



Rapport d'évaluation finale 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 finale	10
1.2. Déroulement de la mission	12
1.2.1. Programme de la mission	12
1.2.2. Activités menées.....	12
1.2.3. Méthodologie	13
2. Analyse des dispositifs proposés et des performances	15
2.1. Théorie de changement.....	15
2.2. Analyse des composantes du programme.....	18
2.2.1. Composante 1 : Promouvoir la bonne gouvernance.....	18
2.2.2. Composante 2 : Améliorer l'offre.....	20
2.2.3. Composante 3 : Appuyer la demande	21
2.3. Suivi des recommandations de l'évaluation intermédiaire.....	21
2.3.1. Pour le programme.....	22
2.3.2. Pour le partenariat	25
2.4. Analyse des indicateurs du cadre logique	26
3. Evaluation de l'intervention.....	30
3.1. Pertinence.....	30
3.2. Efficacité	30
3.3. Efficience	33
3.4. Durabilité	33
3.5. Cohérence.....	34
3.6. Impact.....	34
3.7. Thèmes transversaux.....	35
3.8. Collaboration / partenariat Memisa-FMG.....	37
4. Analyse par structure appuyée	37
4.1. Centre de santé associatif FMG de Hafia Minière (Conakry)	37
4.2. Centre de santé associatif FMG de Moriady (Kindia)	40
4.3. Centre de santé public de Timbo (Mamou)	42
4.4. DPS de Mamou	43

4.5. Collège des Médecins Communautaires de Guinée (COMEC-GUI).....	45
4.6. Actions concertées pour la santé (ACS).....	46
5. Conclusion et recommandations	47
5.1. Pour le programme	48
5.2. Pour le partenariat.....	48
Annexes	50
Annexe 1. Termes de référence	50
Annexe 2. Programme et liste des personnes consultées	59

Liste des abréviations

AAPMM	Association amis et parents des malades mentaux
AC	Agent Santé Communautaire
ACS	Actions Concertées pour la Santé (acteur de la société civile)
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATS	Agents Technique de santé
COMEC-Gui	Collège des Médecins Communautaires de Guinée
CPN	Consultation prénatale
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	Direction Préfectorale de la Santé
DRS	Direction Régionale de Santé
FMG	Fraternité Médicale Guinée
MEMISA	Medische Missie Samenwerking – Collaboration Missionnaire Médicale
MNT	Maladies non transmissibles
ONG	Organisation Non gouvernementale
OSC	Organisations de la Société Civile
PAO	Plan Annuel opérationnel
PCI	Prévention et Contrôle des Infections
PEC	Prise en charge
PPSOGUI	Plate-forme des promoteurs de la protection sociale en Guinée
RC	Relais Communautaire
SM	Santé Maternelle
SR	Santé de la reproduction
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 31 octobre au 6 novembre 2021 (Programme en annexe 1). Elle a permis de visiter 3 Centres de santé (associatifs et publics), de rencontrer une DPS et 3 plates-formes de professionnels, en collaboration étroite avec FMG et la coordination du projet FMG-Memisa à Conakry et à Labé. Pour des raisons logistiques, les rencontres avec les partenaires se sont déroulées à Conakry et à Mamou (rencontre de l'équipe de coordination de Labé).

Cette mission d'évaluation finale confirme l'atteinte de la grande majorité des résultats attendus du programme pour 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 Memisa, FMG et ses équipes 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 programme 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. 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. Le programme 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. Un volet sur la santé maternelle et infantile et sur l'appui aux stratégies de dépistage et de prise en charge du VIH-Sida a été ajouté depuis l'évaluation intermédiaire de 2019.

L'évaluation finale est une évaluation qui livre une analyse sur l'ensemble du programme MEMISA FMG en Guinée avec une perspective d'avenir, de «l'après-programme» et des actions futures à entreprendre. Il est important d'intégrer dans cette évaluation le changement politique en Guinée depuis le 5 septembre 2021 et donc l'évolution du contexte socio-politique en lien. De plus, les conditions environnementales dont la dégradation continue des routes (avec augmentation du temps pour les déplacements) doivent aussi être appréhendées. Enfin, la crise sanitaire du Covid qui a entraîné une diminution de la fréquentation des structures de santé

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 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'efficience des activités, la mise en place de mesures garantissant la viabilité de l'intervention ont également été prises en considération.

Le Programme a assuré une réponse managériale des recommandations antérieures et celles-ci ont été pleinement prises en compte pour réorienter ou renforcer certains axes stratégiques. Le suivi de ces recommandations a restructuré et allégé partiellement le travail de la coordination, par un renforcement de l'équipe de coordination et une meilleure définition des rôles et responsabilités de chacun.

Le programme a donc continué à appuyer les 10 CS (5 publics et 5 associatifs). En 2019, le volet santé mentale était dominant dans le projet. Depuis lors, il y a eu une accentuation des activités en santé maternelle, accouchements, CPN et PF. Le programme a de plus renforcé la PCI et les activités de dépistage et de prise en charge du VIH-Sida. De plus, il y a eu un appui aux activités de prévention de la Covid-19 et l'adoption de supervisions intégrées sur l'ensemble du paquet d'activités des structures.

Après l'évaluation intermédiaire, il y a eu une révision des indicateurs avec une intégration des indicateurs SR dans le cadre logique ainsi que la mise en place d'un plaidoyer auprès des districts sanitaires pour inclure les indicateurs du projet (en santé mentale) dans leur processus de monitoring. Une série d'indicateurs a été ajoutée au cadre logique en 2019, en lien direct avec les activités des CS (comme le nombre de malades mentaux errants pris en charge par le fonds d'équité). Ils sont encore incomplets mais donne déjà une bonne vision des effets des principales réalisations. Les 12 indicateurs de suivi du cadre logique sont pertinents et certains ont été adaptés depuis l'évaluation de 2019. Ils sont tous atteints (à la fin du

programme), exceptés les taux de couverture à la CPN (et la SMI en général) qui pourraient être améliorés.

L'efficacité est jugée comme très bonne. Le programme contribue à l'amélioration de la qualité des soins par la mise en place d'outils techniques, la formation et la supervision. C'est un très bon programme, bien suivi et qui a atteint tous ses objectifs et résultats. C'est le projet DGD qui a amené la santé mentale dans les CS et FMG est à l'origine de ce développement.

L'efficience est bonne car le programme transforme rationnellement et économiquement les ressources planifiées en résultats attendus grâce aux activités mises en œuvre et selon le calendrier proposé.

La durabilité est bonne. La durabilité des effets sur les intervenants et institutions, la durabilité technique et financière des actions et la durabilité du partenaire sont toutes bonnes.

La cohérence interne au programme et externe est bonne. La stratégie d'intervention repose sur le renforcement des capacités techniques et organisationnelles des structures publiques et privées, l'appui à la construction d'infrastructures et l'acquisition d'équipements permettant la prestation des soins de meilleure qualité.

Concernant l'impact, il y a de vraies garanties d'effets à long terme du Programme: amélioration de la qualité des soins, meilleure accessibilité aux services, développement de cadres de collaborations institutionnelles, de leaderships, de maintenance des investissements et matériels, le renforcement des RH, etc.

Concernant les thèmes transversaux, toutes les réalisations sont importantes mais nettement insuffisantes par rapport aux objectifs initiaux de développement de ces axes dans le Programme.

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.

Sur ces bases, les recommandations visent le programme et sont : l'élargissement des interventions à d'autres structures ; le renforcement des structures partenaires à développer d'autres activités ; le maintien du personnel formé dans les structures appuyées ; la prise en charge des personnes vulnérables ; le développement des associations à base communautaire ; l'appui aux thèmes transversaux ; une meilleure continuité des formations et du renforcement des capacités des agents de santé et ASC ; la formation des agents des structures primaires et des hôpitaux aux TIC et à la digitalisation du dossier médical ; l'appui aux centres réinsertion pour les malades SM améliorés ; favoriser les concertations entre les structures appuyées par le programme ; assurer la continuité des supervisions trimestrielles conjointes et faire un plaidoyer auprès du Ministère pour l'intégration de ces indicateurs dans le SNIS national.

Concernant le partenariat, les recommandations sont : assurer la continuité de l'appui et des partenariats après 2021 ; faire adhérer d'autres partenaires ; favoriser des échanges d'expériences ; renforcer les synergies entre les plates-formes associatives soutenues et assurer une bonne communication sur le nouveau programme DGD.

1. Contexte de l'évaluation

Le programme 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 2017-2021 touchent six districts sanitaires (Labé, Lélouma, Pita, Mamou, Kindia et Téliélé) et 3 organisations de la société civile locale.

Le programme 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. Un volet sur la santé maternelle et infantile et sur l'appui aux stratégies de dépistage et de prise en charge du VIH-Sida a été ajouté depuis l'évaluation intermédiaire de 2019.

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.

Depuis 2000, FMG 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 du Programme 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).
- Les associations de parents (au nombre de 6 dont 5 fonctionnelles) de personnes avec troubles en SM.

Il est important aussi d'intégrer dans cette évaluation le changement politique en Guinée depuis le 5 septembre 2021 et donc l'évolution du contexte socio-politique en lien. De plus, les

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

conditions environnementales dont la dégradation continue des routes (avec augmentation du temps pour les déplacements) doivent aussi être appréhendées. Enfin, la crise sanitaire du Covid qui a entraîné une diminution de la fréquentation des structures de santé avec retour des patients depuis environ 3 mois. Le taux de contamination au Covid a beaucoup baissé depuis début septembre 2021 (moins de 10 cas/j notifiés) et la couverture vaccinale est autours de 30% chez les 18+. La crise a amené des ruptures de certains médicaments (en santé mentale ainsi que d'autres médicaments essentiels).

Ce qui a changé depuis l'évaluation intermédiaire de 2019 :

- Memisa a installé une équipe de coordination (deux AT) au sein des bureaux de FMG. Cette équipe d'appui administratif et de santé publique, vient seconder les équipes de coordination de FMG tant dans le programme DGD que dans le projet d'appui de l'UE démarré plus récemment.
- FMG n'avait pas la capacité de mettre en œuvre de telles ressources du projet UE. L'apport de deux nouveaux AT facilite les choses concernant les procédures de l'UE et la mise en œuvre des activités.
- Il y a eu une extension de la couverture des structures couvertes et un renforcement du paquet de services dans les CS.
- Le projet UE est arrivé avec beaucoup de moyens et une nécessité de rapidité dans la mise en œuvre avec une durée de 18 mois. Il a manqué un temps d'explications aux acteurs sur les spécificités de chaque projet, alors que le projet DGD est lui en phase de finalisation. Cela a fortement diminué la visibilité du projet DGD, sans pour autant influencer la qualité des activités, qui ont été plutôt augmentées par le renforcement des capacités, les investissements et constructions. L'essentiel est que les deux projets soient complémentaires et que les actions soient bénéfiques pour les utilisateurs et prestataires.
- Les équipements mis à disposition (incinérateurs, forages, motos, matériels de prévention) ont renforcé les relations avec la communauté grâce au renforcement des stratégies communautaires (vaccination, prévention Covid, SR, ...).
- Il y a eu un changement dans la coordination des activités qui date de mars 2021. Lorsqu'il y a eu le recrutement de l'équipe locale de Conakry, il a été proposé que cette équipe supervise les centres de la basse Guinée (à moins de 135 km de Conakry).
- D'autres changements sont apparus et repris ci-dessous dans le cadre de l'évaluation.

1.1. Objectifs de l'évaluation finale

L'évaluation finale est une évaluation qui livre une analyse sur l'ensemble du programme MEMISA FMG en Guinée avec une perspective d'avenir, de «l'après-programme» et des actions futures à entreprendre.

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'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 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.

En particulier, pour l'évaluation finale (AR 11/09/2016, art 44) :

- Memisa doit rendre compte sur l'atteinte des résultats. L'évaluation finale a pour objectif principal d'apprécier l'atteinte de tous les outcomes à la fin de l'intervention.
- L'évaluation finale respecte les critères déterminés par le CAD.

Les autres objectifs de cette évaluation finale sont :

1. Données du cadre logique et de la réponse managériale
 - a. Faire un suivi des recommandations à mi-parcours – réponse managériale et son suivi
 - b. Apprécier l'évolution de 2 indicateurs (taux de satisfaction et dépenses catastrophiques) à travers le rapport de l'enquête de satisfaction communautaire qui a été réalisée
 - c. Evaluer les indicateurs « finaux » du programme
 2. Coordination de la mise en œuvre et collaboration FMG – Memisa
 - a. Evaluer la collaboration / partenariat Memisa-FMG
 - b. Evaluer les dispositifs de coordination mis en place
 - c. Analyser la plus-value des engagements des AT (médecin SP et administrateur finance) intégrés à FMG à Conakry et en renforcement à l'équipe de Labé
 - d. Evaluer le fonctionnement du projet (responsabilités équipes de Labé et de Conakry, articulation entre le programme DGD et le projet UE)
 - e. Analyser les conséquences de certains choix stratégiques
 3. La santé mentale
 - a. Analyser l'intégration de la santé mentale dans le système de santé local
 - b. Evaluer le volet communautaire de la santé mentale et le rôle des agents de santé communautaires dans ce domaine et dans d'autres (vaccination, santé mère-enfant, ...)
 - c. Analyser la plus-value de l'intégration des associations à base communautaire (« amis des malades mentaux »)
 - d. Evaluer la prise en compte des thèmes transversaux
 4. Collaborations
 - a. Analyser les synergies avec d'autres partenaires
 - b. Collaboration avec les autres partenaires locaux : Comec-Gui et ACS
 5. Recommandations nouveau programme
 - a. Donner des orientations/propositions pour la mise en œuvre du nouveau programme 2022-2026
- Appuis aux autres initiatives locales
 - Autres points amenés par les bénéficiaires

L'évaluation essaye de bien faire la distinction entre le Programme DGD (Memisa-FMG) et celui financé par l'UE qui intègre 40 structures de santé pour renforcer l'accès aux soins essentiels des plus vulnérables et qui se terminera en février 2022.

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'efficience 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	01/11	▪ Accueil au siège de Fraternité Médicale Guinée (FMG) ▪ Visite du centre de santé associatif de Hafia Minière et réunion avec le médecin responsable du CSA et le médecin en charge de la santé mentale ▪ Voyage vers Kindia
Ma	02/11	▪ Visite du centre de santé de Moriady et rencontre avec l'équipe du CSA de Moriady ▪ Echange avec Agent santé communautaire et bénéficiaires ▪ Voyage sur Mamou
Me	03/11	▪ Réunion avec l'équipe du projet à Labé ▪ Rencontre avec les deux agents de santé communautaires et les bénéficiaires ▪ Rencontre avec AAPMM Associations des patients ▪ Rencontre avec la DPS de Mamou ▪ Rencontre avec les prestataires du Centre de Santé de Timbo ▪ Rencontre avec le représentant de COMEC-GUI (Collège des médecins communautaires)
Jeu	04/11	▪ Réunion avec l'équipe du projet de coordination ▪ Retour Conakry
Ven	05/11	▪ Réunion Direction FMG ▪ Réunion Ambassade de Belgique ▪ Rencontre avec l'ASC de Hafia Minière ▪ Rencontre avec le Réseau Actions concertées pour la santé (ACS)
Sam	06/11	▪ Elaboration rapport de mission

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 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 des rencontres ont été organisées avec les opérateurs du projet, les autorités administratives (DPS), qu'avec les responsables des CS et des plates-formes associatives.

Ces déplacements ont également permis de visiter 3 CS, d'interroger une DPS. D'autres équipes de CS et de plates-formes associatives ont été rencontrées tant à Conakry qu'à Mamou. A travers les visites et rencontres des CS, l'opérationnalisation des axes stratégiques du Programme a pu être évaluée.

Partenaires / équipes rencontré(e)s :

- MEMISA
- FMG
- Ambassade de Belgique en Guinée
- Antenne de coordination à Labé
- Centre de santé associatif de Hafia Minière
- Equipe cadre de district sanitaire de Mamou
- Représentant du Collège des médecins généralistes communautaires
- Centre de santé de Moriady
- Centre de santé de Timbo (lors réunion à Mamou)
- Représentants de l'association des parents et amis de malades mentaux de Labé et Timbo
- Actions concertées pour la santé (ACS)

1.2.3. Méthodologie

Le cahier des charges spécifie de façon générale la stratégie d'évaluation. A partir de missions sur le terrain, l'expert évaluateur doit rencontrer l'ensemble des acteurs concernés par l'intervention. Il procédera à une évaluation du niveau des résultats atteints dans l'intervention, sur base du cadre logique, ainsi que de la pertinence des stratégies déployées à un niveau plus global ; il vérifiera 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.

La stratégie mise en place la démarche évaluative a consisté à obtenir la plus grande participation possible des professionnels, des usagers et des différents acteurs concernés par le processus évaluatif.

Dans cet objectif, l'évaluation proposée est basée sur la réalisation d'entretiens en profondeur avec des " informateurs clés" et l'organisation de focus-groupes pour obtenir des informations représentatives des différents acteurs, sans oublier les spécificités socioculturelles des groupes clés du projet (autorités, équipes d'encadrement des zones et hôpitaux et société civile).

Pour l'implication des différents acteurs, la stratégie mise en œuvre a consisté à leur faire comprendre que l'évaluation finale s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue des activités et surtout, elle a un caractère de redevabilité.

L'évaluation a porté tant sur les indicateurs « classiques » d'évaluation de fin de programme mais aussi sur une analyse critique des nouvelles stratégies du futur Programme Memisa/FMG.

Les éléments spécifiques à évaluer étaient:

- Suivi des recommandations de l'évaluation intermédiaire.
- Analyse des avancées du Programme (succès/échecs) à partir de l'évaluation intermédiaire.
- Analyse des effets de la crise Covid-19 sur les activités et l'atteinte des résultats.
- Appropriation par les gestionnaires et professionnels de l'aide technique et la formation apportée dans les missions d'accompagnement réalisées.
- Amélioration des capacités organisationnelles.
- Analyse du renforcement du partenariat avec FMG.
- Relations avec le Système de Santé
- Capacité de réaction dans des situations de crise et mécanismes de renforcement de la capacité institutionnelle.
- Prise en compte des stratégies dans le nouveau programme (soumis à la DGD en juillet 2021).

La démarche évaluative a été :

- Réunions de cadrage avec le responsable Memisa-FMG afin de préciser le cadre et le projet évaluatif, de recueillir les documents et rapports à analyser (dont les derniers rapports disponibles), de décider des modalités de recueil et de participation (entretiens avec l'ensemble des parties prenantes, observation, examen documentaire sur site) et de préparer et d'organiser concrètement l'évaluation sur site : identification des acteurs à rencontrer/planification/information.
- Les rapports et documents consultés ont été :
 - Rapport de supervision trimestrielle des structures partenaires du projet FMG-MEMISA-UE, Zone de Conakry-Kindia-Maferinyah, (Janvier – Février - Mars 2021)
 - Capitalisation des expériences en Guinée
 - GUIDE DE SUPERVISION INTEGREE DES STRUCTURES SANITAIRES
 - Suivi évaluation des Activités du Projet FMG – MEMISA - UE
 - Rapport de formation en santé mentale – juin 2021
 - Expérience de prise en charge des plus démunis : Mise en place d'un fonds pour les indigents – octobre 2020
 - Guide de mise en place d'un dispositif d'accès aux services gratuits ou à moindre coût pour les plus vulnérables
 - FMG-Memisa Guinée, Rapport de mission, 14 juin-2 juillet 2021
 - Suivi & préparation évaluation externe Programme DGD 2017-21.
 - Rapport de l'enquête de satisfaction
 - Autres documents accessibles sur
 - <https://memisa.sharepoint.com/:f:/s/GUINEE/EoQOKiCYKL9Jv76GJ7mCMIABvr1jGuaU1pAXQZvETxcGCw?email=yves.coppieters%40ulb.be&e=ui3hbF>
- Réalisation de l'évaluation sur site qui a permis le recueil d'information des parties prenantes, de visiter des installations et observation du fonctionnement et de rencontrer les différents acteurs pour recueillir leur perception et analyser le fonctionnement du projet.
- Analyse des données et rédaction du rapport.

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. Il y a eu un gros travail pour que tous les membres de FMG aient la même vision sur la théorie de changement du nouveau Programme. C'est l'équipe de Labé qui a contribué à cette nouvelle théorie de changement pour assurer la continuité du projet tout en y ajoutant la santé sexuelle et reproductive.

La théorie de changement guide FMG/Memisa dans une vision commune à 5 ans et basée sur des indicateurs de résultats. Les équipes du projet savent ainsi mieux vers où elles vont, en se focalisant sur des indicateurs à atteindre pour tous les projets en partenariat avec Memisa. Ils appréhendent mieux les intervenants à impliquer et les interactions entre ces parties prenantes. Dans le cadre de cette analyse, ils savent qu'il ne faut pas se centrer sur une seule activité d'un CS mais sur l'ensemble du paquet de service.

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.

Il y a de plus beaucoup de sollicitation pour l'extension des activités dans d'autres sites. FMG veut aussi plus s'investir dans le district pour appuyer l'hôpital préfectoral et renforcer les liens avec les CS. Ils veulent aussi s'étendre dans 4 préfectures de la Basse Guinée. Mais la condition est l'accroissement des RH pour la gestion du programme.

L'AT santé publique est un atout pour le plaidoyer et la visibilité de Memisa/FMG actuellement. FMG dispose ainsi d'un pool de médecins de santé publique capables d'assurer un accompagnement des axes du projet et d'en développer des nouveaux. Memisa devrait cependant encore mieux préciser ses objectifs d'implantation en Guinée. Est-ce via un partenariat exclusif avec FMG, avec d'autres partenaires ou via d'autres modes de collaboration (reconnaissance du statut d'ONG internationale en Guinée) ?

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. Dans l'évaluation intermédiaire, il était reproché l'absence d'un cadre de suivi et d'évaluation des formations. Cela a été résolu d'une part par l'élaboration de grilles de supervisions conjointes et transversales à l'ensemble des activités des structures soutenues, et par l'élaboration d'un vade-mecum pour le personnel afin de catégoriser les problèmes de SM et de standardiser les prise en charge. Ce document sera encore amélioré dans le nouveau programme. Une nouvelle ONG française SAMOA (Santé mentale en milieu ouvert africain), spécialisée en santé mentale, sera associée au nouveau Programme. Cela permettra que d'autres RH sur d'autres domaines de compétences, puissent venir renforcer les capacités (psychologues, psychiatres,...). De plus, il y a une volonté d'organisation d'échanges Sud-sud entre les différents pays, mais cela n'a pas pu être réalisé depuis la crise Covid.

Les curricula de formation ont été adaptés (pour la PCI entre autres) en favorisant des formations plus pratiques et avec un vrai cadre de suivi post-formation par les formateurs.

On trouve ainsi qu'avant chaque formation sont élaborés des TDR et un programme détaillé (pour les formations conjointes entre le projet et le ministère de la santé ou d'autres partenaires).

Toutes les formations bénéficient aux membres de FMG, aux professionnels de santé et aux AC. Il reste néanmoins toujours la nécessité de mieux évaluer l'impact de ces formations (en santé mentale et dans les autres domaines) sur la qualité de la communication entre prestataires et avec les bénéficiaires, et cela pour toutes les pathologies confondues. Cela est partiellement documenté dans les enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires.

Memisa-FMG a travaillé depuis 2019 sur le cadre de référence, de suivi et d'évaluation de l'évolution des capacités et compétences des agents formés. Tous ces éléments doivent constituer un tableau de bord de suivi d'indicateurs au sein des services appuyés (basé sur des indicateurs SNIS ou d'évaluation des compétences) et faciliter le monitoring des activités.

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 toujours pas de référentiels de compétences pour les différents métiers renforcés dans les services. L'appui à la santé mentale est de mieux en mieux intégrée et le programme renforce aussi les activités de santé maternelle et infantile.

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 ou collectives et environnement de travail) mais ces appuis sont souvent dégressifs et freine parfois la motivation des personnels.

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.

Il y a eu un vrai travail sur la capitalisation de certaines activités par l'antenne de coordination de Labé. Tous ces documents sont de bonne qualité mais restent peu diffusés en dehors des équipes concernées.

Cette dynamique de gestion des connaissances doit encore être renforcée par des volets de recherches opérationnelles et de diffusions des acquis par différents canaux de communication.

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 (malgré la crise Covid). L'introduction de la santé mentale dans le paquet d'activités des structures soutenues amène de nouvelles demandes d'autres institutions pour développer ce volet chez eux. Cela reste l'axe le plus pertinent du programme mais qui pourrait être étendu pour viser une couverture plus optimale.

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 a été interrompue. Certains CS sont malheureusement peu fréquentés pour les activités de CPN, vaccination, PF. D'autres mécanismes, à travers des fonds d'indigence, favorisent une plus grande accessibilité à quelques personnes et familles plus vulnérables.

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 s'est amélioré entre autres par les supervisions formatives et intégrées. Cela permet, lors des supervisions conjointes, d'intégrer la santé mentale dans la supervision de base des DPS. D'autres actions sont toujours 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.

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. Vu le manque d'appropriation initial pas les partenaires, dans le cadre du nouveau Programme, la Théorie du Changement (TdC) a été élaborée en étroite collaboration et avec la participation active de FMG. Memisa a organisé deux jours d'ateliers en présentiel sur la méthodologie et les concepts au mois de février 2021. Elle a ensuite poursuivi le travail avec l'équipe de coordination et la direction. Cette implication active de FMG a fortement contribué à sa contextualisation et à l'appropriation de l'outil par le partenaire.

Sur cette base, l'objectif à long terme fixé est: en 2030, la population guinéenne, plus particulièrement les groupes vulnérables, bénéficie d'une offre de soins de santé primaires accessible et de qualité.

Pour cela, des hypothèses nouvelles ont été fixées :

- *H1 : Un renforcement des compétences de FMG en gouvernance et en suivi/évaluation et documentation des expériences, lui permet d'apprendre au travers les différents projets qu'elle gère, d'améliorer le partage dans les réseaux/plateformes et d'influencer le niveau décisionnel.*
- *H2 : Un système de microprojets est capable de stimuler la dynamique autour de l'amélioration de la qualité des soins au sein des ACS et de COMEC-GUI et mènera à des résultats concrets qui sont restitués au sein des réseaux mêmes, avec les autorités sanitaires et dans d'autres plateformes (CSC).*
- *H3 : Si les compétences de collecte, d'analyse et de partage de données de COMEC-GUI sont améliorées à travers la digitalisation, les autorités sanitaires sont prêtes à les intégrer dans le système de santé.*
- *H4 : 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.*
- *H5 : L'implication du personnel du centre de santé dans le suivi des indicateurs contribue à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins.*
- *H6 : La sensibilisation des porteurs d'obligation sur les droits de patients et sur les inégalités de genre en santé soutenu par le renforcement de leurs compétences en communication, améliore la qualité de la prise en charge des vulnérables.*
- *H7 : L'implication des spécialistes des hôpitaux régionaux/préfectoraux dans les supervisions augmente leur aspect formatif.*
- *H8 : Les agents de santé communautaires formés améliorent la prise en charge communautaire et assurent le référencement des plus vulnérables au centre de santé en cas de besoin.*
- *H9 : Des associations de détenteurs de droits qui sont soutenues par des ASC formés, sont en mesure de sensibiliser la communauté et les porteurs d'obligation et de soutenir les plus vulnérables et leur entourage.*

- H10 : Un mécanisme de solidarité visant les groupes vulnérables améliore leur accessibilité aux soins de santé d'une façon durable.

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 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.

Les conclusions du rapport intermédiaires étaient

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 DREAM (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.

La coordination est assurée par l'antenne du Programme FMG/Memisa de Labé qui assure la mise en œuvre des activités et une proximité avec les partenaires. Pour les CS de Halfa Minière et de Moriady, c'est maintenant l'équipe d'AT de Conakry qui assure leur coordination.

La coordination de Conakry réalise des réunions hebdomadaires avec l'équipe de Labé pour le suivi-évaluation des activités. Depuis décembre 2020, il y a aussi des réunions en ligne de toute l'équipe de FMG (avec parfois la participation de Memisa) pour partager les activités menées et faire certains réorientations stratégiques. Le projet participe aussi aux réunions de coordination régionale de FMG (qui regroupe l'ensemble des projets de FMG à Labé).

Dans le cadre de cet axe, on peut énumérer les activités réalisées depuis 2019 et analyser les faiblesses de cette composante.

Réalisations:

- L'appui et l'accompagnement opérationnel, annuellement, des plans d'action des trois (3) Organisation de la Société Civile (OSC) partenaires (PPSOGUI, COMEC GUI et ACS) par le financement des activités ciblées dans les Plans Annuels Opérationnels (PAO) des OSC partenaires. L'appui se fait via le plans d'action de chaque OSC et le projet renforce certaines composantes (plaidoyer sur la couverture universelle (PPSOGUI) et activités de sensibilisation de l'offre de soins pour COMEC GUI, appui aux AG des associations, appui aux réunions thématiques des ACS, ...) ;
- Le renforcement des capacités des membres des OSC : selon les besoins de renforcement des capacités énoncés par les associations, le projet propose des formations sur la sensibilisation communautaire, la dynamique de capitalisation des bonnes pratiques, etc. ;
- La mise en place d'un système de suivi des activités financées sur base d'indicateurs et d'un suivi financier ;
- L'appui aux OCS dans leurs actions de plaidoyer et lobbying en matière de protection des plus vulnérables et de la reconnaissance juridique des mutuelles de santé (plaidoyer sur la CSU). Cela a été une activité phare de PPSOGUI, appuyé par le projet, et qui a abouti à une loi votée à l'Assemblée, et la promulgation de la loi par Décret.
- Appui à l'organisation des journées nationales de plaidoyer en faveur des mutuelles de santé (protection sociale des groupes œuvrant dans l'économie informelle), avec synergie de financement avec Solidarité Mondiale (WSM) un autre acteur Belge
- La capitalisation des acquis et des bonnes pratiques menées dans le cadre du projet : avec tous les partenaires ou directement par le projet ;
- L'organisation de 2 tables rondes à Labé (2019 et 2020) des acteurs et intervenants (justice, prison, commune, société civile, malades améliorés, centres de santé, presse, ...) sur la chaîne de prise en charge de la santé mentale ;
- Des missions de renforcement du RAF de Labé envers les acteurs de la société civile et les centres de santé pour le respect des procédures. Les missions se font selon les besoins des structures ;
- La participation à trois (3) Comités Techniques Préfectoraux de la Santé (CTPS) et deux (2) Comités Techniques Régionaux de Santé (CTRS) pour la présentation des projets FMG dans la Région de Labé, et la participation à l'élaboration du document régional sur le plan d'intervention des acteurs de la santé en Moyenne Guinée ;
- Le plaidoyer auprès des directions Préfectorale de la Santé (DPS) pour l'intégration des données du projet dans le système de monitoring ;
- La production d'un guide de supervision intégrée (élaboré par l'équipe du projet à Conakry), et diffusé au sein des 6 DPS partenaires ;
- L'appui des OSC à la mise en place d'un projet de Riposte COVID conjoint (ACS et COMEC-Gui) ;
- L'appui au COMEC-Gui à la participation à l'université d'été à Dakar ;
- L'appui et l'accompagnement des associations des patients (AAPMM).

Points faibles:

- Manque de moments de concertation entre les différents acteurs du projet pour favoriser les échanges d'expériences entre structures ;
- Faible communication entre les structures primaires et les hôpitaux de référence : par exemple, le système de contre-référence (de l'hôpital régional vers les CS) n'est pas fonctionnel car les rapports restent le plus souvent dans les DPS ;
- Manque de continuité dans la prise en charge financière du fonctionnement des motos des prestataires ;
- Faibles échanges entre les projets menés par MEMISA dans les différents pays (Guinée, RDC, Madagascar et Bénin) ;
- Problème de synergies entre partenaires : manque d'échanges avec les partenaires appuyés par le projet comme DREAM (un seul stage pratique pour les sages-femmes de Hafia Minière en 2018, mais plus rien depuis) ;
- Faible participation des acteurs du projet dans des colloques ou ateliers régionaux pour présenter les acquis du projet ;
- Faible diffusion des capitalisations et des acquis du projet.

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.

Dans le cadre de cet axe, on peut énumérer les activités réalisées depuis 2019 et analyser les faiblesses de cette composante.

Réalisations:

- 45 personnels de santé des centres appuyés par le financement DGD ont été formés à la PCI (avril 2021) ;
- 57 personnes (prestataires de soins, leaders communautaires, ASC) ont été formées à la prise en charge des personnes vulnérables (mai 2021) ;
- 9 agents de santé communautaires sont formés sur les sensibilisations communautaires (une formation de 3 jours en mars 2021) ;
- 21 personnels de santé et agents communautaires sont formés à la gestion des déchets bio médicaux et recyclage (décembre 2020) ;
- 9 agents CPN ont effectué un stage pratique en PTME à Hafia Minière en VIH/sida avancé (septembre 2020) ;
- 19 prestataires incluant le district sanitaire, ont été formés à la PEC des malades mentaux en santé mentale (2021) ;
- Equipement du CSA de Tata1 en frigo solaire pour la stratégie de vaccination ;
- Approvisionnement en intrants de dépistage VIH et anti infections opportunistes pour les centres FMG ;
- Depuis 2019, il y a eu 6 supervisions formatives conjointes avec les districts qui ont été réalisées par l'équipe du projet vers les personnels de santé ;

- Organisation des missions de compagnonnage en santé mentale (6 missions depuis 2019) ;
- Appui aux stratégies communautaires de sensibilisation et d'orientation des femmes enceintes, avec dotation en seaux et savons pour les centres de santé ;
- Dotation en médicaments santé mentale des 10 structures appuyées (et les deux avec compagnonnage) ;
- Appui à l'électrification et à l'adduction d'eau à la maternité de Timbo.

Points faibles:

- Faible approvisionnement en intrants de dépistage VIH et des médicaments de prise en charge des maladies opportunistes dans les structures partenaires du programme ;
- Turn-over important du personnel dans les centres de santé publics ;
- Faible couverture en santé de la reproduction aux niveaux de centres de santé partenaires du projet. Il y a 4 CS du programme qui ne réalisent pas ces activités et qui « tirent » les indicateurs vers le bas (Tata, Télimélé, Moriady et Centre médical associatif) ;
- Absence de suivi et de maintenance des matériels livrés par le projet (panneaux solaires, motos, ...) : il faut mieux définir les mécanismes de pérennisation avec les OSC.

2.2.3. Composante 3 : Appuyer la demande

Cette composante est plus faible et est constituée 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. Cependant, le projet UE est venu renforcer cette stratégie et l'étendre à un grand nombre de structures périphériques.

Réalisation:

1. Maintien partiel du fonds d'indigence de Télimélé ;
2. Sept (7) centres de santé collaborent avec les mutuelles de santé ;
3. Organisation d'un atelier de concertation et de capitalisation (fin 2019) sur l'expérience du fonds des indigents de la Mutuelle Préfectorale de Télimélé ;
4. Fin 2019, deux (2) nouveaux centres de santé ont été ajoutés aux 8 autres centres ciblés par le projet ;
5. Intensification de la prise en charge ponctuellement et spécifiquement des personnes exclues des soins (suite à l'arrêt du fonds d'indigents de Télimélé) ;
6. Mise en place du Fonds des vulnérables à travers le Guide qui a été élaboré ;
7. Identification des patients par les ASC et déploiement des stratégies avancées sur la prise en charge des malades mentaux et épileptiques, sur le dépistage du VIH à Conakry, etc.

2.3. Suivi des recommandations de l'évaluation intermédiaire

Le Programme a assuré une réponse managériale des recommandations antérieures et celles-ci ont été pleinement prises en compte pour réorienter ou renforcer certains axes

stratégiques. Le suivi de ces recommandations a restructuré et allégé partiellement le travail de la coordination, par un renforcement de l'équipe de coordination et une meilleure définition des rôles et responsabilités de chacun.

Nous reprenons ci-dessous les principales recommandations de l'évaluation intermédiaire et analysons les réalisations en lien :

2.3.1. Pour le programme

- 1) *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*

Il n'y a pas eu d'extension du programme à de nouvelles structures, excepté l'extension à 3 structures du COMEC-GUI qui ont été intégrées (et formées) pour la prise en charge de l'épilepsie. FMG a développé la stratégie avec le Collège des médecins pour ces trois structures (Cabinets médicaux communautaires de Komkoren, Dougaya et Kelin) car la formation sur la prise en charge de l'épilepsie avait déjà été donnée avant l'évaluation intermédiaire.

Le programme a donc continué à appuyer les 10 CS (5 publics et 5 associatifs). En 2019, le volet santé mentale était dominant dans le projet. Depuis lors, il y a eu une accentuation des activités en santé maternelle, accouchements, CPN et PF. Le développement est néanmoins variable d'un centre à l'autre. Dans certains centres, la vaccination n'est toujours pas intégrée et donc les activités maternelles sont moindres. Mais le projet UE appuie 40 CS (dont les 10 du programme) et 3 hôpitaux, par de la formation des personnels de santé en PCI et d'autres thématiques, l'équipement en matière de PCI (matériel médical et d'accouchement), des forages pour améliorer les dispositifs d'adduction d'eau, des incinérateurs, de la sensibilisation communautaire pour la prévention Covid-19 (et aussi à travers les médias et la vaccination), et la prise en charge des personnes vulnérables à travers le fonds d'indigence.

Cependant à ce stade-ci, FMG essaye de s'étendre aux autres préfectures nationales (hors Labé) car les besoins et les demandes sont importants. L'extension à d'autres sites est beaucoup plus liée à la santé mentale car aucun autre intervenant ne travaille dans ce domaine ailleurs dans le pays. Les questions de santé mentale ne sont prises en charge que par FMG et principalement en moyenne Guinée. Par contre, le Ministère reste peu sensibilisé aux problèmes de SM et FMG n'a pas toutes les ressources pour influencer les autorités qui sont peu sensibles à la décentralisation, et plus orienté sur l'amélioration des services cliniques de psychiatrie.

Concernant les autres domaines d'intervention prioritaires, il a été mené :

- Un stage pratique à Conakry en 2020 pour les agents CPN des 10 CS partenaires (un représentant par CS) sur PTME et SR ;
- Les ASC ont été formés en VIH et Education Information et communication ;
- L'appui aux stratégies communautaires de sensibilisation et d'orientation des femmes enceintes vers les structures de santé (voir cadre logique) ;
- L'organisation de supervisions conjointes avec les différentes DPS et la coordination du projet pour une meilleure appropriation des indicateurs (via le Guide de supervision intégré élaboré dans le cadre du projet UE).

L'intégration de nouvelles activités passe aussi par le renforcement des infrastructures et matériels avec entre autres :

- L'électrification de la maternité de Timbo (suite aux changements de certaines activités, car il n'y a pas eu d'adduction d'eau et d'électrification du CS de Téliélé) ;
- La dotation d'un nouveau frigo pour l'approvisionnement en vaccins du CSA de Tata 1
- La peinture au CSA Hafia Minière ;
- L'équipement de la salle de préparation des naissances du CSA Hafia Minière (bureautique, lits, petit matériel, ...).

2) *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*

Cette recommandation a été bien suivie avec l'appui à la PCI et aux activités de dépistage et de prise en charge du VIH-Sida. De plus, il y a eu un appui aux activités de prévention de la Covid-19 et l'adoption de supervisions intégrées sur l'ensemble du paquet d'activités des structures.

De façon plus spécifique:

- Mise en place d'un dispositif de formation continue important pour les CS publics où il y a beaucoup de « mouvement des personnels » ;
- Pour réorienter plus d'activités vers le VIH, il a été réalisé un plaidoyer auprès des responsables des structures pour la réorganisation des services des CS partenaires. Il y a de plus maintenant une prime octroyée pour les activités de santé maternelle et en lien avec le VIH.
- Le projet a fait un plaidoyer auprès des DPS pour inclure les indicateurs du projet dans le processus de monitoring de la Province. Le Guide de supervision élaboré est maintenant plus complet sur toutes les dimensions, ce qui permet d'intégrer les données du projet lors des présentations des réunions du CTPS ou des comités régionaux de la santé (où les indicateurs de santé mentale du niveau communautaire sont présentés). Les DPS appliquent les éléments du Guide de supervision, en complément avec leur guide de monitoring. Il y a donc maintenant un canevas pour la supervision intégrée et cela permet de suivre, superviser et évaluer aussi la PCI et d'autres activités. Les 6 DPS ont donc bien intégré les indicateurs du projet dans leur supervision et leur monitoring ;
- Organisation d'une formation pour les districts sanitaires (les médecins en charge de la maladie-MCM) sur la prise en charge des malades mentaux ;
- Depuis 2020, accompagnement des initiatives communautaires par la mise en place des 5 associations « amis et parents des malades mentaux ». Le projet a ainsi appuyé les 5 ASC « fonctionnelles » du programme pour que cela se mette en place dans 5 centres de santé ;
- Appui des stratégies communautaires de sensibilisation et de réorientation des femmes enceintes. Les agents CPN mettent à disposition des femmes qui vont accoucher un sceau et du savon. Cela aide les femmes et les fidélise jusqu'à la 4^{ème} CPN. De plus, les femmes repartent avec leur placenta (traité par le CS) car les familles veulent le gérer au niveau familial. Cela a amélioré la fréquentation des maternités.

3) *Que le projet définisse mieux les stratégies d'accessibilité financière aux services de santé.*

Les actions réalisées dans ce sens ont été :

- Organisation d'un atelier de concertation en 2020 sur l'expérience du fonds des indigents de la Mutuelle préfectorale de Téliélé. Cela a permis d'examiner et de capitaliser l'expérience. Cet atelier a fait des recommandations afin de réorienter l'argent pour la prise en charge d'indigents qui doivent avoir accès aux CS (et pas pour le paiement des cotisations des membres). C'est sur base de cette expérience qu'a été élaboré le Guide de prise en charge des personnes vulnérables, appliqué actuellement dans l'ensemble des centres pour la gestion des fonds d'indigence du programme UE.
- Pour le projet DGD, il y avait un fonds de 4000 EUR mis à disposition de la Mutuelle de Téliélé mais qui n'a pas bien fonctionné. En effet, ce fonds était réservé aux personnes qui ne pouvaient pas payer leurs soins ou leurs cotisations. La mutuelle a plutôt utilisé cet argent comme mécanisme de solidarité pour « tout le monde ». L'échec de la stratégie initiale a permis de mieux affiner l'appui direct aux personnes indigentes, mais avec le risque de soutenir une stratégie moins pérenne dans le temps.
- Prise en charge financière ponctuelle et spécifique des personnes exclues des soins. Pour cela, l'ASC repère les personnes vulnérables et présente le cas au responsable du CS. Le fonds permet la prise en charge tout en préservant une vie plus décente aux bénéficiaires. Cela a concerné actuellement 30 malades exclus des soins.
- Avec l'arrivée du projet UE, un volet important fonds d'indigence est en place dans les 40 structures. Le dépistage se fait sur base d'outils d'identification des personnes vulnérables via l'ASC, ce qui permet une orientation de ces personnes vers le CS. Ou bien c'est le CS qui peut constater la vulnérabilité d'une personne qui est alors intégrée dans le fonds d'indigence (cf. le Guide de gestion du fonds d'indigence). Un comité « fonds d'indigence » est organisé autour de chaque centre afin de rendre compte de la stratégie. En termes de couvertures, le projet UE a permis de couvrir environ 500 personnes. Mais les responsables doivent être plus regardant sur l'utilisation du fonds au quotidien.

4) *Que le projet redéfinisse ses indicateurs de suivi et d'évaluation, de manière plus adaptée aux activités de ses partenaires et des structures soutenues.*

Les actions réalisées dans ce sens ont été :

- Après l'évaluation intermédiaire, il y a eu une révision des indicateurs avec une intégration des indicateurs SR dans le cadre logique et adapté au contexte guinéen ;
- Mise en place d'un plaidoyer auprès des districts sanitaires pour inclure les indicateurs du projet (en santé mentale) dans leur processus de monitoring. Depuis 2019, ils ont aussi introduit des indicateurs de SR qui ont été redéfini, comme le taux de CPN4 ;
- Cela a été suivi d'une sensibilisation des structures sanitaires partenaires pour l'intégration de certains indicateurs du projet. Cependant, ce n'est pas encore intégré dans les canevas SNIS et cela reste une annexe dans leur monitoring ;

- Actuellement, le programme initie des supervisions intégrées avec les DPS sur base des nouvelles grilles de supervision.

5) *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).*

Cf. Éléments de suivi de la 1^{ère} recommandation

6) *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.*

Les actions réalisées dans ce sens ont été:

- Renforcement du volet documentation / capitalisation par une personne ressource externe et un Comité de validation, qui puissent accompagner la dynamique de rédaction. Ce dernier aspect n'a pas pu être mis en place.
- Elaboration d'un Guide de capitalisation des pratiques, avec l'appui des AT de Conakry.
- Les éléments capitalisés dans 7 thématiques sont : introduction de la santé maternelle à la première ligne de soins, digitalisation du dossier médical, action de riposte contre la Covid-19, couverture sanitaire universelle avec PPSOGUI, supervision formative en soins de santé intégrés, prise en charge de l'épilepsie dans les 3 centres supplémentaires appuyés. Il y a donc eu beaucoup d'éléments capitalisés par l'équipe de coordination. A cela s'ajoute les éléments de recherche (articles scientifiques) publiés dans le cadre de la thèse de doctorat du Dr Sow.
- Initiation de rencontres de partages d'expériences avec les structures et OSC partenaires. Il y a eu par exemple une réunion réunissant COMEGUI, PPSOGUI et les ACS.

2.3.2. Pour le partenariat

1) *Que le Programme favorise des échanges d'expériences entre composantes du projet et initiatives nationales.*

Les actions réalisées dans ce sens ont été :

- Organisation (en cours) de rencontres de partages d'expériences avec les structures de santé et documentation des bonnes pratiques ;
- Memisa aide à l'amélioration du manuel de procédures techniques de FMG (et le logiciel de comptabilité). Memisa favorise aussi la mise en relation avec d'autres partenaires à travers le dialogue stratégiques des partenaires belges en Guinée;
- Le collège des médecins généralistes communautaires se réunit de façon trimestrielle : organisation de visioconférences entre les structures sur différentes thématiques cliniques, l'organisation des services de santé, le partenariat public-privé, etc.

- 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.*

L'organisation de l'atelier a été annulée pour cause de crise sanitaire. Il était prévu qu'une équipe de RDC vienne en Guinée mais cela est retardé pour cause de Covid. Une mission de la RDC est donc attendue fin 2021.

- 3) *Que le projet favorise plus les synergies entre les plates-formes associatives soutenues*

Les actions réalisées dans ce sens ont été :

- Organisation d'un cadre de concertation commun avec les OSC partenaires COMEC-GUI et ACS. Cela a permis de mener conjointement un projet de riposte Covid pour les 38 CS membres du COMEC-GUI et des ACS ;
- PPSOGUI a mené un projet d'appui aux mutuelles de santé ;
- Domus Médica a mené une mission internationale pour explorer les pistes de collaboration avec COMEC-GUI et les ACS ;
- FMG est à l'initiative de plus de synergies entre les différentes structures : des actions concertées pour la santé (ACS) ont été renforcées ; les médecins des hôpitaux qui enseignent dans le cadre du Diplôme de Spécialisation en médecin de famille, ont formé les médecins du projet de médicalisation des zones rurales, 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.*

Les actions réalisées dans ce sens ont été :

- Renforcement des échanges Nord-Sud.
- Appui technique de Memisa à FMG sur les aspects financiers et de gestion de projets, avec le renforcement de deux AT internationaux.

2.4. Analyse des indicateurs du cadre logique

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

Une série d'indicateurs a été ajoutée au cadre logique en 2019, en lien direct avec les activités des CS (comme le nombre de malades mentaux errants pris en charge par le fonds d'équité). Ils sont encore incomplets mais donne déjà une bonne vision des effets des principales réalisations.

Depuis la crise de la COVID-19, il y a eu une baisse de la fréquentation dans tous les CS. Mais les structures du Programme ont continué leurs activités principalement pour leur volet santé mentale. Cela n'a donc pas fondamentalement altéré les indicateurs du Programme.

Le tableau ci-dessous les reprend le cadre logique avec la mesure des indicateurs quasi au terme du Programme :

	Baseline	2017	2018	2019	Cible 2019	Cible 2021	Réalisé Août 2021	Sources de vérification	
Ind 1a : Nombre de professionnels de santé guinéens cible de l'intervention ayant bénéficié d'une formation supplémentaire à la fin du programme	10% du personnel 10% des ASC	(8/8) 100%	82,80 % 100%	65% 	65% 	88% 100%	100.4% 100%	Rapport mensuelles/ annuelles, Rapport de formation	Nombre de (a) professionnels de santé guinéens cible de l'intervention (42 personnes) ayant bénéficié d'une formation supplémentaire à la fin du programme sur des thématiques différentes (santé mentale, santé maternelle et infantile, VIH, gestion des déchets biomédicaux et (b) Agents de santé communautaire (9 personnes) sur les techniques de communication, santé mentale, VIH et mobilisation sociale
Ind 2 : Taux de satisfaction des utilisateurs (genre spécifique)	45%			H : 97,4% F : 97,2%	65%	98%	H= 98.5 F=100%	Rapport de l'enquête communautaire	
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 sanitaires, cible de l'intervention, selon critères établis -	30%	100%	100%	100%	70%	100%	100%	TDR des missions de supervision Rapports de supervision et d'intervention qui apprécient les critères de fonctionnement des équipes du district sanitaire Rapport de participation aux différentes instances	- Plan de travail trimestriel/annuel - Suivi de la mise en œuvre des recommandations des supervisions - Intégration des données de la santé mentale dans le SNIS du district sanitaire - Participation de FMG aux différents cadres de concertation et de coordination du service public (comité technique communal et préfectoral, comité technique régional) Le suivi des équipements offerts par le projet
Ind 4 a : Nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées de façon effective	0	2	4	19	6	6	7	- 10 Articles publiés sur le site web de FMG - 1 Article publié dans les revues scientifiques - 1 Document de capitalisation rédigé et diffusé - 3 Expériences partagées dans les foras - 2 Newsletter diffusés - 20 Document de presses publié - Films et YouTube produits et postés	
Ind 4 b : Contribution de FMG dans la dynamique de réseautage	-	1	1	2	3	3	3	Projet de Riposte COVID en synergie avec les 3 acteurs (ACS, COMEC-Gui et PPSOGUI) Conventions signées, rapport de plaidoyer et de lobbies Rapports de participation aux dialogues stratégiques Rapport de participation des OSC soutenues par le projet aux différentes plates-formes nationales/internationales, rapports des journées de portes ouvertes, de tables rondes, enregistrement audio d'émissions de radios.	
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%	71%	100%	110%	Rapports mensuelles, rapport de données sanitaires transmis	9 ASC formés sur 9 prévus 45 personnels de santé formés sur 42 prévus en COVID et en PEC des indigents/vulnérables
Ind 6 : Proportion des médicaments traceurs en rupture à la fin du mois, dans l'ensemble des structures	25%			15%	0,01%	3%	0.19%	Fiches de stock pharmacie, Fiches de gestion des médicaments (hebdomadaire, mensuel et annuel).	En 2021, avec l'urgence sanitaire de la COVID 19, certains centres de santé ont connu des ruptures en médicaments santé mentale, mais la solution a été apportée par la direction exécutive de FMG qui a pu réorganiser le circuit d'approvisionnement. Le taux est à 0.19%.
Ind 7 a : Taux d'utilisation des CPN par centre de santé (moyenne pour les 10 centres de santé du projet)				22,85 %	30%	60%	46.66% 60.09%	Rapport SNISS Rapports supervision	46.66% représente taux d'utilisation de CPN pour les 10 Centre de santé partenaire du projet 60.09% pour les centres de santé qui ont pleinement intégré la CPN (CSA Hafia Minière, CSU Pita, CSU Téliélé, CS Timbo, CS T Bori et CS Korbé)
Ind 7 b : Nombre de malades mentaux bénéficiant d'un suivi de qualité	20%	80%	87%	88%		90%	87.9%	Rapports mensuels, rapport de données sanitaires transmis Dossiers individuels des patients, cahier de suivi à domicile, rapports des projets individuels ou collectifs des patients en termes de réinsertion, activités génératrices de revenu	Nouvel indicateur sur la base des critères suivants : - 4.935 malades ont bénéficié des soins de qualité jusqu'en Août 2021 sur les 5.000 attendus ; - Réduction/disparition des signes cliniques - Malade autonome (se lave de lui-même sans aide, prends lui-même ses médicaments, participe aux activités en famille, raisonne) pour les psychotiques - Malade ne fait plus ou peu de crises pour les épileptiques
Résultat 3	L'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population ciblée								
<i>Hypothèses</i>	Le taux de pauvreté n'augmente pas ; les mutuelles communautaires existent et se développent								
Ind 8 a : Proportion de ménages avec des dépenses de santé catastrophiques (genre spécifique),	50%			2%	20%	10%	H= 13.06% F= 29.4%	Enquêtes communautaires sur un échantillon (évaluations externes)	
Ind 9 a : Proportion des structures de santé qui collaborent avec une mutuelle communautaire	20%	25%		40%	40%	60%	70%	Rapport de supervision, Supports de gestion des mutuelles de santé ; rapports des partenaires de l'initiative, supports de gestion des mutuelles de santé, conventions signées	Une mutuelle préfectorale qui regroupe plusieurs sections de mutuelles a bénéficié du fonds d'indigence du projet en 2018. Le projet va assurer le suivi du fonds durant les deux années restantes.
Ind 9 b : Le nombre de patients pris en charge par le fonds d'équité	-			8		20	30	Fiche individuelle de suivi des patients (visites, médicaments, réinsertion) Rapports des agents de santé communautaire	Cet indicateur est à cheval entre l'accès financier aux soins et l'offre de soins. Il permet de faciliter pour les malades errants/abandonnés aux soins mais en temps, favorisent l'offre de soins aussi bien dans le centre de santé qu'en milieu de vie des patients

Les 12 indicateurs de suivi du cadre logique sont pertinents et certains ont été adaptés depuis l'évaluation de 2019. Ils sont tous atteints (à 2 mois de la clôture du programme), exceptés les taux de couverture à la CPN (et la SMI en général) qui pourraient être améliorés. Mais le résultat de 46,6% est explicable par entre autres : la présente intégration de la PCI dans les activités soutenues par le programme, la diminution de l'utilisation des CS lors de la crise Covid et le fait que parmi les 10 CS du programme, certains n'ont pas l'environnement adéquat pour développer cette activité.

Dans le cadre logique a été intégré le taux de satisfaction des utilisateurs qui devait être défini en 2019 et en 2021. Pour l'an 3, une première enquête de satisfaction a été réalisée et la seconde lors de l'année 2021. Idem pour les dépenses catastrophiques des ménages.

Les indicateurs de satisfaction, de prise en charge des problèmes de santé mentale et de gestion des médicaments en lien, sont excellents (malgré des ruptures de stocks d'autres intrants comme les tests sérologiques rapides VIH ou la disponibilité des ARV / médicaments maladies opportunistes).

Les indicateurs en lien avec l'appui à la demande montrent un vrai effort par rapport à l'accessibilité aux soins des plus vulnérables, mais cela reste très limité et sans doute avec un moindre impact par rapport aux besoins des populations fragiles.

Les indicateurs suivis pour chaque CS sont :

- Nombre d'accouchement amélioré
- Nombre d'accouchées avec CPN4
- Qualité de prise en charge dans les CPN
- Accessibilité du CS pour le dépistage SM : évolution du nombre de premiers contacts et de suivi
- Visites à domicile
- Nombre de personnes sensibilisées et de séances réalisées
- Nombre de PF : augmentation des nouveaux utilisateurs et des utilisatrices suivies.
- Nombre de patients vulnérables pris en charge
- Nombre de patients sous ARV ou qui ont eu une prise en charge
- Nombre de prise en charge PTME

Pour le prochain programme, 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.

Il y a une analyse des risques qui se fait plus systématiquement depuis l'évaluation de 2019. Et ces risques extérieurs doivent être encore mieux appréhendés en regard entre autres du changement politique en Guinée depuis octobre 2021 (évaluation des situations socio-économiques et sanitaires des populations).

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 ni sur le programme parallèle de l'UE. 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). L'analyse reste la même que lors de l'évaluation intermédiaire.

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. Et il a été pertinent de ne pas étendre l'intervention aux 10 CS ciblés et aux DPS en lien.
- La mise « à l'échelle » de la prise en charge de l'expérience de FMG en santé mentale est très positive. De plus, FMG est sollicitée pour étendre son expérience en santé mentale à d'autres provinces.
- Le projet gagne en pertinence par les efforts de capitalisation de certaines expériences acquises (en santé mentale et dans d'autres domaines).

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 à 10 CS (sur base d'analyses des besoins ressentis et exprimés par la population). Les besoins sont énormes mais le projet ne couvre qu'une petite partie. Il est important de continuer à développer une approche holistique du développement des CS communautaire, avec un soutien managérial sur l'ensemble du système.

3.2. Efficacité

Elle est jugée assez très bonne (A).

- C'est un très bon programme, bien suivi et qui a atteint tous ses objectifs et résultats. L'analyse préalable du cadre logique le montre bien.

- C'est le projet DGD qui a amené la santé mentale dans les CS, et FMG est à l'origine de ce développement. Les activités sont bien définies dans le programme DGD et pour chaque projet qui appuie les mêmes structures de santé (avec parfois des recoupements comme sur le volet « indigents »). En effet, le projet UE est plus centré sur la PCI et la prévention contre la Covid-19 et donne des possibilités de combler des faiblesses du projet DGD (par exemple en termes de matériels, incinérateurs, ...).
- L'intégration de la santé mentale dans le système de santé local passe entre autres par :
 - La formation en santé mentale : formation sur le soutien psychosocial des malades, formation sur les visites à domicile et la réinsertion pour les ASC. Pour les prestataires, formations sur la symptomatologie des pathologies psychiatriques, la prise en charge des dépressions et psychoses, le diagnostic différentiel des pathologies psychiatriques, les consultations de masse et conjointes dans les sites, la formation sur l'épileptologie ;
 - L'intégration d'un cadre de la DPS dans la formation (pour faciliter l'intégration) : en effet, quand les membres de la DPS vont sur le terrain, il y a un gradient par rapport aux prestataires forts compétents en santé mentale. Les membres de la DPS bénéficient aussi des formations (surtout les MCM) pour être pleinement aptes à superviser les activités ;
 - La supervision intégrée : depuis le T1 2021 dans les 6 DS ;
 - La prise en charge des patients et la mise à disposition des médicaments.
- Il y a une vraie plus-value de l'intégration des associations à base communautaire (« Association amis des malades mentaux » AAPMM). Avant 2019, le projet appuyait l'organisation de réunions de patients, de groupes de paroles. Cela s'est structuré en 2020 (en vue d'une pérennisation) avec la création de 6 associations pour 5 fonctionnelles (pas encore agréées) ; des associations qui ont comme objet l'appui aux parents de personnes avec problèmes mentaux. Ils sont en appui à l'ASC qui ne peut assurer seul toute la couverture de la zone sanitaire. Leurs activités principales sont :
 - Réunions mensuelles (avec appui financier du projet qui paye les transports) et échanges d'expériences / groupes d'échanges sur la manière d'améliorer la façon de vivre et de prendre en charge un parent atteint d'une maladie mentale ;
 - Sensibilisation en santé mentale et sur d'autres problèmes de santé (santé maternelle, vaccination, Covid-19) ;
 - Formations sur les techniques de communication et de sensibilisation ;
 - Plaidoyer auprès des autorités pour la reconnaissance de l'association ;
 - Participation à la réinsertion et initiation des AGR ;
 - Appui dans l'organisation des consultations de masse.

Les difficultés rencontrées par ces associations sont le manque de moyens de sensibilisation pour convaincre les familles réticentes, l'accompagnement insuffisant pour leurs plaidoyers auprès des autorités et les problèmes de locomotion.

Le programme les appuie par des formations, le développement de leurs plans d'action et aussi la présence d'un membre de la coordination dans leurs réunions. Ils mènent en effet des réunions mensuelles pour travailler sur la sensibilisation des

familles et collaborer avec les ASC sur des activités de sensibilisation, l'identification des personnes exclues des soins et l'appui aux familles pour la prise en charge. Ces associations ont reçu des formations (formateur du CS et ASC) à la sensibilisation des familles à la prise en charge de certaines pathologies. Les sensibilisations se passent dans les marchés, écoles et autres lieux publics. L'association aide aussi à la reprise de certaines activités génératrices de revenus pour des malades guéris.

La plus-value de l'intégration des associations à base communautaire est réelle mais ces dernières sont "jeunes". Le projet pourrait continuer à les soutenir et les aider à se mettre en réseau;

- L'efficacité a pu aussi être influencée par la présence d'AT de Memisa, qui travaillent en étroite collaboration avec FMG. L'AT santé publique est un atout pour le plaidoyer et la visibilité de Memisa/FMG. Il est du plus intéressant que Memisa ait une représentation sur le terrain, pour favoriser la collaboration avec d'autres partenaires et être plus proche de la mise en œuvre des activités ;
- Le renforcement des capacités, surtout en santé mentale, amène des changements réels dans les CS et est une base solide pour l'appui et l'intégration d'autres activités (directe ou indirecte) ;
- Dans le nouveau programme, il est donc envisageable d'étendre la couverture des activités en appui au paquet de services dans les CS ;
- Le projet UE est arrivé avec beaucoup de moyens et la nécessité de rapidité dans la mise en œuvre. Il a manqué un temps d'explication aux acteurs des spécificités de chaque projet, alors que le projet DGD est en phase de finalisation. Cela a fortement diminué la visibilité du projet DGD mais sans pour autant influencer la qualité des activités qui ont été plutôt augmentées par le renforcement des capacités, les investissements et constructions. L'essentiel est que les deux projets soient complémentaires et que les actions soient bénéfiques pour les utilisateurs et prestataires ;
- La répartition des coordinations (Labé et Conakry) date de décembre 2021, avec le recrutement de l'équipe d'AT de Conakry. Il a ainsi été proposé que cette équipe supervise les centres de la Basse Guinée (à moins de 135 km de Conakry). Avec l'arrivée des ATI, les procédures sont plus rigoureuses (comme par exemple l'achat des médicaments) et vu la charge de travail, le « terrain » observe parfois un ralentissement de certaines activités. De plus, il y a eu parfois un manque de communication sur certains aspects de gestion opérationnelle entre les équipes de Conakry et de Labé ;
- L'exécution financière semble optimale globalement avec les bilans physiques ;
- Les équipes de coordination disposent maintenant d'outils de monitoring plus globaux et qui permettent de mesurer les résultats à atteindre ;
- Les témoignages sur le partenariat, la prise en charge de la santé mentale, l'intégration de la PCI et la motivation des CS publics et des DPS sont significatifs de l'efficacité de l'intervention.

3.3. Efficience

L'efficience est la capacité de parvenir à un maximum de résultats avec un minimum de ressources. L'efficience concerne l'utilisation rationnelle des moyens à disposition et vise à analyser si les objectifs ont été atteints à moindre coût (financier, humain et organisationnel). Elle est bonne car le programme transforme rationnellement et économiquement les ressources planifiées en résultats attendus grâce aux activités mises en œuvre et selon le calendrier proposé.

Elle est donc jugée bonne (B).

- Les réalisations concernant les infrastructures et équipements ont pu se faire dans des délais assez courts et en début de projet. D'autres réalisations ont été bénéfiques depuis 2019 et en lien avec le projet UE ;
- 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.
- D'autres structures (centres médicaux communautaires) ont été appuyées car 3 médecins ont été formés dans la prise en charge des patients épileptiques. Le projet a assuré leur formation et le stock de départ de médicaments pour leur centre.
- Deux assistants techniques internationaux sont mis à disposition de l'intervention. Cet appui est très intéressant pour renforcer l'équipe de FMG. La qualité de l'appui est liée surtout à l'expertise des deux AT. Durant la fin du programme DGD, la stratégie s'est avérée adéquate et économique au vu des résultats atteints. Dans le cadre d'une phase suivante, l'appui technique de Memisa restera pertinent et efficient.

3.4. Durabilité

La durabilité vise à savoir si les effets du programme perdureront après son arrêt. C'est l'analyse des possibilités que les effets positifs de l'action se poursuivent lorsque le Programme aura pris fin. La viabilité, permet de déterminer si les résultats positifs du projet (au niveau de l'objectif spécifique) sont susceptibles de perdurer une fois le terme des financements externes.

Elle est jugée bonne (B). La durabilité des effets sur les intervenants et institutions, la durabilité technique et financière des actions et la durabilité du partenaire sont bonnes.

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 ;
- La pleine intégration de ces activités et leurs supervisions conjointes ;
- L'appui à d'autres composantes du paquet d'activités ;
- Une meilleure capitalisation des résultats ;
- Une visibilité auprès des autorités locales et nationales de l'appui à la santé mentale ;

- L'appui à la société civile et aux associations de professionnels et de patients ;
- 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 enquêtes de satisfaction confirment l'adhésion de la population ;
- L'institutionnalisation des mécanismes d'appui aux groupes plus vulnérables.

3.5. Cohérence

La cohérence apprécie les rapports entre les divers éléments constitutifs de l'action : concordance des moyens mobilisés pour concourir à la réalisation des objectifs; concordance avec les autres actions menées par d'autres acteurs sur le même sujet et sur les mêmes publics. La cohérence, c'est-à-dire le lien entre les différentes composantes du programme mis en œuvre, est toujours 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.

La cohérence interne au programme et externe est bonne. La stratégie d'intervention repose sur le renforcement des capacités techniques et organisationnelles des structures publiques et privées, l'appui à la construction d'infrastructures et l'acquisition d'équipements permettant la prestation des soins de meilleure qualité.

Tout ce processus est encadré par le Ministère de la santé. La cohérence se marque aussi par :

- L'intégration des activités dans les plans de développement locaux et nationaux;
- Une coordination commune ;
- Un cadre opérationnel (et des indicateurs du cadre logique) facilement mesurables et qui concernent directement les structures soutenues ;
- Des outils de suivi plus harmonisés et des échanges de bonnes pratiques entre les partenaires du programme.

3.6. Impact

En lien avec la durabilité, il y a de vraies garanties d'effets à long terme du Programme: amélioration de la qualité des soins, meilleure accessibilité aux services, développement de cadres de collaborations institutionnelles, de leaderships, de maintenance des investissements et matériels, le renforcement des RH, etc.

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 ;
- Le Programme commence à faire bouger, de manière indirecte, des partenaires intéressés à s'investir dans la SM et la PCI.

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

- À travers les témoignages sur les bienfaits 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 ;
- Le nombre absolu de RH formées reste toujours trop faible.

Il est bien-sûr difficile d'attribuer au seul Programme d'autres effets directs (amélioration des taux d'utilisation des services et de l'accessibilité, etc.). On peut aussi estimer les effets indirects qui peuvent être raisonnablement attribués en partie au Programme dont le renforcement global du fonctionnement des CS et des institutions appuyées.

Les éléments du programme qui ont eu un impact important sur la population sont entre autres la stratégie de renforcement des compétences des personnels et l'amélioration des infrastructures et équipements dans un plus grand nombre de structures.

Les analyses qualitatives de cette évaluation vont dans le sens d'une meilleure autonomie des CS et de leurs bénéficiaires. Malgré une couverture nettement insuffisante en SM, les patients pris en charge dans les services appuyés semblent très satisfaits de la qualité des soins et la majorité relate leur bonne évolution clinique et leur réintégration sociale.

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

Le Programme contribue (petit à petit) à une meilleure inclusion des femmes aux différents niveaux d'action des interventions :

- dans l'octroi des primes aux activités CPN/VIH, ce qui touche un plus grand nombre de femmes. Sur les 8 CS, il y a 8 femmes qui touchent des primes. Pour les agents suppléants à la prise en charge des malades mentaux, 8 femmes ont été formées et financées directement par un centre. Dans la prise en charge des personnes exclues

des soins, il y a une attention particulière aux groupes les plus vulnérables dans lesquels les femmes sont prédominantes.

- 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) : 40% des ASC sont des femmes (4 femmes pour les 10 CS) ;
- 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.

Pour FMG, l'aspect genre se fait essentiellement par les appuis psychosociaux des victimes des violences basées sur le genre dans les structures, et la mise en réseau avec des partenaires locaux (action sociales, jeunes,...). Cela reste néanmoins insuffisant et certaines pistes d'amélioration sont proposées dont :

- Il est important d'analyser les déterminants d'inégalité d'accès aux soins liés au genre et d'essayer d'y remédier ;
- Il y a aussi une nécessité d'intégrer des modules genres dans la formation des professionnels et de focaliser sur les violences faites aux femmes. Ils voudraient que les CS prennent en charge les victimes, assurent la sensibilisation, sensibilisent sur l'excision, etc.

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 ;
- La construction des incinérateurs et flux des déchets des CS vers un incinérateur au niveau de la Mairie (à Tindi ...).

Concernant l'environnement, la « question environnementale », bien qu'annoncée, a été très peu prise en compte par le Programme :

- Trop peu d'activités durables relatives à la gestion des déchets (tri-stockage-transport-traitement-élimination). La protection de l'environnement ne passe pas exclusivement par la construction des incinérateurs.
- Idem pour la gestion de l'eau et des eaux usées ;
- Les énergies renouvelables (énergie solaire) sont insuffisamment développées. Et de manière générale, le programme a peu recours à l'énergie solaire.

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).
- L'ACS Conakry s'inscrit aussi à la digitalisation des centres de santé : le Programme favorise cela par l'appui de certaines activités selon leur PAO annuel.

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

3.8. Collaboration / partenariat Memisa-FMG

La plus-value du partenariat Memisa-FMG est le renforcement de capacités techniques et institutionnelles, ainsi que les changements dans le cadre de la mise en œuvre des formations, via l'appui des AT de Memisa. Les RH de Memisa sont pleinement intégrées dans les bureaux de FMG. Cependant FMG n'a pas été associée au recrutement des AT.

Il y a une plus-value des engagements des AT (médecin SP et administrateur finance) intégrés à FMG à Conakry et en renforcement à l'équipe de Labé. Ce sont des interlocuteurs techniques plus disponibles à Conakry. Cela ne diminue pas la charge de travail des équipes (ex: mise à jours des données dans le logiciel SAGE)

Les synergies avec d'autres partenaires sont :

- Avec les plates-formes : ACS, PPSOGUI, Comec-Gui ;
- Avec les Districts sanitaires ;
- Avec les Municipalités (les Mairies) : les communes rurales sont les portes d'entrées pour certains CS. Pour l'incinérateur de Timbi, il y a eu une convention d'exploitation entre le projet, la commune et les CS bénéficiaires.

4. Analyse par structure appuyée

Les visites de terrain ont été réduites lors de l'évaluation en regard de la situation sanitaire et des difficultés de déplacement (état des routes). Nous reprenons ci-dessous les principales observations par structures / institutions visitées (ou rencontrées) :

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

Le CSA Hafia Minière est une structure très fonctionnelle, avec une équipe motivée et qui travaille dans un cadre de cohésion assez exceptionnel par un travail d'équipe de personnes qui se connaissent bien et qui ont des mêmes valeurs professionnelles. Le Centre a cependant vu une forte diminution de sa fréquentation avec la crise Covid-19, mais la reprise des activités se fait sentir depuis 5 à 6 mois. Il assure les services suivants :

- Consultations curatives et santé mentale
- Laboratoire
- CPN / Accouchements / vaccination
- Services TBC / PVVIH / counseling

- Service nutritionnel
- Dentiste
- Observation / hospitalisation de jour
- Vente des médicaments
- Activités communautaires : sensibilisation de l'AC, visites à domiciles, réinsertions, appui aux associations locales

Le centre est la seule structure de soins de santé primaires de Conakry qui prend en charge les malades mentaux et épileptiques. Le centre assure entre 400 et 500 suivis de patients (et premiers contacts) chaque mois. Alors que tous les services ont baissé leurs activités en temps de Covid, seul le service de santé mentale a continué pleinement ses activités (car concernant des malades chroniques nécessitant une prise en charge)

Le centre bénéficie aussi du programme UE qui appuie la structure dans ses activités de prévention, VIH et santé mentale. Cet appui a commencé en novembre 2020 et devrait se terminer le 28/02/2022. Il est donc difficile d'isoler les résultats du programme DGD par rapport à cet appui supplémentaire. Jusqu'en octobre 2020, il était plus facile d'attribuer tels ou tels résultats au programme DGD. Depuis, il est plus difficile de faire la part des choses entre les programmes qui utilisent les mêmes données et indicateurs pour leur suivi.

Les principales **réalisations** depuis 2019 sont :

- Formation en Programme de Contrôle des Infections (PCI) d'une majorité du personnel qui reproduit la formation pour les stagiaires et autres personnels. Cette formation est très pratique et a abordé : le lavage des mains, port et retrait des équipements et protections individuelles, dispositifs de gestion des déchets, préparation des solutions de décontamination, réorganisation des services dans des contextes d'urgences sanitaires. C'est un pool de formateurs qui a été formé afin de dispenser la formation aux personnels des 43 CS/hôpitaux couverts par le projet. Dans le contexte Covid-19, il y a eu beaucoup d'infections du personnel lors de la 1^{ère} vague. Ces formations ont permis de stopper les transmissions au sein des structures de santé ;
- Elargissement du Fonds pour les indigents, qui est beaucoup plus important et avec une meilleure couverture. Le dispositif est mieux organisé. Avant, seul FMG identifiait les indigents. Actuellement, tous les outils sont mis en place pour identifier les indigents au niveau communautaire et du CS. Par mois, cela concerne environ 10 à 15 personnes. La population est au courant de ce fonds. L'agent de santé communautaire, sur base de critères, identifie les personnes et les réfère au CS si nécessaire. Le CS dispose ainsi d'une base de données de personnes indigentes et cela pourrait permettre de les fédérer et d'envisager une pérennisation de l'appui à travers la mise en place d'activités génératrices de revenus ;
- Les activités communautaires ont été renforcées. L'agent de santé communautaire du CS a pu découvrir et accompagner beaucoup de personnes, et cela a permis d'intégrer certaines au fonds d'indigence ;
- La visibilité de FMG est accrue au niveau communautaire et aux niveaux des institutions nationales ;

- Le renforcement des capacités avec l'expertise du Dr Dewez via des consultations conjointes (deux missions d'appui depuis 2019) et l'apport de ressources et documents (guides mis à disposition des structures) ;
- Formation en ligne sur les MNT (HTA et diabète) pour les personnes vivant avec le VIH par DREAM et pour les 4 médecins du CS.

Faiblesses :

- Plus de distinctions possibles entre les différents programmes ;
- Processus de décaissement lent car la coordination est à Labé ;
- Le projet a mis en place de 2 motos (une pour l'AC et l'autre pour le personnel du centre pour les visites à domicile) mais les frais de fonctionnement n'ont été couverts que pendant 6 mois. Seule la moto de l'AC est entièrement prise en charge par le projet.
- Pas d'appui nutritionnel pour les PVVIH ce qui pose des problèmes dans la prise en charge des premiers mois du démarrage de la mise sous ARV. En effet, le centre suit une cohorte de 1387 patients, et sans appui nutritionnel, la prise en charge est moins bonne. Ce problème semble cependant partiellement compensé par le fonds d'indigence (mais qui ne s'adresse qu'aux malades) ;
- L'équipe du centre n'a pas été impliquée directement dans l'élaboration du nouveau programme DGD.

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, ...). Cela implique des besoins spécifiques et la nécessité de renforcement, entre autres de :

- La continuité de la prise en charge des indigents ;
- L'accompagnement nutritionnel des PVVIH ;
- Les activités communautaires avec les visites à domicile ;
- Les formations continues du personnel ;
- Des nouveaux équipements ;
- La rénovation/réhabilitation du CS ;
- La nécessité d'une salle d'isolement pour 2 ou 3 malades pour certaines pathologies ;
- La continuité de la subvention des médicaments de santé mentale ;
- Le financement d'activités génératrices de revenus pour les personnes vulnérables.

Conclusion :

Le centre de santé associatif de Hafia Minière est une structure de référence en santé mentale et pour le développement des valeurs de FMG en Guinée. Il a une forte visibilité et sa fréquentation est proportionnelle à la diversité de ses services et à la qualité des prises en charge. Cependant, l'environnement (matériel, équipements, locaux et accès extérieur) reste compliqué et peu optimal pour le développement d'une telle infrastructure. Cela peut aussi être un frein au développement de FMG ou éventuellement à l'initiation de nouveaux partenariats.

Ce centre a donc une capacité importante et pourrait gagner encore en fréquentation et qualité des services, pour autant qu'une réflexion profonde soit engendrée sur son

environnement et les liens avec ses objectifs en termes de développement de ses activités, de couverture sanitaire et de centre d'excellence en santé mentale.

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

Le CS de Moriady se distingue des autres CS de Kindia par sa prise en charge des problèmes de santé mentale (jusque 30 nouveaux contacts/mois). Le centre est toujours le même physiquement (par rapport à 2019) mais avec des améliorations de son fonctionnement. Du fait de la faible population couverte et le taux d'utilisation, le personnel est réduit. C'est ainsi que le poste de sage-femme a été supprimé (avant 2019) et le centre transformé en point de vaccination de la 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.

La fréquentation du centre est aussi dépendante des comportements et attitudes de sa population qui se rend prioritairement, pour les problèmes de santé mentale entre autres, chez le marabout. Cela amène à une paupérisation des familles concernées et une accessibilité réduite au CS, qui assure les activités suivantes :

- Consultations curatives
- Laboratoire
- CPN (réalisée par le médecin)
- Accouchements
- Kiné (réalisé par le Dr Diallo qui a été formé à Labé dans le cadre du programme)
- Vente des médicaments
- Activités de santé mentale : sensibilisation de l'AC, visites à domiciles, réinsertions, appui aux associations locales

Le fonctionnement interne de centre est bon, l'équipe présente une bonne cohésion. Il y a environ 150 patients suivi par mois pour des problèmes de santé mentale. Pour les autres pathologies, on dénombre environ aussi 150 nouveaux cas par mois (supérieur à 2019). L'activité de CPN est très faible: 10 contacts/mois (ce qui donne une couverture inférieure à 1%) et il y a moins de 2 accouchements/mois dans le centre. La raison principale de ce déficit de la CPN et des accouchements assistés est l'absence d'une sage-femme 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.

Depuis 2019, les principales réalisations ont été :

- Maintien de toutes les activités de base du CS ;
- Subsidiations des médicaments en santé mentale ;
- Accompagnement du Dr Dewez au niveau du CS (une fois depuis 2019) et partage d'expériences en consultation ;
- Diffusion des ressources documentaires santé mentale ;
- Formation ponctuelle pour le chef de centre en PCI ;
- Fourniture de seaux et savon pour les femmes avant accouchement ;
- Démarrage de la construction de l'incinérateur.

Points forts :

- L'intégration des visites à domicile et le déplacement du médecin vers la communauté ;

- La formation en PCI du médecin ;
- L'accompagnement du Dr Michel Dewez a été positif surtout pour les ressources mises à disposition du centre ;
- La CPN n'est pas gérée par une sage-femme mais est quand même réalisée par le médecin du centre ;
- La motivation des femmes enceintes qui reçoivent un sceau et un savon pour celles qui viennent à la CPN, avec une augmentation de la fréquentation des femmes enceintes de la localité au CS ;
- La coordination de Labé est très efficace et prévient toujours des activités ou des changements attendus dans le programme ;
- Lors de la crise Covid, le programme a engagé un second AC qui a été un appui pour le CS, mais pour une courte période (2 à 6 mois) ;
- Le projet de communication à travers les médias locaux n'a pas été mis en place par le programme DGD mais bien soutenu par le projet UE. Cela a amené de nouveaux malades au CS qui viennent parfois de loin, surtout pour la santé mentale ;
- L'incinérateur est en cours de construction (projet UE).

Faiblesses :

- Avec l'arrivée du projet UE, il est difficile de comprendre les spécificités des activités et de la coordination du programme. Par exemple, les formations en PCI et les rapports sont labélisés exclusivement sur ce nouveau programme ;
- L'équipe de coordination de Conakry est moins disponible que celle de Labé ;
- Lors de la période de crise Covid-19, le centre a subi des ruptures de médicaments antibiotiques et en santé mentale (ruptures du niveau national en neuroleptiques et antidépresseurs). Le centre ne dispose toujours pas d'antiparkinsoniens ;
- Le centre dispose de matériels vétustes dont des lits d'observation fortement dégradés (un surtout sur les six fonctionnels) ;
- Il n'y a pas de changements sur les RH de centre. 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 ;
- Une des motos financées par le programme n'est plus prise en charge pour son fonctionnement (carburant). Cela réduit (voire annule) les consultations à domicile du médecin ;
- Depuis l'absence de chaîne de froid, les activités de vaccination n'ont toujours pas reprises par manque de personnel qualifié (sage-femme entre autres) et d'infrastructures ;
- Le projet de visibilité du centre avec des plaques de signalisation en ville était prévu mais n'a pas été réalisé ;
- 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.) ;

- Il manque des formations de groupe en santé mentale (avec le Dr Dewez) qui facilitent les échanges d'expériences.

Conclusion :

Le centre de santé associatif de Moriady est une structure proche de la communauté mais qui garde une trop faible utilisation de ses services. Il se démarque par la prise en charge des maladies mentales et par une approche communautaire de très bonne qualité. Le paquet minimum d'activités, toujours incomplet, contraste avec la présence continue du médecin et d'une équipe motivée qui essaye d'être polyvalente pour élargir les activités.

Le Programme tient cependant compte des priorités pour le centre (dont entre autres le besoin d'un incinérateur) mais le responsable déplore une coordination du programme moins optimale actuellement qu'antérieurement. La conclusion finale est la même qu'en 2019 : 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. Les activités du centre sont :

- Consultations primaire curative
- Laboratoire
- Vaccination
- CPN
- PF
- Accouchements (environ 50/mois)
- Point de vente des médicaments
- PTME
- Prise en charge VIH et Tuberculose
- Nutrition des enfants.

Réalisations :

- Equipement et électrification de la maternité ;
- Finalisation du forage pour l'adduction en eau ;
- Formations en santé mentale (renforcement des capacités) et à la prévention Covid (via Comec-Gui) ;
- Prise en charge des malades mentaux et épileptiques ;
- Appui aux patients indigents et exclus des soins ;
- Appui en approvisionnement en médicaments pour la santé mentale
- Renforcement de la stratégie avancée en santé mentale ;
- Supervisions formatives lors des supervisions conjointes ;
- Distribution de savons et seaux pour les femmes enceintes ;
- Disponibilité de kits de lavage des mains ;
- Stage pratique de la sage-femme à Conakry sur la santé de la reproduction et le VIH ;

- Mise à disposition d'une prime mensuelle pour l'AC (environ 550.000 FG/mois) et d'une prime mensuelle pour le CS (550.000 FG/mois) qui est redistribuée au personnel qui assure les activités de santé mentale.

Faiblesses/besoins :

- Mauvaise élimination des déchets car manque un incinérateur ;
- Certains appareils de la maternité ne sont pas utilisés car pas reliés à l'électricité (oxygénateur, stérilisateur) ;
- Ruptures régulières en test VIH et en ARV ;
- Nécessité de primes complémentaires pour l'équipe de centre ;
- Fort turn-over du personnel (4 chefs de centre en 5 ans) ce qui ne facilite pas la continuité des activités ;
- Faible démarrage de l'AAPMM locale (pas encore fonctionnelle).

Conclusion :

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 secondaires entre autres à une augmentation des visites à domicile.

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 est une référence pour les autres CS non couverts par ce type de prise en charge.

On observe néanmoins depuis l'ouverture de sa maternité, un renforcement de ses activités de santé maternelle et infantile. Les taux d'utilisation de la CPN et des accouchements assistés sont très élevés. L'activité de PF démarre aussi positivement.

Le CS de Timbo demande une continuité des activités avec un renforcement des capacités sur les prises en charge en général, et spécifiquement en santé mentale.

Les besoins du CS sont:

- Besoin d'un cadre de concertation entre les différents centres que le projet appuie pour faciliter les échanges d'expériences et les résultats spécifiques au projet ;
- L'appui des CS pour la réinsertion socio-professionnelle ;
- Assurer la continuité des stratégies avancées avec l'ASC en santé mentale ;
- Besoin d'un appui au laboratoire qui est insuffisamment équipé ;
- Assurer la continuité de l'accès au kit d'accouchement pour les femmes enceintes (sceau et savon).

4.4. 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 :

- Amélioration des indicateurs de santé via le CS de Timbo : en 2019-20, amélioration des CPN et accouchements à Timbo avec une couverture de plus de 80% en CPN4. En

2021, pas de décès maternels. En 2020, 100% des femmes de la CPN4 ont accouché au CS. Le CS pourrait devenir un centre de référence SONUB ;

- Mise à niveau des connaissances par plusieurs formations ;
- La supervision des activités par l'équipe cadre, conjointement avec FMG (pour les supervisions programmées par FMG) ou pour le district (qui est trimestrielle) avec 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 de Timbo et d'autres centres de santé ;
- Utilisation de grilles de supervision (lors des supervisions conjointes) intégrant les volets santé mentale, VIH, personnes indigentes et maternité ;
- De nombreuses récupérations de patients avec problèmes de santé mentale grâce aux actions communautaires ;
- Le point focal santé mentale de la DPS bénéficie des formations FMG ;
- La construction de la maternité de Timbo et l'arrivée d'une sage-femme expérimentée ont nettement amélioré la prise en charge des femmes enceintes.

Faiblesses / besoins :

- La population couverte par Timbo est minime par rapport à la population de la Préfecture.
- Timbo est devenu le centre de référence pour les CS voisins. On pourrait soutenir un autre CS qui puisse lui-même servir de référence dans une autre zone de la préfecture.
- Pour la santé mentale, il est nécessaire d'élargir cette activité dans d'autres CS avec des lieux qui permettent l'accueil.
- Il y a une seule personne formée en santé mentale mais c'est insuffisant si cette personne n'est pas disponible. Il y a une nécessité de former d'autre personnel (des CS et de la DPS).
- 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.
- 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 la santé mentale à d'autres structures, élargir les formations à l'ensemble des personnels touchés par la prise en charge de la santé mentale et pallier aux ruptures d'intrants dans tous les CS. De façon plus spécifique, les besoins de la DPS sont:

- Ouvrir un nouveau centre de référence en santé mentale dans la Province ;
- Aider au développement des maternités dans les CS (comme à Timbo) ;
- Etendre le projet à plus de structures ;
- Aider à l'approvisionnement des médicaments en santé mentale ;
- Appuyer pour les intrants du VIH (tests, PTME).

4.5. Collège des Médecins Communautaires de Guinée (COMEC-GUI)

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 d'un bureau dans la coordination régionale de Labé et est appuyé par une ONG française. 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.

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).

Réalisations :

- Renforcement de la visibilité de COMEC-GUI avec un siège fonctionnel et le recrutement d'une assistance administrative ;
- Elaboration d'un projet pour doter les différents centres sur la prévention contre les infections (formation, kits sanitaires, enquête CAP face au Covid-19) ;
- Continuité de certains budgets pour assurer l'appui au fonctionnement de l'association (AG, réunions de coordination, réunions scientifiques, etc.), selon des activités centrées sur les axes prioritaires du programme : gouvernances, offre et demande. Dans ce cadre, il y a eu la formation des membres sur la vie associative ;
- Formation sur le développement organisationnel pour les 18 membres du collège ;
- Le programme a aussi aidé à l'élaboration du Manuel de procédures du Collège de COMEC-GUI ;
- Réunions tous les 3 mois des différents membres (18 membres) à travers la Plateforme de discussion sur la pratique médicale entre pairs ;
- L'accompagnement des 3 centres médico-communautaires sur la prise en charge de l'épilepsie. Ils vont travailler aussi dans deux de ces centres sur le dépistage de l'HTA et du diabète. ;
- Démarrage de supervisions internes entre pairs pour améliorer la qualité des services.

Faiblesses :

- Manque d'échanges d'expériences avec des autres associations similaires au niveau national (les ACS) ou international ;
- Certaines activités pertinentes ne savent pas être financées (sauf via des financements individuels des médecins) ;
- 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.

Conclusion :

Le projet FMG-Memisa a permis le lancement de COMEC-GUI sur base d'un fonds alloué pour couvrir des activités visant les 3 axes prioritaires du programme et selon le plan d'action de

l'association. Son développement passe aussi par la mise en réseau de cette association et la mise en place de plates-formes associatives et collaboratives.

En 2022, ils vont recevoir une formation sur la recherche-action avec Santé Sud et cela leur permettra de mener des recherches opérationnelles pour mieux documenter l'amélioration de l'accès aux soins par ces médecins en zones rurales. Cela permettra aussi au Collège de mieux capitaliser ses expériences (celles des médecins généralistes en milieu rural). C'est en effet un manque de capacités et de ressources qui freine ce processus de capitalisation et donc de plus grand développement de l'association.

4.6. Actions concertées pour la santé (ACS)

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). Les membres de l'association sont au nombre de 17 (au lieu de 19 en 2019).

Réalisations :

- Organisation de réunions thématiques : sur la détresse respiratoire (octobre 20), la Covid-19 (mai 20), le rapport SNIS révisé (juillet 20), la recherche des PTF (juin 20). Le projet appuie le fonctionnement des réunions (collations, supports, connexion internet et primes des formateurs). Il y en a eu moins qu'en 2018 et 2019 (en 2018 : 8 réunions techniques et 4 rencontres thématiques ; en 2019 : 6 réunions techniques et une rencontre thématique sur le montage des projets). En 2021, seules deux réunions thématiques (dont une en mai 2021 sur le management des organisations) ont été financées par le projet (par manque de ressources), alors qu'ils devraient en tenir une par trimestre.
- Organisation de réunions techniques et visite du CS : cela se fait dans les structures sanitaires partenaires pour présenter le rapport d'activités du CS, suivi d'une discussion pour harmoniser la prise en charge des patients. Ces réunions abordent aussi le suivi du projet FMG/Memisa. En 2021, ces réunions n'ont plus été financées par le projet.
- Soutien à la collecte des données statistiques des 17 CS au sein de l'ACS.
- Financement de la connexion Internet via des clés mobiles pour chaque CS.
- En décembre 2020, le réseau ACS a rencontré le Collège des médecins communautaires de Labé et ils ont abordé la capitalisation des données. La prochaine rencontre est prévue en décembre 2021.
- Il reste deux activités à mener d'ici la fin du programme :
 - o Un atelier sur la santé de la reproduction (et spécifiquement la PF)
 - o La journée de dépistage des FR chez les femmes enceintes
- L'association bénéficie d'autres partenariats et est partie prenante dans le projet européen actuel puisque ses CS sont repris comme bénéficiaires. Le projet UE a boosté le réseau. Tous les membres ont un moyen de déplacement, les structures sont équipées en matériel PCI, il y a eu un nouveau forage dans un CS, la formation de formateurs, l'accès au fonds d'indigence, ...

- L'association a accueilli une visite de prospection de Domus Medica (réseau de médecins de familles de Flandre). Un projet pourrait être développé par la suite.

Faiblesses :

- Le budget d'appui est dégressif avec les années ce qui limite les activités ;
- Le réseau manque de ressources de fonctionnement car tous les membres sont bénévoles (et que les CS n'assurent pas leurs cotisations). L'association n'arrive pas à développer des activités génératrices de revenus propres (sur base de l'extension d'examen paracliniques dans les CS) pour assurer la pérennisation des activités ;
- L'association a voulu mettre en place une plate-forme sur le partenariat public-privé ; mais cela n'a pas fonctionné car les acteurs du privé se sont opposés au fait que les ACS prennent le leadership en la matière ;
- Les membres voudraient disposer de tablettes aux niveaux des CS pour faciliter l'encodage du dossier médical partagé et la centralisation des données. En effet, sur base de ce matériel informatique et du logiciel (compatible avec le DHISII), un formateur de FMG serait disponible pour appuyer la mise en œuvre dans les CS.

Conclusion :

Le partenariat entre l'ACS et FMG-Memisa permet le financement partiel du PAO de l'organisation, basé sur un protocole d'accord. Mais en fin de programme, l'appui est trop faible pour mener les activités programmées. L'ACS essaye de diversifier ses partenaires mais le moteur reste toujours FMG (et secondairement le programme FMG/Memisa).

Les besoins actuels de l'association sont :

- De bénéficier d'un appui à l'approvisionnement en médicaments génériques pour soigner les infections opportunistes dans les structures ;
- D'assurer la continuité du fonds indigent de l'UE (après mars 2022) ;
- De bénéficier d'appuis pour l'organisation des réunions thématiques (formation continue des membres des ACS) et techniques ;
- Des besoins d'incinérateurs (au moins 4) au sein des ACS.

5. Conclusion et recommandations

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.

Le projet FMG-Memisa en Guinée a atteint les objectifs du programme 2017-21. Les recommandations pour le futur programme et les partenariats ci-dessous ne peuvent être envisagés que pour une phase suivante de 5 ans :

5.1. Pour le programme

1. Elargir les interventions à d'autres structures pour rapprocher les services des bénéficiaires et développer les services santé mentale, santé de la reproduction, prise en charge du VIH et PTME ;
2. Renforcer les structures partenaires à développer les activités de santé de la reproduction (CPN, accouchements, PF, PTME) ;
3. Faire un plaidoyer auprès des DPS pour maintenir le personnel formé en place (contrat moral par rapport aux structures soutenues par le projet) ;
4. Etendre la prise en charge des personnes vulnérables pour « engendrer » les stratégies de la CSU. Le gouvernement fait la promotion de la CSU avec des projets pilotes dont les fonds d'indigence, des missions de prospection et d'échanges avec les pays voisins, la mise en place d'assurances maladies pour les fonctionnaires, ... Le Programme pourrait être un levier pour faciliter et développer ces stratégies à plus grande échelle ;
5. Développer les associations à base communautaire et les aider à se mettre en réseau ;
6. Renforcer l'appui aux thèmes transversaux dont le genre, par une analyse des déterminants d'inégalité d'accès aux soins liés au genre et d'essayer d'y remédier ; et l'intégration de modules genres dans la formation des professionnels intégrant les violences faites aux femmes et le rôle des CS dans leur prise en charge ;
7. Assurer une meilleure continuité des formations et du renforcement des capacités des agents de santé et ASC ;
8. Former les agents des structures primaires et des hôpitaux aux TIC et à un cadre de communication « digital » pour faciliter la gestion des références et contre-références et développer la digitalisation du dossier médical des centres de santé partenaires et profiter du démarrage de la digitalisation dans 13 centres de COMEC-GUI pour élargir l'initiative ;
9. Prévoir des appuis/centres de réinsertion pour les malades améliorés afin de favoriser leurs réinsertions socio-professionnelles ;
10. Favoriser des réunions d'échanges et de concertation entre les structures appuyées par le programme ;
11. Assurer la continuité des supervisions trimestrielles conjointes entre l'équipe du projet et les DPS et favoriser la prise en compte des indicateurs (santé mentale et autres) par les districts sanitaires (actuellement, 4 DPS sur 6 intègrent ces indicateurs) ;
12. Assurer un plaidoyer auprès du Ministère pour l'intégration de ces indicateurs dans le SNIS national, lors de revues nationales des indicateurs.

5.2. Pour le partenariat

13. Assurer la continuité de l'appui et des partenariats après 2021 ;
14. Memisa devrait cependant mieux préciser ses objectifs d'implantation en Guinée : est-ce via un partenariat exclusif avec FMG, avec d'autres partenaires ou via d'autres modes de collaboration (reconnaissance du statut d'ONG internationale en Guinée) ?
15. Travailler sur l'adhésion d'autres partenaires afin de répondre aux besoins d'accompagnement des structures de prise en charge psychosociale dans les centres,

de prise en charge des violences basées sur le genre et d'intégration de la santé mentale en général. Concernant la prise en charge des malades psychiatriques, il y a aussi besoin de « faire bouger les choses » ;

16. Favoriser des échanges d'expériences entre composantes du Programme et par rapport à des initiatives nationales. Cela passerait par exemple par plus de visites de terrain (des mutuelles, des plates-formes de professionnels, entre les CS, etc.) pour favoriser l'échange et le transfert d'expériences ;
17. Renforcer les synergies entre les plates-formes associatives soutenues : entre le Collègue des médecins communautaires privés et l'ACS ; entre PPSOGUI et le projet fonds d'équité ; entre les CS publics et les CS associatifs ; etc.
18. Assurer une bonne communication sur le nouveau programme DGD.

Annexes

Annexe 1. Termes de référence

1. Objectifs

L'évaluation finale est une évaluation qui livre une analyse sur l'ensemble du programme MEMISA MSV au Bénin, Guinée et Mauritanie avec une perspective d'avenir, de «l'après-programme» et des actions futures à entreprendre.

De manière plus concrète, l'évaluation devra :

- 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 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.

En particulier, pour l'évaluation finale (AR 11/09/2016, art 44) :

- Memisa doit rendre compte sur l'atteinte des résultats. L'évaluation finale a pour objectif principal d'apprécier l'atteinte de tous les outcomes à la fin de l'intervention.
- L'évaluation finale respecte les critères déterminés par le CAD.

Les autres objectifs de cette évaluation finale seront :

6. Données du cadre logique et de la réponse managériale
 - a. Faire un suivi des recommandations à mi-parcours – réponse managériale et son suivi
 - b. Apprécier l'évolution de 2 indicateurs (taux de satisfaction et dépenses catastrophiques) à travers le rapport de l'enquête de satisfaction communautaire qui a été réalisée
 - c. Evaluer les indicateurs « finaux » du programme
7. Coordination de la mise en œuvre et collaboration FMG – Memisa
 - a. Evaluer la collaboration / partenariat Memisa-FMG
 - b. Evaluer les dispositifs de coordination mis en place
 - c. Analyser la plus-value des engagements des AT (médecin SP et administrateur finance) intégrés à FMG à Conakry et en renforcement à l'équipe de Labé
 - d. Evaluer le fonctionnement du projet (responsabilités équipes de Labé et de Conakry, articulation entre le programme DGD et le projet UE)
 - e. Analyser les conséquences de certains choix stratégiques
8. La santé mentale
 - a. Analyser l'intégration de la santé mentale dans le système de santé local
 - b. Evaluer le volet communautaire de la santé mentale et le rôle des agents de santé communautaires dans ce domaine et dans d'autres (vaccination, santé mère-enfant, ...)
 - c. Analyser la plus-value de l'intégration des associations à base communautaire (« amis des malades mentaux »)
 - d. Evaluer la prise en compte des thèmes transversaux

9. Collaborations
 - a. Analyser les synergies avec d'autres partenaires
 - b. Collaboration avec les autres partenaires locaux : Comec-Gui et ACS
 10. Recommandations nouveau programme
 - a. Donner des orientations/propositions pour la mise en œuvre du nouveau programme 2022-2026
- Appuis aux autres initiatives locales
 - Autres points amenés par les bénéficiaires

L'évaluation essayera de bien faire la distinction entre le Programme DGD (Memisa-FMG) et celui financé par l'UE (Memisa) qui intègre 10 CS pour renforcer l'accès aux soins essentiels des plus vulnérables et qui se terminera en février 2022. De tous ces objectifs, l'évaluation doit aider Memisa à mieux définir les stratégies à opérationnaliser dans le prochain Programme.

2. Approche Méthodologique

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, l'expert évaluateur doit rencontrer l'ensemble des acteurs concernés par l'intervention. Il procédera à une évaluation du niveau des résultats atteints dans l'intervention, sur base du cadre logique, ainsi que de la pertinence des stratégies déployées à un niveau plus global ; il vérifiera 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 l'évaluation 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.

Dans cet objectif, l'évaluation proposée est basée sur la réalisation d'entretiens en profondeur avec des " informateurs clés" et l'organisation de focus-groupes pour obtenir des informations représentatives des différents acteurs, sans oublier les spécificités socioculturelles des groupes clés du projet (autorités, équipes d'encadrement des zones et hôpitaux et société civile).

Pour l'implication des différents acteurs, la stratégie mise en œuvre consistera à leur faire comprendre que l'évaluation finale s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue des activités et surtout, elle a un caractère de redevabilité.

2.2. Portée de l'évaluation

L'évaluation a comme objectif d'analyser l'atteinte des résultats finaux et le suivi des recommandations intermédiaires. Pour analyser les résultats obtenus depuis l'évaluation intermédiaire, il est prévu de rencontrer la majorité des institutions et partenaires visités lors de l'évaluation intermédiaire :

- MEMISA
- FMG
- Ambassade de Belgique en Guinée
- Antenne de coordination à Labé
- Centre de santé associatif de Hafia Minière
- Equipe cadre de district sanitaire de Mamou
- Représentant du Collège des médecins généralistes communautaires

- Centre de santé de Moriady
- Centre de santé de Timbo
- Représentants de l'association des parents et amis de malades mentaux de Labé
- Actions concertées pour la santé (ACS)

L'évaluation portera tant sur les indicateurs « classiques » d'évaluation de fin de programme mais aussi portera un regard critique sur les nouvelles stratégies du futur Programme Memisa/FMG.

Comme une innovation qui apporte une importante valeur ajoutée dans l'évaluation finale, nous proposons inclure le calcul du retour des investissements en termes d'impact social (SROI) sur les fonctions, le rôle, la valorisation et la place des agents de santé communautaires (principalement concernant la santé mentale à ce stade) comme intermédiaire entre le système de santé et les familles/malades. L'idée serait de récolter les données exclusivement sur base de l'expérience du CS associatif de Hafia Minière (rencontre avec les agents de santé communautaire de Hafia, Moriady et Timbo ainsi que des bénéficiaires dans les 3 endroits).

Concernant l'analyse des synergies entre partenaires, il est important de voir l'ambassade de Belgique ; une viséoconférence pourrait être envisagée éventuellement avec Dream/Sant'Egidio. La collaboration avec Enabel, Action Damien et l'IMT s'est développée dans le cadre du projet UE.

2.3. Éléments spécifiques à évaluer

- Suivi des recommandations de l'évaluation intermédiaire
- Analyse des avancées du Programme (succès/échecs) à partir de l'évaluation intermédiaire.
- Analyse des effets de la crise Covid-19 sur les activités et l'atteinte des résultats.
- Appropriation par les gestionnaires et professionnels de l'aide technique et la formation apportée dans les missions d'accompagnement réalisées.
- Amélioration des capacités organisationnelles.
- Analyse du renforcement du partenariat avec FMG
- Relations avec le Système de Santé
- Capacité de réaction dans des situations de crise et mécanismes de renforcement de la capacité institutionnelle.
- Prise en compte des stratégies dans le nouveau programme (soumis à la DGD en juillet 2021).
- Analyse SROI du rôle des agents de santé communautaire.

2.4. Documents à consulter

- Rapport de supervision trimestrielle des structures partenaires du projet FMG-MEMISA-UE, Zone de Conakry-Kindia-Maferinyah, (Janvier – Février - Mars 2021)
- Capitalisation des expériences en Guinée
- GUIDE DE SUPERVISION INTEGREE DES STRUCTURES SANITAIRES
- Suivi évaluation des Activités du Projet FMG – MEMISA - UE
- Rapport de formation en santé mentale – juin 2021
- Expérience de prise en charge des plus démunis : Mise en place d'un fonds pour les indigents – octobre 2020
- Guide de mise en place d'un dispositif d'accès aux services gratuits ou à moindre coût pour les plus vulnérables
- FMG-Memisa Guinée, Rapport de mission, 14 juin-2 juillet 2021
- Suivi & préparation évaluation externe Programme DGD 2017-21.
- Rapport de l'enquête de satisfaction
- Autres documents accessibles sur
- <https://memisa.sharepoint.com/:f:/s/GUINEE/EoQOKiCYKL9Jv76GJ7mCMIABvr1jGuaU1pAXQZvETxcGCw?email=yves.coppieters%40ulb.be&e=ui3hbF>

2.5. Livrables

- Chronogramme complet et détaillé de l'évaluation finale
- Suivi des recommandations de l'évaluation intermédiaire
- Première version du rapport de l'évaluation finale et recommandations suivant la structure décrite pour le rapport de l'évaluation intermédiaire
- Version finale du rapport de l'évaluation finale, après réception des commentaires et des remarques transmises par Memisa-FMG et qui peuvent compléter ou modifier le rapport, à discrétion des évaluateurs.
- Rapport de l'analyse SROI sur les agents communautaire (Cf. ci-dessus)
- Une présentation du rapport définitif par vidéoconférence

Calendrier

Il est prévu de réaliser le travail sur site la première semaine du mois de novembre 2021. Les consultants Dr Yves Coppieters se déplacera en Guinée dans ces dates pour réaliser la mission sur site.

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 derniers rapports disponibles).
- 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).

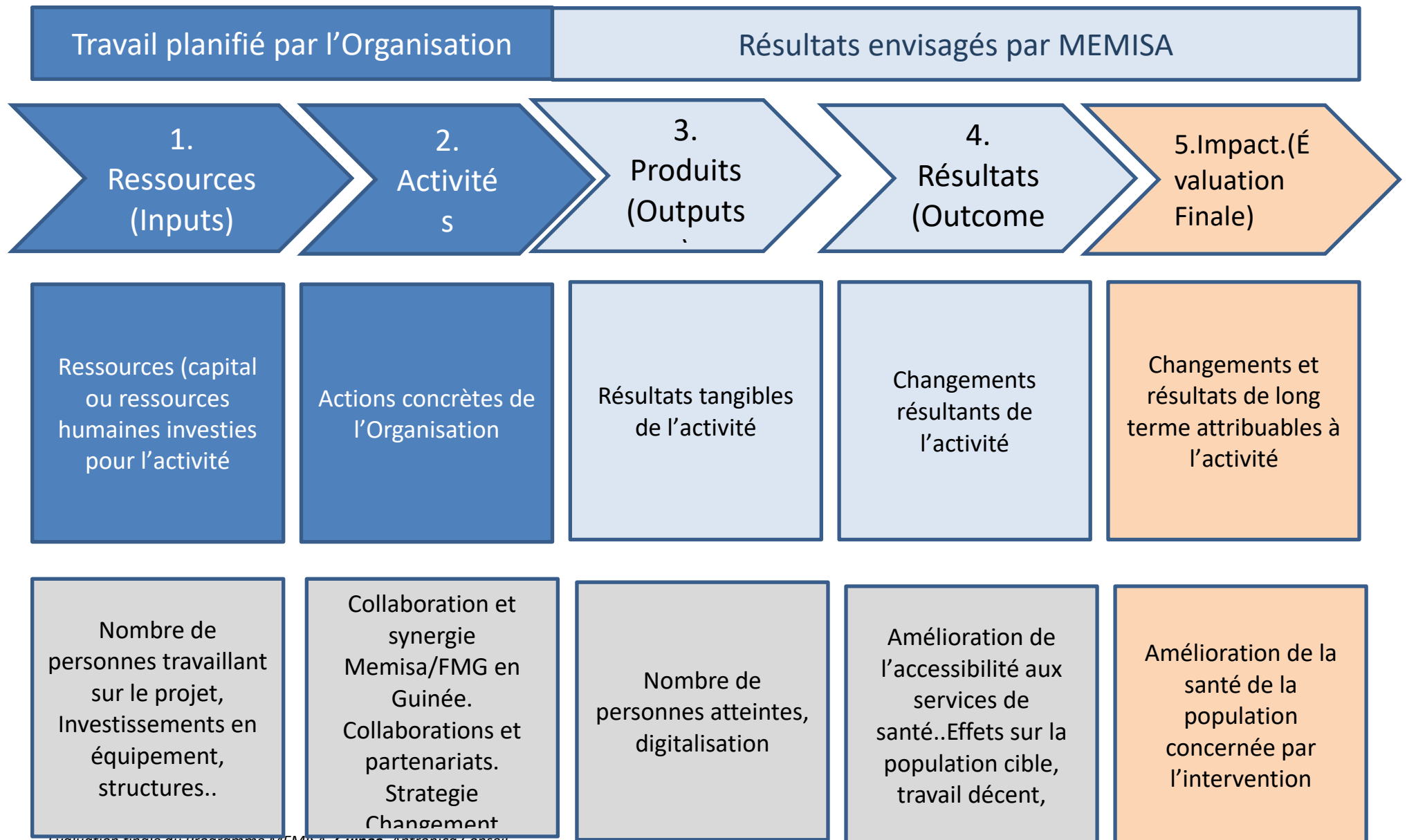
2.6.6. Validation et contrôle de qualité de l'information

Aussi bien les concepts initiaux 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

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 con 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'efficience 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	
	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 auto évalué ?	

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 1^{er} novembre	Rencontre avec la Direction de FMG	- Dr Diallo Mouctar, Directeur des Programmes - Dr Balde Mamadou Korka, assistant médical du projet FMG MEMISA UE
	Rencontre équipe du Centre Hafia Minière	- Dr Sy Amadou Oury, responsable de la prise en charge des malades mentaux et épileptiques - Dr Sylla M'mah, chef de centre du CSA Hafia Minière
Mardi 2 novembre	Visite du centre de santé de Moriady et rencontre avec l'équipe du CSA de Moriady	- Dr Diallo Hamidou, Chef du Centre - M. Soulemame Deen Diallo, agent communautaire
	Echange avec Agent santé communautaire et bénéficiaires	
Mercredi 3 novembre	Rencontre avec équipe l'équipe du projet / coordination de Labé	- M. Mamadou Kaly Drame, sociologue et coordonnateur du projet FMG/Memisa - 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. - Voir liste des présences pour les autres personnes présentes
	ASC	- M. Camara Souleymane Aissata, agent de santé communautaire du CS urbain de Pita - M. Alphaduo Barry, agent de santé communautaire du CS Timbo
	AAPMM	- M. Mamadou Tahilou Diallo, président AAPMM de Labbé - M. Abdoul Wahab Bah, président AAPMM de Pita
	DPS Mamou	- Dr Mariama Kankalabé Diallo - Dr Camara Lansana, ancien chef du CS de Timbo

	Prestataires du CS de Timbo	- M. Camara Mamadoubah Fodé, agent suppléant chef de centre - Mme Bah Fatoumata, sage-femme du CS de Timbo - Dr Camara Lansana, ancien chef du CS de Timbo - Dr Barry Abdoulaye Agibou, médecin au CMA de Timbimadina (région Mamou, préfecture Pita)
	COMEC-GUI	- Dr Barry Abdoulaye Agibou, président
Jeudi 4 novembre	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 5 novembre	Rencontre avec la DPS de Labé	- Dr Abdoulaye Sow, Directeur FMG
	Visite Ambassade de Belgique	- Mme Marie-Goretti Nyirarukundo, Premier secrétaire - Coopération
	Rencontre ASC Hafia Minière	- M. M. Diallo Amadou Lamarala, ASC du CSA Hafia Minière

	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 - Dr Sylla M'mah , chef de centre du CSA Hafia Minière - Dr Baldé Al Hassane, secrétaire général du réseau - Dr Diallo Mamadou Oury, secrétaire chargé aux affaires sociales
--	--	--