



Rapport d'évaluation intermédiaire du Programme MEMISA en Guinée (Programme commun DGD 2017-2021)



Belgique

partenaire du développement



Table des matières

Résumé exécutif.....	6
1. Contexte de l'évaluation.....	8
1.1. Objectifs de l'évaluation à mi-parcours.....	10
1.2. Déroulement de la mission.....	10
1.2.1. Programme de la mission	11
1.2.2. Activités menées.....	11
1.2.3. Méthodologie	12
2. Analyse des dispositifs proposés et des performances	13
2.1. Théorie de changement.....	13
2.2. Analyse des composantes du programme.....	16
2.2.1. Composante 1 : Promouvoir la bonne gouvernance.....	16
2.2.2. Composante 2 : Améliorer l'offre.....	19
2.2.3. Composante 3 : Appuyer la demande	21
2.3. Synergies entre partenaires.....	21
2.4. Analyse des indicateurs du cadre logique	22
2.5. Analyse des risques du programme.....	26
3. Evaluation de l'intervention.....	27
3.1. Pertinence.....	27
3.2. Efficacité	28
3.3. Efficience	29
3.4. Durabilité	29
3.5. Cohérence.....	30
3.6. Impact.....	31
3.7. Thèmes transversaux.....	31
4. Analyse par structure appuyée	32
4.1. Centre de santé associatif FMG de Hafia Minière (Conakry)	32
4.2. Centre de santé associatif FMG de Moriady (Kindia).....	33
4.3. Centre de santé public de Timbo (Mamou)	35
4.4. Centre de santé urbain de Pita (Labé)	37
4.5. Centre de santé associatif de Tata 1 (Labé)	38
4.6. Centre de santé de Thiaguel Bory	39

4.7. DPS de Mamou	40
4.8. DPS de Labé	41
4.9. Collège des Médecins Communautaires de Guinée et Cabinet médical communautaire de Bouroudji	42
4.10. Actions concertées pour la santé (ACS).....	44
4.11. Réseau des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée (PPSOGUI)	45
5. Enseignements tirés et conclusion	46
5.1. Points forts.....	46
5.2. Points faibles.....	47
6. Recommandations.....	47
6.1. Pour le programme	47
6.2. Pour le partenariat.....	48
Annexes	50
Annexe 1. Termes de référence	50
Annexe 2. Programme et liste des personnes consultées	58

Liste des abréviations

ACS	Agent Communautaire de Santé
ACS	Actions Concertées pour la Santé (acteur de la société civile)
ATS	Agents Technique de santé
COMEC-Gui	Collège des Médecins Communautaires de Guinée
CTPS	Comité Technique Préfectoral de Santé
CTRS	Comité Technique Régional de Santé
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé Associatif
CSU	Centre de Santé Urbain
DPS	Directeur Préfectoral de la Santé
DRS	Direction Régionale de Santé
FMG	Fraternité Médicale Guinée
MEMISA	Medische Missie Samenwerking – Collaboration Missionnaire Médicale
ONG	Organisation Non gouvernementale
OSC	Organisations de la Société Civile
PAO	Plan Annuel opérationnel
PPSOGUI	Plate-forme des acteurs de la société civile pour l'appui à la mutualité
RC	Relais Communautaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
ZS	Zone Sanitaire

Avant-propos

Cette mission d'évaluation du Programme MEMISA en Guinée a été réalisée du 11 au 18 août 2019 (Programme en annexe 1). Elle a permis de visiter 6 Centres de santé (associatifs et publics), de rencontrer 2 DPS et 3 plates-formes de professionnels soutenues, en collaboration étroite avec FMG et la coordination du projet FMG-Memisa de coordination à Labé.

Cette mission d'évaluation intermédiaire confirme le plein déroulement du programme dans toutes les structures/équipes appuyées.

Nous voudrions remercier Memisa et les équipes de FMG, ainsi que toutes les équipes et partenaires rencontrés, pour leur disponibilité et leur intense collaboration.

Le bon déroulement de cette mission a été favorisé entre autres, par les moyens logistiques mis en œuvre par FMG et son équipe de coordination.

***Ce rapport a été rédigé par des experts externes indépendants.
Les opinions exprimées dans ce document représentent les points de vue des auteurs et ne sont pas nécessairement partagées par Memisa, les partenaires ou les autorités du pays concerné.***

Résumé exécutif

Le projet FMG-MEMISA a comme objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé de qualité par le renforcement de l'ONG FMG, partenaire de la société civile locale et de dix centres de, tous intégrés dans les districts sanitaires dont ils relèvent. Le programme Memisa accompagne donc 7 CS pour l'intégration de la prise en charge de la santé mentale (en plus des 3 centres de FMG). L'objectif du projet est de disséminer les bonnes pratiques de FMG dans d'autres structures.

C'est la direction exécutive de FMG qui coordonne tous les projets de l'association. Chaque projet a sa propre équipe de mise en œuvre. Pour le Programme FMG-Memisa, il s'agit de la coordination FMG-Memisa installée à Labé.

La théorie de changement apporte une vision théorique à l'intervention mais ce cadre n'a pas été conçu pour le projet en Guinée. Elle n'est pas appropriée par les partenaires (FMG ou son antenne de coordination) qui sont plus spécialisés a priori dans l'offre que dans les deux autres axes.

L'axe amélioration de la bonne gouvernance est en train de se construire au fur et à mesure du projet et est centré sur l'appui aux associations et plates-formes. Les stratégies sont plus centrées sur le fonctionnement des partenaires, la coordination et les interactions entre tous, plutôt que le travail sur la responsabilité, la transparence, le management organisationnel et la pleine participation de toutes les parties prenantes.

Le pilier amélioration de l'offre est le plus important en termes de volume d'activités. Il touche des composantes majeures du renforcement institutionnel et appuie les activités des structures. L'appui aux CS publics semble un succès avec une très forte mobilité du personnel dans ces structures. L'appui à la demande est plus faible et est constitué d'activités pilotes. La difficulté rencontrée dans les activités de cet axe est la gestion des fonds d'indigence.

Les indicateurs du programme (au nombre de 9 initialement) sont peu adaptés au projet en Guinée et au contexte d'intervention. Ils ne mesurent ni l'évolution des résultats ni les performances des activités et services appuyés.

L'évaluation ne porte que sur les activités soutenues par le projet, et donc pas sur le fonctionnement d'ensemble des centres. La pertinence du projet est bonne car l'appui va surtout dans le fonctionnement de FMG qui est un partenaire fiable et qui est reconnu dans ces spécificités (structure associative avec développement d'activités en santé mentale).

L'efficacité est jugée comme bonne. A mi-parcours, de nombreux précurseurs indiquent qu'à terme, le projet pourra contribuer à l'amélioration de la qualité des soins par la mise en place des outils techniques, la formation et la supervision. Les témoignages sur la prise en charge de la santé mentale et la motivation des CS publics et des DPS sont significatifs de l'efficacité de l'intervention.

L'efficience est bonne même si la couverture dilue les ressources dans un nombre plus important de structures. Au début du projet, il y avait 8 structures partenaires ; cela a été étendu à deux autres CS mais avec un budget identique.

La durabilité est moyenne car actuellement, le projet appuie des consultations spécifiques en santé mentale dans les CS, des primes au personnel impliqué dans ces activités, l'approvisionnement en médicaments et la supervision. La pérennisation de l'activité passe par son intégration au paquet d'activités des CS et aux supervisons de base des DPS

Le Programme FMG-MEMISA est pertinent et mène des activités importantes pour le renforcement de l'accessibilité aux soins de santé dans la Basse et la Moyenne Guinée. Il appuie les stratégies d'un partenaire fort, fiable et professionnel (FMG) qui apporte une vision innovante et efficace de l'appui au système de santé. L'ONG FMG est renforcée par le Programme pour être leader dans le domaine de la santé mentale en Guinée. Le Programme vient donc en complément d'autres appuis, tout en gardant sa spécificité et sa cohérence.

Sur ces bases, les recommandations visent le programme et spécifiquement que le projet concentre son intervention sur « un appui plus global » du dispositif actuel de l'offre et de la demande de soins ; et pour le renforcement du partenariat, que le Programme favorise plus des échanges d'expériences entre composantes du projet et initiatives nationales, internationales, etc.

1. Contexte de l'évaluation

Le projet en Guinée est réalisé dans les sites d'intervention de Fraternité Médicale Guinée (FMG) des régions de Kindia, Mamou, Labé et la ville de Conakry. Les activités évaluées sur la période 2017-2019 touchent six districts sanitaires (Labé, Lélouma, Pita, Mamou, Kindia et Téliélé) et 3 organisations de la société civile locale.

Le projet FMG-MEMISA a comme objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé de qualité par le renforcement de l'ONG FMG, partenaire de la société civile locale et de dix centres de santé (dont 4 associatifs et 6 publics), tous intégrés dans les districts sanitaires dont ils relèvent.

Le programme est donc un appui direct aux activités de FMG afin de favoriser la transmission de bonnes pratiques en matière de santé mentale, de prise en charge des populations vulnérables (santé mentale, prostituées, HSH) et de mobilisation communautaire. Le programme aide FMG à capitaliser toutes ces expériences et les transmettre au Ministère de la Santé pour une transférabilité dans les CS publics.

L'intervention est construite autour de trois axes opérationnels de développement :

- **La promotion de la bonne gouvernance** : alignée à la politique nationale, renforcer le leadership local et la concertation à partir de la périphérie ; documenter les changements introduits, en collaboration avec des institutions de recherche, pour documenter, capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel ;
- **L'amélioration de l'offre** : basé sur le renforcement des capacités du personnel de santé par des échanges et des stages pratiques, en collaboration avec différents acteurs qui apportent des expertises ;
- **L'appui à la demande** : stimuler les initiatives locales et communautaires, spécifiquement les initiatives mutualistes, pour améliorer l'accès financier aux soins.

Le projet favorise l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé de qualité pour tous (prévention, soins curatifs, réadaptation et sensibilisation) à travers le renforcement des capacités des volets de la santé mentale, le VIH/SIDA, la disponibilité des médicaments traceurs, les équipements, l'appui en infrastructures et matériel médical.

Objectif global : • L'amélioration de l'accès aux soins de santé de qualité par le renforcement d'un partenaire de la Société Civile locale et des Structures de Santé, intégrées au système de Santé	Objectif spécifique : • Améliorer la prestation de services de santé de qualité au sein d'un système de santé intégré et accessible au plus grand nombre
Résultats attendus du projet : • R 1 : La société civile locale est appuyée dans son rôle dans le système de santé et la dynamique des réseaux d'échanges entre acteurs pour la santé stimulée ; • R 2 : Une offre de soins de santé primaire de qualité est offerte à la population • R 3 : L'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population ciblée	

Le programme intervient en travaillant directement sur les obstacles à l'accessibilité des soins afin que les services sanitaires soient fonctionnels et accessibles (géographiquement et financièrement) aux populations les plus vulnérables.

FMG contribue à l'interface entre les programmes verticaux et les services de santé de première ligne. Depuis 2000, elle a pu intégrer dans ses centres de santé associatifs les soins aux malades mentaux, la prise en charge globale du VIH et d'autres populations vulnérables¹.

Les bénéficiaires directs sont :

- FMG, le partenaire opérationnel dans chaque zone de couverture (Conakry, Kindia, Mamou et Labé).
- Dix centres de santé (5 associatifs dont 3 de FMG et 5 publics) avec une couverture de la population d'environ 200 000 habitants, pour les formations, rénovations et équipements :
 - CSA de Hafia Minière (FMG à Conakry)
 - CSA de Moriady (FMG à Kindia)
 - CSA de Tata 1 (FMG à Labé)
 - CS de Timbo (Mamou)
 - CSU de Pita
 - CMA de Timbi-Madina
 - CS de Thiaghel Bori (Lélouma)
 - CS de Télimélé et l'IIFS (Institut international de formation en santé)

Le programme Memisa accompagne donc 7 CS pour l'intégration de la prise en charge de la santé mentale (en plus des 3 centres de FMG). L'objectif du projet est de disséminer les bonnes pratiques de FMG dans d'autres structures. Il y a donc 5 « anciens » et 5 « nouveaux » CS collaborateurs de FMG, dans le programme. Les centres associatifs sont dirigés par des médecins à l'encontre des CS publics qui sont pilotés par des infirmiers (excepté à Timbo où il y a un médecin chef de centre). Il y a un agent de santé communautaire (AC) dans chaque centre.

Les autres bénéficiaires sont :

- Six équipe cadre des districts sanitaires (DPS) pour les actions de supervisions trimestrielles ;
- Les prestataires de soins : dont trente-cinq (35) : médecins, infirmiers, sages-femmes, agents techniques de santé visés par le renforcement des capacités ;
- 8 agents de santé communautaire pour le renforcement des capacités et l'équipement (la moto) ;
- PPSOGUI, la plate-forme des acteurs de la protection sociale en Guinée (qui comprend 9 membres) ;
- ACS, les Actions concertées pour la santé et qui englobe 20 CS associatifs de Conakry ;
- Le Collège des Médecins Communautaires de Guinée et ses 14 médecins généralistes membres (situé à Labé).

C'est la direction exécutive de FMG qui coordonne tous les projets de l'association. Chaque projet à sa propre équipe de mise en œuvre. Pour le Programme FMG-Memisa, il s'agit de la coordination FMG-Memisa installée à Labé.

Pour rappel, il faut distinguer la coordination régionale de FMG à Labé et la coordination du projet FMG-Memisa basé à Labé. La coordination régionale de FMG à

¹ Extrait du rapport d'auto-évaluation de FMG, mai 2019

Labé est collégiale et regroupe, la coordination du projet FMG-Memisa, le chef du centre de santé de Tata 1, le coordinateur du projet Santé sud et les responsables des autres projets de FMG dans la région. La coordination du projet FMG-Memisa est quant à lui composée du coordinateur, du Suivi-évaluation, du comptable, du chauffeur et du médecin en appui. Tous salariés du financement DGD/Memisa

1.1. Objectifs de l'évaluation à mi-parcours

Cette évaluation est avant tout une évaluation formative et d'aide à la prise de décisions. L'évaluation à mi-parcours vise à faire le point sur l'état d'exécution de FMG et sur les performances du projet au regard des indicateurs du cadre logique d'une part, et des indicateurs de pertinence, d'efficacité, d'efficacités, de durabilité, de respect des délais et de la qualité des prestations du personnel d'autre part. Une analyse de l'impact, de la viabilité/durabilité ainsi que de quelques autres critères devrait également être partiellement réalisée à ce stade de la mise en œuvre. De manière plus concrète, l'évaluation permet de :

- Vérifier globalement et de manière indépendante les résultats du projet/programme (produits, effets, impact) et apprécier l'efficacité, l'efficacités, la pertinence et la durabilité du programme en matière de développement
- Analyser la Théorie de Changement à la base de l'intervention, examiner sa faisabilité, la pertinence des hypothèses et proposer des recommandations pour l'améliorer,
- Analyser le lien et la cohérence avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) dans les résultats attendus du programme et dans au travers des indicateurs utilisés,
- Tirer les principaux enseignements et formuler des recommandations pratiques concernant le suivi des interventions,
- Apprécier l'attention donnée aux thèmes transversaux de genre et environnementaux ainsi qu'à la digitalisation, en tant que priorité politique du bailleur.

L'évaluation intermédiaire a eu ainsi comme finalité d'assurer que l'état d'avancement et la performance du projet lui permettront d'atteindre les objectifs et les résultats planifiés. L'objectif est que FMG-Memisa puisse disposer des informations importantes pour accepter (ou refuser) les recommandations formulées dans le cadre de ce travail.

1.2. Déroulement de la mission

A partir d'une mission de 7 jours sur le terrain, l'expert évaluateur a rencontré l'ensemble des acteurs concernés par l'intervention dans différents contextes. Il a été procédé à une évaluation du niveau des résultats atteints, sur base du cadre logique, ainsi que l'analyse de la pertinence des stratégies déployées à un niveau plus global ; il a été vérifié les produits et livrables atteints. L'efficacité et l'efficacités des activités, la mise en place de mesures garantissant la viabilité de l'intervention ont également été prises en considération.

1.2.1. Programme de la mission

Date		Activités
Lun	12/08	▪ Visite du siège de Fraternité Médicale Guinée (FMG) ▪ Visite du centre de santé associatif de Hafia Minière
Ma	13/08	▪ Rencontre avec l'ambassade de Belgique et Enabel en Guinée ▪ Voyage su Kindia ▪ Visite du centre de santé de Moriady et rencontre avec l'équipe du CSA de Moriady ▪ Voyage sur Mamou
Me	14/08	▪ Rencontre avec l'équipe cadre de district sanitaire de Mamou ▪ Visite du centre de santé de Timbo ▪ Visite du Centre de Santé Urbain de Pita et rencontre avec l'équipe ▪ Voyage sur Labé
Jeu	15/08	▪ A Labé, rencontre avec l'équipe du projet de coordination ▪ Visite du Centre de Santé Associatif de Tata 1 et rencontre avec son équipe ▪ Rencontre avec le Collège des médecins généralistes communautaires
Ven	16/08	▪ Réunion DPS Labé ▪ Visite du Cabinet médical communautaire de Bouroudji ▪ Voyage à Lelouma, visite du Centre de santé de Thiaguel Bory ▪ Voyage retour à Labé ▪ Départ sur Conakry (avec nuit à Kindia)
San	17/08	▪ Voyage sur Conakry ▪ Rencontre avec le Réseau Actions concertées pour la santé (ACS) ▪ Rencontre avec le Réseau des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée (PPSOGUI)
Dim	18/08	▪ Débriefing avec la Direction Exécutive de FMG

1.2.2. Activités menées

Dans un premier temps, l'évaluateur a pu s'entretenir avec la responsable technique de Memisa à Bruxelles, la Direction exécutive de FMG et les membres de l'Ambassade de Belgique et d'Enabel à Conakry.

Sur le terrain, l'évaluateur, après une validation du programme d'ensemble de la mission lors de la première journée, a entamé une série de visites et d'entretiens. Ainsi un nombre élevé de visites et de rencontres a pu être fait aussi bien avec les opérateurs du projet, les autorités administratives (DRS, DPS), qu'avec les responsables des CS et des plates-formes associatives.

Ces déplacements ont également permis de visiter 6 CS et le cabinet d'un médecin communautaire, et d'interroger deux DPS. A travers les visites et rencontres des CS, l'opérationnalisation des axes stratégiques du Programme a pu être évaluée.

Une restitution des premières conclusions de la mission a été faite le 18 août avec la Direction exécutive de FMG. Une restitution intermédiaire a aussi été réalisée la veille avec l'équipe de coordination de Labé.

Partenaires / équipes rencontré(e)s :

- MEMISA
- FMG
- Ambassade de Belgique et Enabel en Guinée
- Antenne de coordination à Labé
- Centre de santé associatif de Hafia Minière
- Centre de santé de Moriady
- Centre de santé de Timbo
- Centre de Santé Urbain de Pita
- Centre de Santé Associatif de Tata 1
- Centre de santé de Thiaguel Bory
- Cabinet médical communautaire de Bouroudji
- Equipe cadre de district sanitaire de Mamou
- Equipe cadre de district et la direction régionale de la Santé de Labé
- Collège des médecins généralistes communautaires
- Réseau des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée (PPSOGUI)
- Actions concertées pour la santé (ACS)

1.2.3. Méthodologie

Le cadre de référence de l'évaluation a été le Programme commun DGD 2017-2021 - CSC Guinée, programme de Memisa. L'évaluation a été le plus possible participative dans son organisation mais également dans la discussion et la validation de différentes hypothèses de travail tout au long de la mission. Ainsi les attentes des différents acteurs directs (équipe du FMG, antenne de coordination, Enabel, Ambassade) ont fait l'objet d'échanges au démarrage de la mission.

La mission a permis de rencontrer toute une série d'acteurs concernés par le Programme et ses différentes activités en lien avec les résultats attendus (cf. calendrier et personnes rencontrées en annexe 2). La mission a comporté un briefing à travers des échanges au sein de l'ONG Memisa, des partenaires locaux (FMG et son antenne à Labé), des rencontres avec différentes responsables des centres de santé (associatifs et publics), les équipes cadres (district et province), la collecte et le traitement des informations, des visites de terrain au sein des structures sanitaires ciblées, des entrevues avec des personnes ressources des plateformes soutenues et d'autres aux différents niveaux du système et de la coordination.

En relation avec les termes de référence, les méthodes d'analyse et d'évaluation qui en sont ressorti se sont basées sur trois axes de travail :

- *Exploitation des documents de référence* : le partenaire a mis à disposition une série de documents nécessaires à une meilleure appréhension du contexte, de l'intervention et des résultats. Ces documents seront utilisés tout au long du rapport d'évaluation intermédiaire et contribuent à l'analyse de situation et à l'évaluation.
- *Réunions de travail* avec les membres des structures de coordination, des personnes ressources des DPS et des équipes des centres de santé : afin de mieux appréhender

les attentes et l'évolution des activités dans chaque structure. D'autres rencontres ont touchés les plates-formes de la société civiles soutenues.

- *Visites de terrain* dans 6 Centres de santé, auprès de deux équipes cadres et l'accueil dans les structures associatives soutenues.

La collecte des données s'est donc faite à travers la revue documentaire, les entretiens individuels ciblés ainsi que des entretiens de groupes notamment avec les membres des CS.

2. Analyse des dispositifs proposés et des performances

2.1. Théorie de changement

Le Programme présente une théorie de changement comme "cadre conceptuel" de l'intervention, et pose des hypothèses en termes de conditions préalables et de stratégies déployées.

Ce cadre théorique est plutôt une "Théorie de programme" qui pourrait être divisée en théorie du changement (comment le changement est supposé se produire au niveau individuel, organisationnel, ou institutionnel ?) et théorie de programme (comment l'intervention ou programme est-il conçu pour aboutir au changement ?)

La théorie de changement identifie les acteurs du système de santé (CS et postes de santé, qui sont plutôt ici des cabinets communautaires), de la société civile (les plates-formes soutenues ainsi que FMG) et de la communauté (reprise sous le terme « population »). Toutes ces parties prenantes devraient être "actives" dans le Programme. Opérationnellement, les postes de santé ne sont pas appuyés, et ce ne sont que quelques CS pas district (souvent un seul) qui sont intégrés dans le Programme. Les communautés sont impliquées via les agents de santé communautaires. La société civile est active via les ONG et réseaux de professionnels soutenus.

A l'instar du projet au Bénin par exemple, l'appui au système de santé est incomplet puisque n'englobe aucun hôpital de référence de district.

Le Programme prend en compte les conditions préalables qui doivent être remplies pour atteindre les résultats. Si celles-ci sont toutes importantes dans le cadre conceptuel, elles ne sont pas toutes appréhendées dans le programme qui ne traite que de certains volets de la gestion des RH, ou qui renforce insuffisamment les infrastructures, etc.

De la théorie de changements se déclinent différentes hypothèses qui peuvent être partiellement répondues. Cependant, elles n'ont de sens que si elles s'intègrent aussi dans une démarche de recherche (action ou opérationnelle) qui puisse documenter certains éléments. Hors ce volet dans le projet est très faible et doit encore être développé.

H1 : Les compétences individuelles du personnel des structures de santé seront améliorées, si des stages et des formations professionnelles sont organisés (= formation-sur-le-tas).

Cette hypothèse est un pilier du projet centré sur le renforcement des capacités chez tous les partenaires. Il souffre cependant de l'absence d'un cadre de suivi et d'évaluation. Par exemple, les formations en santé mentales sont basées sur de la théorie et de l'accompagnement. Elles se déroulent deux fois par an et sont suivies d'un accompagnement

à distance à la demande des CS. On trouve des documents de ces formations dans les CS mais sans véritable capitalisation. Si un agent formé quitte son poste, le CS ne pourra pas assurer la formation complète d'un nouvel agent. Les autres formations (en hygiène par exemple) sont des formations courtes et théoriques sans accompagnement, excepté au travers des supervisions réalisées.

Toutes les formations bénéficient aux membres de FMG, aux professionnels de santé et aux AC. Mais quel est l'impact de ces formations en santé mentale sur la qualité de la communication entre prestataires et avec les bénéficiaires et cela pour toutes les pathologies confondues ? Il n'y a pas encore eu d'enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires mais une recherche a montré que cela réduit la stigmatisation des malades mentaux auprès du personnel, renforce l'empathie du personnel envers ces patients et que la communication est améliorée. De plus, cela développe le volet communautaire des visites à domicile et de la réinsertion familiale et sociale.

Cette hypothèse ne peut donc pas être pleinement démontrée sans disposer d'un cadre de référence, de suivi et d'évaluation de l'évolution des capacités et compétences des agents formés. Sans tableau de bord de suivi d'indicateurs au sein des services appuyés (basé sur des indicateurs SNIS ou d'évaluation des compétences), il sera impossible de la confirmer.

H2 : Le changement des pratiques demande une amélioration des compétences individuelles et une amélioration des compétences collectives.

S'il y a un cadre de référence pour les compétences collectives de l'institution ou des équipes, il n'existe pas de référentiels de compétences pour les différents métiers renforcés dans les services. L'appui à la santé mentale se veut intégrer mais ressemble à un appui « vertical » avec une consultation spécialisée, un approvisionnement propre des médicaments, des primes spécifiques, etc. Il est impossible de savoir si l'ensemble de ce dispositif renforce les capacités des RH en charge de ces pathologies.

H3 Pour qu'un individu présente un comportement effectif et mette les compétences acquises en pratique, la motivation intrinsèque et extrinsèque et la redevabilité sont indispensables.

Le Programme aborde quelques aspects de la motivation intrinsèque (renforcement des capacités, primes individuelles et environnement de travail) mais pas les autres éléments. Cependant, cette hypothèse doit faire la distinction entre centres de santé associatifs et publics qui ne sont pas les mêmes et qui ne défendent pas les mêmes valeurs. Il y a par exemple une nécessité d'une plus grande solidarité et d'esprit d'équipe dans un centre associatif qui est peu soutenu et qui dépend essentiellement de sa fréquentation, par rapport à un centre public qui bénéficie de subventions et de salaires de l'Etat.

H4 : Si les compétences d'analyser et de documenter sont améliorées, les acteurs cibles ont l'opportunité d'apprendre des pratiques et d'influencer le niveau décisionnel.

A ce stade du Programme, très peu de choses sont faites pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel. La capitalisation se fait un peu par FMG et son antenne de coordination (alors qu'un cadre est dévolu à cette mission). Il y a peu de capitalisation des formations en termes de documents écrits. Toutes personnes nouvellement mutées doit cependant être mise à niveau.

L'antenne de coordination de Labé dispose d'une RH dévolue à cette tâche qui réalise des enquêtes auprès des prestataires, des patients, des guérisseurs traditionnels. Pour ces derniers, un volet du programme est la mise en relation entre les guérisseurs traditionnels et les prestataires de soins. Dans ce volet capitalisation ont été organisées une journée « portes ouvertes » pour les guérisseurs de la région et des tables rondes sur la santé mentale (avec des juristes et d'autres professionnels concernés). Il ressort de ces journées la question suivante à

capitaliser : En quoi les différentes disciplines peuvent contribuer à la prise en charge des malades mentaux ?

Il est plus que temps que le projet démarre cette dynamique de gestion des connaissances même si se sont bien les premiers éléments de la capitalisation en santé mentale qui ont permis l'extension de cette prise en charge dans les CS publics.

H5 : Si les acteurs du système de santé assument leurs rôles dans le système de santé, la qualité des soins sera améliorée.

Toutes les structures sont fonctionnelles et la qualité des soins est améliorée dans certains services (mais à documenter). L'introduction de la santé mentale dans le paquet d'activités des CS est pertinente et bien accueillie de tous. C'est un moteur pour les autres activités des structures.

H6 : Si des mécanismes financiers existent et les services des soins sont perçus comme acceptables, la population aura un meilleur accès aux services sanitaires.

Très peu d'actions visent cette hypothèse. L'accessibilité financière est influencée par le fond d'équité à Téliélé, mais l'expérience est très mal documentée actuellement. Certains CS sont malheureusement peu fréquentés pour les activités de CPN, vaccination, PF.

H7 Si le leadership local des équipes cadre des districts sanitaires ainsi que la Participation Communautaire sont renforcés, alors la gouvernance du système local de santé sera améliorée.

Le renforcement de leadership se passe essentiellement par des formations et des supervisions qui devraient être formatives. Ces actions sont insuffisantes et la santé mentale par exemple n'est pas pleinement intégrée dans la supervision de base des DPS. D'autres actions sont nécessaires pour renforcer le management, l'esprit critique, la motivation, etc. et ouvrir cette dimension « gouvernance » à d'autres aspects que la gestion et la coordination.

Ces hypothèses sont donc intéressantes mais soit incomplètes, soit impossibles à mesurer. Comme ce cadre a été élaboré pour d'autres contextes d'intervention que le projet en Guinée, on constate que cette théorie de changement a été « plaquée » sur le projet et que les partenaires ont essayé d'introduire les stratégies et activités existantes de FMG dans ce cadre. C'est donc un exercice plus artificiel que théorique. Pour y remédier, il faudrait que les partenaires s'approprient ce cadre théorique et puisse alors en faire un, spécifique à leur contexte (ou que les axes transversaux soient plus contextualisés et adaptés).

Conclusion : *la théorie de changement apporte une vision théorique à l'intervention mais ce cadre n'a pas été conçu pour le projet en Guinée. Elle n'est pas appropriée par les partenaires (FMG ou son antenne de coordination) qui sont plus spécialisés a priori dans l'offre que dans les deux autres axes. Elle n'est actuellement pas un guide pour l'action. Son utilisation dans le rapport d'auto-évaluation de la coordination montre l'absence de documentation des différentes composantes et une utilisation très globale pour situer les stratégies d'actions.*

Ce cadre ne permet pas de comprendre comment Memisa influence les 3 axes au niveau de FMG et comment cela se traduit dans les structures appuyées. En effet, la particularité du projet est un appui direct de Memisa au fonctionnement de FMG, et pas l'appui direct de Memisa aux activités de partenaires plus opérationnels (les structures de santé).

2.2. Analyse des composantes du programme

La théorie de changement prend en compte trois axes qui sont les fondements des hypothèses d'intervention : *la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de l'offre et l'appui à la demande*. Ces trois piliers sont des composantes de la mise en œuvre du Programme mais à des degrés variables et spécifiques en fonction des types d'activités appuyées dans les Plans d'actions (PAO) de FMG et de ses partenaires.

2.2.1. Composante 1 : Promouvoir la bonne gouvernance

Ce premier pilier du Programme vise à appuyer la société civile locale dans son rôle de plaidoyer dans le système de santé et le développement de réseaux d'échanges entre acteurs de la santé. Pour ce faire, le programme vise spécifiquement :

- La participation aux initiatives de dynamique d'acteurs pour la santé dont FMG est membre actif ;
- L'appui au développement du partenariat public/privé ;
- Le renforcement du leadership de Fraternité Médicale Guinée en collaboration avec l'IMT d'Anvers.

Par rapport à l'appui des organes de coordination du programme (FMG et l'antenne de coordination) : FMG est le partenaire principal qui joue un rôle de coordination (à travers son antenne à Labé) et de représentation du Programme. Cette ONG est associée à toutes les rencontres stratégiques du Ministère de la santé pour la planification dans le cadre des Etats généraux de la santé. A travers le Programme, Memisa appuie les activités de cette association qui est de plus financée par d'autres partenaires (Fondation Damien, Fonds Mondial, etc.). Le programme appuie le fonctionnement administratif et institutionnel de FMG. Pour améliorer la gouvernance, FMG est ainsi renforcée sur la gestion administrative et financière, et cela renforce son rôle de plaidoyer au niveau du Ministère de la santé afin d'intégrer la prise en charge de la santé mentale dans les CS publics.

Il se dégage de l'évaluation que les rôles les plus importants de FMG (Direction exécutive à Conakry) sont :

- Recruter les personnels et contrôler les finances ;
- Signer les contrats ;
- Coordonner et superviser les activités de terrain ;
- Orienter les stratégies d'actions basées sur le POA de FMG ;
- Assurer la validation des rapports techniques et financiers ;
- Rechercher des partenaires.

L'antenne de coordination du Programme FMG/Memisa assure la mise en œuvre des activités et une proximité avec les partenaires. Il s'agit d'une antenne décentralisée de FMG à Labé, dédiée entièrement aux activités du programme FMG/Memisa. Le Programme assure le financement de l'ensemble du fonctionnement de l'antenne de coordination.

Cette antenne travaille en échange avec la Direction exécutive de FMG et l'équipe Memisa à Bruxelles. Elle est le contact avec les autorités locales (DPS / DRS) et renforce les activités des CS et des équipes cadres visés. Elle fait un rapportage financier mensuel de toutes les activités du projet.

De façon plus spécifique, il se dégage comme rôles principaux de cette structure :

- Coordonner l'ensemble des activités du projet ;
- Assurer le contact avec les acteurs de terrain et les relations avec les DPS et districts sanitaires ;
- Planifier les activités en collaboration avec la Direction exécutive de FMG ;
- Produire les rapports techniques et financiers ;
- Assurer le suivi-évaluation des activités et le suivi administratif.

Le système de communication Labé – Conakry et Memisa Bruxelles est fluide et les échanges sont continus.

De cet appui à la gouvernance, il ressort comme réalisations :

- Le renforcement de FMG (renforcement des capacités en matière de gestion, de mobilisation des ressources et de participation aux activités du service public). Memisa accompagne la gestion administrative et financière. Le programme a acquis le logiciel administratif SAGE qui est utilisé aussi bien pour le programme Memisa que pour les autres projets de FMG.
- La formation du responsable administratif et financier (RAF) de FMG en Belgique : stage de 3 semaines au sein de l'équipe Memisa pour l'apprentissage du canevas financier et des procédures de MEMISA.
- L'appui au fonctionnement technique de FMG : avec l'équipement des 3 salles de formation (deux à Hafia et une à Labé) utilisées par FMG, les autres programmes, les ONG et les associations de patients.
- Le renforcement des trois plates-formes dans lesquelles FMG est membre, pour appuyer la visibilité des initiatives de la société civile dans le domaine de la santé :
 - La plate-forme des promoteurs de la protection sociale (PPSOGUI) qui accompagne les opérateurs des mutuelles de santé. Cet appui permet à FMG de faire l'interface entre l'offre et la demande. Le Programme accompagne les activités de plaidoyer auprès des autorités publiques pour reconnaître les mutuelles de santé ; mais aussi donne des subsides pour organiser des forums, des plaidoyers et autres activités liées à la protection sociale.
 - La plate-forme des Actions concertées pour la santé (ACS). Le Programme accompagne les formations des équipes sur le management associatif (élaboration de projets, gestion comptable, recherche de partenaires). Ce réseau comporte une vingtaine de CS associatifs à Conakry et organise des rencontres techniques et thématiques financées par le projet.
 - Le Collège des médecins privés communautaires : qui développe une offre de services de proximité et médicalisés, auprès des populations rurales.

L'appui à la bonne gouvernance se traduit aussi aux niveaux des partenaires opérationnels, ce qui n'est pas repris tel quel dans le programme initial.

Par rapport à l'antenne de coordination :

L'antenne renforce les districts sanitaires et la Politique nationale de santé à travers l'appui aux équipes préfectorales de santé (appui aux supervisions) et supervise elle-même les activités pour les intégrer au système de santé local. Son équipe travaille de façon autonome pour mettre en œuvre le programme en fonction des ressources disponibles, et remonte les

résultats au niveau de la Direction exécutive de FMG. Parfois, ils observent une « certaine lenteur » dans la validation des activités, vu l'ampleur des projets coordonnés à FMG Conakry. Dans le cadre de la bonne gouvernance, l'équipe de coordination pourrait ainsi gagner en autonomie pour favoriser l'exécution plus rapide de certaines activités (pour mener des formations, etc.). Cette autonomie est néanmoins aussi limitée par les procédures administratives et financières de FMG et de Memisa.

Il ressort aussi de cette analyse un questionnement sur l'utilité (et donc le coût opérationnel) de cette équipe de coordination à Labé. Si le rôle du médecin conseiller technique est clair et nécessaire, on peut se questionner sur la duplication des rôles dans le poste de coordination et celui en charge du suivi et capitalisation. Cet aspect devra être ré analysé pour une suite éventuelle du programme.

Par rapport à l'appui aux CS :

- Par l'appui aux supervisions à travers des supervisions formatives qui permettent ensuite au personnel d'assurer les supervisions de leurs agents de santé et communautaire ;
- Par le partage d'informations (entre l'équipe de coordination, le chef de centre et l'AC) et le respect des procédures, des rôles et responsabilités. Par exemple, les médicaments fournis par le Programme sont intégrés dans le circuit de vente des CS.
- Par le renforcement de l'AC qui est le représentant de la communauté au sein du projet.

Par rapport à l'appui aux DPS :

- Par l'appui aux DPS pour leurs supervisions des CS (fonctionnement global et activités spécifiques du Programme). Cela permet un rapprochement entre la DPS et leurs structures périphériques partenaires (au minimum chaque trimestre).

Conclusion : *l'axe amélioration de la bonne gouvernance est en train de se construire au fur et à mesure du projet. FMG ignorait initialement les stratégies de Memisa en termes d'amélioration de la gouvernance dont l'objectif de faire émerger et d'appuyer la société civile pour qu'elle ait un poids dans le système de soins. Il est donc important que Memisa puisse préciser initialement à ses partenaires les objectifs attendus dans cet axe.*

L'axe gouvernance n'est composé que d'un seul Résultat centré sur l'appui aux associations et plates-formes. Cet appui du programme est nettement insuffisant pour permettre le développement de ces structures associatives. Appuyé par le programme, FMG développe des synergies avec d'autres partenaires comme la Fondation Damien, l'IMT, le centre de formation en SSP de Maferinyah, le centre DREEM (soit d'autres synergies avec les acteurs de la société civile financés par la DGD).

En termes de gouvernance, ce pilier remplit partiellement son rôle. En effet, les stratégies sont plus centrées sur le fonctionnement des partenaires, la coordination et les interactions entre tous, plutôt que le travail sur la responsabilité, la transparence, le management organisationnel et la pleine participation de toutes les parties prenantes. Le programme ne donne non plus pas les moyens suffisants pour permettre le développement des plates-formes de la société civile soutenues.

2.2.2. Composante 2 : Améliorer l'offre

Ce deuxième axe comprend un résultat global, composé du renforcement mutuel de capacités basé sur des échanges, de l'intégration du paquet de soins spécifiques et le renforcement de la qualité de la prise en charge des problèmes de santé dans les CS. Le programme a démarré avec l'appui à 8 CS (5 anciens et trois nouveaux) mais deux ont été ajoutés depuis le démarrage.

De façon opérationnelle, cela s'est traduit par :

- Les réhabilitations et constructions d'infrastructures : maternité de Timbo, adduction d'eau à Tata, Timbo et Morialdy, salle de réception à Morialdy, incinérateurs (Tata, Pita, Timbo Madina, Téliélé) ;
- Le renforcement des compétences en santé mentale (CS et districts sanitaires) et en gestion des déchets médicaux et des formations ponctuelles sur la santé maternelle et infantile ;
- L'appui aux supervisions et au renforcement des capacités en santé mentale de 6 équipes cadres de district ;
- L'appui aux activités communautaires : suivi des patients en santé mentale, visites à domicile, réinsertions sociales ;
- L'approvisionnement en médicaments pour la santé mentale, le VIH (tests de dépistage) et d'autres intrants, mais avec dégressivité dans le temps ;
- L'appui en équipement : de la maternité de Timbo, matériel de kinésithérapie pour les 3 CS de FMG, mobiliers pour le CS d'Hafia Minière et l'antenne du projet, un frigo solaire pour le CS de Tata 1 ;
- Autres investissements: un véhicule, 16 motos (une par CS et par animateur communautaire), les équipements de deux salles de kinésithérapie et d'une crèche au centre de santé de l'institut de Téliélé.

Le renforcement des capacités : il s'agit de formations participatives basées sur le renforcement des capacités. Les formations sont théoriques puis sont suivies d'un accompagnement (via des consultations conjointes) et de supervisions formatives dans les structures soutenues.

Le dispositif proposé est :

- Formation théorique du Dr Dewez (épilepsie, dépression, psychose, troubles bipolaires) avec accompagnement dans les structures (consultations conjointes et avis à distance). L'approche de Michel Dewez est fondée sur les réalités socioculturelles de la maladie mentale pour les démarches diagnostiques, le traitement et le suivi à long terme. L'abord des patients et la nosologie proposés par Dr Dewez figurent dans les bulletins qu'il produit semestriellement.
- Le médecin du projet (Dr Sangaré) a été beaucoup plus forgé en santé mentale pendant la période d'Ebola et utilise le « Mental Health Gap (MH Gap) » qui est une sorte de mini-DSMV.
- FMG essaye tant bien que mal à faire de ces deux approches plus que complémentaires que contradictoires.

- Suivi de la formation avec le MH Gap dans le cadre des supervisons formatives (de la DPS tous les trois mois et de l'équipe de coordination) et des consultations conjointes avec le personnel de santé en place (avec le médecin de l'antenne de coordination en appui technique aux CS) ;
- Retours réflexifs basés sur les pratiques (sur le terrain ou via les formations suivantes).

Pour la formation en gestion des déchets, une équipe de FMG est venue former pendant 4 jours les équipes des CS (formation théorique), basée sur un Guide du Ministère de la santé. Les deux personnels formés par CS ont démultiplié la formation aux autres membres de l'équipe, ce qui a favorisé la mise en place d'un comité d'hygiène par CS, l'élaboration d'un plan d'actions pour la gestion des déchets, etc.

Dans ce volet, certains points doivent être mieux appréhendés :

- Les autres besoins de renforcement de capacités dans les structures soutenues ;
- La mauvaise anticipation du turn-over des personnels dans les CS publics. FMG n'a pas toute la maîtrise pour intervenir dans ces CS publics même si l'appui aux ECD favorise parfois que les interventions de FMG soient privilégiées ;
- L'absence d'un tableau de bord de suivi et évaluation par CS, basé sur quelques indicateurs qualitatifs et quantitatifs, qui permettrait aux équipes de suivre leur évolution. Cela nécessiterait de développer des outils d'évaluation des compétences (référentiels de compétences) et d'habituer les équipes à s'auto-évaluer.

La construction et la réhabilitation des infrastructures et leur équipement permettent une très bonne visibilité au projet. Les travaux réalisés sont de qualité et favorisent une motivation importante aux seins des CS et de leurs équipes. Les besoins sont cependant énormes et ce volet investissement mériterait d'être accentué dans l'avenir.

Il faut aussi que ce soit plus en lien avec les activités renforcées. Par exemple la nouvelle maternité du CS de Timbo n'a de sens que si le projet renforce opérationnellement les activités en santé maternelle ; la salle d'accueil du CS de Morialdy n'a de sens que si les autres salles de consultation et de soins du CS sont suffisamment en bon état pour assurer la qualité des prestations, etc.

L'approvisionnement en médicaments santé mentale est systématiquement mis en avant par les CS. Il y a donc unanimité pour admettre que cet appui soulage le fonctionnement des structures et favorise l'accessibilité à ces médicaments très onéreux. Le projet doit cependant assurer leur intégration dans tous les CS pour permettre la viabilité de cette prise en charge.

Conclusion : *Ce pilier stratégique est le plus important du programme en termes de volume d'activités. Il touche des composantes majeures du renforcement institutionnel et appuie les activités des structures. Il reste néanmoins incomplet dans son volet renforcement des ressources humaines et ne donne pas la même importance aux différents types d'activités (investissement, équipement, renforcement de capacités, ...). L'appui aux CS publics semble un succès avec une très forte mobilité du personnel dans ces structures.*

2.2.3. Composante 3 : Appuyer la demande

Ce pilier est sans doute le moins développé dans le programme. Il doit favoriser l'accès aux soins et les initiatives en lien. De façon opérationnelle, cela se traduit essentiellement par :

- Huit CS collaborent avec des mutuelles de santé ;
- Le soutien des indigents à une mutuelle préfectorale à Téliélé (identifié par le projet Santé pour tous) comme zone pilote. Le fonds d'indigence est placé au sein de la mutuelle qui a octroyé des cartes mutualistes aux personnes visées. Ces indigents bénéficient de soins et les CS envoient les factures à la mutuelle. Le Programme a donc délégué un subside à cette mutuelle (de 4.600 euros). Sur cette base, la mutuelle transmet un rapport d'activités et la liste des ménages appuyés (255 ménages pour 1.894 bénéficiaires). Il s'agit d'une expérience pilote qui doit encore être documentée ;
- L'appui aux mutuelles se fait aussi à travers l'appui au fonctionnement de PPSOGUI ;
- Le renforcement des capacités de sensibilisation et d'organisation des relais communautaires ;
- Pour la santé mentale et les accidentés à Conakry, le projet dégage des petites sommes pour rembourser des frais médicaux « au cas par cas » de malades mentaux « errants » ou retenus à domicile. Pour ces malades à domicile, cela permet une prise en charge de proximité et d'y associer un membre de la famille. Cela facilitera par la suite la réinsertion sociale et professionnelle des patients.
- Le CS de Conakry réalise un microprojet pour que les malades mentaux traités et améliorés se réunissent en association de patients pour appuyer les nouveaux malades (identification et accompagnement) sur base par exemple de ce qui s'est fait avec les associations de patients VIH.

Conclusion : *Ce pilier stratégique est plus faible et est constitué d'activités pilotes (fonds d'équité). La difficulté rencontrée dans les activités de cet axe est la gestion des fonds d'indigence. Il n'y a en effet pas, au niveau national, de politique de gestion de l'indigence (quels sont les critères de l'indigence en Guinée ?) et FMG est demandeur de mieux connaître les autres expériences de Memisa dans ce domaine pour renforcer cet axe.*

2.3. Synergies entre partenaires

La synergie de FMG avec les acteurs belges de la coopération est faible même si on observe des collaborations entre l'IMT, Memisa et Action Damien. Il y a peu de synergies avec Enabel en dehors de la collaboration avec l'IMT dans le cadre du projet d'appui au CS de Maferinyah et des formations dont le projet a bénéficié (sur les IST par exemple).

Par contre FMG assure une synergie entre tous ses partenaires :

- Avec le projet Instrada qui travaille aussi sur la santé mentale et est présente à Labé et à Conakry ;
- Avec le centre DREEM de Conakry (Viva Africa) qui accueille des stagiaires même si la formation n'est pas toujours appropriée aux contextes de pratiques dans les CS (actes techniques trop sophistiqués pour le plateau technique des CS). Cependant le centre DREEM accueille les patients référés des CS ;
- Avec la Fondation Damien pour mener des supervisons conjointes des activités de prise en charge de la tuberculose dans le CS Hafia minière ;

- Avec WSM/ANMC qui finance un promoteur des mutuelles de santé (Dynam) ainsi que la PF des mutuelles (PPSOGUI).
- En kinésithérapie, il y a eu deux catégories de formation : (1) la formation réalisée par l'équipe de la maison médicale du Maelbeek soit 2 personnes à Hafia Minière, 1 personne à Tata 1 et 1 personne à Moriady et (2) la formation par un kiné bénévole français (mais financé par le projet FMG-Memisa). Ce dernier a formé les 4 personnes déjà formées par la Maison médicale et 10 médecins généralistes communautaires.
- Le programme a aussi permis la formation d'agents de santé de FMG ainsi que 10 médecins généralistes communautaires aux techniques de kinésithérapie (40h de formation sur 3 mois).
- Avec le programme de formation en médecine de famille de l'Université de Conakry. Les salles de formation qui ont été aménagées par le projet servent à la formation des médecins de famille. Ces étudiants font aussi leur stage dans les différents CS appuyés par le programme (dont les stages communautaires qui se font chez les médecins communautaires).
- Avec le Collège des médecins communautaires par la formation de 3 médecins dans la prise en charge de l'épilepsie (formation prévue en septembre 2019, qui sera suivie de la mise à disposition de médicaments antiépileptiques dans leurs cabinets).

2.4. Analyse des indicateurs du cadre logique

Les indicateurs du programme (au nombre de 9 initialement) sont peu adaptés au projet en Guinée et au contexte d'intervention. Ils ne mesurent ni l'évolution des résultats ni les performances des activités et services appuyés. Ils ne sont pas SMART et peu orientés « résultats ». Ils mesurent essentiellement la réalisation d'activités et la charge de travail dans les CS. Certains ne sont pas pertinents ni mesurables dans le cadre du projet.

Le tableau ci-dessous les reprend avec la mesure de l'indicateur à la mi-parcours et un commentaire sur chacun d'eux.

	Baseline	2017	2018	Evaluation intermédiaire août 2019	Commentaires
Cible stratégique 3 CCS Guinée	Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité pour tous (prévention, soins curatifs, réadaptation et sensibilisation)				
Outcome / Objectif spécifique	Améliorer la prestation de services de santé de qualité au sein d'un système de santé intégré et accessible au plus grand nombre				
Hypothèses	<i>les autres déterminants de la santé ne se sont pas détériorés (eau, éducation, pauvreté...); pas de perturbations majeures de l'état de santé de la population, spécifiquement la recrudescence d'Ebola ou émergence d'autres maladies transmissibles; collaboration des autorités sanitaires</i>				
Ind 1: Nombre de professionnels de santé guinéens cible de l'intervention ayant bénéficié d'une formation supplémentaire à la fin du programme	10% du personnel	(8/8)	82,80%	100% : 35 personnels ont été formés (au moins une fois. 3 personnes par CS ont bénéficié de la formation. Il reste encore à former le deux nouveaux CS du programme (soit 8	Cet indicateur n'est pas discriminant. Il ne précise pas le domaine de la formation (santé mentale, VIH-Sida, santé de la reproduction, hygiène). De plus ce n'est pas le nombre de formations qui est intéressant mais l'évaluation des acquis des formations

				personnes) ainsi que les nouveaux personnels de l'ensemble des structures	(évolution des pratiques).
Ind 2 : Taux de satisfaction des utilisateurs (genre spécifique)	45%			65%	Cet indicateur nécessite une méthodologie complémentaire pour être évalué. Il est mesuré sur base d'une étude ponctuelle sur les soins centrés sur le patient du Dr Sow. En 2021, est envisagé une enquête de satisfaction auprès des patients et de leurs familles. Cet indicateur n'assure pas un bon suivi du Programme. Il sera intéressant pour l'évaluation finale du Programme.
Résultat 1	la société civile locale est appuyée dans son rôle dans le système de santé et la dynamique des réseaux d'échanges entre acteurs pour la santé est stimulée				
hypothèses	La société civile a la liberté de s'organiser ; intérêt d'autres acteurs dans la santé d'échanger et de collaborer ; collaboration des autorités sanitaires				
Ind 3 : Proportion des équipes cadres fonctionnelles, des districts cibles de l'intervention, selon critères établis	30%	100%	100%	100%	Les 6 DPS soutenues assurent 4 supervisions par an, centrées essentiellement sur les activités de santé mentale. Il a été ajouté dans les critères de cet indicateur le fait qu'elles devaient aussi réaliser un rapport par supervisions, participer aux formations et diffuser les données lors des rencontres des équipes cadre de district (CTPS) et CTRS. L'ensemble de ces équipes réalise ces activités. Cela ne permet cependant pas d'évaluer l'effet des supervisions et des renforcements des équipes cadres. Tant que cela n'est pas corrélé aux indicateurs sanitaires des centres de santé (utilisation des services, qualité et performance), cet indicateur n'évalue en rien la contribution des supervisions à l'atteinte des objectifs santé du projet.
Ind 4 : nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées de façon effective Indicateur 4(a) : - nombre de nouveaux partenariats développés par réseau - nombre de participations aux colloques, congrès, ateliers, séminaires - nombre de restitution faites aux membres des réseaux Indicateur 4 (b) : - nombre de synergies créés par réseau Indicateur 4 (c) : - nombre de plaidoyers / lobbying réalisés par réseau Indicateur 4 (d) : - nombre de bonnes pratiques capitalisés au sein des réseaux	0	0	0	6 expériences capitalisées (journées portes ouvertes, tables rondes avec les tradipraticiens, ...) mais une seule étude documentée et en cours de capitalisation. Les autres études sont au stade d'élaboration de leur protocole.	Cet indicateur est trop large et peu discriminant. Les nouvelles composantes proposées (4a à 4d) sont intéressantes mais aucun budget n'est prévu pour mener les activités en lien. De plus, l'objet d'évaluation n'est pas bien déterminé (ex : nombre de bonnes pratiques capitalisés au sein des réseaux). L'atteinte de cet indicateur est aussi liée au dynamisme de tous les partenaires qui doivent y contribuer (comme pour la validation des recherches, etc.).

Résultat 2	Une offre de soins de santé primaire de qualité est offerte à la population				
Hypothèses	Le personnel des structures de santé est motivé pour être formé ; le système national d'approvisionnement en médicaments est régularisé et fonctionnel ; collaboration des autorités sanitaires				
Ind 5 : % de personnes formées/prévues par centre de santé	20%	(20/15), 133%	87%	88%	Cet indicateur ressemble à l'indicateur 1 même si celui-ci est calculé par CS et pour tous les domaines de formation. Comme pour l'indicateur santé mentale, il ne reflète en rien l'efficacité des formations ni le changement de pratiques post-formation.
Ind 6 : proportion des médicaments traceurs en rupture à la fin du mois, dans l'ensemble des structures	25%	0%	0,04 %	0%	Il n'y a pas de ruptures de stocks des médicaments en santé mentale. Les seules ruptures concernent les intrants de type tests de dépistage VIH
Ind 7 : Proportion d'Accouchements Professionnellement Assistés avec 4 CPN dans l'ensemble des structures (continuité)	56%	à vérifier		Non évaluable	Cet indicateur « composite » ne peut pas être mesuré dans le cadre de la collecte de données de routine 'SNIS ». Il combine en effet deux indicateurs: le taux d'accouchements assistés et le taux de CPN4. Les deux indicateurs sont pertinents mais ne savent pas être combinés, sauf si le projet veut mettre en place une étude de cohorte de femmes avec CPN4 et qui viennent accoucher au CS. Le projet a alors proposé de relever plutôt : • Le nombre d'accouchements • Le nombre de CPN par femme (Le nombre total de CPN réalisées par mois et par CS) • Le nombre d'accouchement avec 3 ou 4 CPN • Le nombre d'accouchement professionnellement assistés (au CS ou à la communauté) En plus de cet indicateur, proposons pour la santé mentale • Le nombre de contact (première consultation) des malades mentaux • Le nombre de contact suivi des malades mentaux • Le nombre de malades mentaux améliorés : Définir quelques critères d'amélioration (p. ex : réduction/disparition des signes, malade se lave lui-même, prends lui-même ses médicaments, participe aux activités en famille, ne fait plus de crises, le nombre de crises a baissé, le malade est propre, le malade raisonne...) selon que les patients sont épileptiques, déprimés, psychotiques ou névrosés • Le nombre de visites à domicile réalisées • Le nombre de patients identifiés dans les familles et pris en charge en ambulatoire

					- Le nombre de malade réinsérés. Définir quelques aspects de réinsertion (familiale, communautaire, professionnelle) - Le nombre et qualité des rencontres avec les guérisseurs traditionnels - Le nombre et les thèmes de causeries éducatives réalisés par les ACS Il est important que le projet suive plus des indicateurs d'utilisation des services et de morbidité (en santé mentale et pour les autres problèmes de santé). Cependant, ces indicateurs doivent être des taux et non des nombres de contacts. Pour cela, chaque CS doit connaître sa population cible pour chaque type d'activités (santé mentale, accouchement, etc.) et calculer ces taux mensuels. De plus, le suivi d'indicateurs en santé maternelle (CPN et accouchement) n'a de sens que si le Programme appuie ces activités dans les CS, ce qui n'est pas réellement le cas, sauf s'il est aussi possible de renforcer ces activités prioritaires.
Résultat 3	l'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population ciblée				
Hypothèses	Le taux de pauvreté n'augmente pas ; les mutuelles communautaires existent et se développent				
Ind 8 : Proportion de ménages avec des dépenses de santé catastrophiques (genre spécifique), ind proxi : Proportion de ménages ayant connu des dépenses catastrophiques liées à un accouchement (genre spécifique)	50%			Non évaluable	Cet indicateur n'est pas compris par l'équipe de coordination et n'est pas adapté au projet. Ces dépenses catastrophiques peuvent être diminuées par les prises en charge (ou le suivi) à domicile par le chef de centre de santé (pour autant que les frais de déplacement n'incombent pas directement au CS). Il n'y a rien de prévu dans le projet pour mettre en place une enquête communautaire pour mesurer ces dépenses catastrophiques en lien avec la prise en charge en santé mentale.
Ind 9 : proportion des structures de santé qui collaborent avec une mutuelle communautaire et qui disposent d'un fond d'équité - Nombre de bénéficiaires des fonds d'indigence mis en place auprès des mutuelles de santé - Le nombre de patients (malades mentaux errants ou enchaînés à domicile) pris en charge (médicale est psychosociale) - Types d'initiatives communautaires encouragés et soutenus	20%	25%		40%	8 CS collaborent avec des mutuelles de santé et une seule bénéficie du Fonds d'indigence. Il y a 255 ménages touchés pour 1894 bénéficiaires. Cet indicateur n'est pas le reflet de l'accessibilité financière à l'ensemble du projet et de ses structures soutenues.

L'utilisation d'indicateurs « communs » à l'ensemble du programme ne semble pas adaptée au projet en Guinée. Il est important, dans ce type de suivi, que chaque CS et la coordination disposent d'un tableau de bord d'indicateurs adaptés, contextuels et mesurables. Pour cela, il faut abandonner les indicateurs qui ne peuvent être mesurés et ne pas surcharger les CS par des données/indicateurs qui ne seraient pas pris en compte dans le système public. Le suivi doit donc se passer essentiellement sur base d'indicateurs récoltés en routine, et éventuellement renforcés d'indicateurs propres à la santé mentale (si ceux-ci ne sont pas encore intégrés dans le SNIS). Actuellement, il n'y a pas d'indicateurs spécifiques santé mentale dans le SNIS de routine, excepté la fréquence globale des maladies mentales.

Les indicateurs devraient être essentiellement des taux (proportions) basés sur des populations cibles et relevés dans le cadre du SNIS de routine. Ces indicateurs doivent faire l'objet d'un rapportage au niveau de la DPS (avec copie envoyée à la coordination) sans pour autant dupliquer les rapports aux différents niveaux d'appui et de coordination.

2.5. Analyse des risques du programme

Il n'y a pas de suivi spécifique des risques par l'antenne de coordination. Les risques externes (instabilité politique, crise Ebola, ...) n'entravent pas le projet, mais la situation socio-économique et sanitaire des populations est en générale très défavorable.

Sur les autres risques :

- Il y a une vraie collaboration avec les autorités sanitaires locales grâce à une franche collaboration et une proximité de l'équipe de coordination.
- La société civile s'organise et se développe mais les associations souffrent d'un manque de ressources qui empêche leur développement.
- FMG a tout à fait les capacités de faire collaborer les acteurs impliqués dans la santé.
- Le personnel des structures de santé (publiques et privées) est très motivé par le programme et ses appuis dans le renforcement des capacités.
- Le système national d'approvisionnement en médicaments n'est pas optimal ce qui entraîne des ruptures de stock de médicaments et d'intrants. Le projet pallie un peu à ces déficits mais insuffisamment. Il a de plus un système d'approvisionnement parallèle pour les médicaments en santé mentale.
- Le taux de pauvreté a augmenté : facteur extrinsèque et non mesurable.
- Les mutuelles communautaires existent mais le projet ne les appuie pas directement.

3. Evaluation de l'intervention

L'évaluation ne porte que sur les activités soutenues par le projet, pas sur le fonctionnement d'ensemble des centres. En effet, le projet s'est intégré dans un contexte où existent déjà tous les centres de santé avec leurs histoires, leurs paquets de soins, les programmes verticaux intégrés par l'Etat et d'autres intervenants et surtout leurs modes de fonctionnement.

Les indicateurs d'évaluation ci-dessous sont appréciés suivant un score allant d'A à D selon la classification suivante :

- A : Très Bon, Peu ou pas d'adaptations/corrections nécessaires
- B : Assez bon, quelques corrections ou adaptations conseillées
- C : A améliorer, corrections ou adaptations conséquentes sont à prévoir
- D : Critique, remise en question de l'action, corrections ou adaptations importantes.

3.1. Pertinence

Elle est jugée très bonne (A).

Dans sa conception, le projet est jugé globalement très pertinent :

- L'objectif général est en conformité avec les priorités nationales de santé ;
- L'objectif spécifique (OS) est en cohérence avec l'objectif global du projet ;
- L'OS est en parfaite cohérence avec les besoins des bénéficiaires directs et indirects ;
- La stratégie d'intervention, axée sur les CS avec un ancrage institutionnel au niveau des DPS, est aussi très pertinente.
- La mise « à l'échelle » de la prise en charge de l'expérience de FMG en santé mentale dans de nouveaux CS (publics et associatifs) est très positive.
- Le projet reste aussi pertinent dans sa logique d'assurer une capitalisation de certaines expériences acquises (en santé mentale et dans d'autres domaines).
- Si les Résultats 1 et 3 sont pertinents, on peut s'interroger sur la capacité du projet à produire des résultats au regard des faibles ressources allouées.

L'appui du projet va surtout dans le fonctionnement de FMG qui est un partenaire fiable et qui est reconnu dans ces spécificités (structure associative avec développement d'activités en santé mentale) et qui est de plus la seule association qui prend en charge ces pathologies. Leurs développements sont de plus appréciés par le Programme national de la santé mentale en Guinée (avec des collaborations via les formations).

La pertinence du projet passe aussi par l'appui à la prise en charge des autres problèmes de santé dans les CS : CPN, dépistage du VIH, accouchements assistés, vaccination ; ainsi que l'extension des activités santé mentales dans 5 nouveaux CS (sur base d'analyses des besoins ressentis et exprimés par la population).

3.2. Efficacité

Elle est jugée assez bonne (B).

- Le renforcement des capacités, surtout en santé mentale, amène des changements réels dans les CS. Le Dr Dewez assure deux missions/an de 3 semaines pour travailler dans les CS. Cela permet d'intégrer les nouveaux centres et de renforcer les capacités des médecins et chefs de centre (et d'assurer la formation des nouveaux venus). Les compétences de FMG en santé mentale permettent de suivre, dans le cadre du projet, 6.000 malades répartis dans les 10 centres de santé.

Données santé mentale des 10 CS pour la période 2017-2019

Données santé mentale des 16-65 pour la période 2017-2019									
	2017	2018				2019			
		0-14		15 et +		0-14		15 et +	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
PC		185	165	860	736	75	63	397	320
CS		1 311	1 015	5 918	4 691	490	353	3 055	2 315
VAD		301	280	1 703	1 393	319	164	2 354	1 705
Total	327	1 797	1 460	8 481	6 820	884	580	5 806	4 340
Total année	327	18.558				11.610			
TG	30 495								

Source : rapport d'auto-évaluation du programme, FMG, mai 2019

- L'exécution financière semble cohérente globalement avec les bilans physiques ;
- Les indicateurs permettent de renseigner le processus mais très peu les résultats réels en lien avec les activités.

L'équipe de coordination de Labé ne dispose pas de tous les outils pour mesurer les résultats à atteindre. Leur suivi n'est pas assez en lien avec les indicateurs SNIS (de routine) des CS. Cela se marque au travers de la faiblesse du volet capitalisation qui nécessite d'être renforcé (ligne budgétaire pour ces activités, besoin d'appuis techniques et possibilité de diversifier les stratégies de capitalisation).

Une série d'indicateurs devrait donc être ajoutée au cadre logique, en lien direct avec les activités des CS : taux d'accouchements assistés, utilisation des poubelles, mise en place du comité de suivi hygiène, etc. Ces éléments ont été discutés ci-dessus dans l'analyse critique des indicateurs du cadre logique.

A mi-parcours, de nombreux précurseurs indiquent qu'à terme le projet pourra contribuer à l'amélioration de la qualité des soins par la mise en place des outils techniques, la formation et la supervision. Les témoignages sur la prise en charge de la santé mentale et la motivation des CS publics et des DPS sont significatifs de l'efficacité de l'intervention.

Les ajustements pour améliorer l'efficacité (de B à A) sont essentiellement à faire au niveau de la mesure de cette efficacité, par l'instauration d'indicateurs de mise en œuvre adaptés.

3.3. Efficience

Elle est jugée bonne (B).

- Les réalisations concernant les infrastructures et équipements ont pu se faire dans des délais assez courts et en début de projet ;
- Il y a un consensus sur la qualité aussi bien aux niveaux des infrastructures, des équipements que des formations réalisées ;
- L'appui à la santé mentale semble très efficient. Par cet appui, le projet favorise un rapprochement des communautés pour la prise en charge de ces pathologies. Cela réduit les déplacements des malades et leurs dépenses pour la prise en charge.
- Le budget est dynamique avec un volet important de cofinancement par Memisa. Le Dr Sow fait un travail de lobbying et de recherche de cofinancements complémentaires avec Memisa. Cela permet de modifier certaines lignes budgétaires. Par exemple la Fondation Roi Baudouin finance un projet sur les handicaps en santé mentale. Ce type d'appui complémentaire influence le projet et permet de faire des réallocations budgétaires sur d'autres lignes prioritaires.
- L'efficience peut aussi être moins bien évaluée car certaines activités sont sous-estimées en termes de planifications budgétaires. Par exemple, lorsque les DPS font des supervisons, ils relèvent des besoins relatifs que le programme ne peut appuyer car non prévus dans le PAO. Le cadre budgétaire annuel ne permet donc pas de réorientations éventuelles en fonction des besoins constatés sur le terrain.

Le projet a voulu cibler certaines zones géographiques et toucher un plus grand nombre de patients. Si cette couverture géographique est pertinente, cela dilue les ressources dans un nombre plus important de structures. Au début du projet, il y avait 8 structures partenaires ; cela a été étendu à deux autres CS mais avec un budget identique.

Il y a maintenant comme ambition d'intégrer d'autres structures (centres médicaux communautaires) car 3 médecins vont être formés dans la prise en charge des patients épileptiques. Le projet assurerait leur formation et le stock de départ de médicaments pour leur centre. Cela pose la question de la « dilution » des moyens dans un nombre toujours grandissant de structures soutenues. La philosophie de FMG est néanmoins que « si ces petits appuis sont bien gérés, ils permettent de changer les choses ».

3.4. Durabilité

Elle est jugée moyenne (C), à améliorer.

Les facteurs de durabilité des acquis sont :

- Le renforcement des compétences ;
- L'appropriation progressive de certaines thématiques (santé mentale et autres) par les acteurs stratégiques ;
- L'appui à la société civile ;
- Les activités communautaires, ce qui rend la communauté acteur de la prise en charge, et cela induit des changements de comportements des prestataires et de la population (cf. étude réalisée par le Dr Sow).

Les facteurs de risque sont l'impossibilité d'une intégration complète de la stratégie santé mentale dans les CS. Actuellement, le projet appuie des consultations spécifiques en santé mentale dans les CS, des primes au personnel impliqué dans ces activités, l'approvisionnement en médicaments (sans intégration de ces molécules dans la liste des MEG) et la supervision spécifique (avec des rapports différents des DPS et de la coordination). La pérennisation de l'activité passe par son intégration au paquet d'activités des CS et aux supervisons de base des DPS afin qu'elles s'approprient toutes les dimensions du volet santé mentale et puissent assurer une pleine intégration des activités à terme. Il y a eu des essais de supervisons conjointes entre le projet et les DPS.

Le propos ci-dessus doit néanmoins être nuancé par l'existence des autres programmes verticaux dans les CS. Cette complémentarité entre programmes n'a pas pu être suffisamment analysée dans le cadre de l'évaluation.

Les centres de santé publics considèrent à priori que des nouveaux projets sont l'occasion pour améliorer les conditions de travail du personnel. Si le projet n'apporte pas une source de recette supplémentaire, sa durabilité est de facto compromise. C'est pourquoi l'intégration d'un service comme la santé mentale, doit être faite avec beaucoup de tact. Apporter des ressources en masse doit être évitée. Le projet FMG-Memisa privilégie des petits apports pour stimuler l'engagement et la recherche des solutions (pour la pérennité) par les acteurs eux-mêmes. Le projet FMG-Memisa n'a pas vocation de résoudre tous les problèmes dont les centres de santé sont confrontés. Le projet stimule et démontre.

Le supervisons intégrée des DPS passe par la mise à disposition d'une grille de supervision « santé mentale » et l'élaboration d'un seul rapport de supervision (santé mentale intégré à la supervision des autres activités) conjoint DPS-équipe de coordination.

Un autre point qui influence la durabilité est la faiblesse actuelle de la capitalisation des bonnes pratiques (cf. ci-dessus).

3.5. Cohérence

La cohérence, c'est-à-dire le lien entre les différentes composantes du programme mis en œuvre, est jugée bonne (B).

- Les expériences de FMG et tous les développements antérieurs des partenaires ont servi de référentiel au projet ;
- Des synergies d'actions se sont développées avec les partenaires locaux de FMG.

Des réflexions sont cependant utiles afin d'assurer une bonne cohérence avec l'ensemble du Programme DGD de Memisa :

- Sur une ligne conductrice de toutes les activités menées par FMG pour mieux correspondre aux 3 axes stratégiques du Programme ;
- Par la nécessité de centrer les actions sur les structures appuyées existantes et ne plus s'étendre à d'autres structures et/ou partenaires (malgré les besoins pertinents).

3.6. Impact

Certains signes précurseurs indiquent que le projet aura un impact sur l'accès à des soins de qualité en santé mentale et dans d'autres domaines au plan national et dans les zones d'intervention.

Au niveau institutionnel, l'appui aux DPS et aux plates-formes de la société civile :

- Renforce la dynamique de dialogue entre acteurs et ancre les activités dans le temps ;
- Ouvre des perspectives sur une réflexion profonde sur l'offre de soins en santé mentale et en général dans le pays.

Aux niveaux des bénéficiaires directs et indirects, les effets sont perceptibles :

- À travers les témoignages sur les biens faits de la prise en charge de la santé mentale ;
- Via le renforcement des structures soutenues (ressources humaines et matérielles)
- Au travers des professionnels de santé qui notent une plus grande crédibilité de leurs CS par les populations bénéficiaires.

3.7. Thèmes transversaux

Les objectifs menés en lien avec chaque thème transversal sont :

Pour le Genre :

- Renforcer la place des femmes dans les OSC
- Lutter contre toutes les formes d'inégalités sociales
- Lutter contre les pratiques néfastes à la santé des femmes et des enfants
- Inclure les malades mentaux les populations clefs, les orphelins, les exclus aux soins et les enfants vulnérables
- Lutter contre les violences basées sur le genre

Pour l'Environnement :

- Travailler sur des environnements sains dans les CS
- Assurer la gestion des déchets médicaux
- Favoriser l'adduction à l'eau et à l'énergie solaire

Pour la Digitalisation :

- Mettre en réseau tous les centres de santé et les cabinets médicaux communautaires pour la gestion de l'information sanitaire.
- Utiliser les tablettes et les ordinateurs connectés pour la gestion des dossiers médicaux dans les structures
- Renforcer le système de production et de gestion de l'information sanitaire

Les réalisations concrètes pour l'axe Genre sont :

- L'appui aux activités de santé maternelle et infantile (dont la construction de la maternité à Timbo) ;
- Le recrutement et la formation du personnel (recrutement de femmes comme agent de santé communautaire) ;
- L'intégration des femmes prestataires de soins dans la prise en charge des patients santé mentale. Il y a actuellement 3 femmes sur les 9 ACS et 5 personnels de santé féminin ont été formés en santé mentale et assurent les consultations ;

- L'appui à un groupement féminin pour l'accompagnement des malades mentaux à Labé ;
- Une prise en charge adaptée des femmes prostituées à Conakry et des populations vulnérables HSH afin de lutter contre la discrimination dans les soins.

Les réalisations concrètes pour l'axe Environnement sont :

- Le travail sur la gestion des déchets médicaux, la construction d'incinérateurs et les formations des personnels ;
- L'installation des panneaux solaires.

Les réalisations concrètes pour l'axe Digitalisation sont :

- Les appuis aux CS pour renforcer leurs compétences informatiques (mail, envoi de documents, etc.) ;
- La volonté de mettre dans les cabinets médicaux communautaires des tablettes avec logiciels de gestion des données (SNIS). De nombreux partenaires du projet ont été formés sur la gestion des données personnelles par Trias ;
- La mise à disposition d'un ordinateur pour le Réseau des centres de santé associatifs pour centraliser et analyser les données de leurs 20 CS et faire du plaidoyer vers d'autres partenaires (ce plaidoyer qui leur a déjà permis d'acquérir des congélateurs solaires pour la vaccination via l'Unicef).

Toutes ces réalisations sont importantes mais nettement insuffisantes par rapport aux objectifs initiaux de développement de ces axes transversaux dans le projet.

4. Analyse par structure appuyée

Les trois piliers d'intervention du programme sont opérationnalisés dans chaque structure. Sur base d'entretiens (individuels et de groupe) et de visites des CS, nous reprenons ci-dessous certains éléments propres à chaque institution / équipe partenaire, structurés en 4 points : (i) Réalisations, (ii) Faiblesses, (iii) Résultats et (iv) Conclusions.

Les 3 centres de FMG défendent les mêmes valeurs même si le personnel qui y travaille agit diversement en fonction de leur ancienneté et de leur statut.

4.1. Centre de santé associatif FMG de Hafie Minière (Conakry)

Ce Centre assure le paquet minimum d'activités et accueille différents programmes spécialisés et une offre variée de services adaptés à la santé urbaine. Il est localisé dans un quartier pauvre et est fortement utilisé par la population locale, ou celle d'autres aires pour ses consultations spécialisées (en santé mentale, VIH-Sida, Tuberculose, ...). Ce centre bénéficie de multiples partenariats mais qui sont bien spécifiques et complémentaires. : le programme Memisa est plus centré sur le renforcement des activités en santé mentale et l'appui psychosocial. La Fondation Damien appuie le programme tuberculose, le Fond Mondial le paludisme, etc. Tous ces partenaires renforcent FMG qui assure une véritable synergie « interne » des différents appuis.

Réalisations

- Mise en réseau de la dizaine d'AC et mise à disposition de moyens logistiques (motos) qui facilitent le travail. Le travail de l'AC ne se limite pas à la santé mentale (appui aussi à la vaccination, au suivi des patients VIH, etc.).
- Cela se traduit en termes de résultats par une amélioration de l'utilisation du service de santé mentale dans le CS, l'amélioration de la perception des communautés par rapport à la santé mentale et une réinsertion sociale d'une majorité de malades.
- 4 agents chargés du dépistage VIH ont été formés dans le centre DREEM au niveau du laboratoire. Cela a renforcé l'activité de comptage CD4.

Faiblesses

- Le programme devrait plus prendre en charge les « malades errants » dans la ville et travailler sur la sensibilisation des communautés sur l'efficacité de la médecine moderne pour prendre en charge ces personnes. Cela donnerait de la confiance dans les soins donnés par les CS et favoriserait une meilleure utilisation des services.
- Pas d'appui nutritionnel pour les PVVIH ce qui pose des problèmes dans la prise en charge des premiers mois de démarrage de la mise sous ARV.
- Nécessité de réhabiliter certains bâtiments du centre : toilettes des patients, sécurisation du local des poubelles, réfection de l'incinérateur, etc.
- Le programme devrait mieux assurer le suivi des formations en hygiène hospitalière, surtout dans les structures qui disposent des nouveaux incinérateurs.

4.2. Centre de santé associatif FMG de Moriady (Kindia)

Le centre de Moriady couvre une toute petite population. Il est entre le centre de santé de Friguiagbé et celui de Damakhannia tous publics. Son point de départ (en 2002) et à son ouverture (juin 2006), tous les paquets de soins standards étaient disponibles : CPN, CPC, PEV, Soins et Labo et un personnel conséquent fut recruté. Un réfrigérateur solaire qui s'y trouvait servait même de lieu de stockage de vaccins pour le centre de santé public de Friguiagbé.

Du fait de la faible population couverte et le taux d'utilisation, le personnel a été réduit. C'est ainsi que le poste de sage-femme a été supprimé et le centre transformé en point de vaccination en stratégie avancée. Pour le centre de santé de Friguiagbé, le centre de Moriady est un poste de santé.

Le chef de centre de Moriady envoie aussi un rapport de son centre mensuellement au CS de Friguiagbé et à l'antenne de coordination de FMG.

Réalisations

- Construction de la salle de réception et de la cuisine pour les patients (finalisées en juillet 2018) et son équipement (mobilier, ustensiles de cuisine, réfrigérateur, télévision) ;
- Construction du château d'eau et d'un forage ;
- Achats et fonctionnement de deux motos : une pour le chef de centre et une autre pour l'AC ;
- Equipement de la salle de kinésithérapie : un lit de consultation, un bureau et du matériel de révalidation ;

- Primes mensuelles pour le chef de centre, l'AC et le laborantin (en complément aux salaires de FMG). Ces primes couvrent les activités du projet dont entre autres les visites à domicile (pour la santé mentale) et les réinsertions socioprofessionnelles ;
- Subsidés pour les médicaments en santé mentale et pour certains liés au VIH (cotrimoxazole pour les infections opportunistes) ;
- Formations du Dr Dewez au niveau du CS (une fois par an) et partage d'expériences en consultation ;
- Formations ponctuelles pour le chef de centre (en PCI) et pour l'AC (formations organisées à Labé).

Faiblesses

- Faiblesse des ressources humaines. L'équipe est composée d'un chef de centre (qui assure toutes les activités curatives et préventives, ainsi que l'encadrement des stagiaires), un administrateur qui est aussi l'AC, un laborantin (qui assure l'accueil) et un responsable point de vente pharmacie (qui fait aussi les soins et les accouchements). Le personnel est polyvalent mais la configuration actuelle du centre ne permet pas de mener toutes les activités attendues.
- Le Centre de santé associatif de Moriady est un CS incomplet, c'est-à-dire qui n'assure pas le paquet minimum d'activités attendu. Il n'y a par exemple ni activités de CPN, ni de vaccination par manque de personnel qualifié (sage-femme entre autres) et d'infrastructures.
- Contraste entre une salle d'accueil et de cuisine nouvellement construite et un centre qui présente un bâtiment (à l'intérieur), du matériel et un mobilier très vétuste.
- Le centre est enclavé, décentralisé par rapport à la ville et peu localisable par la population (il manque des plaques signalétiques, etc.).
- Le laboratoire est sommaire et devrait être renforcé en équipements afin de réaliser aussi la biochimie et l'hématologie de base (et mieux répondre à certaines urgences comme les anémies de l'enfant, etc.).
- Les formations de Memisa sont principalement axées sur la santé mentale. Hors il y a des besoins de formations importants dans d'autres domaines.
- Pas suffisamment de capitalisation de ces formations en santé mentale. Il y a des ressources qui sont laissées dans le centre mais c'est insuffisant.
- Manque un incinérateur. Actuellement, ils brûlent les déchets dans un simple trou.

Résultats

Les activités du centre sont :

- Consultations curatives
- Laboratoire
- CPN (très faible)
- Accouchements (très faible)
- Kiné (très faible)
- Point de vente des médicaments
- Activités de santé mentale : sensibilisation de l'AC, visites à domiciles, réinsertions

Il n'y a donc pas de vaccination, mais il a la volonté avec la DPS de mettre en place la stratégie bientôt. La chaîne de froid n'existe pas mais une demande est faite pour l'appui en matériel à

la DPS. Il faudra cependant aussi pallier au manque de ressources humaines pour mener cette activité, au même titre que pour la CPN, les accouchements et la PF (cette dernière est inexistante actuellement).

Les taux d'utilisation des services sont moyens et cela évolue peu. Il y a environ 20 « premiers contacts » en santé mentale par mois et environ 120 contacts ultérieurs.

Pour les autres pathologies, on dénombre environ 120 nouveaux cas par mois. L'activité de CPN est très faible: 10 contacts /mois (ce qui donne une couverture inférieure à 1%). Le CS effectue un ou deux accouchements par mois. La raison principale de ce déficit de la CPN et des accouchements assistés est l'absence d'une sage-femme dans le centre et l'impossibilité pour la population de se confier à un homme pour ce type de prise en charge. Il y a de plus la proximité d'un autre CS qui assure les accouchements assistés.

La nouvelle salle de réception et de cuisine est importante pour accueillir les familles des malades, leur permettre de se rassembler et de manger ensemble.

Conclusion

Le centre de santé associatif de Moriady est une structure proche de la communauté mais qui est sous-utilisée par manque de développement de certaines de ses activités (CPN et vaccination entre autres) et le déficit en personnel pour couvrir une offre de service complète. Ce paquet minimum d'activités incomplet contraste avec la présence dans ce centre d'un médecin et d'une petite équipe motivée qui essaye d'être polyvalente pour élargir les activités.

Ce centre contraste aussi avec une spécialisation de sa consultation en santé mentale et l'absence d'appui du programme pour les autres problèmes de santé prioritaire de la zone.

Le chef de centre ne connaît pas bien le Programme Memisa/FMG (en termes d'activités et de financement) et ne sait surtout pas ce qui est prévu dans les mois qui viennent pour sa structure.

S'il était important de construire une salle d'accueil et une cuisine pour les patients, il semble que d'autres priorités auraient pu être privilégiées : le centre a besoin d'un incinérateur et de revoir l'ensemble de l'hygiène intérieur et extérieur.

Le CS de de Moriady est un centre de FMG qui mériterait d'être plus soutenu pour le développement de son infrastructure et de ses activités, si on veut espérer voir la population venir aux consultations (préventives et curatives) et regagner en confiance dans les activités liées à la mère et à l'enfant.

4.3. Centre de santé public de Timbo (Mamou)

Le CS de Timbo est un centre public qui a développé une offre de qualité en santé mentale et qui observe une fréquentation croissante dans tous ses services et spécifiquement pour les activités de CPN et d'accouchements assistés avec l'ouverture de la nouvelle maternité en janvier 2019. Il est dirigé par un médecin, ce qui est encore rare pour un CS public.

Réalisations

- Prise en charge des malades mentaux et épileptiques ;
- Disponibilité des médicaments en santé mentale avec fournitures gratuites pour ces patients souffrant de problèmes mentaux ;

- Plusieurs formations en santé mentale du chef du centre, de l'AC et le suppléant du chef du centre. Consultations conjointes de l'expert belge avec le personnel du centre pour la prise en charge des malades mentaux et épileptiques (jusque deux fois/an) ;
- Appui en matériel et équipement : construction d'une maternité avec équipement et matériel (sauf l'adduction d'électricité) ;
- Formation sur la gestion des déchets biomédicaux pour le chef du centre et l'AC ;
- Supervisions formatives trimestrielles par l'antenne de coordination ;
- Adduction d'eau pour la maternité via l'installation de panneaux solaires ;
- Mise à disposition de deux motos (pour l'AC et le chef du CS) et leur fonctionnement (jusque février 2019 pour le chef du centre) ;
- Mise à disposition d'une prime mensuelle pour l'AC (environ 500.000 FG/mois) et d'une prime mensuelle pour le CS qui est redistribuée au personnel qui assure les activités de santé mentale.

Faiblesses/besoins

- Absence d'éclairage dans la nouvelle maternité. Ce défaut technique ne permet pas une prise en charge optimale la nuit ;
- Cette absence d'électricité ne permet non plus pas la réalisation de la stérilisation avec le poupinel neuf (non utilisé) et favorise des pratiques de stérilisations peu adéquates (au chlore) ;
- Plus de prise en charge de la moto du Chef du centre depuis février 2019 ;
- Besoins de formations complémentaires en santé mentale ;
- Il n'y a qu'un seul AC qui s'occupe de la sensibilisation et des visites à domicile (activités communautaires). Cette personne devrait être renforcée avec un autre AC pour Timbo afin aussi d'élargir la sensibilisation aux autres aires de santé.
- Nécessité de primes complémentaires pour l'AC et l'équipe santé mentale.

Résultats

Les activités du centre sont :

- Consultations primaire curative
- Laboratoire
- Vaccination
- CPN
- PF
- Accouchements (plus de 60/mois)
- Point de vente des médicaments
- PTME
- Laboratoire
- Prise en charge VIH et Tuberculose

Le CS de Timbo observe, depuis l'ouverture de sa maternité, d'un renforcement de ses activités de santé maternelle et infantile. Les taux d'utilisation de la CPN et des accouchements assistés sont en nette augmentation. L'activité de PF est plus lente à démarrer.

Le CS de Timbo est un modèle pour le développement des activités de santé mentale, qui se reflète par une augmentation des consultations et des résultats positifs dans la réinsertion des patients secondaire entre autres à une augmentation des visites à domicile.

Conclusion

Le CS de Timbo bénéficie pleinement du Programme et développe ses activités en conséquent. La communauté gagne en confiance dans les activités de santé maternelle et de santé mentale. Pour ce dernier volet, le CS devient une référence pour les autres CS non couverts par ce type de prise en charge.

4.4. Centre de santé urbain de Pita (Labé)

Le CS public urbain de Pita développe toutes les activités du paquet minimum d'activités et bénéficie d'une fréquentation importante de sa population.

Réalisations

- Formation des prestataires en santé mentale et des agents communautaires sur la réinsertion familiale et les visites à domicile ;
- Appui aux médicaments en santé mentale ;
- Formation sur la gestion de déchets biomédicaux pour deux personnes du centre ;
- Investissements : incinérateur, dotation de deux motos et leur prise en charge ;
- Primes mensuelles pour l'AC et les prestataires santé mentale.

Faiblesses

- Trop faible implication du chef de centre dans les activités du centre (et en santé mentale) ;
- Besoin de formations continues en santé mentale en plus des missions de Michel Dewez et du coordonnateur régional médical ;
- Les salles du centre sont exigües. La consultation santé mentale doit se faire dans la salle de PF. Le laboratoire et les salles d'observation sont très petits. Le bureau du chef de centre est aussi la salle de consultation, de réunion et d'archivage ;
- Besoin en équipement et mobilier (armoires pour archiver les documents) et en lits pour les salles d'observation ;
- Problème de la clôture du centre ;
- Pas reçu de matériel (bottes, poubelles, etc.) après la formation en hygiène hospitalière ;
- Prime insuffisante pour l'AC (440.000 FG) et pour les deux personnes du centre (700.000 FG) qui dégagent du temps pour les activités de santé mentale.

Résultats

Les activités du centre sont :

- Consultation primaire curative
- Laboratoire
- Vaccination
- CPN
- PF
- Accouchements
- Point de vente des médicaments
- Laboratoire

Malgré un manque de matériel, on observe dans le centre un meilleur circuit des déchets et une élimination plus régulière (grâce à l'incinérateur).

Le CS constate une augmentation de la fréquentation de sa consultation en santé mentale, surtout pour les cas d'épilepsie. Les visites à domicile permettent d'identifier les malades et de les référer au CS. Cela est aussi dû à une meilleure compréhension par la communauté des possibilités de traiter la santé mentale et de diminuer la stigmatisation. L'AC mène en effet des activités de sensibilisation (sur la prise correcte des médicaments, le danger de l'automédication, l'importance de la prise en charge des malades mentaux, le droit des malades, l'utilisation des condoms, le dépistage de VIH) et effectue de plus en plus de visites à domicile. Les séances de sensibilisation ont touché 574 personnes en 6 mois. L'AC a effectué 146 visites à domiciles sur cette période et a touché 236 personnes dans le cadre entre autres de leur suivi, de la lutte contre la stigmatisation, la revue des engagements du malade et de la famille, la prise régulière et correcte des médicaments, le respect des droits du malade.

L'AC étend aussi ses sensibilisations de la communauté à l'hygiène, l'utilisation des latrines, la consommation d'eau, etc.

Conclusion

Le CS urbain de Pita est un centre complet avec un bon taux d'utilisation de ses services. Cependant, la capacité de son infrastructure est limitée et ne permet pas d'organiser qualitativement les différentes activités. Certains aspects pourraient facilement être réorganisés mais cela nécessiterait un leadership et une présence plus continue du Chef de centre.

4.5. Centre de santé associatif de Tata 1 (Labé)

Le CS associatif de Tata 1 est un centre créé en 2012 par FMG pour couvrir l'ensemble des activités du paquet minimum d'activités. Actuellement, il développe toutes les activités exceptées la vaccination et la PF.

Réalisations

- Formation de l'agent de santé communautaire sur la gestion des déchets, la sensibilisation et la mobilisation communautaire ;
- Renforcement des capacités en santé mentale avec deux missions d'appui/an ;
- Appui aux médicaments en santé mentale ;
- Investissement : incinérateur, forage et château d'eau, dotation d'une moto pour l'AC ;
- Primes mensuelles pour l'AC et les prestataires du centre.

Faiblesses

- Faiblesse des supervisons formatives du Dr Dewez et du coordonnateur médical. Ces supervisons ne couvrent pas tous les besoins en santé mentale. Nécessité de repartir systématiquement de fondements théoriques avec accompagnement face aux patients ;
- Problème de gestion des déchets qui ne sont pas détruits dans l'incinérateur du centre. L'incinérateur construit ne brûle pas les déchets métalliques. Il aurait fallu un incinérateur plus puissant ;

- Faiblesse des RH pour assurer le PEV. L'ensemble des personnels du centre est polyvalent et est financé par FMG ; il n'est pas possible de financer actuellement une personne supplémentaire (alors qu'il y a un besoin pour la vaccination et pour la mobilisation communautaire par rapport à la santé maternelle) ;
- Le carburant de la moto du chef de centre n'est plus pris en charge par le projet.

Résultats

Les activités du centre sont :

- Consultation primaire curative
- Laboratoire
- CPN
- Accouchements
- Point de vente des médicaments
- Unité de Kiné

Le taux d'utilisation des services santé mentale a augmenté car certaines nouvelles zones ont appris l'existence du service, appuyé par les sensibilisations de l'AC.

Faible utilisation des services de la maternité (CPN et accouchement). Cela est dû à l'absence de service PEV et donc la non possibilité pour les femmes de se faire vacciner sur place. Elles sont donc envoyées dans d'autres CS où elles restent pour leur CPN.

Conclusion

Le CS associatif de Tata 1 est un centre incomplet qui souffre de l'absence de la vaccination, ce qui entraîne des répercussions sur l'utilisation des autres services. L'AC devrait diversifier ses activités de sensibilisation pour viser toutes les activités du centre (et pas que celles sur la santé mentale).

4.6. Centre de santé de Thiaguel Bory

Le Centre de santé public de Thiaguel Bori a été intégré dans le Programme en décembre 2017 après une étude de démarrage sur l'intégration de la santé mentale dans le paquet d'activités du centre. Sa population est de 30.623 habitants.

Réalisations

- Appui en logistiques (2 motos et leur fonctionnement) ;
- Formation sur la santé mentale et les épilepsies (pour 4 personnes du CS) ;
- Formation sur la gestion des déchets biomédicaux ;
- Accompagnement du Dr Dewez tous les 6 mois ;
- Supervision de la coordination de FMG tous les 3 mois ;
- Primes mensuelles pour l'AC et l'équipe du CS ;
- Collaboration entre le CS et le cabinet médical communautaire de Bouroudji (pour les données sanitaires et les stratégies avancées de CPN et vaccination).

Faiblesses

- Diminution du financement du carburant et de l'entretien de la moto du chef de centre. Cela a diminué le nombre de visites à domicile.

- Besoin d'une unité de kinésithérapie.
- Besoin d'une nouvelle maternité car les locaux actuels sont trop exigus.
- Le centre médicalisé communautaire de Bouroudji devrait référer les malades « santé mentale » au CS de Thiaguel Bory plutôt qu'au CS de Tata.

Résultats

Les activités du centre sont :

- Consultation primaire curative
- Laboratoire (non fonctionnel)
- CPN
- Accouchements
- PF
- Vaccination
- Point de vente des médicaments

Les résultats les plus visibles sont les réinsertions sociales d'une soixantaine de malades mentaux, ainsi que la prise en charge stabilisée de plus de 200 épileptiques. Pour assurer la durabilité de cette consultation, le centre a intégré les médicaments de santé mentale dans le recouvrement des coûts ce qui permet aussi de pallier au déficit de certaines autres molécules. Les références en santé mentale se font au CS de Tata. Le CS contacte aussi régulièrement le Dr Dewez qui échange par mail sur des cas cliniques compliqués.

Conclusion

L'appui de FMG/Memisa renforce le lien et la confiance entre la communauté et le CS. Cet appui a renforcé les capacités du centre (en personnel et équipement) ce qui permet d'étendre les activités et d'intégrer pleinement la santé mentale dans l'offre de services. De plus, le programme s'intéresse actuellement à la santé de la reproduction ce qui est un point positif pour le CS.

4.7. DPS de Mamou

Rencontre avec la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) de Mamou, une des 6 DPS soutenues par le projet. Le programme intervient au travers de la DPS pour renforcer le système local de santé mais plus spécifiquement le CS de Timbo pour les volets santé mentale, VIH, santé maternelle et le développement des approches communautaires.

Réalisations

- Appui aux ressources humaines de l'équipe cadre de la DPS par l'octroi de primes de supervision (pour les supervisons trimestrielles) afin de couvrir les frais de carburant et la prise en charge du personnel pour la supervision de Timbo et d'autres centres de santé ;
- Formation de membres de l'EC de la DPS sur la supervision de la santé mentale (pour l'agent chargé des services à base communautaire).

Faiblesses / besoins

- Il y a 3 personnel formés en santé mentale mais c'est insuffisant. Il y a une nécessité de former tout le personnel (des CS et de la DPS) ainsi que les nouveaux arrivants dans

les CS et à l'hôpital de Mamou (avec l'idée de développer un centre de référence à l'hôpital).

- Le faible appui à la DPS ne permet pas de sensibiliser les autres aires de santé sur la santé mentale et les aider à référer les malades au CS de Timbo.
- Absence d'une grille de supervision du programme pour les volets santé mentale, VIH et maternité ; et nécessité d'appui pour la mise à disposition dans les CS des carnets de CPN, des fiches de PF et d'un registre spécifique de consultation pour la santé mentale.
- Parfois rupture des tests de dépistage VIH (peu dans les CS publics mais ruptures répétées dans les CS associatifs de FMG).

Conclusion

La DPS de Mamou confirme l'importance du Programme et espère créer plus de synergies avec les acteurs locaux pour étendre la couverture de la prise en charge des problèmes de santé mentale. Elle sollicite le Programme pour certaines extensions afin d'ouvrir un centre de référence santé mentale à l'hôpital, élargir les formations à l'ensemble des personnels touchés par la prise en charge de la santé mentale et pallier aux ruptures des tests de dépistages dans tous les CS.

4.8. DPS de Labé

Cette DPS couvre 16 CS (dont 6 urbains) et 70 postes de santé, avec un réseau d'agents de santé communautaires qui travaillent avec des relais communautaires. Le programme intervient au travers de la DPS pour renforcer le système de santé et plus spécifiquement le CS de Tata 1 pour les volets santé mentale, VIH, santé maternelle et le développement des approches communautaires.

Réalisations

- Appui aux ressources humaines de l'équipe cadre de la DPS par l'octroi de primes de supervision (pour les supervisions trimestrielles) afin de couvrir les frais de carburant et la prise en charge du personnel pour la supervision du CS de Tata 1 et d'autres centres sous leur responsabilité ;
- Formation de membres de l'EC de la DPS sur la supervision de la santé mentale (pour l'agent chargé des services à base communautaire) ;
- Formation d'un agent de la DPS en charge de la supervision du programme.

Faiblesses / besoins

- Veulent introduire la vaccination au niveau du CS Tata 1 mais ils craignent des pertes élevées de doses de vaccin si la fréquentation est insuffisante.
- Besoin de formation du personnel de l'hôpital (quelques médecins) à la prise en charge des troubles mentaux. L'hôpital de référence reçoit en effet des cas et les médecins sont incapables de les prendre en charge (pas de capacités, de locaux et de médicaments spécifiques).
- Il y a actuellement une double supervision du point focal de la DPS et de l'équipe de coordination du projet pour le CS Tata 1. Une supervision conjointe est souhaitée (avec un seul rapport conjoint).

- Nécessité d'appuis aux autres activités prioritaires des CS en lien avec la santé maternelle et infantile.

Conclusion

L'appui à la santé mentale à Labé a amélioré l'accessibilité géographique et financière pour ces malades. Le CS de Tata 1 est la référence pour la santé mentale dans la région car l'hôpital de référence ne couvre pas cette discipline. La DPS de Labé intègre pleinement l'équipe de coordination dans ses instances techniques et décisionnelles du district.

4.9. Collège des Médecins Communautaires de Guinée et Cabinet médical communautaire de Bouroudji

Historiquement, il existait une plate-forme de médecins pour la prise en charge du VIH et une autre de médecins généralistes communautaires implantés par l'ONG Santé Sud. C'est le regroupement des deux entités qui compose le Collège des médecins communautaires de Guinée (démarré en août 2017). Il est actuellement constitué de 10 médecins installés par FMG/Santé Sud, deux médecins en cabinet privé et deux médecins qui travaillent au sein de FMG (14 médecins membres en tout). La troisième phase du projet de Santé Sud va implanter 9 autres médecins en milieu rural.

Le Collège est partenaire du Programme pour exécuter certaines activités, à travers un fonds annuel alloué. Le Collège effectue son PAO sur base des 3 piliers du Programme. Ils sont indépendants dans la mise en œuvre des activités, mais avec l'appui technique de la coordination FMG/Memisa.

Le Collège est un regroupement de médecins généralistes privés pour améliorer l'accessibilité aux soins de la population dans le cadre de la médicalisation des zones rurales. Il dispose maintenant d'un bureau dans la coordination régionale de Labé. Ses membres se rencontrent tous les 3 mois pour discuter des cas cliniques (rencontres entre médecins) et mener des réunions de coordination.

Il bénéficie d'environ 24 millions de FG par an de l'appui FMG/Memisa, ce qui représente environ 30% du budget de leur PAO.

Réalisations

- Appui au fonctionnement de l'association (AG, réunions de coordination, réunions scientifiques, etc.). Ces rencontres trimestrielles diminuent l'isolement du médecin et permettent d'avoir un regard critique des collègues sur leur pratique. Ils ont aussi bénéficié d'une formation sur « la gestion d'une association ».
- Renforcement des capacités des membres au travers l'organisation de 4 rencontres thématiques (formation continuée) ;
- Aménagement du bureau (meubles et ordinateur) dans l'antenne de coordination régionale de Labé, ce qui va asseoir le siège de l'association et la rendre plus visible ;
- Appui aux frais de formation (partiels) de deux membres du Collège pour des formations en santé communautaire au Sénégal ;
- Rencontres avec les autorités sanitaires (les différentes DPS) pour faire la promotion du Collège et assurer un plaidoyer afin de faire reconnaître le métier de médecin généraliste communautaire (MGC) et que leurs activités soient pleinement intégrées dans le Programme national (pour la vaccination, le SIS, ...) ;

- Appui au développement des activités communautaires et à la sensibilisation des populations. Les cabinets contribuent à une meilleure accessibilité aux soins et à la référence ;
- Meilleure prise en charge des pathologies chroniques (diabète, HTA, asthme) grâce à la médicalisation des centres. Cela réduit les références à l'hôpital provincial ;
- Diminution des références des paludismes graves et des accouchements compliqués par la prise en charge de certaines dystocies dans les centres médicalisés.

Faiblesses

- Le Collège bénéficie du Programme d'un montant forfaitaire annuel (constant les 3 premières années et dégressif à partir de l'année 4) qui pourrait être revu en fonction des activités menées et des résultats obtenus. Certaines activités pertinentes ne savent pas être financées (sauf via des financements individuels des médecins).
- Ils n'ont pas encore la pleine capacité de mobilisation d'autres partenaires pour étendre leurs activités (excepté avec Santé Sud)
- Le fonds du Programme pourrait aussi servir de crédits d'investissement pour l'équipement des cabinets (pour l'achat d'un microscope, d'un otoscope, etc.) afin d'attirer une plus grande clientèle.
- Pour la santé mentale, il est prévu une formation de 3 centres dans la prise en charge de l'épilepsie. Ce renforcement des RH mérite d'être étendu à d'autres centres ainsi qu'un élargissement de la prise en charge à d'autres pathologies en santé mentale.
- FMG/ Memisa devraient les aider à favoriser des échanges d'expérience (ou une mise en réseaux) avec d'autres initiatives africaines ou internationales similaires. Pourquoi FMG ne fait pas le lien entre le Collège et les médecins généralistes enseignants dans le Master en médecine de famille (Département de médecine générale de l'ULB) ?
- La plupart des centres ne sont pas soutenus par des mutuelles.
- Il y a aussi une nécessité de renforcer le dialogue communautaire pour pallier aux problèmes rencontrés par ces médecins, comme leur manque de moyens lors des références ou l'impossibilité pour eux de prendre en charge certains cas, etc.
- Les cabinets privés cherchent à être intégrés dans le système de santé. Actuellement ils ne bénéficient pas de l'appui des programmes verticaux (PEV, intrants paludisme, etc.). La collaboration avec le CS public est compliquée (concurrence) ce qui ne permet pas le déploiement de toutes les activités.

Conclusion

Le Collège des médecins communautaires de Guinée est une jeune association en développement. L'appui de FMG/Memisa permet une meilleure cohésion au sein de l'association ce qui renforce individuellement ses membres. Il est animé par une équipe motivée et en recherche de partenariats pour étendre leurs activités. Il est actuellement impossible de savoir si la présence de ces médecins en milieu rural améliore l'accès aux soins. Néanmoins, on constate que la majorité d'entre eux s'installe pour plusieurs années dans les zones ciblées (seul un médecin sur les 10 implantés a quitté son centre).

Sur base des discussions, ils mettent en avant leurs besoins suivant les axes du programme :

- Pour la gouvernance : Appui pour qu'ils puissent participer aux rencontres préfectorales ; Accompagnement dans la recherche d'autres partenaires pour réaliser

leur PAO ; Partenariat dans l'organisation d'une rencontre régionale sur la médicalisation en zones rurales.

- Pour l'offre, ils mettent en avant la nécessité : d'appuis en matériels pour leurs centres à travers par exemple des crédits financiers ; d'appuis à leur formation de base et continue (accès au Master en médecine de famille, formations en santé publique, formations en ligne en santé communautaire, etc.).
- Pour la demande, leurs préoccupations sont la promotion des mutuelles là où leurs centres sont implantés, ainsi que l'organisation de dialogues communautaires dans leurs différentes localités.

Le Collège ne capitalise pas suffisamment ses expériences (celles des médecins généralistes en milieu rural). C'est un manque de capacités et de ressources qui freine ce processus de capitalisation et donc de développement.

4.10. Actions concertées pour la santé (ACS)

Ce réseau a été créé en 1999 par des centres confessionnels et associatifs. L'ONG FMG était fondateur et s'est associée à d'autres ONG et 3 CS pour créer le réseau. L'objet est le renforcement des capacités de ses membres et un travail de plaidoyer pour intégrer les programmes verticaux dans leurs CS.

A la création des ACS en 1999, il y avait des centres de santé associatifs et confessionnels. En 2017, les centres de santé confessionnels se sont retirés et ceux associatifs ont pris le nom de Réseau Guinéen des Structures Sanitaires Associatives et Confessionnelles (GSAC). En 2019, les centres de santé associatifs sont revenus au nom initial « Actions Concertées pour la Santé ». Le CS Hafia Minière de FMG est membre d'ACS au même titre que 19 autres CS associatifs de la ville de Conakry (sur base d'une convention avec la DRS de Conakry).

La collaboration se fait sur base d'un protocole d'accord entre ACS et FMG/Memisa pour le soutien à l'association pour une période de 5 ans (avec un budget de 8 millions de FG en 2017, 24 millions en 2018 et 2019, 16 millions en 2020 et 8 millions en 2021). L'ACS propose avec cet appui le financement de certaines activités liées à la gouvernance et à l'offre de leur Plan d'action annuel (basé sur un plan stratégique de 10 ans). L'ACS dépend au niveau opérationnel de l'équipe de coordination de Labé.

Réalisations

- Appui financier aux réunions techniques mensuelles et aux rencontres thématiques. Chaque mois, un CS présente ses activités, suivi par un échange d'expériences avec les autres membres. Ces rencontres abordent les pratiques cliniques et communautaires. Le réseau invite aussi des spécialistes pour discuter de certains pathologies (en 2017 : deux réunions techniques et une thématique sur la gestion des déchets ; en 2018 : 8 réunions techniques et 4 rencontres thématiques sur le diabète, les hépatites virales, le RAA, le rapport trimestriel). En 2019, il y a eu 6 réunions techniques et une rencontre thématique sur le montage des projets. Ces rencontres regroupent entre 25 et 35 personnes.
- Soutien financier à de l'équipement : une imprimante (et consommables), un ordinateur et un vidéoprojecteur pour l'association. L'acquisition de l'ordinateur a permis une centralisation des données statistiques des 20 CS au sein de l'ACS.

- Financement de la connexion Internet via des clés mobiles pour chaque CS.

Faiblesses

- Le réseau manque de ressources de fonctionnement car tous les membres sont bénévoles (et que les CS n'assurent pas leurs cotisations). Il doit donc développer des activités génératrices de revenus (sur base de l'extension d'examens paracliniques dans les CS) pour assurer la pérennisation des activités de l'association.
- Le réseau n'a pas de bureau fixe ni un secrétariat permanent qui assurerait le fonctionnement de base de l'association. Cela pérenniserait la récolte de données et l'organisation logistique et administrative des réunions techniques et thématiques.
- Le réseau pourrait aider les CS à intégrer certains programmes verticaux ou à pallier à des problèmes d'infrastructures (électrification des centres, incinérateurs).
- Il y a un manque de synergies avec le Collège des médecins communautaires de Labé.
- Les membres de l'ACS expriment un besoin en formations courtes, stages et échanges d'expériences avec des partenaires belges ou internationaux.

Conclusion

Le partenariat entre l'ACS et FMG-Memisa permet le financement partiel du PAO de l'organisation, basé sur un protocole d'accord. La pérennisation passera par une diversification des partenaires, la prise du leadership au niveau national dans des domaines comme le partenariat public-privé et l'extension de son réseau dans tout le pays.

4.11. Réseau des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée (PPSOGUI)

Il s'agit d'un regroupement de 10 ONG dans un réseau agréé en 2014. Leurs objectifs sont le plaidoyer, la visibilité du mouvement et l'interaction avec les autres plates-formes pour défendre la politique nationale de protection sociale. Ils sont aussi partenaire de Solidarité Mondiale Belgique.

En 2016, le réseau s'est approché de la Direction nationale de l'action sociale pour faire partie de l'équipe de rédaction de la Politique nationale de la protection sociale. PPSOGUI a ainsi plaidé pour l'intégration des mutuelles dans cette politique de protection sociale.

Depuis octobre, ils sont soutenus par le Programme FMG/Memisa sur base d'une convention de partenariat. L'objet est l'accompagnement de PPSOGUI dans son plaidoyer et l'appui au renforcement des capacités des membres du réseau. Cela représente en 2017 un appui de 5 millions de FG, en 2018, 2019 et 2020 de 15 millions par an, en 2020 de 10 millions et de 5 millions en 2021).

Réalisations

- Formation des membres de PPSOGUI (environ 20 membres) en matière de plaidoyer, d'animation et d'accompagnement des communautés ;
- Atelier d'élaboration des documents de plaidoyer (et leur reproduction) ;
- Appui aux membres qui se chargent du plaidoyer (déplacements) ;
- Organisation en 2018 des Journées Nationales de la Mutualité (forum de deux jours avec un jour de plaidoyer). Le subsidie a servi à la location de la salle et une partie de la logistique repas ;

- Un des partenaires de PPSOGUI soutient une ONG locale (Onam soutenu par l'ONG française Essentiel). C'est dans ce projet qu'est mis en place le Fonds d'indigence à Téliélé.

Faiblesses

- Nécessité de renforcements complémentaires pour appuyer les organisations mutualistes et leurs capacités (formations).
- PPSOGUI ne profite pas d'échanges Sud-Sud sur les différentes expériences de Memisa en matière de mutuelles de santé (en Mauritanie ou en RDC par exemple).

Conclusion

Il s'agit d'une très bonne collaboration pour PPSOGUI car elle apporte un plus au fonctionnement du réseau. Malgré un appui financier assez faible, la plate-forme se développe et mène une série d'activités de plaidoyer et de visibilité.

5. Enseignements tirés et conclusion

Le Programme FMG-MEMISA est pertinent et mène des activités importantes pour le renforcement de l'accessibilité aux soins de santé dans la Basse et la Moyenne Guinée. Il appuie les stratégies d'un partenaire fort, fiable et professionnel (FMG) qui apporte une vision innovante et efficace de l'appui au système de santé. La Direction exécutive de FMG défend des valeurs sociales et de santé publique importantes pour le pays et pour la durabilité des activités de son association. L'ONG FMG est renforcée par le Programme pour être leader dans le domaine de la santé mentale en Guinée. Le Programme vient donc en complément d'autres appuis, tout en gardant sa spécificité et sa cohérence.

Il ressort de la pertinence de l'intervention que l'intégration d'un programme vertical (en santé mentale) dans les structures de SSP permet d'amener le changement organisationnel au sein des structures appuyées et de renforcer les autres activités du paquet d'activités des CS. Ce sera sans doute le résultat le plus important pour autant que le projet puisse mesurer et capitaliser ces résultats (indicateurs) et les innovations du projet.

Pour cela FMG et ses partenaires ont besoin de toute l'expertise de Memisa et de créer d'autres partenariats pour assurer l'évaluation et la pérennisation de certaines stratégies.

La seconde partie de programme (2 ans) doit asseoir les activités, mettre en place les conditions de pérennisation et rendre plus autonome tous les partenaires directs et indirects du Programme.

Nous reprenons ci-dessous les principales forces et faiblesses du projet.

5.1. Points forts

- Combinaison pertinente de trois approches : gouvernance, promotion de l'offre et promotion de la demande même si les niveaux des stratégies dans chaque axe sont différents ;
- Mise en place d'un dispositif pouvant assurer le développement durable de la qualité des soins de santé mentale au niveau des centres de santé ;

- Le projet a réalisé des progrès significatifs dans la mise en place d'un dispositif qui renforce l'offre de soins de qualité au niveau de ses zones d'intervention ;
- Elargissement des activités décentralisées de santé mentale aux niveaux de nouveaux centres de santé (publics et associatifs) ;
- Dispositif méthodologique efficace ayant permis de réaliser des investissements et équipements dans une période relativement courte ;
- L'appui à la réalisation des plans d'action des trois Organisations de la Société Civile (OSC) partenaires (PPSOGUI et ACS) ;
- Le projet, à mi-parcours, apparaît comme un modèle dans sa gestion et sa capacité d'utiliser correctement les fonds dans un processus de partenariat.

5.2. Points faibles

- Absence de clarification de chaque partenaire (FMG et Memisa) sur leur vision de l'appui (ex. dans l'axe gouvernance), la compréhension des composantes du programme et les valeurs qui orientent les choix stratégiques ;
- Globalement il y a une insuffisance dans les indicateurs pouvant permettre de suivre la contribution du projet dans l'amélioration de l'accès des populations à des soins de qualité ;
- La documentation et la capitalisation des bonnes pratiques sont trop faibles pour permettre de formaliser le plaidoyer vers les autorités sanitaires et les bailleurs de fonds ;
- La composante promotion de la demande à travers le renforcement de mutuelles et l'accessibilité financière via les fonds d'équité reste encore faible et la stratégie doit être revue ;
- Il manque des cadres de référence (pédagogiques, de capitalisation, de suivi et d'évaluation) de toutes les stratégies de renforcement des capacités.

6. Recommandations

Le projet FMG-Memisa en Guinée se déroule très bien. Les recommandations pour le programme et le partenariat ci-dessous ne peuvent qu'améliorer certains aspects de la collaboration, gagner en cohérence d'ensemble et en visibilité des expertises de chacun.

6.1. Pour le programme

- 1) Que les partenaires prennent en compte un maximum d'observations et de recommandations proposées dans cette évaluation intermédiaire ;
- 2) Que le projet n'élargisse plus son intervention à d'autres CS pour asseoir pleinement les activités dans les CS appuyés actuellement et le renforcement d'activités prioritaires que sont la santé maternelle (CPN, accouchements, PF) et la prise en charge du VIH-Sida ;
- 3) Que le projet concentre son intervention sur « un appui plus global » du dispositif actuel de l'offre et de la demande de soins. Une telle option suppose que tous les CS

développent un paquet d'activités plus complet avec appui aux activités prioritaires que sont :

- a. L'organisation des soins au niveau des CS
- b. Le développement d'une supervision plus intégrée
- c. Le développement de stratégies permettant de mieux intégrer la santé mentale dans une approche plus systémique
- d. La construction d'une dynamique communautaire plus forte sur la santé mentale mais aussi pour la santé maternelle, la vaccination, etc. notamment au travers des organisations de femmes.

En effet, le niveau de développement des CS (associatifs et publics) est relativement différent et offre des opportunités dans la « mise en fonction » du dispositif actuel d'appui à l'offre. Il faudrait que tous les CS soutenus atteignent un meilleur profil de performance, basé sur des indicateurs spécifiques, permettant d'atteindre des résultats « plus visibles » pour les deux années qui restent.

- 4) Que le projet définisse mieux les stratégies d'accessibilité financière aux services de santé. Il est effet nécessaire à ce stade du programme de prendre une décision claire sur la suite à donner au fond d'équité. Soit on assure une consolidation de l'expérience actuelle en travaillant sur la capitalisation des résultats du fond d'indigence à Téliélé, soit on supprime cet appui pilote et le projet réoriente les subsides par exemple sur la prise en charge ponctuelle et spécifique de personnes indigentes et en précarité (ce qui se fait actuellement à Conakry et qui pourrait être étendu à d'autres régions).
- 5) Que le projet redéfinisse ses indicateurs de suivi et d'évaluation, de manière plus adaptée aux activités de ses partenaires et des structures soutenues. Cela passerait par la mise en place de tableaux de bord globaux et intégrés au sein des structures de santé et qui seraient accompagnés par les DPS et l'équipe de coordination lors de supervisions conjointes. Cela nécessite au préalable l'intégration des activités de santé mentale dans la supervision « de base » des DPS.
- 6) Que tous les volets de renforcement des capacités (toutes les formations) aussi bien pour les équipes FMG, DPS, CS, plates-formes de médecins ou mutualistes, puissent avoir un cadre commun de référence (pédagogique et d'évaluation des capacités). Les trajets de renforcement des capacités du Bénin pourraient être transposés et permettre une meilleure structuration de toutes les formations.
- 7) Que le volet capitalisation du projet soit pleinement mis en place pour permette de documenter les activités, mener des recherches-actions et rendre plus visibles certains résultats. Un accompagnement scientifique pourrait être envisagé pour stimuler cet axe et centrer les actions autour de thématiques précises (indicateurs de suivi entre autres). Il faudrait aussi se concentrer davantage sur les processus de capitalisation des initiatives réussies (en santé mentale et dans le domaine de la participation communautaire) pour en tirer les extrants.

6.2. Pour le partenariat

- 1) Que le Programme favorise des échanges d'expériences entre composantes du projet et initiatives nationales. Cela passerait par des visites de terrain (sur les mutuelles, les

plates-formes de professionnels, entre les CS, etc.) pour favoriser l'échange et le transfert d'expériences.

- 2) Que le renforcement des partenariats passe par l'organisation d'un atelier régional des projets d'Afrique de l'Ouest (et de RDC et Mauritanie) pour échanger sur les acquis dans les différents contextes d'intervention de Memisa. FMG amènerait ses expériences en santé mentale et dans la médicalisation des CS, les autres contextes feraient de même pour leurs spécificités (mutuelles, Trajet de renforcement des capacités, appui aux hôpitaux, renforcement communautaire, etc.).
- 3) Que le projet favorise plus les synergies entre les plates-formes associatives soutenues : entre le Collège des médecins communautaires privés et l'ACS ; entre PPSOGUI et le projet pilote du fond d'équité à Téliélé ; entre les CS publics et les CS associatifs ; etc. Il faudrait aussi que FMG favorise les liens entre différentes composantes de ses différents programmes qu'ils gèrent (ex. mettre en lien le Collège des médecins communautaires avec les enseignants du département de médecine générale de l'ULB qui appuie le Master de médecine de famille, etc.).
- 4) Que Memisa fasse mieux ressortir son expertise technique (et de chacun de ses partenaires) et que son appui soit plus « transversal » aux différents projets. Si le Programme appuie le Plan d'actions de FMG (et de ses partenaires), l'ONG Memisa doit plus amener ses expertises et expériences et montrer la plus-value du partenariat pour le projet en Guinée, en dehors de l'appui technique reconnu et nécessaire du Dr Dewez.

Annexes

Annexe 1. Termes de référence

1. Objectifs

L'évaluation intermédiaire est une évaluation formative et d'aide à la prise de décisions. Son objectif principal est de fournir un regard externe sur le programme MEMISA en Guinée afin de pouvoir l'améliorer et apporter les éventuelles corrections nécessaires dans une vision d'optimisation continue. L'évaluation intermédiaire ne doit pas être exhaustive.

De manière plus concrète, les évaluations devront :

- Vérifier globalement et de manière indépendante les résultats du projet/programme (produits, effets, impact) et apprécier l'efficacité, l'efficience, la pertinence et la durabilité du programme en matière de développement
- Analyser la Théorie de Changement à la base de l'intervention, examiner sa faisabilité, la pertinence des hypothèses et proposer des recommandations pour l'améliorer,
- Analyser le lien et la cohérence avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) dans les résultats attendus du programme et dans au travers des indicateurs utilisés,
- Tirer les principaux enseignements et formuler des recommandations pratiques concernant le suivi des interventions,
- Apprécier l'attention donnée aux thèmes transversaux de genre et environnementaux ainsi qu'à la digitalisation, en tant que priorité politique du bailleur.

En particulier pour l'évaluation intermédiaire :

- L'évaluation intermédiaire doit aussi nous permettre de décider sur la suite du programme en cours et de la collaboration Memisa et du partenaire local ainsi que donner des recommandations pour être en mesure d'adapter la Théorie du changement/stratégie d'intervention si nécessaire. C'est donc une évaluation qui vise l'aide à la décision.

Autres objectifs

- Prise en compte des activités depuis le démarrage effectif du projet
- Evaluation des indicateurs « intermédiaires » du programme
- Proposition de nouveaux indicateurs si nécessaire
- Opérationnalisation de la théorie du Changement
- Modes de gestion opérationnelle du programme
- Appuis aux autres initiatives locales – diversification des interventions à envisager
- Synergie avec d'autres partenaires internationaux
- Collaboration / partenariat Memisa le partenaire local (mode de fonctionnement et de renforcement)
- Synergies et complémentarités avec les autres parties prenantes et partenaires du « partenaire local »
- Dispositif de coordination mis en place
- Prise en compte des thèmes transversaux
- Autres points amenés par les bénéficiaires
- Recommandations à mi-parcours.

2. Approche Méthodologique

Ampleur de l'intervention :

Appui à l'offre principalement dans 3 structures de santé associatives dans 3 provinces, avec un partenaire de la société civile (FMG).

2.1. Stratégie proposée pour conduire et mettre en œuvre la démarche évaluative

Le cahier des charges spécifie de façon générale la stratégie d'évaluation. A partir de missions sur le terrain, les experts évaluateurs doivent rencontrer l'ensemble des acteurs concernés par l'intervention des différents contextes. Ils procéderont à une évaluation du niveau des résultats atteints dans l'intervention, sur base des cadres logiques, ainsi que de la pertinence des stratégies déployées à un niveau plus global ; ils vérifieront les produits et livrables atteints. L'efficacité et l'efficience des activités, la mise en place de mesures garantissant la viabilité de l'intervention seront également prises en considération.

Comme il s'agit de deux évaluations (intermédiaire et finale), la méthodologie du travail devra tenir compte des toutes les étapes du projet. Une grande majorité du travail à réaliser se déroulera sur le terrain.

La stratégie que nous présentons pour la démarche évaluative consiste à obtenir la plus grande participation possible des professionnels, des usagers et des différents acteurs concernés par le processus évaluatif.

L'évaluation est basée sur la réalisation d'entretiens en profondeur avec des "informateurs clés" et l'organisation de focus-groupes dans chaque évaluation pour obtenir des informations représentatives des différents acteurs, sans oublier les spécificités socioculturelles des groupes clés du projet (Autorités et Société Civile).

Pour l'implication des différents acteurs, la stratégie mise en œuvre consistera à leur faire comprendre que l'évaluation intermédiaire a un caractère d'apprentissage qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue des activités.

En ce qui concerne les aspects de confidentialité, les consultants signeront un engagement de stricte de confidentialité, concernant l'ensemble des informations recueillies.

2.2. Étapes de l'évaluation sur site

2.2.1. Réunion de cadrage avec le responsable

Cet échange a pour but :

- De préciser le cadre et le projet évaluatif en prenant en compte les questions spécifiques que l'évaluateur souhaite approfondir, dans le respect des éléments attendus de l'évaluation externe.
- De recueillir les documents et rapports à analyser (dont les rapports d'auto-évaluations).
- De décider des modalités de recueil et de participation (entretiens avec l'ensemble des parties prenantes, observation, examen documentaire sur site).
- De préparer et d'organiser concrètement l'évaluation sur site : identification des acteurs à rencontrer/planification/information).

2.2.2. Réaliser l'évaluation sur site

- Recueil d'information des parties prenantes

- Visite des installations et observation du fonctionnement
- Rencontres organisées avec les différents acteurs pour recueillir leur perception et analyser le fonctionnement du projet

2.2.3. Analyse des données et rédaction du rapport

L'analyse des informations recueillies devra être effectuée à la suite de la mission de terrain.

Cette analyse sera suivie d'un travail d'écriture du pré-rapport.

Le pré-rapport aura été envoyé à la direction du Projet pour relecture.

Le retour des observations sur le document sera suivi d'un échange

2.2.4. Techniques d'analyse à utiliser qui reposent sur la méthodologie qualitative

La méthodologie qualitative à utiliser reposera sur deux piliers : les entretiens avec les informateurs clés et les focus- groupes avec les professionnels et les bénéficiaires.

Les interlocuteurs qui pourront fournir de l'information clé, auront des entretiens individuels puisque l'on considère que c'est la meilleure façon d'obtenir une information suffisante, de même que des indications précises au sujet d'autres personnes devant passer des entretiens. Ces techniques seront utilisées d'une part, afin de solliciter des informations et des analyses sur le programme et d'autre part, afin de se projeter sur l'évaluation des indicateurs du programme.

Lorsque ce sera possible, des réunions avec des représentants des différents collectifs impliqués seront mises en place. Le grand avantage des focus-groupe consiste en l'interaction entre les participants, ce qui peut produire des réponses plus intéressantes ou de nouvelles idées non détectées au moyen d'autres outils (questionnaire par exemple) et rendre possible une connaissance directe des comportements, attitudes langages et perceptions de groupe.

Tout au long de l'évaluation, l'une des stratégies principales de la méthodologie sera la participation d'un nombre considérable d'acteurs appartenant à différentes instances et niveaux de responsabilité ; et qui à travers leurs différentes expériences et sensibilités, nous permettront d'obtenir une vision globale de l'intervention et des secteurs touchés.

La collecte de données se fera en continu dès le début de l'évaluation, à mesure que les nouvelles informations seront accessibles aux évaluateurs au cours du processus.

2.2.5. Techniques qui reposent sur la méthodologie quantitative

L'exploitation de l'information existante se fera par des méthodes statistiques descriptives simples (analyse des indicateurs).

2.2.6. Validation et contrôle de qualité de l'information

Aussi bien les concepts initiaux en ce qui concerne l'objet de l'étude que la méthodologie seront adaptés suite aux discussions avec les responsables du programme et en suivant le critère de saturation qui consiste à analyser progressivement l'information collectée et d'arriver à une récolte de données la plus complète possible.

On fera appel à la stratégie de triangulation, c'est-à-dire que l'on observera une même dimension du problème à partir de plusieurs points de vue, en utilisant diverses méthodes, techniques et sources d'information (information statistique des résultats par activités, informateurs clés, informations des focus-groupes, observation, etc.), en confrontant les différents points de vue. Grâce à cette méthodologie on espère obtenir:

- Une plus grande fiabilité de l'information obtenue
- Une meilleure compréhension des interventions examinées
- La réduction des biais de chaque technique

- Une validation des appréciations de l'évaluation

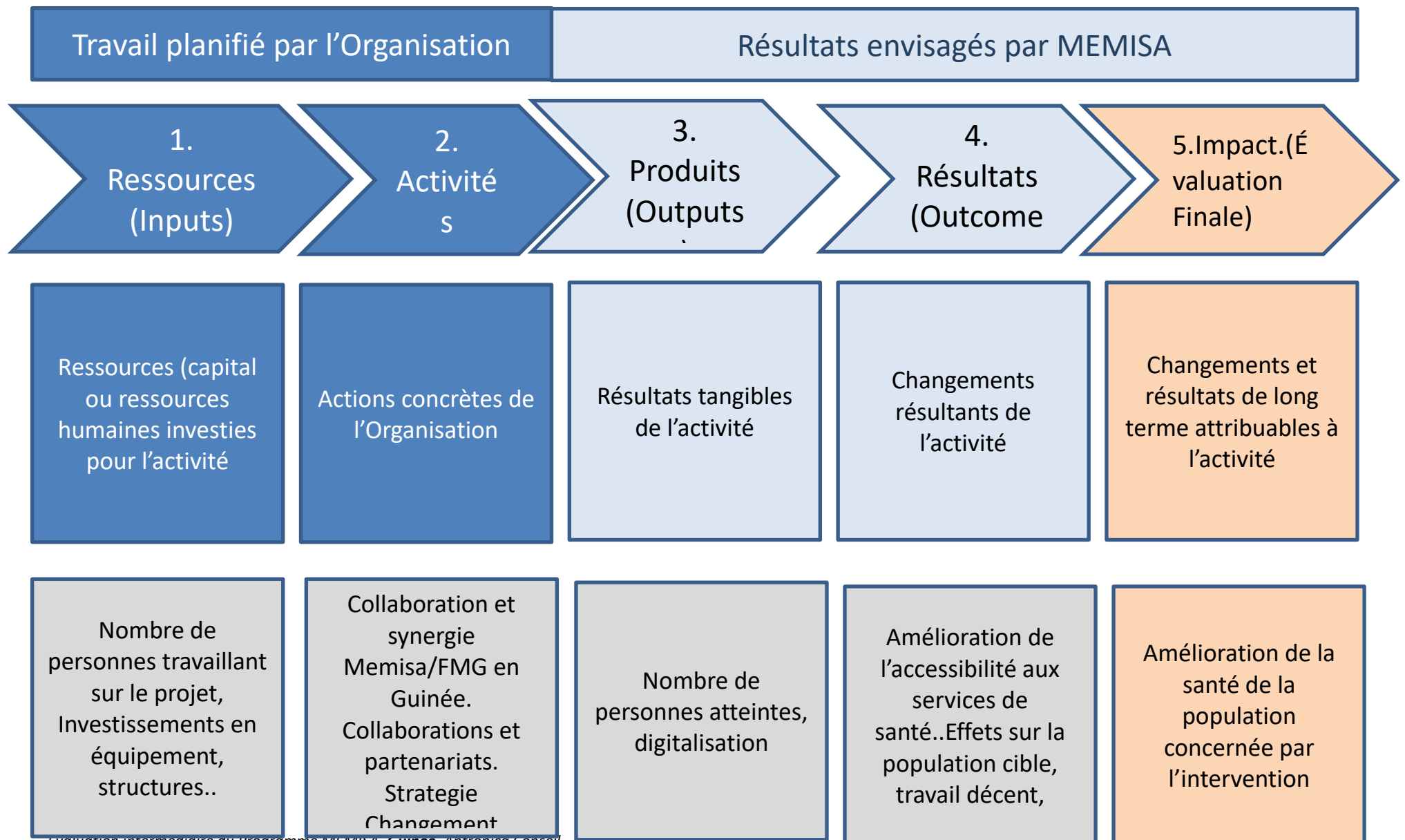
2.2.7. Méthodes de mesure: élaboration d'indicateurs

On utilisera des indicateurs de processus et de résultats qui témoignent de la mise en œuvre effective du Programme et de la réalisation des actions ; ils correspondent notamment à la mesure d'atteinte des objectifs opérationnels ; ils sont surtout utiles au suivi de la mise en œuvre ; ils doivent pouvoir être renseignés assez fréquemment et, par conséquent, leur production ne doit pas être coûteuse.

L'indicateur devra être calibré en répondant aux questions suivantes :

- A quoi va-t-il servir?
- À qui va-t-il être utile?
- Quand en aura-t-on besoin?
- Comment sera-t-il renseigné?

Qu'est-ce qu'on va à évaluer ?



3. Critères d'évaluation

Pertinence

La pertinence examine le bien-fondé de l'action au regard des objectifs et des enjeux initialement fixés: adéquation des objectifs de l'action aux besoins et aux demandes des bénéficiaires, conformité avec les orientations définies par les politiques sociales

- Concordance avec les finalités de la politique nationale du pays
- Correspondance avec les besoins et les demandes des bénéficiaires
- Conformité avec les orientations générales du ministère

Cohérence

La cohérence apprécie les rapports entre les divers éléments constitutifs de l'action : concordance des moyens mobilisés pour courir à la réalisation des objectifs; concordance avec les autres actions menées par d'autres acteurs sur le même sujet et sur les mêmes publics...

Effectivité

L'effectivité rend compte de la réalité des actions conduites: mise à disposition des financements nécessaires, respect des délais et du planning, gestion des imprévus.

Efficiency

L'efficacité se définit comme l'optimisation du rapport entre les ressources (humaines, financières, environnementales, etc.) dont on dispose et le bien ou le service produit.

Efficacité

L'efficacité apprécie le degré de réalisation des objectifs de l'action ainsi que ses éventuels effets positifs ou négatifs non attendus: écarts entre les résultats attendus et les résultats effectifs de l'action, autres effets non prévus.

Impact

L'impact juge les retombées de l'action, attendus ou non, à moyen et long terme en étudiant les effets de celle-ci dans une perspective élargie.

Viabilité

La viabilité (ou la pérennité, ou encore la durabilité) examine si l'action a engendré une structure ou des pratiques capables de "vivre" et de se développer après la fin de l'intervention.

4. Questions évaluatives

CRITÈRE	QUESTIONS EVALUATIVES
MÉTHODE D'ÉLABORATION ET CONTRIBUTION AUX CIBLES STRATÉGIQUES	Le Programme a-t-il fait l'objet d'une étude de faisabilité ?
	A-t-on identifié pour chaque priorité les leviers d'actions et les acteurs à mobiliser?

	Les objectifs sont Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes, déterminés dans le Temps ?
	Les objectifs retenus sont-ils pertinents par rapport aux besoins, aux enjeux et à la réalité de chaque pays ?
	Quels sont les facteurs qui ont déterminé le choix des objectifs du Programme ?
	La définition des objectifs a-t-elle été réalisée de façon collégiale ?
	Les professionnels de santé ainsi que les différents acteurs ont-ils participé ?
	Les compétences des intervenants en santé ont été améliorées ?
	La qualité de la formulation des objectifs (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes, déterminés dans le Temps ?).
	Le calendrier d'élaboration du Programme dans ses différentes composantes a-t-il été pertinent ?
	Les méthodes d'élaboration étaient-elles appropriées ?
	Dans quelle mesure le programme a contribué à l'atteinte de ces cibles stratégiques ?
	Quels sont les principaux facteurs qui influencent l'atteinte des cibles stratégiques par le programme ?
CRITÈRE PERTINENCE	Dans quelle mesure les objectifs du programme sont-ils toujours valides ?
	Les activités menées dans le cadre du programme et les résultats observés sont-ils compatibles avec la finalité globale et la concrétisation des objectifs fixés ?
	Les activités menées dans le cadre du programme et les résultats observés sont-ils compatibles avec l'impact et les effets escomptés ?
	Les domaines prioritaires de l'intervention ont-ils été bien choisis ?
	Serait-il pertinent de continuer l'intervention ?
CRITÈRE EFFICACITÉ	Dans quelle mesure les objectifs ont-ils été atteints ou sont susceptibles de l'être ?
	Quelles ont été les principales raisons de la réalisation ou de la non-réalisation des objectifs ?
	Dans quelle mesure le projet a-t-il contribué aux objectifs et à l'atteinte des résultats prévus ? Concrètement à: Le renforcement de l'institution (amélioration de la formation du personnel, amélioration

	des procédures, amélioration dans la détection et traitement des cas) - La création d'Espaces de Dialogue - L'implication de la Société Civile - La protection et promotion des Droits des Femmes et des Enfants
	Les résultats escomptés ont-ils été atteints par les activités mises en œuvre dans les domaines couverts par le projet ?
	A-t-on tenu compte des facteurs externes dans l'atteinte de l'objectif prévu ?
CRITÈRE EFFICIENCE	Les activités étaient-elles efficaces par rapport à leur coût ?
	Le programme a-t-il été mis en œuvre dans les meilleures conditions d'efficacité au vu d'autres possibilités existantes ?
	Les ressources financières, humaines et techniques octroyées à l'intervention ont-elles été traduites par des résultats mesurables ?
	Aurait-on pu atteindre ces résultats avec moins de ressources ?
	Quels types d'obstacles et/ou d'atouts (administratifs, financiers et de gestion) le projet a-t-il rencontré et dans quelle mesure cela a-t-il affecté son efficacité ?
CRITÈRE IMPACT	Quelles sont les conséquences du programme et comment s'expliquent-elles ?
	Quel changement concret l'activité concernée a-t-elle apporté aux bénéficiaires ?
CRITÈRE DURABILITÉ	Dans quelle mesure les bienfaits résultant du programme perdurent-ils après la fin de celui-ci ?
	Quels sont les principaux facteurs qui influencent la durabilité du programme ?
	Dans quelle mesure les organes de décision et les partenaires d'exécution du projet ont-ils pris les décisions et les mesures nécessaires pour assurer la durabilité de ses effets ?
STRATÉGIE DE PARTENARIAT	Est-ce que la stratégie de partenariat permet l'atteinte des résultats attendus ?
	Est-ce que les partenaires s'approprient de l'action ?
CAPACITÉ D'AUTOÉVALUATION	Est-ce que les outils utilisés pour l'obtention des scores de performance et pour documenter les leçons apprises sont pertinents pour ce qui doit être autoévalué ?
	Est-ce que l'image fournie par les scores de performance correspond à la réalité ?

Annexe 2. Programme et liste des personnes consultées

Date	Activités	Personnes rencontrées /présentes
Lundi 12 août	Rencontre avec le Directeur de FMG	- Dr Abdoulaye Sow, Directeur FMG
	Rencontre équipe du Centre Hafia Minière	- M. Amadou Diallo Lamarana, animateur communautaire (AC) - M. Sidy Diallo, responsable du Conseil VIH et responsable du laboratoire de FMG - Mme Conde Sassouka, point focal PCI du centre en matière d'hygiène et chargée de prévention.
Mardi 13 août	Visite Enabel et Ambassade de Belgique	- Mme Sow Barry Mariama, collaboratrice domaine coopération, chargée de la thématique santé. - Mme Krista Verstraelen, Représentante Résidente Enabel
	Rencontre et visite du Centre de santé associatif FMG de Moriady	- Dr Diallo Hamidou, Chef du Centre - Equipe : laborantin, chargé pharmacie et AC
Mercredi 14 août	Rencontre avec équipe cadre de la DPS de Mamou	- M. Issa Koulibaly, Chargé des services à base communautaire et superviseur de FMG/ Memisa pour la santé mentale - Mme Diallo Adama Hawa, Pharmacienne
	Rencontre et visite du CS de Timbo	- Dr Camara Lansana, Chef du centre de santé - M. Alphadio Barry, Agent communautaire
	Visite du Centre de Santé Urbain de Pita et rencontre avec l'équipe	- Mme Aly Yero, Agent de santé communautaire, responsable du point de vente et de la consultation (prestataire en santé mentale) - M. Camara Souleymane Aissata, laborantin et AC de FMG

		- M. Alpha Amadou Diallo, laborantin
	Trajet Mamou - Labé	- Accueil par l'équipe de coordination de Memisa
Jeudi 15 août	Réunion avec l'antenne de coordination du programme FMG/Memisa	- M. Mamadou Kaly Drame, sociologue et coordonnateur du projet FMG/Memsa - M. Lamah Blanchard, responsable administratif et financier du projet - Dr Sangare Siaka, médecin appui technique, coordonnateur médical régional de FMG - M. Bah Thierno Hady, responsable de la capitalisation, documentation des bonnes pratiques et du suivi-évaluation des activités du projet. - Dr Barry Paté, médecin chef du centre associatif Tata 1.
	Visite du Centre de santé associatif de Tata 1 (Labé)	- Dr Barry Paté, Chef de centre - Mme Rouguiatu Bayo, agent de santé communautaire
	Rencontre avec le Collège des Médecins communautaires	- Dr Barry Paté, Chargé à l'organisation du Collège des médecins communautaires - Dr Barry Abdoulaye Aguibou, président du des médecins communautaires - Dr Bah Amadou, membre - Dr Kolié Eugène, membre - Dr Diallo Mohamt Fadin, commissaire au compte du collègue - Dr Bah Mamadou Dioulde, Membre.
Vendredi 16 août	Rencontre avec la DPS de Labé	- Dr Mamadou Hady Diallo, Directeur préfectoral de la santé
	Visite du Cabinet médical communautaire de Bouroudji	- Dr Bah Amadou Tidiane, médecin responsable du cabinet médical

	Visite centre de santé de Thiaguel Bory	- M. Bangoura Abraham Faba, Technicien supérieur en santé publique et chef de centre de santé
Samedi 17 août	Rencontre avec le Réseau Actions concertées pour la santé (ACS)	- Dr Ambroise Kourouma, président de l'ACS - Dr Diallo Mamadou Saliou, médecin chef d'un CS et secrétaire du réseau - Mme Rahilou Diallo, vice-présidente de l'ACS et responsable de l'ONG de SESIR - Dr Baldé Al Hassane, secrétaire général du réseau - Dr Diallo Mamadou Oury, secrétaire chargé aux affaires sociales - Dr Traore Sidiki, secrétaire chargé de la communication
	Rencontre avec le Réseau des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée (PPSOGUI)	- Mme Barry Aisatou, Présidente du Réseau de la plate-forme et Secrétaire générale de l'ONG DYNAM mutualiste
Dimanche 18 août	Rencontre et débriefing avec l'équipe de FMG	- Dr Abdoulaye Sow, Directeur FMG