organisation des Etats Généraux de la Santé, tenus en juin 2014. Ainsi, dans le but d'améliorer l'état de santé des populations, le gouvernement guinéen a révisé sa Politique Nationale de Santé à partir de laquelle sera élaboré le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2015-2024.

La conduite de ce processus aboutira à la signature du Compact national en octobre 2016 dans le cadre de l'adhésion de la Guinée à l'initiative "International Health Partnership (IHP+)".

En adoptant ce plan, le gouvernement marque ainsi sa volonté politique et son engagement de réaliser des progrès substantiels vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle malgré un environnement économique particulièrement difficile.

L' Objectif général du PNDS 2015-2024 est d' « Améliorer l'état de santé de la population guinéenne ».

L'Objectif stratégique 1 : Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences

L'Objectif stratégique 2 : Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie

L'Objectif stratégique 3 : Améliorer la performance du système national de santé.

Cette nouvelle vision sectorielle est matérialisée par trois orientations stratégiques et six sous stratégies qui seront déclinées en stratégies d'intervention dans le PNDS.

- Orientation stratégique 1 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence
- Orientation stratégique 2 : Promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées
- Orientation stratégique 3 : Renforcement du système national de santé
 - o Sous-orientation stratégique 3.1 : Renforcement des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire
 - o Sous-orientation stratégique 3.2 : Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé
 - o Sous-orientation stratégique 3.3 : Développement des ressources humaines de qualité
 - o Sous-orientation stratégique 3.4 : Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité
 - o Sous-orientation stratégique 3.5 : Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé
 - o Sous-orientation stratégique 3.6 : Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire

Plan de relance et de résilience du système de santé 2015-2017

Le Plan de relance du système de santé est le plan triennal 2015-2017 du PNDS 2015-2024 avec les priorités suivantes : Elimination d'Ebola et autres maladies (Prévention et Contrôle des Infections, Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte et Règlement Sanitaire International), Renforcement du système de santé de District (Amélioration des prestations des services : Paquet Minimum d'Activités (PMA), Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), interventions à haut impact (mère et enfant), Renforcement du système de gestion) et Gouvernance (Soutien à la gestion, Coordination, Redevabilité, Engagement des communautés et Régulation).

Avec ses trois résultats, le PASA est resté parfaitement aligné au PNDS 2015-2024 et à son plan triennal, en ciblant la santé de la mère et de l'enfant dans une zone rurale particulièrement affaiblie après cette épidémie à maladie infectieuse.

Avec le résultat 2 renforçant les infrastructures et équipements de centres de santé dans le but de développer la santé communautaire en adéquation avec la politique de décentralisation-déconcentration, le PASA est aussi aligné avec la politique de santé communautaire 2017 et son mécanisme de mise en oeuvre. En effet, le centre de santé est considéré comme étant le niveau idéal de la mise en oeuvre de la politique nationale de santé communautaire à travers le développement de toutes les activités, préventives, curatives et promotionnelles et de soutien aux activités des relais communautaires (RECO) et des Agents de Santé Communautaires (ASC).

Le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) III

Il couvre la période de 2013 à 2015, dans la continuité du DSRP précédent, il s'articule autour de quatre axes principaux : (i) Gouvernance et renforcement des capacités institutionnelles et humaines; (ii) Accélération, diversification et durabilité de la croissance ; (iii) Développement des infrastructures de soutien à la croissance ; Renforcement de l'accès aux services sociaux de base et à la résilience des ménages.

Aussi, le PASA est-il conçu avec des mesures d'accompagnement correspondant aux engagements de la République de Guinée du compact national et conformes au DSRP III.

Tableau 2: Mesures d'accompagnement du PASA

Résultats	1. Les capacités institutionnelles du MS sont renforcées en tenant compte du processus de déconcentration/décentralisation	2. La disponibilité, la qualité, et l'utilisation des services de santé dans la région de Nzérékoré est améliorée, en particulier pour la santé de la mère et de l'enfant	3. Un système rationalisé et pérenne d'approvisionnement garantit la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels génériques dans les structures sanitaires publiques des DPS ciblées
Mesures d'accompagnement	Le Gouvernement devrait affirmer la volonté ferme de réforme institutionnelle du secteur de la santé. Il devrait aussi s'engager à une <u>augmentation substantielle du budget alloué au MS</u> selon le calendrier réaliste à fixer pendant la phase de démarrage du projet ainsi qu'à la <u>sécurisation de lignes budgétaires</u> sensibles et la <u>traduction budgétaire de la mise en œuvre graduelle de la lettre de politique sur la déconcentration et le développement local</u>	Le MS devrait s'assurer du <u>déboursement effectif et opportun des budgets de fonctionnement des formations et directions sanitaires</u> concernées et s'engager à entamer une <u>révision de sa politique des salaires</u> et primes ainsi que sa <u>politique d'affectation des personnels de santé</u> dans la région ciblée.	Le MS devrait s'engager à soumettre un plan d'apurement des arriérés sur la dette commerciale de la PCG selon un calendrier fixé en phase de démarrage du projet et un plan de recapitalisation crédible de cette centrale d'achat validé par le Ministère de l'Economie et des Finances. Il devrait aussi s'engager à délier la Direction nationale de la Pharmacie et des Laboratoires du Laboratoire National de Contrôle de Qualité du Médicament et à respecter la convention MS-PCG et de la réglementation de suivi.

Audit du Ministère de la Santé

L'audit du MS, produit conjoint du PASA et du HFG financé par USAID, renforce les constats des PND. Cet audit a mené à une feuille de route à ce jour encore suivie par le MS. Cette feuille de route recommande d'atteindre sept résultats. Le PASA contribue directement à six de ces résultats :

- Une modification et une adaptation des structures et de l'organisation du MS
- Une amélioration de la gouvernance
- Un meilleur contrôle du MS sur les deux ressources critiques qui conditionnent sa performance, à savoir les ressources humaines et les ressources financières
- Une meilleure planification et une meilleure gestion des ressources humaines, matérielles et financières
- Une meilleure régulation du secteur médical et pharmaceutique privé
- Une meilleure disponibilité de médicaments de qualité à des prix abordables
- Un meilleur financement de la santé

Enfin, notons que la politique Genre date de 2011 et comprenait déjà la formulation des données ventilées par sexe. Le cadre logique du PASA n'a pas été construit ni mis à jour en respect de cette politique. Cependant, rappelons que le projet vise la santé de la mère et de l'enfant et donc l'équité d'accès en terme de santé.

Compte tenu de cette excellente pertinence et si on y rajoute les préoccupations de la politique Genre, le PASA peut être étendu à des zones à caractéristiques similaires en Guinée.

2) COHERENCE

COHÉRENCE INTERNE

Selon le Programme Indicatif National (PIN) du 10^{ème} Fonds Européen de Développement (FED), sur la base de l'évolution récente de la situation politique, économique et sociale de la Guinée et en tenant compte des autres facteurs, y compris l'évaluation de la coopération passée et présente avec l'UE ainsi que l'analyse des interventions d'autres bailleurs de fonds, les ressources programmables (Enveloppe A, 165,9 millions d'euros, augmentée de 8,4 millions d'euros alloués au titre de l'Initiative européenne pour OMD, couvrant la période 2012-2013), se sont concentrées sur trois secteurs : (i) la gouvernance, en particulier la réforme des secteurs de la sécurité et de la justice et la réforme de l'Etat à travers l'amélioration de la gestion des finances publiques et un appui à la mise en place effective de la décentralisation comme moteur de la démocratie à la base et comme instrument pour atteindre les populations les plus vulnérables, (ii) la provision, à travers un approche décentralisée, de services de base orphelins (santé, eau) où des progrès réels et rapides peuvent être réalisés dans l'atteinte des ODD, et (iii) les transports comme moyen de décloisonnement du pays et d'ouverture de nouveaux marchés pour l'agriculture guinéenne et de rapprochement des populations les plus vulnérables des services socio-économiques de base.

En maintenant le secteur santé comme secteur de concentration, l'UE continue non seulement dans sa logique d'intervention en Guinée mais aussi prend en compte le retrait annoncé à cette époque, de la Banque Mondiale de ce secteur, à un moment où les indicateurs des OMD en matière de santé sont pourtant en train de s'écrouler. L'appui aux services de base représente 16% du montant de l'enveloppe A du PIN 10^{ème} FED (soit 28,4 millions d'euros, dont 20 millions pour le secteur de santé).

Le projet PASA s'inscrit parfaitement dans les objectifs du PIN du 10^{ème} FED puisque par son résultat 1, le PASA vise à améliorer la gouvernance dans le secteur de la santé ; par son résultat 2 et le choix de la région cible, la plus pauvre de Guinée, le PASA s'adresse aux populations les plus vulnérables où il appuie les services de santé à travers une approche décentralisée ; et enfin par son résultat 3, il renforce la mise en œuvre du résultat 2 en rendant disponible des médicaments essentiels génériques de qualité, tout en appuyant la réforme du secteur pharmaceutique.

Enfin, une synergie ne pourra qu'être observée avec les actions de l'UE dans le domaine des transports et de décentralisation car l'accès aux services de santé en sera renforcé. La synergie est aussi flagrante avec le Programme d'Appui au Service Public de l'Etat grâce à ses interventions visant un meilleur accès à l'eau et donc à l'hygiène (voir impact).

Enfin, l'appui budgétaire global financé sur le 11^{ème} FED comprend trois indicateurs sur la santé qui renforcent les mesures d'accompagnement du PASA :

- Allocation et exécution budgétaire,

- Affectation et densité des RH déconcentrées,
- Accouchement assisté dans les structures publiques.

Fidèle à sa logique d'intervention et à son appui au secteur santé, le PIN 11^{ème} FED (2014-2020) conserve la santé comme un secteur de concentration, il y affecte le même pourcentage de 16% de l'enveloppe A, ce qui représente alors 40 millions d'euros dont la majorité permettra de financer le PASA2.

COHERENCE EXTERNE ET COMPLEMENTARITE

Le co-financement AfD est le premier cofinancement d'un projet de la Délégation de l'Union Européenne (DUE) dans l'historique de ses projets en Guinée.

Au cours de la mise en œuvre du projet, PASA a permis l'acquisition des réactifs de laboratoire de biologie, à la demande de l'AfD lors du COPIL de mars 2018, dans le but de compléter les besoins sur le projet LABOGUI et LABNET (60 000 euros). La liste a été élaborée par la Direction Nationale des Laboratoires (DNL) et le contrat a été signé en décembre 2018.

De même, à la demande de l'AfD d'impliquer le PACV, financé par l'AfD pour la réhabilitation de CS, l'UE n'ayant pas le mandat de contractualiser directement le PACV, a confié cette tâche à UNICEF qui était initialement autorisé à le faire. La convention de contribution UE-Unicef dans le cadre du PASA est le résultat du respect de cette requête de l'AfD.

Cependant, suite à l'éboulement de déchets de la décharge de Conakry et à la demande du Président de la République de Guinée, PASA a mobilisé une intervention d'urgence et 1M€ mise à disposition de l'Etat afin de contenir les risques liés à cet éboulement pour la santé de la population. Selon l'AfD, cela a été perçu plutôt comme un incident opérationnel puisque PASA a servi de variable d'ajustement pour répondre à la demande du Gouvernement de Guinée qui ne portait pas sur la santé maternelle et infantile en zone forestière. Néanmoins, même si le montant est significatif, l'AfD considère que cet élément n'est pas central ou ne devrait pas primer sur l'évaluation du projet en matière d'efficience.

Le projet PREPARE, mis en œuvre par Expertise France et co-financé par l'UE et le Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères français (MEAE), a été l'objet d'une coordination entre ces PTFs, comme en témoigne la présence d'un représentant de la DUE à chaque COPIL, et des missions de suivi conjointes. D'un montant de 5,8 millions d'euros sur 32 mois d'activités (2015-2017), il a permis une intervention rapide pour faire face à l'épidémie. Des résultats sont concluants :

- Huit équipes de riposte aux épidémies (ERARE) formées, équipées et déployées dans les huit régions de Guinée,
- 207 professionnels et membres des ERARE identifiés et formés sur l'ensemble des domaines essentiels de réponse aux épidémies
- 319 autres professionnels de santé formés à la riposte et à la surveillance des épidémies
- Près de 300 missions réalisées par les équipes ERARE
- Dotation en équipement et matériel : 215 références, plus de 38 600 unités distribuées aux ERARE, neuf sites construits ou réhabilités, 43 véhicules neufs et 16 grandes tentes médicales mis à disposition des ERARE

- Mobilisation sur les épidémies de rougeole, méningite, fièvre jaune, coqueluche, hépatite et poliomyélite et charbon

La Convention de la Contribution entre UE – UNICEF, signé le 22 décembre 2014 pour le montant de 4 491 499 euros et pour la période de mise en œuvre de janvier 2015 à juin 2016 ensuite étendue jusqu'en octobre 2018, est aussi une bonne approche de complémentarité. Elle a permis d'étendre la collaboration avec la société civile déjà en réseau avec UNICEF et de renforcer les liens de soins communautaires avec formation en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) des responsables des structures sanitaires (chefs de centres de santé). De même, les Semaines Santé Mère-Enfant (SSME) ont été organisées en 2016 dans les six préfectures de la région de Nzérékoré et ont permis d'améliorer les indicateurs grâce à des campagnes de mobilisation sociale sur l'offre des services sanitaires. Enfin, notons aussi que le volet infrastructure de la convention de contribution d'UNICEF a été mis en œuvre par le Projet d'Appui aux Collectivités Locales (PACV), financé par l'AfD, dans le but de renforcer l'économie locale et le rôle de collectivités locales dans la région, contribuant ainsi directement au PNDS.

Le plan de relance du Programme Elargi de Vaccination (PEV) sur financements de l'alliance GAVI renforce également la complémentarité du PASA.

Pour la Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME), renforcée par le PASA par l'intermédiaire d'UNICEF, il est important de prendre garde à la duplication pour la prise en charge des Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Acquis (PVVIH) par l'Organisme International des Migrants (OIM) et par le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLVIH). Cette duplication a concerné le dépistage mais aussi le référencement par l'utilisation d'une clinique mobile.

Un groupe technique incluant le PASA avait été constitué pour appuyer le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) dans la mise en place et l'appui à la formation du District Health Information System (DHIS2). Il était prévu par le PASA la mise à disposition d'une assistance technique court terme au SNIS (niveau central), qui tel qu'initialement envisagé, n'était plus nécessaire vu que l'Assistance Technique (AT) au niveau central a été fournie par USAID. Le groupe technique du DHIS2 au MS et le Comité Technique SNIS du MS, composés des experts du MS, consultants et tous les PTF concernés ont contribué à la mise en œuvre de la feuille de route du SNIS.

Le projet d'appui au service Public de l'eau en milieu rural et semi-urbain de l'UE avec la collaboration d'UNICEF a installé des unités de chloration dans des Centres de Santé (CS), renforçant ainsi l'appui du PASA à ces structures.

L'UNICEF, dans son programme hors convention de contribution du PASA appui le fonctionnement de la Direction de la Santé Familiale et de Nutrition. L'AT PASA régional a dû s'assurer qu'il n'existe pas de doublons dans cet appui mais une complémentarité des financements avec l'USAID, vu que

l'ONG JHPIEGO appuyait jusqu'au 30 juin 2018 toute la région de Nzérékoré en Soins Maternels et Infantiles/Planification Familiale (SMI/PF), pour éviter des redondances avec des activités SMI/PF/SE financées par le Projet PASA et mises en œuvre par l'UNICEF dans le cadre de la convention de contribution. Il en a été fait de même avec les autres PTF actifs dans le domaine, tels que UNFPA, OMS, ALIMA, CRF, CRS.

L'activité de formation prévoyait de développer un mécanisme de formation continue des personnels de santé avec mise à niveau des agents de santé et son suivi, dans une optique de recherche action. Elle prévoyait aussi la mise à niveau des Agents Techniques de Santé (ATS) déjà en poste dans les formations sanitaires pour pallier aux carences en sages-femmes et infirmiers dans ces formations, dans l'attente de la sortie des jeunes diplômés de l'école publique de soins de santé communautaires (ESSC) de Nzérékoré. Sur ce dernier point la situation déjà critique et insalubre ne fait que s'aggraver, causant la présence d'une pléthore d'ASC sans aucun accompagnement et se substituant même pour remédier à l'absence d'agents peu motivés ou en formation. La mise à niveau de certains ATS a été prise en charge par l'ONG DIFÄM (Organisation professionnelle allemande) en collaboration avec l'ONG Tinkisso dans la préfecture de Yomou.

En ce qui concerne le support à l'Ecole Nationale de Santé qui est prévue dans le Plan d'Action Organisationnel (PAO) de la Direction des Ressources Humaines (DRH), un effort de complémentarité est visible. En effet, une seconde école devrait s'ouvrir dans la région, suppléant à celle de Kindia. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose dans le pipeline rural, les *curricula* de l'OOAS (Organisation Ouest Africaine pour la Santé) pour une formation ASC, y compris la formation de formateurs. Mais actuellement les ressources manquent pour l'implantation d'une école supplémentaire. L'UE est un membre très actif du groupe thématique des ressources humaines (RH) à côté de GIZ, JHPIEGO (Boké, Kankan), UNICEF, JICA (formations au niveau central), la BM avec le PASSP (projet d'appui au système de santé primaire, post EBOLA), et le Health Finance & Governance (HFG).

Enfin, notons qu'une complémentarité y compris à Nzérékoré est réalisée avec USAID, CRS, récipiendaire du Fonds Mondial (FM), l'OMS, IOM, IMC (International Medical Corps) en appui à l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS) sur les données épidémiologiques, qui tous à travers les différents moyens, soutiennent le système informatique.

3) EFFICIENCE

MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Cellule de gestion et assistance technique

L'ordonnateur national du FED, ainsi que le maître d'ouvrage était le Ministère de l'Economie et des finances (à travers la CGFED) puis le Ministère chargé de la Coopération Internationale et de l'Intégration Africaine (à travers le SENOFED). Le maître d'œuvre est le Ministère de la Santé.

Une Unité de Gestion de Projet (UGP) est appuyée par une assistance technique (contrat n°2014/354-561, Conseil Santé – Coopération Technique belge/ENABEL). Le mandat de l'assistance technique est d'abord d'appuyer le MS et le MEF/SENOFED à la mise en œuvre des activités, dont une est le soutien à l'UGP.

Tableau 3: Composition de l'UGP et de l'Assistance Technique

	Conakry	Nzérékoré
UGP	<ul style="list-style-type: none"> - Régisseur (H), membre du Ministère de la Santé Communautaire, en fonction à l'UGP depuis avril 2015 ; - Comptable (F), membre du Ministère des Finances, en fonction à l'UGP depuis avril 2015 ; - Chargé de suivi (H), membre du BSD, en fonction à l'UGP depuis janvier 2016. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistant administratif et financier (H), depuis août 2015 - Chauffeur (H)
Assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> - Chef d'équipe/mission (H), spécialisé en santé publique, puis depuis 2018, puis médecin chirurgien, spécialisé en santé publique (H) - Secrétaire (F) - Expert - comptable et financier (H), jusqu'à la fin août 2018 - Expert du secteur pharmaceutique (à la PCG) (H), jusqu'au février 2018 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin de santé publique depuis avril 2015(H), coordonnateur du projet dans la région - Economiste de santé (H, jusqu'à mi 2018) - Secrétaire comptable (H) depuis octobre 2017 - Chauffeur (H)

Ordonnateur National du FED, maître d'ouvrage

Suite à la suspension du 9^{ème} FED (entre 2009 et décembre 2014), la structure ne comprend que deux ressources humaines dédiées au PASA. La SENOFED est appuyée d'une assistance technique.

Compte tenu de la complexité des procédures de gestion du PASA, cette structure est insuffisante tant en nombre qu'en expérience sur les procédures du FED:

- une gestion partiellement décentralisée qui comprend:
 - o devis programmes (MS-BSD),
 - o contrats de travaux, (ON),
 - o contrats de fourniture médicale et de médicaments, (ON),
 - o contrats de services (ON),
 - o et un contrat de subvention (ON),
- une gestion directe avec UNICEF ainsi que des contrats cadres : audit du MS, évaluation.

Le Ministère de la Santé, maître d'œuvre

Le BSD est en charge de la coordination des interventions des PTFs.

Débordés par l'avalanche de fonds Post Ebola, les départements du MS ont eu du mal à absorber les multiples procédures des nombreux PTFs qui leur a été demandé de respecter et à assurer le leadership qui leur revient. Les fonds de ce 10^{ème} FED, représentant peut-être les procédures les plus complexes à respecter.

En particulier, le fonctionnement à l'aide de requêtes pour bénéficier des interventions n'a pas été suffisamment expliqué et certaines activités ont été annulées par manque de requêtes dont les bénéficiaires ne connaissaient pas la nécessité (rapports de DP et entretiens avec les bénéficiaires de l'équipe d'évaluation). A titre d'exemple, alors que 50 contrôles de qualité de médicaments étaient prévus au budget, seuls 15 ont été réalisés par manque de connaissance de cette ligne budgétaire en appui à la PCG et de sa procédure de mobilisation.

Le renforcement des directions du MS, par le Gouvernement de Guinée commence à se mettre en place, notamment sur le nombre de ressources humaines et l'intégration des subventions aux hôpitaux et structures administratives maintenant incluses dans la Loi de Finances 2019. Le rythme respecté par le MS est celui qui combine pérennité, exigence du Fonds Monétaire International (en matière de ressources humaines), et disponibilité de RH en son sein. Aussi le MS apparaît encore comme manquant de personnels compétents et disponibles pour PASA, ralentissant aussi pour sa part, le circuit d'approbation des différents documents.

La Délégation de l'Union Européenne

Ce projet était censé être géré par deux chargé.e.s de programmes spécialisé.e.s en santé. La procédure de recrutement a été lancée trois fois sans succès. Une économiste est la chargée de programme depuis 2015. Une médecin guinéenne l'a appuyé d'octobre 2016 à octobre 2018. Notons aussi que l'expert en santé publique ayant formulé le PASA a passé six mois en appui perlé (trois missions de deux à trois semaines dont une sur l'identification du PASA2) à la délégation entre 2015 et 2016. L'équipe PASA a été récemment renforcée depuis novembre 2018 par l'appui d'une sociologue.

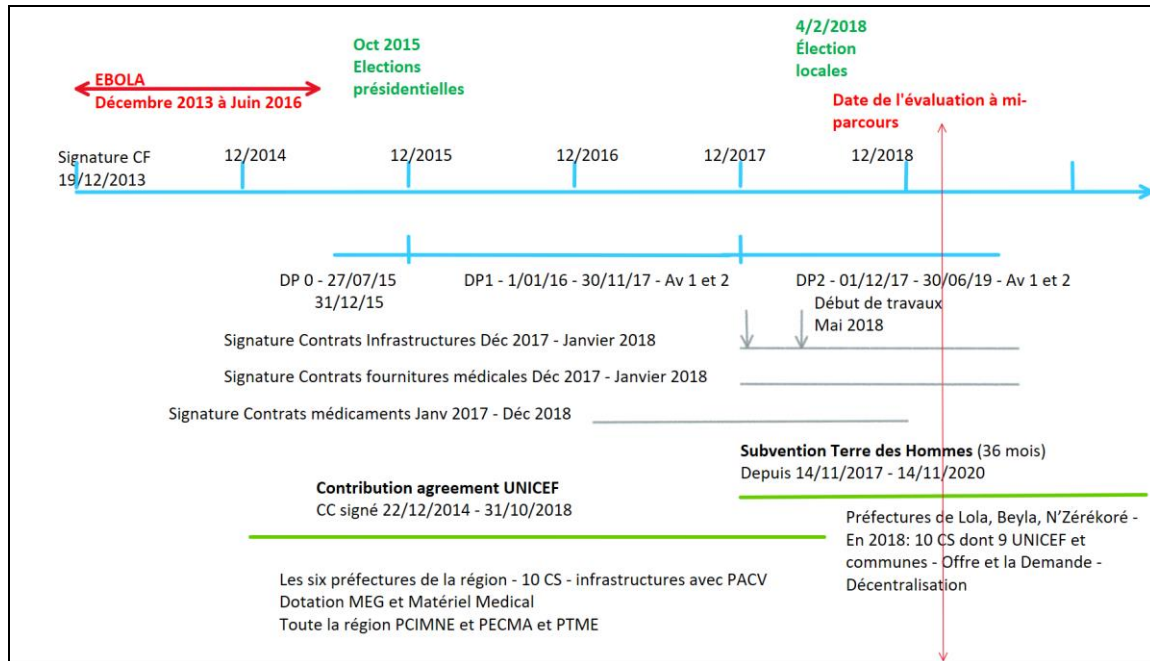
Rappelons que la Guinée a aussi vécu un embargo sur les expertises court terme dû à la présence de la MVE entre 2014 et mi-2016, expliquant l'impossibilité d'un recours adéquat à des experts sectoriels extérieurs durant cette période.

Notons que le poste de l'actuelle chargée de programme s'arrête en août, elle sera remplacée en septembre par une personne avec une expérience en santé.

LE TEMPS

Un retard conséquent empêche la réalisation totale des produits prévus devant permettre d'atteindre les résultats 2 et 3 suivants dans les temps impartis :

Figure 2: Le PASA dans le temps



Ce retard s'explique par la survenue de l'épidémie à virus Ebola (au moment de la signature de la CF, fin 2013) monopolisant le personnel de santé. Il a aussi été amplifié par la lourdeur des procédures de l'UE nécessitant trois niveaux d'approbation et de signature des documents (MS – ON – DUE). Chaque niveau (ON et DUE) se décomposant en deux niveaux d'approbation avec, en ce qui concerne la DUE, le département opérations et le département contrat finances.

De nombreux allers retours pour chaque document, afin d'atteindre les standards de qualité de rédaction et de contenu requis par la DUE ont participé à ces retards et surchargé l'emploi du temps de la chargée de programmes.

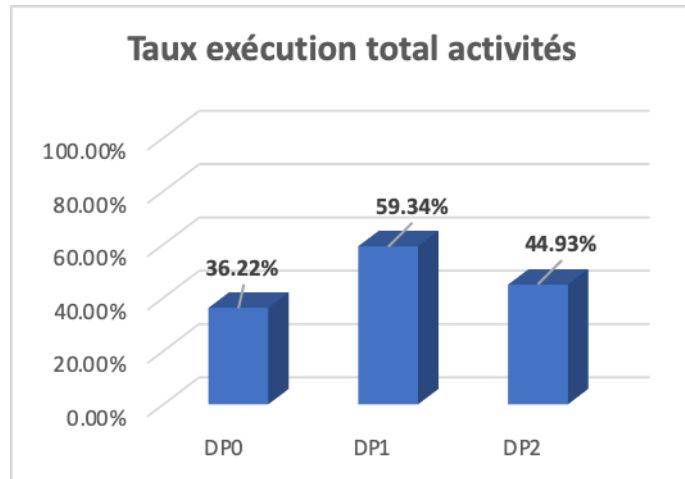
De plus, PASA est émaillé de très nombreux avenants. A titre d'exemple, six avenants sur l'assistance technique dont le septième est en cours de signature (en mars 2019) ou six avenants sans coûts supplémentaire pour le contrat UNICEF, retardant encore plus les mises en œuvre, même si ces avenants sont justifiés.

Enfin, les versements tardifs de la dotation initiale sur le compte du DP1 (rapport d'exécution sur le mémoire n°1 du DP1-PASA, page 5) mais aussi sur le DP2 ont aussi contribué à ces retards (rapport de suivi 2018, page 23).

Les devis programmes

Compte tenu de ces retards et de la lourdeur dans la mise en œuvre des procédures les pourcentages d'exécution des contrats de DP sont assez faibles comme en témoignent la figure suivante.

Figure 3 : Taux d'exécution des activités des devis programmes du PASA au 31 décembre 2018



Source: Bilan des dépenses des DP (UGP)

Les soldes des DP0, DP1 représentant un montant total supérieur à 900 KEUR n'ont pas été contractualisés et n'ont pas été affectés aux imprévus dans les temps (source notes de clôture DP0 et DP1). Ce montant est donc perdu. Il en est de même pour le solde du DP2, mais celui-ci n'étant pas clôturé à ce jour, le montant reste encore inconnu.

Le responsable de la gestion et rapportage des DP est le Ministère de la Santé à travers l'UGP, en l'appui à l'ON (le validateur/signataire), l'assistance technique du PASA (l'initiateur/ l'appui direct au MS) et la DUE (la DUE endosse les dossiers).

Des éléments expliquant le retard sont aussi à signaler: l'instabilité politique causée par l'inflation galopante combinée à un vieillissement et une insuffisance des cadres, et une nomination de cadres peu transparente affaiblit la réactivité et la capacité technique de l'institution. Ceci vaudrait bien une réforme profonde de la santé incluant la transparence dans la fonction publique. Certains des DPS et DRS et des directions souffrent d'une gestion parfois plus affairiste que moderne qui considèrerait le patient au centre d'un système de santé de qualité. Cela aboutit à une administration figée avec peu de capacité d'absorption durable de l'expertise offerte par le PASA.

Les contrats d'infrastructures

Tableau 4: Taux d'exécution financier et de réalisation au 22 Février 2019

N° Lot	Entreprise	Structures	Taux d'avancement physique	Taux d'avancement financier
Lot N° 1	Entreprise de Génie Civil BAH et FILS (Contrat FED/2017/385-116)	Laboratoire National de contrôle de qualité Conakry	99%	85%
Lot N° 2	Entreprise COPRESGUI SARL (Contrat FED/2017/393-3215)	CMC Ouendé Kénéma et HP Macenta	28%	39%
Lot N° 3	Groupeement SGE (Contrat FED/2017/393-219)	DRS/DPS N'Zérékoré, PCG, CRM, logements DRS, CMC Koulé, Hop Régional	12,5%	35%
Lot N° 4	Africa Germany (Contrat FED/2017/393-223)	HP Yomou, CSA Diecke, DPS Lola, DPS Beyla	40%	47,5%

Source: Restitution mission travaux PASA, DINA, fin février 2019

En ce qui concerne les infrastructures, l'appel d'offres était ouvert et international. Cependant, le montant de chacun des quatre lots ne représentait pas une somme attirante pour les entreprises internationales compte tenu de la localisation de Nzérékoré, de l'état des routes d'accès dans cette région (pistes difficilement praticables pour des camions chargés) et de la circulation plus ou moins impossible en saison des pluies.

Les offres des entreprises nationales présentaient les garanties nécessaires et ont été sélectionnées avec le souci de relever l'économie locale. Il a été constaté *a posteriori* un net manque d'efficience d'une entreprise en particulier (en charge du lot 3), une incohérence entre les documents apportés dans les dossiers d'appels d'offres (DAO) et la réalité, associée à des frais de garanties bancaires à produire par les entreprises particulièrement élevés en Guinée.

Le lot 3 est en très grande difficulté, avec une exécution financière près de trois fois plus élevée que le taux d'avancement physique.

Figure 4: Etat de la construction de la PCG Nzérékoré (mars 2019)



La mission d'évaluation confirme que la construction de la PCG est quasiment à l'arrêt (début avril 2019), avec très peu de matériaux disponibles sur le chantier.

Source: photo des consultants

Enfin, notons qu'une mission conjointe de monitoring de suivi PASA a trouvé la présence d'enfants travaillant sur le chantier de ce lot 3. Une note du Ministère de la Coopération et de l'Intégration africaine a été envoyée à cette entreprise à ce sujet (voir Annexe A.2.12).

Les infrastructures du lot 4 ont des chances d'être terminées dans les temps et le laboratoire de contrôle qualité des médicaments (lot 1) est terminé, de bonne qualité, et devrait être remis sous peu.

Les contrats de fourniture d'équipement et de moyens roulants

En ce qui concerne les équipements, le pourcentage de déboursement des commandes en date du 27/02/2019 (selon la Decision Card) est représenté dans le tableau de l'annexe A.2.11.

Au total, 30% du montant total a été déboursé pour les équipements (médicaux, de laboratoire, moyens roulants et kits informatiques) en mars 2019.

A ce jour, les équipements médicaux sont livrés sur le terrain en fonction de l'avancement des constructions/réhabilitations des infrastructures devant les recevoir tout en tenant compte de la possibilité de leur utilisation potentielle dans les locaux existants. Ils ne sont pas tous reçus.

Les moyens de référence

Ils ont été livrés et distribués à 100% (lot 5, C-385819).

UNICEF a distribué beaucoup de moto-ambulances dans la région (moto avec side-car) pour permettre la référence de l'accouchement dystocique, sur des fonds espagnols mais aussi du PASA/10^{ème} FED. Ces engins ne sont et ne seront pas utilisés car elles sont inadaptées à la culture et au terrain. Les femmes s'y sentent exposées au regard de tous et la cabine est trop petite pour accueillir un accompagnant. Le principe de trois roues n'est pas adapté aux pistes chaotiques dont la praticabilité est aggravée en saison des pluies. Les médecins ont enregistré des fissures de la poche des eaux avec écoulement du liquide amniotique et des accidents sur la route vers la structure de santé de niveau supérieur. Ces motos ambulances sont visibles dans la majorité des centres de santé visités. Elles sont soit stockées et non utilisées depuis bien longtemps, soit séparées en side-car immobilisé d'une part et moto utilisée pour d'autres fins que la référence, d'autre part.

PASA en a fourni cinq identiques qui subiront le même sort. Il est regrettable que l'observation et l'écoute des bénéficiaires n'aient pas pu être réalisée avant l'achat de ces moyens roulants de référence, pourtant essentiel à la prise en charge correcte de la santé de la mère et de l'enfant.

Au cours de la mission conjointe réalisée en même temps que cette évaluation, la chargée de programme a testé ces engins et les jugeant elle-même fort pratiques, demande à Terre des Hommes de faire de la sensibilisation auprès des populations pour les utiliser. La mission d'évaluation considère que le problème est ici pris en sens inverse, en tentant de modifier le contrat des acteurs environnants dans le rattrapage de ce choix inapproprié qui ne leur appartient pas.

Le matériel informatique

Il a été reçu et distribué aux Directions du Ministère à 100%. Certaines imprimantes, trop consommatrices d'énergie ne fonctionnent pas sur les batteries/énergie solaire. Problème en voie de résolution avec le fournisseur.

Les fournitures de bureaux

Elles sont reçues et livrées en majorité.

Le contrat UNICEF

En ce qui concerne la partie de résultat 2 confiée à l'UNICEF, 100% du budget a été dépensé. Le rapport final d'UNICEF ne sera disponible qu'après la rédaction de ce rapport d'évaluation, il n'apportera pas de modifications à l'exécution financière du contrat.

Le contrat de Terre des Hommes - ReCCLAS

Il couvre 36 mois. En décembre 2018, soit à la fin de la première année, 26% du budget total a été dépensé. Pour le moment, le projet progresse dans les temps malgré les difficultés rencontrées sur le terrain relatives au retard à la mise en place des autorités communales suite aux élections locales, à la mise en œuvre de la nouvelle PNSC par rapport à la gestion des ASC et RECO, ainsi qu'à un taux d'absentéisme des responsables des structures cibles élevé.

QUALITÉ DES ASSISTANCES TECHNIQUES

La réalisation de l'audit du MS est un très bon produit qui a conduit à une réelle appropriation de la part du MS qui l'utilise en tant que feuille de route.

De même, les rapports concernant les ressources humaines ont été appréciés des bénéficiaires.

La qualité des apports de l'assistance technique long terme a été appréciée des bénéficiaires, notamment en ce qui concerne l'AT régional à Nzérékoré et l'AT en appui de la PCG.

Les autorités du MS à un haut niveau regrettent une présence insuffisante du chef d'équipe de Conseil Santé au niveau national, dans les instances ministérielles et par conséquent, le manque d'information au sujet de PASA et de ses procédures.

Notons aussi que la tenue de seulement deux Comités de Pilotage (COPIL) depuis 2015 contre six attendus (deux par an selon la CF) a contribué à ce manque d'information. Un troisième COPIL, de capitalisation des acquis, serait planifié pour le 04 juillet 2019.

DAO infrastructures

Figure 5: Etat de construction des logements des personnels administratif Nzérékoré, mars 2019



Source: Photo des consultants

Le besoin exprimé par la DRS de Nzérékoré était de réhabiliter les logements pour le DRS et le pharmacien de la DPS où ils existaient, sur des terrains du MS. Contre toute attente, les plans issus de l'assistance technique ont localisé ces logements en face de la DRS, sur un vaste terrain, regroupant en un seul site les trois logements prévus (DRS, DPS et pharmacien). Bien que ces plans aient été approuvés par ON-MS-DUE, il a finalement été demandé à l'entreprise de déplacer ces logements sur le site initialement prévu.

Pour ce faire, il a fallu évaluer la possibilité de réhabiliter les logements, les détruire, se charger de l'expulsion de la population qui avait envahi le terrain abandonné, décaper la surface et abattre de très gros arbres (malades). Ce processus a nécessité environ quatre mois, et une sérieuse révision budgétaire. Selon le représentant de la société rencontré, pressé par le temps, ces préliminaires auraient été réalisés alors que le devis n'est pas encore accepté. Quoiqu'il en soit, au moment de la visite, le terrain est décapé mais aucune brique n'est posée (figure 5).

Selon le rapport préliminaire de DINA, la société de contrôle, en novembre 2017, les quantités prévues par les plans étaient erronées. Par exemple, ce rapport mentionne en page 23 qu'en ce qui concerne « le plancher à corps creux des logements, la quantité prévue était de 52 m² alors que la quantité réelle à exécuter est de 104 m² ». Il est aussi noté dans ce document la non-conformité des plans de masse fournis avec la réalité du terrain (page 22) et il a été mentionné au cours des visites de terrain que les longueurs des clôtures étaient toutes sous-estimées.

Ces erreurs de conception ou changement entre les visites du consultant et les plans finalement livrés ont mené à des révisions budgétaires et transformations des plans pour rester dans le budget de cinq millions, tout en satisfaisant le MS, et à des retards supplémentaires incontournables. Les changements concernant les logements des trois personnels administratif de Nzérékoré ou le laboratoire de l'HR étant des exemples frappants, mais il ne sont pas les seuls. D'autres modifications ont été demandées par le MS qui, soumis aux nombreuses recommandations des PTF en matière de plans types, arrivés en Post Ebola, à commencer à faire évoluer les normes nationales et donc à demander l'adaptation des plans initialement approuvés du PASA.

Ces modifications reflètent les défaillances des normes actuellement disponibles en Guinée, conçues sur le paquet minimum d'activités précédant celui qui est aujourd'hui en vigueur. Aussi, cette mission félicite ici l'inclusion du renforcement des capacités du Service National des Infrastructures et de l'Équipement Médical (SNIEM) dans PASA2 qui devrait permettre de produire des normes solides pour les structures de santé de Guinée tant en matière d'infrastructures que d'équipement.

Les travaux réalisés par PACV sur la convention de contribution UNICEF

Ces travaux ont dû attendre de longs mois l'obtention de la dérogation du siège de l'UNICEF pour pouvoir être confiés à PACV. Le résultat de ces travaux est jugé peu convaincant par les PTF impliqués aujourd'hui ou demain (DUE, GIZ et Expertise France). Par contre, un point positif et très apprécié a été la formation et l'implication des Comité de Santé et d'Hygiène (COSAH) par le PACV, dans le suivi de ces constructions.

A titre d'exemple, la mission sur le terrain a pu constater qu'après remise définitive, la plomberie est de qualité tout à fait insuffisante, jusqu'à des assises type toilette turque qui s'enfoncent dans le sol dans le logement de la sage-femme (observé à Foubadou). Par ailleurs, les équipements fournis ne peuvent fonctionner, faute de sources d'énergie fiable (capacité des appareils supérieure à celle des batteries solaires).

Ces constructions sont de faible qualité si on se permet de comparer le produit fini avec le centre anti tuberculeux de Koulé visité, construit par l'ONG PLAN Guinée sur fonds du FM, pour un cout de 422.214.000 GNF (montant collecté par le consultant) et un délai de construction de trois mois en 2018 (le volume du bâtiment se situant entre une maternité et un CS).

DAO Matériel médical et de laboratoire, informatique

La livraison du matériel de laboratoires (C-385818, lot 4, TBS) et le matériel de radiologie (C-385802, lot 3, TBS) a été ralentie puisque les infrastructures ne peuvent pas les accueillir. Cependant, le matériel du Laboratoire National de Contrôle Qualité des Médicaments (LNCQM), dont les infrastructures sont terminées et seront remises sous peu, se trouvent dans le même lot que celui des laboratoires de biologie (dont les infrastructures ne sont pas terminées). Ce LNCQM ne pourra pas être opérationnel avant ces livraisons alors qu'il représente la seule infrastructure qui est terminée au moment de la rédaction de ce rapport.

Les contrats concernant le matériel médical comprennent installation et mise en service ainsi que la fourniture de pièces détachées et autres articles nécessaires à l'utilisation des biens pendant une période de trois mois (voir annexe A.2.11). En ce qui concerne le Lot 2 (CEDI), les bénéficiaires ont confirmé l'installation par des ingénieurs biomédicaux représentant les fournisseurs. Cependant, elle ne peut remplacer une formation à la technique d'anesthésie à gaz et à la coelioscopie car les chirurgiens et anesthésistes ne les connaissent pas. De même la livraison des gaz (halothane, fluothane et oxygène) devra être organisée avec la PCG qui ne les fournit que sur Conakry en ce moment. Ces appareils ne pourront être mis en service qu'après cette formation approfondie, compte tenu des risques d'utilisation de tels appareils pour le patient, et la mise en place de la logistique d'approvisionnement en gaz et de la maintenance.

En ce qui concerne le matériel de laboratoire de Biologie Médicale, le Directeur des Laboratoires prévoit d'effectuer une réaffectation des appareils affectés par PASA, au sein de la région de Nzérékoré, au bénéfice des structures de niveaux supérieurs, lorsque besoin.

Notons que la Fondation Mérieux met en oeuvre le projet LABOGUI, financé par l'AfD, et s'emploie entre autres, à harmoniser l'équipement de laboratoire de biologie médicale afin d'en améliorer l'efficacité. Le consultant réalisant les DAO aurait consulté ce projet pour déterminer les spécifications techniques des appareils à doter. Cependant, d'après les listes observées par cette mission, les appareils finalement passés en commandes ne correspondent pas au parc actuel des laboratoires visités, des difficultés d'approvisionnement en réactifs et de maintenance sont à prévoir.

Enfin, les lampes chauffantes pour les nouveau-nés, fournies par UNICEF, nécessitent une formation aux équipes de santé pour les faire fonctionner.

Autres assistance court terme

Etude de faisabilité d'un financement du système de santé basé sur la performance

L'activité « *Appuyer les équipes cadres régionales et préfectorales au travers un mécanisme incitatif basé sur la performance et au travers un appui logistique : équipement, informatiques, bureautique, communication* » et ses précisions amenées par les Dispositions Techniques et Administratives (DTA) page 6, ont été interprétées comme le besoin d'une mission de formulation et d'expérimentation d'un mécanisme de financement basé dans la région de N'Zérékoré.

Pourtant le libellé de cette activité (et le budget alloué) montre clairement qu'il est question d'un appui aux équipes cadres, basé sur leurs performances, par le projet, pour encourager/motiver la

mise en œuvre de leurs fonctions. S'il s'était agi réellement d'une intention de financement du système de santé, il aurait été un résultat ou un objectif spécifique et non pas une activité dont le montant était de 10000 euros.

Cette interprétation a donné lieu à une assistance technique de 20 jours en tout début de mise en œuvre du projet pour réaliser une étude de faisabilité d'un FBP du système de santé. Si les TdR et le rapport ont été approuvés par le MS, la CGFED et la DUE, il a été ensuite expliqué lors de l'appui perlé de l'expert ayant formulé PASA, que cette activité ne correspondait pas à un financement du système de santé basé sur la performance et que la Banque Mondiale était en train de négocier avec le Gouvernement le FBP pilote dans la région de Mamou et Kindia.

Notons que cette activité a finalement été réalisée en accord avec les DTA, sous forme d'un appui au personnel des structures administratives, basé sur un concours de performance pour toutes les DPS et la DRS, introduit dans le DP1 et continué dans le DP2. L'appui aux lauréats a été partiellement concrétisé en une formation à Bruxelles ainsi qu'en matériel et appui à l'entretien de DPS, en accord avec les procédures FED.

La mission d'évaluation espère que cette assistance technique aura au moins contribué à la réflexion en cours au MS sur ce système de financement basé sur les résultats qui est en train d'être mis en œuvre par la BM (Mamou, Kindia, et prochainement Kankan).

Assistance nommée « Etude de base »

Le coût forfaitaire pour l'étude de base a été utilisé au début de la mise en œuvre du PASA pour une assistance technique de quatre semaines, chargée de vérifier si les activités initialement prévues étaient toujours pertinentes après l'épidémie, revoir le cadre logique et les indicateurs, faire une étude de base et définir un système de suivi pour ce projet.

Le rapport de cette assistance technique (RAPPORT FINAL Baseline PASA, décembre 2015) ne répond pas à ses TdR, pourtant assez clairement définis. Notons en particulier qu'un des indicateurs d'efficacité proposés n'est pas mesurable, bien que pertinent (satisfaction des bénéficiaires), puisqu'il n'existe pas d'autre budget pour faire une enquête de base dans PASA que celui qui a été dédié à cette expertise. Aucun indicateur de résultats n'a été défini. Seuls les indicateurs d'activités sont repris, majoritairement tels qu'énoncés dans le cadre logique initial. Le système de suivi et évaluation du projet PASA décrit ne permet pas une mise en place opérationnelle puisqu'il ne renvoie le suivi du PASA qu'à celui du PNDS, sans en préciser les modalités de mise en œuvre. Pour rappel, l'évaluation ou revue du PNDS n'est toujours pas réalisée à ce jour, soit un an et demie après la date fixée pour sa revue.

Le rapport a gardé l'ambition du PASA au moment de sa formulation, sans analyser les conséquences de l'épidémie sur la capacité d'absorption du Ministère.

Enfin, ce fût aussi une occasion manquée d'introduire quelques indicateurs sur le genre, comme par exemple, nombre de femmes formées par le PASA ainsi que le nombre de femmes cadres de la santé formées.

Une recommandation sur la mobilisation de la moitié de la ligne des imprévus (alors que ce rapport est issu en tout début de projet !) pour alimenter le financement basé sur la performance (voir ci-dessus) s'est avérée inappropriée.

Quelle utilité cette assistance technique et ce rapport ont-ils amené à PASA puisque les indicateurs de résultats et ceux d'objectifs spécifiques ont été ultérieurement définis par l'équipe, en fonction des sources de vérification disponibles (celles des DPS) ?

Cette ligne de coût forfaitaire d'un montant de 50 KEUR aurait certainement été utilisée de manière plus rentable si elle avait été consacrée à une vraie étude de base, coordonnée par l'assistance technique et le responsable du suivi, à l'aide de quelques enquêteurs, à Conakry mais surtout à Nzérékoré. L'objectif aurait été de mesurer entre autre la satisfaction des bénéficiaires finaux du système de santé, la fréquentation des centres de santé, l'utilité des moyens roulants disponibles pour la référence, les besoins techniques exprimés des bénéficiaires directs afin de nourrir les TdR des consultances sur les DAO infrastructures et équipements. Elle aurait pu introduire des indicateurs de résultats plus spécifiques, comme par exemple, le suivi du nombre de règles de validation violées issus du DHIS2 pour apprécier l'évolution de la qualité des données.

Si l'on compare ce coût forfaitaire aux coûts des enquêtes d'images réalisées auprès de dix structures pour élaborer les Projet d'Etablissements Hospitaliers (environ 16000 euros, voir suivi budgétaire activités DP1, SR2.1.A311), ce montant de 50 KEUR aurait probablement été suffisant pour aussi reproduire cette étude en fin de phase de mise en œuvre du PASA pour en mesurer son effet direct à moyen et à long terme de manière certaine.

Par contre PASA restera sans étude de base et système de suivi spécifiques. Le responsable de suivi à l'UGP est à mi-temps, basé à l'UGP. Les rapports de suivi collecte les indicateurs du CTRS et l'état d'avancement des produits à partir des rapports des DPS.

Les formations

Les formations prévues ont été réalisées. Elles concernent le DHIS2, le logiciel de gestion des ressources humaines iRIS, les soins de santé primaires à l'attention des agents techniques de santé et la formation des chefs de centres à l'usage rationnel du médicament sur tout le territoire.

Contrat Conseil santé

Les TdR du contrat de Conseil santé demandent (point 5) de définir un système de suivi dont les détails sont précisés au chapitre 8. La société estime que ce produit a été délivré puisque le rapport a été approuvé.

Dans leur chapitre 2.3 Résultats à atteindre par le contractant, point 8, page 7, les TdR du contrat C-354561, stipule: « *un cadre de suivi des mesures d'accompagnement du projet est mis sur pied permettant à l'UE et aux autorités guinéennes d'assurer leur respect par les parties nationales* ».

Ces mesures d'accompagnement spécifiques concernent chacun des trois résultats. Ce suivi, pourtant nécessaire à alimenter le dialogue politique de la DUE n'a pas été réalisé par le contractant et n'a pas encore été réclamé par la SENOFED.

4) EFFICACITÉ

Le Comité Technique Régional de Santé (CTRS) s'est tenu du 2 au 4 avril 2019 à Nzérékoré. Les indicateurs du PASA reporté en annexe A.2.13 incluent les données collectées lors de ce CTRS. Les indicateurs de produits ont été remplis en fonction des données collectées par cette évaluation.

RESULTAT 1: APPUI INSTITUTIONNEL

Le PASA renforce les capacités de planification et de coordination stratégique et sectorielle du MS et développe les outils de suivi évaluation et de recherche en système de santé à partir des actions identifiées et à déployer dans la région cible (SR1.1.A1).

Appui à la région et aux préfectures

Les six préfectures sanitaires ont reçu un appui financier et ont réalisé 12 CTPS en deux ans (2017 et 2018) et quatre CTRS en deux ans (2 en 2017 et 2 en 2018). Le CTRS du premier semestre 2019, collectant les données du second semestre 2018, est autofinancé sur contributions des CS et hôpitaux de district, en attendant la subvention de cette activité de la part des PTFs lorsque le PASA 2 sera lancé.

Néanmoins, l'application des activités régaliennes, définie dans la loi de finances 2019 reste essentielle. Les DRS et DPS devraient disposer d'un budget annuel transparent. Notons que les subventions même réduites n'ont pas été transmises régulièrement, bien que faisant partie des mesures d'accompagnement du résultat 2. Elles n'ont que trop faiblement contribué à la cause des priorités, faute de contrôle-suivi central pourtant intégré les PAO régionaux dans le PAO national. En effet, les collaborateurs au sein des Directions ne connaissent pas l'existence de ce budget de subvention et donc n'en disposent pas.

Dans ce contexte et à partir de 2016 l'assistance technique régionale a réussi à appuyer l'élaboration du PAO au niveau des districts, des hôpitaux et de la DRS. Sur demande du BSD, l'assistance technique a assuré la prise en charge de deux cadres de la division Etudes et Planification du BSD et deux cadres de la Direction nationale de Santé familiale et Nutrition (DNSFN) du Ministère de la Santé pour participer à la formation en estimation des coûts et budgétisation des plans et stratégies nationaux de santé avec l'outil "OneHealth" pendant deux semaines au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG) à Dakar/Sénégal. Cette formation sur les études appliquées en économie de la santé, planification et gestion, a certainement contribué aux connaissances mais n'est pas mentionnée lors de l'entrevue avec la DNSFN adjointe.

Le mécanisme incitatif basé sur la performance des DPS (qui n'est pas un FBP) applique la CF en ce qui concerne les « primes de performance » et moyens logistique est une activité innovante dans la région, basée sur un concours de performance pour toutes les DPS et la DRS. Elle est jugée efficace et à reproduire.

Ressources humaines

Il faut noter que la mesure d'accompagnement concernant la politique d'affectation des personnels de santé dans la région ciblée (voir A.2.6), est aujourd'hui limitée par un manque de mesures accompagnantes concernant la redevabilité du personnel (présence au poste, qualité du travail) et de mesures dans la fonction publique qui exigeraient une mise à jour des capacités à exercer une profession responsable de la santé d'autrui (connaissances, âge, dynamisme et capacité). Une coordination efficace avec la Fonction Publique est cruciale dans l'avenir pour réglementer

l'immatriculation, les concours décentralisés, ... etc (voir rapport sur les Ressources Humaines p.33).

Le PASA a pris une activité en charge dans le cadre du sous-résultat les SR1.2A1 et A2 (DP) pour une gestion améliorée des RH: « Dans la région ciblée, recenser les ressources humaines en santé, analyser les modalités de leur gestion, et tester et évaluer un système de gestion amélioré » Tâche A3.5 : *Appuyer la mise en œuvre ou la révision des documents nationaux et l'affectation au niveau régional*. Initialement effectuée par le MS sous le co-financement de l'USAID à travers HFG et le PASA à travers l'AT, huit tomes de Manuels des procédures administratives, financières, comptables et opérationnelles, ont été révisés, accompagnés d'une synthèse générale et de leurs résumés simplifiés. Ils ont ensuite été imprimés par PASA et HFG/USAID. Ils étaient diffusés lors de l'atelier de PAO 2019 intégré en février 2019 dans toutes les DRS (d'ailleurs exigés par l'audit institutionnel). Leur atelier de validation est actuellement inclus dans l'avenant 7 à l'AT, en cours de finalisation. Quelques exemples des titres:

- Tome 2 : Procédures de planification, mobilisation des ressources et gestion partenariats, suivi-évaluation.
- Tome 4 : Procédures financières et comptables du budget national de développement et du financement extérieur.
- Tome 8 : Procédures pour les structures déconcentrées dans le cadre d'un accompagnement d'un partenariat en santé.

Il était prévu d'organiser la cérémonie de validation des manuels de procédures, qui est essentielle à leur utilisation, leur pérennité et visibilité. Des problèmes de planification menacent l'annihilation de la viabilité et même leur utilisation, ainsi qu'une formation sur l'utilisation. Ce point est confirmé par les directions (DAF et DNSF). La validation a été prévue dans le DP2 ainsi que dans les dépenses de l'AT du PASA depuis plusieurs mois.

Sous l'activité SR1.2. A3 ; Tâche A3.2, il était prévu dans le cadre de la formation au manuel des procédures administratives et financières dont l'élaboration était encore en cours « d'appuyer les DPS et les DRS dans l'amélioration de la gestion administrative et financière des établissements ». Cette activité importante surtout sur le Tome 8, n'a pas été réalisée à ce jour, suite à la non validation des manuels destinés à la formation.

La division des Ressources Humaines par décret (texte de service) a été élevée au niveau de Direction (DRH) avec la contribution du JICA, OMS, GIZ et PASA. Le PASA a permis à la DRH de fonctionner grâce à l'appui en équipement : dix ordinateurs, imprimantes avec onduleur, antivirus ... etc, et dotations en fonctionnement bureautiques et consommables. Cependant il faut noter que le budget de la nouvelle Direction n'est pas inscrit au budget national. Tant que la loi rectificatrice ne sera pas adoptée au Parlement, les problèmes persisteront avec la Direction Administrative et Financière (DAF), et la DRH restera dépendante des PTFs. Rappelons aussi qu'une certaine perte de temps a été causée par le manque de connaissances des procédures de l'UE, et plus particulièrement des commandes sur requêtes, de la Direction. Ce problème a été finalement résolu grâce à l'intervention de l'UGP.

La DRH a pu se développer en passant de cinq à 15 agents et les cadres ont bénéficié de formations par le PASA : en gestion pour le médecin, deux Masters pour les juristes à l'UCAO (Université

Catholique de l'Afrique de l'Ouest à Kolya) : gestion RH, économie et finances.

Le diagnostic des RHS (Ressources Humaines en Santé) pour la région cible du PASA a été exécuté par des consultantes, en deux phases. Des formations ont été effectuées au niveau régional sur des modules d'animation en gestion de RHS, avec un programme de formation en RHS pour les points focaux des directions et hôpitaux, et cette formation est mise en pratique avec la saisie des RH sur logiciel (voir iHRIS, Open Source Human Resources Information Solutions). Les cellules RH commencent à y être fonctionnelles et cela contribue à un potentiel pour une supervision continue et essentielle. L'effectif nécessaire pour Nzérékoré est évalué à 50, dont 38 au districts, quatre à la DRS et trois pour les hôpitaux. Pour faire fonctionner le suivi et la supervision des RH, il faudrait un minimum de trois agents par district, dont un chef de cellule et deux chargés d'études ainsi que des engins roulants pour le déplacement.

Une bonne gestion et suivi des RH requiert une descente de terrain par semestre, organisée par le niveau central pour superviser les supervisions locales, car le niveau périphérique manque de transparence (amitiés créées, influences politiques ... etc).

L'application du DHIS2 inclut les données du suivi des registres de présence (piètrément remplis selon les constats des consultants durant leurs visites) et iHRIS complétera ces informations dans la perspective future.

Affectation du personnel de la Santé (une des mesures d'accompagnement du PASA):

Le recrutement de 2015 dont l'affectation a eu lieu en 2017 concernait 4000 agents santé dont au moins que 80% ont été affectés en dehors de Conakry, Coyah et Dubreka. En 2018 l'affectation s'élève au nombre de 500 personnels de santé. A cela s'ajoute 270 agents déjà recrutés en attente d'affectation, basée sur les besoins exprimés par les structures sanitaires. Le recrutement est basé sur l'objectif de l'OMS, un ratio de 23 pour une population de 10 000. La forte féminisation des recrutés cause d'autres problèmes (voir l'absentéisme discuté ci-dessous).

A ce sujet, il faut aussi noter une bonne cohérence de l'UE contribuant aussi à l'augmentation du personnel santé à travers l'appui budgétaire dont un des indicateurs était sur la densité du personnel santé en périphérie.

Avec le support du PASA et son expertise, la nouvelle DRH commence à appliquer donc la saisie des RH (voir iHRIS). Cette saisie n'est pas encore basée de façon rationnelle, en fonction du besoin et après identification des tâches à pourvoir dans les structures sanitaires, ce qui serait bien plus efficace que d'augmenter le nombre des RH sans plan ni directives.

En sous-résultat 1.1 A3.3 la tâche était prévue « d'estimer les besoins en ressources humaines et modalités de redressements ». Cette activité pourtant importante comme base pour la gestion rationnelle de RH a été supprimée par manque de budget et ressources humaines dans la fonction publique Ministère de la Fonction Publique, de la Réforme d'État, et de la Modernisation de l'Administration (MFPREMA).

La visite terrain aux formations sanitaires effectuée par les consultants a démontré que l'absentéisme se contrôle grâce au billetage auxquels sont soumises toutes les ressources humaines nouvellement affectées depuis 2017/2018 (paiement du salaire en espèces). Le billetage est prévu comme contrôle et obligation du staff à être présent dans la région. Mais la distance des postes et centres sanitaires de la DPS a amené le staff à s'organiser pour donner une procuration à un seul

collègue de façon à assurer la présence sur les lieux de travail.

Le problème se situe donc dans cette permission de procuration à un collègue pour les structures éloignées, pour encaisser son solde mensuel (*voir annexe A.2.6, pour un pharmacien à Koulé*), mais qui ouvre le chemin à des abus tout comme durant la période où le versement de faisait sur le compte bancaire.

Par ailleurs, la forte féminisation du personnel de santé contribue en grande partie à l'absentéisme. En effet, les DPS se plaignent du personnel nouvellement affecté qui abuserait de congés de maternité, normalement limité à trois mois. A Boola sur 25 nouveaux agents, il y a 16 femmes dont, au moment du passage de l'équipe d'évaluation, 11 étaient en congé maternité. Il y a une forte suspicion de stratégie d'absence. En triangulant cette information à l'occasion du CTRS cette donnée est confirmée.

Enfin, certains Directeurs ont passé l'âge ou la capacité d'être gestionnaires. Environ trois quarts des cadres sont anciens mais ne sont pas répertoriés en fonction de l'âge, ce qui empêche une mise en place de la politique de RH transparente. Les consultants ont pu constater comment cela a des implications sur la qualité des services de santé qui revient pourtant de droit à la population.

A Nzérékoré, l'école de santé communautaire ne répond pas aux critères de qualité. La dispersion des stagiaires (14 à 17 dans certains CS visités) sur la région est nuisible. Il ou elles ne sont pas suivis ou patronnés et souvent fonctionnent en remplacement de sages-femmes (SF) ou infirmiers absents, donnant la fausse impression que l'infrastructure est fournie en RH. En réalité ce sont des autodidactes parfois insuffisamment lettrés.

Support au SNIS/DHIS2 et DRH/iHRIS

Le DHIS2, comme iHRIS, est un logiciel libre en open source, conçu pour les Ministères de la Santé, les conseillers de professionnels de la santé et les établissements de santé pour leur permettre de gérer, connaître et de renforcer les personnels de santé. iHRIS a été lancé par IntraHealth International pour répondre au besoin de données précises et accessibles sur les personnels de santé au niveau national.

L'outil est considéré extrêmement utile par la DRH pour lancer l'informatisation du personnel. Lors de la première tentative à Nzérékoré, le protocole n'a pas été correctement suivi parce que des centaines d'agents ont été affectés jusqu'à la date limite du premier recensement, biaisant ainsi les résultats de cette première enquête de 2016.

L'application était locale mais elle n'était pas en ligne avec Conakry. Vu le retard de deux ans, les entrées et sorties du personnel ont beaucoup varié, nécessitant la reprise de la collecte et la mise à jour des données en 2018, avec l'outil d'identification. Le recensement a dû se faire sur papier (fiche standard validée par la DRH), durant la dernière phase de formation PASA en avril 2019. Quelques dossiers égarés ont été retrouvés, causant ainsi un retard.

La DRH a bénéficié d'un support solide de la part de l'Assistance Technique du PASA, centrale et régionale. La phase de saisie sur papier est en voie d'être complétée pour la saisie, l'analyse et l'envoi électronique des données, incluant les données sur les RH comme discuté ci-dessus. Les DPS

encodent et saisissent les 77 CS lorsque la connexion le permet. Les chefs et suppléants sont formés et sont dotés de modem et de crédit. Les bureaux ont été dotés de deux imprimantes en 2017, non fonctionnelles au jour des visites de la mission. Le SENOFED et l'UGP s'efforcent de résoudre le problème avec le contractant. Mais cela n'enlève pas le manque de responsabilisation des bénéficiaires de dons, qui attendent des bailleurs des équipements et bureautiques sans assurer en contrepartie l'entretien et le fonctionnement.

Pour compléter les besoins en gestion du SNIS, 14 personnes ont été intégrées dans les DPS, DRS, Centre Médico-Chirurgical (CMC), cinq sont prévues en plus. En 2019 en plus des 77 responsables de CS, 63 sont formés sur fonds PASA. Sur l'analyse du SNIS, dix cadres sont formés, huit pour les districts et deux pour la région. Ceci devra assurer une rétro information mensuelle, qui sera prise en compte lors des supervisions trimestrielles par le SNIS central. Le premier bulletin mensuel est sorti en 2019. Le système devra aussi répondre aux indicateurs contractuels ainsi que ceux du processus pour chaque programme par région.

Améliorer la qualité de l'information sanitaire en déconcentrant les responsabilités

L'appui PASA dans le DP2 a permis des formations, et la revue des données par les agents de statistique (DPS, DRS et hôpitaux), mais ces données sont encore peu exploitées. Dans la région forestière, l'appui avec le DHIS2 a amélioré la saisie des données en complétude et surtout en promptitude. Ceci est un premier pas et doit être suivi d'une supervision de la fiabilité des données afin de valider régulièrement les données en assurant un suivi formatif et intégré et l'utilisation analytique et opérationnelle de ces données. Le contrôle qualité, fait à travers les supervisions de programmes et par la division, montre des écarts importants entre les données primaires (fiches, registres), les données compilées (canevas) et les données saisies (DHIS2). Ces écarts sont liés également au volume de travail que demande la compilation des données pour le rapportage mensuel au niveau du CS.

L'évaluation à mi-parcours du plan stratégique du SNIS propose d'actualiser le plan avec un gros effort conjoint (PTFs et assistance technique) et avec une harmonisation plus poussée en évitant des systèmes parallèles ainsi que la mise en place de suivi régulier. Elle propose également d'organiser une centralisation et une revue des rapports de supervision en rapport avec le SNIS des DPS, DRS, directions centrales et programmes spécialisés. D'organiser un feedback régulier sur la qualité des données avec l'ensemble des acteurs du niveau central et de diffuser les performances des DS en matière de qualité des données à partir de revues documentaires de la division SNIS et des observations des supervisions.

RESULTAT 2: DISPONIBILITE DU PMA ET DU PCA

Projets d'Etablissement Hospitalier

Dans le but de rendre disponible le PMA et le PCA de Santé de la Reproduction/Planification Familiale/Santé de l'Enfant (SR/PF/SE) du centre de santé à l'hôpital régional, (hors réhabilitations et fourniture de petits et grands équipements), l'assistant technique Économiste de la Santé et l'AT régional à Nzérékoré ont fourni un appui technique au suivi des PAO préfectoraux et à l'élaboration des projets d'établissements hospitaliers (PEH) (activité SR2.1.A.4). Huit sur dix PEH sont approuvés à ce jour. Le processus de l'élaboration des PEH est nécessairement un processus participatif et donc

extrêmement lent ou sinon il serait inutile. En effet, l'impact d'un tel processus dépend de l'appropriation de l'élaboration. Le processus a donc été particulièrement laborieux à Guékédou (trois drafts avant d'être pertinents) et à Macenta, il a connu de fortes résistances et par ce fait a pris du retard.

Notons que l'efficacité de l'AT économiste a été mis en cause injustement car il est facile d'être impatient où la patience est la clé du succès. L'impact à plus long terme pour un changement de comportement ainsi que la pérennité ne concordent pas avec la courte durée des projets de l'UE et un focus sur des résultats immédiats.

L'élaboration des PEH est d'une grande efficacité pour assurer la viabilité et survie financière et qualitative des hôpitaux (et CMC).

Etude des coûts des soins

Initialement prévue pour la région de Nzérékoré, cette étude consistait en analyse des coûts et des propositions de *scenarii* pour la révision de la tarification des soins de santé. L'étude des coûts des soins a été étendue à des hôpitaux tertiaires pour la nécessité d'inclure tous les niveaux des coûts qui incluent les références au niveau supérieur.

Cette analyse des coûts est une phase essentielle non seulement pour la viabilité du recouvrement des dépenses et donc survie des structures sanitaires, mais également pour l'établissement des mutuelles (prévues dans ReCCLAS et PASA2). Ceci avait été prévu sous l'activité SR2.3.A3 de 'Réaliser des expériences pilotes de financement de structures de soins primaires et de gestion de leurs ressources humaines et financières (fonds décentralisés, privés, mutuelles)'. L'étude des coûts des soins, actuellement dans sa phase 2, contribuera à la révision de tarification de services de soins prévue bientôt par le MS ainsi qu'à l'approche mutuelle sous l'égide de TdH, qui en fonction de résultats du pilotage de ReCCLAS pourrait éventuellement être continuée avec la GIZ dans PASA 2, ayant une grande expérience dans le suivi des mutuelles. Mais son succès reste assez théorique en regardant les taux d'adhésion aux mutuelles dans la région de Nzérékoré supportées par les bailleurs depuis plus de 20 ans et surtout le manque de confiance qui règne au sein de la population.

Ensemble des infrastructures, incluant celles réalisées sous contrats de travaux

Les indicateurs pour l'ensemble des infrastructures en date du 31 décembre 2018 sont tous égaux à zéro. En accord avec la méthodologie révisée, les mesures de ces indicateurs sont résumées dans l'annexe A.2.13 en date de mars 2019 : sur l'ensemble des infrastructures prévues, les 10 CS faisant partie de la convention de contribution UNICEF ont été remis en début avril 2019. Le LNCQM est terminé à 90% et sera remis sous peu.

Cette mission d'évaluation remarque quelques défauts de conception qui auraient pu être évitées si l'assistance technique (court terme et long terme) s'était penchée sur quelques normes internationales en matière de structures de santé d'une part et sur le respect des valeurs de l'UE d'autres part.

Principe de précaution:

Les logements des sages-femmes et des chefs des Centres de Santé réhabilités ou construits par PACV/UNICEF, hautement appréciés par la plupart des bénéficiaires sont construits à l'intérieur des clôtures des centres de santé. Ces habitations ne comportent pas de clôtures propres. Ainsi, les enfants de ces employés jouent dans la cour du centre de santé, au contact de tous patients

potentiellement contagieux. Bien que cette remarque ait été faite en son temps, elle n'a pas été prise en compte par le PACV faute peut être de budget.

Notons que les plans des logements des personnels de santé construits dans les 12 autres structures de santé sur contrat de travaux comportent quant à eux de telles clôtures.

Le laboratoire prévu par les plans du DAO au rez de chaussée, à côté de l'Hôpital Régional (HR) s'est avéré impossible à réaliser par manque de place. Il a alors été décidé de transférer le laboratoire à l'étage, et de placer le centre de transfusion, au rez-de-chaussée, alors qu'il était initialement prévu à l'étage. Ce transfert du laboratoire de l'HR au premier étage, aurait été fait pour optimiser l'espace de ce laboratoire en délocalisant la salle de prélèvement dans le centre de transfusion sanguine. Ainsi, un malade potentiellement contagieux devant subir des prélèvements pour analyses médicales devra séjourner dans l'espace des donneurs de sang, qui ne sont pas malades.

Principes de sécurité internationaux

Les plans des laboratoires ne prévoient pas d'issues de secours. Seul le LNCQM a pu rectifier le plan et remercie la flexibilité de l'UE dans son accompagnement à rattraper ce défaut. Cette expérience n'a cependant pas encore été transposée au laboratoire de l'HR ou de celui de Macenta.

Les autres structures visitées comprennent suffisamment d'entrée/sorties pour qu'une sortie de secours soit possible sans changements dans la construction.

Valeurs de l'UE

Dans certaines infrastructures en cours de construction ou terminées, visitées, l'entrée se fait par des marches ou des escaliers. Elle est donc inadaptée aux personnes à mobilité réduite (clairement observé pour le bloc centre de transfusion et laboratoires de l'HR, ainsi que le laboratoire de Macenta). En ce qui concerne les CS construits ou réhabilités par UNICEF/PACV, ce problème a été soulevé lors des missions conjointes de suivi et inclus dans les travaux à faire avant réception définitive. Ces travaux ont été faits.

Quoiqu'il en soit, si le rapport de mission DAO version 2 (page 9) mentionne que cet accès est inclus dans les cahiers des charges, les plans ne le confirment pas, comme indiqué ci-dessus.

SOUS RÉSULTAT 2.2 CONVENTION DE CONTRIBUTION AVEC UNICEF

Un travail de qualité a pu être effectué par UNICEF sur fonds PASA grâce à la synergie avec son propre programme et réseaux existants, sur la prise en charge intégrée et communautaire des maladies de l'enfant (PCIMNE). Dix ACS par CS ont été formés. Les bénéficiaires ont donc été étendus au-delà des 10 CS sous PASA-convention UNICEF. Le réseau communautaire a été impliqué dans la prévention de la malnutrition chronique, surtout fonctionnel à travers des séances de démonstrations culinaires. Des intrants ont été mis à disposition des 77 Centres de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoires (CRENAS) de la région et ces CS offrent désormais le service de prise en charge de la malnutrition aiguë (PCIMA). Ils étaient régulièrement approvisionnés en intrants (Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE), lait thérapeutique et médicaments essentiels). 160 prestataires (chefs de CS et leurs suppléants) des 77 CS ont été formés et recyclés sur le

protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë.

Lors de la visite sur le terrain, la mission d'évaluation constate l'appréciation des formations SONU dont les dernières, en 2018 se sont concentrées sur les nouvelles recrues sage-femmes et CPN.

Une application de l'audit maternel pour identifier les causes des décès maternels et néonataux a été surtout notée et appréciée par les gynécologues, médecins chefs des hôpitaux et Médecins Chargés des Maladies (MCM).

La plupart des centres et postes visités ne pratiquent plus l'encadrement du système communautaire sur la malnutrition et ne dispose plus ou très rarement d'intrants. Tout dépend (comme beaucoup d'autres activités dans la région) de la bonne volonté, connaissances et expériences des chefs de poste et de centres. Les intrants (ATPE, lait thérapeutique) sont absents dans la plupart des structures et les sels de réhydratation orale (SRO) sont absents dans la moitié des structures lors des visites de la mission d'évaluation, soit après l'intervention d'UNICEF.

Le suivi actuel de la PCIMA et par UNICEF ne pourra pas répondre à une exacerbation de malnutrition de façon conforme sur la région.

L'enquête SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions) a été réalisée et les résultats montrent que la prévalence de la malnutrition dans la région de Nzérékoré est passée de 37,9% à 31,6% en 2017.

Les indicateurs d'efficacité mentionnés dans le rapport intermédiaire d'UNICEF ne sont pas ici reportés car ils ne sont pas spécifiques au PASA (source: UNICEF).

SOUS RESULTAT 2.3 CONSORTIUM TdH, AGIL ET PRIDE

Le projet Renforcement de la Collaboration entre les collectivités locales et les autorités sanitaires (ReCCLAS) est mis en œuvre dans trois préfectures, il est géré par le consortium Terre des Hommes , PRIDE Guinée et Agil. Les deux ONG locales apprécient la transparence notamment budgétaire qui règne dans ce consortium.

Le cadre logique du projet ne comporte aucun indicateur d'effet à long terme (impact/objectif général) ; il comprend quatre objectifs spécifiques auxquels sont associés des indicateurs de produits (ex : Nbre de réunions trimestrielles DPS-CL) au lieu d'être des indicateurs d'effet à moyen terme ; et 17 résultats pour un total d'une quarantaine d'indicateurs, majoritairement de produits. Il rend le suivi peu utile et concentré au niveau micro. Il mériterait une bonne révision visant à le simplifier et à le mettre en conformité avec les standards du cadre logique de l'UE, afin de permettre un suivi rentable de ce projet innovant, tout en visant des effets louables.

Les activités ont démarré dès la signature du contrat de subvention, soit un an après la réponse de l'appel à proposition de TdH, au cours duquel, le cadre logique initial a été revu par l'AT du PASA et la DUE pour devenir celui décrit au paragraphe ci-dessus.

Le projet a commencé par une phase pilote sur 10 CS et Collectivités Locales (CL) en travaillant avec les Comités de santé et hygiène (COSAH) disponibles.

- Des assises communautaires (une journée) dans chaque village des sous-préfectures au cours desquelles l'implication des communautés dans la santé et le projet ReCCLAS sont décrits. Des délégués de santé villageois, véritables relais du COSAH sont choisis par ces assises (un homme et une femme)
- L'élection des membres des COSAH, tout en impliquant les DPS, les collectivités locales (CL) à travers les délégations spéciales et les services étatiques déconcentrés (sous-préfets) ainsi que leur formation. En fin 2018, 88 membres de COSAH ont été formés, ils tiennent régulièrement leurs réunions
- Le diagnostic participatif communautaire (deux jours) des 10 CS et l'élaboration d'un PAO
- La coordination avec la commune pour que ce PAO soit intégré dans le Plan de Développement Local (PDL) puis dans le Programme Annuel d'Investissement (PAI) volet santé. En fin 2018 toutes les 10 collectivités locales prennent en charge le volet santé dans leur PAI. Ces PAI bénéficient tous d'un appui financier à hauteur du budget prévu par le projet pour mettre en œuvre les priorités santé.
- Des séances de formation sur la gestion administrative et financière regroupant les membres du COSAH (y inclus les conseillers municipaux, les chefs de centre, chargés des Services à Base Communautaire (SBC) des DPS, suivies de supervisions conjointes DPS/CL/Tdh sur la gestion administrative et financière des CS
- Formation-atelier de trois jours à Beyla sur le plan de décentralisation déconcentration des préfets et sous-préfets ainsi que sur la nouvelle Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC).

Il est intéressant de constater sur le terrain (cas de Lainé) combien la collaboration entre la mairie et le CS, à travers le COSAH appuyé par TdH commence à prendre forme et s'avère essentielle dans la gestion de l'absentéisme des chefs de poste jusque-là impunie.

Notons aussi que ce projet fait des supervisions formatives *in situ*, dans les centres de santé, afin d'éviter les absences du personnel de santé de leur lieu de travail.

Enfin suite à l'étude de faisabilité et la discussion de lancement de mutuelles pilotes, la proposition d'une ONG locale, la Mutuelle Financière des Femmes Africaines (MUFFA) et de L'Union des Mutuelle de Santé de Guinée Forestière (UMS/GF) a été retenue pour la relance des mutuelles de santé de Gouécké et Boola. La première assemblée générale aura lieu au cours du premier trimestre 2019.

Parmi les très nombreux indicateurs, notons une efficacité déjà visible en fin 2018, sur l'ensemble des 10 CS pilotes:

Tableau 5: Sélection d'indicateurs d'efficacité de ReCCLAS en fin de première année

Indicateurs	Valeurs en décembre 2018	Cible en fin de projet
Taux d'utilisation de la	19%	25%

Indicateurs	Valeurs en décembre 2018	Cible en fin de projet
Consultation Primaire Curative		
Taux de consultation prénatale 3	65%	40% des grossesses attendues
Taux d'accouchement assistés	46%	50%

Source: Rapport intermédiaire ReCCLAS

RESULTAT 3 - APPUI AU SECTEUR PHARMACEUTIQUE (DNPM, PCG, LNCQM, DNL)

Les appuis à la PCG et la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament (DNPM) ont été particulièrement appréciés par les bénéficiaires qui citent :

- Renforcement en capacité en bureautique qui a permis d'accueillir les pharmaciens affectés définitivement pour renforcer cette direction à Conakry
- Leadership dans les formations à la gestion rationnelle du médicament sur tout le territoire, commencées en novembre 2017, (rapport d'évaluation à Nzérékoré de la PCG). 390 agents ont été formés en juin 2018 selon le rapport de suivi du PASA, par une équipe de formateurs DNPM et PCG, avec les outils de la DNPM.

Une des réussites majeures de ce résultat et du PASA consiste en la mise à disposition de 2,4 millions d'euros de médicaments essentiels génériques à la PCG qui les a distribués aux structures de santé de la région de Nzérékoré (CS et hôpitaux). En fin de second semestre 2017, la disponibilité des médicaments a été estimée à 90% par le rapport de suivi. Cette dotation a permis à la PCG de relever sa situation difficile et de renouer la confiance avec ses clients.

Ces médicaments ont été approvisionnés par la PCG aux CS sous forme de contrat vente à crédit sur six mois afin de permettre de relancer le recouvrement de coûts. Une évaluation de l'effet de la présence des produits de santé dans les centres de santé de la région ainsi que l'effet de la formation des chefs de centres a été réalisée par la PCG, huit mois après la première réception.

Tableau 6: Remboursement des créances des 78 centres de santé à la PCG, huit mois après réception

DPS	Montant de la Créance	Montant Remboursé	Reste à Rembourser	%
Guéckédou	198 444 691	159 420 246	39 024 445	80%
Macenta	139 125 607	131 095 549	8 030 058	94%
Nzérékoré	227 278 541	120 619 402	106 659 139	53%
Lola	121 434 479	89 095 530	32 338 949	73%
Yomou	79 259 439	67 712 846	11 546 593	85%
Beyla	159 424 002	119 810 103	39 613 899	75%
TOTAL	924 966 759	687 753 676	237 213 083	74%

Source: Evaluation de la PCG

Les recettes comparées à un an d'intervalle avant et après le contrat de crédit vente montre une augmentation de 72% sur l'ensemble des centres de santé la région (voir tableau 7).

Tableau 7: Recettes des CS à un an d'intervalle

DPS	Premier semestre 2017	Premier semestre 2018	Ecart relatif
Guéckédou	164 929 200	197 652 000	20%
Macenta	260 619 811	306 618 950	18%
Nzérékoré	336 151 419	604 098 233	80%
Beyla	158 211 000	426 855 065	170%
Lola	70 965 200	187 831 710	165%
Yomou	134 138 930	216 022 740	61%
Total	1 125 015 560	1 939 078 698	72%

Source: Evaluation de la PCG

La tenue des dépôts vente et leur gestion nécessite encore des renforcements de capacités selon ce même rapport, et confirmé par les évaluateurs.

Une assistance technique long terme sur presque trois ans a été très appréciée à la PCG. Une assistance court terme est en train de travailler sur les statuts et une autre sur l'harmonisation du manuel de gestion des données avec le logiciel SAGE.

STATUTS DE LA PCG

Depuis 2002, la PCG était un Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial (EPIC). La Loi L/2017/056/AN du 08 décembre 2017 portant gouvernance financière des sociétés et établissements publics en République de Guinée supprime le statut d'EPIC et impose aux établissements publics trois possibilités : l'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA, 100% Etat) ; la Société Anonyme (SA) à 100% Etat ; ou la Société Anonyme à majorité État (+ de 50%).

En 2016, une lettre de plusieurs bailleurs de fonds (Unicef, USAID, FM, UE) en appui à la PCG adressée au MS mentionne le statut d'ASBL comme une piste possible. En 2018, le rapport du consultant national Maître Lamine Bamba, ainsi que la restitution du consultant chargé de cet appui en collaboration avec la PCG et le Ministère des Finances oriente aussi le statut de la PCG vers une ASBL qui, selon ces consultants aurait été possible en dehors de la Loi 056. Cependant, la DUE insiste sur l'analyse en conformité avec la Loi 056. Les décideurs (Ministère de la Santé et Ministère de l'Economie et des Finances) font le choix en mars 2019 du statut de SA à 100% étatique, le statut d'EPA souhaité par la DUE, ne pouvant pas s'appliquer à la PCG puisqu'elle est un établissement public à caractère industriel et commercial. Le processus d'élaboration et d'approbation par le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances est en cours.

Si ce changement de cap par rapport à l'ASBL n'est pas clairement expliqué et argumenté, un risque de retrait de ces bailleurs sur le projet de PCG à Coyah se dessine, d'autant plus que les fondations de l'infrastructure, prises en charge par le MS prennent du retard. Ce statut de SA avec l'État comme seul actionnaire représente une continuité par rapport au statut précédent de la PCG avec un conseil d'administration identique, comprenant un représentant des bailleurs de fonds et une grande représentation des formations sanitaires, nommées par l'Etat. Le contrat programme reprend aussi les termes de la convention signée en 2016 et révisée en août 2018 entre l'Etat et la PCG. Cette forme juridique suit les règles de droit commercial, notamment celles de l'Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires (OHADA).

Notons qu'il est constaté que quel que soit le statut et malgré cette convention signée en aout 2018, les textes ne sont pas appliqués en Guinée. Ainsi, la fonction achat de la PCG n'est pas complètement confiée à celle-ci, ce qui compromet gravement l'indépendance de l'assurance qualité du produit acheté et distribué aux populations ainsi que la planification à la centrale d'achat.

Enfin, la construction du dépôt régional de la PCG à Nzérékoré devait permettre de soutenir l'action de renforcement. Alors que tous les autres dépôts régionaux fonctionnent maintenant dans des bâtiments rénovés ou reconstruits dans le respect des Bonnes Pratiques de Distributions, celui de Nzérékoré est handicapé par un retard énorme dans la construction (lot 3, voir chapitre efficience).

5) IMPACT

EFFETS DIRECTS

Taux de mortalité

Le taux de mortalité maternel est selon l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2016 identique à celui de 2012 : 550 pour 100000 naissances, de même que le taux de mortalité infanto juvénile : 88 pour 1000. Ces indicateurs sont bien connus pour ne varier que très lentement. La contribution du PASA sur ces mortalités ne sera réellement mesurable que dans cinq ans.

PMA/PCA

L'effet à long terme sera certain lorsque les constructions/réhabilitations seront terminées. Malgré les détail décrits ci dessus, les centres de santé réhabilités par UNICEF/PACV incluant de nombreuses maternités améliorent considérablement l'offre de soins maternels et contribuent à fixer les ressources humaines de santé dans cette région éloignée puisqu'ils ont construits le logement de la sage-femme et du chef de centre au sein des centres de santé.

Secteur pharmaceutique

L'appui au secteur pharmaceutique au niveau central amène un effet à long terme certain grâce à la réhabilitation du LNMCCQ et à son équipement lorsqu'il sera reçu. Il permettra d'effectuer des contrôles qualité des lots fournis ainsi que ceux échantillonnés lors des appels d'offres de pré-qualification.

L'appui à la PCG sur les procédures de pré-qualification avec l'élaboration d'un outil simple d'évaluation des fournisseurs, les procédures de gestion harmonisée avec le logiciel de gestion contribuent déjà au renforcement de la PCG et aura aussi un effet à long terme certain.

Ressources humaines

L'impact se verra lorsque la connaissance des besoins sera basée sur la méthode des indicateurs de la charge de travail en besoins de personnel (comme par exemple WISN, Workload Indicators of Staffing Need, développé par l'OMS dès 1998 et revue depuis). Cette méthode fournit aux gestionnaires de la santé un moyen systématique pour prendre des décisions en matière de recrutement afin de bien gérer leurs précieuses ressources humaines. La méthode WISN est basée sur la charge de travail de l'agent de santé, avec des normes d'activité (temps) appliquées à chacune de ses composantes. Cette méthode détermine combien d'agents de santé d'un type particulier sont nécessaires pour faire face à la charge de travail d'un établissement de santé et évalue la charge de travail des agents de santé dans cet établissement.

Une planification de la relève des RH, exige par ailleurs une stratégie de gestion des ressources

humaines et des objectifs en matière de talents, axés sur le personnel des collectivités locales et les dirigeants régionaux et sur un leadership régional, qui permet de contribuer à une offre adéquate et à une répartition équitable des ressources humaines de la santé.

Une gestion rationnelle de RH nécessite la connaissance et l'élaboration de suivis de plans de formation et de déploiement du personnel en fonction des besoins et sur la base de la charge de travail. D'ailleurs l'OMS développe actuellement une telle étude. La surveillance du vieillissement des personnels et de l'absentéisme surtout chez le nouveau personnel recruté.

L'avis des bénéficiaires finaux

Figure 6: Les bénéficiaires de l'intervention



Parmi les effets directs observés, il est important de citer le changement de comportement de la population grâce aux activités réalisées par UNICEF sur la malnutrition. Les bénéficiaires directs mentionnent une meilleure alimentation grâce à la culture d'un jardin potager et une diminution de leurs frais alimentaires. Ils apprécient vivement les constructions des CS et la présence de 'bons' médicaments ainsi que la possibilité de diagnostiquer le paludisme.

Il est aussi noté les interventions de UNICEF et TdH sur la demande et leur implication dans le suivi des constructions des centres de santé réalisée par le PACV.

Cette très intéressante causerie a fait ressortir que les mesures d'accompagnement mises en œuvre ne permettent toujours pas d'assurer la gratuité des soins. Conscients que ce constat n'a pas de lien direct avec PASA, les évaluateurs ont choisi cependant de les reporter ci-dessous. Ainsi, le prix d'un accouchement sans complication, réalisé donc au niveau du poste de santé a fait l'objet d'un consensus entre population et poste de santé :

Un accouchement au poste :

- 40000 FNG
 - 20 000 – communauté
 - 10 000 – matrone
 - 10 000 – chef de poste
- Deux morceaux de savon,
- Quatre kilos de riz décortiqué,
- Deux litres d'huile.

D'autres consultations restent payantes

- Une césarienne coûte entre 600 et 800 000 FGN à Nzérékoré (montant annoncés couvrir le coût des médicaments)
- Toutes les vaccinations seraient payantes
- Une consultation pour paludisme coûterait 5 000 FNG et son traitement entre 45 et 50 000 FNG

Effet à long terme mesuré par l'Observatoire National de la République de Guinée, sur fonds 10^{ème} FED

La DUE a contractualisé une subvention avec la République de Guinée en 2015, sur fonds 10^{ème} FED, dont PASA a contribué à hauteur de 331 000 euros à partir de sa ligne budgétaire évaluation.

Cette subvention a pour objectif de suivre l'impact de tous les projets du 10^{ème} FED (sept projets) par l'Observatoire National de la République de Guinée (ONRG) avec COGINTA, une association Suisse. Ce projet est unique et totalement innovant au sein de l'UE. L'idée générale est de collecter à la fois des éléments « objectifs » sur l'impact des actions, c'est-à-dire de mesurer des éléments concrets (par exemple une baisse du nombre de maladies diarrhéiques) et des éléments « subjectifs », c'est-à-dire l'opinion des bénéficiaires sur les impacts de l'action.

Les résultats des enquêtes reposent sur trois catégories de sources d'information (Rapport de suivi du PASA de l'ONRG, 2018).

1. Les jeunes mères des localités des centres de santé concernés. L'échantillon a été constitué de 300 jeunes mères de 745 enfants de 0 à 5 ans dont 238 bébés de moins d'un an qui sont venues en consultation dans l'ensemble des structures considérées.
2. Des registres des consultations tenus par les structures de santé. Seuls ont été conservés pour cette source les éléments statistiques disponibles et homogènes pour toutes les structures.
3. D'enquêtes auprès de certaines catégories d'acteurs.
 - Les cadres du MSHP et des Directions Régionales et Préfectorales de la Santé, les maires des localités concernées.
 - Les responsables des structures de santé concernées.

Ces mesures d'impact sont réalisées en ce qui concerne le PASA, en 2017 et en octobre 2018, dans la région de Nzérékoré. Les structures choisies ne faisaient pas l'objet d'autres appuis de PTF afin de mesurer l'effet du projet PASA.

Ces enquêtes montrent un léger impact du PASA dans la région de Nzérékoré. Parmi les différents indicateurs mesurés (voir annexe A.2.14), notons ici :

- Le nombre d'enfants de moins d'un an décédés diminue de 14 à 9%
- PMA, le % soins disponibles passe de 65 à 70,5%
- Le PCA santé de l'enfant est disponible à l'hôpital préfectoral (objectif atteint)
- Le nombre de jeunes mères connaissant les causes des diarrhées est passé de 86 à 93 % (synergie avec ASPE)
- % jeunes mères utilisant le PCA planification familiale passe de 58 à 65%.

Cependant, ces études ne mesurent pas l'impact du résultat 1 puisque les indicateurs ont été construits pour le 10^{ème} FED. Elles ne sont pas collectées pour remplacer un suivi du PASA ou des enquêtes qui auraient été réalisées en début et en fin de projet.

EFFET INDUIT

Les retards dans l'accomplissement des infrastructures de la PCG obligent celle-ci à continuer à fonctionner dans l'ancien local, fort exigü, à Nzérékoré. Un contrat est signé entre le bénéficiaire du Fonds Mondial (CRS) et la PCG au niveau central pour l'utilisation des locaux de la PCG et de ses dépôts régionaux pour le stockage des moustiquaires imprégnées (produits très volumineux et

fournis en grande quantité par le programme paludisme). Le dépôt de Nzérékoré est obligé de louer d'autres locaux pour y abriter des produits et respecter son contrat avec le Fonds Mondial.

Du côté de la PCG de Conakry, qui livre ces moustiquaires et les médicaments dans toutes les régions, le coût des livraisons se retrouve multiplié par quatre sur le dépôt de Nzérékoré à cause de sa faible capacité de stockage.

Ces frais supplémentaires, consécutifs à la non livraison du dépôt régional dans les temps, sont loin d'être négligeables pour cette structure financièrement fragile.

Une autre conséquence se retrouve aussi dans la disponibilité de l'ocytocine à la PCG de Nzérékoré. L'ancien dépôt n'est pas climatisé et l'ocytocine (utéro-tonique) distribué par la PCG nécessite une conservation en dessous de 10°C. Aussi, dans le but de ne pas compromettre la qualité de ce précieux médicaments, et devant l'impossibilité d'utiliser la chambre froide, faute de carburant pour alimenter le groupe électrogène qui la fait fonctionner, la PCG de Nzérékoré est livrée en petite quantité, entraînant des risques de ruptures de stock supplémentaires dans la gestion de ce produit en flux tendu.

EFFETS DU PASA SUR L'ENVIRONNEMENT (TECHNIQUE, ÉCONOMIQUE, SOCIAL, POLITIQUE, ET ÉCOLOGIQUE)

L'épidémie MVE a révélé les défaillances de l'offre de santé et détruit la confiance des populations envers son système de santé. Si la satisfaction des patients n'a jamais été mesurée pour le PASA lui-même, l'entretien avec les bénéficiaires montre qu'ils apprécient les réhabilitations et constructions des centres de santé, l'approvisionnement en médicaments et qu'avec l'appui sur la demande (UNICEF et TdH) d'une part et la disponibilité du PMA et du PCA d'autre part, ils reprennent confiance en leur système de santé.

Le projet PASA ne prend pas en compte spécifiquement l'environnement. Notons qu'il a été observé le tri sélectif des déchets dans les CS et les hôpitaux et que ce projet fait suite à un projet de TdH qui a construit de nombreux incinérateurs et broyeurs d'ampoules.

Dans la région de Nzérékore s'ajoute (Sesoko, comme ailleurs au pays) une situation délicate autour des concessions minières. Les études d'impact sur la santé et l'environnement (réseau social, capacité d'absorption sanitaire ... etc) ne sont pas effectuées et appliquées selon les normes internationales, avec un potentiel de conséquences néfastes. L'arrivée et l'impact attendu de plus de 1000 travailleurs et leur entourage comporte de grand risque de déstabilisation du système sanitaire déjà fragile.

6) PERENNITÉ

RESULTAT 1

L'impact à plus long terme ainsi que la pérennité ne concordent pas avec la courte durée des projets de l'UE qui ont un focus sur des résultats immédiats. En principe les formations et le renforcement du cadre organique du MS présente une bonne potentialité de pérennité. Cependant, devant l'ampleur du chantier, il est très important que les PTFs s'entendent en bloc au-delà de la cohérence et collaboration déjà démontrées. Il reste un travail à faire sur le renforcement de la DAF, l'organisation des RH, la maintenance des équipements et infrastructures avec la SNIEM. Et en premier lieu, rendre le SNIS fonctionnel et supervisé, c'est à dire exploitable à tous les niveaux.

Malgré un gros engagement des partenaires (OMS ; UNICEF; RTI; M/E; JHPIEGO; MSH; CHEMONICS; GIZ; Stop Palu; PASA; PASSP) et assistances techniques (CRS; M/E; RTI; JHPIEGO; OOAS) pour améliorer la planification et le leadership du MS, le résultat n'est pas encore de qualité ni harmonisé, il n'est donc pas encore pérenne.

En ce qui concerne la gestion et planification des RH, il manque à établir une saine transparence pour aboutir à des résultats pérennes. Comme expliqué plus haut dans le chapitre sur l'impact, des mesures dans la fonction publique devraient exiger une mise à jour des capacités pour exercer une profession responsable de la santé d'autrui, de bonnes connaissances, un âge raisonnable, dynamisme et capacité. Une coordination efficace avec la Fonction Publique est cruciale dans l'avenir pour réglementer l'immatriculation, les concours décentralisés. Ensuite seulement il sera possible d'ériger des observatoires de RH basés sur un iHRIS performant, transparent et appliqué.

RESULTAT 2

CTRS

Le dernier CTRS n'était pas financé par le PASA. Son financement a été exécuté grâce aux recettes des centres de santé et hôpitaux.

Les recettes des centres de santé ne reposent officiellement que sur le recouvrement de coût des médicaments. Ces structures ne reçoivent pas de subventions et doivent pourtant aussi assurer la gratuité des soins ciblés (mère et enfants) qui ne sont que trop rarement financés par le Gouvernement à travers les structures administratives de santé, la prise en charge des indigents et tout de même réapprovisionner le stock de médicaments à la PCG ainsi que les outils de gestion.

Plus les recettes des centres de santé sont utilisées à autre chose que le fonctionnement du centre lui-même, plus la quantité de médicaments achetée diminue. Dans ce système basé sur l'Initiative de Bamako, les marges sont normalement calculées pour permettre de prendre en compte tous les coûts de fonctionnement de la structure sanitaire et seulement ceux-ci. La limite maintenant bien connue et admise par tous de l'initiative de Bamako est que le patient se retrouve à financer son système de santé à travers son achat de médicaments dont le coût les rend progressivement inabordable.

En l'absence de mutuelles, ou autre système de financement, dans un pays pauvre, le système ne peut fonctionner et s'écroule. Aussi, le financement des activités prises en charge par les PTF, à leur retrait, sur les recettes des formations sanitaires est une très mauvaise gestion et n'est en aucun cas pérenne.

La faiblesse des subventions de l'état ne permet pas aujourd'hui d'assurer la gratuité des soins mise en place par le Gouvernement, comme le révèle la population.

Formations

Les formations ont contribué à travers une supervision formative et présentielle, au renforcement des capacités administratives et techniques des agents de terrain des structures sanitaires (DRS, DPS, DHR, DH, CMC, Centre de santé amélioré (CSA) et CS) dans les domaines de la gestion, de la prévention et de la promotion, afin d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers la résolution des principaux dysfonctionnements et goulots d'étranglement qui entravent la bonne

exécution des activités. Le grand problème reste l'insuffisance de personnel qualifié et motivé en zone rurale et urbaine et leur absentéisme accru par les formations présentiellees.

Projets d'Etablissements Hospitaliers

Certains résultats par contre méritent d'être suivis et appliqués car la pérennité n'est pas dans l'immobilité mais dans un mis à jour continuelle. Ceci est le cas des projets d'établissements hospitaliers qui apportent plusieurs éléments : 1) le produit est la propriété des hôpitaux, porté avec fierté ; 2) il existe maintenant une vision de l'hôpital qui demande d'être appliquée avec une même approche systématique pour les besoins en RH de qualité; 3) des équipes formées et les participants à cet exercice pourront (et devront) l'appliquer à l'avenir pour mettre à jour les PEH (dynamiques) ; 4) la validation des PEH a contribué à une large visibilité de l'apport PASA dans la région.

Infrastructures

L'appui en réhabilitation et construction des infrastructures de santé est bien sûr une intervention pérenne en Guinée dont le besoin est énorme.

Subventions de l'Etat aux fonctionnements des structures de santé

Les subventions de la part du gouvernement aux hôpitaux et aux structures administratives de la santé sont inscrites dans la Loi des finances 2019, contribuant ainsi à une bonne pérennité des mesures d'accompagnement, même si elles ne sont pas encore suffisantes en terme de montants (voir annexe A.2.6). Ces subventions comprennent des lignes budgétaires détaillées dont la maintenance et le fonctionnement des infrastructures et des équipements.

RESULTAT 3

Certaines mesures d'accompagnement de ce résultat ont été mises en place. En ce qui concerne les arriérés sur la dette commerciale de la PCG (22 milliards de FGN), le plan d'apurement n'a pas été soumis par le MS lui-même, mais par le Directeur de la PCG qui a directement négocié avec ses fournisseurs (majoritairement Sanofi Adventis) et obtenu 60% de rémission de dette. Le reste de la dette concerne à ce jour des fournisseurs qui n'existent plus.

En ce qui concerne le lien initial entre la DNPM et le LNCQM, le laboratoire est en voie de s'acheminer vers un statut d'établissement public à caractère autonome, la dernière réunion à ce sujet a été tenue en décembre 2018 selon le directeur du laboratoire.

Enfin, en ce qui concerne le respect de la convention MS-PCG (et autres textes pharmaceutiques), force est de constater qu'elle n'est toujours pas respectée sur la fonction achat, puisque des départements non pharmaceutiques du MS achètent des containers de médicaments.

Le Ministère des Finances n'ayant jamais répondu à la demande de la PCG d'effectuer les achats suivant l'approvisionnement du PASA aux mêmes fournisseurs préqualifiés par PASA (voir rapport de la consultante novembre 2018), ni créée de ligne budgétaire pour l'approvisionnement en médicaments par la PCG, celle-ci se retrouve soumise au code des marchés publics représentant un appel d'offres ouvert à tous. La conséquence directe observée par le directeur de la PCG et la consultante à ce jour est l'augmentation des prix d'achats par rapports aux prix d'achats des 'médicaments PASA' et des délais de livraisons très longs. Une rupture est annoncée sur l'ocytocine et est actuellement constatée sur la kétamine.

Notons qu’au moment des visites de terrain, l’observation de la disponibilité physique au point de vente des molécules suivantes est finalement déjà assez faible :

Tableau 8: Disponibilité de quelques médicaments observés dans 13 formations de santé

Dénomination Commune Internationale	Forme et Dosage	Classe thérapeutique	Pourcentage de présence
Oxytocine	Injectable 10 UI/ml	Utéro-tonique	61,53
Metronidazole (PS)	Comprimé 250mg	Antibiotique	85,71
Ciprofloxacine	Comprimés 500mg	Antibiotique	61,54
Seringue à injection si besoin pour oxytocine		Matériel médical pour injection oxytocine	69,23

Source: Données collectées par mission

En ce qui concerne l’ocytocine, seulement deux sur les huit médicaments présents étaient conservés à température inférieure à 10°C. Pour plus de détails, voir annexe A.2.4.

6. PASA2

Le PASA se prolongera par le PASA2, dont la convention a déjà été signée en février 2018. Il sera mis en œuvre par deux PAGODA (Pillar Assessed Grant Or Delegation Agreement) à GIZ et Expertise France (EF). Selon la convention de financement signée, 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’Economie et des Finances. Le ministère de tutelle est le ministère de la santé (MS).

Ce mode de gestion permettra de soulager la DUE de la gestion de ce projet. Bien qu’il n’y en ait pas eu sur PASA, il permet aussi d’éviter les risques de dépenses inéligibles. Il sera cependant important de veiller à l’implication et au renforcement des capacités locales, et à la coordination avec les autres PTF.

L’objectif principal est « L’état de santé des mères et des enfants de moins de cinq ans est amélioré »

Les objectifs spécifiques sont :

1. La performance du ministère de la santé en matière de gouvernance, gestion financière et gestion des ressources humaines est améliorée
2. L’utilisation des services de santé par les mères et les enfants de moins de cinq ans dans la région cible est augmentée
3. L’infrastructure sanitaire dans la région cible est améliorée.

Les résultats attendus se déclinent en cinq volets :

Résultat 1.1. (R1.1): Les capacités institutionnelles du Ministère de la sante, 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 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).

Depuis février 2018, les négociations avec les deux opérateurs ont commencés avec la mission de formulation conjointe de la GIZ en mai 2018 et d'EF en septembre 2018. Des échanges entre ces deux PTFs européens, le MS et la DUE, sont actuellement en cours sur les projets de description d'action de GIZ et d'EF (phase de formulation).

Le début des opérations était souhaité par la DUE en juin 2019 (restitution d'avril 2019 à la DUE). Cependant, il est possible qu'un intervalle entre ces deux projets soit inéluctable et néanmoins fort regrettable puisque PASA (la partie en régie à traves DP) se termine fin mars 2019. La continuité d'appui aux CS et collectivités locales sera assurée par le consortium TdH PRIDE et AGIL avec la subvention dont la fin de mise en œuvre est prévue à la fin 2020.

Les mutuelles de santé sont en train d'être testées dans le cadre de cette subvention, et pourraient être poursuivies dans PASA2 en fonction des résultats de pilotage à travers TdH.

7. Prise en compte du Genre

La politique nationale genre (2011) mentionne que dans le domaine du genre, toutes les études sur la question de la pauvreté ont permis d'établir que les femmes sont les plus pauvres, les plus vulnérables, les moins dotées de capacités et de ressources leur permettant de faire prévaloir leurs droits et leurs intérêts dans les arbitrages où elles sont impliquées à côté des hommes (86% des pauvres vivent en milieu rural et sont constitués de 53,3% de femmes - DSRP2). Cette politique se traduit en cinq axes stratégiques :

- L'accès aux services sociaux de base : - éducation – santé – VIH / SIDA – eau- hygiène et assainissement ;
- Le respect des droits humains et l'élimination des violences : droits fondamentaux – petite fille – violences – traite des personnes ;

- L'accès, le contrôle des ressources et le partage équitable des revenus : économie – pauvreté – environnement ;
- L'amélioration de la gouvernance et l'accès équitable aux instances de prise de décision : pouvoir – media – mécanisme institutionnels – conflits armés – nouvelles techniques d'information et de communication (NTIC) ;
- L'intégration du genre dans le cadrage macro-économique : politiques et programmes nationaux de développement - planification et la budgétisation nationales - outil indicateur de développement et des inégalités entre les sexes en Afrique (IDISA) pour la formulation des données ventilées par sexe.

Le projet vise la santé de la mère et de l'enfant, cependant, le cadre logique n'a pas été revu dans le but de prendre en compte le genre ne serait-ce qu'en ventilant les données par sexe et en introduisant par exemple un résultat de produit sur le nombre de femmes cadres de la santé formées, le nombre de femmes (hors cadres) formées.

La mission d'évaluation a pu noter la prise en compte du genre dans PASA:

- La désagrégation par sexe d'indicateurs de personnes formées a bien été collectée lors des formations, elle n'a pas été intégrée au tableau de suivi réalisé par l'UGP, parce que les données des DPS ne les collectent pas encore (prévu dans PASA2),
- L'intérêt des hommes et des femmes est respecté dans les constructions en apportant des toilettes séparées,
- Demande d'inviter des femmes aux formations organisées par PASA,
- TdH désagrège ses données par genre, ce n'est pas le cas d'UNICEF dans leur rapport intermédiaire,
- Les délégués de santé villageois, relais des COSAH au niveau communautaire sont constitués d'un homme et d'une femme sous l'impulsion de ReCCLAS. Le projet cherche aussi à obtenir au moins 30% de femmes représentées dans les COSAH.
- La programmation basée sur le genre de la part d'UNICEF a également permis de rencontrer une adhésion plus solide des communautés tout en démontrant un potentiel important pour l'émancipation des femmes au niveau communautaire - 300 groupements féminins sont encadrés par les ONG.

En ce qui concerne l'équité de genre dans les équipes du projet PASA : à Nzérékoré, l'équipe était constituée de six personnes dont cinq hommes et la femme de ménage. Malgré la sélection de femmes pour les entretiens d'embauche, elles n'ont pu montrer les connaissances suffisantes par exemple en informatique.

A Conakry, l'équipe de l'UGP était constituée de cinq personnes dont deux femmes (une de celle-ci est cadre, la comptable).

Comme le reflète la faible proportion de femmes dans les instances nationales (voir annexe A.2.5 et A.2.6), leur inclusion se heurte à leur niveau d'éducation, et à l'éloignement de cette région de Nzérékoré jugée peu attractive.

Notons aussi que l'attitude des agents de santé femmes lorsqu'elles sont affectées en Guinée forestière n'est pas appropriée. En effet, un grand nombre de grossesses est déclaré et elles ne rejoignent pas leur poste d'affectation.

8. Visibilité

Une ligne de coûts forfaitaires d'un montant de 150 KEUR a été rajoutée au cours de l'avenant 4 au contrat de Conseil Santé, signé en juillet 2017 soit deux ans après le début du PASA. L'ONG 4RGUI a été contractée par le bureau d'études. Celle-ci a réalisé des spots radio, des vidéos, des photos lors des manifestations du PASA et est en train de produire un dépliant. Tous ces produits sont soumis à l'approbation de la DUE.

Notons que 4RGUI n'utilisent pas la presse écrite.

Sur les deux rapports consultés et lors des entretiens avec l'équipe d'évaluation, l'ONG mentionne le chevauchement entre activités prévues et missions urgentes et soudaines sur le terrain, leur difficulté de suivre (sans calendriers spécifiques transmis à temps) les agendas des activités ponctuelles des acteurs du PASA, une faible communication interne (entre 4RGUI-AT et DUE, alors que de l'avis des évaluateurs, cette communication aurait dû être entre 4RGUI et Conseil santé, avant approbation par la DUE) et externe (avec les autres partenaires).

Le site www.guinée-pasa.org ne permet pas d'héberger des vidéos. Il a été fourni par Conseil Santé selon le responsable du contrat 4RGUI. Il contient les émissions radios qui mentionnent les deux bailleurs de fonds du PASA, des présentations power points du Ministère de la Santé qui ne mentionnent pas les sources de financement.

- Des panneaux de signalisation comprenant le logo de PASA représentant les trois logos de l'Union européenne, du Gouvernement de Guinée et de l'AfD devant certains sites d'intervention.
- Les plaques sur les constructions terminées sont présentes, non encore remplies et datent de 2017 (réception provisoire) alors que la réception définitive a eu lieu en avril 2019 (voir figure ci-contre).
- La présence du logo du PASA ou des noms des deux bailleurs de fonds sur certains documents, à l'exception du document de rapport de l'audit du MS, financé en gestion directe et en collaboration avec USAID.

Figure 7: Plaque sur bâtiments construits



Lorsque les évaluateurs ont demandé aux personnels rencontrés dans les CS, qui finance le PASA, les chefs de centre ont répondu l'Union européenne (mais ne citent pas l'AfD) et à partir du niveau des infirmier/sage femmes, ces personnels ne savent pas.

Dans le village, lors de la causerie sur les soins de santé de la mère et de l'enfant, une seule personne a mentionné que le PASA est financé par l'Union européenne, sans citer l'AfD.

Il semble que les campagnes radios, ciblant la population, n'aient pas été suffisantes.

9. Valeur ajoutée de l'UE

La valeur ajoutée de l'UE se manifeste par le co-financement avec un partenaire d'un état membre (Agence française de Développement), permettant d'accroître les fonds dédiés à ce projet.

L'AfD a choisi de déléguer ses fonds à l'UE parce que la santé ne faisait pas partie des secteurs d'intervention prioritaires de l'agence en 2013, bien que les besoins aient été reconnus comme criants. Le co-financement avec l'UE permet donc de combler le manque de RH à l'Agence sans ouvrir un nouveau secteur d'intervention. Enfin, il apparaissait intéressant pour l'AfD de jouer le jeu du partage du travail entre l'UE et les états membres et de transférer les fonds à l'UE qui était déjà dans le secteur et avait des intentions de financement pour les années futures.

La continuation du PASA à travers PASA2 est une seconde valeur ajoutée de l'UE puisqu'elle va pouvoir déléguer la gestion du projet à deux états membres, l'Allemagne et la France. Les modalités de gestion allégées pour la DUE.

5. Enseignements tirés

Les constructions et réhabilitations, de même que la fourniture d'équipements dans une moindre mesure, sont connues pour être des activités nécessitant beaucoup de temps à être réalisées.

Il est donc important de planifier la chaîne des activités dès le début de l'intervention. Dans le cas du PASA, ces activités ont judicieusement commencées dès le DP0 (rapport trimestriel 2 DP0, juillet 2015). Le rapport de mission de l'avant-projet sommaire et du DAO infrastructures incluant les éléments graphiques et narratifs ont été transmis à la CGFED le 9 mai 2016. Les commentaires relatifs à ces documents ont été retournés à l'assistance technique le 16 septembre 2016, et la réponse du consultant le mois suivant. L'avis d'appel d'offre a finalement été publié le 28 mars 2017 (rapport semestriel 5 final v2), soit environ deux ans après le début du projet. Les contrats après sélection des fournisseurs ont été signés entre décembre 2017 et janvier 2018, soit 32 mois après le début du projet.

A la lecture des rapports de mise en œuvre des DP, les retards se sont accumulés au niveau des approbations par l'ON et le MS, malgré une prise en compte dès le début.

Au moment de la rédaction de ce rapport, des travaux ne sont pas terminés, entraînant notamment des conséquences financières pour les institutions guinéennes non négligeables (voir les frais pour la PCG).

Compte tenu de la faiblesse encore actuelle dans les infrastructures de santé en Guinée, d'autres travaux sont prévus dans les interventions des PTFs, y compris PASA2. Il est donc très important que cette expérience débouche sur des normes améliorées des infrastructures de santé, en accord avec les PMA et PCA actuels, plus précises, à présenter dès le début de la mise en œuvre des projets financés par les PTF afin que ceux-ci puissent en tenir compte dès la rédaction des TdR des consultants et tout au long des approbations des rapports, des plans et des constructions.

En ce qui concerne les attributions de marchés d'infrastructures, les dossiers de soumission n'ont pas suffi à évaluer la solidité financière du couple constructeur-banque. La leçon à retirer de cette expérience pourrait consister en l'application de critères plus stricts par rapport au choix de la banque (et le contrôle de la banque elle-même) et d'opter pour des banques connues et/ou internationales ainsi que visiter les infrastructures réalisées par les entreprises pré-sélectionnées pour en apprécier la qualité.

En matière d'équipement, les normes fournies au cours de cette mission d'évaluation ne comportent pas de spécifications techniques des équipements. Il a été observé des choix d'équipement nécessitant des formations spécifiques (céliosopes, appareils à anesthésie), peu adaptés aux conditions logistiques dans lesquelles ils seront amenés à fonctionner (absence de livraison d'onduleurs, approvisionnement en gaz à mettre en place) et surtout peu harmonisés (matériel de laboratoire). Là encore, la définition de normes précises, avec spécifications techniques, à présenter aux PTFs est la condition *sine qua non* de l'efficacité et pérennité de l'aide attendue.

6. CONCLUSIONS

Pertinence et Cohérence

PASA est particulièrement pertinent parce qu'il correspond parfaitement aux besoins des bénéficiaires au moment de sa formulation (2013). Ces besoins ont été exacerbés par la crise sanitaire due à la maladie à virus EBOLA. En fin de mise en œuvre, PASA reste parfaitement pertinent et en accord avec les politiques de santé et de transition ainsi qu'avec l'audit du MS. Il est aussi parfaitement cohérent puisque la santé est un secteur de concentration du PIN et qu'il représente le cinquième appui en santé dans le pays de la DUE. Co-financé par l'AfD, PASA a montré une bonne cohérence externe traduite par des collaborations de bonne qualité avec USAID, AfD, UNICEF, et Terre des hommes mais aussi des complémentarités avec les autres bailleurs de fonds.

Efficiences

Gestion du projet

Une multitude de procédures avec une CGFED/SENOFED peu fournie en ressources humaines et manquant de compétences dans la gestion de projets FED, et une DUE handicapée par un embargo sur les expertises court terme, a conduit à une mise en œuvre difficile du PASA. Malgré l'appui perlé en santé publique, la bonne volonté et forte capacité de travail de tous et toutes, la gestion du PASA s'est réalisée au coup par coup, axée sur le niveau micro pour respecter toutes ces procédures, tentant de rectifier la faiblesse des partenaires environnants (ressentie sur la qualité des rapports

soumis pour endossement par la DUE, assistance technique court terme sur les infrastructures, choix questionnable sur les moto ambulance) et les erreurs commises par manque d'anticipation, au lieu d'assurer la vision stratégique à long terme, axée sur la patiente et l'enfant que nécessite un tel projet afin de sélectionner les priorités visant l'efficacité et l'impact.

Infrastructures

De gros retards sont constatés dans la construction. Face à ceux-ci, l'ON envisage d'appliquer des pénalités. Il est aussi expliqué par l'ON qu'il est difficile de transférer ce contrat à une autre entreprise compte tenu des changements survenus sur les prix des matières premières depuis leur signature. A titre d'exemple, le gasoil est passé de 8500 FGN (en 2017) à 9500 FGN à ce jour, et le sac de ciment est passé de 65000 FGN à 80000 FGN.

Il est aussi noté que le contexte économique fragile de la Guinée est responsable de l'incapacité des entreprises à respecter les cahiers des charges car elles n'ont pas la capacité d'acheter les matières premières.

La gestion et le suivi de la fourniture d'équipement, des formations à l'utilisation et maintenance réalisées à l'installation sont faibles. On peut espérer qu'une approche plus planifiée tant au niveau central que périphérique ainsi que proposé par Expertise France dans le PASA 2 aura un effet plus structuré et en collaboration avec d'autres PTFs, dont la GIZ pour la région forestière.

L'appui extérieur vise à rehausser le niveau des infrastructures et équipements en Guinée mais les normes évoluent lentement. Le MS a du mal à maintenir son leadership sur ces constructions et dépend du bon vouloir de rectification des bailleurs de fond.

Efficacité

Ressources humaines

Concentrer la mesure d'accompagnement sur l'augmentation des effectifs risque d'infléchir la balance vers une ineffectivité coûteuse surtout s'il y a un manque de supervision. Le vieillissement et l'absentéisme surtout chez les nouveaux recrutés est autant plus contre-productif que le manque en effectifs. La supervision perlée (souvent conjointe) n'a pas montré d'efficacité.

Pour éviter l'absence de personnel de santé systématique causée par les multiples formations, TdH propose des formations sur le tas dans les structures. Ces formations *in situ* correspondent aussi aux réflexions en cours au Ministère de la santé afin d'éviter les absences des cadres de santé de leur site de travail, constatées par tous et par cette mission d'évaluation en particulier.

Une des pratiques encourageant l'absentéisme observé est le paiement par procuration au nom d'un collègue, dans le cas où ce personnel est payé en espèces. En effet, la personne perçoit ainsi son salaire sans se présenter.

Référence des accouchements dystociques

Les motos ambulances ont montré leur inefficacité et leur immobilisation dans tous les CS visités parce qu'elles ne sont ni adaptées au terrain en Guinée forestière, ni à la culture et aux besoins des patientes.

Pharmaceutique

Les appareils à anesthésie approvisionnés par PASA nécessiteront l'utilisation de bouteilles d'halothane, de fluothane et d'oxygène. Ces gaz sont fournis par la PCG à Conakry qui en connaît donc la logistique de distribution.

Impact

Pharmaceutique

Compte tenu de la Loi 56 qui ne propose que trois types de statuts aux établissements publics (EPA, SA à 100% ou SA à 50%), les statuts de la PCG, initialement orientés par les PTF dont la DUE en 2016 vers une ASBL, ont finalement abouti, par choix du MS et du Ministère des Finances, à une SA à 100% Etat, puisque la DUE souhaitait que ces statuts restent dans le cadre de cette Loi. Ce statut représente l'avantage de s'inscrire dans la continuité de l'ancien statut d'EPIC tout en respectant une ouverture du conseil d'administration aux bénéficiaires directs (les formations sanitaires, nommées par l'Etat) et aux bailleurs de fonds. Ils sont aussi en conformité avec la convention révisée en août 2018 entre la PCG et l'Etat.

Cependant, si la fonction achat fait partie des trois fonctions essentielles d'une centrale d'achat de médicaments (à côté du stockage et de la distribution/vente) et de tous les textes se rapportant à la centrale d'achat, il est constaté par de nombreux intervenants que cette fonction achat est quelquefois entreprise par le MS lui-même, échappant ainsi à la procédure très technique de pré-qualification du couple produit-fournisseur. Ces achats réalisés hors PCG compromettent l'assurance qualité des produits importés et la gestion rationnelle de la centrale d'achat.

Pérennité

ReCCLAS

Cette subvention va finalement permettre à PASA de perdurer auprès des populations jusqu'au début de PASA2, tout en développant une approche innovante sur laquelle pourra s'appuyer le futur projet qui prévoit aussi fort judicieusement de travailler sur les mutuelles dans toute la région (dépendant des résultats du ReCCLAS).

La prise en compte de la politique de décentralisation-déconcentration par le projet ReCCLAS en même temps que le pilotage des relances de mutuelles de santé est très pertinente et permet une approche globale de la santé et de son financement, parfaitement intégrée dans la politique récente de décentralisation-déconcentration.

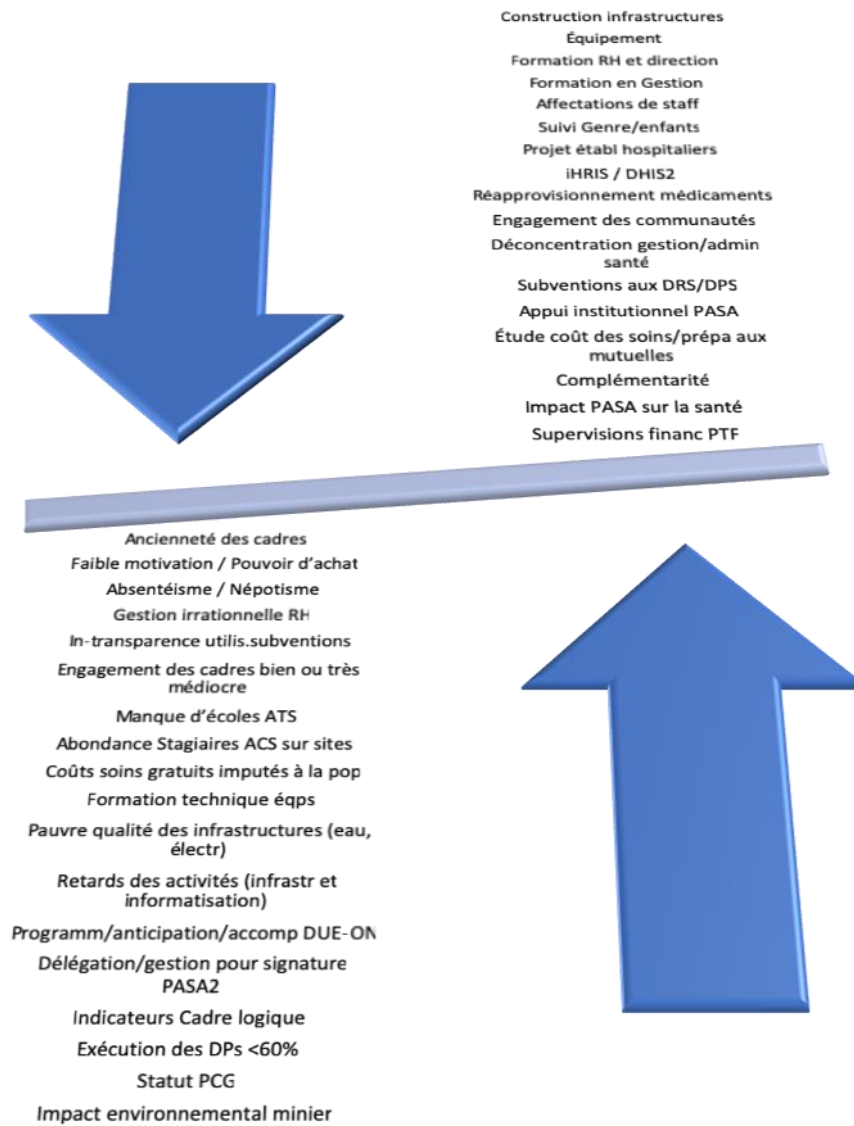
Cependant, son cadre logique est centré sur les produits et ne correspond pas aux standards européens de 2015.

PASA2 et les équipements

PASA aura réhabilité le centre régional de maintenance mais un appui pratique en termes de maintenance n'a pas été prévu dans ce projet, cet appui est prévu dans le PASA2. Rappelons ici qu'une première politique de maintenance a été développée par le MS est en cours de validation.

Certains équipements biomédicaux fournis ne sont aujourd'hui pas mis en fonction faute de formation technique du personnel de santé (appareil à anesthésie et célioscope), montrant toute la complexité du choix des équipements techniques, et l'importance de normes nationales directrices en accord avec les PMA/PCA actuels. Il en va de même pour des appareils comme les otoscopes et les ophtalmoscopes distribués dans les CS. Dans des mains inexpérimentés ces appareils n'apportent rien à la santé des populations et donc cela demande une formation technique à grande échelle (dans tous les CS qui en disposent).

Figure 8: Récapitulatif des Forces et Défis du PASA



7. RECOMMANDATIONS

Infrastructures

Cette mission d'évaluation encourage l'ON à transférer les travaux du lot 3 le plus rapidement possible à une ou plusieurs entreprises qui ont montré leur capacité à tenir les délais ou à reconsidérer la charge de travail du lot 3. Celle-ci comprendra une révision des travaux prioritaires à délivrer devra être faite dans les plus brefs délais en tenant compte de l'inflation en Guinée afin de maintenir la faisabilité financière et la mise à disposition d'infrastructures opérationnelles en 2020, en conformité avec les procédures du PASA.

Il est impératif de mettre la priorité du SIEM/MS sur la finalisation des normes précises d'infrastructures, incluant les besoins spécifiques aux infrastructures de santé (principe de précaution, accès à tous, normes internationales de sécurité) afin de permettre à l'aide internationale d'appuyer ce secteur de manière efficace et durable.

En ce qui concerne les équipements, la SIEM/MS doit aussi définir les spécifications techniques des équipements en fonction du PMA actuel, des connaissances actuelles du personnel de santé par niveau et/ou du plan de formation prévu. Ces spécifications techniques doivent minutieusement tenir compte de l'harmonisation du parc, particulièrement en matière de laboratoire où l'approvisionnement de réactifs de marques disparates est particulièrement peu efficient, afin de pouvoir les maintenir, et comparer les mesures obtenues au sein du pays. Ces normes devront alors être suivies dans les réalisations des interventions des PTF.

Référence des accouchements dystociques

A l'instar de toutes les personnes rencontrées, cette mission d'évaluation recommande des voitures à quatre roues motrices pour organiser la référence en Guinée forestière.

Gestion

Le respect du délai de calendrier des activités prioritaires dans un tel système compliqué nécessite un suivi avec une 'sonnette d'alarme' dans un tableau pour chaque DP et activités prioritaires afin par exemple, d'éviter les pertes telle que celle du reliquat DPs parce qu'elles n'ont pas été reportées dans la ligne imprévus à temps.

Appuyer le MS a la cérémonie de validation formelle des manuels de procédures au plus vite (avenant 7 de l'AT en cours en avril 2019), activité essentielle pour la pérennité et la visibilité de ces produits. Dans le cas contraire, la viabilité et même l'utilité de ces manuels auront toutes les chances d'être annihilées.

Pharmaceutique 1 – Aux PTF et MS

Il serait judicieux d'inclure une condition ou une mesure d'accompagnement dans les prochains appuis qui porterait sur le respect de la fonction achat confiée par le Gouvernement à la PCG, tel que prescrit dans les statuts et dans la convention entre la PCG et l'État. Cette nouvelle condition pourrait aussi être reprise comme un indicateur de l'Appui Budgétaire de l'UE pour renforcer le respect de ces textes et la cohérence entre PTF.

Pharmaceutique 2

Une fois une solide formation des anesthésistes sur l'utilisation des appareils à anesthésie réalisée, la PCG devra mettre en place la distribution des gaz anesthésiants dans la région de Nzérékoré dans le but de permettre l'utilisation des appareils à anesthésie fournis.

ReCCLAS

Il est impératif de revoir le cadre logique afin de le mettre aux standards européens et de doter ce projet innovant d'un outil de gestion avec une vision à moyen et long terme, lui permettant de mesurer les effets de ce qu'il produit :

- Sélectionner les indicateurs de produits clés
- Inclure dans ce cadre logique des indicateurs à moyen et à long-terme provenant du PNDS, de la Lettre de Politique Nationale de Décentralisation et de Développement Local et de la PNSC
- Dans le cas où l'appui technique à la révision de cet outil de gestion ne soit pas disponible dans les bureaux de TdH et/ou à la délégation, faire intervenir une expertise sectorielle, pour amener ce cadre logique au niveau des standards européens en étroite collaboration avec l'équipe de gestion de ReCCLAS.

PASA2 - coûts et accès aux soins

Il est important que la partie GIZ concernant l'offre et la demande de soins s'inspirent de l'expérience de ce projet menée par le consortium TdH PRIDE et Agil sur trois préfectures et de l'expérience que le projet aura développé sur les mutuelles dans ces trois régions, ainsi que sur l'étude des coûts de soins qui devrait mener à une politique de mise en place de mutuelles.

Par ailleurs, une fois les CS renforcés, la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire nécessitera l'appui aux postes de santé, tout premier recours aux soins du système et au SNIS communautaire. Cet appui devrait concerner en premier lieu sur la qualité des soins.

PASA2 et maintenance

L'ajout d'une ligne budgétaire pour la maintenance dans les subventions versées aux structures administratives et aux formations sanitaires est une initiative du Gouvernement à appuyer par l'apport de formations aux ingénieurs médicaux actuellement présents à l'hôpital régional dans le volet 3 de PASA2, ainsi que l'apport d'outils. De même, un appui à la mise en œuvre de la toute nouvelle politique de maintenance actuellement en cours de validation, potentialiserait les effets des approvisionnements fournis par PASA. La formation des destinataires des appareils à anesthésie et des céliosopes devraient être réalisées à l'hôpital Donka durant PASA2, ainsi que de tout utilisateur d'appareil chauffe bébés, ophtalmoscopes et otoscopes.

PASA2 et ressources humaines

La gestion rationnelle des Ressources humaines en santé devrait être basée sur le besoin et l'identification des tâches dans les structures sanitaires, en fonction de descriptions de tâches essentielles, et pas seulement sur base d'affectation. La gestion rationnelle des RH devrait être une

conditionnalité du PASA2. Une politique de recrutement de RH sans plan ni direction peut causer une faillite du système dans l'avenir. Il est prévu que la GIZ prenne en compte cet aspect prioritaire de calcul des besoins en RH basé sur l'évidence (description de tâches et termes de référence) et avec l'aide d'un observatoire de RH, au mieux décentralisé et aidé par l'application correcte d'iHRIS.

La mission d'évaluation encourage un meilleur suivi des RH, notamment des procurations sur le billettage (paiement en espèces des salaires des fonctionnaires) car celles-ci favorisent l'absentéisme, ou plutôt neutralise la bonne intention de maintenir le personnel au poste en appliquant le billettage.

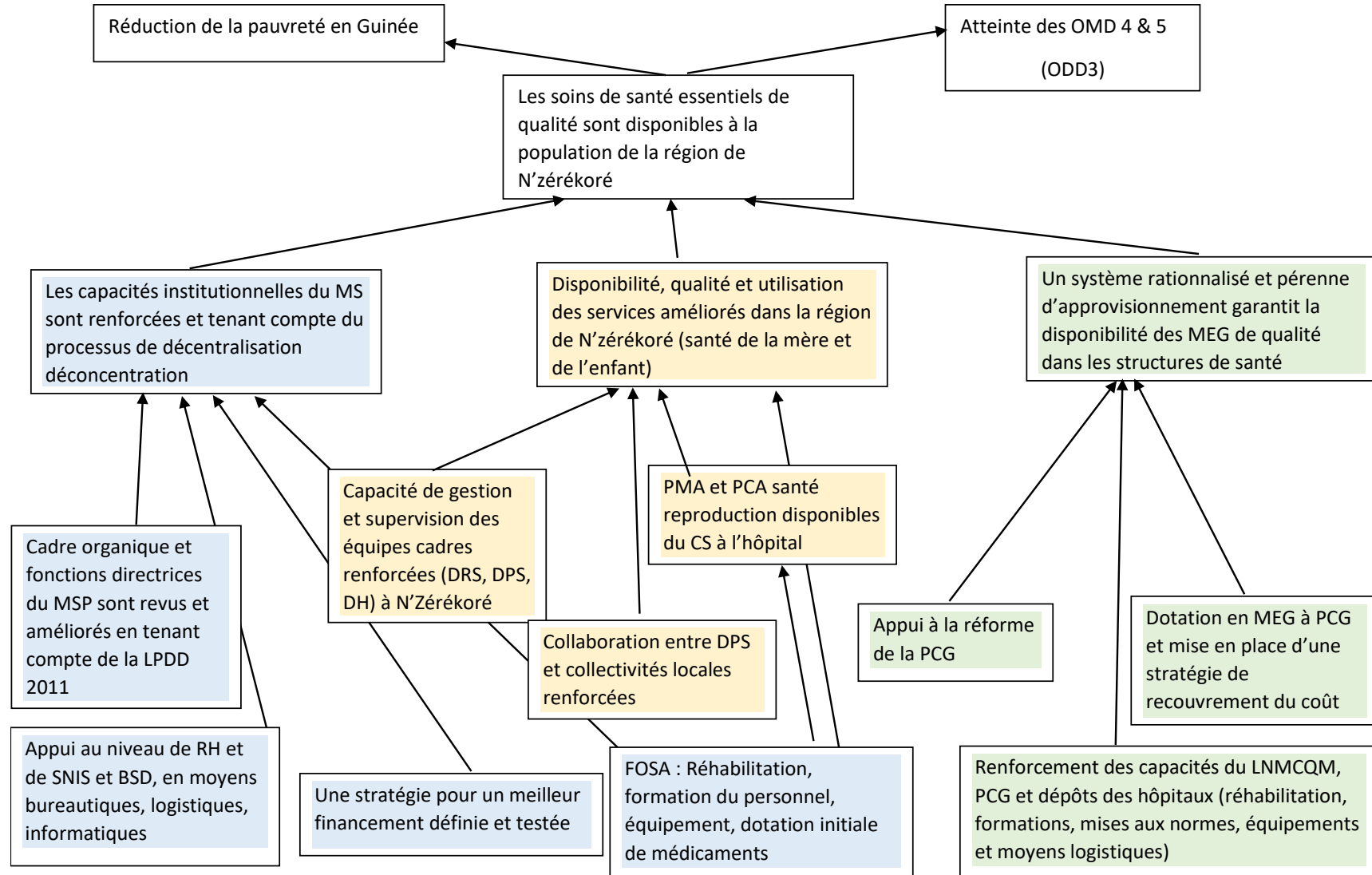
Selon la DRH, pour faire fonctionner le suivi et supervision des RH il faudrait un minimum de trois agents par district, dont un chef de cellule et deux chargés d'études et des engins roulants pour le déplacement. Dans ce contexte il sera plus facile de suivre ce que cette mission a constaté, notamment la mise en cause des quotas du genre par un éventuel abus des congés de maternité, l'absence des personnels de santé des CS, laissant le travail (inclus accouchements) à la charge de stagiaires ATS, dont une pléthore sans accompagnement semble peupler les CS dans la région forestière. Ceci est une situation dangereuse risquant d'engendrer un dérapage extrêmement grave, aussi bien pour les patients qui comptent sur une aide expérimenté ainsi que pour les stagiaires qui ne sont pas suivis sur le parcours pratique et donc ne gagnent pas l'expérience attendue au cours des stages.

PASA2 et ouverture de mines

S'assurer que l'implantation ou concessions de mines ne manque pas d'étude d'impact et implication de mesures préventives et d'accompagnement.

8. Annexes

A.2.1. LOGIQUE D'INTERVENTION DU PASA



TERMES DE RÉFÉRENCE SPÉCIFIQUES

Évaluation à mi-parcours du Projet d'Appui à la Santé (PASA)
Contrat Cadre SIEA 2018 - LOT 4-Human development and safety net
EuropeAid/138778/DH/SER/multi

Numéro de référence CRIS/OPSYS: 2013/23819

Pouvoir adjudicateur : Délégation de l'Union européenne en Guinée

1	CONTEXTE.....	2
1.1	CONTEXTE DU PAYS / DE LA REGION / DU SECTEUR CONCERNE(E).....	2
1.2	L'ACTION A EVALUER.....	4
1.3	PARTIES PRENANTES DE L'ACTION	5
1.4	AUTRES INFORMATIONS DISPONIBLES	6
2	DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION COMMISSIONNÉE	6
2.1	OBJECTIF DE L'EVALUATION.....	7
2.2	SERVICES REQUIS.....	8
2.3	PHASES DE L'EVALUATION ET LIVRABLES REQUIS	10
2.4	ORGANISATION DU CONTRAT SPECIFIQUE ET METHODOLOGIE (OFFRE TECHNIQUE)	15
2.5	GESTION ET PILOTAGE DE L'EVALUATION.....	15
2.6	LANGUE DU CONTRAT	16
3	EXPÉRIENCE REQUISE	16
3.1	NOMBRE D'EVALUATEURS ET NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL REQUIS PAR CATEGORIE.....	16
3.2	EXPERTISE REQUISE	16
3.3	PRESENCE DE L'EQUIPE DE GESTION POUR LE BRIEFING ET/OU LE DEBRIEFING	17
4	LIEU ET DURÉE.....	17
4.1	PERIODE DE DEMARRAGE	17
4.2	DUREE PREVUE DE LA MISSION EN JOURS CALENDRIER.....	17
4.3	PLANIFICATION, Y COMPRIS LA PERIODE DE NOTIFICATION POUR LE PLACEMENT DE PERSONNEL.....	18
4.4	LIEU(X) DE LA MISSION	
5	LE RAPPORT	18
5.1	CONTENU, DUREE ET REMISE.....	18
5.2	UTILISATION DU MODULE EVAL PAR LES EVALUATEURS.....	20
5.3	COMMENTAIRES DES LIVRABLES	20
5.4	EVALUATION DE LA QUALITE DU RAPPORT FINAL ET DU RESUME EXECUTIF.....	20
5.5	LANGUE.....	20
5.6	NOMBRE D'EXEMPLAIRES DU RAPPORT	21

5.7	FORMAT DES RAPPORTS.....	21
	ANNEXE II : INFORMATIONS A FOURNIR A L'EQUIPE D'EVALUATION	23
	ANNEXE III : STRUCTURE DU RAPPORT FINAL ET DU RESUME EXECUTIF	24
	ANNEXE IV : PLAN DE TRAVAIL	27
	ANNEXE V : GRILLE D'EVALUATION	28
	ANNEXE VI: MATRICE CADRE LOGIQUE (LOGFRAME) DE LA(LES) ACTION(S) ÉVALUÉE(S)	32

1. CONTEXTE

1.1 Contexte du pays / de la région / du secteur concerné(e)

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014, la population guinéenne est de 10,6 millions d'habitants avec une densité d'environ 43 habitant au km², et dont presque 2 millions, soit 19%, habitent dans la région de Nzérékoré, la zone cible du projet. Les femmes représentent 52% de la population, et les moins de 15 ans correspondent à 44%. Seuls 4% des Guinéens ont plus de 65 ans. Le

taux brut de natalité est de 39,7 ‰ en 2014 avec un indice de fécondité de 4,8. L'espérance de vie à la naissance est de 59 ans¹. Au niveau du taux de mortalité, en 2014, il reste parmi le plus élevé de la sous- région: le ratio de mortalité maternelle est de 724 pour 100.000 naissances vivantes, le taux de mortalité infanto juvénile de 123‰ et le taux de mortalité infantile de 67‰².

Malgré ses énormes potentialités naturelles et humaines, la Guinée reste l'un des pays les plus pauvres du monde. Son PIB par tête n'atteint que 588\$ et plus de la moitié (55,2%) des guinéens vit en-dessous du seuil de pauvreté monétaire. Le Rapport mondial sur le développement humain de 2015 classe la Guinée au 182ème rang sur 188 pays.

Entre décembre 2013 et décembre 2015, le pays a été frappé par l'épidémie de Fièvre Hemorragique à Virus Ebola (MVE), avec un total de 3813 cas recensés, dont 2544 décès (62% de létalité). L'épidémie qui a débutée dans la région de la Guinée Forestière s'est rapidement étendue à l'ensemble du pays.

La maladie a estompé la dynamique de relance économique, remis en cause la stabilité du cadre macroéconomique, accru la vulnérabilité et l'insécurité alimentaire et ainsi détérioré les conditions de vie des populations, avec une augmentation de la pauvreté. La Guinée a enregistré en 2015, pour la troisième année consécutive, un bilan économique en forte régression, avec une croissance du produit intérieur brut (PIB) estimée à 0.1 % en termes réels, un déficit budgétaire de plus de 7 % du PIB et de fortes contraintes de capacités pour accélérer les réformes indispensables à la relance du développement et à la transformation structurelle de l'économie.

En même temps, la crise sanitaire a révélé les faiblesses et les dysfonctionnements du système de santé, tout en l'affaiblissant encore davantage, avec le décès du personnel de santé, la fermeture d'établissements sanitaires et la perte de confiance de la population aux services de soins.

Le niveau d'utilisation des services de santé est faible, avec un taux de fréquentation de 0,30 dans 84,2% des districts sanitaires. Il est estimé qu'à l'heure actuelle le gap en ressources humaines en Guinée est de plus de 8000 agents de santé. 94 centres de santé (soit 23%) ont été fermés en novembre 2014 à cause de la désertion et/ou décès du personnel de santé. Un hôpital de district a également été fermé en décembre 2014. Ce bilan s'ajoute au pourcentage déjà élevé d'infrastructures en mauvais état (57%) et dégrade les conditions d'accessibilité difficile mentionnées ci-dessus.

En général, le système de santé guinéen est caractérisé par (i) une morbidité et une mortalité encore élevées en particulier chez les groupes les plus vulnérables y compris le couple mère-enfant, (ii) une couverture effective faible pour la plupart des services essentiels de santé dont la qualité est parfois défaillante, (iii) une offre de santé inefficace et inéquitable et (iv) un environnement caractérisé par d'importants obstacles et contraintes tels que les voies de communication dégradées, le peu de disponibilité d'énergie électrique et d'eau potable, (v) le

sous-financement du secteur de la santé (moins de 3% du budget total jusqu'au 2015), (vi) l'insuffisance de personnel médical qualifié et particulièrement en périphérie (dehors Conakry), (vii) l'accès limité aux soins et médicaments, (viii) une lacune de leadership et une gouvernance très faible.

¹ INS, Annuaire Statistique, RPHG de 2014

² EDS 2012 Ministère do Plan, Guinée

En Guinée les dépenses de santé par habitant et par an sont de 26 USD. Le financement du secteur de la santé par le budget national de développement est très faible et a diminué ces dernières années pour atteindre 1,75% en 2013 et est largement en dessous de l'objectif d'Abuja de 15%. En conséquence, les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 63% des dépenses de santé. Les partenaires techniques et financiers contribuent à hauteur de 28% des dépenses de santé et l'Etat couvre les 9% restant.

Pour relever le défi de relance, le gouvernement a adopté la Politique Nationale de Santé (PNS) fin 2015, une nouvelle Politique à l'horizon 2035 visant à améliorer l'état de santé de la population guinéenne, favorisant l'accès universel aux services et soins essentiels. La nouvelle politique repose sur une approche de "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.*

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. Ces plans sont conformes aux objectifs de la PNS, globalement de bonne qualité et pertinents aux besoins mis en exergue par le diagnostic.

Conformément à la PNS et au PNDS, le PRSS décline cinq (5) axes stratégiques d'intervention:

- (i) le renforcement de la prévention de la lutte contre la maladie et les urgences ;*
- (ii) la promotion de la santé maternelle et infantile ;*
- (iii) l'amélioration des offres de service et soins de santé ;*
- (iv) le renforcement du système de santé communautaire ;*
- et (v) le renforcement de la gouvernance.*

Bien que la formulation du Programme d'Appui à la Santé (PASA) soit antérieure à l'apparition de l'épidémie à virus Ebola, les objectifs et résultats attendus initialement identifiés, restent d'actualité et s'inscrivent pleinement dans le cadre des priorités de relance du secteur de la santé. Elles correspondent aux axes stratégiques des documents principaux du Ministère de la Santé, notamment la Politique Nationale de Santé (PNS 2014-2025), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2024) et le Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé (PRSS 2015-2017), en contribuant à la mise en œuvre de leurs interventions prioritaires.

Même si des faiblesses considérables demeurent dans la gouvernance et la gestion du système de santé en Guinée, la période post Ebola a connu des avancées importantes par rapport aux problèmes majeurs identifiés dans le PNDS 2015-2024 et ensuite confirmés dans l'audit fonctionnel et organisationnel du Ministère de la Santé (MS) de 2016.

Un véritable engagement de l'Etat et de ses partenaires au développement pour le renforcement et la résilience du système de santé de la Guinée a été suscité.

En 2016, le gouvernement a augmenté significativement la dotation du budget national au Ministère de la Santé (de 2,8% en 2015 à 5,4% en 2017).

Avec la mise en place d'un nouveau Gouvernement en janvier 2016, le MS a bénéficié d'une expertise internationale en renforcement des systèmes de santé, dotée d'une forte expérience en planification stratégique, conception et gestion de programmes de santé. Sous son mandat, la réforme du système de la santé a démarré en mettant l'accent sur le renforcement du système national de santé, dont le développement des ressources humaines de qualité, en tant qu'une de grandes priorités du PNDS.

En terme de complémentarité, il est important de préciser que deux (2) projets européens, en cours de mise en œuvre dans le cadre du 10^{ème} FED nouent de liaisons avec le PASA. Il s'agit du Projet d'Appui au Service Public de l'Eau (ASPE-iOMD) et du Programme d'Appui Sectoriel à la Décentralisation et la Déconcentration (PASDD). S'y ajoute un programme d'appui aux organisations de la société civile (PASOC).

De même le projet s'inscrit dans une logique de complémentarité avec les initiatives menées par d'autres partenaires techniques et financiers.

Les PTF les plus actifs dans le secteur de la santé et les plus directs collaborateurs du PASA sont l'USAID, la Banque Mondiale, la coopération française, allemande (GIZ) et japonaise (JICA) ainsi que les Agences des Nations Unies (UNICEF, UNOPS, PNUD, UNFPA). La Guinée bénéficie aussi d'un appui important de la part de partenariats et initiatives de santé globales – dont certaines cofinancées par l'UE - tel que le Fonds Mondial, GAVI, Global Financing Facility de l'OMS.

Depuis 2016 est parallèlement soutenu par l'appui budgétaire du type «State Building Contract» (SBC) d'une valeur de 60 millions d'Euro financé sur le 11^{ème} FED (dont 20 millions d'Euro consacrés à l'enveloppe du secteur de concentration «Santé») pour stimuler le progrès relatif au financement du système de santé (allocation et exécution), à la disponibilité du personnel de santé à l'intérieur du pays (déconcentration de personnel/densité du personnel de santé dans les structures sanitaires à l'intérieur du pays) et à l'amélioration de la santé maternelle et infantile (l'augmentation de taux d'accouchement assisté dans les structures publiques).

La coordination entre les PTFs 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 de la Santé. Toutefois, il convient de noter une volonté forte des deux côtés pour redynamiser l'efficacité de l'aide en Guinée, notamment dans le secteur de la santé.

1.2 L'action à évaluer³

Titre de la(les) action à évaluer	Programme d'Appui à la Santé (PASA)
Budget de la(les) action à évaluer	29.550.000 euros
Numéro CRIS de l'action à évaluer	2013 /023-819
Dates de l'action à évaluer	<ul style="list-style-type: none"> • Début : 19/12/2013 • Fin : 19/12/2023

L'objectif global du PASA s'inscrit dans la volonté politique du gouvernement Guinéen d'améliorer l'offre et la qualité de soins et de services de santé disponibles dans l'ensemble du pays et dans les régions les plus pauvres telle que la région de N'Zérékoré, tout en promouvant le processus de décentralisation et de déconcentration déjà engagé.

Le PASA vise par conséquent à appuyer le Ministère de la Santé dans cette relance et réforme du système et porte sur 3 résultats qui, en s'articulant et se potentialisant, devraient permettre un accroissement de l'utilisation des services de santé surtout maternelle et infantile, par une amélioration de la qualité des soins comme de l'accessibilité aux services et la disponibilité de

produits de santé particulièrement dans la région de N’Nzérékoré, zone d’intervention prioritaire du projet. Ils sont les suivants:

- 1) Résultat 1. Les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé (MS) sont renforcées en tenant compte du processus de déconcentration/décentralisation.*
- 2) Résultat 2. La disponibilité, la qualité et l’utilisation des services de santé dans la région de N’Nzérékoré sont améliorées, en particulier pour la santé de la mère et de l’enfant.*
- 3) Résultat 3. Un système rationalisé et pérenne d’approvisionnement garantit la disponibilité et l’accessibilité des médicaments essentiels génériques dans les structures sanitaires publiques des Directions Préfectorales de la Santé (DPS) ciblées.*

³ Les projets et programmes à évaluer sont ci-après dénommés ‘actions’.

Pour le **premier résultat du PASA**, le renforcement de capacités institutionnelles au niveau national et régional (zone d'intervention), les modalités de mise en œuvre sont les devis-programmes dont la gestion et l'exécution sont confiées à un régisseur et un comptable désignés à cet effet par l'ordonnateur national, en accord avec la Délégation de l'UE (opérations décentralisées directes).

Le **deuxième résultat** sur l'amélioration de services de soins des mères et enfants est mis en œuvre à travers plusieurs mécanismes de gestion, notamment:

- la Convention de Contribution avec l'UNICEF pour la mise en œuvre des actions visant l'amélioration de la santé maternelle et infantile (y compris la réhabilitation de 10 Centres de Santé, la sensibilisation et la gestion des aspects nutritionnelles, le renforcement des capacités des sages femmes et des animateurs communautaires de Santé-ACS...) dans la région cible;
- les devis-programmes (en complémentarité avec l'appui institutionnel du résultat 1) pour l'amélioration de services de soins dans les structures sanitaires telles que les Hopitaux Régionaux (HR), les Hopitaux Préfectoraux (HR) et les Centre de Santé (projets d'établissements hospitaliers, formations du personnel sanitaire, appui aux supervisions, Mise en place des mesures incitatives, des outils de gestion, de planification et de monitoring);
- les marchés de fournitures pour l'acquisition du matériel médical, informatiques, bureautiques et logistiques (en dépit de petits marchés sous régie/DPS) et les marchés de travaux pour la réalisation d'infrastructures sanitaires conformément au Guide pratique des procédures contractuelles dans le cadre des actions extérieures de l'UE ;
- une subvention à l'ONG Terre des Hommes-TdH pour réaliser des actions visant à améliorer les relations entre les structures sanitaires de base, les collectivités locales et les DRS/DPS , contribuant ainsi à la mise en œuvre de nouvelle politique de la santé communautaire).

Le **troisième résultat** sur l'appui à la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) en tant que centrale d'achat, porte sur le renforcement de capacités, l'acquisition de médicaments essentiels et l'approvisionnement des structures sanitaires en médicaments à travers l'amélioration de la chaîne de distribution, est mis en œuvre à travers les devis programmes et la passation de marché.

La mise en œuvre des 3 résultats est appuyée par une équipe d'assistance technique (AT du PASA) permanente qui a été recrutée au démarrage du projet pour la durée du projet (jusqu'au juillet 2019). Cette assistance technique fait partie de l'évaluation: compétences individuelles et collectives de chacun des experts dans son domaine, relations avec les équipes parties prenantes du MS et les équipes déconcentrées. A noter qu'à partir de 2018, l'effectif de l'AT a diminué, il est passé de 5 experts à 2 experts (un basé à Conakry et l'autre à N'Zérékoré).

1.3. Parties prenantes de l'action

Dans le cadre de ce projet, le Ministre des Finances et de l'Economie en tant qu'Ordonnateur National du FED (ON) en Guinée est le pouvoir adjudicateur et le maître d'œuvre est le Ministre de la Santé (MS). Une Unité de gestion de projet (UGP), composée de fonctionnaires du MS et du secteur privé a été créée afin de mettre en œuvre la partie régie du projet (surtout le résultat 1). L'ON ainsi que le MS sont appuyés depuis de démarrage du projet par l'assistance technique piloté par Conseil Santé.

Un comité de pilotage a été mis en place pour superviser et approuver l'orientation générale et la ligne d'action du projet et discuter des défis et difficultés qui impactent sur la mise en œuvre du projet.

On distingue plusieurs parties prenantes:

- *Le Ministère de la Santé: le Bureau de Stratégie et de Développement (BSD), sa Division des Affaires Financières (DAF) et sa la Division des Ressources Humaines (DRH) au niveau central et au niveau régionale et préfectorale de la zone ciblée, la Direction Régionale de la santé de N'Zérékoré (DRS), les Directions Préfectorales Sanitaires (DPS), les Hopitaux régionaux et préfectoraux, les Centres Médicaux Communaux et Centres de Santé communautaire.*
- *le Ministère de la Fonction Publique (MFP), le Ministère du Budget (MdB), le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD); municipalités de la région cible (autorités régionales, de districts, collectivités locales);*
- *les partenaires techniques et financiers impliqués identifiés (USAID, GIZ, UNFPA, BM, GF, Gavi, Japan, CRF, Terre des Hommes; Unicef, etc., voire aussi au dessous); des ONG locales engagées dans la mise en œuvre des activités dans le volet de renforcement de la santé maternelle et infantile et de la sante communautaire (Pride, Agil, PACV).*
- *le personnel de l'administration sanitaire nationale et de la région cible, le personnel des structures de soins dans la région cible, la population guinéenne en général et particulièrement celle de la région cible qui utilise des services de soins, y compris les femmes enceintes et dans l'âge de reproduction, les enfants moins de 5 ans, les familles, les groupes vulnérables.*

1.4. Autres informations disponibles

- PV de deux Comité de Pilotage du PASA (2017, 2018)
- Rapport d'évaluation et de suivi d'impact par l'ONRG (draft)
- Rapport de suivi et d'évaluation du PASA (l'UGP du PASA, draft)
- Rapport final d'activité de l'action dans le cadre de la CC avec l'UNICEF
- Site internet du PASA <https://guinee-pasa.org/category/actualite/>

2. DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION COMMISSIONNÉE

Type d'évaluation	A mi-parcours
Couverture	Intégralité de l'action
Portée géographique	la Guinée, et surtout Conakry et la région cible de Nzérékoré
Période à évaluer	Du 01/01/2015 au 31/11/2018

2.1. Objectif de l'évaluation

Une évaluation systématique et opportune de ses programmes et de ses activités est une priorité établie⁴ de la Commission Européenne⁵. L'évaluation se concentre sur l'analyse des réalisations, l'atteinte et la qualité des résultats⁶ des actions, dans le contexte d'une politique de coopération en constante évolution, avec un accent de plus en plus marqué sur les approches orientées sur les résultats et la contribution à la mise en œuvre des Objectifs de développement durable (ODD).⁷

De ce point de vue, les évaluateurs devraient trouver les preuves expliquant les raisons, les cas de figure et la manière dont ces résultats sont liés à l'intervention de l'UE et essayer d'identifier les facteurs générant ou entravant le progrès.

*Les évaluateurs doivent fournir une explication des **liens de cause à effet** existant entre les inputs et les activités, et les outputs, les résultats et les impacts. Le travail des évaluateurs doit encourager la responsabilisation, la prise de décisions, l'apprentissage et la gestion.*

Cette évaluation est principalement vouée à fournir aux services compétents de l'Union Européenne, aux parties prenantes intéressées et au grand public l'information suivante :

- *une analyse globale et indépendante de la performance qu'a eue le Projet PASA, en prêtant une attention particulière à ses résultats pré-finiaux, en comparaison avec les objectifs attendus, et les raisons soutenant ces résultats ;*
- *les enseignements tirés, les conclusions et les recommandations associées, de manière à améliorer, le cas échéant, les actions futures.*

En particulier, cette évaluation servira à présenter:

- *une appréciation globale, en toute indépendance, des résultats de l'intervention du PASA en s'attachant plus particulièrement aux résultats du projet par rapport à ses objectifs;*
- *les principaux enseignements de l'intervention et des recommandations qui peuvent aider à la meilleure programmation du nouveau financement (MFF 2021-2027);*
- *le niveau d'atteinte de résultats/cibles définis dans le cadre logique du projet, en s'assurant de sa cohérence ainsi que de la prise en compte des différentes orientations stratégiques du Ministère (PNDS, Compact National, la Politique nationale de santé communautaire);*
- *une réflexion sur l'efficacité de l'approche projet et des modalités de la mise en œuvre du PASA en vue d'atteinte de résultats attendus (avec l'accent sur l'utilité de l'assistance technique dans l'appui au MS et au niveau de DRS/DPS, sur l'efficacité de devis programmes dans l'atteinte des objectifs);*
- *des recommandations concrètes pour les opérateurs de la mise en œuvre d'actions dans le cadre du 11ème FED (GIZ et EF) et pour la nouvelle programmation financière de l'UE (MFF 2021-2027).*

Les principaux utilisateurs de cette évaluation seront la DUE, le DG DEVCO E, le Ministère de la Santé en Guinée et surtout le Bureau de Stratégies et de Développement (BSD), la Direction des Ressources Humaines (DRH), la Direction des Affaires Administratives et Financières (DAF), l'UNICEF, l'AFD (co-funder du PASA), le Ministère d'Economie et Finances en Guinée, ainsi que le Conseil Santé, l'Assistance Technique-AT du PASA, et l'Expertise France et GIZ, les opérateurs techniques de mise en œuvre du PASA2 en cours de préparation et le grand public.

⁴ COM(2013) 686 final "Renforcer les fondements de la réglementation intelligente - Améliorer l'évaluation" - http://ec.europa.eu/smart-regulation/docs/com_2013_686_fr.pdf; Règlement financier UE (art 27); Règlement (UE) No 1905/2006; Règlement (UE) No 1889/2006; Règlement (UE) No 1638/2006; Règlement (UE) No 1717/2006; Règlement (CE) No 215/2008 du Conseil

⁵ SEC (2007)213 "Répondre aux besoins stratégiques : renforcer l'usage de l'évaluation", http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/eval_comm_sec_2007_213_fr.pdf; SWD (2015)111 "Lignes directrices pour une meilleure réglementation", http://ec.europa.eu/smart-regulation/guidelines/docs/swd_br_guidelines_en.pdf; COM(2017) 651 final 'Mener à son terme le programme pour une meilleure réglementation: de meilleures solutions pour de meilleurs résultats', https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/completing-the-better-regulation-agenda-better-solutions-for-better-results_en.pdf

⁶ Cela fait référence à l'intégralité de la chaîne des résultats, couvrant les extrants, les résultats et l'impact de l'action. Cf. Règlement (UE) N° 236/2014 "énonçant des règles et des modalités communes pour la mise en œuvre des instruments de l'Union pour le financement de l'action extérieure" - https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/sites/near/files/pdf/financial_assistance/ipa/2014/236-2014_cir.pdf.

⁷ Le nouveau Consensus Européen pour le Développement 'Notre monde, notre dignité, notre futur', journal officiel du 30 juin 2017. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ:C:2017:210:TOC>

2.2. Services requis

2.2.1. Portée de l'évaluation

L'évaluation devra analyser les 3 volets du PASA dans leur entièreté pour en évaluer la pertinence, efficacité et d'impact au regard des résultats atteints, notamment:

- la gestion, la gouvernance et les capacités institutionnelles du MS au niveau national et régional/districts (Directions Régionales de la Santé- la Direction Régionale de Sante/DRS et 6 Directions Préfectorales de la Santé/DPS de la région cible) dans les domaines des ressources humaines, des finances et de l'administration, de la stratégie et de la planification, des supervisions, de suivi/évaluation, de système de l'information sanitaire (gestion de données et l'information sanitaire) ainsi que de la coordination verticale (interinstitutionnelle) et horizontale (parmi les acteurs différents gouvernementaux, internationaux, ONGs), en prenant en compte du processus de déconcentration et de décentralisation;*
- la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé, surtout maternelle et infantile, à travers la pyramide sanitaire, dans toutes les structures sanitaires (Hôpitaux Régionaux-HR, Hôpitaux Préfectoraux-HP, Centre de Santé-CS) de la région cible de Nzérékoré;*
- la gestion, la gouvernance et les capacités institutionnelles de la PCG tant que la centrale d'achat de médicaments ainsi que du point de vue de l'efficacité de la gestion du système d'approvisionnement et de distribution de médicaments ;*
- la pérennité de l'impact et résultats atteints avec l'appui du projet*

L'évaluation analysera l'action en suivant les cinq critères d'évaluation du CAD, à savoir : pertinence, efficacité, efficience, durabilité et l'impact. De plus, l'évaluation suivra deux critères d'évaluation spécifiques de l'UE :

- la valeur ajoutée de l'UE (dans la mesure où l'action apporte des bienfaits supplémentaires à ceux qui auraient découlé de la seule intervention des États membres) ;
la cohérence de l'action elle-même avec la stratégie de l'UE dans le pays et dans le secteur de la santé et avec d'autres politiques de l'UE (transversales comme sur le genre) et d'autres actions des États membres (GIZ, AFD, Italie sur le MGF, genre par exemple) et la complémentarité avec les actions d'autres PTF surtout ceux qui bénéficient de la contribution financière de l'UE (i.e. Initiatives Globales comme FM, GAVI, OMS Partnership), ainsi que comme l'USAID, FM, BM ...*

L'équipe d'évaluation devra en outre vérifier si les questions d'égalité des sexes, environnement et changement climatique ont été incorporées ; si les ODD importants et leurs interactions ont été identifiés; si le principe « Leave No-One Behind », (voir <https://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/avril-2016/odd-ne-laisser-personne-pour-compte>) et une approche basée sur les droits ont été pris en compte lors de l'identification/la formulation des documents

et à quel degré celles-ci se sont retrouvées dans la mise en œuvre, la gouvernance et la supervision de l'action.

2.2.2. Questions d'évaluation indicatives ou questions à traiter

Les questions d'évaluation formulées ci-dessous sont données à titre indicatif. En fonction de l'information la plus récente, des consultations initiales et postérieures et de l'analyse des documents, l'équipe d'évaluation discutera avec le gestionnaire d'évaluation⁸ et proposera dans son rapport de démarrage un éventail complet et final de questions d'évaluation en indiquant les critères et indicateurs spécifiques utilisés ainsi que les sources de collecte de données et les outils les plus importants.

Une fois le rapport de démarrage approuvé par le groupe de référence, les questions d'évaluation deviendront juridiquement contraignantes.

- La **pertinence** examine l'adéquation entre les objectifs d'un projet et les spécificités de la situation sur laquelle il se propose d'agir. Ces objectifs sont-ils « intelligents » au regard du contexte de l'action ? Sont-ils compatibles avec le contexte notamment le choix de niveau national pour l'appui institutionnel et de la région de Nzérékoré? Est-ce que ce choix est justifié pour étendre la logique d'intervention utilisée à d'autres régions avec caractéristiques similaires?*
- La **cohérence** s'interroge sur la stratégie et les méthodes: les moyens, activités, résultats attendus ont-ils permis d'atteindre les objectifs visés? Sont-ils cohérents les uns avec les autres (cohérence interne)? Sont-ils adaptés au contexte du projet (cohérence externe)?*
- L'**efficience** s'intéresse à l'optimisation des moyens mobilisés par le projet, et donc en général, aux rapports coûts/efficacité des réalisations (infrastructures ou services), mesurer l'efficience c'est comparer les résultats obtenus avec les moyens mis en œuvre; les «moyens» qu'il faut mesurer s'entendent au sens large: les moyens financiers, humains et matériels. L'analyse de l'efficience constitue une analyse « coûts /réalisations », où l'on valorise les coûts (ce qui est relativement aisé) et les réalisations (ce qui peut être plus difficile); l'approche et/ou les modalités de mise en œuvre étaient-elles adaptées?*
- L'**efficacité** concerne les réalisations effectives du projet, en comparaison avec celles qui étaient initialement prévues, ou/et appréciés au regard des objectifs auxquels elles devaient contribuer ; Les partenaires de mise en œuvre (Etat central, acteurs étatiques locaux, UNICEF, la société civile, ONG....) étaient-ils les plus appropriés? L'expérience de collaboration avec l'USAID était elle appropriée ?*
- L'**impact** correspond aux effets directs, indirects et induits des résultats du projet. Quelle est l'impact du programme sur le Ministère de la Santé (au niveau national et régional/districts-DRS et 6 DPS de la région cible) spécifiquement dans les domaines des ressources humaines, de la gestion administrative et financière, de la gouvernance, de planification, la gestion et la disponibilité et le fonctionnement du système d'information sanitaire, de la coordination verticale et horizontale? Quel est un impact de l'intervention du PASA sur l'application du processus de déconcentration et de décentralisation dans le secteur de la santé? Quel est l'impact de l'intervention du PASA sur la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé (y compris des médicaments) par la population vivant dans les zones d'intervention? Par l'impact on entend aussi une*

appréciation sur tous les effets d'une action sur l'environnement au sens le

⁸ Le gestionnaire d'évaluation dépend du pouvoir adjudicateur qui gère le contrat d'évaluation. Le plus souvent cette personne est le cadre opérationnel de la(les) action(s) à évaluer.

plus large technique, économique, social, politique et écologique. Quels sont les impacts négatifs ou positifs du projet ?

- La **viabilité** (la durabilité ou la reproductibilité) s'attache aux effets à long terme du projet, et à la pérennité de ses résultats et de ses effets. L'analyse de la viabilité consiste à apprécier la capacité des actions à se poursuivre de manière autonome, on apprécie ici leurs chances de survie lorsque les appuis extérieurs auront cessé, et surtout l'appui de l'UE dans ces domaines bénéficiaires. Le projet est-il durable sur le long-terme ? Si non, quelles sont les causes de la faillite, et quelles sont les solutions pour les autres nouveaux projets ?*
- L'évaluation de la **dimension transversale genre** analysera à quel point et comment les différents intérêts des femmes et des hommes de différentes classes d'âge ont été intégrés dans le dessin de l'action, sa gouvernance et ses systèmes de monitoring. Encore, elle analysera à quel point et par quels mécanismes les activités ont bénéficié d'une façon équitable aux hommes et aux femmes, et ceci tout au long de la chaîne des résultats.*

Dans le cadre de renforcement de l'efficacité d'aide de l'UE, l'évaluation enquêtera sur les modalités de gestion en vue de leur pertinence, rendement et utilité vers l'aboutissement de résultats du projet.

L'équipe des évaluateurs devra prendre en compte le rapport et la feuille de route de l'audit institutionnel, fonctionnel et organisationnel du MS, finalisé fin 2016, qui a été mené sous le lead du MS avec l'appui financier de l'UE (PASA) et de l'USAID.

Ensuite, il serait utile d'analyser les interventions de l'UNICEF dans le cadre de la convention de contribution financée par le PASA.

Enfin, l'équipe d'évaluateur devra analyser l'impact de l'assistance technique permanente dans le cadre de la mise en œuvre du Programme.

2.3. Phases de l'évaluation et livrables requis

Le processus d'évaluation sera mené en cinq phases:

- Démarrage
- Documentaire
- Terrain
- Synthèse
- Diffusion

Les livrables de chaque phase doivent être rendus à la fin des étapes correspondantes, comme précisé dans le tableau synoptique du paragraphe 2.3.1.

2.3.1 Tableau synoptique

Le tableau qui suit présente un aperçu des activités-clé à mener lors de chaque phase et une liste des livrables que l'équipe devra produire ainsi que les réunions avec le pouvoir adjudicateur et le groupe de référence. Le contenu principal de chaque livrable est décrit au chapitre 5.

Phases de l'évaluation	Activités-clé	Livrables et réunions
<u>Phase de démarrage</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte initiale de documents/données • Analyse du contexte 	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion de démarrage avec le pouvoir adjudicateur et le groupe de référence (vidéoconférence/téléconférence via Skype).
	<ul style="list-style-type: none"> • Interviews de démarrage • Analyse des parties prenantes • Reconstitution (ou si nécessaire, constitution) de la logique d'intervention et/ou description de la théorie du changement (sur base de la documentation et des interviews disponibles) • Conception de la méthodologie d'évaluation (questions d'évaluation avec les critères de jugement, les indicateurs et les méthodes de collecte de données et analyse) et la matrice d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de démarrage comprenant les constats initiaux, la méthodologie consolidée et les difficultés rencontrées ou attendues en plus du programme de travail et les déplacements des consultants. • Présentation du rapport de démarrage
<u>Phase documentaire</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse approfondie des documents (en particulier questions d'évaluation) • Interviews • Identification des informations manquantes et des hypothèses à vérifier dans la phase documentaire • Conception de la méthodologie de la phase de terrain (inclus des outils de travail, des visites dans la zone régionale d'intervention sur base d'échantillon de entités entretenues) 	<ul style="list-style-type: none"> • Note documentaire/diaporama • Réunion avec le groupe de référence pour la présentation de note et des conclusions principales de la phase documentaire dans les locaux de la Délégation de l'Union Européenne
<u>Phase de terrain</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Premières réunions au niveau national avec principaux partenaires de mise en oeuvre du PASA et autres intervenants dans le domaine de la santé dans le pays; • Rencontres avec les parties prenantes du projet dans la zone d'intervention • Collecte des informations principales en utilisant « la technique la plus appropriée » • Collecte de données et analyse liée aux hypothèses à tester sur le terrain et visant à combler les lacunes, tel que défini dans une phase documentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Note intermédiaire • Présentation des principaux résultats de la phase de terrain • Débriefing avec le groupe de référence dans les locaux de la DUE

<p><u>Phase de synthèse</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse finale des résultats (en particulier des questions d'évaluation) • Rédaction de l'évaluation globale, des conclusions et des recommandations • Compte-rendu 	<ul style="list-style-type: none"> • Projet de rapport final • Résumé exécutif conforme au modèle standard publié dans le module EVAL • Rapport final • Présentation • Réunion avec le groupe de référence dans les locaux de la Délégation de l'Union Européenne
<p><u>Phase de diffusion</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de l'atelier de restitution sur la présentation finale • Production des livrables et diffusion des résultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier de restitution sur la présentation finale. Ce séminaire aura lieu en français et dans les locaux du Ministère de la Santé (tant que le maître d'œuvre) et regroupera au maximum 30 membres. • Le matériel de communication à livrer en version électronique et infographique (français et anglais) est composé d'un: <ul style="list-style-type: none"> – document d'une page sur les réussites du PASA visant le grand public; – deux(2) documents présentant chacune une "succes stories" de deux pages des effets/impacts du PASA sur les populations de la zone visée; – article presse de deux pages maximum sur les réussites du PASA pour le site web de la Délégation de l'UE.

2.3.2. Phase de démarrage

Le but de cette phase est de structurer l'évaluation et de préciser les questions principales.

La phase de démarrage commencera par une étude initiale du contexte, que les évaluateurs mèneront depuis leur domicile, pour continuer avec une session d'ouverture à Conakry entre le groupe de référence et les évaluateurs. Les évaluateurs dont la présence est requise doivent être obligatoirement présents pendant une demi-journée. Le but de la réunion est d'aboutir à une compréhension claire et partagée de la portée de l'évaluation, de ses limites et de sa faisabilité. Elle sert aussi à clarifier les attentes sur les résultats de l'évaluation, la méthodologie à utiliser et, le cas échéant, à transmettre un complément d'information importante ou de dernière minute.

Dans la phase de démarrage, les documents pertinents seront examinés (voir annexe II).

En plus d'une première analyse documentaire du cadre politique, institutionnel et/ou technique et de la coopération du soutien que l'UE a apporté au secteur de la santé du pays, l'équipe d'évaluation, en collaboration avec le gestionnaire d'évaluation/le groupe de référence reconstituera ou constituera, le cas échéant, la logique d'intervention de l'action à évaluer.

En outre, en se basant sur la logique d'intervention, les évaluateurs rédigeront une explication narrative de la logique de l'action décrivant la manière dont l'action va engendrer le changement tout au long de la chaîne des résultats, par ex. la théorie du changement. Cette explication comprend une analyse des données à la base de cette logique (surtout en comparant les inputs et les outputs, et les résultats et l'impact) et permet de formuler les suppositions qui doivent se révéler correctes pour que le travail puisse être mené à bien, ainsi que d'identifier les facteurs qui peuvent potentiellement entraver ces changements.

En se basant sur la logique d'intervention et sur la théorie du changement, les évaluateurs finaliseront i) les questions d'évaluation avec la définition des critères et des indicateurs de jugement, la sélection des outils et des sources pour la collecte des données, ii) l'évaluation de la méthodologie et iii) la planification des étapes suivantes.

L'approche méthodologique sera représentée dans une matrice de conception de l'évaluation⁹, qui sera incluse dans le rapport de démarrage. **La méthodologie de l'évaluation doit être sensible à la question de genre, contempler l'utilisation de données ventilées par sexe et âge et démontrer comment les actions ont contribué à avancer vers l'égalité des sexes.**

Les restrictions rencontrées ou qui seront rencontrées lors de l'exercice d'évaluation seront discutées et des mesures de limitation décrites dans le rapport de démarrage. Enfin, dans cette phase, le plan de travail et le procédé d'évaluation seront présentés et approuvés ; ce plan devra être cohérent à celui qui est proposé dans les présents TdR. Toute modification devra être justifiée et approuvée par le gestionnaire d'évaluation.

*Sur la base des informations récoltées, l'équipe d'évaluation doit préparer un **rapport de démarrage** ; son contenu est décrit au chapitre 5.*

*L'équipe d'évaluation présentera le **rapport de démarrage** au groupe de référence à Conakry. Cette présentation sera faite par le Chef de l'équipe d'évaluation ou un autre membre essentiel de l'équipe.*

2.3.3. Phase documentaire

Cette phase est celle des analyses des documents. Les analyses doivent inclure un résumé concis de la littérature existant en lien avec l'action. Il s'agit des études d'évaluations et les recherches réalisées par la société civile, par un gouvernement ou par d'autres bailleurs (en particulier les États membres de l'UE) et/ou par le secteur privé. Cela sert à assurer une approche plus efficace, capable d'identifier les informations manquantes et d'assurer la complémentarité avec les évaluations qui ont déjà été réalisées.

L'analyse des documents pertinents doit être systématique et refléter la méthodologie conçue et approuvée pendant la phase de démarrage.

Des échanges avec le gestionnaire du programme, les services de l'UE compétents que ce soit à Bruxelles et/ou dans d'autres pays et les principaux partenaires à Conakry peuvent être réalisés pendant cette phase afin de soutenir l'analyse des sources secondaires.

Les activités à effectuer pendant cette phase permettront de donner des réponses préliminaires à chaque question d'évaluation, en communiquant les informations déjà rassemblées et leurs limitations. Ces activités devraient aussi mettre en évidence les questions qui restent à traiter et les hypothèses préliminaires à tester.

Pendant cette phase, l'équipe d'évaluation devrait affiner le choix des outils à utiliser pendant la phase de terrain et annoncer les étapes préparatoires qui ont déjà été réalisées et celles qui

doivent être réalisées pour l'organiser, y compris dresser une liste des personnes à interviewer, définir les dates et les itinéraires des visites, et répartir les tâches entre les membres de l'équipe.

*À la fin de la phase documentaire, une **note documentaire ou un diaporama** sera préparée ; son contenu est décrit au chapitre 5.*

Une présentation pour le groupe de référence par l'équipe d'évaluation, aura lieu à Conakry. Tous les membres de l'équipe d'évaluation devront obligatoirement être présents pendant une journée (sans compter les déplacements).

⁹ *La matrice de l'évaluation est un outil qui sert à structurer l'analyse de l'évaluation (en définissant les critères de jugement et les indicateurs de chaque question d'évaluation). Elle sert aussi à adopter la méthode de collecte de données la plus appropriée et faisable pour chacune des questions.*

2.3.4. Phase de terrain

La phase de terrain commence après l'approbation de la note documentaire par le gestionnaire d'évaluation.

Le but de la phase de terrain est de valider / changer les réponses préliminaires formulées pendant la phase documentaire et de compléter l'information grâce à la recherche primaire.

Si un écart considérable par rapport au plan ou au programme approuvé semble constituer un risque pour la qualité de l'évaluation ou ne respecte pas la fin de la validité du contrat, il faudra en discuter immédiatement avec le gestionnaire d'évaluation et, ce qui concerne la validité du contrat, prendre des mesures correctives.

Pendant les premiers jours de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation doit organiser une réunion avec le gestionnaire du programme, avec la délégation, avec d'autres autorités et d'autres parties prenantes concernées.

Pendant la phase de terrain, l'équipe d'évaluation doit assurer un contact, une consultation et une collaboration adéquats avec les différentes parties prenantes et avec les autorités et les agences gouvernementales concernées de niveau central et régional de la zone d'intervention (MS, autorités locales du projet - gouverneur, préfets, sous-préfets, services techniques,...). Tout au long de sa mission, l'équipe d'évaluation utilisera les sources d'information les plus fiables et appropriées, ne pas divulguer les informations confidentielles reçues et respecter les croyances et les coutumes de l'environnement social et culturel local.

Au terme de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation résumera son travail, analysera la disponibilité, la fiabilité et l'étendue des données récoltées, et présenter ses conclusions préliminaires lors d'une réunion avec le gestionnaire du programme, la délégation de l'UE, le groupe de référence.

*Au terme de la phase de terrain, une **note intermédiaire** sera préparée ; son contenu est décrit au chapitre 5.*

2.3.5. Phase desynthèse

*Cette phase est dédiée à la préparation de **deux documents distincts** : le **résumé exécutif** et le **rapport final**, dont la structure est décrite à l'annexe III). Il comprend l'analyse des données récoltées pendant la phase documentaire et la phase de terrain, afin de finaliser les réponses aux questions d'évaluation et de préparer l'évaluation globale, les conclusions et les recommandations.*

L'équipe d'évaluation présentera ses résultats, ses conclusions et ses recommandations dans un seul rapport avec les annexes, conformément à la structure convenue à l'annexe III ; un résumé exécutif séparé sera également élaboré, dans le format obligatoire du module EVAL (cf. annexe III).

L'équipe d'évaluation s'assurera que :

- *Son évaluation est objective et équilibrée, que les affirmations sont détaillées et fondées sur des preuves et que les recommandations sont réalistes et clairement ciblées.*
- *Pendant la rédaction du rapport, que toute évolution déjà en cours dans la direction souhaitée soit clairement identifiée.*
- *Que le vocabulaire, y compris les abréviations, utilisé, tient compte de l'audience identifiée à l'art. 2.1 plus haut.*

L'équipe d'évaluation rendra et présentera le **projet de rapport final** au groupe de référence à Conakry afin de discuter de ses résultats, de ses conclusions et de ses recommandations. Le Chef de l'équipe et un autre consultant qui devront obligatoirement être présents pendant une journée minimum.

Le gestionnaire d'évaluation rassemblera les commentaires faits par les membres du groupe de référence et les enverra à l'équipe d'évaluation pour réviser le rapport conjointement avec une première version de la grille d'évaluation de la qualité (QAG) du projet de rapport final. Le contenu de cette grille d'évaluation sera discuté avec l'équipe d'évaluation pour déterminer si des améliorations sont nécessaires et l'équipe d'évaluation sera invitée à faire des commentaires sur les conclusions formulées dans la QAG (à travers le module EVAL).

À ce stade, l'équipe d'évaluation finalisera le **rapport final** et le **résumé exécutif**, en répondant aux commentaires reçus. Les problèmes éventuels de qualité, les erreurs factuelles et les problèmes méthodologiques seront corrigés ; les commentaires relatifs à des jugements divergents peuvent quant à eux être acceptés ou rejetés. Dans ce dernier cas, l'équipe d'évaluation devra en expliquer les raisons par écrit. Une fois le rapport final approuvé, la QAG sera mise à jour et envoyée aux évaluateurs via le module EVAL.

2.3.6. Phase de diffusion

Le plan de diffusion contient les activités suivantes:

- la présentation du rapport final lors d'un atelier réunissant les parties prenantes;
- la production d'une page sur les réussites du PASA visant le grand public à publier par la DUE sur ses canaux de communication;
- la production de deux(2) documents présentant chacune une "succes stories" de deux pages des effets/impacts du PASA sur les populations des zones visées à publier par la DUE sur ses canaux de communication (en anglais et français);
- la production d'un article de presse sur les réussites du PASA pour le site web de la Délégation de l'UE ainsi ainsi que d'autres canaux de communication (Facebook).

2.4. Organisation du contrat spécifique et méthodologie (offre technique)

Les contractants-cadre invités soumettront leur organisation du contrat et la méthodologie spécifiques en se servant du modèle standard SIEA B-VII-d-i et ses annexes 1 et 2 (B-VII-d-ii).

La méthodologie d'évaluation proposée pour entreprendre la mission est décrite au chapitre 3 (stratégie et calendrier de travail) du modèle B-VII-d-i. Les prestataires doivent décrire comment la méthodologie qu'ils proposent va aborder les questions transversales mentionnées dans les termes de référence et, notamment, l'égalité des sexes et l'émancipation de la femme. Ceci inclut (selon le cas) les messages de communication de l'action, les matériels et les structures de gestion.

2.5. Gestion et pilotage de l'évaluation

2.5.1 Au niveau de l'UE

L'évaluation est gérée par le gestionnaire d'évaluation de la DUE ; les progrès de l'évaluation seront suivis de près avec l'aide d'un groupe de référence composé de membres des services de l'UE, de Ministère des Finances et d'Economie (l'ON du projet), de l'AFD, du Ministère de la Santé ainsi que de partenaires tant que l'OMS, la GIZ et l'Expertise France.

Les fonctions principales des membres du groupe de référence sont :

- De définir et de valider les questions d'évaluation.
- De faciliter les contacts entre l'équipe d'évaluation, les services de l'UE et les parties prenantes externes.
- De s'assurer que l'équipe d'évaluation a accès à toutes les sources d'information et de documentation liées à l'action à évaluer et les consulte.
- De discuter et de commenter les rapports produits par l'équipe d'évaluation. Les commentaires de chaque membre du groupe de référence sont rassemblés par le gestionnaire d'évaluation, puis transmis à l'équipe d'évaluation.
- D'assister le processus de rétroaction (feedback) à partir des résultats, des conclusions, des recommandations et des leçons tirées de l'évaluation.
- De soutenir la création d'un bon suivi du plan d'action une fois l'évaluation terminée.

2.5.2 Au niveau du prestataire

Conformément aux exigences établies à l'article 6 des termes de référence globaux et dans l'Organisation et la Méthodologie globales, aux annexes II et III du contrat cadre SIEA 2018 respectivement, le prestataire doit surveiller la qualité du procédé, la conception de l'évaluation, les inputs et les livrables de l'évaluation. Il devra en particulier :

- Soutenir le chef d'équipe dans son rôle, principalement en ce qui concerne la gestion. À cet égard, le prestataire doit s'assurer qu'à chaque phase de l'évaluation, des tâches et des livrables spécifiques soient confiés à chaque membre de l'équipe.
- Fournir du soutien et un contrôle qualité du travail de l'équipe d'évaluation tout au long de sa mission.
- S'assurer que les évaluateurs disposent des ressources nécessaires pour remplir toutes leurs tâches et respecter les délais du contrat.

8. Langue du contrat

La langue du contrat sera le français.

3. EXPÉRIENCE REQUISE

3.1. Nombre d'évaluateurs et nombre de jours de travail requis par catégorie

Le tableau ci-dessous indique le nombre d'évaluateurs minimum et le nombre de jours de travail minimum (au total et sur le terrain), par catégorie d'évaluateur, à prévoir par le prestataire.

Catégorie de l'évaluateur	Nombre d'évaluateurs minimum	Nombre total de jours de travail minimum (total)	(dont) nombre de jours de travail minimum en mission
Cat I	1	38	28
Cat II	1	25	20
Cat III	0	0	0

En particulier, le chef d'équipe (identifié dans l'Organisation et méthodologie et l'offre financière) devrait être un expert Cat I, posséder une expérience démontrable comme évaluateur cohérente avec les exigences de cette mission et ne pas dédier moins de 38 jours de travail, dont 28 sur le terrain.

3.2. Expertise requise

Exigences minimum de l'équipe (experts Cat. I):

- *Diplôme de master en gestion, suivi et évaluation de projet ou équivalent;*
- *Expérience avérée dans le domaine de l'évaluation maturée depuis au moins 10 ans avec au moins 5 ans d'expériences d'évaluation de projets européens dans le domaine de l'aide au développement dont au moins 3 ans en position de Chef d'équipe;*
- *10 années d'expérience en cycle de gestion des projets/programmes*

9. Autres exigences de l'équipe (experts Cat. I)

- *Une expérience d'évaluation d'un projet similaire sera un atout;*
- *Expérience préalable en Afrique de l'Ouest et en Guinée sera un avantage.*

10. Connaissances linguistiques de l'équipe (experts Cat. I):

- *Posséder au moins un niveau d'expertise en français (C2) et anglais (A2)*

11. Exigences minimum de l'équipe (experts Cat. II):

- *Diplôme supérieur en santé publique ou/et économie de santé ou équivalent;*
- *Expérience professionnelle d'au moins 10 ans dans la gestion de projets de développement;*
- *5 années d'expérience en cycle de gestion des projets/programmes dans le domaine de la santé;*
- *Expérience dans le domaine de l'évaluation maturée depuis au moins 5 ans avec au moins 2 ans d'expériences d'évaluation de projets européens dans le domaine de l'aide au développement;*
- *2 ans d'expérience en gestion des organisations et/ou gestion du changement/renforcement des systèmes de santé ou avoir réalisé au moins deux évaluation dans le domaine.*

12. Autres exigences de l'équipe (experts Cat. II)

- *Une expérience d'évaluation d'un projet similaire sera un atout;*
- *Connaissance et expérience en secteur pharmaceutique en Afrique de l'Ouest sera un atout.*
- *Expérience préalable en Afrique de l'Ouest et en Guinée sera un avantage.*

13. Connaissances linguistiques de l'équipe (experts Cat. II)

- *Posséder au moins un niveau d'expertise en français (C2) et anglais (A2)*

Le niveau linguistique est évalué en compréhension, langage parlé et écrit par le cadre européen de référence pour les langues disponible à

<https://europass.cedefop.europa.eu/en/resources/european-language-levels-cefr> et devra être démontré par des certificats ou par une expérience adéquate.

L'Union européenne mène une politique d'égalité des chances. La parité des genres dans l'équipe proposée, à tous les niveaux, est vivement conseillée.

3.3. Présence de l'équipe de gestion pour le briefing et/ou le débriefing

La présence d'un ou plusieurs membre(s) de l'équipe de gestion est requise pour le briefing ou le débriefing.

4. LIEU ET DURÉE

4.1. Période de démarrage

Début provisoire de la mission : Début 2019.

4.2. Durée prévue de la mission en jours calendrier

Durée maximale de la mission : 150 jours calendrier.

La durée totale inclut les jours de travail, les week-ends, les périodes prévues pour les commentaires, pour réviser les versions préliminaires, les séances de débriefing, les activités de diffusion et la distribution des résultats.

4.3. Planification, y compris la période de notification pour le placement de personnel¹⁰

Dans le cadre de l'offre technique, le contractant-cadre doit remplir le tableau de l'emploi du temps qui se trouve dans l'annexe IV qui devra être finalisé dans le rapport de démarrage. Les 'dates indicatives' ne doivent pas être formulées comme des dates fixes, mais comme des jours (ou des semaines, ou des mois) à partir du début de la mission (désigné '0').

Il faudra prêter l'attention nécessaire afin d'assurer la participation active et la consultation des représentants du gouvernement et des parties prenantes nationales/ locales.

4.4. Lieu(x) de la mission

La mission se déroulera à Conakry où la mission se déroulera, comme décrit dans les sections précédentes, avec des visites de terrain dans la zone d'intervention du PASA (ses préfectures de la région de N'Nzérékoré).

5. LE RAPPORT

5.1. Contenu, durée et remise

Les livrables doivent répondre à des standards de qualité. Le texte des rapports doit être illustré, le cas échéant, par des cartes, des graphiques et des tableaux ; une carte de la zone (ou des zones) de l'action est requise (elle doit être jointe en annexe).

Liste des livrables:

	Nombre de pages (sans compter les annexes)	Contenu principal	Date de la présentation
Rapport de démarrage	10 pages	<ul style="list-style-type: none"> • Logique d'intervention • Liste des parties prenantes • Méthodologie de l'évaluation, y compris : <ul style="list-style-type: none"> ○ Matrice de l'évaluation : Questions d'évaluation, avec les critères de jugement et les indicateurs et méthodes d'analyse et de collecte des données ○ Stratégie de consultation ○ Approche des visites de terrain y compris les critères utilisés pour le choix des visites de terrain. • Analyse des risques associés à la méthodologie de l'évaluation et les mesures d'atténuation • Plan de travail 	Fin de la phase de démarrage
Note documentaire	20 pages	<ul style="list-style-type: none"> • Réponses préliminaires aux questions d'évaluation, en faisant référence aux 	Fin de la phase

¹⁰ Conformément à l'article 16.4 a) des Conditions générales du contrat cadre SIEA

	Nombre de pages (sans compter les annexes)	Contenu principal	Date de la présentation
/diaporama		limites des informations à disposition <ul style="list-style-type: none"> • Questions encore à traiter et hypothèses à vérifier lors des visites de terrain • Mise à jour de l'approche des visites de terrain • Mise à jour du plan de travail des phases suivantes 	documentaire
Rapport intermédiaire	35 pages	<ul style="list-style-type: none"> • Activités réalisées pendant la phase de terrain • Difficultés rencontrées pendant cette phase et mesures atténuantes adoptées • Principales conclusions préliminaires (en fusionnant les phases documentaires et de terrain) 	Fin de la phase de terrain
Projet de rapport final	60 pages	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. structure détaillée dans l'annexe III 	Fin de la phase de synthèse
Projet de résumé exécutif – en utilisant le modèle EVAL en ligne	N/D	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. structure détaillée dans l'annexe III 	Fin de la phase de synthèse
Rapport final	60 pages	<ul style="list-style-type: none"> • Même structure que pour le projet de rapport final, en intégrant tout commentaire reçu de la part des parties concernées sur le projet de rapport qui a été accepté 	2 semaines après avoir reçu les commentaires sur le projet de rapport final.
Résumé exécutif final	N/D	<ul style="list-style-type: none"> • Même structure que pour le projet de résumé exécutif, en intégrant tout commentaire reçu de la part des parties concernées sur le projet de rapport qui a été accepté. 	Conjointement avec la version finale du rapport final.
Atelier de diffusion final	Une demi-journée	<ul style="list-style-type: none"> • Avec 30 participants maximum. Le séminaire se déroulera à la DUE et regroupera tous les partenaires de mise en œuvre. 	Maximum 4 semaines après l'approbation du rapport final
Document d'une page sur les réussites du PASA visant le grand public,	1 page maximum	<ul style="list-style-type: none"> • Réussites du PASA notamment celles ayant apportées des changements sur le quotidien des populations. Illustré avec au moins une image. Le texte de chaque "succes stories" devra comprendre le contexte, les objectifs, les réussites du programme PASA ainsi que les témoignages des bénéficiaires et autres acteurs de mise en œuvre sur l'impact ou le changement constaté. A écrire dans un langage simple et accessible à tout public en version électronique/infographique et à traduire en anglais. 	Maximum trois semaines après l'approbation du rapport final
Deux(2) documents présentant chacune une "succes stories" de deux pages des effets/impacts du PASA sur les populations des zones visées.	Deux pages maximum par "succes stories"		

	Nombre de pages (sans compter les annexes)	Contenu principal	Date de la présentation
Article presse sur les réussites du PASA pour le site web de la Délégation de l'UE	Maximum deux pages		

5.2. Utilisation du module EVAL par les évaluateurs

*Il est fortement recommandé que la **soumission de tous les rapports, leurs annexes et le résumé exécutif du rapport final** par le prestataire choisi se fasse en les téléchargeant dans le module EVAL, un outil de gestion du processus d'évaluation archive de la Commission européenne. Le prestataire choisi recevra un accès aux orientations en ligne et hors ligne pour pouvoir travailler avec le module pendant la validité du contrat spécifique.*

5.3. Commentaires sur les livrables

Pour chaque rapport, le gestionnaire d'évaluation enverra au prestataire les commentaires d'ensemble reçus du groupe de référence ou l'approbation du rapport dans les 20 jours calendrier. Les rapports révisés en fonction des commentaires seront livrés dans les 14 jours calendrier à partir de la date de réception des commentaires. L'équipe d'évaluation devra apporter un document distinct expliquant comment et où ces commentaires ont été incorporés ou la raison pour laquelle certains commentaires n'ont pas été incorporés, le cas échéant.

5.4. Evaluation de la qualité du rapport final et du résumé exécutif

La qualité des versions préliminaires du rapport final et du résumé exécutif sera évaluée par le gestionnaire d'évaluation à l'aide de la grille d'évaluation de la qualité (QAG) dans le module EVAL (texte fourni à l'annexe V). Le prestataire a la possibilité, via le module EVAL, d'apporter des remarques sur les évaluations formulées par le gestionnaire d'évaluation. La QAG sera alors révisée après avoir soumis la version finale du rapport final et du résumé exécutif.

La compilation de la QAG soutiendra/informera la compilation faite par le gestionnaire d'évaluation de l'Évaluation de la Performance du contrat spécifique du Contrat Cadre SIEA.

5.5. Langue

Tous les rapports doivent être rendus en Français.

Le résumé exécutif du rapport final et le contenu intégral des autres livrables qui suivent doivent être traduits en anglais.

- *Projet de rapport final*
- *Rapport final*
- *Résumé exécutif du rapport final*
- *Document d'une page sur les réussites du PASA visant le grand public,*
- *2 documents présentant deux "succes stories" des résultats du PASA*

- *Article de presse sur les réussites du PASA pour le site web de la Délégation de l'UE et autres canaux de communication de l'UE*

5.6. Nombre d'exemplaires du rapport

En plus de sa soumission dans le module EVAL, la version approuvée du rapport final sera rendue en 6 exemplaires imprimés et en version numérique sans frais supplémentaires.

5.7. Format des rapports

Tous les rapports doivent être rédigés en utilisant la police Arial ou Times New Roman, avec une taille minimale respectivement de 11 et 12, et un interligne simple, double face. Ils seront envoyés en format Word et PDF.

ANNEXES

10. ANNEXE I : CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE SPÉCIFIQUES

CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE SPÉCIFIQUES

Demande de services n° 2018 /402547 Version 1

Contrat Cadre2018 - LOT 4

EuropeAid/138778/DH/SER/multi

1. CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE

Le pouvoir adjudicateur sélectionne l'offre qui présente le meilleur rapport qualité-prix en utilisant une relation 80/20 entre la qualité technique et le prix¹¹.

La qualité technique est évaluée sur la base de la grille suivante :

Critères	Maximum
<i>Score total pour l'organisation et la méthodologie</i>	50
<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension des TdR et des objectifs des services à fournir 	10
<ul style="list-style-type: none"> • Approche méthodologique globale, approche du contrôle qualité, adéquation des outils utilisés et estimation des difficultés et des enjeux rencontrés 	25
<ul style="list-style-type: none"> • Valeur technique ajoutée, soutien et rôle des membres du consortium concernés 	5
<ul style="list-style-type: none"> • Organisation des tâches et du temps 	10
<i>Score total pour l'équipe d'évaluateurs</i>	50
SCORE GLOBAL TOTAL	100

2. SEUIL TECHNIQUE

Toute offre en dessous du seuil technique de 75 sur 100 points sera automatiquement rejetée.

3. INTERVIEWS PENDANT L'ÉVALUATION DES OFFRES

N.A

¹¹ Pour en savoir davantage sur la règle 80/20, veuillez consulter le PRAG, chapitre 3.3.10.5 - https://ec.europa.eu/europeaid/funding/about-funding-and-procedures/procedures-and-practical-guide-prag_en

11. ANNEXE II : INFORMATIONS A FOURNIR A L'EQUIPE D'EVALUATION

- *Textes juridiques et engagements politiques se rapportant à l'action à évaluer*
- *Document de stratégie nationale du pays et programmes indicatifs (et équivalents) pour les périodes concernées*
- *Politiques nationales ou sectorielles pertinentes et plans d'autres partenaires nationaux et locaux et d'autres donateurs*
- *Études d'identification de l'action*
- *Études de faisabilité et de formulation de l'action*
- *Accord de financement de l'action et addenda*
- *Rapports trimestriels et annuels d'avancement de l'action et rapports techniques*
- *Rapports de monitoring orienté vers les résultats de la Commission européenne (ROM) et d'autres rapports externes ou internes de monitoring de l'action*
- *Rapport d'évaluation à mi-parcours de l'action et autres évaluations, audits et rapports pertinents*
- *Documentation pertinente de partenaires nationaux et locaux et d'autres donateurs*
- *Orientation pour les évaluations sensibles aux questions de genre*
- *Calendrier et procès-verbaux de toutes les réunions du Comité directeur de la(les) action(s)*
- *Tout autre document pertinent*

***Note:** L'équipe d'évaluation doit identifier et obtenir tout autre document considéré comme utile à analyser, par le biais de recherches indépendantes et d'entretiens avec des parties bien informées et des parties prenantes de l'action.*

12. ANNEXE III: STRUCTURE DU RAPPORT FINAL ET DU RESUME EXECUTIF

Le prestataire fournira, en les téléchargeant dans le module EVAL, deux documents distincts : le rapport final et le résumé exécutif. Ils devront être cohérents, concis et clairs et ne contiendront pas d'erreurs linguistiques ni dans leur version originale ni dans leur traduction, si prévue.

Le rapport final ne doit pas dépasser le nombre de pages indiqué au chapitre 5. Des informations supplémentaires sur le contexte global de l'action, la description de la méthodologie et l'analyse des résultats doivent se trouver en annexe au texte principal.

La présentation doit être bien espacée et il est fortement recommandé d'utiliser des graphiques clairs, des tableaux et des paragraphes courts.

La page de garde du rapport final doit contenir le texte qui suit :

'Cette évaluation est soutenue et guidée par la Commission européenne et présentée par la société de conseil recrutée à cet effet. Le rapport ne reflète pas nécessairement les visions et les opinions de la Commission Européenne'.

Résumé exécutif

Un résumé exécutif bref, rigoureux, indépendant et qui va droit au but. Il doit se concentrer sur les objectifs ou sur les questions principales de l'évaluation, en souligner les principaux points exécutifs et montrer clairement les principales conclusions et leçons qui peuvent en être tirées, ainsi que les recommandations qui peuvent être faites. Il sera rédigé dans le format spécifique prévu au module EVAL.

Les principaux chapitres du rapport d'évaluation doivent être les suivants :

1. Introduction

Une description de l'action, du contexte du pays/de la région/du secteur concerné(e) et de l'évaluation, donnant au lecteur assez de précisions méthodologiques pour jauger la crédibilité des conclusions et pour prendre conscience de leurs limites et de leurs faiblesses éventuelles.

2. Réponses aux questions et conclusions

Un chapitre dédié aux réponses des questions d'évaluation, assorties des preuves et des raisonnements utilisés.

3. Évaluation globale (optionnelle)
questions

Un chapitre qui synthétise toutes les réponses aux

d'évaluation afin d'effectuer une évaluation globale de l'action. La structure détaillée de l'évaluation globale doit être peaufinée pendant le processus d'évaluation. Le chapitre correspondant doit articuler les conclusions et les leçons à tirer d'une manière qui reflète leur importance et qui en facilite la lecture. La structure ne doit pas forcément suivre les questions d'évaluation, le cadre logique ou les critères d'évaluation

4. Conclusions et recommandations

4.3 Enseignements tirés

Les enseignements tirés généralisent les résultats et traduisent l'expérience passée en connaissances pertinentes qui soutiendront la prise de décision, amélioreront les performances et favoriseront l'obtention de meilleurs résultats. Idéalement, ils devraient soutenir le travail des institutions concernées autant européennes que partenaires.

4.1 Conclusions

Ce chapitre contient les conclusions de l'évaluation, organisées par critère d'évaluation.

Afin de faciliter la communication des messages d'évaluation adressés à la Commission, un tableau qui classifie les conclusions par ordre d'importance peut être présenté, ou un paragraphe ou un sous-paragraphe doit reprendre 3 ou 4 conclusions principales, organisées par ordre d'importance, sans être répétitif.

4.2 Recommandations le

Leur objectif est d'améliorer ou de réformer l'action dans le cadre du cycle en cours, ou de préparer la conception d'une nouvelle action pour le cycle suivant.

Les recommandations doivent être regroupées et classées selon leur priorité, soigneusement adaptées au public ciblé à tous les niveaux, notamment au niveau de la Commission Européenne.

5. Annexes au rapport

Le rapport devrait inclure les annexes suivantes :

- *Les termes de référence de l'évaluation.*
- *Le nom des évaluateurs et de la société pour laquelle ils travaillent (les CV devraient être fournis, mais résumés et limités à une page par personne).*
- *Une description détaillée de la méthodologie de l'évaluation qui inclut : les décisions prises, les difficultés rencontrées et les limites de la méthodologie. Détails sur les outils utilisés et sur les analyses effectuées.*
- *Les matrices de la logique d'intervention / du cadre logique (planifiées/réelles et améliorées/mises à jour).*
- *La(les) carte(s) géographique(s) des lieux où l'action s'est déroulée.*
- *Une liste de personnes/organisations consultées.*
- *La littérature et la documentation consultées.*
- *D'autres annexes techniques (par exemple des analyses statistiques, des tables des matières et des chiffres, la matrice des preuves, des bases de données), si nécessaire.*
- *Des réponses détaillées aux questions d'évaluation, critères de jugement et indicateurs.*

13. ANNEXE IV: PLAN DE TRAVAIL

Cette annexe doit être incluse par les contractants-cadre dans leur organisation et méthodologie spécifiques et en faire partie intégrante. Les contractants-cadre peuvent ajouter autant de lignes et de colonnes que nécessaire.

Les phases de l'évaluation doivent refléter celles indiquées dans les présents termes de référence.

		Durée indicative en jours de travail ¹²		
Activité	Lieu	Chef d'équipe	Évaluateur...	Dates indicatives
Phase de démarrage : jours totaux				
•				
•				
Phase documentaire : jours totaux				
•				
•				
Phase de terrain : jours totaux				
•				
•				
Phase de synthèse : jours totaux				
•				
•				
Phase de diffusion : jours totaux				
•				
•				
Jours de travail TOTAUX (maximum)				

¹² Ajoutez une colonne pour chaque évaluateur

14. ANNEXE V : GRILLE D'ÉVALUATION

La qualité du rapport final sera évaluée par le gestionnaire d'évaluation (suite à la soumission du rapport et du résumé exécutif préliminaires) à l'aide de la grille d'évaluation ci-dessous, comprise dans le module **ÉVAL** ; la grille sera partagée avec l'équipe d'évaluation, qui aura la possibilité d'y incorporer ses

Evaluation de l'action (Projet/Programme)–Rapport final de la grille d'évaluation

commentaires.

Données de l'évaluation			
Titre de l'évaluation	5.7.1		
Évaluation gérée par	5.7.2	Type d'évaluation	5.7.3
Réf. CRIS du contrat d'évaluation	5.7.4	Réf. EVAL	5.7.5
Budget de l'évaluation	5.7.6		
DUE/Unité aux commandes	5.7.7	Gestionnaire d'évaluation	5.7.8
Dates de l'évaluation	Début :	5.7.9	Fin : 5.7.10
Date du rapport final préliminaire	5.7.11	Date de réponse des services	5.7.12 5.7.13
Commentaires	5.7.14		
Données du projet			
Principal projet évalué	5.7.15		
CRIS # du(des) projet(s) évalué(s)	5.7.16		
Secteur CAD	5.7.17		
Détails du prestataire			
Chef de l'équipe d'évaluation	5.7.18	Prestataire de l'évaluation	5.7.19
Expert(s) évaluateur(s)			

Légende : résultats et signification

Très bien : critères complètement satisfaits, d'une manière claire et originale

Bien : critères satisfaits

Faible : critères partiellement satisfaits

Très faible : critères non satisfaits dans l'ensemble

Le rapport d'évaluation est évalué comme suit

1. Clarté du rapport

Ce critère analyse dans quelle mesure le résumé exécutif et le rapport final:

- Sont facilement lisibles, compréhensibles et accessibles aux lecteurs visés pertinents
- Soulignent les messages fondamentaux
- La longueur des différents chapitres et des annexes du rapport sont bien équilibrés
- Contiennent les graphiques, les tableaux et les diagrammes nécessaires pour faciliter la compréhension
- Contient une liste d'abréviations (le rapport seulement)
- Évitent des répétitions non nécessaires
- Ont subi une révision linguistique pour éliminer les énoncés peu clairs et les fautes d'orthographe ou de grammaire
- Le résumé exécutif est un résumé approprié du rapport complet et un document indépendant



Forces	Faiblesses	Résultat
6	7	8
Commentaires du prestataire	Commentaires du prestataire	9
10	11	

2. Fiabilité des données et solidité des preuves

Ce critère analyse dans quelle mesure:

- Les données/preuves ont été rassemblées conformément à la méthodologie
- Le rapport tient compte, s'il y a lieu, des preuves découlant d'études, de rapports de supervision et/ou d'évaluations de l'UE et/ou d'autres partenaires pertinents
- Le rapport contient une description claire des limitations des preuves, des risques de partialité et des mesures atténuantes



Forces	Faiblesses	Résultat
12	13	14
Commentaires du prestataire	Commentaires du prestataire	15
16	17	

3. Validité des résultats

Ce critère analyse dans quelle mesure :

- Les résultats découlent des preuves collectées



- Les résultats évaluent tous les critères d'évaluation choisis
- Les résultats découlent d'une adéquate triangulation des différentes sources, clairement identifiées
- Dans l'évaluation de l'intervention de l'UE, les résultats décrivent et expliquent les principales relations cause/effet entre outputs, résultats et impacts
- L'analyse des preuves est exhaustive et tient compte des facteurs contextuels et externes

Forces	Faiblesses	Résultat
18	19	20
Commentaires du prestataire	Commentaires du prestataire	21
22	23	

4. Validité des conclusions

Ce critère analyse dans quelle mesure :

- Les conclusions sont logiquement liées aux résultats et les dépassent pour offrir une analyse complète
- Les conclusions abordent correctement les critères d'évaluation choisis et toutes les questions d'évaluation, y compris la dimension transversale
- Les conclusions tiennent compte de tous les groupes de parties prenantes de l'évaluation
- Les conclusions sont cohérentes et équilibrées (c.-à-d. qu'elles présentent une image crédible autant des forces que des faiblesses) et ne contiennent pas de considérations personnelles ou politiques
- (Si nécessaire) si le rapport signale les thèmes où les résultats sont insuffisants pour tirer des conclusions



Forces	Faiblesses	Résultat
24	25	26
Commentaires du prestataire	Commentaires du prestataire	27
28	29	


5. Utilité des recommandations

Ce critère analyse dans quelle mesure les recommandations :

- Sont clairement associées et découlent des conclusions
- Sont concrètes, faisables et réalistes
- Visent des destinataires spécifiques
- Sont regroupées (si nécessaire), classées selon leur priorité et assorties de délais si possible
- (Si nécessaire) fournissent des informations pour la sortie de l'action, sa durabilité postérieure ou pour ajuster la conception ou les plans de l'action



Forces	Faiblesses	Résultat
--------	------------	----------

30	31	32
Commentaires du prestataire	Commentaires du prestataire	33
34	35	
6. Justesse de l'analyse des enseignements tirés (si demandée par le TdR ou incluse par les évaluateurs)		
Ce critère est à évaluer uniquement s'il est requis par le TdR ou s'il est inclus par les évaluateurs et il n'est pas noté. Il analyse dans quelle mesure :		
<ul style="list-style-type: none"> Les enseignements sont identifiés Le cas échéant, s'ils sont généralisés de par leur pertinence transversale pour la(les) institution(s) 		
Forces	Faiblesses	36
37	38	39
Commentaires du prestataire	Commentaires du prestataire	40
41	42	
Commentaires finaux sur la qualité globale du rapport		Résultat global
42.1.1		42.1.5
42.1.2		
42.1.3		
42.1.4		

15. ANNEXE VI : MATRICE CADRE LOGIQUE (LOGFRAME) DE LA(LES) ACTION(S) ÉVALUÉE(S)

Cadre Logique du Projet d'Appui à la Santé

	Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement vérifiables	Sources d'informations	Hypothèses
Objectif Global	Appuyer le Gouvernement de la Guinée dans sa stratégie de réduction de la pauvreté et de contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement n°4 et 5			
Objectif spécifique	Relancer les services de santé pour la fourniture de soins essentiels et de qualité dans la région de Nzérékoré			
Résultat 1	Les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) sont renforcées en tenant compte du processus de déconcentration/décentralisation			
Sous Résultat (SR) 1.1	Le cadre organique et les fonctions directrices prioritaires du MSHP sont revus et améliorés à la lumière de la lettre de politique nationale sur la déconcentration et la décentralisation et testées dans la région ciblée.			Volonté politique de mener des réformes institutionnelles
SR1.1.A1	Au niveau central et périphérique, renforcer les capacités de planification et de coordination stratégique et sectorielle du MSHP et développer les outils de suivi-évaluation et de recherche en systèmes de santé à partir des actions déployées dans la région cible.	-approche sectorielle engagée -carte sanitaire mise à jour et appliquée -Indicateurs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) -réforme institutionnelle	-rapports de suivi PNDS et d'autres rapports du Ministère -résultats des travaux de recherche action publiés	Etroite collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé OMS (Compact, initiative Health Partnership IHP+, ...)
SR1.1.A2	Au niveau central et périphérique, renforcer le Système National d'Information et Gestion Sanitaire (SNIGS) et son utilisation efficace et analytique pour la prise de décision (pilotage, surveillance épidémiologique, gestion des services et des ressources humaines, fiabilité des données et utilisation des informations).	- Schéma directeur élaboré - Annuaire statistique élaboré, diffusé et utilisé - nombre de mécanismes d'analyse décisionnelle à plusieurs niveaux - Nombre de réunions de coordination du système	Rapports Bureau Stratégie et Développement (BSD), Système d'information Sanitaire (SNIS), Institut National de Statistiques (INS)	Coordination avec le projet d'appui au Renforcement des Capacités Statistiques (PARCS) et avec l'INS.
SR1.1.A3	Dans la région ciblée, recenser les ressources humaines en santé, analyser les modalités de leur gestion, et tester et évaluer un système de gestion amélioré.	- cadre et structures organiques révisés à partir du recensement biométrique de la fonction publique en cours - informatisation des fichiers et des résultats de la recherche action en région (performance-based management...) -révision des profils de postes -élaboration de plans de carrières -revalorisation salariale avec incitatifs pour travail en région -statut particulier des agents de santé révisé et mis en œuvre	-décret sur le cadre organique du Ministère de la Santé MHSP adopté et appliqué -rapports de la Direction des Ressources Humaines (DNRH), et du BSD - résultats des recherches en système de santé publiés	- Programme de restructuration de la Dette avec la France (P2D) mis en œuvre - Coordination avec les Projets de l'UE d'appui au Secteur de la Décentralisation et Déconcentration (PASDD) et du Programme de Réformes des Finances Publiques (PARFIP) - Accompagnement budgétaire du MSHP - Bonne gestion et transparence dans les structures de santé
SR1.1.A4	Dans la région ciblée, dans une optique recherche-action,	- projet de réforme des curricula	-rapport DNRH et BSD	Implication de l'IPPS et Ecole Nationale

	développer un mécanisme de formation continue des personnels de santé (y inclus une phase de remise à niveau des agents de santé) et suivre sa mise en œuvre.	- programme de stages – formation en région cible	-rapport d'activités de l'Institution de Perfectionnement de Santé (IPPS), et de l'Ecole de Kindia	pour Sages-Femmes de Kindia (ENSK)
Sous Résultat (SR) 1.2.	Les stratégies pour l'amélioration du financement du secteur sont revues et testées dans la région ciblée.	- budget en hausse - taux d'exécution budgétaire en hausse - part du budget drainé vers les structures déconcentrées et décentralisées en hausse	-revue des dépenses -loi des finances et loi de règlement financier -rapports de la Direction Administrative et Financière (DAF), de l'Inspection générale de la Santé (IGS), et de la Cour des comptes	- L'Etat s'engage à augmenter le budget du secteur de la santé et à améliorer son exécution - La réforme des finances publiques se poursuit
SR1.2.A1	Définir une stratégie de financement du secteur de la santé à moyen terme, incluant les contributions publiques et privées (patients, ménages, autres), et prenant en compte une politique sélective de gratuité des soins redéfinie et de recouvrement des coûts mise à jour (tarification des actes et des médicaments ; rôle des collectivités locales et communautés, etc.), et suivant plusieurs scénarios.	- une politique de gratuité / recouvrement des coûts des soins de santé est retenue - Un dispositif efficace et pérenne de gratuité des soins de santé est testé dans la région cible	Rapports de la Direction Administrative et Financière (DAF), du BSD et des Directions Préfectorales et Régionale de la Santé (DPS, DRS).	Volonté politique pour assurer l'accès pérenne aux services de santé
SR1.2.A2	Améliorer la gestion et la bonne utilisation des fonds publics: la budgétisation, la supervision, la surveillance et le contrôle financiers, ainsi que les procédures et pratiques de passation des marchés, sont revus et améliorés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	-budget et exécution du budget publiés à un niveau désagrégé -mécanisme de financement des structures déconcentrés / décentralisés adopté, mis en œuvre. - Nombre de supervisions réalisées, rapports d'audits publiés	Rapports de la DAF, du BSD et des DPS, DRS	Il existe une volonté de transparence à tous les niveaux de la chaîne des dépenses
SR1.2.A3	La gestion des paiements effectués par les patients pour les soins, et des autres contributions privées, est améliorée	- contractualisation par des organisations privées - projets pilote de mutualisation des risques appuyés dans la région cible dans le cadre de la recherche action - fonds d'achats de services de santé	Rapports de la DAF et du BSD	

Résultat 2	La disponibilité, la qualité, et l'utilisation des services de santé dans la région de Nzérékoré est améliorée, en particulier pour la santé de la mère et de l'enfant.			La situation sécuritaire dans la région de Nzérékoré reste stable
Sous Résultat (SR) 2.1	Les capacités de gestion et de supervision des équipes cadres des Directions régionale et préfectorales de la Santé (DRS, DPS) et des directions hospitalières de la région sanitaire de N'Nzérékoré sont améliorées	- Indicateurs SNIGS de gestion des structures	- objectifs fixés à partir de la baseline study	L'Etat s'engage à payer effectivement la subvention de fonctionnement de la DRS et des 6 DPS et l'augmente progressivement
SR2.1.A1.	Appuyer les Equipes Cadres Régionales et Préfectorales au travers d'un mécanisme incitatif basé sur la performance et au travers d'un	- Nombre de Contrats signés et de structures équipées	- Rapports des Directions Préfectorales et Régionale Sanitaires DPS, DRS	Les Equipes cadre des directions préfectorales et régionale restent

	appui logistique: équipement, informatiques, bureautiques, communication	- Indicateurs de performance améliorée	- Rapport de l'Assistance Technique - Baseline study et rapports de monitoring	stables
SR2.1.A2	Former les membres des Equipes Cadre de la DRS et des DPS et des Directions des HR/HP à la gestion financière/administrative, à la politique de déconcentration / décentralisation et aux procédures de contractualisation	- Nombre de membres des équipes-cadre formés	- Rapports des Directions Préfectorales et Régionale Sanitaires DPS, DRS - Rapport de l'Assistance Technique - rapports de monitoring	Les Equipes cadre des directions préfectorales et régionale restent stables
SR2.1.A3	Elaborer les outils de gestion et appuyer la mise en œuvre des Projets d'Etablissement Hospitalier (PEH) de l'Hôpital Régional et des Hôpitaux Préfectoraux	- Projets d'Etablissement Hospitalier (PEH) élaboré et appliqué	- Rapports des Hôpitaux Préfectoraux HP, de l'Hôpital Régional HR et des Directions Préfectorales et Régionale de la Santé DPS, DRS - Rapport de validation du Projet d'Etablissement Hospitalier PEH	
SR2.1.A4	Appuyer l'amélioration de la supervision, du monitoring et du contrôle de la gestion financière/administrative et des ressources humaines des structures sanitaires.	- Systèmes de rapportage, monitoring et suivi, contrôle et surveillance de la pyramide mis à jour fonctionnel - Système de gestion des RH fonctionnels - Nombre d'états financiers des structures sanitaires assainis	- Rapports des Directions Préfectorales et Régionale de la Santé DPS, DRS	
Sous Résultat 2.2.	Le paquet minimum d'activités (PMA) et le paquet complémentaire d'activités (PCA) de Santé de la Reproduction/ Planification Familiale/ Santé de l'enfant (SR/PF/SE) sont disponibles, du Centre de santé à l'hôpital régional.	-Indicateurs OMD4 et 5 s'améliorent (morbidité et mortalité infantile-maternelle) -Indicateurs d'utilisation des structures s'améliorent SNIGS	- objectifs fixés à partir de la baseline study	
SR2.2.A1	Réhabiliter, agrandir et/ou équiper les infrastructures d'un panel de formations sanitaires s'inscrivant dans la carte sanitaire de la région de Guinée forestière; construire et équiper 2 DPS et un dépôt pharmaceutique.	- Nombre de services fonctionnels - Nombre de formations réhabilitées et équipées - 2 extensions (Centre de Santé Améliorés - CSA) - Nombre d'unités de maintenance fonctionnelles	- baseline study - Rapports des DPS, DRS, de la Direction des Infrastructures et équipements et Maintenance (DIEM) - Procès-Verbaux (PV) de réception des travaux	- Implication de la DIEM - Garanties budgétaires pour l'entretien des infrastructures et équipement
SR2.2.A2	Développer la formation continue au niveau de la région de N'Nzérékoré.	Unité Régionale de Professionnalisation et Perfectionnement en Santé (URPPS) fonctionnelle - Etude de faisabilité pour une Ecole Nationale de Santé à de N'Nzérékoré	-Rapport de la Direction des Ressources Humaines (DNRH)	- Coordination avec l'IPPS à Conakry. - Coordination avec l'école des Sages-Femmes de Kindia - Concertation avec Partenaires Techniques et Financiers PTF
SR2.2.A3	Renforcer les capacités des sages-femmes et les moyens des services pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes (CPN et accouchements) et des nouveau-nés.	- Taux de Consultation Périnatale (CPN) - Couverture vaccinale par antigène - % des accouchements assistés par un personnel qualifié - % femmes enceintes porteuses VIH	- Registre d'accouchement ; - Fiches de Consultation Périnatale (CPN) - Rapport monitoring	- Existence de personnels disponibles - Activités de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) intégrée et disponibilité des antirétroviraux (ARV)

		ayant eu traitement antirétroviral ARV		
SR2.2.A4	Renforcer les capacités des personnels et les moyens des services pour améliorer la prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIMNE)	- Nombre d'enfants malades traités selon les directives nationales et protocoles - Couverture vaccinale / antigène	- Registre de consultation - Fiches techniques et infantiles	- Collaboration avec l'hôpital mère-enfants de Conakry
SR2.2.A5	Renforcer les capacités des personnels et les moyens des services de planification Familiale	- Taux d'utilisation des méthodes contraceptives		
SR2.2.A6	Renforcer les capacités des personnels et les moyens des services pour les activités de prévention et de lutte contre la malnutrition au niveau communautaire et des structures sanitaires.	- Nombre d'enfants dépistés selon protocoles	- Fiches	
S/Résultat 2.3	La collaboration entre les Directions Préfectorales Sanitaires et les Collectivités locales (CL) est renforcée			Les arrêtés d'applications du code des collectivités sont effectifs
SR2.3.A1	Former les membres des Comités de Santé et d'Hygiène Publique (CSHP) et les élus des CL à la gestion des structures de soins et mettre en place des plateformes de concertation entre les CSHP, les DPS et les CL	- Nombre de membres formés - Nombre de plateformes fonctionnelles	- Rapports de l'Assistance Technique - Rapports des DPS, DRS	- Les membres des CSHP et autres acteurs sont motivés - Coordination avec le PASDD et avec le Projet d'Appui à la Société Civile (PASOC)
SR2.3.A2	Appuyer et assurer le suivi du processus d'affectation et de prise en charge des Ressources Humaines de la Santé au niveau des collectivités locales.	- Nombre de personnels de Santé pris en charge par les CL - Montants mobilisés pour la prise en charge.	- Rapports des Conseils communaux et de l'Association des Maires de Guinée.	Le mécanisme de financement des collectivités locales est opérationnalisé (résultat du PASDD).
SR2.3.A3	Réaliser des expériences pilotes de financement de structures de soins primaires et de gestion de leurs ressources humaines et financières (fonds décentralisés, privés, mutuelles).	- Nombre de structures de soins prises en charge par les CL - Nombre de mutuelles fonctionnelles	- Rapports des Directions Préfectorales et Régionale de la Santé DPS, DRS - Rapports financiers des CSHP	Les Ressources Humaines en Santé nécessaires sont affectées et prises en charge

Résultat 3.	Un système rationalisé et pérenne d’approvisionnement garantit la disponibilité et accessibilité des Médicaments Essentiels Génériques dans les structures sanitaires publiques des DPS ciblées	<ul style="list-style-type: none"> -La Convention Ministère de la Santé / Pharmacie Centrale de Guinée MSHP/PCG est respectée en tous points -Apurement par l’Etat de la dette commerciale de la Pharmacie Centrale Guinée CG. -La Pharmacie Central de Guinée PCG recapitalisée par l’Etat 		
R3.A1	Mettre à jour et favoriser l’application de la réglementation et de la politique pharmaceutique, ainsi que permettre la fonctionnalité des instances de contrôle de la qualité et du laboratoire.	<ul style="list-style-type: none"> - Politique pharmaceutique et réglementation mise à jour. - Mécanismes d'application mis à jour. - Système de monitoring du respect du cadre réglementaire -Contrôle de qualité minimal du Laboratoire National de Contrôle de Qualité du Médicament LNCQM assuré. 	Rapports du BSD, de la DNPL et de la PCG.	<ul style="list-style-type: none"> - Concertation des Partenaire Techniques et Financiers PTF pour la révision de la politique et réglementation. - Engagement du Ministère de la Santé MSHP pour revoir les mécanismes d'agrément et modalités de contrôle de qualité (séparation Direction de Pharmacie et laboratoire / Laboratoire National de Contrôle de Qualité du Médicament (DNPL/LNCQM). - Cadre d'appui français au LNCQM est actif.
R3.A2	Renforcer les capacités institutionnelles de la Pharmacie Centrale de Guinée PCG en matière de gestion financière et administrative, gestion des stocks, contrôle de qualité, chaîne d'approvisionnement, passation de marchés et traçabilité (exploitation des données).	<ul style="list-style-type: none"> - manuels de procédures mis à jour et observés - Outils de gestion mis jour et appliqués - système de gestion des données fonctionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de suivi des recommandations de l'audit de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG). -Manuels de procédures - Rapports des Directions Préfectorales de la Santé DPS - Rapport de la PCG 	<ul style="list-style-type: none"> - engagement des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour appuyer la logistique intégrée à la PCG.
R3.A3	Fournir à la PCG une dotation en Médicaments Essentiels et Génériques, produits médicaux consommables et moyens logistiques pour assurer l’approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> - Etat des stocks- fonds alloués - Nombre de véhicules - accès aux Médicaments 	- Rapports du BSD, de la PCG, de la DNPL, des DPS, DRS.	-appel d'offres international

	dans les DPS ciblés et ainsi renforcer le fonds de roulement.	Essentiels et Génériques (MEG) améliorés, coût pour le patient en baisse - taux d'approvisionnement public / privé amélioré	- PV de livraison de fourniture des Médicaments à la PCG, au Dépôts et au Formations Sanitaires	
R3.2.A4	Remettre le dépôt régional de la PCG et les dépôts pharmaceutiques des Hôpitaux Préfectoraux aux normes.	- Dépôt régional construit - nombre dépôts mis aux normes et fonctionnels (N'Nzérékoré)	- Rapports des DPS, DRS - PV de réception des équipements, réhabilitations	
R3.3.A5	Optimiser la gestion et utilisation des stocks de médicaments dans les structures sanitaires	-Etat des stocks, fonds alloués aux médicaments, état des fonds de roulement	- Rapports des DPS, DRS	En coordination avec la PCG (projet Médicament pour tous)

A.2.3. PRODUITS ET RESULTATS ATTENDUS DE LA MISSION D'ÉVALUATION A MI-PARCOURS

Phases d'évaluation	Produits attendus (outputs)	Résultat attendu
Phase de démarrage, réalisée en Europe (Expert 1 (E1))	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse documentaire dans le but de structurer l'évaluation, ▪ Conversation Skype avec la chargée de programmes de la DUE (voir compte rendu en annexe A.0.2 au rapport de démarrage) 	Rapport de démarrage (le 8 mars 2019)
Phase documentaire en Guinée (E1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunion avec le groupe de référence <ul style="list-style-type: none"> ○ Finalisation de la méthodologie ○ Identifier les informations manquantes, ○ Finaliser la matrice d'évaluation, ○ Finaliser la liste des personnes et institutions à rencontrer au niveau central et périphérique, ○ Finaliser le plan de travail ▪ Élaborer les outils de collecte de données : guides d'entretiens, de focus group, et d'observations, ▪ Définir la logistique de déplacement 	<p>Note de démarrage</p> <p>Réunion avec le groupe de référence (le 12 mars)</p> <p>Restitution de la note documentaire/groupe de référence (le 22 mars 2019 au MS, salle de conférence)</p>
Phase de terrain (E1 et E2) – Conakry et région de Nzérékoré	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visiter les parties prenantes et bénéficiaires à Conakry et collecter les données nécessaires à répondre aux questions 	

Phases d'évaluation	Produits attendus (outputs)	Résultat attendus
	<p>d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visiter les parties prenantes et bénéficiaires dans la région de Nzérékoré et collecter les données nécessaires à répondre aux questions d'évaluation ▪ Assister au Comité de pilotage du « Renforcement de la collaboration entre les Collectivités locales et les autorités sanitaires » (ReCCLAS) (subvention avec TdH) à Nzérékoré le 9 avril (E1) 	<p>Rapport intermédiaire</p> <p>Debriefing avec le groupe de référence, au retour de terrain – E1 - (le 15 avril)</p>
Phase de synthèse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyser des données collectées ▪ Rédiger les réponses aux questions d'évaluation ▪ Intégrer les commentaires reçus sur le projet de rapport 	<p>Projet de rapport final (le 29 Avril 2019)</p> <p>Rapport final (dans les deux semaines suivant la réception des commentaires)</p>
Phase de diffusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser l'atelier de restitution ▪ Rédiger le matériel de communication 	<p>Atelier de restitution dans les locaux du MS prévue au 27 mai 2019</p> <p>Document d'une page sur les réussites du PASA visant le grand public;</p> <p>Deux documents présentant chacun une "succes stories"</p> <p>Article presse de deux pages</p>

A.2.4. OUTILS D’ÉVALUATION TESTES ET REVISES

A.2.4.1. MATRICE D’ÉVALUATION

	Question et sous questions	Critères de jugement	Indicateurs	Sources de vérification	Outils de collecte
Pertinence	<p>1. Dans quelle mesure les objectifs du PASA correspondent ils à ceux du PNDS 2015-2024, du PRSS 2015 - 2017 et de l'audit du MS, en 2013 et en fin de mise en oeuvre?</p> <p>1.2. PASA peut il être étendu tel quel à des zones aux caractéristiques similaires en Guinée?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs du PASA contribuent à ceux du PNDS et du PRSS • Les objectifs visés correspondent à ceux identifiés lors de l'audit du MS • Le choix des zones d'intervention correspond à celles qui en ont le plus besoin 	<p>État d'adéquation des objectifs visés du PASA avec les diagnostics du système de santé réalisés en cours de projet</p> <p>Choix de la région de mise en œuvre. Cible : PASA est mis en œuvre dans les zones où les indicateurs de santé maternelle et infantile sont les plus bas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dernière version du cadre logique (CL), soit celle de la CF car non révisé. • PNDS • PRSS • Feuille de route (audit) • Draft de la stratégie de santé communautaire 	Analyse documentaire et interviews avec MS

	Question et sous questions	Critères de jugement	Indicateurs	Sources de vérification	Outils de collecte
Cohérence/efficience	<p>2. La stratégie de mise en œuvre choisie permet-elle aux activités d'atteindre les objectifs visés ?</p> <p>3. Dans quelles mesures, le PASA complète ou/et duplique-t-il les interventions des autres bailleurs de fond européens et celles des autres PTF : ceux qui bénéficient de la contribution financière de l'UE : FM, GAVI, OMS et USAID, BM, UNICEF (dehors de la Convention de Contribution).</p> <p>3bis. L'expérience de collaboration avec USAID avec UNICEF, avec la TdH était-elle concluante ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les institutions de mise en œuvre sont les plus compétentes pour mettre en œuvre les activités planifiées (y compris équipe d'AT/UGP, TdR p.7) Capacités de gestion et de coordination du PASA par la DUE et ON Utilité et appréciation de l'Assistance Technique LT dans l'appui au MS à tous les niveaux Observations sur le terrain d'éventuels chevauchements sur les activités financées par les PTF envers la même cible Appréciation du PASA de la part des autres PTF actif dans la santé et la santé de la mère et de l'enfant 	<p>Nombre d'instruments financiers mis en œuvre dans PASA</p> <p>Activités financées par plusieurs PTF</p>	<ul style="list-style-type: none"> Évolution des activités au travers des rapports de DP Audit (pour la pertinence en fonction du contexte) 	<p>Analyse documentaire et interviews avec MS et autres acteurs en santé</p> <p>Entretiens avec les parties prenantes</p> <p>Observation de l'effet des activités financées par les PTF</p>

	Question et sous questions	Critères de jugement	Indicateurs	Sources de vérification	Outils de collecte
Efficience	4. Dans quelle mesure le budget du PASA et la durée de mise en oeuvre initiaux ont permis d'atteindre les résultats attendus ?	<ul style="list-style-type: none"> Retards constatés et raisons Les apports (jours d'AT court terme, équipements, infrastructures) contribuent aux résultats attendus au meilleur coûts 	<p>Etat des lignes budgétaires du PASA</p> <p>% de dépenses du PASA, de la subvention, de la convention de contribution, des contrats de construction, en fonction du temps écoulé</p> <p>Qualité des inputs :</p> <p>Cible : les équipements fournis</p> <ul style="list-style-type: none"> Sont utilisés et connus des bénéficiaires Peuvent être maintenus en Guinée <p>Etat des réhabilitations. Cible : elles sont conformes au cahier des charges</p> <p>Appréciation du rôle des AT par les bénéficiaires</p> <p>Appréciation de la qualité et de l'utilité des expertises fournies (études, appuis)</p>	<p>Rapports financiers</p> <p>Observation des équipements reçus, livrés, des infrastructures réalisées</p> <p>Entretien avec les ingénieurs biomédicaux de N'Zérékoré</p> <p>Recommandations de la mission conjointe (mars 2018)</p>	<p>Observations sur les réhabilitations, les équipements fournis</p> <p>Interviews des usagers sur la qualité reçue (équipement, réhabilitations, expertises)</p> <p>Analyse temporelle du processus d'élaboration des DAO équipements et infrastructures</p>
	5. Comment les différentes parties prenantes perçoivent-elles la qualité des résultats atteints ?	<ul style="list-style-type: none"> Appréciation de l'utilité et la qualité des inputs : 			

	Question et sous questions	Critères de jugement	Indicateurs	Sources de vérification	Outils de collecte
Efficacité	6. Dans quelle mesure le PASA a-t-il atteint ses objectifs (produits et effets attendus) tels que définis dans les DTA de la CF ?	Mesure des atteintes des résultats attendus	Les indicateurs clés sélectionnés parmi ceux du rapport de suivi (décembre 2018, si transmis).	Analyse des rapports d'exécution des DP, des activités d'UNICEF et de celles de TdH, de l'exécution des contrats de fournitures et de construction	Revue documentaire
	6.1. Quelles sont les raisons de la réalisation / non-réalisation des objectifs du PASA ?	Analyse de la contribution du PASA dans les résultats du MS	Deux indicateurs du Cadre de Résultat (CRUE) de l'UE (*) - si leur mesure par l'Observatoire National de la République de Guinée (ONRG) correspond aux notes méthodologiques du CRUE	Dernier rapport de suivi 2018 avec données jusqu'en décembre 2018 (si reçu)	Observations sur le terrain
	6.2. Quelle est la contribution du PASA dans les progrès réalisés, celle des facteurs externes ?	Qualité des données (si possible)	Utilisation des services	Notes méthodologiques de mesure des indicateurs du CRUE niveau 2 et note méthodologiques utilisées par ONRG	Interviews des bénéficiaires
			Compliance et complétude formulaire du SNIS		Interviews avec le MS, la PCG, UNICEF et TdH, la DNEHS et les ingénieurs des travaux
			Evolution du nombre de règles de validation violées (DHIS2)		

	Question et sous questions	Critères de jugement	Indicateurs	Sources de vérification	Outils de collecte
Impact	<p>7. Quels sont les effets long-terme directs, indirects et induits des résultats du projet?</p> <p>7.1 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il aux changements de capacités et de comportement des individus, des groupes, y compris les groupes vulnérables et des femmes?</p> <p>7.2. Quels sont les effets du PASA sur l'environnement (technique, économique, social, politique, et écologique) ?</p>	<p>Mesure des indicateurs d'impact du PASA</p> <p>Mesure des indicateurs d'impact du PASA par l'ONRG</p>	<p>Mortalité infantile</p> <p>Mortalité maternelle</p> <p>Et si disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de malnutrition chez la mère et l'enfant - formation et répartition des RH en santé - indicateurs pertinents à trouver sur l'approvisionnement en médicaments et sur le financement du secteur. <p>Indicateurs du suivi de l'ONRG Xème FED sur le PASA par enquêtes d'octobre 2018</p>	<p>Analyse des rapports d'exécution</p> <p>Entretiens avec le MS, le SNIS, les collectivités locales</p> <p>Observations du PMA et PCA dans les structures de santé qui seront visitées</p> <p>Observation de la disponibilité d'une liste de médicaments (différente si possible de celle des médicaments traceurs du PBF) dans structures sanitaire, au magasin PCG N'Zérékoré et à PCG Conakry</p> <p>Entretiens avec les bénéficiaires directs sur les changements de comportement observés sur le personnel soignant et sur eux-mêmes</p>	<p>Questionnaires DRS</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPS • Personnel CS et HR, HD • Bénéficiaires directs • MS: UGP et SNIS • PCG et magasin régional <p>Observations sur l'environnement (technique, économique, social, politique, et écologique)</p>

	Question et sous questions	Critères de jugement	Indicateurs	Sources de vérification	Outils de collecte
Durabilité	8. Comment Les résultats du PASA seront-ils maintenus après la fin du financement par les donateurs ?	Planification de la continuation des activités au niveau central et en région	Etat de la planification des activités au niveau central et en région, pour l'année 2019	Entretiens au MS, DRS et DPS, A la PCG, et dépôts en région Aux structures sanitaires	Questionnaires
	8 bis. Quel est le risque que le niveau d'appropriation par les parties prenantes soient insuffisants pour permettre le maintien des résultats obtenus ?	Niveau d'appropriation et de participation des parties prenantes dans les activités Moyen de financement des activités du PASA envisagés	Etat de la planification financière pour réaliser ces activités au niveau central et en région, pour 2019 Etat des recouvrements de coût des médicaments dans les structures sanitaires.		

	Question et sous questions	Critères de jugement	Indicateurs	Sources de vérification	Outils de collecte
Genre	<p>9. Les femmes et les hommes ont-ils.elles bénéficié de manière égale des interventions du programme ?</p> <p>9.bis Comment les intérêts différents des hommes et des femmes ont-ils été pris en compte dans l'intervention, sa gouvernance et son suivi et évaluation?</p>	<p>Équité des soins</p> <p>Application de l'équité de genre dans les personnels de mise en œuvre</p> <p>Désagrégation par genre des données dans les rapports</p>	<p>% de fréquentation dans les structures de santé des femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé de la mère et de la femme • Autres pathologies <p>Liste des problèmes rencontrés par les hommes et par les femmes pour l'accès aux soins</p>	<p>Rapport de suivi du PASA</p> <p>Observation de la parité dans</p> <ul style="list-style-type: none"> • équipes des COSAH, • équipes des instances de santé • UGP <p>Entretiens avec les communautés, avec les patients</p>	<p>Questionnaires</p> <p>Focus group des COSAH et bénéficiaires</p>
Valeur ajoutée UE	<p>10. Quelle est la valeur ajoutée de l'UE comparée à un financement par les pays membres ?</p>	<p>Politiques élaborées par l'UE dont le PASA bénéficie</p>	<p>Etat d'implication des pays membres dans le PASA</p> <p>Facteurs de potentialisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PIN 10^{ème} FED • Entretiens avec les bailleurs des pays membres en matière de santé • Instruments financiers 	

A.2.4.2. OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

Au niveau central :

Les Directions du MS (BSD, SNIS, DRH, DNPM, DNL, DNEHSS, DNSFN, DNSCMT, DAF)

1. Quels ont été vos rôles dans la formulation du PASA ?
2. Quels rôle jouez-vous dans le PASA ?
3. Quelles activités de renforcement de capacités avez-vous reçues ?
4. Quels sont selon vous les résultats marquants obtenus grâce au PASA ?
5. Quels changements de comportement dans vos travaux quotidiens avez-vous observé suite au renforcement de capacités du PASA ?
6. Comment avez-vous été associés au suivi du programme ?
7. Est-ce que vos besoins et priorités ont bien été pris en compte ?
8. Quels seraient les enseignements d'un tel projet et vos recommandations pour l'avenir ?
9. Selon vous, les modalités de gestion du PASA sont-elles adaptées au contexte du pays ?
10. Comment comptez-vous pérenniser les résultats obtenus ?
11. Dans quelle mesure le programme a-t-il été inclusif (par rapport notamment à l'aspect genre) depuis le début de la mise en œuvre jusqu'à maintenant ?
12. Pensez-vous qu'il y ait une valeur ajoutée du co-financement par l'UE/AFD comparé à un financement de pays membres ?
13. Nombre total d'employés dans votre direction, nombre de femmes ?
14. Comment avez-vous apprécié le processus de rédaction des DAO, de livraison et la qualité des équipements reçus ?
15. Réhabilitation/construction :
 - Implication dans la définition des travaux à faire (DAO), la mise en œuvre/le suivi
 - Appréciation de la qualité de la réhabilitation/construction
 - Observation photo de l'état d'avancement
16. Selon vous, qu'a amené l'UGP dans la mise en œuvre du PASA (efficacité, utilité)
17. Avez-vous reçu des AT court terme ?
 - a. Comment appréciez-vous la qualité de leurs apports ?
 - b. Avez-vous participé à leur restitution ?
 - c. Qu'ont-ils apporté de neuf ou d'amélioration dans votre service ?
18. Comment appréciez-vous la qualité de l'apport de l'AT long terme de conseil santé (AT à Conakry et à Nzérékoré) ?
19. Est-ce qu'une feuille de route a été produite pour la continuation, finalisation ou réplique des résultats dans d'autres régions.

Les mesures d'accompagnement au résultat 1 prévues dans la DTA sont-elles réalisées :

1. Augmentation substantielle du budget alloué au MS par le Gouvernement selon un calendrier réaliste (fixé durant la période de démarrage)
2. Sécurisation des lignes budgétaires sensibles
3. Traduction budgétaire de la mise en œuvre graduelle de la lettre de politique sur la déconcentration et le développement local

PCG

1. Quels appuis avez-vous reçus du PASA ?
2. Comment appréciez-vous la qualité des équipements informatiques fournis ?
3. Merci de bien vouloir me fournir la convention MS-PCG-MEF de 2018
4. Niveau d'implication dans la formulation du PASA
5. Nombre d'employés, nombre de femmes ?
6. Nombre de femmes dans le comité d'administration ? nombre total de personnel de direction ?
7. Réhabilitation/construction du dépôt régional de Nzérékoré :
 - a. Implication dans la définition des travaux à faire
 - b. Appréciation de la qualité de la réhabilitation/construction
 - c. Observation photo de l'état d'avancement
8. Quelles conséquences du retard dans les réhabilitations et constructions à Nzérékoré ?
9. Dotation de médicaments
 - a. Appréciation de la qualité
 - b. Ces fournisseurs font-ils parties de vos fournisseurs qualifiés ?
10. Comment appréciez-vous la qualité des expertises court terme ?
 - a. Appréciation de la qualité des expertises court terme fournies ?
11. Comment appréciez-vous la qualité des apports des AT long terme de Conseil Santé ?
12. Une des mesures d'accompagnement de PASA consistait en la soumission par le MS d'un plan d'apurement des arriérés sur la dette commerciale de la PCG
 - a. Ce plan a-t-il été fait ?
 - b. Ce plan a-t-il été mis en œuvre ?
13. Ou en est votre statut ?
14. Points forts du PASA selon la PCG
15. Points faibles du PASA selon la PCG
16. Quelles chances de pérennité envisagez-vous à cet appui ?
 - a. Comment sera financée la gratuité des médicaments?

b. Budget de fonctionnement

17. Quels autres appuis recevez-vous ? (contenu et PTF)

18. Disponibilité du panier de médicaments test (voir ci-dessous)

LNCQM

1. Quel est votre statut ? lien avec la DNPM (mesure d'accompagnement devait « délier » ces deux entités)
2. Appui reçus du PASA
3. Niveau d'implication dans la formulation du PASA
4. Nombre d'employés, nombre de femmes ?
5. Nombre de femmes cadres ? nombre total de cadres?
6. Réhabilitation/construction :
 - a. Implication dans la définition des travaux à faire
 - b. Appréciation de la qualité de la réhabilitation/construction
 - c. Etat d'avancement des travaux (photo)
7. Formation
 - a. Appréciation de la qualité
8. Points forts du PASA ?
9. Points faibles du PASA ?
10. Quelles analyses sous traitez-vous et à quel laboratoire ?
 - a. Sur quel budget ces analyses sous traitées sont-elles financées ?
 - b. Sur quel budget après appui des PTF (*si pertinent*)
11. Quels autres appui recevez-vous ? (contenu et PTF)
12. Chances de pérennité de cet appui ?
 - a. Du coût de l'analyse
 - b. De la sous-traitance
 - c. Budget de fonctionnement

DRS

4. Appui reçu ?
5. Les mesures d'accompagnement ont-elles été réalisées ?
 - a. Déboursement effectif et opportun des budgets de fonctionnement par le MS
 - b. Révision de la politique des salaires et primes

- c. Révision de la politique d'affectation des personnels de santé dans la région
6. Est-ce que le système de gestion des ressources humaines s'est amélioré, avec le soutien de l'AT ?
7. Est-ce que vous pouvez baser vos décisions opérationnelles et prioriser les activités en se basant sur l'analyse du SNIS dans votre région?
8. Combien avez-vous fait de supervisions depuis 2015 ?
9. Points forts du PASA (ou de l'AT?) ?
10. Points faibles ?
11. Quels changements PASA a-t-il amenés à la région ?
12. Est-ce toujours le seul appui en matière de santé de votre région ?
13. Quelles mesures l'état/DRS/DPS met-il en place pour pérenniser ce projet?

DPS

1. Appui reçu ?
2. Les mesures d'accompagnement ont-elles été réalisées ?
 - a. Déboursement effectif et opportun des budgets de fonctionnement par le MS
 - b. Révision de la politique des salaires et primes
 - c. Révision de la politique d'affectation des personnels de santé dans la région
3. Combien avez-vous fait de supervision vers les HP ? CMS ? CSA ? CS, PS ?
4. Combien avez-vous reçu de supervision de la DRS ?
5. Points forts du PASA?
6. Points faibles ?
7. Quelles mesures l'état/DRS/DPS met en place pour pérenniser ce projet?
8. Quels changements PASA a-t-il amenés à la préfecture ?
9. Avez-vous reçu des AT court terme ?
 - a. Comment appréciez-vous la qualité de leurs apports ?
10. Comment appréciez-vous la qualité de l'apport de l'AT long terme de conseil santé à Nzérékoré ?
11. Comment estimez-vous la qualité des appuis reçus ?
12. En ce qui concerne le SNIS, combien de règles de validation du DHIS2 étaient violées au début de sa mise en place et en fin 2018 ?

Conseillers municipaux

1. Connaissez-vous le PASA ? qui le finance ?
2. Quel appui avez-vous reçu ?

3. Quels changements avez-vous observé suite à cet appui ?
4. Etes-vous impliqués dans la prise de décision, le suivi et collecte de données sur les RH, les outils de monitoring, l'articulation avec les formations sanitaires
5. Avez-vous reçu des formations sur le budget dédié à la santé ?
6. Comment seront financés les projets santé via ANAFIC ?
7. Comment appréciez-vous la coordination entre la mairie et les CS ?
8. Comment appréciez-vous le fonctionnement des COSAH ?
9. Points forts ?
10. Points faibles ?

Formations sanitaires : HR, HP, CSA, CSU, CMC, CS, PS

Chef de la formation sanitaire

1. Connaissez-vous le PASA ? qui le finance ?
2. Les mesures d'accompagnement suivantes ont-elles été réalisées (niveau hôpital seulement)?
 - a. Déboursement effectif et opportun des budgets de fonctionnement par le MS
 - b. Révision de la politique des salaires et primes
 - c. Révision de la politique d'affectation des personnels de santé dans la région
3. Avez-vous reçu des AT court terme ?
 - a. Comment appréciez-vous la qualité de leurs apports ?
4. Comment appréciez-vous la qualité de l'apport de l'AT long terme de conseil santé à Nzérékoré ?
5. Comment appréciez-vous la qualité de l'apport de l'AT long terme de conseil santé à Conakry ?
6. Avez-vous un PEH (CSR et CSU exclus)?
 - a. Comment a-t-il été élaboré ?
 - b. Est-il validé ?
7. Equipe de personnels de santé
 - a. Fonctions et date d'affectation ?
 - b. Nombre total, nombre de femmes ?
8. SNIS
 - a. Quels changements avez-vous observés ?
 - b. Est-ce que vous pouvez baser vos décisions opérationnelles et prioriser les activités en se basant sur l'analyse du SNIS dans votre unité sanitaire?
9. Existe-t-il des soins gratuits ?
 - a. Lesquels ?

- b. Quels médicaments ?
 - c. La gratuité est-elle appliquée ?
 - d. Comment sont financés les coûts de ces soins gratuits ?
10. Quel appui avez-vous reçu de la part de ce projet?
11. Avez-vous reçu des équipements et matériel médical ?
- a. Avez-vous participé à la liste de ces besoins ?
 - b. Comment appréciez-vous la qualité de ce matériel reçu ?
 - c. Pouvez-vous faire fonctionner ce matériel durant deux ans (pièces détachées, consommable associé) ?
 - d. Avez-vous été formés à l'utilisation du matériel qui le nécessitait?
 - e. Avez-vous été formé à la maintenance préventive de ce matériel?
 - f. Si une panne dépasse vos compétences, où ferez-vous réparer l'appareil ?
 - g. Comment assurerez vous la maintenance des infrastructures ?
12. Quel changement dans vos pratiques professionnelles avez-vous pu mettre en œuvre, suite aux renforcements de capacités reçus (réhabilitation, apports en matériel, médicaments, appui à l'élaboration des PEH et formations, ...etc) dans cette FOSA?
13. Pensez-vous que le recouvrement de coûts des médicaments va continuer à fonctionner?
14. Combien de consultations avez-vous reçus ces trois derniers mois ?
- a. Total
 - b. Combien de femmes/filles ?
 - c. Combien de CPN4 ? CPN3 ?
15. Nombre d'accouchements depuis ces trois derniers mois (déc-jan-fév 2018)?
- a. Combien étaient-ils en 2015 (UNICEF)
 - b. Combien étaient-ils en janvier 2018 ?
16. Nombre de cas d'accouchements référés ?
17. Quand a été créé le COSAH ?
18. Avez-vous remarquer un changement chez les patient.es de votre aire de santé qui serait lié au projet PASA ?

Sages-femmes, infirmiers

19. Connaissez-vous le PASA ? qui le finance ?
20. Combien êtes-vous de SF ou infirmier.es ?
- a. Combien de femmes
21. Avez-vous reçu des renforcements de capacités de la part de UNICEF, de TdH ?

- b. Quels sont ils ?
 - c. Quand ont-ils eu lieu
 - d. Quels changement avez-vous mis en œuvre dans la pratique de votre travail suite à ces formations ?
22. Avez-vous reçu des équipement et matériel médical ?
- e. Savez-vous les utiliser ?
23. Appliquez-vous la gratuité des soins ?

Personnel de la pharmacie

1. Quel soutien avez-vous reçu ?
2. Quels changements dans la pratique de votre travail ces apports ont-ils amenés ?
3. Avez-vous reçu des médicaments
 - a. Qui en a fait la commande ?
 - b. La commande a-t-elle été livrée complètement ?
 - c. Dans quel délai de livraison ?
 - d. Est-ce conforme à ce que vous attendiez (médicaments et délais)
 - e. Quelle sera votre prochaine date de commande ?
4. Le recouvrement de coût permet-il de couvrir la prochaine commande de médicaments ?
5. Le recouvrement de coût couvre-t-il d'autres frais que le réapprovisionnement des médicaments ?
6. Appliquez-vous la gratuité des médicaments ?
7. L'indigent (gratuité totale) est-il défini et pris en compte à votre niveau ?

COSAH

1. Connaissez-vous le PASA ? qui le finance ?
2. Quand ce comité de gestion a-t-il été formé ?
3. Avez-vous reçu des formations ?
4. Nombre de femmes dans le comité sur nombre total
5. Nombre de femmes Présidente, Secrétaire ou Trésorière ?
6. Quels sont les changements survenus dans la formation sanitaires depuis début 2015 ?
7. Quand avez-vous reçu la dotation des médicaments ?
8. Depuis quand le recouvrement de coût est-il en place ?
9. La prochaine commande sera elle financée par la caisse du recouvrement de coûts ?
10. Quels sont les points forts de cet appui ?

11. Quels sont les points faibles de cet appui ?
12. Comment pourrions-nous mieux appuyer la santé de la population couverte d'après vous ?

OBSERVATIONS :

1. Visibilité (panneaux, plaques sur les constructions terminées, documents...etc)
2. Présence de la carte sanitaire dans les FOSA
3. Présence des ordinogrammes
4. Présence de l'organigramme
5. Présence des indicateurs dans la FOSA
6. Propreté générale des services
7. Tri des déchets ?
8. Présence d'incinérateurs en état et utilité
9. Si réhabilitation :
 - a. Présence d'accès pour handicapés
 - b. Latrines séparées pour hommes et femmes
 - c. Etat au moment de la visite (photo), description par le DRS ou DPS si lieu non visité
10. Pharmacie :
 - a. Outils de gestion de stocks
 - i. N° lot et dates de péremption sur les outils de gestion?
 - ii. CMM par molécules ?
 - iii. Stock sécurité par molécules ?
 - iv. Fiches de stocks pour chaque produit
 - b. Présence des médicaments de la liste de médicaments traceurs définie par les consultants
 - c. Appréciation propreté (score de 1 à 4)
 - d. Présence de la Liste nationale des Médicaments Essentiels (LNME) et des prix d'achat des médicaments
 - e. Liste de médicaments traceurs

Critères :

- Dans la LNME de niveau CS
- Indispensable à la santé de la mère
- Indispensable à la santé de l'enfant

DCI	Forme et Dosage	Classe thérapeutique	
Oxytocine	Injectable 10 UI/ml	Utérotonique	Adulte
Metronidazole (PS)	Comprimé 250mg	Antibiotique	Pédiatrique
Ciprofloxacine	Comprimés 500mg	Antibiotique	Adulte
Seringue à injection si besoin pour oxytocine		Matériel médical pour injection oxytocine	Adulte

Focus group avec les communautés (autorités locales et membres de la communauté)?

1. Nombre total de répondants, nombre de femmes
2. A quel poste de santé (PS) vous rendez vous lorsque besoin ? nombre de kms ?
3. A quel centre de santé (CS) vous rendez vous lorsque besoin ? nombre de kms ?
4. Connaissez-vous le PASA ? qui le finance ?
5. Comment avez-vous été informés des soins disponibles dans le PS et le CS ?
6. Date de votre dernière consultation au PS et au CS :
 - a. Pour quelle raison avez-vous consulté ?
 - b. Avez-vous payé quelque chose ? quoi ? et à qui ?
 - c. Avez-vous trouvé tous les médicaments prescrits ?
 - d. Comment avez-vous fait pour payer les médicaments ?
 - e. Connaissez-vous une source moins chère de médicaments ? quelle est cette source ?
 - f. Avez-vous reçu des conseils sur la nutrition de vos enfants ? lesquels ?
 - g. Avez-vous reçu des conseils sur la contraception ?
7. Avez-vous remarqué un changement dans le nombre de personnel de santé dans le PS et le CS depuis 2015 ?
8. Avez-vous noté des changements dans le comportement du personnel de santé depuis 2015 dans votre PS dans votre CS ?
 - a. Lesquels ?
9. Avez-vous noté des changements dans les services rendus depuis 2015 dans votre PS, dans le CS ?
10. Avez-vous reçu des conseils sur la nutrition des enfants ?

Dépôt régional de médicaments

1. Observation des travaux

2. Disponibilité de la liste de médicaments traceurs
3. Quel appui avez-vous reçu du PASA ?
 - a. Quel est votre appréciation de la qualité de cet appui ?
 - b. Comment maintiendrez-vous la réhabilitation lorsqu'elle sera réalisée ?
4. Quels changements dans vos pratiques professionnelles quotidiennes sont survenues suite à ces appuis ?
5. A quelle fréquence approvisionnez-vous les PS ? les CS ? les HP, les HR ?
6. Quels sont les points forts du PASA d'après vous ?
7. Quels sont les points faibles ?

Ingénieurs Biomédicaux

1. Les équipements fournis sont-ils connus des ingénieurs biomédicaux ?
2. Avez-vous reçu une formation lors des livraisons ?
3. Sur quel budget maintenez-vous les équipements ?

A.2.5. DONNEES BRUTES COLLECTEES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

Limite méthodologiques : En l'absence des chefs de centre, les registres sont difficiles à consulter. Les données sur le nombre de césariennes, d'accouchements et d'accouchements référés sont données oralement.

	HP Guékédou	CS Bofossou	CS Balizia	HP Macenta	HR Nzérékoré	CMC Goueké	Poste de santé Gbouo	de de CS foubado u
Remarques méthodologiques	Visite un dimanche				Info par SAF	Privé mission catholique		
Ressources humaines	CM			10 méd 1F chir dent		14	2 ACS	
total		9	6		152 et 43 contrats		4	
H	3	3	3			7	4	
F	6	6	3			7		
nouveaux	5 -1 (F parti en formation péd)	4		1 méd 1 biol nvx pharma		0		
chef de centre		en formation	en formation				présent (accoucheur)	
SF		présentes 2	malade					

	HP Guékédou	CS Bofossou	CS Balizia	HP Macenta	HR Nzérékoré	CMC Goueké	Poste de santé Gbouo	de CS foubado u
Régistre d'absence	+	+	?					
Formations PASA	++	++	?				oui	
PEH	validé			non abouti		validé		
Indicateurs accouchements								
nombre approx de césariennes/mois	40				59 (2017) - 75 (2016)	4,3 (2019 1er trim - moyenne) 13 (2010, avant CSA)	pas au poste de santé	
nombre approx d'accouchements/mois	70 à 100	en 2013 25/mois - en 2018 25 à 40/mois		50 à 60/mois (ont diminués)	148 (2017) - 129 (2016)	1 (2019 1er trim) 5 en janvier 2010 (avant CSA)	moyenne = 8 sur les trois derniers mois - pas obtenu avant PASA	

	HP Guékédou	CS Bofossou	CS Balizia	HP Macenta	HR Nzérékoré	CMC Goueké	Poste de santé Gbouo	de CS foubado u
nombre de référence d'accouchement		4 à 6/mois		45 à 50/mois	le Gynéco Obst remarque une augmentation depuis 2 ans du nb de référence. Diminution du TMM Augmentation de césariennes	exceptionne l car ils peuvent faire transfusion sanguine	0	
nombre de consultations (CPC)								
Equipement reçus								
Qualité selon l'utilisateur direct de la structure	matériel réanimation - sait pas le faire fonctionner - pas formé				- L'appareil à anesthésie nécessite Halothane et fluothane et obus d'oxygène, non dipsonible à l'HR --> ne sera jamais utilisé - appareil à celioscopie: personne ne sait faire des célio - non formés	non	non	

	HP Guékédou	CS Bofossou	CS Balizia	HP Macenta	HR Nzérékoré	CMC Goueké	Poste de santé Gbouo	de de	CS foubado u
Appréciation des consultants					- inquiétude sur le moyen de conserver le célioscope/laparoscope , écran...etc.	na	na		
	la construction d'infrastructure nous est présentée mais elle n'est pas financée par PASA								
Infrastructures									
Appréciation du directeur de la structure	- manque de toilettes dans le bâtiment Gynéco-Obstétrique - sera peut être inclus dans PASA2 - bâtiment pas ouvert (90% terminé) - pas logement			- délai contractuel dépassé de 4 mois - Directeur a exigé de ne pas touché au forage car n' pas reçu de garantie de remplacement	N'aurait pas été entrepris: - extension de la radiologie - extension de la pharmacie en hauteur - le parking	na	non		

	HP Guékédou	CS Bofossou	CS Balizia	HP Macenta	HR Nzérékoré	CMC Goueké	Poste de santé Gbouo	de de	CS foubado u
	SF et gynéco - souhaiterait bloc opératoire dans maternité			.					
Appréciation des consultants	n'apparaît pas dans les liste des infrastructures - éclaircir - lien avec Macenta			- les enfants recueillent l'eau au forage, dans la cour des futirs bâtiments hospitaliers - pas de sortie de secours dans bâtiment labo (ISO)	- pas de sortie de secours - CTS au RdC et labo en haut ? - accessibilité pour handicapés - entrée avec des marches puis escalier pour monter au labo	na	na		
Médicaments traceurs									

	HP Guékédou	CS Bofossou	CS Balizia	HP Macenta	HR Nzérékoré	CMC Goueké	Poste de santé de Gbouo	CS foubadou
Oxytocine	pas vu le pharmacien ni la pharmacie - dimanche	finie depuis 3 mois	non	oui	oui	oui	oui	Non
Métronidazole cps 250		oui	oui	oui	oui	oui	non	Oui
Ciprofloxaciline 500		non	oui	oui	non	oui	non	Oui
Seringue pour oxytocine		non	non	oui 5ml	oui 5 ml	oui	oui	Non
Produits nutrition (pate arachide, resumol, lait thérapeutique)		Rupture totale depuis 2018	non depuis longtemps	non depuis au moins un an RUPTURE KETAMINE depuis 1 semaine	- lait thérapeutique F75 F100 oui - plumpy nut oui don de UNICEF pour centre malnutrition aiguë de l'hôpital	non, ne font pas de nutrition ont du SRO	pas au niveau poste de santé, réfère malnutrition au CS	non
Budget de fonctionnement reçu du MS								
Nombre de lit (Hôpitaux)				85 lits officiellement, + 40 lits d'urgence	375	21		
2018	390 millions				1769484200	na	non, pas au poste de	

	HP Guékédou	CS Bofossou	CS Balizia	HP Macenta	HR Nzérékoré	CMC Goueké	Poste de santé Gbouo	de de	CS foubado u
							santé		
2017	663 millions				1014810661	na			
2016	443 millions				849284000	na			
					1109745846				

	HP Beyla	CdS Boola	CdS Samoe	CdS Commercial	HP Yomou	HP Lola	CMC Sinko	CMC Koulé	PCG NZK
<i>Remarques méthodologiques</i>			<i>Visite annoncée</i>	<i>Visite annoncée</i>	<i>Directeur rencontré au CTRS</i>	<i>Hôpital non terminé en 2013/MC H au CTRS</i>	<i>Dr Oulare Alpha vu au CTRS</i>	<i>Directeur fatigué est ex-Sinko</i>	
Ressources humaines	31	11 titulaires + 8 stagiaires	22 présents	pas de méd				10 titulaires aucun présents à 9h	5H payés par PCG CKY et 2 gardiens sous contrats
total		5		20	96 (24 méd)		52	27 dont 5 contr & 12 stag	
H	31, 23 foctionn	5		3				7 + 3+7 H	5
F	16 dont 11 gross	6		17				3+2 + 5 F	0
nouveaux	25	7 (5F)	2 H+F	4	14 médecins	93 (82 + 11)	19	5 + direct muté (3F)	

	HP Beyla	CdS Boola	CdS Samoe	CdS Commercial	HP Yomou	HP Lola	CMC Sinko	CMC Koulé	PCG NZK
chef de centre	4 méd 2 anaesth		Méd sort pour PD palu				Méd	MCC venu à l'appel	
SF	3		1 en PF	2			3	2 venues à l'appel	
registre d'absence	oui	14 signés	mal suivi	oui + DHIS2				mal rempli, déjà remarque du RH DPS, ainsi que sur absence répétée du Pharmacien, ancien sur système virement	
formations PASA	oui + PEC urgences	oui	MCdS	oui	des urgentistes ++ et SF	formations ++		SF, DHIS2	
PEH	validé				validé	validé	validé	validé	
Indicateurs accouchement									

	HP Beyla	CdS Boola	CdS Samoe	CdS Commercial	HP Yomou	HP Lola	CMC Sinko	CMC Koulé	PCG NZK
nombre approx de césariennes/mois	année 2016: 164; 2017:264; 2018:188 (norme 32/mois)	na	na	na	4,3% (norme 5%)	3,18% (norme 2,08%)	35	calcul propre moyen entre 1 et 10 donc 5	
nombre approx d'accouchements/mois	2016:810; 2017:654; 2018: 739	évolué de moyen 20/mois 2016 à 40/m 2018	20/mois, difficile à dire, les dates sont suatées, donc 20/2jours?	90 mars, 43 réf domicile, 1503 en 2018, 790 en 2016, >>PASA		2nd semestre 2017: 415 2nd semestre 2018: 507		calcul propre 20	
nombre de référence d'accouchement	pas pu collecter le nombre. Reference difficile parce manque de moyen de transport fiable.	2 en 2018	Informants peu fiables, le CdC est parti en formation à notre arrivée.	4				??nfirmier absent, porte fermée malgré présence MCC	

	HP Beyla	CdS Boola	CdS Samoe	CdS Commercial	HP Yomou	HP Lola	CMC Sinko	CMC Koulé	PCG NZK
nombre de consultations (CPC)		106 <5ans et 237 > 5 ans en mars 2019		Selon registre de consultations: 34 CPC dont 11H le 1er avril et 23 dont 12H le 2 avril				??infirmier absent, porte fermée malgré présence MCC	
		CPN1 85- CPN3 75							
Equipement reçus									
Qualité selon l'utilisateur direct de la structure	- Problème de disponibilité des gaz. - Bistouri électrique: manque la plaque. - N'ont pas été informés de mettre	na	satisfaits, pas encore reçu la table à accouchement	pas reçus d'équipements	presqu'à la toiture, excellent Bloc op, imagerie, labo, urgences, logement MCH bon suivi DINA	pas prévus		manque (travaux non accomplis!) , petit scialitique, boites obstétr marquées, reste vient après terminer construction	

	HP Beyla	CdS Boola	CdS Samoe	CdS Commercial	HP Yomou	HP Lola	CMC Sinko	CMC Koulé	PCG NZK
	des stabilisateurs/onduleurs aux eqpts. - N'en n'ont pas reçus.							s qui trainent 15 mois (depuis destruction d'infrastruct essentielle)	
Appréciation des consultants	idem aucune visibilité sur les équipements vus.	na	ras	na		na		boite et instrum gravées, petit scialitiqe sur pied pas aperçu (bloc fermé à clé), inf chir absent	
Infrastructures									

	HP Beyla	CdS Boola	CdS Samoe	CdS Commercial	HP Yomou	HP Lola	CMC Sinko	CMC Koulé	PCG NZK
Appréciation du directeur de la structure	voir DPS Beyla	na	ok, logements de la SF ne comprend que deux chambres. Elle a deux enfants, un garçon et une fille. Le garçon dort dans le salon...	Réhabilité par l'état en 2016		na, MCH supplie support PASA, nouvel Hop par MS non équipé		trop tôt, content de recevoir 3 maisons R+1, accouchements, bloc, dans conditions pitoyables, une salle hosp logé dans bidonville	
Appréciation des consultants	voir DPS Beyla	na	moyen (réhab UNICEF)	correct		na		retard et voir en haut, circuits accouchements mal faits, AT à fait ajouter guichet d'obs depuis salle de garde et porte salle travail,	

	HP Beyla	CdS Boola	CdS Samoe	CdS Commercial	HP Yomou	HP Lola	CMC Sinko	CMC Koulé	PCG NZK
								recomm comme labo déjà fait par PLAN TB, mettre PF devant et pas en face de salle	
Médicaments traceurs									
Oxytocine	non	oui, pas au frais	non	oui et au frais :)				oui	Oui, petite quantité en stock à cause température de conservation
Métronidazole cps 250	oui	oui	oui	oui				oui	oui
Ciprofloxaciline 500	non	oui	non	oui				oui	oui
Seringue pour ocytocine	oui	oui	non	oui				oui	oui

	HP Beyla	CdS Boola	CdS Samoe	CdS Commercial	HP Yomou	HP Lola	CMC Sinko	CMC Koulé	PCG NZK
Produits nutrition (pate arachide, resumol, lait thérapeutique)	non, depuis longtemps	non pas de produits de nutrition	non	non				SRO en masse	non
Budget de fonctionnement reçu du MS									
Nombre de lit (Hôpitaux)	40				?				
2018	588650000	non, pas au CdS	non, pas au CdS	non, pas au CdC	environ 420 millions + 22 kits accouchement et césariennes (22 millions)	pas répondu		zéro	
2017	584206700								
2016	369472900								

	HP Beyla	CdS Boola	CdS Samoe	CdS Commercia l	HP Yomou	HP Lola	CMC Sinko	CMC Koulé	PCG NZK
	12 contractuels sur ressources propres: 2017: 70020000 2018: 78680000							5 contractuels dont biologiste, ambulance	

A.2.6. DONNEES BRUTES COLLECTEES AUPRES DES DPS ET DE LA DRS

	DRS Nzérékoré	DPS Guékédou	DPS Macenta	DPS Beyla	DPS Nzérékoré	DPS Yomou	DPS Lola
Ressources humaines	Info par MCM adjoint Parfait, FPET	Equipe cadre 9, nut et RH nvx métiers! Données collectées auprès du chargé des données (Dimanche)	8 présents, Directeur absent				
Nouveaux 2017 (F lorsque possible)		137, fidélité 50%, dont 28 Méd (8F) à 30%	6 (1F) 5 méd, 1 pharm	en 2017: 102 agents toutes catégories affectés	2017: 153 nouveaux venus	2017: 96 agents dont 24 médecins	2016: 82
En 2018	> 60 sur 2 ans	16 (5F)		en 2018: 18 agents affectés	2018: 16 nouveaux	2018: 16 agents	2018: 11
Nombre de titulaires désagrégé par sexe lorsque possible	total 152 titulaires + 43 contractés (18F); sur total 195 dont 88 F			total 166 agents dont 90F et 120 nouveaux	Total 467 pas désagrégé par sexe (les F sont + nombreuses)		

	DRS Nzérékoré	DPS Guékédou	DPS Macenta	DPS Beyla	DPS Nzérékoré	DPS Yomou	DPS Lola
Absentéisme	Cahier manuel rempli par 1 personne par service; DHIS2 manque données pour gestion RRHH hopital, note supervis RH à Koulé	gestion RH, suivi absences en RH					
Formations	lhRIS sur logiciel en 2016, doc de base;		lhRIS, gestion RH				
	DHIS2 manque données pour gestion RRHH hopital	DHIS2, SF en SONU et SSP pour nvx agents	DHIS2 promp 80, compl100 , inclut confessionnels				
	Etude de couts 2 missions, résultat Cés=1000 FGN, mène à déficit de 2 milliards/mois hop + CdS	capacité info augmentée, Q travail aussi					

	DRS Nzérékoré	DPS Guékédou	DPS Macenta	DPS Beyla	DPS Nzérékoré	DPS Yomou	DPS Lola
	Immersion nvx SF en SONU, urgentistes		nvx SF SONU, SSP pour nvx et CdS total 151, partogr.gestion méd				
Supervisions			2017: 2 et 2018 : 1				
Promptitude des rapports (%)		90	80	98			
Nb de règles de validation violées en 2017 (données de DHIS2)		pas demandé	100	Pas de valeurs obtenues			
Nb de règles de validation violées en 2018		pas demandé	23	A diminué - pas de valeur obtenue			
% ou nombre enfants moins de un an totalement vaccinés	Selon le statisticien DRS. En 2018: 60151 sur une population cible de 61393 (99% de couverture) ; en 2019 79%	70 à 80% après Ebola		?			

	DRS Nzérékoré	DPS Guékédou	DPS Macenta	DPS Beyla	DPS Nzérékoré	DPS Yomou	DPS Lola
% (ou nombre) accouchements assistés par personnel qualifié				?		2016: entre 15 et 25%. 2ème semestre 2018: 38% de la cible est l'effet combiné de PASA et DIFAM - formation des ATS/PdS	
% disponibilité des médicaments	?	?	?	?	?	?	?
nombre de femmes mortes en donnant la vie	?	?	?	?	?	?	?
Equipements		Stabilisateurs et imprimantes	4 ordi, 1 grosse imprimante non fonctionnelle, 2 petites ok				

	DRS Nzérékoré	DPS Guékédou	DPS Macenta	DPS Beyla	DPS Nzérékoré	DPS Yomou	DPS Lola
		maintenancier PASA visite ponctuelle (Mr Fal)	moto UNICEF non fonctionnelles				
Infrastructure		Problèmes coupures électricité					
Qualité selon le directeur de la structure	DRS: démolition et extension. Logements de 3 fonctionnaires: fondations faites en face de la DRS. Deux autres sites ayant demandé le déguerpissement de la population installée sur le terrain de l'état. Devis non encore approuvé mais plateforme commencée (démolition, décapage) à cause	chantier PASA CMC à 54km Kanoum		Les travaux avancent bien. Ils ont le meilleur entrepreneurs et sont satisfaits		Hôpital. Africa Germany Très satisfait de la mission de suivi, de l'ingénieur de contrôle présent ++ CSA Diecké Ont reçu équipement et ambulance	Entreprise Africa Germany. Très avancé, bientôt la cloture. Satisfait. Logement DPS R+1 Satisfait. Avantage dans les CS: point d'eau, énergie, construits avec ingénieurs de contrôle

	DRS Nzérékoré	DPS Guékédou	DPS Macenta	DPS Beyla	DPS Nzérékoré	DPS Yomou	DPS Lola
	pression délais. Gros arbres abattus avec les services des sapeurs-pompiers et de l'environnement.						
Appréciation des consultants	Les logements ne seront certainement pas finis. Voir photos. La DRS: escaliers mais il y aurait aussi une entrée de niveau			Lot 4 Africa Germany. Rencontré l'ingénieur de chantier Logement DPS sur un étage (était initialement R+2) Il reste à faire la tour d'énergie, la fosse sceptique, Ont eu 5 à 6 mois supplémentaires. Seront dans les temps.		na	na
Budget de fonctionnement du MS			Oui subventions				

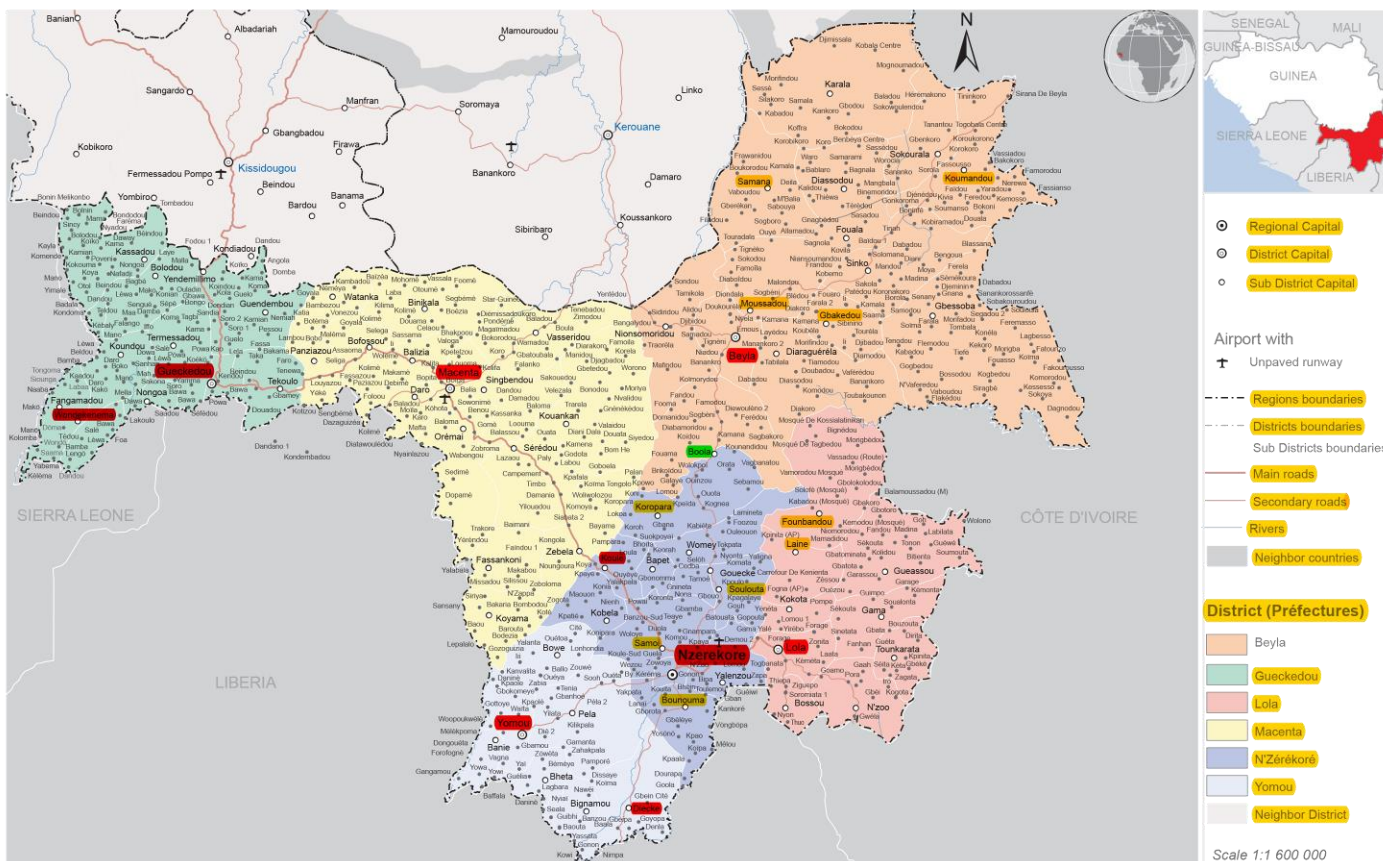
	DRS Nzérékoré	DPS Guékédou	DPS Macenta	DPS Beyla	DPS Nzérékoré	DPS Yomou	DPS Lola
2016			pas d'argent pour acheter partogramme	17608643 reçue une seule fois depuis deux ans	une seule fois depuis 2016, le montant était 15 millions	une seule fois depuis 2016, le montant était 15 millions, pour rénovations	

A.2.9. CARTE DES INTERVENTIONS DU PASA

Constructions réhabilitations, interventions d'UNICEF puis de Terre des Hommes,

Intervention de TdH en échange de Gbakédou, devenue une commune de convergence.

Guinea : Reference Map of N'Zérékoré Region (as of 17 Feb 2015)



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.

Creation Date: 03 Jan 2015 Sources: UNCS, UNMEER, WFP, GOVERNMENT. Feedback: traore40@un.org www.reliefweb.int

A.2.11. POURCENTAGE DEBOURSE EN FIN FEVRIER 2019 SUR LES COMMANDES EQUIPEMENTS ET CONDITIONS CONTRACTUELLES

Contrat	Lot	Date signature	Entreprise	Contenu	Montant total	Montant déboursé	% déboursé	Conditions de services après-vente selon le contrat
C-385773	1	23/03/2018	FSE	Equipements de soins maternels et infantiles	1 711 703,30	684 681,32	40%	Fourniture, installation et mise en service équipements
C-385778	2	19/01/2018	CEDI	Equipements de technique opératoire, stérilisation et d'instruments chirurgicaux	1 117 233,05	446 893,22	40%	Fourniture, installation et mise en service. accompagnées par les pièces de rechange décrites par le contractant dans son offre ainsi que par les accessoires et autres articles nécessaires à l'utilisation des biens pendant une période de trois (03) mois
C-385802	3	12/01/2018	TBS	Radiologie, hébergement hospitalier à NZK	527 981,00	0,00	0%	Mise en service dans les FOSA NZK
C-385818	4	12/01/2018	TBS	Equipements et matériels de laboratoire, transfusion sanguine (région) et LNCQM	1 096 023,75	0,00	0%	fourniture, installation et mise en service
C-385819	5	02/01/2018	UNIT EXPORT LIMITED	Ambulances, motocyclettes pick up	224 528,00	224 528,00	100%	les pièces de rechange décrites par le contractant dans son offre ainsi que par les accessoires et autres articles nécessaires à l'utilisation des biens pendant une période de trois (03) mois,
C-385821	6	29/12/2017	LOCAL NETWORK CONNECTIO N Sarl	Mobiliers de bureau, outillages et équipements de maintenance,	231 496,00	83 858,40	36%	Installation et mise en service Le contractant fournit un service après-vente (SAV) en termes de consommables, pièces de rechange, assistance technique et, le cas

Contrat	Lot	Date signature	Entreprise	Contenu	Montant total	Montant déboursé	% déboursé	Conditions de services après-vente selon le contrat
				d'équipement de manutention et de stockage (région)				échéant, de maintenance (page 16)

Source: Decision card et contrats



Ministère de la Coopération
et de l'Intégration Africaine

Direction Générale du Service National
de l'Ordonnateur du Fonds Européen
de Développement
(DGSENOFED)

N°10811/MCIA/CAB/SENOFED/S/MT/2019

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail – Justice – Solidarité

*

Conakry, le 02/04/2019

Le Directeur Général

A

Monsieur le Mandataire du
Groupement Sipcom, Genico
et Ensacog
(SGE) Conakry/GUINEE

Projet: Cris référence: 23819/PASA/ Projet d'Appui à la Santé.

Objet: Contrat N°393219/SGE/Lot N°3 : Travaux de construction et de réhabilitation
d'infrastructures sanitaires à Conakry et dans la région de Nzérékoré.

Travail des enfants.

Monsieur,

Dans le cadre de la mise en œuvre du contrat cité en objet, nous avons constaté avec regret que votre groupement a tenté d'utiliser des enfants de moins de 18 ans sur le site de Koulé.

Cette situation est contraire au droit international qui protège les enfants. Je vous informe que l'utilisation des enfants est inacceptable sur l'ensemble des sites dont les travaux sont financés sur les ressources du FED.

A cet effet, par la présente lettre, je vous mets en garde contre toute tentative d'exploitation des enfants sur les sites.

Par ailleurs, je vous instruit l'ordre d'interdire l'accès de tous les chantiers aux enfants et ce, quel que soit le motif.

Je demande au Bureau de contrôle DINA sarl de veiller à l'application stricte des présentes instructions.

Je sais d'avance compter sur votre bonne compréhension.

Copié : DUE

DINA sarl

Pièce jointe : Photo des enfants



A.2.13. MESURE DES PERFORMANCES DU PASA APRES ACTUALISATION DES DONNEES SUIVIES PAR PASA

	Indicateurs	Valeur de référence	Source – Date	Cible 2018	Valeur en fin de projet	Source
Objectif Général	Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)	724	EDS-MICS 2012	500	550	MICS 2016
	Mortalité infanto-juvénile (pour mille naissances vivantes)	123 (142 H, 124 F)	EDS-MICS 2012	80	88	MICS 2016
Objectif spécifique	Taux de références obstétricales (%)	15,45	CTRS Semestre 1 (S1) 2015		18,57	Rapport de suivi septembre 2018
	Taux d'accouchements assistés (%) par un personnel qualifié dans région Nzérékoré	8	CTRS S1 2016		17	CTRS S2 2018
	Taux de césariennes (% , moyenne régionale)	2,16	CTRS S2 2015	?	3,04	Rapport de suivi septembre 2018
	Couverture effective en CPN (%)	84	CTRS S2 2015	100	99	Ne concerne que la CPN1
	Taux de couverture effective de la planification familiale (%)	9	CTRS S2 2015	20	20	CTRS S2 2018
R1 – SR 1.1	Nombre de régions ayant bénéficié d'au moins une supervision du BSD sanctionnée par un rapport au cours de l'année grâce au financement du PASA	0	Na	8	1	Rapport de suivi, confirmé par rapport semestriel DP2 (avril-octobre 2018)
	Etat des plans d'action annuels des DPS et DRS	Non disponible	Na	Les plans d'actions sont élaborés	Les plans d'actions sont élaborés	Rapport de suivi septembre 2018
	Nombre de réunions CTRS tenues par an dans la région de Nzérékoré avec l'appui du projet	1	CTRS S1 2015	2	2	Rapport suivi sept 2018 et observation (le CTRS avril 2019 n'est pas financé par PASA)
	Nombre de réunions CTRS tenues par an dans la région de Nzérékoré avec l'appui du	6	CTRS S1 2015	12	12	Rapport de suivi sept 2018 confirmé par rapport semestriel

	Indicateurs	Valeur de référence	Source – Date	Cible 2018	Valeur en fin de projet	Source
	projet					DP2 (avril-octobre 2018)
	Nombre de cadres du niveau central formés sur le SNIS grâce à l'appui du PASA	0	Na	0	0	Non réalisée car prise en compte par autres PTF
	Promptitude (%) des rapports SNIS dans la région Nzérékoré	Nd	Na	100	90	Selon collecte de données de la mission de l'évaluation (100% selon CTRS S2 2018)
	Complétude (%) des rapport SNIS dans la région de Nzérékoré	96	CTRS S1 2015	100	100	CTRS S2 2018
	Taux de RHS (pour 10000 habitants)	0,95	Nd	4	3	Selon entretien avec la DRH : 500 pour une pop régionale de 1 720 411 habitants
	Etat des profils de poste au niveau des structures de santé de la région de Nzérékoré	Non révisés	Rapport de suivi	Révisés	Révisés	Rapport de suivi septembre 2018
R1 SR 1.2	Etat du cadre de dépenses sectorielles à moyen terme	Non élaboré	Rapport de suivi septembre 2018	Elaboré et validé	Elaboré, non validé	Rapport de suivi septembre 2018
	Nombre de structures de santé de la région cible ayant bénéficié d'une supervision ou d'un contrôle de gestion financière sanctionné par un rapport grâce au PASA	0	Rapport de suivi septembre 2018	30	17	(6 hôpitaux, 5 DPS, 6 CSU) en 2017 (rapport de suivi septembre 2018) Confirmé par rapport DP2
	Nombre de structures hospitalières de la région cible ayant fait l'objet d'un audit financier sanctionné par un rapport au cours de l'année grâce au financement du PASA	0	Rapport de suivi septembre 2018	?	6	(1 hôpital régional et cinq hôpitaux préfectoraux) – rapport de suivi septembre 2018
	Nombre de centres de santé ayant bénéficié d'un audit de recouvrement des coûts	0	Rapport de suivi septembre 2018	18	13	10 CS et 3 CSU – selon données collectées par la mission d'évaluation et le rapport d'évaluation de la PCG à

	Indicateurs	Valeur de référence	Source – Date	Cible 2018	Valeur en fin de projet	Source
						Nzérékoré (août 2018)
	Pourcentage d'exécution budgétaire des CS de la région cible par an	72	CTRS S1 2015	95	73	Selon le CTRS S2 2018. Soit 89% en 2017, 93% S1 2018 et 73% S2 2018
	Coefficient de rationalité des soins au niveau des CS de la région cible	1,56	CTRS S1 2015	2	1,56	S1 2018, selon le rapport de suivi septembre 2018
R2 - SR 2.1	Etat de la logistique et équipements fournis aux DPS et DRS à Nzérékoré par le PASA	Non livré	Na	Livré à 100%	Livré à 100%	Rapport de suivi septembre 2018 et observations de la mission d'évaluation
	Nombre d'évaluations des performances des équipes cadres de DPS de la région avec l'appui de PASA	Na	Na	6	6	Rapport d'évaluation des performance DPS – année 2018
	Nombre de récompenses offertes aux meilleures équipes de l'évaluation avec l'appui du projet	0	Na	Non déterminée, fonction du budget	2	Selon données collectées par la mission d'évaluation auprès de l'AT régional – formations court terme à l'ULB de Bruxelles du DPS Macenta et du pharmacien de la DPS de Nzérékoré en initiation à la recherche en santé
	Nombre de membres d'équipe cadre formés par thématiques (gestion financière/administrative, politique de décentralisation, contractualisation) avec l'appui du PASA	0	Na	36	0	Non réalisé faute de validation des procédures administratives et financières (rapport de suivi septembre 2018, confirmé par la mission d'évaluation)
	Nombre de PEH élaborés et approuvés avec l'appui du projet	0	Na	10	8 (3HP, 1HR, 3 CMC et 1 CMC privé)	Selon données collectées par la mission d'évaluation. HP de Guékédou et de Macenta ne sont pas validés
	Nombre de PEH ayant reçu un appui financier du PASA pour leur mise en oeuvre	0	Na	6	3	Selon le rapport de suivi septembre 2018 – (Gouécké, Koulé et Sinko)

	Indicateurs	Valeur de référence	Source – Date	Cible 2018	Valeur en fin de projet	Source
	Nombre de missions de supervisions des DPS par la DRS réalisées avec l'appui du PASA	0	Na	2	2	Selon rapport de suivi septembre 2018
	Nombre de missions de supervision des CS par les DPS appuyées par PASA	0	Na	48	48	Rapport semestriel octobre 2018 du DP2
	Nombre de missions d'appui au monitoring des activités des CS réalisées dans la région de Nzérékoré avec l'appui du projet	0	Na	18	18	Soit 6 par an (rapport de suivi septembre 2018 et rapport semestriel du DP2 octobre 2018)
R2 – SR 2.2	Nombre d'hôpitaux, CMC, CSA construits/réhabilités et remis avec l'appui du projet	0	Na	6 (1 CSA, 2CMC, 1HR, 2HP)	0	Observation de la mission d'évaluation – mars 2019
	LNCQM construit/réhabilité et remis avec l'appui du projet	0	Na	1	Terminé à 99% - non encore remis	Observation de la mission d'évaluation – mars 2019
	PCG Nzérékoré construite/réhabilitée et remis avec l'appui du projet	0	Na	1	0	Observation de la mission d'évaluation – mars 2019
	Nombre de DPS et DRS construites/réhabilitées et remises, avec l'appui du projet	0	Na	3 (2DPS, 1CRS)	0	Observation de la mission d'évaluation – mars 2019
	Nombre de logement DRS et personnel DPS	0	Na	3	0	Observation de la mission d'évaluation – mars 2019
	Nombre de CS réhabilités/construits équipés et remis	0	Na	10	10	En avril 2019 (UNICEF/PACV)
	Unité de maintenance régionale réhabilitée et remise	0	Na	1	0	Observation de la mission d'évaluation – mars 2019
	Nombre de RH formées avec l'appui du projet	0	Na	?	> 318	237 agents de santé sur la malnutrition aiguë Au moins 81 sur le DHIS2 Sur la gestion des RHS : à déterminer SSP ? SONU ?

	Indicateurs	Valeur de référence	Source – Date	Cible 2018	Valeur en fin de projet	Source
						Données non compilées.
	Couverture effective PEV des enfants de moins de 1 an (%)	84	CTRS S1 2015	95	93	Selon CTRS S2 2018
	Taux d'utilisation de la CPC (% - médiane régionale)	14	CTRS S1 2015	30	23	CTRS S2 2018
	Prévalence malnutrition chronique dans la région de Nzérékoré	37,0	Enquête SMART		31,6	Enquête SMART 2017
R2 – SR 2.3	Nombre des membres des COSAH formés dans la gestion des structures de santé avec l'appui de PASA	0	Na	225	90	Selon rapport TdH 2018, soit la première année de mise en oeuvre
	Nombre de personnels de santé pris en charge par les collectivités locales ciblées par le PASA	0	Na	30	0	Selon rapport TdH 2018, soit la première année de mise en oeuvre
	Nombre de collectivités locales prenant en compte le volet santé dans leur Programme annuel d'investissement avec l'appui de PASA	0	Na	25	10	Selon rapport TdH 2018, soit la première année de mise en oeuvre
	Nombre de PAI soumis qui ont bénéficié d'un appui financier à hauteur du budget prévu par le projet ReCCLAS pour mettre en oeuvre les priorités santé	0	Na	25	10	Selon rapport TdH 2018, soit la première année de mise en oeuvre
R3	Etat du laboratoire de contrôle qualité des médicaments	Na	Na	Fonctionnel (réhabilité, remis et équipé)	Réhabilité à 99% - non remis – non totalement équipé	Observation de la mission d'évaluation Voir corps de rapport
	Etat des capacités institutionnelles de la PCG en matière de gestion financière et administrative, gestion des stocks, contrôle qualité, chaîne d'approvisionnement, passation des marchés et traçabilité	Na	Na	Renforcés	Renforcés par des expertises court terme et long terme	Données collectées et observation de la mission d'évaluation

	Indicateurs	Valeur de référence	Source – Date	Cible 2018	Valeur en fin de projet	Source
	Etat de la dotation en médicaments à la PCG avec l'appui du projet	Na	Na	PCG dotée et médicaments distribués	PCG dotée et médicaments distribués	Données collectées et observation de la mission d'évaluation
	Etat du dépôt régional de la PCG à Nzérékoré avec l'appui du PASA	Na	Na	Construit et remis	Non terminé, problèmes du lot 3 des infrastructures	Données collectées et observation de la mission d'évaluation
	Nombre d'agents de santé formés à la gestion rationnelle des produits de santé avec l'appui du PASA	0	Na	426	390	Chefs de centre sur la gestion rationnelle des médicaments. Données collectées par la mission d'évaluation
	Taux de disponibilité des MEG dans les hôpitaux de la région (%)	86,94	CTRS S2 2015	100	78,41	Au 1 ^{er} semestre 2018 selon le rapport suivi septembre 2018. Voir aussi disponibilité observée au niveau des structures visitées en mars 2019 par l'évaluation (dans le corps du rapport)

X.I. Tableaux synthétique des résultats par OS:

Rappelons que le projet couvrant l'ensemble des structures de santé de la région de Nzérékoré, il est matériellement impossible de créer un contrefactuel. Ces structures ont donc été choisies car elles ne font pas l'objet, actuellement, d'autres interventions de projets, ce qui permet d'isoler l'action du PASA. L'évolution s'apprécie donc uniquement à partir de l'évolution des indicateurs.

Pour chaque indicateur, est présenté, de gauche à droite :

- Le sens attendu da variation de l'indicateur (Baisse ou hausse) ;
- La valeur de référence;
- La valeur obtenue en 2018 (N+1);
- La variation entre la valeur de référence et la valeur 2018 pour les villages du Projet:
 - Positive (Code couleur vert).
 - Négative (Code couleur orange).
 - Pas de variation ou variation à l'intérieur de la marge d'erreur de l'enquête (Code couleur jaune).

La colonne variation permet donc de voir si les indicateurs ont, en valeur absolue, progressé ou non pour les structures de santé du Projet et la population concernée.

Objectif spécifique 1 : Accélérer l'atteinte de l'OMD 7.c dans les zones semi-urbaines et rurales des régions de Nzérékoré et Kankan					
<i>Résultat attendu</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Sens de variation attendu</i>	<i>Valeur de référence Projet</i>	<i>Valeur 2018 Projet</i>	<i>Variation Projet</i>
RS2 : La morbidité et la mortalité infanto-juvénile diminuent dans la population concernée.	I2241 : Le nombre d'enfant =<1an décédés diminue (%)	↓	14	9	-5
	I2242 : Le nombre d'enfants entre 13 mois et 5 ans décédés diminue (%)	↓	9	8	-1
	Ip121 : le cadre et les fonctions prioritaires du MSHP ont été révisés.	↑	0	0	0
	Ip122 : Les capacités de gestion de la DRS s'améliorent.	↑	0	0	0
	Ip123 : Les capacités de gestion des DPS s'améliorent. (%)	↑	0	50	+50
	Ip124 : Le PCA santé de l'enfant est disponible dans les centres de santé. (%)	↑	100	50	-50
	Ip125 : Le PCA santé de l'enfant est disponible à l'hôpital préfectoral. (%)	↑	100	100	Objectif atteint
	Ip126 : Le nombre de consultations d'enfants de moins de 5 ans diminue (N/an/mère)	↓	5,3	5,2	-0,1
	Ip127 : Les plans de développement local sanitaire existent dans les communes concernées (%)	↑	50	50	0
RS3 : La morbidité et la mortalité maternelle diminuent dans la population concernée.	I2311 : Le PMA est entièrement disponible dans les centres de santé (% soins disponibles)	↑	65	70,5	+5,5
	I2321 : Le PMA est entièrement disponible à l'hôpital préfectoral (% soins disponibles)	↑	74,5	80,5	+6
	I2331 : Le PCA santé-reproduction est entièrement disponible dans les centres de santé. (% soins disponibles).	↑	83	83	0
	I2332 : Le PCA planification familiale est entièrement disponible à l'hôpital préfectoral. (% soins disponibles)	↑	100	100	Objectif atteint
	I2341 : Le nombre des consultations pré et post natales augmente (Nombre/an/mère)	↑	4,3	4	-0,3
	I2342 : Le nombre de jeunes mères décédées diminue (%)	↓	8	8	0
	I2131 : Les structures disposent de l'équipement de base nécessaire. (Nombre)	↑	0	0	0
	I2132 : Les structures disposent du personnel nécessaire. (Nombre)	↑	6	7	+1
	I2141 : Les médicaments de base sont disponibles. (Nombre)	↑	6	6	0
	Ip131 : Le PCA planification familiale est entièrement disponible dans les centres de santé (% soins disponibles)	↑	100	100	Objectif atteint
	Ip132 : Le PCA planification familiale est entièrement disponible à l'hôpital préfectoral. (% soins disponibles)	↑	100	100	Objectif atteint

Objectif spécifique 2 : Rendre compte des impacts du projet sur les bénéficiaires					
<i>Résultat attendu</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Sens de variation attendu</i>	<i>Valeur de référence Projet</i>	<i>Valeur 2018 Projet</i>	<i>Variation Projet</i>
RS2 : La morbidité et la mortalité infanto-juvénile diminuent dans la population concernée.	I2142 : Les jeunes mères constatent l'amélioration des soins. (%)	↑	97	96	-1
	I2312 : les jeunes mères constatent la disponibilité des médicaments dont elles ont besoin. (%)	↑	86	86	0
	I2322 : Les jeunes mères constatent la diminution des maladies maternelles et infantiles. (%)	↑	91	91	0
RS3 : La morbidité et la mortalité maternelle diminue dans la population concernée.	Ip221 : les jeunes mères utilisent les soins du PMA en cas de besoin. (%)	↑	97	98	+1
	Ip222 : Les jeunes mères connaissent les causes des diarrhées. (%)	↑	86	93	+9
	Ip223 : Les jeunes mères utilisent le PCA santé-reproduction (%)	↑	79	80	+1
	Ip225 : Les jeunes mères utilisent le PCA planification familiale. (%)	↑	58	65	+7
	Ip227 : Les jeunes mères utilisent le PCA santé de l'enfant. (%)	↑	93	95	+2