Assistance Technique au
« Projet d'Appui à la Santé en République de Guinée (PASA) »

Convention N° GN/FED/023-819
Contrat de services N° (CRIS) : 2014 / 354-561

REVISION DU CADRE LOGIQUE, BASE LINE ET SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION DU PROJET D'APPUI A LA SANTE (PASA) EN REPUBLIQUE DE GUINEE

Rapport FINAL
Décembre 2015

Ce projet est financé par l'Union Européenne et l'AFD

Projet mis en œuvre par le Consortium
CONSEIL SANTE S.A. – Coopération Technique Belge

REVISION DU CADRE LOGIQUE, BASE LINE ET SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION DU PROJET D'APPUI A LA SANTE (PASA) EN REPUBLIQUE DE GUINEE

Novembre-Décembre 2015

Titre du projet:	Assistante Technique au « Projet d'Appui à la Santé en République de Guinée (PASA) »	
Durée du projet:	36 mois	
Référence du projet:	Europeaid/135187/IH/SER/GN	
Pays:	République de Guinée	
Client:	Ordonnateur National du Fonds Européen de Développement en République de Guinée	Ministère d'Etat Chargé de l'Economie et des Finances Immeuble Santulo, Bâtiment B, 7ème Etage BP2041-Conakry République de Guinée
Contractant	Conseil Santé	92-98, Boulevard Victor Hugo 92115 Clichy cedex France Tél : 33 (0) 1 55 46 92 60 Fax : 33 (0) 1 55 46 92 79 Xavier LANNUZEL Directeur de projet Jacques GRULOOS Chef de Mission AT.
Date du rapport:	30/12/2015	
Rapport élaboré par :	Michel COUDRAY, Expert en Suivi et Evaluation Dr Facinet YATTARA, Expert en Santé Publique	

Ce rapport est financé par l'Union européenne et est présenté par Conseil Santé, au bénéfice du Ministère de la Santé de la République de Guinée. Il ne reflète pas nécessairement l'opinion du Ministère de la Santé ou de l'Union européenne.

Pour toute information, merci de contacter le Consortium Conseil Santé

Tél.: +33.1.55.46.92.60 • Téléfax: +33.1.55.46.92.79 • E-mail:health@conseilsante.com

SOMMAIRE

ACRONYMES ET ABREVIATIONS **1**

1 DESCRIPTION DE LA MISSION **2**

1.1 Termes de Référence (voir annexe 1) 2

1.1.1 Révision du cadre logique initial 2

1.1.2 Etablir le Baseline et proposer un système de S&E pour le projet 2

1.2 Méthodologie....2

1.3 Chronogramme de la mission 3

2 ANALYSE ET REVISION DU CADRE LOGIQUE **4**

2.1 Rappel du cadre logique de la Convention de Financement (CF décembre 2013) 4

2.2 Questions préalables à la révision du cadre logique 5

2.3 Analyse de la logique d'intervention de la CF....6

2.4 Réponses aux questions préalables 12

2.5 Propositions de révision du Cadre logique 12

3 DETERMINATION DE LA SITUATION DE REFERENCE (BASELINE) ET SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION DU PASA **14**

3.1 Rappel des TdR de la mission 14

3.2 Proposition d'une matrice de la baseline et de suivi du PASA 15

3.2.1 La matrice de la Baseline 15

3.2.2 Schéma organisationnel du système S&E du PASA.... 21

3.2.3 Goulots d'étranglement.... 22

4 CONCLUSION **24**

5 ANNEXES **25**

5.1 Annexe 1: Termes de Références de l'étude 25

5.2 Annexe 2: Liste des personnes rencontrées 37

5.3 Annexe 3 : Chronogramme de la mission.... 38

5.4 Annexe 4 : Indicateurs du PRRSS.... 39

5.5 Annexe 5 : Cadre de mesure de rendement du plan de relance 2015-2017.... 41

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AFD	Agence française de Développement
ASPE	Appui au Service public de l'Eau
ATS	Bureau des stratégies et du développement
BSD	Comité de Coordination du Secteur Santé
CCSS	Centre Hospitalier Universitaire
CHU	Centre médical communal
CMC	Consultations Prénatale
CPN	Centre de Santé
CS	Centre de santé amélioré
CSA	Direction Communale de la Santé
DCS	Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire
DNPL	Direction Préfectoral Sanitaire
DPS	Direction Régionale de la Santé
DRS	Directions Communales de la Santé à Conakry
DSC	Délégation de l'Union Européenne
DUE	Enquête Démographique et de Santé
EDS	Ecole Nationale de Santé de Kindia
ENSK	Femmes en Age de Procréer
FAP	Fonds Européen de Développement
FED	Formation Sanitaire
FS	Coopération Allemande
GIZ	Hôpital National
HN	Hôpital Préfectoral
HP	Hôpital Régional
HR	Institut Professionnel de Perfectionnement des Personnels de Santé
IPPS	Institut de Recherche en Sciences de la Santé
IRSS	Ministère de la Santé
MS	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMD	Organisation Mondiale de la Santé
OMS	Pharmacie centrale de Guinée
PCG	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCIMNE	Projet d'Appui à la Santé en Guinée
PASA	Projet d'Appui Sectoriel à la Décentralisation et à la Déconcentration
PASDD	Planification Familiale
PF	Plan National de Développement Sanitaire
PNDS	Politique Nationale de Santé
PNS	Partenaires Techniques et Financiers
PTF	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RGPH	Survie de l'Enfant
SE	Secrétariat Général ou Secrétaire Général
SG	Système d'Information Géographique
SIG	Système National d'Information Sanitaire
SNIS	Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complets
SONUC	Santé de la Reproduction
SR	Termes de Référence
TDR	Union Européenne
UE	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

1 DESCRIPTION DE LA MISSION

1.1 Termes de Référence (voir annexe 1)

1.1.1 Révision du cadre logique initial

- Analyser et actualiser le cas échéant le cadre logique initial ;
- Identifier des éventuelles lacunes du cadre logique et proposer un cadre logique alternatif ;
- Analyser les indicateurs et leur contexte et finaliser l'ensemble des indicateurs.

1.1.2 Etablir le Baseline et proposer un système de S&E pour le projet

- Etablir la Baseline : Lorsque les indicateurs sont conçus de manière à être évalués à l'échelle de la région sanitaire, établir, si cela est pertinent, des projections dans le temps et l'espace régional ou national; Déterminer les responsabilités au sein du projet ou parmi les acteurs régionaux quant à la concentration des données, leur cohérence et la fréquence de relevé, la gestion de la base de données ; Proposer un mécanisme de Benchmarking des indicateurs sélectionnés et projection.
- Proposer un système de S&E simple et facile d'utilisation, servant aussi bien au suivi et évaluation par le projet lui-même que comme instrument d'inspiration pour le suivi, évaluation et de planification pour d'autres instances nationales ou déconcentrée / décentralisée en relation avec la planification et la gestion du secteur de la santé.
- Déterminer les besoins en formation, que ce soit au niveau de l'équipe du projet ou parmi les acteurs régionaux, dans le domaine de suivi-évaluation, gestion de base de données afin de s'assurer de l'utilisation optimale et durable du système mis en place ;
- Estimer les coûts pour la mise en œuvre et la gestion du système S&E.

1.2 Méthodologie

Sur le plan méthodologique le Consultant a organisé la collecte des informations à partir :

(i) d'une large revue documentaire mais plus précisément de l'étude de la bibliographie des documents stratégiques nationaux afin de tisser des liens éventuels entre les indicateurs sélectionnés lors de la mission de consultance et les indicateurs existants au niveau national.

(ii) d'entretiens semi-structurés individuels ou de groupes avec des personnes ressources de la DUE à Conakry, des services de la Cellule de Gestion du Fonds Européen de Développement (CGFED) au Ministère des Finances, du Bureau Stratégie et Développement (BSD) au Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique (MSHP), de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), ainsi qu'avec des partenaires techniques et financiers, en particulier avec l'AFD apportant au PASA un financement complémentaire de 10 millions d'euros, avec l'UNICEF partie prenante dans la mise en œuvre à N'Zérékoré et certaines ONG : CRS ;

(iii) de visites sur le terrain dans la région de N'Zérékoré. Ces visites sur le terrain consisteront en des visites de structures administratives : la Direction régionale sanitaire (DRS) de N'Zérékoré et quelques Directions préfectorales Sanitaires (DPS) ainsi que des formations sanitaires (hôpitaux régionaux et préfectoraux, centres de santé et poste de santé).

Remarque :

Les TdR prévoyaient qu'au cours des premiers jours de la mission, une première réunion devait être organisée avec le Comité Technique National du projet avec pour ordre du jour « La révision et compréhension des TdR et du rapport initial: discussion et proposition d'améliorations ». Cette réunion n'a pas été possible car le Comité de Pilotage du Projet et le CTN ne sont pas encore en place.

1.3 Chronogramme de la mission

(Voir Annexe 3)

2 ANALYSE ET REVISION DU CADRE LOGIQUE

2.1 Rappel du cadre logique de la Convention de Financement (CF décembre 2013)

Le PASA est planifié autour :

- **Objectif Général :** 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 N'Zérékoré

Trois résultats (R) attendus :

- R1 : Les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé (MS) sont renforcées en tenant compte du processus de déconcentration/décentralisation

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
SR 1.2.	Les stratégies pour l'amélioration du financement du secteur sont revues et testées dans la région ciblée

- R2 : La disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé dans la région de N'Zérékoré est améliorée, en particulier pour la santé de la mère et de l'enfant.

SR 2.1	Les capacités de gestion et de supervision des équipes cadres de la DRS et des 6 DPS et des directions hospitalières de la région sanitaire de N'Zérékoré sont améliorées
SR 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 préfectoral.
SR.2.3	La collaboration entre les Directions Préfectorales Sanitaires et les Collectivités locales (CL) est renforcée

- R3 : Un système rationalisé et pérenne d'approvisionnement garantit la disponibilité et accessibilité des Médicaments Essentiels et Génériques dans les structures sanitaires publiques des DPS ciblées

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
A2	Renforcer les capacités institutionnelles de la 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)
A3	Fournir à la PCG une dotation en MEG, produits médicaux consommables et moyens logistiques pour assurer l'approvisionnement dans les DPS ciblés et ainsi renforcer le fonds de roulement
A4	Remettre le dépôt régional de la PCG et les dépôts pharmaceutiques des hôpitaux Préfectoraux aux normes
A5	Optimiser la gestion et l'utilisation des stocks de médicaments dans les structures sanitaires

- Budget indicatif de la CF

Description du programme	Montant EUR
Assistance technique, études et contrôles	**4 900 000**
R1. Renforcement des capacités du Ministère	**1 400 000**
R2. Renforcement des Districts sanitaires ciblés	**17 700 000**
2.1. Activités de coordination et supervision des directions sanitaires, incitatifs sur la performance	700 000
2.2. Réhabilitation établissements sanitaires	5 200 000
2.3. Equipements biomédicaux, roulants, chaîne de froid, énergie	5 000 000
2.4. Appui à la décentralisation, collectivités locales et mutuelles	2 300 000
2.5. Réactivation des services SR/SE/PF	4 500 000
R3. Médicaments, produits médicaux	**2 400 000**
Monitoring d'impact, évaluation et audits, S&E 10FED*	900 000
Visibilité (UE-AFD)	150 000
Imprévus	2 100 000
Total	**29 550 000**

2.2 Questions préalables à la révision du cadre logique

Première question : Quelle est l'impact de l'épidémie d'Ebola pouvant rendre la logique d'intervention du PASA non pertinente ?

Deuxième question : Le PASA est-il toujours en cohérence avec la politique nationale de santé (PNS) et sa planification (PNDS 2015/2024 et Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé (PRRS - 2015/2017)?

Troisième question : Sur quelles activités se concentrer pour atteindre les résultats attendus compte tenu du temps de mise en œuvre et des financements disponibles ?

Quatrième question: Le PASA est-il redondant avec des interventions d'autres PTF ? La révision du cadre logique doit s'attacher à rendre plus efficient l'appui du PASA en évitant les doublons.

2.3 Analyse de la logique d'intervention de la CF

Objectifs du PASA

	Logique d'intervention telle que décrite dans le cadre initial	Observations et justifications des propositions de révision
OG	Appuyer le Gouvernement de la Guinée dans sa stratégie de réduction de la pauvreté et de contribuer à la réalisation **des OMD n°4 et 5**	**Cette stratégie est inscrite dans le PNDS 2015-2024 / PRRSS 2015-2017**. A noter qu'on parle aujourd'hui d'ODD et non d'OMD
OS	Relancer les services de santé pour la fourniture de soins essentiels et de qualité dans la région de N'Zérékoré	**La politique de renforcement des Soins de santé primaires à partir des Districts (Préfectures) est une stratégie clé de la PNS**

R1 : Renforcement des capacités

Résultat 1	**Les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé (MS) sont renforcées en tenant compte du processus de déconcentration/décentralisation**	
SR 1.1	**Le cadre organique et les fonctions directrices prioritaires du MS 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**	
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	**Activité pertinente : l'appui prioritaire est l'opérationnalisation du Bureau Stratégie et Développement (BSD[1]) du MS** : ATLT centrale a pour mission d'appuyer le BSD dans le cadre de sa planification sectorielle qui intégrera les contributions de tous les partenaires. A la suite du PNDS 2015-2024, il faudra : (i) élaborer le plan de suivi et évaluation du PNDS ; (ii) élaborer le Cadre Sectoriel des Dépenses à Moyen Terme (CSDMT) et faire son suivi, (iii) élaborer le COMPACT dans le cadre de l'Initiative du Partenariat International (IHP+). L'ATLTc apportera ses connaissances méthodologiques et organisera les réunions pour faciliter l'élaboration de ces documents sectoriels dont l'existence permettra dans le cadre du prochain programme sur 11ème FED qu'une approche programme puisse être véritablement opérationnelle.
A2	Au niveau central et périphérique, renforcer le Système National d'informations et Gestion sanitaire (SNIS) et son utilisation efficace et	**Activité pertinente**. Ce vaste chantier ne peut se concevoir qu'avec l'ensemble des PTF dans un cadre de concertation, car le PASA n'a pas les financements suffisants. Un Plan stratégique du SNIS est

[1] Pour assurer sa mission, le BSD, de niveau hiérarchique équivalent à celui d'une Direction Nationale de l'Administration centrale, comprend un Service Études et Planification et un Service Information et Planification.

	analytique pour la prise de décision (pilotage, surveillance épidémiologique, gestion des services et des ressources humaines, fiabilité des données et utilisation des informations) ;	en cours d'élaboration avec l'appui de l'USAID (draft existant et atelier de finalisation prévue) et après sa validation chaque PTF appuiera une partie de la mise en œuvre du Plan. Par exemple, le PASA peut intervenir au travers de l'élaboration d'un schéma directeur du SNIS et sur la mise en place d'une formation à l'utilisation des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
A3	Dans la région ciblée, recenser les ressources humaines en santé(RHS), analyser les modalités de leur gestion et tester et évaluer un système de gestion amélioré	**Activité pertinente car les Ressources humaines en Santé (RHS) sont un des maillons faibles du système de soins** qui se traduit par : (i) une insuffisance quantitative notable en RHS (moins d' 1RHS/10000 hab.) ; (ii) une répartition inéquitable des personnels au détriment de la périphérie ; (iii) un refus fréquent des agents de rejoindre le poste qui leur est attribué ; (iv) une démotivation sur les lieux de travail avec des absences fréquentes non justifiées. **Il y a urgence à faire un plaidoyer de l'UE au MS et ensuite à la Fonction Publique pour que la région de N'Zérékoré puisse avoir une affectation particulière en RHS pour au moins atteindre 2 RHS/10000 hab.** L'ATLTc doit veiller à l'actualisation du Plan Stratégique des Ressources Humaines en Santé (où l'élaboration d'un nouveau Plan) par le niveau central. l'ATLTd devrait : (i) appuyer la région à réaliser l'inventaire des effectifs du personnel de santé; (ii) envisager d'élaborer un plan individuel de gestion de carrière mais aussi des sanctions en cas de manquements des personnels.
A4	Dans la région ciblée, dans une optique recherche-action, 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	**Activité pertinente qui fait doublon avec SR2.2.A2 «** Développer la formation continue au niveau de la région de N'Zérékoré **»** Une réflexion sur l'adéquation des formations initiales et continues de toutes les catégories du personnel de santé pourrait être réalisée par le BSD en lien avec la coordination sectorielle (Ministère de la Formation Professionnelle, Faculté de Médecines, Instituts du MSHP).
SR 1.2.	**Les stratégies pour l'amélioration du financement du secteur sont revues et testées dans la région ciblée**	
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	**Activité pertinente mais à clarifier** car trop vaste. La définition d'une stratégie de financement du secteur de la santé (CMU) relève du leadership central et considérée comme primordiale elle va prendre un certain temps. **L'ATLT centrale du PASA pourra assister aux réunions concernant cette réforme et apporter son appui technique à** : (i) revisiter la politique du recouvrement des coûts ; (ii) la réflexion sur le dispositif d'administration et de gestion pérenne de la gratuité des soins ; (iii) l'élaboration des mécanismes de contractualisation avec les services de santé et de gestion de la performance (Performance Based Financing PBF) ; (iv) animer la plateforme des acteurs de la mutualité et financer leur plan d'action notamment en termes de renforcement de capacités.
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 de	**Activité pertinente**. Il se pose cependant la collaboration du PASA avec la DAF qui est aussi en reconstruction. Le PASA doit jouer son rôle technique et par exemple peut participer à la mise en place d'outils financiers comme le manuel des procédures financières.

	marchés, sont revus et améliorés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	
A3	La gestion des paiements effectués par les patients pour les soins et autres contributions privées est améliorée	**Activité pertinente**. La région de N'Zérékoré est propice à des études sur la mutualisation du risque maladie de par l'existence d'activités antérieures (CIDR) en la matière. De même dans le cadre du Partenariat Public Privé une collaboration avec le secteur minier Rio Tinto est envisageable. Le PASA proposera une étude approfondie sur la mutualisation du risque maladie par le recrutement d'une expertise pour d'une part savoir quel est l'impact et la performance des mutuelles et d'autre part recommander les axes réglementaires à privilégier pour institutionnaliser la mutualisation du risque maladie. Si l'efficacité et l'efficience est démontrée, les résultats de cette étude devraient permettre au MS de définir un cadre juridico-administratif en faveur du développement des mutuelles en Guinée. Ainsi, tout en répondant à un objectif de cohésion sociale cela répond indirectement à une préoccupation du financement du secteur en apportant des financements additionnels aux formations sanitaires qui sont payés par les mutuelles,

R2 : Renforcement des Districts sanitaires ciblés

Résultat 2	**La disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé dans la région de N'Zérékoré est améliorée, en particulier pour la santé de la mère et de l'enfant.**	
SR2.1	**Les capacités de gestion et de supervision des équipes cadres de la DRS et des 6 DPS et des directions hospitalières de la région sanitaire de N'Zérékoré sont améliorées**	
A1	Appuyer les Equipes Cadres Régionales et Préfectorales au travers d'un mécanisme incitatif basé sur la performance et au travers d'un appui logistique, équipement, informatiques, bureautiques, communication	**Activité pertinente et principale mais il existe un problème de financement pour mettre en place ce mécanisme incitatif. De plus cette activité est confrontée à l'appui institutionnel du projet UNICEF qui participe également au fonctionnement de la DRS. Il y a lieu de clarifier cet appui UNICEF pour éviter des doublons.**
A2	Former les membres des équipes cadres de la DRS et des DPS, en gestion d'équipes, à la gestion financière / administrative, à la politique de déconcentration / décentralisation et aux procédures de contractualisation	**Activité pertinente.** L'ATLTd, en coordination avec l'ATLTc et la DNRH programmera les formations et fera appel à une ATCT internationale et perlée possédant des modules de formation appropriés. Cette formation des cadres, mobilisera aussi les personnes ressources du MATD dans le cadre de la politique 2D.
A3	Elaborer les outils de gestion et **contribuer à la mise en œuvre de quelques** Projets d'Etablissement Hospitalier (PEH) de l'Hôpital Régional et des Hôpitaux Préfectoraux	**Activité pertinente mais à problème.** Au niveau des HP et de l'HR il s'agit de renforcer la planification de leurs besoins par l'établissement d'un PEH, tout en assurant également un renforcement important en matière de gestion des ressources par l'introduction d'outils de gestion informatisés. Ces activités seront programmées par l'ATLTd et financées sur DP avec

		l'appui d'une ATCT perlée, en lien avec la DNHS**. Cependant, il y a 10 PEH à élaborer et cela va nécessiter des financements conséquents pour appuyer leur mise en œuvre. Le PASA ne pourra contribuer qu'à la mise en œuvre de quelques PEH car la disponibilité financière est insuffisante.**
A4	Appuyer l'amélioration de la supervision, du monitoring et du contrôle de la gestion financière / administrative et des ressources humaines des structures sanitaires	**Activité pertinente mais dont la mise en œuvre peut être en doublon si le mécanisme incitatif basé sur la performance prévu au A1 (ci-dessus) est mis en place. En effet, la supervision des équipes, le monitoring, le suivi et le contrôle de la gestion sont les principales activités qui pourraient faire l'objet d'un contrat de performance à signer avec les DPS et la DRS.** Attention aux doublons car JHPIEGO effectue un appui institutionnel dans les centres de santé de base sous forme d'évaluation des structures de base
SR2.1	**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 préfectoral.**	
	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 3 DPS et un dépôt pharmaceutique	**Activité pertinente.** Il y a 2 niveaux de responsabilité d'exécution, d'une part l'UNICEF est chargé de réhabiliter 10 structures de base (hors convention de contribution) et d'autre part le PASA doit (i) construire et équiper 3 DPS et le dépôt pharmaceutique régional, (ii) réhabiliter quelques structures des soins et enfin (iii) transformer quelques Centres de santé (CS) en Centres de santé Amélioré (CSA). Pour les structures des soins, il s'agit de limiter les interventions aux structures de niveau de référence (Hop Régional, Hop préfectoraux et CMC) et de se focaliser sur les plateaux techniques (Salle d'accueil et d'urgence, maternité, néonatologie/pédiatrie, bloc opératoire, labo et unité sanguine) dans les 6 préfectures sanitaires de la région de N'Zérékoré. Les coûts d'infrastructures couvriront outre la construction de 3 DPS et du dépôt pharmaceutique régional, de légères réhabilitations de la DRS, des autres DPS et de quelques hôpitaux préfectoraux (sauf celui de Guéckedou prévu pour réhabilitation par l'Etat, celui de Lola en construction sur Budget National et Celui de Beyla déjà réhabilité par Rio Tinto), l'extension de quelques CS en CS amélioré (CSA) afin de rebâtir une pyramide des soins cohérente servant de référence, pour une supervision et une formation pour les unités périphériques. Ces coûts incluront également mise aux normes et équipements du dépôt régional de médicaments et consommables. Pour la problématique de l'eau, la coordination avec le SNAPE et le projet ASPE-iOMD est cruciale.

S/R2.3	**La collaboration entre les Directions Préfectorales Sanitaires et les Collectivités locales (CL) est renforcée**	
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. Former les membres des Comités de Santé et d'Hygiène Publique (CSHP) **et renforcer les Comités préfectoraux de santé pour la coordination des activités (CSHP, DPS, CL).**	**Activités pertinentes** en lien avec les programmes de financement des collectivités locales (PASDD et PACV[2]) la recherche et la contractualisation d'une ONG internationale spécialisée sur les aspects de décentralisation et société civile **apparaît urgente**. Le PASA propose, pour améliorer la fonctionnalité des districts de santé **un sous projet de recherche action** qui vise à renforcer le partenariat, la coordination et la concertation entre les communes et le secteur de la santé dans la gestion des ressources humaines. Dans ce cadre, il s'agira pour le PASA de financer quelques communes pour qu'elles puissent recruter des personnels destinés aux services de santé de base. Le renforcement des capacités des Comités de Santé et d'Hygiène Publique crée le lien entre l'articulation nécessaire entre les collectivités locales et les structures de soins qui, lorsqu'elles sont bien gérées peuvent faire l'objet de conventionnements avec les mutuelles En complémentarité avec le PASDD, des programmations de mise à disposition de personnels financés par les collectivités locales (CL) seront conjointement élaborés par le PASA, les CL et les comités de gestion. Une assistance technique ponctuelle pourra être dévolue à cette activité et à son suivi. La sensibilisation des élus locaux aux avantages octroyés par la mutualisation des risques est une activité majeure afin qu'ils prennent bien connaissance des enjeux et des profits sociaux pour leur communauté.

R3. Médicaments, produits médicaux

Résultat 3	**Un système rationalisé et pérenne d'approvisionnement garantit la disponibilité et accessibilité des Médicaments Essentiels et Génériques dans les structures sanitaires publiques des DPS ciblées**	
A1	Mettre à jour et favoriser l'application de la réglementation et de la politique pharmaceutique, Appuyer la fonctionnalité des instances de contrôle de la qualité et du laboratoire	**Activité concernant la réglementation de la politique pharmaceutique redondante avec le SIAPS/MS** Les activités proposées par le PASA visent l'accessibilité et la disponibilité des médicaments essentiels, produits médicaux et consommables dans la région de N'Zérékoré au travers d'appuis par : (i) un assistant technique long terme (2 ans), encadrera le directeur financier de la PCG et appuiera la direction dans l'organisation générale de la PCG. Il assurera un transfert de capacités à la direction et au personnel cadre notamment en matière de passation des marchés ; (iii) un assistant technique perlé, économiste de la santé, pour renforcer et sécuriser la traçabilité financière des médicaments. Il produira des outils de gestion,

[2] La décentralisation en Guinée est accompagnée par plusieurs Programmes dont le leader reste le Programme d'appui aux communautés villageoises (PACV) démarré en 1999 et qui est à sa 3ème phase. Il a comme objectif d'accompagner les communes rurales en les habilitant à jouer leur rôle de maîtres d'ouvrage du développement communautaire à travers la planification locale, la programmation des investissements, la mobilisation de ressources, la passation des marchés, la gestion des équipements et la délivrance de services publics aux populations.

		renforcera les capacités des gestionnaires des CS et HP et étudiera toutes les possibilités de bancarisation des produits des ventes de médicaments.
A2	Renforcer les capacités institutionnelles de la 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)	**Activité pertinente** Un assistant technique « perlée », spécialisée dans l'approvisionnement « supply chain » des médicaments interviendra à la fois au niveau central de la PCG mais également au niveau du dépôt régional et des dépôts des structures de soins. Il sera chargé de rétablir les procédures de distribution pour assurer la traçabilité physique du médicament. Il assurera la formation des cadres et agents dans les formations sanitaires ainsi que les pharmaciens de la direction régionale et directions préfectorales.
A3	Fournir à la PCG une dotation en MEG, produits médicaux consommables et moyens logistiques pour assurer l'approvisionnement dans les DPS ciblés et ainsi renforcer le fonds de roulement	**Activité principale** L'achat de médicaments, produits médicaux et consommables (incluant les poches de sang pour les unités sanguines et les réactifs de laboratoires) fera l'objet d'un marché particulier dont le cahier des charges sera élaboré par un pharmacien mobilisé par l'assistance technique. En fonction de l'engagement politique de l'Etat à répondre aux conditions préalables de rétablissement de l'équilibre financier de la PCG, les médicaments seront soit livrés à la PCG pour la doter et lui permettre d'assurer progressivement un fonds de roulement suffisant à son activité, soit dans la négative, utiliser toutes les autres possibilités logistiques d'approvisionnement des districts sanitaires.
A4	Remettre le dépôt régional de la PCG et les dépôts pharmaceutiques des hôpitaux Préfectoraux aux normes	**Activité pertinente** Construction du dépôt régional de médicaments de N'Zérékoré et sa mise aux normes pharmaceutiques : équipements de rangement, climatisation,… La construction sera incluse dans le marché des travaux relatif à la réhabilitation/extension des structures sanitaires. Les équipements seront inclus dans le marché de fournitures des équipements biomédicaux et autres équipements d'appui logistique
A5	Optimiser la gestion et l'utilisation des stocks de médicaments dans les structures sanitaires	**Activité redondante avec SR2.1.A4**

2.4 Réponses aux questions préalables

Première réponse : Globalement la logique d'intervention du cadre logique initial de la Convention de Financement (CF) du PASA reste pertinente. En effet, l'épidémie d'Ebola qui a démarré en décembre 2013 n'a fait que démontrer encore plus les insuffisances globales systémiques antérieures, insuffisances qui avaient été identifiées en mars 2013 lors de la formulation du PASA.

Deuxième réponse : Oui le PASA est cohérent avec la PNS et le PNDS 2015-2024 et son plan d'actions triennal le PRRSS 2015-2017. Rappelons que la formulation du PASA en mars 2013 avait identifié 3 goulots d'étranglement du système :

(i) un sous-financement structurel du secteur ;

(ii) une gestion des ressources humaines fortement centralisée avec des inégalités dans la répartition géographique des effectifs ;

(iii) une insuffisance de leadership du niveau central du MS. Ces 3 goulots sont identifiés par la PNS et traduits en trois orientations stratégiques.

Ces trois orientations sont en cohérence avec le PRRSS qui a identifié les priorités suivantes :

(i) élimination d'Ebola et autres maladies épidémiques ;

(ii) renforcement du système de santé de District (Amélioration des prestations des services : PMA, PCA, interventions à haut impact (mère et enfant) et Renforcement du système de gestion) ;

(iii) gouvernance (Soutien à la gestion, Coordination, Redevabilité, Engagement des communautés et Régulation).

Troisième réponse : L'activité 2.1 nécessiterait au moins un abondement de 1milllion d'€ afin d'assurer le mécanisme PBF des directions, appuyer la mise en œuvre de 2 ou 3 PEH, appuyer le SIS régional. Dans le cadre d'un non abondement les activités ne seront pas réalisées mais seraient envisagées dans le cadre du 11 FED.

Quatrième réponse : Il existe un risque de doublons des activités avec certains PTF.

Par exemple :

- l'UNICEF dans son programme hors convention de contribution du PASA appui le fonctionnement des Directions et il faudra s'assurer qu'il n'existe pas de doublons dans cet appui mais une complémentarité des financements.
- l'ONG JHPIEGO appui toute la région de N'Zérékoré en SMI/PF, il pourrait y avoir alors des redondances avec des activités SMI/PF/SE financées par le Programme PASA et mises en œuvre par l'UNICEF dans le cadre du Contrat de subvention.

Il y a lieu de clarifier rapidement cette situation (Rapports trimestriels de l'UNICEF)

2.5 Propositions de révision du Cadre logique

Un problème d'insuffisance de financement se pose pour les activités pour atteindre le résultat 2.1. « Activités de coordination et supervision des directions sanitaires, incitatifs sur la performance » du budget indicatif détaillé du PASA. Ce poste dispose actuellement de 700 000 €, or cette ligne couvre de nombreuses activités de plus ces activités sont couplées dans un seul devis-programme avec le niveau central.

A terme, trois activités sont menacées :

1) Le mécanisme incitatif (PBF) d'appui au fonctionnement des Directions nécessite un fonds fiduciaire qui dépasse largement les capacités de la ligne 2.1. L'étude en cours sur le PBF va permettre de déterminer les montants approximatifs nécessaires à la future création d'un « fonds fiduciaire PBF » et de faire une présentation du modèle PBF qui est insuffisamment connu en Guinée.

2) les Projets d'Etablissements Hospitaliers (PEH). Le PASA devrait appuyer l'élaboration des 10 PEH attendus mais ne pourra contribuer à la mise en œuvre que de certains.

3) Enfin, le SIS régional à N'Zérékoré ne fonctionne pas. Il faudrait contractualiser une ressource spécialisée dans la gestion des données pour renforcer le service de la DRS.

Proposition :

L'augmentation du montant de la ligne 2.1 pourrait être portée à 1 700 000 € c'est-à-dire un abondement complémentaire de 1 000 000 sur les divers – imprévus. Ceci entrainerait alors un avenant à la CF.

Révision du budget indicatif détaillé

Description du programme	Montant EUR	Amendement	Proposition
Assistance technique, études et contrôles	**4 900 000**		4 900 000
R1. Renforcement des capacités du Ministère	**1 400 000**		1 400 000
R2. Renforcement des Districts sanitaires ciblés	**17 700 000**		18 700
2.1. Activités de coordination et supervision des directions sanitaires, incitatifs sur la performance	700 000	**+ 1 000 000**	**1 700 000**
2.2. Réhabilitation établissements sanitaires	5 200 000		5 200 000
2.3. Equipements biomédicaux, roulants, chaîne de froid, énergie	5 000 000		5 000 000
2.4. Appui à la décentralisation, collectivités locales et mutuelles	2 300 000		2 300 000
2.5. Réactivation des services SR/SE/PF	4 500 000		4 500 000
R3. Médicaments, produits médicaux	**2 400 000**		2 400 000
Monitoring d'impact, évaluation et audits, S&E 10FED*	900 000		900 000
Visibilité (UE-AFD)	150 000		150 000
Imprévus	2 100 000	**- 1 000 000**	**1 100 000**
Total	**29 550 000**		**29 550 000**

* S&E global 10 FED : 330 000

3 DETERMINATION DE LA SITUATION DE REFERENCE (BASELINE) ET SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION DU PASA

3.1 Rappel des TdR de la mission (voir annexe 1)

La mission a pour objectif de :

- analyser les indicateurs et leur contexte et finaliser l'ensemble des indicateurs ;
- déterminer les points de référence de chaque indicateur sélectionné (benchmark) ;
- faire une projection dans l'avenir des indicateurs sélectionnés ;
- déterminer les sources de vérification de chaque indicateur sélectionné.

Plus spécifiquement il s'agira de:

- étudier la bibliographie des documents stratégiques nationaux ;
- revoir/concevoir les indicateurs d'effets (objectifs), de résultats ;
- retenir entre 1 et 5 indicateurs par résultat et pour l'objectif spécifique ;
- revoir des indicateurs en cascades pour chaque niveau de déroulement du projet ;
- prendre en compte les thèmes transversaux «genre» et «environnement» ;
- concevoir au minimum **un indicateur de «perception des changements»** comme indicateur d'impact (objectif spécifique) ; **un indicateur d' «appropriation »** construit de manière participative avec les acteurs locaux ; des indicateurs de renforcement des capacités (RC).

3.2 Proposition d'une matrice de la baseline et de suivi du PASA

3.2.1 La matrice de la Baseline

	Logique d'intervention	Indicateurs proposés	Baseline	Cible	Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
OG	**Appuyer le Gouvernement de la Guinée dans sa stratégie de réduction de la pauvreté et de contribuer à la réalisation des ODD n°4 et 5**	**Mortalité maternelle** **Mortalité infanto-juvénile**	**724/ 100000** **123/ 10000**	600 / 100000 100 / 10000	Annuaire Statistique national EDS	SNIS	Annuel	MS
OS	**Relancer les services de santé pour la fourniture de soins essentiels et de qualité dans la région de N'Zérékoré**	**Taux de satisfaction des bénéficiaires** **Dépenses directes en % des dépenses totales en santé**	**39 %** **62 %**	**50 %** **40 %**	Rapport CTRS Rapports DAF Rapports PASA Rapport d'enquête	SNIS routine Enquête	Annuel	DRS

R1 : Renforcement des capacités

Résultat 1	**Les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé (MS) sont renforcées en tenant compte du processus de déconcentration / décentralisation**							
SR 1.1	**Le cadre organique et les fonctions directrices prioritaires du MS 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**							
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	**- BSD fonctionnel** (RH, 2 supervisions par an, logistique) **- Directives pour élaboration des Plans stratégiques 2015-2017 et Plans annuels opérationnels élaborés** **- Nombre de réunions annuelles CP PASA, CTNS** **- Nombre de réunions annuelles CTRS,** **- Nombre de réunions annuelles CTPS**	**NON** **NON** **0** **0** **6**	**OUI** **OUI** **1** **2** **12**	- Rapports PASA - Rapports DRS/DPS - Rapports CNTS, CTRS - Rapports CPS		Annuel	ATLT PASA centrale et locale

A2	Au niveau central et périphérique, renforcer le Système National d'informations et Gestion sanitaire (SNIS) et son utilisation efficace et analytique pour la prise de décision	**- Plan stratégique SNIS élaboré, budgétisé et validé** **- Promptitude et complétude des rapports au niveau de la DRS de N'Zérékoré**	**NON** **94/100 %**	**OUI** **100 %**	- Rapport BSD - Rapport PASA - Rapport DRS		Mensuel Trimestriel Annuel	BSD ATLT PASA DRS
A3	Dans la région ciblée, recenser les RHS, analyser les modalités de leur gestion et tester et évaluer un système de gestion amélioré	**- Taux de RHS/10000 hab.** **- Cadre et structures organiques du MSP révisés à partir du recensement biométrique de la fonction publique en cours** **- Profils des postes au niveau régional révisés** **- Plans de carrières du niveau régional élaborés (?)**	**0,95 /10000** **NON** **NON**	**4 / 10000** **OUI** **OUI**	- Décret sur le cadre organique du MS adopté et appliqué - Rapports de la Direction des Ressources Humaines (DNRH) et du BSD - Rapport PASA - Rapport DRS	Enquête		DRS ATLT PASA
SR 1.2.	**Les stratégies pour l'amélioration du financement du secteur sont revues et testées dans la région ciblée**							
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 de marchés, sont revus et améliorés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	**- Budget et exécution du budget publiés à un niveau désagrégé** **- Nombre de supervisions réalisées pour la chaîne des dépenses,** **- Rapports d'audits publiés**	**NON** **0** **0**	OUI ? ?	- Rapport DAF - Rapport PASA		Annuel	DAF ATLTC PASA
A3	La gestion des paiements effectués par les patients pour les soins et autres contributions privées est améliorée	**- Nombre de structures de santé ayant bénéficié d'un audit du recouvrement des couts**	**0**		- Rapports PASA - Rapports DRS		Annuel	ATLT PASA

R2 : Renforcement des Districts sanitaires ciblés

Résultat 2	**La disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé dans la région de N'Zérékoré est améliorée, en particulier pour la santé de la mère et de l'enfant.**							
SR2.1	**Les capacités de gestion et de supervision des équipes cadres de la DRS et des 6 DPS et des directions hospitalières de la région sanitaire de N'Zérékoré sont améliorées**							
A1.	Appuyer les Equipes Cadres Régionales et Préfectorales au travers d'un mécanisme incitatif basé sur la performance (PBF) et au travers d'un appui logistique, équipement, informatiques, bureautiques, communication	**- Rapport de l'Etude de faisabilité du PBF** **- Existence d'un fonds fiduciaire PBF** **- Logistique et équipements fournis à la DRS, DPS et aux Hôpitaux**	**NON** **NON** **NON**	**OUI** **OUI** **OUI**	- Rapport DRS - Rapports DPS - Rapports PASA		Annuel	ATLT PASA
A2	Former les membres des équipes cadres de la DRS et des DPS, en gestion d'équipes, à la gestion financière / administrative, à la politique de déconcentration / décentralisation et aux procédures de contractualisation	**- Nombre de membres d'EC formés par thématiques (management, gestion financière/administrative, politique de décentralisation, contractualisation)**	**0**	**36**	- Rapports DRS - Rapports DPS - Rapports DP PASA		Annuel	DRS ATLT PASA
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	**- Nombre de PEH élaborés** **- Nombre de PEH appuyés dans la mise en œuvre**	**0** **0**	**10** **5**	- Rapports DNHS - Rapports DRS - Rapports CTRS - Rapports ATL PASA		Annuel	DRS ATLT PASA
A4	Appuyer l'amélioration de la supervision, du monitoring et du contrôle de la gestion financière / administrative et des ressources humaines des structures sanitaires	**- Nombre d'états financiers des structures assainis** **- Nombre de mission de monitorage des structures de santé par DPS et par an** **- Nombre de mission de contrôle de gestion financière réalisée par DPS et par an** **-% des Centres de santé ayant reçu au moins deux**	**NON** **NON** **ND**	**OUI**	- Rapports CTPS - Rapport CTRS - Rapports PASA		Annuel Semestriel	DRS ATLT PASA

		missions de supervision de la DPS au cours de l'année **-% des DPS ayant été supervisées au moins 1 fois par la DRS au cours de l'année**	**1/an/DPS**	**2/an/ DPS**				
SR2.2.	**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 préfectoral.**							
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 des DPS	**- Nombre de DPS[3] construites et équipées** **- Nombre de CS réhabilités et équipés** **- Unité de maintenance régionale réhabilitée** **- Nombre d'hôpitaux réhabilités et équipés**	**0** **0** **0** **0**	**3** **10** **1** **4**	- Rapports des DPS, DRS, de DIEM - Procès-Verbaux (PV) de réception des travaux - Rapports PASA	SNIS	Annuel	DRS ATLT PASA
A2	Développer la formation continue au niveau de la région de N'Zérékoré	**- Curricula de formations disponibles** **- Nombre de RH formées (catégorie, thèmes, durée)** **- Dispositif Régional de Professionnalisation et Perfectionnement en Santé fonctionnel**	**NON** **0** **NON**	**OUI** **150** **OUI**	- Rapport DRH - Rapport CTRS - Rapports PASA		Annuel	DRS ATLT PASA
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 et la planification Familiale	- **Couverture effective médiane en CPN4 au niveau régional** **- % des accouchements assistés par un personnel qualifié au niveau régional** **- Taux de césarienne au niveau régional** **- Couverture effective médiane de PF au niveau régional**	**47 %** **52 %** **1,8 %** **10 %**	**60%** **55%** **3 %** **12%**	- Registres d'accouchement ; - Fiches CPN - Rapports Hôpitaux - Rapport monitorage - Rapports CTPS - Rapports CTRS - Rapports UNICEF	SNIS Monitorage	Semestre	DRS ATLT PASA

[3] DPS de Yomou, Macenta, N'Zérékoré, Ouendé, Kenema

A4 **A5** **A6**	Renforcer les capacités des personnels et les moyens des services pour améliorer : - la prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIMNE) - des activités de prévention et de lutte contre la malnutrition au niveau des structures sanitaires et communautaires.	**- % de guérison de la MAS au niveau des CRENI de la région** - % de guérison de la MAS au niveau des CRENAS de la région - % de décès de la MAS au niveau des CRENI de la région	**73%** **75%** **7,1%**	**85%** **85%** **Inf. à 10%**	- Rapport PASA			
S/R2.3	**La collaboration entre les Directions Préfectorales Sanitaires et les Collectivités locales (CL) est renforcée**							
A1	Former les membres des Comités de Santé et d'Hygiène Publique (CSHP) et renforcer les Comités préfectoraux de santé pour la coordination des activités (CSHP, DPS, CL)	**- Nombre de membres formés** **- Nombre de réunions des Comités Techniques Préfectoraux de Santé (CTPS) tenues**	**0** **1/an/ DPS**	770 2/an/ DPS	- Rapports DRS - Rapports PASA - Rapports PACV - Rapports PASDD		Annuel	Annuel
A2	Appuyer financièrement et suivre l'affectation et la prise en charge des RHS par les CL	**- Nombre de personnels de santé pris en charge par les CL dans la région** **- Montant mobilisé pour la prise en charge** **- Nombre des CL appuyées financièrement pour le recrutement et la prise en charge des agents destinés aux structures de santé de base.**	**0** **0** **0**	Au minimum 100 ? 10	- Rapports DRS - Rapports PASA - Rapports PACV - Rapports PASDD		Annuel	Annuel
A3	Renforcer l'organisation et la gestion des mutuelles villageoises	**- Nombre de structures d'appui au développement des mutuelles de santé appuyées**	**0**	Au moins 2	- Rapports DRS - Rapports PASA - Rapports PACV - Rapports PASDD		Annuel	Annuel

R3. Médicaments, produits médicaux

Résultat 3	**Un système rationalisé et pérenne d'approvisionnement garantit la disponibilité et accessibilité des Médicaments Essentiels et Génériques dans les structures sanitaires publiques des DPS ciblées**							
S/R3. A1	Appuyer la fonctionnalité des instances de contrôle de la qualité et du laboratoire	**- Contrôle de qualité minimal du Laboratoire National de Contrôle de qualité du Médicament (LNCQM) assuré**	**NON**		- Rapport PCG - Rapport PASA			PCG PASA
S/R3. A2	Renforcer les capacités institutionnelles de la 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)	**- Manuels de procédures mis à jour et observés** **- Nombre d'outils de gestion mis à jour et appliqués** **- Système de gestion des données fonctionnel**	**NON** **0** **NON**		- Rapport PCG - Rapport PASA			PCG PASA
S/R3. A3	Fournir à la PCG une dotation en MEG, produits médicaux consommables et moyens logistiques pour assurer l'approvisionnement dans les DPS ciblés et ainsi renforcer le fonds de roulement	**- Montant de l'état des stocks-fonds alloués** **- Dépenses en produits pharmaceutique et par structure**	**?** **?**		- Rapport DRS - Rapport PASA			PCG PASA
R3.2. A4	Remettre le dépôt régional de la PCG et les dépôts pharmaceutiques des hôpitaux Préfectoraux aux normes	**- Dépôt régional construit** **- Nombre de dépôts[4] des Hôpitaux mis aux normes et fonctionnels dans la région de N'Zérékoré**	**NON** **0**	**OUI** **4**	- Rapport DRS - Rapport PASA			PCG PASA

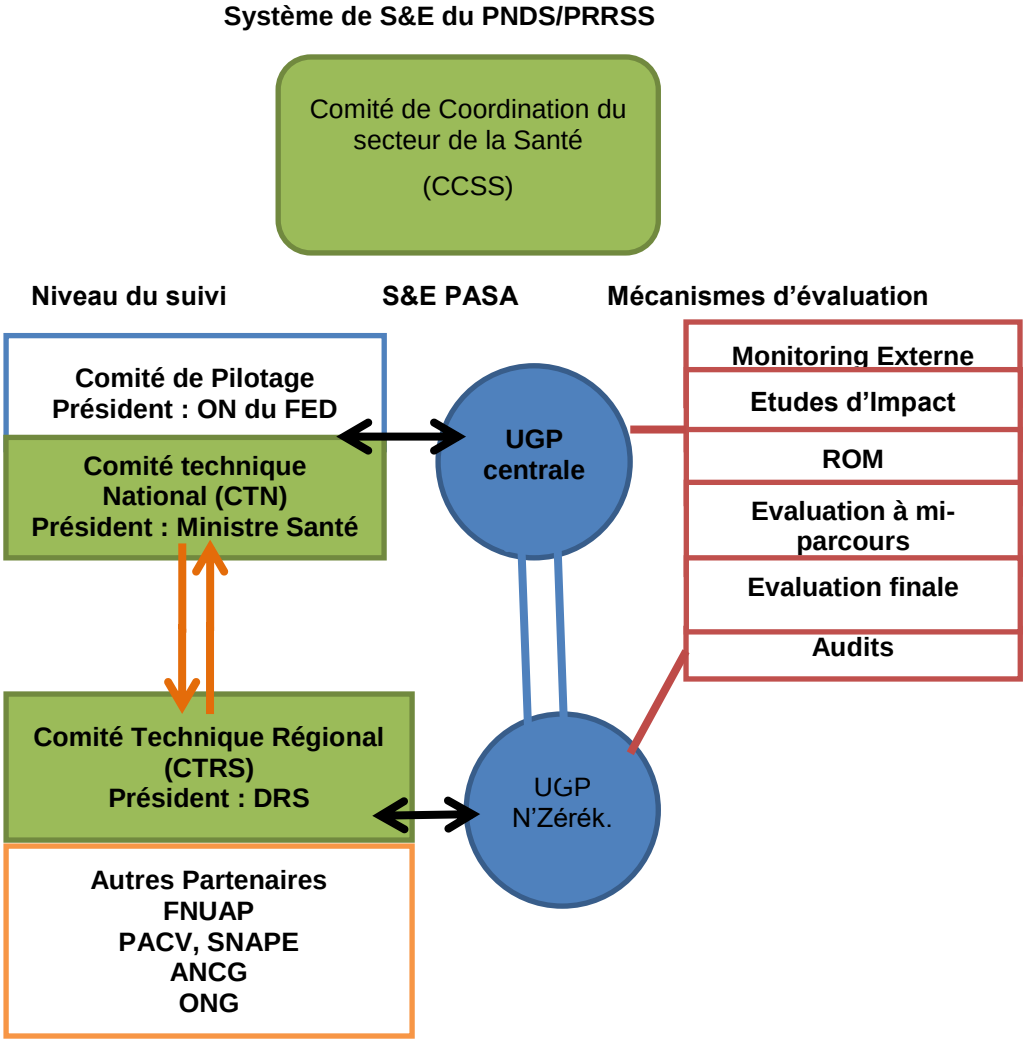
[4] Hop Régional, HP Macenta, HP Ouéndé Kénéma, HP Yomou

Le tableau ci-dessus doit être retravaillé. Les TdR envisageaient de faire un travail participatif pour déterminer les indicateurs. Or, l'Expert a eu une mission assez courte et de plus arrivé à N'Zérékoré l'ensemble des membres des équipes cadre (EC) des directions étaient mobilisés par l'élaboration du Plan régional de Développement sanitaire et ils n'ont pas pu être mobilisés pour le Baseline.

De plus le niveau central retiendra au premier trimestre 2016 les indicateurs nationaux du S&E du PNDS. Une deuxième mission pourra être envisagée pour arrêter définitivement les indicateurs.

3.2.2 Schéma organisationnel du système S&E du PASA

Le schéma organisationnel est le suivant :



Le Système S&E du PASA doit s'intégrer dans le Système S&E du PNDS/PRRSS

Cependant, le système de S&E du PNDS/PRRSS n'est pas aujourd'hui totalement fonctionnel.

Les instances constitutives sont :

(i) **le Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS)** présidé par le chef du Gouvernement pour veiller à « la coordination des interventions au niveau national, le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et la définition des politiques et stratégies ». Il est l'unique organe national de coordination du Plan de Relance comme pour le PNDS avec un cadre unique des indicateurs de suivi des progrès et d'évaluation de la performance du secteur santé et des réformes sanitaires.

(ii) **les instances techniques.**

- Le Comité Technique National de Santé (CTNS) dont la Présidence sera assuré par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé ;
- Le Comité Technique Régional de Santé (CTRS) présidé par le Directeur Régional de la Santé ;
- Le Comité Technique Préfectorale de Santé (CTPS) présidé par le Directeur Préfectoral de la Santé. Ces comités seront chargés du pilotage technique du PNDS, du suivi évaluation de la mise en œuvre du PNDS, donneront des avis techniques et organiseront des revues annuelles au niveau national et déconcentré.

(iii) **la Revue Sectorielle**. Il s'agit d'une activité de suivi périodique de la mise en œuvre du Plan de Relance et sera menée par l'ensemble des structures du secteur santé, le ST/CCSS jouant le rôle de facilitateur principal. Le but de la revue sectorielle est de pouvoir rendre compte périodiquement des performances du système de santé à travers des indicateurs précis pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. De manière opérationnelle, des sessions de revue se feront semestriellement et annuellement respectivement par le district de santé, la région et le niveau central. Un canevas de la revue sera développé et validé sur la base des informations à renseigner par chaque niveau en vue du calcul des indicateurs du Plan de Relance. La revue sectorielle va s'appuyer sur les outils existants du système national de suivi-évaluation à savoir: les données de routine (SNIS) et des enquêtes périodiques (MICS, EDS, ENN, Comptes Nationaux de Santé…).

La récolte des données se fera à plusieurs niveaux

Au niveau central, il est envisagé que l'Observatoire National de la Santé du PNDS puisse mettre en place « une plateforme nationale virtuelle de base de données statistique, de documents de référence nationaux, des rapports périodiques, des résultats de la recherche et de publications en matière de santé ». Cette plateforme sera alimentée « par la base de données du SNIS, le système d'information sanitaire de district (DHIS) et la plateforme nationale de Dialogue Politique en santé (CHPP).

Le cadre de suivi évaluation identifiera les indicateurs essentiels tout au long de la chaine de résultat et les reliera à des méthodes de collecte de données provenant de plusieurs sources pour les synthétiser pour la prise de décision. Un système harmonisé de rapportage sera mis en place pour produire le rapport national annuel unique sur la performance du système santé (mise en œuvre du Plan de Relance).

Au niveau des Centres de santé, c'est le monitorage qui s'effectuera « par la récolte des informations, l'analyse approfondie de ces informations et la prise de décision suivie de l'élaboration d'un micro plan d'amélioration. Les déterminants mesurés selon le modèle de Tanashi seront : la disponibilité en ressources pour le fonctionnement du service, l'accessibilité géographique du service, l'utilisation des services par la population cible, la couverture adéquate de la population cible, la couverture effective de la population cible qui reflète la qualité technique du service offert. »

3.2.3 Goulots d'étranglement

Actuellement le SNIS n'est pas opérationnel et au niveau de la DRS de N'Zérékoré on dispose de peu d'indicateurs. Les indicateurs disponibles ont une faible réactivité puisque l'annuaire disponible qui constitue une référence statistique est l'« ***Annuaire des Statistiques Sanitaires 2012 DRSHP Nzérékoré***».

Au niveau central un Plan Stratégique du SNIS est en cours d'élaboration. Le SNIS sera secondairement appuyé par un ensemble de partenaires. Les prévisions à terme sont de réaliser : (i) la production des données statistiques de qualité, consignées dans les registres des activités des formations et structures sanitaires et transmises par chaque acteur de celles-ci à travers les rapports mensuels d'activités (RMA) ; (ii) le renforcement de l'organisation, du fonctionnement, du financement et des capacités du Secrétariat Technique du Comité de Coordination du Secteur Santé (ST/CCSS) et de suivi de la mise en œuvre du Plan de Relance; (iii) l'intégration effective du système national de suivi-évaluation dans le fonctionnement de l'ensemble du secteur santé ; (iv) l'implication effective du BSD dans l'organisation des évaluations, le monitoring de la qualité des services et soins de santé prodigués par les structures publiques et privées de santé ; (v) l'exploitation du Réseau de Métrologie Sanitaire etc.

A N'Zérékoré, la Section Statistiques et Information Sanitaire (SSIS) est composé d'une seule personne. Le PASA devra renforcer le service de la DRS par l'adjonction d'une personne ressources spécialisée dans la collecte des données.

4 CONCLUSION

En premier lieu, il peut être affirmé que la logique d'intervention du PASA, telle qu'arrêtée par la Convention de financement signée en décembre 2013, reste fin 2015 toujours pertinente malgré l'épidémie d'Ebola survenue entre temps. L'épidémie n'a fait que prouver les insuffisances systémiques sectorielles en gouvernance, de l'offre de soins et des ressources humaines.

En deuxième lieu, le Programme PASA reste cohérent en termes de stratégie d'appui avec la politique nationale de santé, le PNDS 2015-2024 et son plan triennal, le Plan de Relance et de Résilience 2015-2017.

A ce jour il apparaît que certaines activités sont insuffisamment financées en regard des résultats attendus, en particulier pour l'appui des districts de N'Zérékoré et l'appui à la pharmacie centrale de Guinée. Si ces activités ne bénéficient pas d'un abondement au cours d'un avenant à la convention de financement, elles ne pourront avoir lieu (en particulier le mécanisme incitatif des équipes cadres et l'appui à la mise en œuvre des Projets d'établissements Hospitaliers). Dans ce cas il faudra considérer que le PASA est au stade préliminaire d'un appui au développement à la région de N'Zérékoré à long terme qui devra se poursuivre dans le cadre du programme 11ème FED.

5 ANNEXES

5.1 Annexe 1: Termes de Références de l'étude

Assistance Technique au Projet d'Appui
à la Santé en République de Guinée
(PASA)

TERMES DE REFERENCE

BASE LINE ET SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION
DU PROJET D'APPUI A LA SANTE
EN REPUBLIQUE DE GUINEE

1. Introduction

Le document de projet d'Appui à la Santé en République de Guinée a été formulé en 2013.

Depuis Décembre 2013, le pays a été frappé par l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola. Cette épidémie a eu de lourdes conséquences sur le système de santé identifié initialement comme étant déjà fragile Il est par conséquent nécessaire que le projet prenne en compte cette modification du contexte sanitaire et connaisse la situation de départ de mise en œuvre du projet de telle façon à pouvoir réaliser le suivi et l'évaluation de l'atteinte des objectifs, des résultats et de l'impact de l'intervention à travers le temps, sur la base d'indicateurs actualisés pertinents.

L'objet de l'étude sera dès lors la détermination de la situation de référence (Baseline), ainsi que l'analyse et la révision du cadre logique dans le contexte actuel et en cohérence avec le Plan de Relance du Secteur de la Santé 2015-2018. Ce travail comprendra également la validation et l'adaptation éventuelle des indicateurs. Sur cette base l'étude proposera un système de suivi et évaluation (S&E) pour le projet et les acteurs principaux concernés, y compris les modalités de collecte d'information pertinentes et efficaces.

L'objet, les résultats attendus et les modalités de cette étude sont détaillés dans les présents termes de référence (TdR).

2. Contexte de l'intervention

Le Projet d'Appui à la Santé (PASA) a été identifié par le Gouvernement de la République de Guinée, et financé par l'Union européenne sur les ressources du 10ème FED, avec l'objectif général 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 pour le développement n°4 et N°5 relatifs à la santé maternelle et infantile.

Ce projet s'inscrit dans un contexte sectoriel sanitaire initialement faible et frappé par l'épidémie à virus Ebola depuis décembre 2013.

Les principales faiblesses identifiées dans le Plan de relance du Secteur Santé (02/2015) sont les suivantes :

- Faible réactivité du système de santé face à la maladie en général et aux épidémies en particulier ;
- Faible disponibilité des produits de santé et des équipements de base pour la mise en œuvre des paquets de services essentiels au niveau des structures des districts sanitaires ;
- Faiblesse de l'offre, de l'utilisation et de la qualité des prestations dans les structures de soins ;
- Inexistence d'une politique de ressources humaines centrée sur les besoins de santé ;
- Faible mobilisation des ressources financières pour les services essentiels en santé.

Ce projet doit non seulement permettre d'apporter un appui institutionnel aux autorités centrales que sont le Ministère de la Santé et la Pharmacie Centrale de Guinée, mais il doit aussi permettre de renforcer les capacités institutionnelles de la région de N'Zérékoré, que ce soit au niveau de l'offre de soins relative à la santé maternelle et infantile qu'au niveau de l'accès aux médicaments essentiels génériques dans cette région du sud de la Guinée.

La riposte nationale à l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola, appuyée par les partenaires internationaux, a permis la mobilisation de moyens financiers, techniques et humains dont la Guinée n'avait jamais pu bénéficier précédemment. Cette riposte nationale menée dans un cadre d'intervention d'urgence et pilotée par une coordination nationale spécifique doit pouvoir progressivement se fondre dans le système de santé national et renforcer celui-ci de manière durable.

Les objectifs initiaux du projet d'appui à la santé restent donc en ligne avec la politique gouvernementale de relance du secteur de la santé.

Le renforcement institutionnel au niveau central permettant au ministère de la santé d'exercer son mandat normatif et de coordination ainsi que de relance du système de santé en Guinée forestière, région la plus touchée par l'épidémie Ebola et région sensible par son positionnement aux frontières des différents pays touchés, restent donc parfaitement d'actualité et constituent donc bien des objectifs prioritaires.

3. Objectifs du projet

L'objectif global du projet consiste à 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 pour le Développement N°4 et N°5.

L'objectif particulier est de relancer les services de santé pour la fourniture de soins essentiels et de qualité dans la région de Nzérékoré.

Cet objectif particulier est décliné en trois sous-objectifs :

- Le renforcement des capacités du MS dans ses fonctions prioritaires pour la relance des services de santé.
- L'amélioration du fonctionnement et du financement de la santé maternelle et infantile dans la région de N'Zérékoré, notamment à travers une approche globale impliquant les collectivités locales, les communautés via les comités de santé, les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les mutuelles, et l'ensemble des acteurs publics et privés.
- L'appui à l'acquisition et la distribution de médicaments génériques pour la région de N'Zérékoré, notamment à travers un renforcement de la Pharmacie centrale de Guinée (PCG).

4. Résultats attendus et Indicateurs actuels du projet

Les axes stratégiques du PASA portent sur l'obtention de trois (3) résultats :

Résultat 1: Les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé (MS) sont renforcées en tenant compte du processus de décentralisation et de déconcentration ;

Résultat 2: La disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé dans la région de N'Zérékoré est améliorée, en particulier pour la santé de la mère et de l'enfant.

Résultat 3: Un système rationalisé et pérenne d'approvisionnement garantit la disponibilité et l'accessibilité des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) dans les structures sanitaires publiques des DPS ciblées ;

Les **indicateurs** prévus dans le cadre logique sont présentés en annexe **1**.

5. Modalités d'exécution du projet

Le programme d'assistance technique porte sur 3 résultats attendus qui, en s'articulant et se potentialisant, devraient permettre un accroissement de l'utilisation des services de santé par une amélioration de la qualité des soins comme de l'accessibilité aux services de santé particulièrement à N'Zérékoré, zone d'intervention prioritaire du projet.

- Résultat 1: « Renforcement de l'Appui Institutionnel au niveau central », dont les activités seront exécutées par les devis programmes ;
- Résultat 2 : « Renforcement de l'Appui institutionnel au niveau de la région de N'Zérékoré », dont les activités seront exécutées par une subvention (UNICEF), le devis-programme et des marchés de travaux et de fournitures.
- Résultat 3 : « Renforcement du système d'approvisionnement en MEG » dont les activités seront exécutées par des marchés de fourniture.

La réalisation de l'étude baseline et la mise en place d'un système de suivi et évaluation sont prévus dans les termes de référence du projet.

6. Buts et tâches de l'étude

6.1. Révision du cadre logique initial et des indicateurs

- Analyser et actualiser le cas échéant le cadre logique initial en s'assurant de sa cohérence ainsi que de la prise en compte des différentes orientations stratégiques récentes dont notamment le Plan de Relance du Secteur de la Santé ;
- Analyser la logique d'intervention, la chaîne de résultats, les hypothèses, les conditions préalables ;
- Identifier des éventuelles lacunes du cadre logique et proposer un cadre logique alternatif;
- Analyser les indicateurs et leur contexte et finaliser l'ensemble des indicateurs en prenant en compte :
  - les orientations stratégiques dans les indicateurs ;
  - la cohérence nécessaire avec indicateurs des autres outils nationaux de pilotage du développement, et spécialement ceux en relation avec les domaines d'intervention du projet ;
  - la contribution des indicateurs du projet aux indicateurs nationaux ;
  - la nécessité du caractère 'SMART' des indicateurs;
- Déterminer les points de référence de chaque indicateur sélectionné (benchmark);
- Faire une projection dans l'avenir des indicateurs sélectionnés ;
- Déterminer les sources de vérification de chaque indicateur sélectionné.

Plus spécifiquement il s'agira de:

- Etudier la bibliographie des documents stratégiques nationaux afin de tisser des liens éventuels entre les indicateurs sélectionnés lors de la mission de consultance et les indicateurs existants au niveau national ;
- Revoir/concevoir les indicateurs d'effets (objectifs), de résultats, et des indicateurs permettant d'apprécier la prise en compte des orientations stratégiques et la performances des partenaires de la mise en œuvre ;
- Retenir entre 1 et 5 indicateurs par résultat et pour l'objectif spécifique;
- Prévoir des indicateurs en cascades pour chaque niveau de déroulement du projet permettant la mesure des effets du projet à ces niveaux : national, régional et niveau local;
- Les thèmes transversaux «genre» et «environnement» sont pris en compte dans la conception des indicateurs (exemple: «sexo-spécifier» les indicateurs quand cela est jugé pertinent). Au minimum un indicateur traduit, à travers sa conception, chacun de ces thèmes;
- Concevoir au minimum un indicateur de «perception des changements» comme indicateur d'impact (objectif spécifique). L'indicateur peut être qualitatif ou quantitatif et au minimum un d'entre eux doit être conçu de manière participative, dans le sens où les acteurs locaux (de préférence) participent à l'évaluation de l'indicateur ;
- Concevoir au minimum un indicateur d' «appropriation » construit de manière participative avec les acteurs locaux ;
- Concevoir des indicateurs de renforcement des capacités (RC) pour évaluer le RC des instances régionales d'une part, et pour évaluer le RC des bénéficiaires directs d'autre part. Au minimum un de ces deux indicateurs est construit de manière participative;

- Tous les indicateurs possèdent des valeurs chiffrées, même lorsqu'ils sont qualitatifs;
- Eviter les indicateurs pour lesquels aucune valeur de base n'est disponible ;
- Les indicateurs doivent rester simples et facilement mesurables par les acteurs locaux et/ou régionaux, de telle façon à pouvoir continuer à analyser leur évolution après la fin de l'intervention.

6.2. Proposer un système de S&E pour le projet

- Proposer un système de S&E simple et facile d'utilisation, servant aussi bien au suivi et évaluation par le projet lui-même que comme instrument d'inspiration pour le suivi, évaluation et de planification pour d'autres instances nationales ou déconcentrée/décentralisée en relation avec la planification et la gestion du secteur de la santé.
- Assurer que le système S&E puisse être utilisé à deux niveaux: national et régional (N'Zérékoré)
- Plus précisément :
- Définir le champ d'action et l'objectif du système de suivi-évaluation ;
- Indiquer les principales questions relatives à la performance et les indicateurs ainsi que les mécanismes de suivi qui leur sont associés;
- Indiquer la stratégie de collecte des données, leur analyse et le système de diffusion de l'information ;
- Clarifier les responsabilités en matière de collecte, consolidation, synthèse, analyse, rapport;
- Elaborer un plan détaillé de suivi-évaluation en prenant en compte les mécanismes de coordination avec les partenaires pour le suivi et évaluation ;
- Définir un échéancier pour les étapes clés du système de S&E ;
- Répertorier les besoins en formation ou en renforcement des capacités (RC) pour la mise en œuvre du système de S&E au niveau de l'équipe du projet, des acteurs régionaux et nationaux concernés;
- Analyser les risques qui pourraient mettre en péril la mise en œuvre du système S&E et proposer des mesures de gestion de ces risques ;
- Estimer les coûts du système de S&E (personnel, finances et matériel).

Remarques

- Il est demandé de se référer, dans les limites du possible, aux systèmes de suivi-évaluation existants relatifs aux domaines d'intervention du projet, des services nationaux et régionaux d'une part, et des autres interventions d'autre part.
- Concernant les systèmes S&E des services nationaux, la bibliographie des documents stratégiques nationaux importants sera passée en revue afin d'en retenir les indicateurs nationaux existants et notamment les indicateurs des objectifs du millénaire pour le développement.

Les différentes tâches sont :

- Définir les méthodes de collecte des données pour chaque indicateur (questionnaire, constat visuel, ou autre);
- Définir, pour chaque indicateur, qui collecte les données et à quel moment ;
- Déterminer les responsabilités au sein du projet ou parmi les acteurs régionaux quant à la concentration des données, leur cohérence et la fréquence de relevé, la mise à jour du système de suivi et évaluation, la gestion de la base de données ;
- Présenter sous forme de diagramme le flux de l'information, depuis la collecte à l'alimentation système M&E ;
- Déterminer les besoins en formation, que ce soit au niveau de l'équipe du projet ou parmi les acteurs

régionaux, dans le domaine de suivi-évaluation, gestion de base de données afin de s'assurer de l'utilisation optimale et durable du système mis en place ;

- Estimer les coûts pour la mise en œuvre et la gestion du système M&E :
  - Logiciels/matériel pour la création de bases de données (Excel ; SPSS ; Access,...) et éventuellement outil SIG ;
  - Frais éventuels de personnel ;
  - Frais de formation ou dépenses liées au renforcement des capacités, que ce soit de l'équipe du projet ou du personnel technique qui se chargera du système de la région ;
  - Frais supplémentaires (publications, ateliers de restitution, vidéos...).

6.3. Benchmarking des indicateurs sélectionnés et projection

- Lorsque les indicateurs sont conçus de manière à être évalués à l'échelle de la région sanitaire, établir, si cela est pertinent, des projections dans le temps et l'espace régional ou national;
- Il est important d'avoir une concertation avec les acteurs locaux et régionaux sur ces projections.

7. Méthodologie de la prestation

- Il est demandé aux experts de rédiger un bref « rapport initial » décrivant la méthodologie proposée, les outils de diagnostic, le chronogramme de l'étude avec les résultats intermédiaires, le calendrier proposé des rencontres avec les acteurs clés et personnes ressources pour la mission terrain. Ce rapport est produit au plus tard pour le 1er jour du démarrage effectif de la mission terrain.
- Réaliser une recherche documentaire et récolter les données existantes, nécessaires à la réalisation des tâches ci-dessus décrites. Pour ce faire, le consultant procèdera d'abord au rassemblement, lors de son arrivée au projet, de l'ensemble des données et documents pertinents mis à sa disposition. Cette information sera complétée par les données obtenues lors des entretiens et/ou à l'occasion des ateliers organisés avec les acteurs concernés.
- Au cours des premiers jours de la mission, une première réunion est organisée avec le comité technique national du projet avec pour ordre du jour « La révision et compréhension des TdR et du rapport initial: discussion et proposition d'améliorations ». Une première proposition de la structure du rapport final sera présentée suite à cette réunion.
- Une mission de terrain sera réaliser dans la zone cible du projet (N'Zérékoré).
- Une seconde réunion, fixée au plus tard dès la moitié de la durée d'exécution de la mission, est prévue avec l'équipe du projet pour discuter du « projet de rapport ». Ce rapport résume l'état d'avancement, les résultats obtenus, les difficultés rencontrées, les éventuelles propositions de réorientation si nécessaire et la planification des tâches restantes de la prestation à réaliser. La structure définitive du rapport final sera également déterminée lors de cette réunion.
- Le «rapport final» doit être approuvé par le Comité de Pilotage du Projet. Un avis préalable sera fourni par le comité technique du projet.

8. Livrables de la prestation

Les rapports et annexes seront rédigés en français. Ils seront transmis en version papier (format A4) et sur support informatique (e-mail et CD) en format Word et pdf.

Chaque exemplaire du rapport provisoire et du rapport final comportera la formule suivante: « Le présent rapport, financé sur les fonds du 10ème FED, a été établi par un expert indépendant. Le contenu de ce rapport n'engage que la responsabilité de ses auteurs et ne reflète pas nécessairement l'opinion du

Consortium Conseil Santé – CTB ».

- Un « rapport initial » décrivant la méthodologie, les outils de diagnostic, le chronogramme de l'étude avec résultats intermédiaires, le calendrier proposé des rencontres avec les acteurs clés et les personnes ressources pour la mission terrain. Une première proposition de la structure du rapport final sera présentée.
- Un «rapport de projet» résumant l'état d'avancement, les résultats obtenus, les difficultés rencontrées, les éventuelles propositions de réorientation si nécessaire et la planification des tâches restantes de la prestation à réaliser. La structure définitive du rapport final sera également considérée dans ce rapport.
- Le rapport final sera élaboré dans un format qui ne dépassera pas 50 pages, dont un résumé de 1 page, une "synthèse opérationnelle" de 4 pages donnant un aperçu général des résultats déterminants du travail dont les principaux sont:
  - Le cadre logique retravaillé et accompagné du set d'indicateurs actualisés, ainsi que des sources de vérification nouvellement retenues ;
  - Le benchmarking des indicateurs sélectionnés et leur projection associée ;
  - Le système M&E avec ses modalités de mise en œuvre ;
  - La cartographie de la situation de référence des domaines d'intervention du projet dans la région du projet
  - Les recommandations pour les différents intervenants du projet.

Le consultant veillera à ce que le rapport final prenne en compte les différents commentaires sur le rapport provisoire qui auront été émis par les différents services et par les partenaires.

Les annexes du rapport final devront également comprendre au minimum : les termes de référence de l'évaluation, le nom des évaluateurs et leurs CVs (limité à une page), le calendrier du déroulement de la mission, la méthodologie utilisée, les matrices des cadres logiques (originale et mise à jour) avec les indicateurs de référence, les benchmarks et les projections, la liste des documents consultés, une carte de localisation des sites visités avec la liste des personnes rencontrées, une description sommaire des types d'interventions effectuées et le contenu des enquêtes à réaliser, la cartographie de la situation de référence.

9. Période et durée de la prestation

Le démarrage de la mission est prévu dans les meilleurs délais.

La prestation consistera à une mission terrain d'environ 3 semaines à Conakry et à N'Zérékoré ainsi qu'à du travail à domicile pour la rédaction du rapport.

10. Profils & responsabilités des experts

Le consultant à engager pour la prestation devra disposer d'une expérience confirmée en méthodologies de suivi et évaluation de projet de développement, particulièrement dans la santé.

Expert senior, chef de mission

Qualifications et compétences :

- Le consultant sera de préférence titulaire d'un diplôme en médecine et/ou en santé publique ou tout autre en relation avec les domaines d'intervention du projet ;
- Parfaite connaissance de la langue française ;
- Maîtrise des outils informatiques les plus courants :

Expérience professionnelle générale :

- Bonne connaissance en matière d'élaboration de situation de référence en matière de renforcement des systèmes de santé dans des contextes de déconcentration/décentralisation ;
- Bonne connaissance et expérience établie d'au moins 10 ans en matière d'élaboration de cadre logique et de système de suivi et évaluation dans le domaine de la santé;

Expérience professionnelle spécifique :

- Bonne connaissance et expérience de méthodologies participatives dans le domaine de suivi et évaluation de programmes/projets de développement ;
- Le consultant possédera au minimum 10 années d'expérience dans la coopération au développement, avec une bonne connaissance des dernières évolutions en la matière ;
- Toute expérience du consultant en Afrique de l'Ouest constitue un atout.

Expert junior

Qualifications et compétences :

- Le consultant sera de préférence titulaire d'un diplôme en médecine et/ou en santé publique ou tout autre en relation avec les domaines d'intervention du projet ;
- Parfaite connaissance de la langue française ;
- Maîtrise des outils informatiques les plus courants :

Expérience professionnelle générale :

- Bonne connaissance en matière d'élaboration de situation de référence en matière de renforcement des systèmes de santé dans des contextes de déconcentration/décentralisation ;
- Bonne connaissance et expérience établie d'au moins 10 ans en matière d'élaboration de cadre logique et de système de suivi et évaluation dans le domaine de la santé;

Expérience professionnelle spécifique :

- Bonne connaissance et expérience de méthodologies participatives dans le domaine de suivi et évaluation de programmes/projets de développement ;
- Le consultant possédera au minimum 10 années d'expérience dans la coopération au développement, avec une bonne connaissance des dernières évolutions en la matière ;
- Parfaite connaissance du système de santé guinéen.

Tâches:

- Les consultants assumeront la responsabilité de leurs constatations, conclusions et recommandations. Ils seront notamment en charge des tâches suivantes :
- Briefing de début de mission ;
- Assurer la rédaction des rapports et la remise des livrables, en garantir la qualité ;
- Veiller à ce que tous les parties prenantes et bénéficiaires pertinents soient impliqués dans la mission moyennant visites sur le terrain et ateliers de restitution ;
- Produire un résumé des principales conclusions et recommandations à soumettre aux réunions de débriefing ;
- Présenter et appliquer une méthodologie et un chronogramme de travail en cohérence avec les TdR ;
- Assurer la collecte de données au niveau des bénéficiaires, du personnel de l'intervention, des autorités et des instances partenaires ;
- Débriefing en fin de mission; ;
- Rédaction et transmission du rapport final;
- Finalisation des formalités administratives et financières.

Annexe 1 : Cadre logique

	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 (MS) sont renforcées en tenant compte du processus de déconcentration/décentralisation**			
Sous Résultat (SR) 1.1	**Le cadre organique et les fonctions directrices prioritaires du MS 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 MS 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 (SNIS) 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 MS - Bonne gestion et transparence dans les structures de santé
SR1.1.A4	Dans la région ciblée, dans une optique recherche-action, 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.	- projet de réforme des curricula - programme de stages – formation en région cible	-rapport DNRH et BSD -rapport d'activités de l'Institution de Perfectionnement de Santé (IPPS), et de l'Ecole de Kindia	Implication de l'IPPS et Ecole Nationale 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	- 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

	suivant plusieurs scenarios.			
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'Zérékoré sont améliorées**	- Indicateurs SNIS 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 appui logistique: équipement, informatiques, bureautiques, communication	- Nombre de Contrats signés et de structures équipées - Indicateurs de performance améliorés	- Rapports des Directions Préfectorales et Régionale Sanitaires DPS, DRS - Rapport de l'Assistance Technique - Baseline study et rapports de monitoring	Les Equipes cadre des directions préfectorales et régionale restent 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 SNIS	- 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)	- baseline study - Rapports des DPS, DRS, de la Direction des Infrastructures et équipements et Maintenance (DIEM) - Procès-Verbaux (PV) de	- Implication de la DIEM - Garanties budgétaires pour l'entretien des infrastructures et équipement

		- Nombre d'unités de maintenance fonctionnelles	réception des travaux	
SR2.2.A2	Développer la formation continue au niveau de la région de N'Zérékoré.	Unité Régionale de Professionnalisation et Perfectionnement en Santé (URPPS) fonctionnelle - Etude de faisabilité pour une Ecole Nationale de Santé à de N'Zérékoré	-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 Prénatale (CPN) - Couverture vaccinale par antigène - % des accouchements assistés par un personnel qualifié - % femmes enceintes porteuses VIH ayant eu traitement antirétroviral ARV	- Registre d'accouchement ; - Fiches de Consultation Prénatale (CPN) - Rapport monitorage	- Existence de personnels disponibles - Activités de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) intégrée et disponibilité des antirétroviraux (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	- Nombre de membres formés	- Rapports de l'Assistance	- Les membres des CSHP et

	d'Hygiène Publique (CSHP) et les élus des CL à la gestion des structures de soins et mettre en place des plateformes de concôertation entre les CSHP, les DPS et les CL	- Nombre de plateformes fonctionnelles	Technique - Rapports des DPS, DRS	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**			-La Convention Ministère de la Santé / Pharmacie Centrale de Guinée MS/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.	- Politique pharmaceutique et règlementation mise à jour. - Mécanismes d'application mis à jour. - Système de monitoring du respect du cadre règlementaire -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.	- Concertation des Partenaire Techniques et Financiers PTF pour la révision de la politique et règlementation. - Engagement du Ministère de la Santé MS 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).	- manuels de procédures mis à jour et observés - Outils de gestion mis jour et appliqués - système de gestion des données fonctionnel.	- Plan de suivi des recommandations de l'audit de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG). -Manuels de procédures - Rapports des Directions	- engagement des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour appuyer la logistique intégrée à la PCG.

			Préfectorales de la Santé DPS - Rapport de 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 dans les DPS ciblés et ainsi renforcer le fonds de roulement.	- Etat des stocks- fonds alloués - Nombre de véhicules - accès aux Médicaments Essentiels et Génériques (MEG) améliorés, coût pour le patient en baisse - taux d'approvisionnement public / privé amélioré	- Rapports du BSD, de la PCG, de la DNPL, des DPS, DRS. - PV de livraison de fourniture des Médicaments à la PCG, au Dépôts et au Formations Sanitaires	-appel d'offres international
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'Zérékoré)	- 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)

5.2 Annexe 2: Liste des personnes rencontrées

Prénoms Nom	Fonctions	Téléphone
Cellule de Gestion du FED en République de Guinée		
Toure MAMOUDOU	Chargé de Programme, Section Infrastructure et Services Sociaux	628 38 13 71
Fodé Mohamed DIABY	Chargé de Programmes, Section Infrastructure et Services Sociaux	657 43 88 26
Délégation de l'Union Européenne en République de Guinée		
Karolina LAGIEWKA	Chargée de la Santé, Section Infrastructures et Services de Base	624 98 21 17
Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP)		
Dr Abdoulaye Kaba	Directeur National du BSD	620 20 04 86
Dr Yeroboye Camara	Directeur National adjoint du BSD	655 98 16 34
Mr Alexis Traoré	Chargé de la planification au BSD	
Autres Ministères		
Mr Toumany Keita	MFPREMA – Chef DGCE : Chef du projet ECGRHFP	622 48 54 59
PROJET PASA		
Dr Kassié Fangamou	Régisseur / Coordinateur PASA	622 94 4- 38
Mr Jacques Gruloos	Chef de mission AT PASA	621 06 45 71
Laurent Verschueren	Expert ATLT PCG	624 73 78 61
Dr Adrien Kisi	Expert ATLT PASA N'Zérékoré	
Mr Youssouf Fofana	Assistant Administratif UGP N'Zérékoré	628 26 10 39
Région de N'Zérékoré		
Dr Adama Kaba	Directeur Régional de la Santé	
Dr Amara Nana Camara	Directeur Préfectoral de la Santé de Lola	
Dr Diallo Mamadou	Directeur Préfectoral de la Santé de Macenta	
Dr Ibrahima Pita Bah	Coordonnateur Régional JHPIEGO	628 68 78 50
Mr Sékou Traoré	PACV – ERA de N'Zérékoré – Responsable Technique	622 08 86 87
Dr Fodé Nana Camara	Point Focal Santé Communautaire UNICEF	
Dr Accar Alphonse Blemou	Point Focal Nutrition UNICEF	
Partenaires techniques et financiers		
Mme Bénédicte Brusset	AFD – Chargée de Programme	622 66 12 62
Dr Tharcienne	UNICEF - Chef santé Conakry	
Dr René Ekpimi	UNICEF - Conakry	
Mr Olivier Byicaza Nk	CRS – Chef de Projet Malaria - SNIS	621 00 02 98
Dr Holger Till	GIZ – Santé de la Reproduction et de la famille	622 35 02 39
Katharina Wietler	GIZ – Conseillère technique PSRF	625 35 02 39
Dr Jurrien Toonen	KIT Health – Développement Systèmes de santé	(0) 20 568 87 14
Experts court terme PASA		
Mme Guillemette Majeste	Mission RH	624 96 97 45
Dr Sani Charles	ATCT -mission de faisabilité PBF	

5.3 Annexe 3 : Chronogramme de la mission

14 Novembre - 4 Décembre 2015	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	s	d	l	m	me	j	v	s	d	l	M	me	j	v	s	d	l	m	me	j	v	s	d	l	m	me	j
Jours de mission	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*				*21*	*22*	*23*	*24*
Niveau Central - Conakry	Etape 1																										
Arrivée Conakry																											
Revue documentaire																											
Contact UGP																											
Rencontres BSD/ON/DUE/AFD/PCG/UNICEF etc.																											
Niveau N'Zérékoré										Etape 2																	
Voyage aller avion N'Zérékoré																											
Rencontres AT visites DRS/ DPS/HR/HP/UNICEF																											
Restitution CTRS																											
Voyage retour avion N'Zérékoré																											
Niveau central - Conakry															Etape 3												
Réunion équipe de projet - prépa rapport																											
Rencontres complémentaires parties prenantes																											
Restitution BDS																											
Départ Conakry																											
Siège																								Etape 4			
Elaboration du Rapport Final																											

5.4 Annexe 4 : Indicateurs du PRRSS

	Résultats	Indicateurs
	IMPACT	
Objectif général : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population guinéenne	**De 2015 à 2017,** la mortalité maternelle est réduite de 724 à 600 p. 100 000 NV, la mortalité infanto-juvénile est réduite de 123 à 100‰.	Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 NV Taux de mortalité infanto-juvénile pour mille
Réduire et maintenir l'incidence et la mortalité de la MVE à 0 cas	**De 2015 à 2017,** l'incidence et la mortalité spécifique de la MVE sont réduites et maintenues à 0 cas et à 0 décès	Taux d'incidence d'Ebola (Ebola 0 Cas) Taux de mortalité spécifique d'Ebola (Ebola 0 décès)
Améliorer la performance du système de santé de district	**De 2015 à 2017,** la satisfaction de la population par rapport aux prestations de services de santé passe de 39% à 50%	Taux de satisfaction des usagers (%)
Améliorer la Gouvernance globale du secteur	**De 2015 à 2017,** les Dépenses directes, en % des dépenses totales en santé, passent de 62% à 40%	Dépenses directes en % des dépenses totales en santé
	EFFETS	
La couverture en paquets essentiels de services passe de 52 à 60%	Au moins 60% de la population ont accès à un paquet minimum de services essentiels de qualité (soins promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs)	Taux de couverture en PMA (ACT, MII, DOTS, ARV etc.) & en PCA Taux d'accessibilité dans un rayon de 5 km
	Au moins 60% de la population sont protégés des infections nosocomiales et en Prévention des Infections et sécurité des patients autres infections liées aux épidémies et situations d'urgence	Taux de couverture en équipements de protection individuelle (EPI) dans les structures sanitaires non Ebola Taux de couverture en équipements de protection individuelle (EPI) dans les zones de triage des structures sanitaires non Ebola Taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales)
La couverture en paquets de services de santé maternelle, néonatale et infanto juvénile est améliorée	La couverture en services de santé est passée de : CPN4+ : 47% à 60%, Accouchement assisté : 47% à 55%, PF : 7% à 12% et Césarienne : 2% à 3% SONUB, SONUC, PCIMNE	Taux de couverture en services essentiels de santé du couple mère-enfant (CPN4, PF, Accouchement assisté, Césarienne, SONUB, SONUC, PCIMNE)
La couverture vaccinale efficace des enfants de 0 à 11 mois est améliorée	La couverture vaccinale efficace est passée de 37% à 60%	Taux de couverture des enfants complètement vaccinés

	Résultats	Indicateurs
La couverture en paquets de services de nutrition est améliorée	La couverture en services essentiels de nutrition est d'au moins 50%	Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance Taux d'allaitement maternel exclusif
RESULTATS INTERMEDIAIRES		
Amélioration des prestations et services de santé, en particulier au niveau préfectoral et communautaire	La capacité opérationnelle en Prévention des Infections et sécurité des patients est d'au moins 50%	Proportion des services de santé mettant en œuvre la PCI et la démarche qualité
	La capacité opérationnelle des services de santé est d'au moins 50%	Préparation générale des services (préparation spécifique des services) (indice de capacité opérationnelle des services de santé (%),
	De 2015 à 2017, la capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est d'au moins 50%	Préparation générale des services de santé à base communautaire
Financement adéquat du secteur pour un accès universel aux soins de santé	Au moins 50% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposés à des dépenses catastrophiques de santé	Dépenses totales en santé par habitant Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques % de financement public qui atteint le district % de patients ayant bénéficié de prestations prises en charge par le fonds d'achat % des recettes des formations sanitaires provenant du fonds d'achat % des paiements directs sur les dépenses totales de santé
Développement des ressources humaines de qualité	La densité en ressources humaines de qualité est augmentée de 0,85 à 2 pour 10.000 hbts	Nombre de professionnels de la santé pour 10 000 habitants (médecins, infirmiers/infirmières, sages-femmes ; milieu urbain - milieu rural) Proportion de centres de santé/hôpitaux avec du personnel selon les normes
Amélioration de l'accès aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité	L'accessibilité aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité selon les normes sanitaires aux niveaux national, régional et préfectoral est de 80%	Nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants Nombre de lits d'hospitalisation pour 10.000 habitants Nombre d'officines par 10 000 habitants Nombre d'établissements de laboratoires/ unités de radio imagerie /unités de transfusion sanguine pour 10 000 habitants Disponibilité moyenne d'une sélection de 14 médicaments, Prix médian des médicaments-témoins Couverture d'au moins 80% des besoins en ME des structures de soins par la PCG
Développement du système d'information sanitaire et de la recherche en santé	De 2015 à 2017, la disponibilité en données sanitaires et bases factuelles pour la prise de décision et la gestion des services de santé est au moins de 60%	Pourcentage de décès maternels en milieu hospitalier enregistrés (de naissances enregistrées) Taux de complétude Taux de promptitude Disponibilité des annuaires statistiques et du rapport sur la performance du système
Renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur santé	De 2015 à 2017, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 60%	Taux de fonctionnalité des districts sanitaires Pourcentage de supervisions intégrées réalisées par an Pourcentage de revues semestrielles tenues Pourcentage de revues annuelles tenues Pourcentage de visites de monitorage réalisées
	De 2015 à 2017, la fonctionnalité des instances de coordination, régulation et redevabilité est de 60%	Pourcentage des instances de coordination fonctionnelles par an

5.5 Annexe 5 : Cadre de mesure de rendement du plan de relance 2015-2017

Chaine de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de Base (2014)	Valeur cible (2017)				
De 2015 à 2017 : l'incidence et la mortalité spécifique de la MVE sont réduites et maintenues à 0 cas et à 0 décès	Nombre de cas Nombre de décès		0 0	SNIS	Routine	an	MS
De 2015 à 2017, au moins 50% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé	Taux Satisfaction des usagers (%)	39	50	MS	Enquête	an	MS
De 2015 à 2017, les Dépenses directes, en % des dépenses totales en santé, passent de 62% à 40%	Dépenses directes en % des dépenses totales en santé	62	40	MS	Enquête	an	MS
Effet 1.1.1 : 60% de la population aura accès à un paquet minimum de services de qualité	Proportion de la population ayant accès aux paquets de services de santé de qualité (protection, promotion, prévention, prise en charge et réadaptation) ARV 60% des PVVIH l'Utilisation de MILDA par les ménages passe à 60% la couverture DOTS passe de 82% à 90%. la couverture en MILDA passe de 47% à 60%	52	60	SNIS	Routine	an	MS
Produit 1.1.1.1 : La capacité opérationnelle en Prévention, prise en charge des Infections et sécurité des patients et du personnel est de 60%	Taux de protection des populations et du personnel sanitaire contre les infections nosocomiales et les autres infections liées aux épidémies et aux situations d'urgence 60% de la population utilisent les installations salubres et de gestion des déchets (biomédicaux et autres) 60% de la population se lavent les mains conformément aux directives nationales de prévention de l'infection et de sécurité des patients 90% de la population ont accès à l'eau potable	ND	60	MS	Enquête	an	MS

Chaine de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de Base (2014)	Valeur cible (2017)				
Produit 1.1.1.2 La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 60%	Indice composite de capacité des services de santé à base communautaire (soins et services promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs)	NB	60	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Effet 1.2.1 : La couverture en services de santé est passée de : Accouchement assisté : 47% à 60%, PF : 7% à 15% et Césarienne : 2% à 3%	CPN4+ : (%)	47	60	SNIS	Routine	an	MS
	Accouchement assisté (%)	47	60	SNIS	Routine	an	MS
	Césarienne (%)	2	3	SNIS	Routine	an	MS
	PF (%)	7	15	SNIS	Routine	an	MS
	Enfants complètement vaccinés (%)	37	80	MS	Enquête CV	an	MS
	Taux d'allaitement maternel exclusif (%)	21	40	MS	Enquête	an	MS
	Taux de couverture (%)			MS	SNIS	an	MS
	Enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance(%)	31	28	MS	SNIS	an	MS
Produit 1.2.1.1 : La capacité opérationnelle des services de santé est de 60% (interventions à haut impact pour la santé de la mère et de l'enfant, adolescents, personnes âgées, etc.)	Indice de Préparation générale des services (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours etc.) indice de capacité opérationnelle des services de santé			SNIS	Enquête SARA	an	MS
	SONUB (%)	0,67	60	SNIS	Enquête	an	MS
	SONUC (%)	13,4	60				
Produit 1.2.1.2 : De 2015 à 2017**, la** capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 60%	Préparation générale des services de santé à base communautaire (préparation spécifique des services SMI, PF, Nutrition, 1000 jours)	ND	60%	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Impact 2 : De 2015 à 2017 : Au moins 50% de la population sont satisfaits des prestations de services de santé	Dépenses directes en % des dépenses totales en santé	62	40				
	Satisfaction des usagers (%)	39	50				
Effet 2.1 : 60% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité	Proportion des services de santé mettant en œuvre une démarche qualité Nombre de contact par an et par habitant	PM 0,20	50% 0,30	SNIS	Enquête	an	MS
Produit 2.1.1 : La capacité opérationnelle des services de santé est de 60%	Préparation générale des services (préparation spécifique des services) (indice de capacité opérationnelle des services de santé, %) Taux de succès des traitements antituberculeux (DOTS) Taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales)	PM	60	SNIS	Enquête SARA	an	MS

Chaine de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de Base (2014)	Valeur cible (2017)				
Produit 2.1.2 : La capacité opérationnelle en services de santé à base communautaire y compris la médecine traditionnelle est de 60%	Préparation générale des services de santé à base communautaire	PM	60	SNIS	Enquête SARA	an	MS
Produit 2.1.4 : La densité en ressources humaines de qualité est augmentée de 1,29 à 2,6 pour 10.000hbts	Nombre de médecins pour 10 000 habitants milieu urbain – milieu rural)	(1,7) 0,27	2,6	SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
	Nombre d'infirmiers/infirmières pour 10000 habitants	1,29	2,6	SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
	Nombre de sages-femmes pour 10000 habitants	0,27		SNIS	Evaluation Opérationnalité DS	an	MS
Produit 2.1.5 : L'accessibilité aux médicaments, vaccins, sang, infrastructures, équipements et autres technologies de santé de qualité selon les normes sanitaires aux niveaux national, régional et préfectoral est de 80%	Nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants Nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants Nombre d'officines par 10 000 habitants Nombre d'établissements de laboratoires/unités de radio imagerie/unités de transfusion sanguine pour 10 000 habitants Disponibilité moyenne d'une sélection de 14 médicaments, Prix médian des médicaments témoins)	1,82 0,02 0,05		SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
Produit 2.1.6 : La disponibilité en données sanitaires et bases factuelles pour la prise de décision et la gestion des services de santé est au moins de 60%	Pourcentage des décès et des naissances enregistrés Taux de complétude Taux de promptitude			SNIS	Routine	an	MS
Produit 2.1.7 : De 2015 à 2017, la fonctionnalité des districts sanitaires est passée de 52% à 60%	Taux de fonctionnalité des districts sanitaires	52	60	SNIS	Evaluation Opérationnalité Districts	an	MS
Produit 2.1.8 : De 2015 à 2017, la fonctionnalité des instances de coordination est d'au moins 60%	Taux de fonctionnalité des instances de coordination	ND	60	SNIS	Routine	an	MS
Effet 1.3.1 L'accès financier de la population au paquet minimum de services santé de qualité est de 60%	Taux d'accessibilité financière	ND	60	SNIS	Enquête	an	MS

Chaine de résultats	Indicateurs de performance (IOV)			Sources de données	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsable
	Enoncé	Valeur de Base (2014)	Valeur cible (2017)				
Produit 1.3.1 : 60% de la population auront accès à un paquet minimum de services de qualité sans être exposée à des dépenses catastrophiques de santé	Part du budget de l'Etat alloué au secteur santé (%)	3,5	15	SNIS	Routine	an	MS
	Dépenses totales en santé /habitant (USD)	26	45	SNIS	Routine	an	MS
	Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques (%)	8	15	SNIS	Routine	an	MS
	Montant du fonds d'achat des services essentiels de santé			SNIS	Routine	an	MS