

TERMES DE RÉFÉRENCE SPÉCIFIQUES – PARTIE A

Evaluation à mi-parcours du

Programme d'Appui au Renforcement du Système de Santé (PASA2)

Contrat Cadre SIEA-2018-7884 LOT 4-Human development and safety net EuropeAid/138778/DH/SER/multi

Numéro de référence CRIS/OPSYS: 2017/038-623

Pouvoir adjudicateur : Délégation de l'Union européenne en Guinée

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | CONTEXTE | 2 |
| 1.1 | CONTEXTE DU PAYS / DE LA REGION / DU SECTEUR CONCERNE(E) | 2 |
| 1.2 | LES INTERVENTIONS A EVALUER | 3 |
| 1.3 | PARTIES PRENANTES DE L'INTERVENTION | 7 |
| 1.4 | AUTRES INFORMATIONS DISPONIBLES | 11 |
| 2 | DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION COMMISSIONNÉE | 11 |
| 2.1 | OBJECTIF DE L'ÉVALUATION | 11 |
| 2.2 | SERVICES REQUIS | 12 |
| 2.3 | PHASES DE L'ÉVALUATION ET LIVRABLES REQUIS | 15 |
| 2.4 | ORGANISATION DU CONTRAT SPECIFIQUE ET METHODOLOGIE (OFFRE TECHNIQUE) | 20 |
| 2.5 | GESTION ET PILOTAGE DE L'ÉVALUATION | 21 |
| 3 | LIEU ET DUREE | 21 |
| 3.1 | PLANIFICATION, Y COMPRIS LA PERIODE DE NOTIFICATION POUR LE PLACEMENT DE PERSONNEL | 21 |
| 4 | EXPERTISE REQUISE | 22 |
| 5 | RAPPORTS | 22 |
| 5.1 | UTILISATION DU MODULE EVAL PAR LES EVALUATEURS | 22 |
| 5.2 | NOMBRE D'EXEMPLAIRES DU RAPPORT | 22 |
| 5.3 | FORMAT DES RAPPORTS | 22 |
| 6 | SUIVI ET EVALUATION | 22 |
| 6.1 | CONTENU, CALENDRIER ET SOUMISSION DES RAPPORTS | 22 |
| 6.2 | COMMENTAIRES SUR LES LIVRABLES | 22 |
| 6.3 | ÉVALUATION DE LA QUALITE DU RAPPORT FINAL ET DU RESUME EXECUTIF | 22 |
| 7 | INFORMATIONS PRATIQUES | 23 |
| | ANNEXE I : CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE SPÉCIFIQUES | 24 |
| | ANNEXE II : INFORMATIONS À FOURNIR À L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION | 25 |
| | ANNEXE III: STRUCTURE DU RAPPORT FINAL ET DU RÉSUMÉ EXÉCUTIF | 26 |
| | ANNEXE IV: PLAN DE TRAVAIL | 28 |
| | ANNEXE V : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITE | 29 |
| | ANNEXE VI : MATRICE CADRE LOGIQUE (LOGFRAME) DE L'(LES) INTERVENTION(S) ÉVALUÉE(S) | 33 |
| | ANNEXE VII : LES CRITERES D'ÉVALUATION | 57 |

1 CONTEXTE

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

La République de Guinée est un pays en voie de développement qui se situe en Afrique de l'Ouest. Sa population est estimée à 12 907 395 millions d'habitants en 2021. Le pays a fait reculer le taux de pauvreté passant de 55,2% en 2012 à 44% en 2019. L'espérance de vie à la naissance est passée de 58.8 ans en 2014 à 60.6 ans en 2020. L'Indice de développement humain (IDH) s'est accru de l'ordre de 40% (en 20 ans) entre 2000 (0,340) et 2019 (0,477).

Aujourd'hui plus de 40% de la population de Guinée vit dans des zones urbanisées (dont la moitié dans l'agglomération urbaine de Conakry). Le pays se caractérise par une population extrêmement jeune (près de 45% de la population a moins de 15 ans) et (ii) occupe les positions suivantes : 175ème sur 189 pays selon l'Indice de Développement Humain du PNUD (Rapport 2018), 156ème sur 190 pays dans le classement Doing business de la Banque mondiale (Rapport 2020) et de 130ème sur 180 pays dans le classement Indice de Perception de la corruption de Transparency International (Rapport 2019).

Suite à l'évaluation de la mise en œuvre du Plan National de Développement Économique et Social (PNDES) 2016-2020, le gouvernement de la République de Guinée prépare le nouveau PNDES 2021-2025 afin de favoriser une croissance plus forte et plus inclusive et de réduire la pauvreté. Au même moment, le 05 septembre 2021, un coup d'Etat Militaire est intervenu pour une transition, qui aboutira au retour constitutionnel après mis en place des institutions démocratiques durables.

La République de Guinée a souscrit à la Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires (SSP) en 1978. La mise en œuvre de cette stratégie a permis la mise en place d'un paquet de soins essentiels orienté vers la mère, l'enfant, les affections courantes et la fourniture de médicaments essentiels.

En 2014, le Gouvernement guinéen s'est orienté vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. La stratégie de financement de la santé orientée vers la couverture sanitaire universelle développée en 2014 s'inscrit comme une composante de la politique plus large de protection sociale du pays et vise principalement (i) le développement de l'offre de santé de sorte à l'accroître et à mieux la distribuer sur l'étendue du territoire, et (ii) une avancée vers l'assurance maladie universelle comme moyen de protéger la population contre les dépenses catastrophiques de santé et l'exclusion. La mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé vers la CSU est guidée par, en particulier la réaffirmation de l'approche des soins de santé primaires basé sur les stratégies de santé communautaire en vue de favoriser : l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé.

A la fin de l'année 2015, également dans le contexte post-Ebola, le Gouvernement a adopté la Politique nationale de santé (PNS) à l'horizon 2024 visant la couverture sanitaire universelle et l'amélioration de l'état de santé des populations. L'instrument de mise en œuvre de cette politique est le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024. Ils se traduisent en plans triennaux, et en Plans d'Action Opérationnels (PAO) des services centraux, des programmes/projets, des Directions régionales et préfectorales de la santé et des Hôpitaux nationaux. ,

Le PNDS vise trois (3) axes stratégiques :

- (i) Renforcement de la prévention et la prise en charge des maladies et situations d'urgence
- (ii) la promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées
- (iii) le renforcement du système de santé en particulier - au niveau préfectoral et communautaire, - avec un financement adéquat pour assurer un accès universel aux soins de santé, - le développement des ressources humaines de qualité, - du système d'information sanitaire et de la recherche en santé, - amélioration de l'accès aux médicaments et des produits de santé ainsi que - le renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire

La stratégie nationale vise trois domaines clés de réforme institutionnelle : (1) la réforme de l'organisation du système ; (2) l'adaptation du cadre juridique et (3) la réforme hospitalière.

Les PTF santé, sous la présidence de l'OMS se réunissent régulièrement une fois par mois, ce qui permet d'aborder les problèmes et défis, d'échanger et partager l'information sur la situation sanitaire, sur les projets de PTF et tous les points pertinents du secteur. L'efficacité et utilité de ces rencontres dépend de la volonté de partenaires de partager l'information et de collaborer.

Durant les cinq premières années de mise en œuvre dudit PNDS, des résultats encourageants ont été produits, entre autres : (i) la réduction de la prévalence du paludisme de 44% en 2012 à 15% en 2016 ; (ii) la réduction du taux de mortalité maternelle, passée de 724 en 2012 à 550 pour 100 000 naissances vivantes en 2016. (iii) la part du ministère de la Santé dans le budget national a considérablement augmenté au cours des 3 dernières années pour atteindre une moyenne de 7,5% entre 2018 et 2020. Il s'agit d'une augmentation encourageante mais qui reste faible par rapport aux besoins. L'augmentation de la part du budget du ministère de la Santé restée inférieure à l'augmentation du budget national, traduisant ainsi un manque de cohérence entre les priorités du PNDS et les allocations budgétaires. ;

Malgré les efforts entrepris par l'Etat, les récentes évaluations ont mis en exergue des insuffisances dont entre autres : (i) la faible utilisation des services de santé essentiels de base et (ii) la proportion des enfants jamais vaccinés qui a doublé et passe de 11% en 2012 à 24% en 2018), (ii) la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié est passé de 57% en 2012 à 35,3% en 2019 et (iii) Les paiements directs des ménages en proportion des dépenses totales en santé en 2019 représente 56,6%, la part du financement du Gouvernement est de 15,%, celle des partenaires internationaux de santé est de 15,0%, et celle des autres sources 13% (dont 2,5% assurance santé). D'après ces résultats, la charge du financement de la santé est essentiellement portée par les ménages qui au départ est pauvre dans sa grande majorité. La faible couverture des populations par les mécanismes d'assurance maladie, soit en moyenne 2,5% de la dépense totale de santé en 2018. L'absence d'une couverture adéquate étant un facteur direct d'appauvrissement.

Bien que l'économie a été résiliente (7.0% de croissance en 2020, le pays a également subi l'impact de la pandémie du COVID-19. La crise s'est traduite par la relance de l'inflation (10.4% en 2020 contre 9.1% en 2019) et des moins-values dans les recettes courantes (12,5% du PIB en 2020 contre 14.4 en 2019."

1.2 Les interventions à évaluer¹

| | |
|--|--|
| Titres de les interventions à évaluer | <ul style="list-style-type: none"> • Programme d'appui au secteur santé en Guinée (PASA-2) • PASA2-GIZ (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FUR INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT (GIZ) GMBH • PASA2-EF (AGENCE FRANCAISE D'EXPERTISE TECHNIQUE INTERNATIONALE) • Contrat de Services pour la Communication et Visibilité du Programme Santé en Guinée (AFREECOM SARL) |
| Budgets de les interventions à évaluer | <ul style="list-style-type: none"> • PASA2 programme 26 350 000 euro (Contribution UE 23 000 000) • PASA2 – GIZ 11 000 000 euro • PASA2 – EF 11 500 000 euro • Contrat de services pour la Communication et Visibilité du Programme Santé en Guinée 190 150 euro |
| Numéros CRIS de les interventions à évaluer | <ul style="list-style-type: none"> • PASA2 programme 2017/038-623 • PASA2 – GIZ - FED/2019/407-384 • PASA2 – EF – FED/2019/410-723 • Contrat de services pour la Communication et Visibilité du Programme Santé en Guinée - FED/2021/422-680 |

¹ Les projets et programmes à évaluer sont ci-après dénommés 'actions'.

Dates de les interventions à évaluer

- PASA2 programme - Début : 28/02/2018- Fin : 28/02/2025
- PASA2 – GIZ – 31/07/2019 -30/10/2022
- PASA2 – EF – 30/10/2019 – 27/02/2023
- Contrat de services pour la Communication et Visibilité du Programme Santé en Guinée – 25/02/2021 – 28/02/2023

I. Le **Programme d'Appui au renforcement du système de Santé (PASA2)** poursuit le Programme d'Appui à la Santé (PASA1) sur le renforcement du système national de santé, des services déconcentrés et décentralisés, dans la région administrative de Nzérékoré et deux préfectures avoisinantes : Kérouané et Kissidougou. Le programme PASA2 d'une durée opérationnelle de 5 ans a été signé avec le Ministère de l'Economie et des Finances le 29 Février 2018. *L'objectif principal du programme PASA2 - L'état de santé des mères et des enfants de moins de cinq ans est amélioré - vise à renforcer la gouvernance du secteur de la santé afin d'améliorer l'accès de la population à des soins de santé de base de qualité qui permettront de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé maternelle ainsi que sa résilience aux crises à travers trois objectifs spécifiques :*

- 1) *Objectif spécifique 1* : La performance du ministère de la santé en matière de gouvernance, gestion financière et gestion des ressources humaines² est améliorée;
- 2) *Objectif spécifique 2* : l'utilisation des services de santé par les mères et les enfants de moins de cinq ans est augmentée dans la région de N'Zérékoré ainsi que les préfectures sanitaires de Kérouané et Kissidougou » et
- 3) *Objectif spécifique 3* : l'infrastructure sanitaire dans la région cible est amélioré.

Les résultats attendus sont :

Résultat 1.1. : Les capacités institutionnelles du ministère de la santé sont renforcées (**volet 1 – EF et GIZ**)

- (i) gestion financière (EF)
- (ii) gestion des ressources humaines (GIZ)
- (iii) gouvernance et leadership du secteur et coordination (EF et GIZ)

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

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

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

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

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

Pour appuyer le système de santé de façon durable et holistique et augmenter sa performance, la stratégie du programme consiste à intervenir à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, notamment au niveau central, régional et préfectoral (district de santé), ainsi qu'au niveau communautaire. Le projet inclut un volet de renforcement institutionnel au niveau central, et un volet de renforcement opérationnel au niveau

² OS1 : Gouvernance et gestion des ressources humaines confiées à la GIZ

déconcentré, en faveur de la qualité de l'offre de soins et de l'amélioration de l'infrastructure sanitaire dans la zone cible.

PASA2 est mis en œuvre à travers la coopération déléguée avec deux agences d'États membres de l'Union européenne, GIZ et Expertise France. Le budget du projet est composé d'un financement de l'Union européenne de 23 millions euros, d'un cofinancement de l'Allemagne (Ministère pour la Coopération et le Développement (BMZ) à hauteur de 2,350 millions euros et un cofinancement de la France (Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères et Ministère des Solidarités et de la Santé) à hauteur de 1 million euros, pour un total de 26,350 millions euros. Sur cette enveloppe, la coopération allemande (GIZ) met en œuvre une enveloppe de 13,350 millions euros et Expertise France une enveloppe de 12,5 millions euros.

II. PASA2 – GIZ

L'action s'inscrit dans les objectifs et priorités de la CF du PASA2 et ensuite se base sur les enseignements tirés du PASA1 (cofinancé par le 10ème FED et l'AFD) en appui à la santé, et du programme d'appui à la consolidation de l'Etat (SBC I et II), ainsi que les expériences et bonnes pratiques du PSRF1 de la GIZ et en synergie avec les autres composantes du PSRF2.

L'objectif principal de l'action est de contribuer à l'atteinte de l'**objectif spécifique 1** « La performance du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique en matière de gestion des ressources humaines et de coordination est améliorée » et de l'**objectif spécifique 2** « L'utilisation des services de santé par les mères et les enfants de moins de cinq ans est augmentée dans la région de N'Zérékoré ainsi que les préfectures sanitaires de Kérouané et Kissidougou » du programme PASA 2.

Les **résultats attendus** correspondant à ces objectifs sont :

Résultat 1.1. (R1.1) : Les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, notamment en termes de gestion des ressources humaines, et en termes de coordination du secteur sont renforcées (volet 1).

Résultat 1.2. (R1.2) : Une approche nationale de santé communautaire et une stratégie nationale d'agents de santé communautaires sont développées et testées sur le terrain, notamment dans la zone cible du projet (volets 1 et 4).

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

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

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

Le renforcement du niveau central par l'action est consolidé par un appui substantiel et cohérent au niveau des districts et de la région sanitaire, et par une implication des collectivités locales. Un système fonctionnel de districts sanitaires est considéré comme un préalable incontournable pour améliorer l'état sanitaire de la population. Afin d'y parvenir, l'action mettra l'accent sur le renforcement des capacités au niveau de la région et des districts sanitaires pour une meilleure coordination des activités, pour la gestion des RHS et pour l'amélioration de la qualité et disponibilité/accessibilité des services, avec un accent sur la santé femme/mère/enfant.

L'approche communautaire dans le système de la santé constitue une des priorités de la PNS et s'inscrit dans la politique nationale de décentralisation et de développement local (PNDDL), et la PNSC.

Le projet sera mené en complémentarité avec un deuxième programme d'appui budgétaire de l'UE du type SBC II, dont les indicateurs de performance relatifs au financement du système de santé, à la disponibilité des agents de santé à l'intérieur du pays et à la santé maternelle et infantile contribuent à stimuler et renforcer la mise en œuvre des interventions du PASA2.

L'action vise indirectement le renforcement et le maintien des capacités de surveillance et réponse aux urgences de santé publique, par une étroite collaboration technique avec les autres partenaires tels que l'OMS, UNICEF, et les ONG CRF, Alima et SFCG, financé par l'UE et ECHO dans le cadre de la riposte contre le COVID-19, la résurgence d'Ebola, épidémies de fièvre jaune, Marburg et Fièvre Lassa.

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

L'action renforcera la participation des filles et des femmes dans la prise de décisions concernant leur santé et celle de leur famille, leur accès aux services et soins de santé reproductive – y inclut des services spécifiquement développés pour répondre aux besoins des adolescents. Il promouvra l'égalité entre hommes et femmes par une intégration renforcée des garçons et des hommes dans l'éducation sanitaire, sexuelle et reproductive.

III. PASA2 – EF

Au niveau central, le projet vise le renforcement des capacités en matière de gouvernance, de leadership, de coordination dans les domaines clés du système, notamment la coordination du secteur, la gestion des finances publiques et des ressources humaines. L'appui institutionnel sera mis en œuvre à travers un partenariat fort avec les directions nationales et les services techniques du Ministère de la santé, mais également à travers une collaboration avec les autres ministères impliqués, i.e.: Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, le Ministère du Travail et de la Fonction publique, le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation, le Ministère du Budget. En plus, la coopération étroite avec les autres partenaires intervenant au niveau institutionnel est nécessaire pour la complémentarité et la continuité des interventions, et un impact positif et pérenne sur le système de la santé.

Le renforcement du niveau central par le projet est consolidé par un appui substantiel et cohérent au niveau de la région et des districts et de la région. Le Plan de Relance du Système de Santé (PRSS) souligne l'importance des districts de santé dans l'amélioration des soins de santé, notamment reproductive et familiale, et ainsi que dans l'augmentation de l'utilisation de ces prestations. Un système fonctionnel de districts de santé est considéré comme un préalable incontournable pour améliorer l'état sanitaire de la population. Afin d'y parvenir, le projet mettra l'accent sur le renforcement des capacités au niveau du district sanitaire, en termes de coordination des activités, de gestion des ressources humaines et de qualité des services, avec un accent sur la santé mère/enfant et la prévention des infections. Les partenaires clés dans ce volet sont le personnel des formations sanitaires et des DPS et de la DRS.

Le projet propose aussi une implication des collectivités. L'approche communautaire dans le système de la santé premièrement constitue une des priorités de la Politique nationale de santé (PNS) et s'inscrit ensuite dans la politique administrative de décentralisation et déconcentration territoriale. Le projet visera l'implication des communautés et l'orientation vers des groupes vulnérables comme les femmes et les personnes vivantes avec un handicap. Une collaboration multisectorielle (Éducation, Services sociaux, Jeunesse, Religieux) sera encouragée pour ces activités.

Le projet est mené en complémentarité avec un deuxième programme d'appui budgétaire du type « State Building Contract» Il dont les indicateurs de performance relatifs au financement du système de santé, à la disponibilité des agents de santé à l'intérieur du pays et à la santé maternelle et infantile renforceront et stimuleront la mise en œuvre des interventions du projet. Le programme PASA2 en tant qu'aide programmatique de l'Union européenne en santé publique et action spécifique dans des domaines clés de la gouvernance du secteur, pourra servir à alimenter et à renseigner les indicateurs de développement fixés par l'aide budgétaire de l'Union européenne. De plus, ce projet, par son appui à la planification et gestion

des infrastructures (Volet 5), et à l'appui à la gestion financière (volet 1), pourra contribuer à l'amélioration du décaissement des fonds du ministère de la santé, en lien avec le programme PACE2, et ainsi aider la Guinée à remplir ses engagements.

IV. Contrat de Services pour la Communication et Visibilité du Programme Santé en Guinée

Les objectifs spécifiques du contrat sont les suivants :

- Objectif 1 : informer et communiquer sur le travail réalisé et les résultats atteints dans le cadre des projets de santé financés par l'Union européenne ainsi que leur impact sur les objectifs de développement de la Guinée et de l'Union européenne visant à accroître le profil de l'UE en tant que partenaire de développement efficace du pays tant qu'au niveau national qu'international.
- Objectif 2 : fournir un soutien adéquat, complémentaire et approprié en matière d'information et de communication aux plans de communication des programmes de santé soutenus par l'UE.
- Objectif 3 : transmettre des messages politiques / de plaidoyer concernant les questions clés (en particulier les questions pertinentes et cruciales sur la santé reproductive, la fourniture de services de santé pour les plus pauvres, les plus vulnérables, et d'autres questions clés de santé publique) en tant que partenaire.

Les résultats correspondant à ces objectifs sont les suivants :

- Résultat 1 : le plan de communication des projets santé financé par l'Union européenne (PASA1, PASA2, projets ONG COVID-19 ainsi que tout autre projet santé qui est mis en œuvre durant la mise en œuvre de ce marché) ainsi que les Etats Membres (visibilité de #TeamEurope) est élaboré en concertation avec les différents responsables de communication des projet santé. Ce plan est approuvé par la Délégation de l'Union européenne et est mis en œuvre avec succès. Une identité graphique des projets santé financés par l'Union européenne et les Etats Membres (#TeamEurope) est élaborée et approuvée par la Délégation de l'Union européenne. Le matériel de communication et d'information créatives et innovatrices (web-série- newsletter mensuelle, émissions TV, vidéos de courte durée 3 minutes, émission radio, page Facebook, communiqués de presse sur les événements, flyers, autres) approprié et diversifié est produit, approuvé par la DUE et utilisé pour la mise en œuvre des différentes activités de communication. Des campagnes de communication complètes et stratégiquement séquencées sont organisées et mises en œuvre. Une brochure (papier et / ou électronique) sur les résultats et l'impact des projets santé est élaborée et approuvée par la DUE.
- Résultat 2 : des liens durables avec les médias nationaux et internationaux sont établis, avec une meilleure couverture – en termes de quantité et de qualité – à travers les médias imprimés, audiovisuels et numériques (newsletter mensuelle)
- Résultat 3 : une utilisation bien conçue des médias sociaux permet une exposition satisfaisante des projets santé à différents secteurs de la population en général, et aux groupes cibles du contrat en particulier au niveau national et international.
- Résultat 4 : la coordination de la communication des projets santé financés par l'Union européenne et les Etats membres, en collaboration avec les points focaux communication des différents partenaires des projets santé et d'autres initiatives pertinentes, est efficace.

1.3 Parties prenantes de l'intervention

I. Le Programme d'Appui au renforcement du système de Santé (PASA2)

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

- Bénéficiaires directs – au niveau central: le ministère de la santé et de l'Hygiène publique (de bonne volonté et déterminé sur la réforme mais exposé à l'insuffisance de personnel de qualité, de dispositifs et outils de bonne gestion etc.) notamment son Bureau de stratégie et de développement (BSD), la Division des affaires financières (DAF), la Division des ressources humaines (DRH); au niveau régionale: la Direction régionale de la santé (DRS) et les Directions préfectorales de la santé (DPS) dans la zone géographique ciblée (caractérisé par des faibles capacités techniques et ressources), les partenaires de la mise en œuvre de l'action notamment les contractants de travaux de construction/réhabilitation/équipement de l'infrastructure sanitaire.
- Bénéficiaires indirects/parties prenantes – le Ministère du Travail et de la Fonction publique (MTEFP) en charge de recrutement de personnel de santé nécessite plus de coordination avec les ministères tutelles ; le ministère du budget (MdB) déterminant le budget pour la santé ; le ministère de l'économie des finances et du plan (MEFP), le pouvoir adjudicateur de programme dans le cadre de la convention de financement au manque de compétences et ressources; le ministère de l'administration du territoire et de décentralisation (MATD) en charge du processus de décentralisation y inclus le système de la santé, faible en application de la politique; les municipalités de la région cible (autorités régionales, de districts, collectivités locales); la société civile, notamment le Conseil national des organisations de la société civile et des organisations professionnelles (Ordre des médecins, Association des sages-femmes, Association des infirmiers d'état); les partenaires techniques et financiers impliqués sur les axes d'intervention identifiés (forts en expertises, compétences et appui financier mais au besoin de renforcer la coordination, la collaboration et les synergies entre eux-mêmes et avec le ministère); des ONG locales pertinentes (clés pour la mise en œuvre sur le terrain surtout au niveau communautaire, mais caractérisé par un manque de ressources).
- Bénéficiaires finaux – la population guinéenne en général et plus particulièrement celle de la zone cible (environ 1,7 mln) qui utilisera des services de soins, y compris les femmes enceintes et en âge de reproduction, les mères, les enfants de moins de 5 ans, les familles, les groupes vulnérables ; le personnel de l'administration sanitaire nationale et de la région cible ; le personnel des structures de soins dans la zone cible (environ 400 personnes y inclus l'administration).

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

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

Des comités techniques trimestriels sont organisés pour coordonner la mise en œuvre et assurer le suivi des opérations menées par Expertise France. Les membres de ce comité technique pourront être: Expertise France, la GIZ, la délégation de l'Union européenne, le ministère de la santé et de l'Hygiène publique à

travers le Bureau de stratégie et de développement (BSD), la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de l'Hygiène Sanitaire (DNHS), et notamment le Service National d'Infrastructures, de l'Équipement et la Maintenance, le Service d'Hygiène, Santé et Sécurité, la Division des Affaires Financières, les services déconcentrés de santé concernés par le volet (DRS de N'Nzérékoré et les DPS de Kissidougou et de Kérouané de deux autres Districts sanitaires des régions sanitaires avoisinantes) , et tout autre structure pertinente pour la bonne mise en œuvre des activités.

II. PASA2 GIZ

L'appui institutionnel au niveau central nécessite un partenariat fort avec les directions et services centraux , favorisant l'appropriation et le leadership du MS, mais également d'autres ministères impliqués, i.e. : le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF), le Ministère de travail et de la Fonction Publique, le Ministère de l'Administration du Territoire et de Décentralisation (MATD), et le Ministère de la Promotion féminine, de l'Enfance et des Personnes vulnérables .

En plus, la coopération étroite avec d'autres partenaires comme les autres programmes/projets de l'UE, la Global Financing Facility (GFF) / la Banque Mondiale, et les projets financé par the United States Agency for International Développement (USAID), , les institutions des Nations Unies (surtout UNICEF et UNFPA), le Japon, le FM (Fonds Mondial) et d'autres partenaires intervenant au niveau institutionnel est nécessaire pour assurer la complémentarité et continuité de soutien des différents partenaires.

Les partenaires clés dans la zone cible sont le personnel des formations sanitaires, des Directions Préfectorales de la Santé (DPS) et de la Direction Régionale de la Santé (DRS) ainsi que les membres des COSAH et des Collectivités Locales. Des approches ciblant les femmes, comme bénéficiaires directes (personnel de santé) et indirectes (filles et femmes en âge de procréer) sont développées. L'implication des communautés et l'orientation vers des groupes vulnérables tels que les personnes vivant avec un handicap sont visées, ainsi qu'une collaboration multisectorielle (éducation, services sociales, jeunesse, religieux).

III. PASA2 – EF

Les PTF actifs dans le champ du financement de la santé sont l'Union européenne via l'appui budgétaire et le PACE2, la Banque mondiale (BM) via l'appui budgétaire, le Fonds mondial, la Global Alliance for Vaccines and Immunisations (GAVI) via un pooled fund, la Global Financing Facility (GFF) et la GIZ), et l'OMS dans l'appui vers la Couverture Santé Universelle (CSU).

Dans le champ des infrastructures sanitaires, un nombre important de PTF (CRF, UE/AFD, Coopération Italienne, Terre des Hommes, Jhpiego, Unicef, BID, USAID) ainsi que l'Etat Guinéen sont ou étaient actifs dans la région de Nzérékoré et les deux DPS de Kissidougou et de Kérouané. Ces appuis concernent la construction ou la réhabilitation de centres de santé, d'hôpitaux préfectoraux, l'hôpital régional de Nzérékoré, la construction de DPS et DRS. Cependant il y a une grande disparité au niveau de l'appui apporté aux différentes préfectures. Les préfectures ayant le plus de support sont les préfectures de Nzérékoré et de Macenta. A l'inverse les préfectures les moins appuyées sont les préfectures de Yomou et de Kérouané. Un certain nombre d'investissements en cours réalisés sur Budget National sont stoppés ou suspendus souvent à cause de retards des entreprises ou de manque de trésorerie de l'Etat.

Les principaux appuis en équipements médicaux sont réalisés par les acteurs suivants :

- Le projet PASA1 avec les équipements biomédicaux de toutes ces structures d'appui à la construction/réhabilitation (21 structures dans la région dont 10 centres de santé réhabilités avec UNICEF/PACV
- L'UNICEF avec la fourniture d'équipements de maternité et réanimation néonatale dans les Centres de Santé
- Le FNUAP avec principalement la fourniture de mobilier médical pour les Centres de Santé

- Le PEV via le financement de GAVI avec la fourniture de réfrigérateurs solaires pour la conservation des vaccins dans les centres de santé, les hôpitaux et les DPS
- L'ANSS avec l'appui de l'OMS en matériel informatique dans les DPS, HP, HR
- Expertise France, l'Institut Pasteur et la Fondation Mérieux dans le cadre du projet LABNET financé par la France avec la réhabilitation et l'équipement du laboratoire de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry dans le cadre du projet LABNET (Pasteur pour l'équipement biomédicale), mobilier (équipement via fondation Mérieux dans les laboratoires de routine sur toute la Guinée)
- L'AFD avec le projet LABOGUI

Ces supports sont des programmes verticaux, excepté pour le projet PASA1, ceux-ci prennent en compte uniquement les équipements nécessaires dans leurs domaines d'activité respectifs. De plus, il a été constaté que le suivi, la formation à l'utilisation et la maintenance par ces programmes verticaux des équipements installés est souvent défaillant.

La majorité des structures manquent ainsi d'équipements adéquats pour pouvoir répondre aux Paquets Minimum d'Activité révisé.

Au niveau de la maintenance, par rapport au volume des montants investis par l'Etat Guinéen et les PTF dans les infrastructures sanitaires et les équipements médicaux, les appuis sont extrêmement limités et très peu de PTF sont présents sur cette thématique au niveau national :

- La coopération italienne (COOPI) via le Projet de Soutien au Système de Santé Guinéen qui prévoit de former des techniciens ou ingénieurs en maintenance biomédicale
- Le programme PASA1 financé par l'Union Européenne et l'AFD est en train de réhabiliter le centre régional de maintenance à Nzérékoré.

IV. Contrat de Services pour la Communication et Visibilité du Programme Santé en Guinée

Les projets couverts par ce contrat sont les deux projets sous PASA2 mise en œuvre par la GIZ et EF. En outre le contrat assurera un appui sur la visibilité des projets de lutte contre les épidémies en Guinée avec des ONG financé par l'UE. Il s'agit des projets suivants :

(i) *l'appui de la Croix Rouge française* vise à réactiver 5 Centres épidémiologiques dans les préfectures de Mamou, Labé, Koundara, Guéckédou et Nzérékoré pour la prise en charge médicale des patients Covid-19 et tout autre maladie à potentiel épidémique. L'appui concerne également les 60 communes des 6 préfectures pour la surveillance communautaire. En outre, le projet fournira un appui logistique aux équipes (régionales et préfectorales) qui auront la charge de transférer des cas suspects de Covid-19 des centres de santé vers les CTE-pi. Des volontaires de la *Croix-Rouge guinéenne* seront mobilisés et formés sur la surveillance épidémiologique à base communautaire dans les 60 communes. Le projet d'une durée de 9 mois prendra fin le 30 avril 2021.

(ii) *l'appui de l'ONG Memisa* se structure en deux axes : Le projet veut en premier lieu renforcer les structures sanitaires pour assurer la continuité des soins et permettre une augmentation de la fréquentation des services de soins. Un accent particulier sera mis sur des mesures de prévention et de contrôle des infections, et en même temps sur la communication à l'attention de la population pour éviter que les services de santé soient sous-utilisés à cause de la peur d'attraper le COVID. Un deuxième volet de l'action comprend des actions de protection sociale à la santé pour les populations les plus vulnérables, pour éviter des dépenses catastrophiques en santé et l'incapacité de payer les soins de santé. Le projet d'une durée de 18 mois prendra fin le 28 Février 2022.

(iii) *l'appui de l'ONG Search for Common Ground* vise l'accès à une information crédible autour de la COVID-19 à travers des activités de sensibilisation médiatique et communautaire de proximité adaptées au contexte et de Promouvoir la confiance et la collaboration entre les communautés et les acteurs en charge de la lutte contre le COVID-19. Le projet d'une durée de 9 mois devrait prendre fin août 2021.

Les groupes cibles sont les publics ciblés par les projets santé, les agences du Ministère au niveau national, régional et local ; les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en Guinée, les Etats membres de l'Union européenne ; les décideurs politiques en Guinée, en Afrique en général et en Europe, les utilisateurs des services de santé, en particulier les plus vulnérables, dans les régions cibles des projets ; les médias: internationaux, nationaux, locaux, online, les réseaux sociaux ; le grand public en Guinée et en Europe.

1.4 Autres informations disponibles

- PV du comité de Pilotage PASA 1 et 2 (Juin 2021)
- Rapport d'évaluation à mi-parcours PASA (2019)
- Rapport intermédiaires PASA2 – GIZ et PASA2 – EF
- Flash reports mensuelles
- PV des révisions trimestrielles

2 DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION COMMISSIONNÉE

| | |
|---------------------|---|
| Type d'évaluation | A mi-parcours |
| Couverture | Intégralité de l'action |
| Portée géographique | la Guinée, et surtout Conakry, la région cible de Nzérékoré et les deux préfectures avoisinantes de Kérouané et Kissidougou |
| Période à évaluer | Du 31/07/2019 au 31/12/2021 |

2.1 Objectif de l'évaluation

L'évaluation systématique et opportune de ses programmes et activités est une priorité établie³ de la Commission Européenne⁴. L'évaluation se concentre sur l'analyse des réalisations, l'atteinte et la qualité des **résultats**⁵ des interventions, dans le contexte d'une politique de coopération en constante évolution, et avec un accent de plus en plus marqué sur **les approches orientées sur les résultats et la contribution à la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD)**.⁶

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

³ COM(2013) 686 final "Renforcer les fondements de la réglementation intelligente - Améliorer l'évaluation" - http://ec.europa.eu/smart-regulation/docs/com_2013_686_fr.pdf; Règlement financier UE (art 27); Règlement (UE) No 1905/2006; Règlement (UE) No 1889/2006; Règlement (UE) No 1638/2006; Règlement (UE) No 1717/2006; Règlement (CE) No 215/2008 du Conseil

⁴SEC (2007)213 "Répondre aux besoins stratégiques : renforcer l'usage de l'évaluation", https://ec.europa.eu/smart-regulation/docs/com_2013_686_en.pdf; SWD (2015)111 "Lignes directrices pour une meilleure réglementation", http://ec.europa.eu/smart-regulation/guidelines/docs/swd_br_guidelines_en.pdf; COM(2017) 651 final 'Mener à son terme le programme pour une meilleure réglementation: de meilleures solutions pour de meilleurs résultats', https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/completing-the-better-regulation-agenda-better-solutions-for-better-results_en.pdf

⁵Cela fait référence à l'intégralité de la chaîne des résultats, couvrant les outputs, les résultats et l'impact de l'action. Cf. Règlement (UE) N° 236/2014 "énonçant des règles et des modalités communes pour la mise en œuvre des instruments de l'Union pour le financement de l'action extérieure" - https://ec.europa.eu/neighborhood-enlargement/sites/near/files/pdf/financial_assistance/ipa/2014/236-2014_cir.pdf

⁶ Le nouveau Consensus Européen pour le Développement 'Notre monde, notre dignité, notre futur', journal officiel du 30 juin 2017. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ:C:2017:210:TOC>

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

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

- une analyse globale et indépendante de la performance qu'a eu le programme PASA2 et les actions y relatifs, en prêtant une attention particulière à ses résultats intermédiaires, en comparaison avec les objectifs attendus, et les raisons soutenant ces résultats ;
- les enseignements tirés, les conclusions et les recommandations associées, de manière à améliorer, le cas échéant, les interventions présentes et futures.

En particulier, cette évaluation servira à présenter

- une appréciation globale, en toute indépendance, des résultats attendus, en s'attachant plus particulièrement aux résultats du projet par rapport à ses objectifs ;
- la performance des interventions et le niveau d'atteinte de résultats/cibles définis dans le cadre logique du projet, en s'assurant de sa cohérence ainsi que de la prise en compte des différentes orientations stratégiques et du Plan National de Développement Sanitaire (2015-2024) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique;
- une appréciation de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact des interventions du projet ;
- une appréciation des mesures prises et de la continuation des activités de projets pendant la pandémie COVID-19, les épidémies à virus Ebola et Marburg.
- Une appréciation de la réponse contre l'épidémie à COVID-19 de l'action PASA2-GIZ dans les zones ciblées par le projet.
- les principaux enseignements de l'intervention et des recommandations qui peuvent aider à la meilleure programmation du nouveau financement (MFF 2021-2027);
- une réflexion sur l'efficience de l'approche coopération déléguée pour la mise en œuvre du PASA2 en vue d'atteinte de résultats attendus;

des recommandations concrètes pour les opérateurs de la mise en œuvre d'actions et pour la nouvelle programmation financière de l'UE (PIM 2021-2027).

Les principaux utilisateurs de cette évaluation seront la DUE, le DG INTPA G4, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique de Guinée et surtout le Bureau de Stratégies et de Développement (BSD), la Direction des Ressources Humaines (DRH), la Division des Affaires Financières (DAF), le Ministère d'Economie et Finances et du Plan de Guinée, les trois DRS des zones ciblées par PASA2, les organisations de mise en œuvre Expertise France, la GIZ et Afreecom ainsi que les PTF, les ONG actif dans le secteur de la santé en Guinée et des structures associatives (privées à but non lucratif).

2.2 Services requis

2.2.1 Portée de l'évaluation

L'évaluation devra analyser les objectifs et résultats attendus dans leur entièreté des interventions pour en évaluer la pertinence, efficacité, efficience et d'impact au regard des résultats atteints, en particulier :

- La concrétisation et progression vers les résultats escomptés et vers l'amélioration de la gestion, la gouvernance et les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique au niveau national et régional/districts (la Direction Régionale de la Santé de NZérékoré- et 8 Directions Préfectorales de la Santé/DPS de la région cible) dans les domaines des ressources humaines, de la

gestion des finances publiques et de l'administration, de la stratégie et de la planification, des supervisions, de suivi/évaluation, de système de l'information sanitaire (gestion de données et l'information sanitaire) ainsi que de la coordination verticale (interinstitutionnelle) et horizontale (parmi les acteurs différents gouvernementaux, internationaux, ONGs), en prenant en compte du processus de déconcentration et de décentralisation;

- Le progrès grâce aux interventions de la disponibilité des ressources humaines santé qualifiés, de la disponibilité, de l'accessibilité, de la qualité et de l'utilisation des services de santé, surtout dans le domaine de la santé et droits sexuels et reproductifs et la santé maternelle et infantile, de la gouvernance dans le secteur santé à travers la pyramide sanitaire, dans toutes les structures sanitaires (Hôpitaux Régionaux-HR, Hôpitaux Préfectoraux-HP, Centre de Santé-CS) de la région cible de Nzérékoré;
- Une appréciation de la pérennité et l'efficacité/efficience de l'approche du projet pour la santé communautaire dans la zone cible en vue de l'augmentation de la demande des services et soins de santé dans la région ciblée par PASA2.
- la cohérence des actions elle-même avec la stratégie de l'UE dans le pays et dans le secteur de la santé et avec d'autres politiques de l'UE (transversales comme sur le genre) et d'autres actions des États membres (GIZ, AFD, Italie sur le MGF, genre par exemple) et la complémentarité avec les actions d'autres PTF surtout ceux qui bénéficient de la contribution financière de l'UE (i.e. Initiatives Globales comme FM, GAVI, OMS Partnership), ainsi que comme l'USAID, FM, BM ...
- La performance de la gestion des interventions, ainsi que leur capacité d'adaptation à des conditions changeantes.
- L'efficacité et l'efficience des mécanismes régissant les interventions.
- la pérennité et signes précoces de l'impact et résultats atteints avec l'appui du projet.

L'évaluation analysera les interventions en suivant les six critères d'évaluation du CAD, à savoir : pertinence, cohérence, efficacité, efficience, durabilité et signes précoces d'impact. De plus, l'évaluation analysera un critère d'évaluation spécifique de l'UE :

- la valeur ajoutée de l'UE (dans quelle mesure l'intervention portée par l'UE apporte des bienfaits supplémentaires à ceux qui auraient découlés de la seule intervention des États membres) ;

La définition des 6 critères CAD et du critère de la valeur ajoutée UE est contenue dans l'annexe VII.

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

2.2.2 Questions d'évaluation indicatives

Les questions d'évaluation formulées ci-dessous sont données à titre indicatif. En fonction de l'information la plus récente, des consultations initiales et ultérieures, ainsi que de l'analyse des documents, l'équipe d'évaluation discutera avec le gestionnaire d'évaluation⁷ et proposera dans son rapport de démarrage un éventail complet et final de questions d'évaluation en indiquant les critères et indicateurs spécifiques qui seront utilisés, ainsi que les sources de collecte de données et les principaux outils d'analyse appliqués.

⁷ Le gestionnaire d'évaluation dépend du pouvoir adjudicateur qui gère le contrat d'évaluation. Le plus souvent cette personne est le cadre opérationnel de la(les) action(s) à évaluer.

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

- La **pertinence** examine l'adéquation entre les objectifs d'un projet et les spécificités de la situation sur laquelle il se propose d'agir. Ces objectifs sont-ils « intelligents » au regard du contexte de l'action ? Sont-ils compatibles avec le contexte notamment le choix de niveau national pour l'appui institutionnel et des zones d'intervention ciblées? Est-ce que ce choix est justifié pour étendre la logique d'intervention utilisée à d'autres régions avec caractéristiques similaires?
- La **cohérence** s'interroge sur la stratégie et les méthodes: les moyens, activités/approches, résultats attendus permettent-ils d'atteindre les objectifs visés? Sont-ils cohérents les uns avec les autres (cohérence interne)? Sont-ils adaptés au contexte du projet et des interventions d'autres PTF (cohérence externe)?
- L'**efficience** s'intéresse à l'optimisation des moyens mobilisés par les interventions, et donc en général, aux rapports coûts/efficacité des réalisations (infrastructures ou services), mesurer l'efficience c'est comparer les résultats obtenus avec les moyens mis en œuvre; les «moyens» qu'il faut mesurer s'entendent au sens large: les moyens financiers, humains et matériels. L'analyse de l'efficience constitue une analyse « coûts /réalisations », où l'on valorise les coûts (ce qui est relativement aisé) et les réalisations (ce qui peut être plus difficile); l'approche et/ou les modalités de mise en œuvre étaient-elles adaptées, en particulier par rapport à l'approche d'augmenter la demande des soins et services de santé ainsi que les activités d'information, éducation et communication (IEC) avec la population.
- L'**efficacité** concerne les réalisations effectives des interventions, en comparaison avec celles qui étaient initialement prévues, ou/et appréciés au regard des objectifs auxquels elles devaient contribuer ; Les partenaires de mise en œuvre (Etat central, acteurs étatiques locaux, la société civile, ONG...) étaient-ils les plus appropriés?
- L'**impact** correspond aux effets directs, indirects et induits des résultats du projet. Quelle est l'impact du programme sur le Ministère de la Santé (au niveau national et régional/districts-DRS et 8 DPS de la région cible) spécifiquement dans les domaines des ressources humaines, de la gestion administrative et financière, de la gouvernance, de planification, la gestion et la disponibilité et le fonctionnement du système d'information sanitaire, de la coordination verticale et horizontale? Quel est l'impact de l'intervention du PASA2 sur l'application du processus de déconcentration et de décentralisation dans le secteur de la santé? Quel est l'impact de l'intervention du PASA2 sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé (y compris les médicaments) par la population vivant dans les zones d'intervention? Par l'impact on entend aussi une appréciation sur tous les effets d'une action sur l'environnement au sens le plus large technique, économique, social, politique et écologique. Quels sont les impacts négatives ou positives des interventions?
- La **durabilité** et la reproductibilité s'attache aux effets à long terme du projet, et à la pérennité de ses résultats et de ses effets. L'analyse de la durabilité consiste à apprécier la capacité des actions à se poursuivre de manière autonome, on apprécie ici leurs chances de survie lorsque les appuis extérieurs auront cessé, et surtout l'appui de l'UE dans ces domaines bénéficiaires. Le projet est-il durable sur le long-terme, en particulier l'approche de santé communautaire ? Si non, quelles sont les causes de la faillite, et quelles sont les solutions pour les autres nouveaux projets ?
- L'évaluation de la **dimension transversale genre** analysera à quel point et comment les différents intérêts des femmes et des hommes de différentes classes d'âge ont été intégrés dans le dessin de l'action, sa gouvernance et ses systèmes de monitoring. Encore, elle analysera à quel point et par quels mécanismes les activités ont bénéficié d'une façon équitable aux hommes et aux femmes, et ceci tout au long de la chaîne des résultats.
- L'évaluation **de la valeur ajoutée de l'UE** (dans quelle mesure l'intervention portée par l'UE apporte des bienfaits supplémentaires à ceux qui auraient découlés de la seule intervention des États membres) ;

2.3 Phases de l'évaluation et livrables requis

Le processus d'évaluation sera mené en cinq phases:

- Démarrage
- Documentaire
- Terrain
- Synthèse
- Diffusion

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

2.3.1 Tableau synoptique

Le tableau qui suit présente un aperçu des principales activités à mener lors de chaque phase et énumère les livrables que l'équipe devra produire, y-compris les réunions avec le pouvoir adjudicateur et le groupe de référence. Le groupe de référence est composé de membres de :

- Le BSD, DRH, DAF, SNIEM du Ministère de la santé et de l'Hygiène publique
- La Délégation de l'Union européenne en Guinée
- Partenaires de mise en œuvre Expertise France et la GIZ

Le contenu principal de chaque livrable est décrit au chapitre 5.

| Phases de l'évaluation | Principales activités | Livrables et réunions |
|----------------------------------|---|--|
| <u>Phase de démarrage</u> | <ul style="list-style-type: none">• Collecte initiale de documents/données• Analyse du contexte• Entretiens initiaux• Analyse des parties prenantes• Reconstruction (ou, le cas échéant, construction) de la logique d'intervention et/ou description de la théorie du changement (sur base de la documentation et des entretiens disponibles)• Conception de la méthodologie d'évaluation (questions d'évaluation et critères de jugement, indicateurs et méthodes de collecte de données, analyse) et la matrice d'évaluation. | <ul style="list-style-type: none">• <i>Réunion de démarrage avec le pouvoir adjudicateur et le groupe de référence (vidéoconférence/téléconférence).</i>• Rapport de démarrage comprenant les constats initiaux, la méthodologie consolidée et les difficultés rencontrées ou attendues en plus du programme de travail et les déplacements des consultants.• Présentation du rapport de démarrage par vidéoconférence• Compte rendu de la réunion de démarrage |

| Phases de l'évaluation | Principales activités | Livrables et réunions |
|----------------------------------|---|--|
| <u>Phase documentaire</u> | <ul style="list-style-type: none"> • Analyse approfondie des documents (en particulier questions d'évaluation) • Entretiens • Identification des informations manquantes et des hypothèses à vérifier dans la phase documentaire • Conception de la méthodologie de la phase de terrain | <ul style="list-style-type: none"> • Note documentaire/diaporama • Présentation des conclusions principales de la phase documentaire • <i>Réunion avec le groupe de référence</i> pour la présentation de la note documentaire et des conclusions principales de la phase documentaire par vidéoconférence • Compte rendu de la réunion avec le groupe de référence |
| <u>Phase de terrain</u> | <ul style="list-style-type: none"> • Premières réunions au niveau national avec les principaux partenaires de mise en œuvre du PASA2 et autres intervenants/PTF-ONG dans le domaine de la santé dans le pays; • Rencontres avec les parties prenantes du projet dans la zone d'intervention • Collecte des éléments factuels, au moyen de la technique la plus appropriée si vous voulez leur laisser plus de liberté • Collecte de données et analyse liée aux hypothèses à tester sur le terrain et visant à combler les éventuelles lacunes identifiées durant la phase documentaire | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Premières réunions au niveau national avec Directions nationale concernées par les interventions</i> et les comptes rendu de ces réunions • Note intermédiaire • Présentation des principaux résultats de la phase de terrain • <i>Débriefing avec le groupe de référence</i> dans les locaux de la DUE combiné avec une vidéoconférence et compte rendu du débriefing |
| <u>Phase de synthèse</u> | <ul style="list-style-type: none"> • Analyse finale des résultats (en particulier des questions d'évaluation) • Rédaction du rapport d'évaluation globale, des conclusions et des recommandations • Compte-rendu | <ul style="list-style-type: none"> • Projet de rapport final • Résumé exécutif conforme au modèle standard publié dans le module EVAL • Rapport final • Présentation • <i>Réunion avec le groupe de référence</i> dans les locaux de la Délégation de l'Union Européenne combiné avec une vidéoconférence et compte rendu de la réunion |

| Phases de l'évaluation | Principales activités | Livrables et réunions |
|----------------------------------|--|--|
| <p><u>Phase de diffusion</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Organisation de l'atelier de restitution sur la présentation finale • Production des livrables et diffusion des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Réunion de restitution sur la présentation finale. Cette réunion aura lieu en français et dans les locaux du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (tant que le maître d'œuvre) et regroupera au maximum 30 membres. • Le matériel de communication à livrer en version électronique et infographique (français) est composé d'un: <ul style="list-style-type: none"> – Document d'une à deux pages sur les réussites du PASA2 visant les PTF santé; – document d'une page sur les réussites du PASA2 visant le grand public; – deux(2) documents présentant chacune une "succes story" de deux pages des effets/impacts du PASA2 avec entre autres des témoignages de la population de la zone visée; • deux articles presse, (un pour PASA2-GIZ et un pour PASA2-EF) de deux pages maximum sur les réussites des deux interventions pour le site web de la Délégation de l'UE et à inclure dans la Newsletter produit par Afreecom. |

2.3.2 Phase de démarrage

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

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

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

En plus d'une première analyse documentaire du cadre politique, institutionnel et/ou du cadre technique et de coopération de l'appui que l'UE a apporté à [pays / secteur], l'équipe d'évaluation, en collaboration avec le gestionnaire d'évaluation [à adapter selon le cas] reconstruira – ou construira, le cas échéant – la logique d'intervention de l'intervention à évaluer.

En outre, en se basant sur la logique d'intervention construite, les évaluateurs rédigeront une explication narrative de la logique de l'intervention, en décrivant la manière dont l'intervention est supposée engendrer le changement tout au long de la chaîne des résultats, c.à.d. la Théorie du Changement. Cette explication comprend une analyse des données à la base de cette logique (surtout en comparant les inputs et les outputs, et les résultats et l'impact) et permet de formuler les suppositions qui doivent se révéler valides pour que les activités puissent être menées à bien, ainsi que d'identifier les facteurs qui pourraient potentiellement entraver les changements recherchés.

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

L'approche méthodologique sera représentée dans une matrice de conception de l'évaluation⁸, qui sera incluse dans le rapport de démarrage. La **méthodologie de l'évaluation doit être sensible à la question de genre, envisager l'utilisation de données ventilées par sexe et âge et démontrer comment les actions auront contribué à avancer vers plus d'égalité des sexes.**

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

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

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

2.3.3 Phase documentaire

Cette phase est celle de l'analyse des documents. L'analyse doit inclure un résumé concis de la littérature existante en lien avec les interventions. Il s'agit des études d'évaluations et les recherches réalisées par la société civile, par un gouvernement ou par d'autres bailleurs (en particulier les États membres de l'UE) et/ou par le secteur privé. Cela sert à assurer une approche plus efficace, capable d'identifier les informations manquantes et d'assurer la complémentarité avec les éventuelles évaluations existantes].

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

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

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

⁸ La matrice de l'évaluation est un outil qui sert à structurer l'analyse de l'évaluation (en définissant les critères de jugement et les indicateurs de chaque question d'évaluation). Elle sert aussi à adopter la méthode de collecte de données la plus appropriée et faisable pour chacune des questions.

Pendant cette phase, l'équipe d'évaluation devrait affiner le choix des outils à utiliser pendant la phase de terrain et annoncer les étapes préparatoires déjà réalisées ou à réaliser, incluant compris dresser une liste des personnes à interviewer, définir les dates et les itinéraires des visites, et répartir les tâches entre les membres de l'équipe.

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

Une présentation au groupe de référence, s'il y a lieu, faite par l'équipe d'évaluation, aura lieu à Conakry. Les évaluateurs dont la présence est requise devront obligatoirement être présents pendant une journée (hors-mis temps de déplacement).

2.3.4 Phase de terrain

La phase de terrain commence après l'approbation du rapport de démarrage par le gestionnaire d'évaluation.

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

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

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

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

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

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

2.3.5 Phase de synthèse

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

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

L'équipe d'évaluation s'assurera que :

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

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

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

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

2.3.6 Phase de diffusion

Le plan de diffusion contient les activités suivantes:

- La présentation du rapport final lors d'un atelier réunissant les parties prenantes. Cet atelier aura lieu en français et dans les locaux du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (tant que le maître d'œuvre) et regroupera au maximum 30 membres.
- La production d'une page sur les réussites du PASA2 visant le grand public à publier par la DUE sur ses canaux de communication ;
- La production d'une ou deux pages sur les réussites/défis/ recommandations du PASA2 visant les PTF santé à partager avec les PTF santé par la DUE;
- la production de deux(2) documents présentant chacune une "succes stories" de deux pages des effets/impacts du PASA2 sur les populations des zones visées, avec entre autres des témoignages des bénéficiaires, à publier par la DUE sur ses canaux de communication (en anglais et français);
- la production de deux articles de presse (une pour PASA2-GIZ et un pour PASA2-EF) sur les réussites du PASA2 pour le site web de la Délégation de l'UE ainsi que d'autres canaux de communication (Facebook) et à inclure dans la Newsletter produit par Afreecom.

2.4 Organisation du contrat spécifique et méthodologie (offre technique)

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

La méthodologie d'évaluation proposée pour entreprendre la mission est décrite au chapitre 3 (stratégie et calendrier de travail) du modèle B-VII-d-i. Les prestataires doivent décrire comment la méthodologie

qu'ils proposent va aborder les questions transversales mentionnées dans les termes de référence et, notamment, l'égalité des sexes et l'émancipation de la femme. Ceci inclut (selon le cas) les messages de communication de l'action, les matériels et les structures de gestion.

2.5 Gestion et pilotage de l'évaluation

2.5.1 Au niveau de l'UE

L'évaluation est gérée par le gestionnaire d'évaluation des DUE ; les progrès de l'évaluation seront suivis de près avec l'aide d'un groupe de référence composé de membres des services de l'UE et du BSD du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique.

Les fonctions principales des membres du groupe de référence sont :

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

2.5.2 Au niveau du prestataire

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

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

3 LIEU ET DUREE

Voir partie B des Termes de Référence.

3.1 Planification, y compris la période de notification pour le placement de personnel⁹

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

⁹ Conformément à l'article 16.4 a) des Conditions générales du contrat cadre SIEA

Veillez à prévoir suffisamment de temps dans la planification pour permettre la participation active et la consultation des représentants du gouvernement et des parties prenantes nationales/ locales.

4 EXPERTISE REQUISE

Voir partie B des Termes de Référence.

5 RAPPORTS

Pour la liste des rapports et autres produits de l'évaluation, veuillez-vous référer à la partie B des Termes de Référence.

5.1 Utilisation du module EVAL par les évaluateurs

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

5.2 Nombre d'exemplaires du rapport

En plus de sa préférable soumission dans le module EVAL, la version approuvée du rapport final sera rendue en version numérique (sur clé USB en Format PDF et Word) sans frais supplémentaires.

5.3 Format des rapports

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

6 SUIVI ET EVALUATION

6.1 Contenu, calendrier et soumission des rapports

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

6.2 Commentaires sur les livrables

Pour chaque rapport, le Gestionnaire d'Évaluation enverra au prestataire les commentaires consolidés reçus du groupe de référence, et le notifiera de l'approbation du rapport dans les 21 jours calendrier. Les rapports révisés en réponse aux commentaires seront livrés dans les 10 jours calendrier à partir de la date de réception des commentaires. L'équipe d'évaluation devra apporter un document distinct expliquant comment, et où, ces commentaires ont été incorporés, ou les raisons pour lesquelles certains commentaires n'auront pas été incorporés, le cas échéant.

6.3 Evaluation de la qualité du rapport final et du résumé exécutif

La qualité des versions préliminaires du rapport final et du résumé exécutif sera évaluée par le Gestionnaire d'Évaluation à l'aide de la Grille d'Évaluation de la Qualité (Quality Assessment Grid - QAG) dans le module EVAL (grille fournie en annexe V à titre indicatif). Le prestataire aura la possibilité, via le module EVAL, de commenter les remarques formulées par le gestionnaire d'évaluation. La QAG ainsi révisée sera ajoutée à

l'évaluation dans EVAL, une fois les versions finales du rapport final et du résumé exécutif soumis et approuvés.

Les grilles d'évaluation de la qualité d'EVAL, une fois compilées, serviront à informer l'analyse globale de la Performance du contrat spécifique du Contrat Cadre SIEA.

7 INFORMATIONS PRATIQUES

Veillez adresser toute demande de clarification et autres communications à l'adresse (ou aux adresses) suivante(s):

À l'attention du Chef de Section Contrats, Finances, Audits

Délégation de l'Union européenne en République de Guinée

Immeuble Le Golfe-Coléah

BP 730 Conakry

Email: delegation-guinea-conakry-fcs@eeas.europa.eu

Tél: +224 631 40 48 71/622 35 20 71/ 664 35 20 70

ANNEXES AUX TDR - PARTIE A

ANNEXE I : CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE SPÉCIFIQUES

CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE SPÉCIFIQUES

Demande de services n. SIEA-2018-7884

Contrat Cadre2018 - - LOT 4-Human development and safety net
EuropeAid/138778/DH/SER/multi

1. CRITERES D'ÉVALUATION TECHNIQUE

Le pouvoir adjudicateur sélectionne l'offre qui présente le meilleur rapport qualité-prix en utilisant une relation 80/20 entre la qualité technique et le prix¹⁰.

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

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

2. SEUIL TECHNIQUE

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

3. INTERVIEWS PENDANT L'ÉVALUATION DES OFFRES

N.A.

¹⁰ Pour en savoir davantage sur la règle 80/20, veuillez consulter le PRAG, chapitre 3.4.10.5 - <https://ec.europa.eu/europeaid/prag/welcome.do?locale=fr>

ANNEXE II : INFORMATIONS À FOURNIR À L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION

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

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

ANNEXE III: STRUCTURE DU RAPPORT FINAL ET DU RÉSUMÉ EXÉCUTIF

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

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

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

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

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

Résumé exécutif

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

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

1. Introduction

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

2. Réponses aux questions et conclusions

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

3.Évaluation globale (optionnelle)

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

4. Conclusions et recommandations

4.3 Enseignements tirés

Les enseignements tirés généralisent les résultats et traduisent l'expérience passée en connaissances pertinentes qui

soutiendront la prise de décision, amélioreront les performances et favoriseront l'obtention de meilleurs résultats. Idéalement, ils devraient soutenir le travail des institutions concernées autant européennes que partenaires.

4.1 Conclusions

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

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

4.2 Recommandations

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

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

5. Annexes au rapport

Le rapport devrait inclure les annexes suivantes :

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

Des réponses détaillées aux questions d'évaluation, critères de jugement et indicateurs.

ANNEXE IV: PLAN DE TRAVAIL

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

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

| | | Durée indicative en jours de travail ¹¹ | | |
|--|------|--|---------------|-------------------|
| Activité | Lieu | Chef d'équipe | Évaluateur... | Dates indicatives |
| Phase de démarrage : jours totaux | | | | |
| • | | | | |
| • | | | | |
| Phase documentaire : jours totaux | | | | |
| • | | | | |
| • | | | | |
| Phase de terrain : jours totaux | | | | |
| • | | | | |
| • | | | | |
| Phase de synthèse : jours totaux | | | | |
| • | | | | |
| • | | | | |
| Phase de diffusion : jours totaux | | | | |
| • | | | | |
| • | | | | |
| Jours de travail TOTAUX (maximum) | | | | |

¹¹ Ajoutez une colonne pour chaque évaluateur

ANNEXE V : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITE

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

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

| Données de l'évaluation | | | |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| Titre de l'évaluation | | | |
| Évaluation gérée par | | Type d'évaluation | |
| Réf. CRIS du contrat d'évaluation | | Réf. EVAL | |
| Budget de l'évaluation | | | |
| DUE/Unité aux commandes | | Gestionnaire d'évaluation | |
| Dates de l'évaluation | Début : | Fin : | |
| Date du rapport final préliminaire | Date de réponse des services | | |
| Commentaires | | | |
| Données du projet | | | |
| Principal projet évalué | | | |
| CRIS # du(des) projet(s) évalué(s) | | | |
| Secteur CAD | | | |
| Détails du prestataire | | | |
| Chef de l'équipe d'évaluation | | Prestataire de l'évaluation | |
| Expert(s) évaluateur(s) | | | |

Légende : résultats et signification

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

Bien : critères satisfaits

Faible : critères partiellement satisfaits

Très faible : critères non satisfaits dans l'ensemble

Le rapport d'évaluation est évalué comme suit

1. Clarté du rapport

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

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



| Forces | Faiblesses | Résultat |
|-----------------------------|-----------------------------|----------|
| | | |
| Commentaires du prestataire | Commentaires du prestataire | |
| | | |

2. Fiabilité des données et solidité des preuves



Ce critère analyse dans quelle mesure:



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



| Forces | Faiblesses | Résultat |
|-----------------------------|-----------------------------|----------|
| | | |
| Commentaires du prestataire | Commentaires du prestataire | |
| | | |

3. Validité des résultats

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|---|
| <p>Ce critère analyse dans quelle mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats découlent des preuves collectées • Les résultats évaluent tous les critères d'évaluation choisis • Les résultats découlent d'une adéquate triangulation des différentes sources, clairement identifiées • Dans l'évaluation de l'intervention de l'UE, les résultats décrivent et expliquent les principales relations cause/effet entre outputs, résultats et impacts • L'analyse des preuves est exhaustive et tient compte des facteurs contextuels et externes | | |  |
| Forces | Faiblesses | Résultat | |
| | | | |
| Commentaires du prestataire | Commentaires du prestataire | | |
| | | | |
| 4. Validité des conclusions | | | |
| <p>Ce critère analyse dans quelle mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions sont logiquement liées aux résultats et les dépassent pour offrir une analyse complète • Les conclusions abordent correctement les critères d'évaluation choisis et toutes les questions d'évaluation, y compris la dimension transversale • Les conclusions tiennent compte de tous les groupes de parties prenantes de l'évaluation • Les conclusions sont cohérentes et équilibrées (c.-à-d. qu'elles présentent une image crédible autant des forces que des faiblesses) et ne contiennent pas de considérations personnelles ou politiques • (Si nécessaire) si le rapport signale les thèmes où les résultats sont insuffisants pour tirer des conclusions | | |  |
| Forces | Faiblesses | Résultat | |
| | | | |
| Commentaires du prestataire | Commentaires du prestataire | | |
| | | | |
| 5. Utilité des recommandations | | | |

| <p>Ce critère analyse dans quelle mesure les recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sont clairement associées et découlent des conclusions • Sont concrètes, faisables et réalistes • Visent des destinataires spécifiques • Sont regroupées (si nécessaire), classées selon leur priorité et assorties de délais si possible • (Si nécessaire) fournissent des informations pour la sortie de l'action, sa durabilité postérieure ou pour ajuster la conception ou les plans de l'action | | |  |
|--|-----------------------------|-----------------|---|
| Forces | Faiblesses | Résultat | |
| | | | |
| Commentaires du prestataire | Commentaires du prestataire | | |
| | | | |
| <p>6. Justesse de l'analyse des enseignements tirés (si demandée par le TdR ou incluse par les évaluateurs)</p> | | | |
| <p>Ce critère est à évaluer uniquement s'il est requis par le TdR ou s'il est inclus par les évaluateurs et il n'est pas noté. Il analyse dans quelle mesure :</p> | | |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Les enseignements sont identifiés • Le cas échéant, s'ils sont généralisés de par leur pertinence transversale pour la(les) institution(s) | | | |
| Forces | Faiblesses | | |
| | | | |
| Commentaires du prestataire | Commentaires du prestataire | | |
| | | | |
| <p>Commentaires finaux sur la qualité globale du rapport</p> | | Résultat global | |
| | | | |

ANNEXE VI : MATRICE CADRE LOGIQUE (LOGFRAME) DE L'(LES) INTERVENTION(S) ÉVALUÉE(S)

I. Matrice indicative du cadre logique – Programme d'appui au renforcement du système de santé (PASA 2)

| Chaine des résultats | Indicateurs | Valeur de référence (y compris année de référence) | Cible (y compris année de référence) | Source de vérification | Hypothèses |
|--|---|--|--|---|--|
| Objectif global | | | | | |
| 0G l'état de santé des mères et des enfants de moins de cinq ans est amélioré. | 0G.1. le ratio de mortalité maternelle (*) | 724 // décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2012 EDS 2012 | 483 // pour 100.000 NV en 2021 (voir estimations du PNDS). Valeur à revoir sur la base des résultats de l'EDS 2017 | Enquête démographiques et de santé (EDS-MICS) 2017 et, si nécessaire, études complémentaires. | |
| | 0G.2. le taux de mortalité infanto-juvénile (*) | 123 // décès d'enfants de moins de 5 ans par 1000 NV en 2012 | 69,8 // décès pour 1000 NV en 2021 (voir estimations de PNDS) Valeur à revoir sur la base des résultats de l'EDS 2017 | EDS-MICS 2017 et, si nécessaire, études / enquêtes complémentaires | |
| Objectifs spécifiques | | | | | |
| OS1. La performance du Ministère de la Santé au niveau central est augmentée | 1.1 taux de complétude du PMA des centres de santé et du PCA des hôpitaux | A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | | SNIS (à travers les outils de collecte secondaires et le DHIS2) | 1/ la paix sociale et politique favorise la relance du système de santé et restaure la confiance de la population, 2/ le financement adéquat du système de santé par l'État et l'aide extérieure contribue au développement de l'offre de soins de santé. Il réduit |
| | 1.2. taux de fidélisation des agents de santé à leur poste d'affectation | A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | | SNIS (à travers les outils de collecte secondaires et le DHIS2) | |
| | 1.3. Taux de recouvrement des formations sanitaires | A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | | SNIS (à travers les outils de collecte secondaires et le DHIS2) | |

| Chaîne des résultats | Indicateurs | Valeur de référence (y compris année de référence) | Cible (y compris année de référence) | Source de vérification | Hypothèses |
|---|--|---|---|--|---|
| OS2. L'utilisation des services de santé par les mères et enfants de moins de cinq ans est augmentée dans la région de N'Zerekore | 2.1. Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié | 41 % (Source : DHIS2 2016) Nombre total accouchements assistés : 32 923 Population cible : 79 575 | 69,5% en 2021 (Source : PNDS) | Système National d'Information Sanitaire ((à travers les outils de collecte secondaires et le DHIS2) | la charge financière des populations rendant ainsi les soins plus accessibles. |
| | 2.2. Proportion des couples années par méthode contraceptive | 25 % (Implants : 13 %, DIU : 7 %, Depo provera : 2 %, Lo femenal : 2 % et autres : 1 %) Nombre total CAP : 26 905 Population cible : 106 099 (Source : DHIS2 2016) | L'indicateur n'existe pas dans le PNDS, mais plutôt le catalogue national d'indicateurs. L'échéancier de cible n'est donc pas disponible. Pour fixer la cible Nous pouvons utiliser le taux annuel d'évolution entre la valeur de base (2016) et celle obtenue en 2017 pour fixer la cible. | EDS-MICS 2017, SNIS et, si nécessaire, étude de base des indicateurs | 3/ des agents de santé présents, plus qualifiés et plus motivés du fait, en partie, de l'appui du projet aux districts sanitaires, délivrent des soins de meilleure qualité. 4/ l'implication des autorités administratives locales, des chefs traditionnels et religieux et le recours à des stratégies de communication culturellement adaptées diminuent la réticence des populations à l'égard de la planification familiale, de la santé sexuelle et reproductive et augmentent l'acceptabilité des services. |
| | 2.3. Taux d'utilisation en consultation primaire curative | 43 % (source : DHIS2 2016) Nombre CPC = 759.561 Population total: 1 768 323 | 80 % en 2024 (Source : PNDS) Il n'existe pas l'échéancier de cible dans le PNDS. Nous pouvons utiliser le taux annuel d'évolution entre la valeur de base (2016) et 2017) pour fixer la cible. | SNIS (DHIS2), à rapprocher avec l'EDS-MICS et les rapports de supervision / monitoring des CDS | |
| | 2.4. Taux de satisfaction des usagers des structures de santé augmente | 39 % (Source : PNDS 2015) | 60,7 % en 2021 (Source : PNDS) | Enquête du projet en 2018 et 2021. | |

| Chaine des résultats | Indicateurs | Valeur de référence (y compris année de référence) | Cible (y compris année de référence) | Source de vérification | Hypothèses |
|--|--|---|---|---|---|
| OS3: L'infrastructure sanitaire de la région de Guinée Forestière est améliorée. | 3.1. Le taux de fonctionnalité des districts sanitaires augment | 52 % (Source PND 2015) | 71,6 % en 2021 (Source PND) | | |
| | 3.2 Niveau de mise à jour de la carte sanitaire (pour permettre d'améliorer la répartition géographique des structures) | carte sanitaire | carte sanitaire revue au plus tard en Juin 2018 | | |
| | 3.3 Taux de structures réhabilitées/construites par rapport à la liste initiale | Conclusions évaluation des besoins et liste des infrastructures prioritaires retenues par les autorités et la DUE | 100 % au Décembre 2020 | évaluation des besoins | |
| | 3.4 Taux de structures ciblées ayant accès à l'eau, à l'électricité, à un système de gestion des déchets, à l'assainissement | A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | | | |
| | 3.5 Taux de structures informatisées (en lien avec le renforcement du SNIS) | A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | | | |
| | 3.6 Taux de structures répondant aux normes nationales sanitaires | A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | | audit en début et en fin de projet pour vérifier l'adéquation des structures aux normes | |
| | 3.7. Le taux de disponibilité d'équipement requis CSI augment | 0 % *à vérifier/adapter en fonction de disponibilité de DHIS2 | | Analyse de situation socio-économique de la région de Nzérékoré (MATD) | |
| Produits | | | | | |
| 1.0. Les capacités institutionnelles du ministère de la santé en matière de gestion financière, de gestion des ressources humaines et de la coordination sont renforcées | 1.0.1. Nombre des contrôles réalisés par l'IGS dans les structures sanitaires | A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | | Rapport d'activités IGS, Système National d'Information Sanitaire ((à travers les outils de collecte secondaires et le DHIS2) | 1/ les ressources financières mises à la disposition du secteur de la santé sont accrues. Elles sont gérées de façon satisfaisante. |
| | 1.0.2 Proportion de réunions tenues du Comité intersectoriel élargi des RHS | État de la situation à définir au début du projet X% | X% | Rapports de la DRH/MS. Rapports des directions régionale et préfectorales de | 2/ les dépenses publiques de santé augmentent |

| Chaine des résultats | Indicateurs | Valeur de référence (y compris année de référence) | Cible (y compris année de référence) | Source de vérification | Hypothèses |
|---|---|--|---|---|---|
| | | | | la santé de la région de N'Zerekore. | significativement. La proportion de celles-ci réalisées au profit de l'intérieur du pays (hors Conakry) s'accroît. La qualité de la dépense est globalement satisfaisante. 3/ le personnel de santé est mieux réparti dans le pays, la zone hors de Conakry étant désormais mieux servie. Des dispositions spécifiques sont prises pour favoriser la rétention des agents de santé dans les zones rurales. Le personnel de santé est suffisamment féminisé afin qu'il puisse rendre des services de santé de la reproduction et de la famille qui sont culturellement acceptables. 4/ l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels de qualité et à prix accessible est assuré (Pharmacie Centrale de Guinée performante) |
| | 1.0.3 Les nombres des services du MS qui disposent d'un système d'archivage informatisé | A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | A fixer après l'étude de base des indicateurs | | |
| 1.1. Les capacités des districts de santé de la région de N'Nzérékoré pour fournir des services et soins de qualité sont renforcées | 1.1.1 Le nombre des DS qui disposent et utilisent une base de données pour la gestion de personnel augmente | 0 | 6 | Documentation des districts, Rapports IHRIS sur la situation du personnel, Rapports d'activités et de suivi du projet. | |
| | 1.1.2. Le taux moyen d'exécution des plans d'amélioration issue du monitoring amélioré augmente à x% | A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | A fixer après l'étude de base des indicateurs | Résultats monitoring amélioré | |
| | 1.1.3 La proportion des structures sanitaires qui disposent d'un plan de maintenance préventive augmente | X%. A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | A fixer après l'étude de base des indicateurs | Système National d'Information Sanitaire (à travers les outils de collecte secondaires) | |
| | 1.1.4 Prévalence des MGF diminue | X% A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | A fixer après l'étude de base des indicateurs | Système National d'Information Sanitaire (à travers les outils de collecte secondaires) | |
| 1.2. L'offre de services en santé de la reproduction est amélioré | 1.2.1. Le taux d'utilisation du partogramme augmente | X%. A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | A fixer après l'étude de base des indicateurs | Analyse initiale de la situation faite par le projet, SNIS, rapports de supervision / monitoring des CDS et des maternités des hôpitaux préfectoraux. | |
| | 1.2.2. Le taux de couverture en CPN (4 consultations) augmente | 57 (Source : PNSD 2014) 66% (Source : DHIS2 2016) Nombre total CPN4 : 52235 Population cible : 79 575 | 83,6 en 2021 (Source : PNDS) | SNIS (à travers les outils de collecte secondaires) et DHIS2 | |

| Chaîne des résultats | Indicateurs | Valeur de référence (y compris année de référence) | Cible (y compris année de référence) | Source de vérification | Hypothèses |
|--|--|--|---|---|------------|
| | 1.2.3. La proportion d'établissements sanitaires disposants d'un dispositif de gestion de déchets biomédicaux augmente | X%. A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | A fixer après l'étude de base des indicateurs | Document de stratégie (niveau hôpital et CDS) sur la gestion des déchets biomédicaux, Rapports d'activités du projet, rapports de supervision | |
| 1.3. La demande de services de santé reproductive et de la famille est augmentée dans la région | 1.3.1. La proportion de centres de santé qui disposent de structures de dialogue fonctionnelles avec les populations respectant les critères établis, a augmenté à x% | X%. A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de l'action (2018) | De X% a Y%. A fixer après l'étude de base des indicateurs | Analyse initiale de la situation faite par le projet, SNIS, rapports de supervision / monitoring des CDS | |
| | 1.3.2. Le taux des jeunes hommes/femmes (15 à 24 ans) dans la zone d'intervention, qui connaissent des méthodes pour prévenir des risques prioritaires de santé, notamment les accouchements non assistés, le risque d'infection VIH et MST, les infections sans protection par l'immunisation, les infections à cause d'un manque d'hygiène, la circoncision féminine, a augmenté de x% à y%. | x% A déterminer par l'étude de base des indicateurs avant le début de la mise en œuvre de | y%. A fixer après l'étude de base des | Enquêtes CAP, valeurs de base 2018, contrôle des résultats en 2021. Comparaison avec les résultats de l'EDS-MICS 2017. | |
| 1.4. L'accessibilité aux infrastructures sanitaires et la disponibilité d'équipement médical dans les structures sanitaires est augmenté | 1.4.1. Le taux de disponibilité de l'eau augment | 8% en 2014 | | Analyse de situation socio-économique de la région de Nzérékoré (MATD) | |
| | 1.4.2. Le taux de disponibilité d'électricité augment | 0-2% en 2014 *à vérifier/ adapter en fonction de disponibilité de DHIS2 | | Analyse de situation socio-économique de la région de Nzérékoré (MATD) | |

II. Cadre Logique PASA2 - GIZ

| Chaine des résultats | Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) | | | Source de vérification | Hypothèses |
|--|--|---|--|----------------------------|---|
| | Intitulé | Valeur de référence | Cible | | |
| Objectif global (Impact) | | | | | |
| L'état de santé des mères et des enfants de moins de cinq ans est amélioré. | Indicateur 0.1. Ratio de mortalité maternelle | 550 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (NV) (MICS 2016) | 483 décès pour 100.000 NV en 2021 (estimations du PNDS 2015-2024). | MICS 2016 et EDS-MICS 2021 | |
| | Indicateur 0.2. Taux de mortalité infanto-juvénile | 88 décès d'enfants de moins de 5 ans par 1000 NV (MICS2016) | 69,8 décès pour 1000 NV en 2021 (estimations de PNDS 2014-2015) | MICS 2016 et 2021 | |
| Objectifs spécifiques (Effets) | | | | | |
| Objectif spécifique (OS) 1 : La performance du Ministère de la santé en matière de gouvernance, et de gestion des ressources humaines est améliorée | Indicateur 1.1: Proportion d'instances de coordination au niveau central appuyées par le PASA2-GIZ régulièrement tenues | 2019 : 50% | 2020 : 70% 2021 : 100% 2022 : 100% | Rapports de réunions | Le MS à travers les SG et le BSD met en place les mécanismes nécessaires pour renforcer le leadership des directions et services centraux en charge des instances de coordination |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| | Indicateur 1.2 : Taux de nouveaux affectés dans les districts concernés qui sont toujours présents au moins 6 mois après l'affectation (à mesurer chaque fin d'année pour les agents nouvellement mutés entre le 1er juillet de l'année précédente et le 30 juin de l'année en cours, désagrégé par district) | Valeur de base sera déterminée pendant le premier semestre d'implémentation | Valeur ciblée à déterminer après connaissance des valeurs de base. | Rapports de mission de contrôle (mission de contrôle conjoint avec la DRH) + iHRIS et/ou base de données Access pour les RHS | Les moyens disponibles permettent l'affectation du nouveau personnel dans la région cible |
| Objectif Spécifique (OS) 2 : L'utilisation des services par les mères et enfants de moins de cinq ans est augmentée dans la région cible (Région de N'Zérékoré et les préfectures de Kissidougou et Kérouane) | Indicateur 2.1: Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les structures de santé | DRS N'Zérékoré 52% | DRS N'Zérékoré 2020 : 60% 2021 : 68% | DHIS2 Base : Année 2018 en date du 18 juin 2019 | Le personnel de santé qualifié est disponible dans les structures de santé |
| | | DPS Kérouané : 56% | DPS Kérouané 2020 : 60% 2021 : 69,5 % | | |
| | | DPS Kissidougou : 46% | DPS Kissidougou 2020 : 60% 2021 : 69,5 % | | |
| | Indicateur 2.2: Taux d'utilisation de la CPN 4 dont une au 9 ^{ème} mois | DRS N'Zérékoré 66% | DRS N'Zérékoré 2020 : 75% 2021 : 90% | Année 2018 DHIS2 : en date du 18 juin 2019 | Le personnel de santé qualifié est disponible dans les structures de santé |
| | DPS Kérouané : 73% | DPS Kérouané 2020 : 80% 2021 : 90 % | | | |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | DPS Kissidougou : 71% | DPS Kissidougou 2020 : 84 % 2021: 90% | | |
| Indicateur 2.3 : Taux d'utilisation de la consultation primaire curative (CPC) | DRS N'Zérékoré : 28% | DRS N'Zérékoré 2020 : 50% 2021 : 69% | Année 2018 DHIS2 : en date du 15 janvier 2019 | Le personnel de santé qualifié est disponible dans les structures de santé |
| | DPS Kérouané : 43% | DPS Kérouané 2020 : 55% % 2021 : 69% | | |
| | DPS Kissidougou : 43% | DPS Kissidougou 2020 : 55 % 2021 : 69 % | | |
| Indicateur 2.4: Taux de satisfaction des usagers des structures de santé | DRS N'Zérékoré (Valeurs de base à déterminer par enquête CAP 2019) Femmes : Hommes : | DRS N'Zérékoré Femmes : Hommes : | Enquête CAP du PASA2 | Le Ministère ensemble avec le gouvernement a pris les mesures correctrices nécessaires quant aux coûts des prestations et la disponibilité des médicaments dans les formations |
| | DPS Kérouané (Valeurs de base à déterminer par enquête CAP 2019) Femmes : Hommes : | DPS Kérouané (Valeur ciblée à déterminer après connaissance des valeurs de base) Femmes : | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| | | | Hommes : | | |
| | | DPS Kissidougou (Valeurs de base à déterminer par enquête CAP 2019) | DPS Kissidougou (Valeur ciblée à déterminer après connaissance des valeurs de base) | | |
| | | Femmes : | Femmes : | | |
| | | Hommes : | Hommes : | | |

| Résultats (Produits) | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| Résultat 1.1. (R1.1) : Les capacités institutionnelles du ministère de la santé, notamment en termes de (i) gestion financière, (ii) gestion des ressources humaines, ainsi qu'en termes de (iii) gouvernance et leadership du secteur sont renforcées (volet 1) ; | Indicateur 1.1.1 Proportion de réunions thématiques sur les RHS | 2 en 2019 | au moins 4 par an | Rapports de réunions | Les directions et services du MS dispose des moyens suffisant pour assurer son fonctionnement (logistiques, personnel) |
| | Indicateur 1.1.2 Annuaire statistique des RHS de qualité élaboré et disponible à l'aide du logiciel IHRIS | 0 (système pas encore mis en place) | 2019 : 1; 2020: 1; 2021: 1 2022: 1 | Rapports DRH Base de données iHRIS | La DRH est pourvue en Ressources Humaines qualifiées selon les besoins |

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|--|--|
| | Indicateur 1.1.3. Pourcentage des cadres des directions/divisions du MS impliqués dans le PASA 2 (BSD, DRH, DAF, IGS...) qui nomment 3 exemples concrets comment l'utilisation du nouveau système de gestion du savoir facilite leur travail. | 0 en 2018 | 2019 : 25 2020 : 50; 2021: 75 2022: 90 | Rapport BSD | Le système de gestion du savoir est conçu et utilisable |
| Résultat 1.2. (R1.2.) : Une approche nationale de santé communautaire et d'une stratégie nationale d'agents de santé communautaires sont développés et testés sur le terrain, notamment dans la zone cible du projet (volets 1 et 4). | Indicateur 1.2.1 Nombre de réunions de la Plateforme multisectorielle de la santé communautaire ¹² tenues par an au niveau central (réunions trimestrielles prévues) | 3 en 2018 (Rapport DRH) | 2019 : 4 réunions 2020 : 4 réunions 2021: 4 réunions 2022: 4 réunions | Rapport réunions de la plateforme multisectorielle | La DNSCMT joue son rôle de lead dans la conduite de ces réunions |
| Résultat 2.1. (R2.1) : Les capacités des districts sanitaires de la zone cible, en matière de planification, de gestion financière, de gestion des ressources humaine, d'hygiène et de gestion des risques infectieux sont renforcées (volet 2) ; | Indicateur 2.1.1: Nombre de cadres de la DRS et des DPS formés sur les procédures de gestion des RHS du MS | 0 | 2020: 18 (2 par DPS, 2 par DRS) | Rapports de formation | La DRH a développé une stratégie de dissémination du manuel |
| | Indicateur 2.1.2: Taux moyen d'exécution des plans d'amélioration des 8 DPS (après Monitoring Amélioré) | 2018 :0 (MA pas encore introduit) | 2019: 50% 2020: 60% 2021: 80% 2022: 80% | Rapport des DPS | Le MA est introduit dans les 8 DPS |

¹² Ou nombre de réunions de la plateforme fusionnée avec la plateforme One Health

| | | | | | | |
|--|---|----------|--|----------|--------------------------------|---|
| | Indicateur 2.1.3. Nombre de CTRS au moment adéquat au cours de l'année | 2018: 2 | 2019: 2 2020: 2 2021: 2 2022: 2 | 2 2 | Rapport CTRS/Rapport du Projet | Les instances sont planifiées et communiquées par les autorités suffisamment à l'avance |
| | Indicateur 2.1.4. Nombre de CTPS au moment adéquat au cours de l'année (hors Kérouané et Kissidougou) | 2018: 12 | 2019: 12 2020: 12 2021: 12 2022: 12 | 12 12 | Rapport CTPS/Rapport Projet | |
| | Indicateur 2.1.5. Nombre de missions de supervisions conjointes des DPS par la DRS (hors Kérouané et Kissidougou) | 2018: 0 | 2019 : 2 2020: 2 2021: 2 2022: 2 | 2 2 | Rapport DRS | Les différentes supervisions sont effectivement planifiées au cours de l'année |
| | Indicateur 2.1.6. Nombre de réunions de coordination des PTFs tenues au niveau régional avec l'appui du Projet. | 2018 : 0 | 2019 : 4 2020: 4 2021: 4 2022: 4 | 0 4 | Rapport DRS/PV des réunions | Les PTF sont disponibles et volontaires |
| Résultat 2.2. (R2.2) : L'offre de soins de qualité notamment des services de santé reproductive et familiale est améliorée dans la zone cible (volet 3) ; | Indicateur 2.2.1 Nombre de districts qui utilisent la base de données iHRIS pour la gestion du personnel | 2018 : 0 | 2019 : 8 2020: 8 2021: 8 2022: 8 | 8 8 | Rapport DPS | Le logiciel iHRIS est fonctionnel et accessible pour les équipes DPS |
| | Indicateur 2.2.2. Nombre de districts qui disposent d'un plan annuel de formation | 2018 : 0 | 2019 : 8 2020: 8 2021: 8 2022: 8 | 8 8 | Rapport DPS | Les partenaires ont communiqué les formations planifiées et les gaps ont été identifiés |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Indicateur 2.2.3: Nombre de missions de supervision conjointe des CS par les DPS (hors Kérouané et Kissidougou) | 2018: 6 | 2019: 6 (1/DPS) 2020: 6 2021: 6 2022: 6 | Rapport DPS | Les différentes supervisions sont effectivement planifiées au cours de l'année |
| Indicateur 2.2.4 : Pourcentage des accouchements assistés dans les formations sanitaires suivis par un partogramme | DRS N'Zérékoré : 53% DPS Kissidougou : 66% DPS Kerouane : 47% | DRS N'Zérékoré 2019 : 55% 2020 : 65% 2021 : 80% 2022 : 95% DPS Kissidougou : 2019 : 66% 2020 : 75% 2021 : 80% 2022 : 95% DPS Kerouane : 2019 : 55% 2020 : 65% 2021 : 80% 2022 : 95% | Valeurs de base en date de 18 juin 2019 | Les partogrammes sont disponibles dans toutes les formations sanitaires |
| Indicateur 2.2.5: La proportion des jeunes qui n'ont pas l'intention de faire exciser leurs filles. (19 % en 2017 à 25 % en 2022 ; source | Valeur de base à déterminer par enquête CAP 2019 | Valeur cible à déterminer par enquête CAP | Enquêtes CAP | L'environnement politique général a permis de mener les activités de promotion de la santé y inclus |

| | | | | | |
|--|--|--|---|-------------------------|---|
| | de vérification : enquête CAP) | | | | prévention des MGF |
| | Indicateur 2.2.6: Niveau de Connaissances des adolescents et jeunes (10 à 24 ans filles et garçons) sur la SR | Valeur de base à déterminer par enquête CAP 2019 | Valeur cible à déterminer en fonction des résultats de l'enquête CAP | Enquêtes CAP | |
| Résultat 2.3 (R2.3) : La demande des soins et services de santé est renforcée dans la zone cible (volet 4). | Indicateur 2.3.1: Proportion de communes qui disposent d'un répertoire de RECO et ASC formés selon la nouvelle politique de santé communautaire | 2018 :0 | 2020 : 33 (Guéckédou, Yomou et Macenta) 2021: 58 (Guéckédou, Yomou, Macenta, Beyla, Lola, et N'Zérékoré) 2022: 58 (Guéckédou, Yomou, Macenta, Beyla, Lola, et N'Zérékoré) | Enquête CAP | L'environnement politique général favorise le fonctionnement régulier des entités décentralisées de l'Etat dont les CLs |
| | Indicateur 2.3.2: Proportion des communes qui ont intégré les activités de santé dans leurs Plans de Développement locaux (PDLs) grâce à l'appui du Projet | 2018 :0 | 2020 : 33 (Guéckédou, Yomou et Macenta) 2021: 58 (Guéckédou, Yomou, Macenta, Beyla, Lola, et N'Zérékoré) 2022: 58 (Guéckédou, Yomou, Macenta, Beyla, Lola, et N'Zérékoré) | Rapport PASA2 Projet | Une nouvelle législation ne remet pas en cause les pouvoirs déjà transférés aux CLs en matière de politique de santé |
| | Indicateur 2.3.3: Proportion des communes dont les ASC et RECO sont impliqués dans | 2018 : 0 | 2019 : 0 2020 : 10 2021 : 33 | Rapport PASA2 Projet | L'Etat crée les conditions d'instauration d'une bonne |

| | | | | | |
|--|--|------------------|--|--|---|
| | <p>le Monitoring Amélioré grâce à l'appui du Projet</p> | | <p>2022 : 58</p> | | <p>gouvernance des CS. Un système de rémunération des ASC et RECO indépendant du financement des projets est établi, les ASC et RECO sont financés par le budget national</p> |
| | <p>Indicateur 2.3.4 : Proportion de COSAH fonctionnels</p> | <p>2018 : NA</p> | <p>2020 : 10 2021 : 33 2022 : 58</p> | <p>Rapports de réunions régulières</p> | |

III. Cadre Logique PASA2 – Expertise France

| Résultats | Indicateurs SMART | valeur de référence | Valeur cible | sources de vérifications | Hypothèses/Risques | Commentaires |
|--|--|---------------------|--------------|---------------------------------------|--|---|
| Objectif général: Améliorer la santé de la mère et de l'enfant en Guinée | | | | | | |
| Indicateur G1 | | | | | | |
| Indicateur G2 | | | | | | |
| Objectif spécifique 1 : La performance du MS en matière de gouvernance, gestion financière et gestion des ressources humaines est améliorée | | | | | | |
| Indicateur OS1.1 | Un cadre de concertation de gestion des finances publiques du MS est redynamisé (comité restreint) | 0 | 1 | PV de réunions; rapport d'activité | disponibilité des membres du comité; volonté de collaboration intersectorielle; caractère ad hoc du comité | conférences budgétaires; réunions mensuelles sur les priorités de trésorerie; groupe thématique financement de la santé ; comité |

| | | | | | | |
|-------------------------|---|--|----|--|---|--------------------------------------|
| | | | | | | restreint ad hoc |
| Indicateur OS1.2 | Nombre de représentants du MS connaissant les étapes clés d'élaboration budgétaire | Baseline à compléter lors de l'inception phase du projet | 69 | Rapport d'activité; test d'évaluation des compétences | Engagement du MS pour l'appropriation des nouveaux textes réglementaires ; disponibilité des participants | évaluation par le consultant externe |
| Indicateur OS1.3 | Une analyse des finances publiques (année N-1) ventilés par genre est réalisée (des recommandations pour l'année N) | 0 | 3 | rapport de consultance; analyse budgétaire; rapport d'activité | volonté et sensibilité politique ; appropriation des résultats de l'analyse ; aspects culturels | - |
| Indicateur OS1.4 | Une cartographie des acteurs de l'exécution du budget est proposée | 0 | 1 | cartographie; rapport de consultance; rapport d'activité | volonté politique; équipe nationale à disposition ; disponibilité des autres PTF | - |

| | | | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|--|---|---|
| Indicateur OS1.5 | Taux d'exécution des crédits des services déconcentrés du Ministère de la santé de la zone cible (1 DRS, 8 DPS) (base engagement) | Baseline à compléter lors de l'inception phase du projet | A définir en fonction des données baseline obtenues et des acteurs concernés | Fiches de délégation Rapport du MB + via dispositif de suivi-évaluation mis en place par le comité restreint + comités de pilotage | Indicateurs macro-économiques Régulation budgétaire / plan de trésorerie de l'Etat | Cet indicateur contribuera à atteindre l'indicateur 4 TV2020 de l'aide budgétaire de l'UE (PACE2) : Ex : (ii) Taux d'exécution du premier trimestre 2020 supérieur ou égal à 25% des titres IV" (base paiement, services déconcentrés) |
| Indicateur OS1.6 | Nombre de missions d'inspections réalisées par l'IGS selon les procédures et bonnes pratiques | 2 (rapport d'activité de l'IGS) | Valeur à définir à partir du manuel de procédures / normes IGS | Rapport annuel PAO IGS | PAO IGS validés Ordre de missions signés; decret validé Disponibilité des agents Budget disponible ; | - |
| Objectif spécifique 2: | L'utilisation des services de santé par les mères et les enfants de moins de 5 ans dans la region cible est augmenté (GIZ) | | | | | |
| Indicateur OS2.1 | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---|---|---|--|
| Indicateur OS2.2 | | | | | | |
| Objectif spécifique 3: | L'infrastructure sanitaire dans la region cible est améliorée | | | | | |
| Indicateur OS3.1 | Une cartographie des équipements et de l'infrastructure de la zone cible est disponible | 0 | 1 | cartographie; rapport d'activité | volonté politique; collaboration des autorités régionales ; coordination avec les autres PTF présents dans la région; qualité des données | - |
| Indicateur OS3.2 | Taux d'utilisation des services SMNI dans les structures sanitaires réhabilitées (9 structures de soins) | Baseline à compléter lors de l'inception phase du projet | A définir en fonction des données baseline obtenues | PV de reception des travaux; rapport d'activité | Délai dans la livraison des chantiers ; disponibilité du personnel , des équipements et des intrants médicaux | Seules 9 structures sont considérées car la 10ème est une structure administrative . Cet indicateur sera calculé sur la base du nombre de nombre de consultation SMNI par an |
| Résultat 1: | Les capacités du MS en gouvernance sont renforcées | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------|---|--|---|--|---|--|
| Indicateur R1.1 | Préparation du budget du MS dans le respect du calendrier et exhaustivité | Baseline à compléter lors de l'inception phase du projet | A définir en fonction des données baseline obtenues et des acteurs concernés | Ministère du budget (sous quel type de source?) | Respect du calendrier par les acteurs en amont (envoi de la circulaire) | - |
| Indicateur R1.2 | Un diagnostic organisationnel et fonctionnel sur la gestion des EPA est réalisée | 0 | 1 | audit; rapport d'activité | Volonté politique; qualité des informations; disponibilité des EPA | - |
| Indicateur R1.3 | Des documents cadre relatifs aux EPA santé (contrats programme) sont élaborés | 0 | Nombre à définir sur la base des résultats du diagnostic organisationnel et fonctionnel | Signature MS ; documents cadre; rapport d'activité | statuts juridique des EPA finalisés, collaboration des ministères de tutelle et des EPA | Minimum deux contrats programmes seront élaborés |
| Indicateur R1.4 | Nombre d'EPA remplissant les outils de gestion spécifiques aux EPA conformément à la réglementation | 0 | Nombre à définir sur la base des résultats du diagnostic organisationnel et fonctionnel | Outils EPA transmis Outils reçus par DAF MS Rapport du Ministère du budget | Finalisation/signature des statuts, mise en conformité (ex : nomination des conseils d'administration) Déclinaison des outils génériques du MB Adhésion du personnel des EPA au processus | Minimum deux EPA seront appuyés |

| | | | | | | |
|------------------------|--|--|----|---|---|---|
| Indicateur R1.5 | Une analyse du manuel de procédures administrative du MS est réalisée, avec recommandation de révision le cas échéant | 0 | 1 | Validation du MS; rapport de consultance; rapport d'activité; manuel de procédure (révisé le cas échéant) | Aboutissement des réformes du MB et du MF | - |
| Indicateur R1.6 | Nombre d'ordonnateurs de crédits et services d'appui ayant acquis les compétences nécessaires à la bonne application des textes en vigueur en matière de gestion financière et de marché publics | Baseline à compléter lors de l'inception phase du projet | 79 | rapport de formation ; rapport d'activité , tests d'évaluation des compétences | disponibilité du personnel | La répartition se fera comme suit nombre de personnes ciblées): 12 DAF; 12 BSD; 13 IGS; 6 autres directions techniques ; 2 DRS ; 16 DPS ; 2 EPA ; 16 HP |
| Indicateur R1.7 | Une évaluation des outils, procédures et des compétences de la DAF est réalisée | 0 | 1 | rapport de consultance; rapport d'activité | Volonté politique; collaboration DAF | - |
| Indicateur R1.8 | Nombre de personnel du MS (IGS, BSD et DAF) ayant acquis les compétences en matière d'inspection | Baseline à compléter lors de l'inception | 15 | rapport de formation ; rapport d'activité , | disponibilité du personnel | La répartition se fera comme suit nombre de personnes |

| | | | | | | |
|-------------------------|---|-----------------|--|--|--|---|
| | | phase du projet | | tests d'évaluation des compétences | | ciblées): 13 IGS; 2 DRS. La DAF, le BSD; les DPS et les autres directions techniques seront également formés à titre informatif |
| Indicateur R1.9 | Des grilles d'inspection adaptées au Manuel de procédures (tome 7 inspection) sont élaborées | 0 | A définir lors de la phase d'inception du projet | Signature MS ou endossement lors d'un atelier final; grilles d'inspection ; rapport d'activité | Volonté politique | - |
| Indicateur R1.10 | Une évaluations des coûts des prestations de soins est poursuivie dans au moins une région supplémentaire | 0 | 1 | Evaluation des coûts ; rapport d'activité | volonté politique; collaboration des structures sanitaires ciblées par le projet | |
| Indicateur R1.11 | Une évaluation d'impact budgétaire des différentes modalités de tarification est réalisée | 0 | 1 | Evaluation économique; rapport d'activité | volonté politique; collaboration des structures sanitaires ciblées par le projet | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| Résultat 2: Une approche nationale de santé communautaire et d'une stratégie nationale d'ASC sont développées et testées sur le terrain notamment sur la zone cible du projet (GIZ) | | | | | | |
| Indicateur R2.1 | | | | | | |
| Indicateur R2.2 | | | | | | |
| Résultat 3: Les capacités et conditions d'accueil des infrastructures sanitaires dans la zone cible sont améliorées | | | | | | |
| Indicateur R3.1 | Nombre de missions SNIEM appuyées par EF | Données à compléter à partir du rapport d'activité de la SNIEM | Données à renseigner selon le PAO du SNIEM | Rapport de mission de suivi Rapport annuel du SNIEM sur son PAO | Disponibilité des agents SNIEM pour les missions Disponibilité des outils Disponibilité du budget Ordres de missions signés | |
| Indicateur R3.2 | Des plans type en infrastructure incluant la problématique du genre sont mis à jour | 0 | cible : PMA | plans type officiel; rapport d'activité | Validation du MS | |
| Indicateur R3.3 | Le document de politique nationale de maintenance est actualisée | 0 | 1 | Signature MS; document de politique nationale; rapport d'activité; | Implication du MS; et coordination avec les autres PTF | |

| | | | | | | |
|------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|---|
| Indicateur R3.4 | Nombre de personnel de la SNIEM ayant acquis les compétences dans les domaines prioritaires (planification, maîtrise des outils informatique, gestion des inventaire, gestion de la maintenance, investissement et passation de marché ; suivi, contrôle réception d'équipements det de travaux) | Baseline à compléter lors de l'inception phase du projet | A définir sur la base du décret | rapport de formation ; rapport d'activité , tests d'évaluation des compétences | nomination du personnel ; disponibilité du personnel | - |
| Indicateur R3.5 | Taux de structures de santé réhabilitées par rapport à la liste initiale (%) | 0 | 100% | PV de réception des travaux Rapport de mission / de supervision SNIEM | Disponibilité d'entreprises qualifiées et fiables sur les normes sanitaires | |
| Indicateur R3.6 | Taux de structures de santé construites par rapport à la liste initiale (%) | 0 | 100% | PV de réception des travaux Rapport de mission / de supervision SNIEM | Disponibilité d'entreprises qualifiées et fiables sur les normes sanitaires | |
| Indicateur R3.7 | Taux De centres de santé ciblées par le projet équipés en conformité avec le PMA/PCA (%) | 0 | 100% | PV de réception des équipements Rapport de mission de | Disponibilité du personnel Compétences disponibles du personnel sur l'utilisation des équipements | La dotation en équipements se fera sur la base d'une évaluation des équipements minimum |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------|---|---|
| | | | | supervision SNIEM/MS | Disponibilité du personnel de maintenance nécessaire | nécessaires à une prise en charge en SMNI; cette liste se fera au cas par cas des structures de santé compte tenu de leur specificités (RH, superficies,) |
|--|--|--|--|-------------------------|---|---|

ANNEXE VII : LES CRITERES D'EVALUATION

La définition et le nombre des critères d'évaluation du CAD ont changé à la suite de la publication (10 décembre 2019) du document « Critères d'évaluation : définitions et principes d'utilisation adaptés » (DCD / DAC (2019) 58 / FINAL).

Les évaluateurs veilleront à ce que leur analyse respecte les nouvelles définitions de ces critères et leurs notes explicatives. Des documents de référence et d'orientation sont en cours d'élaboration de la part du CAD et peuvent être consultés ici:

<https://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>

Sauf indication contraire dans le chapitre 2.2.1, l'évaluation évaluera l'action en utilisant les six critères d'évaluation standard du CAD et la valeur ajoutée de l'UE, qui est un critère d'évaluation spécifique de l'UE. Leurs définitions sont présentées ci-dessous :

CRITERES CAD

- **Pertinence** : « Mesure dans laquelle les objectifs et la conception de l'intervention correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions et demeurent pertinents même si le contexte évolue. »
- **Cohérence** : « Mesure dans laquelle l'intervention est compatible avec les autres interventions menées au sein d'un pays, d'un secteur ou d'une institution. »
- **Efficacité** : « Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être, y compris les résultats différenciés entre populations. »
- **Efficience** : « Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps. »
- **Impact** : « Mesure dans laquelle l'intervention a produit, ou devrait produire, des effets importants et de vaste portée, positifs ou négatifs, intentionnels ou non. »
- **Durabilité** : « Mesure selon laquelle les bénéfices nets de l'intervention perdureront ou sont susceptibles de perdurer. »

CRITERE SPECIFIQUE UE

- **Valeur ajoutée européenne** : la mesure dans laquelle l'action apporte des avantages supplémentaires à ce qui aurait résulté des interventions des États membres uniquement dans le pays partenaire. Elle découle directement du principe de subsidiarité défini à l'article 5 du traité sur l'Union européenne (<http://www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/7/the-principle-of-subsidiarity>).

TERMES DE RÉFÉRENCE – PARTIE B

INFORMATIONS GENERALES

1. Zone bénéficiaire

Guinée

2. Pouvoir adjudicateur

L'Union européenne, représentée par la Commission européenne, B-1049 Bruxelles, Belgique.

3. Langue du contrat

français

LOGISTIQUE ET CALENDRIER

4. Lieu de la mission

- **chef d'équipe :**
 - Lieu d'affectation normal de la mission spécifique : # Lieu d'affectation normal de la mission est Conakry, avec des visites de terrain dans les zones d'intervention du PASA2 (les 6 préfectures de la région de N'Nzérékoré et 2 préfectures avoisinantes Kérouané et Kissidougou)
 - Mission(s) en dehors du lieu d'affectation normal et durée(s) : 13 jours de travail dans une période maximale de 19 jours dans la zone cible de PASA2
- **expert 2 Cat I :**
 - Lieu d'affectation normal de la mission spécifique : Lieu d'affectation normal de la mission est Conakry, avec des visites de terrain dans les zones d'intervention du PASA2 (les 6 préfectures de la région de N'Nzérékoré et 2 préfectures avoisinantes Kérouané et Kissidougou)
 - Mission(s) en dehors du lieu d'affectation normal et durée(s) : 13 jours de travail dans une période maximale de 19 jours dans la zone cible de PASA2
- **expert 3 Cat II :**
 - Lieu d'affectation normal de la mission spécifique : Lieu d'affectation normal de la mission est Conakry, avec des visites de terrain dans les zones d'intervention du PASA2 (les 6 préfectures de la région de N'Nzérékoré et 2 préfectures avoisinantes Kérouané et Kissidougou)
 - Mission(s) en dehors du lieu d'affectation normal et durée(s) : 13 jours de travail dans une période maximale de 19 jours dans la zone cible de PASA2

5. Date de début et période mise en œuvre

La date indicative de début est fixée au 17/01/2022 et la période de mise en œuvre du marché spécifique sera de 400 jours à partir de cette date (date de fin indicative : 21/02/2023).

BESOINS

6. Expertise

Pour cette mission, un expert individuel doit être proposé pour chaque poste.

L'expertise requise pour la mise en œuvre du marché spécifique est détaillée ci-dessous.

- **chef d'équipe :**
 - Description générale du poste :
 - Catégorie de l'expert : Cat. I (>12 années d'expérience)
 - Qualifications et compétences : Maîtrise en santé publique, ou maîtrise en gestion des finances publique ou équivalent. Dans l'équipe pour expertise Cat I; Il doit y avoir les deux qualifications et compétences: en santé publiques ainsi qu'en gestion des finances publiques.
 - Expérience professionnelle générale : Au minimum 12 ans d'expérience dans les domaines relatifs à l'évaluation
 - Expérience professionnelle spécifique : - Au minimum un(e) expert(e) avec au minimum 3 ans d'expérience comme chef d'équipe - Au minimum 5 ans de de l'expérience des évaluations des programmes avec au moins 2 ans d'expériences d'évaluation de projets européens dans le domaine de l'aide au développement - Au minimum 5 ans de l'expérience en Afrique Subsaharienne - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) CAT I ayant au minimum 3 ans d'expérience dans la gestion des finances publique - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) CAI, ayant au minimum 5 ans de l'expérience dans le renforcement du système de santé - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience dans le domaine de la gestion des Ressources Humaines Santé - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience dans le domaine de décentralisation/ déconcentration et la santé à base communautaires - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience dans le domaine des systèmes d'information sanitaires - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience d'au minimum 3 ans de gestion des projets dans le domaine de Santé et Droits Sexuels et Reproductifs - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expertise en questions de genre - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant des compétences en communication - Connaissance et expérience en secteur pharmaceutique en Afrique de l'Ouest dans l'équipe sera un atout - Connaissance et expérience dans le domaine du financement du secteur de la santé dans l'équipe sera un atout
 - Compétences linguistiques : français
 - Nombre minimum de jours travaillés : **26** jours

- **expert 2 Cat I:**

- Description générale du poste :
- Catégorie de l'expert : Cat. I (>12 années d'expérience)
- Qualifications et compétences : Maîtrise en santé publique, ou maîtrise en gestion des finances publique ou équivalent. Dans l'équipe pour expertise Cat I; Il doit y avoir les deux qualifications et compétences: en santé publiques ainsi qu'en gestion des finances publiques.
- Expérience professionnelle générale : Au minimum 12 ans d'expérience dans les domaines relatifs à l'évaluation
- Expérience professionnelle spécifique : - Au minimum 5 ans de de l'expérience des évaluations des programmes avec au moins 2 ans d'expériences d'évaluation de projets européens dans le domaine de l'aide au développement - Au minimum 5 ans de l'expérience en Afrique Subsaharienne - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) Cat.I ayant au minimum 3 ans d'expérience dans la gestion des finances publique - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) Cat.I ayant au minimum 5 ans de l'expérience dans le renforcement du système de santé - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience dans le domaine de la gestion des Ressources Humaines Santé - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience dans le domaine de décentralisation/ déconcentration et la santé à base communautaires - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience dans le domaine des systèmes d'information sanitaires - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience d'au minimum 3 ans de gestion des projets dans le domaine de Santé et Droits Sexuels et Reproductifs - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expertise en questions de genre - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant des compétences en communication - Connaissance et expérience en secteur pharmaceutique en Afrique de l'Ouest dans l'équipe sera un atout - Connaissance et expérience dans le domaine du financement du secteur de la santé dans l'équipe sera un atout
- Compétences linguistiques : français
- Nombre minimum de jours travaillés : **24** jours

- **expert 3 Cat II:**

- Description générale du poste :
- Catégorie de l'expert : Cat. II (>6 années d'expérience)
- Qualifications et compétences : Diplôme supérieur en santé publique ou/et économie de la santé ou équivalent
- Expérience professionnelle générale : Au minimum 6 ans d'expérience dans les domaines relatifs à l'évaluation
- Expérience professionnelle spécifique : - Expérience dans le domaine de l'évaluation maturée d'au moins 3 ans - Au minimum 3 ans de l'expérience en Afrique Subsaharienne - Expérience préalable en Afrique de l'Ouest et en Guinée sera un avantage - L'équipe

doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant au minimum 3 ans d'expérience dans la gestion des finances publique - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant au minimum 5 ans de l'expérience dans le renforcement du système de santé - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience dans le domaine de la gestion des Ressources Humaines Santé - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience dans le domaine de décentralisation/ déconcentration et la santé à base communautaires - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience dans le domaine des systèmes d'information sanitaires - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expérience d'au minimum 3 ans de gestion des projets dans le domaine de Santé et Droits Sexuels et Reproductifs - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant de l'expertise en questions de genre - L'équipe doit avoir au minimum un(e) expert(e) ayant des compétences en communication - Connaissance et expérience en secteur pharmaceutique en Afrique de l'Ouest dans l'équipe sera un atout - Connaissance et expérience dans le domaine du financement du secteur de la santé dans l'équipe sera un atout

- Compétences linguistiques : français, connaissance d'une langue locale est considéré comme un atout
- Nombre minimum de jours travaillés : **19 jours**

7. Dépenses accessoires

Aucune dépense accessoire n'est prévue pour ce marché.

8. Coûts forfaitaires

Le marché ne prévoit aucun coût forfaitaire.

9. Vérification des dépenses

Aucun rapport de vérification des dépenses n'est requis.

10. Autres détails

1 - travel costs

Quantité minimale (si applicable): 3

2 - per diem

Quantité minimale (si applicable): 57

3 - other costs, meetings, in country travel, etc...

Quantité minimale (si applicable): 1

RAPPORTS ET AUTRES LIVRABLES

11. Rapports et autres livrables obligatoires

| Title | Contenu | Langue | Délai de soumission |
|--------------------------------|--|----------|---|
| Rapport Initial | <ul style="list-style-type: none"> • Logique d'intervention • Liste des parties prenantes • Méthodologie de l'évaluation, y compris : <ul style="list-style-type: none"> o Matrice de l'évaluation : Questions d'évaluation, avec les critères de jugement et les indicateurs et méthodes d'analyse et de collecte des données o Stratégie de consultation o Approche des visites de terrain y compris les critères utilisés pour le choix des visites de terrain • Analyse des risques associés à la méthodologie de l'évaluation et les mesures d'atténuation • Plan de travail | français | Endéans 10 Jour(s) Après Le début du projet |
| Note documentaire et diaporama | <ul style="list-style-type: none"> • Note documentaire/ diaporama • Présentation des résultats/conclusions principales de la revue documentaire <ul style="list-style-type: none"> • Réponses préliminaires aux questions d'évaluation, en faisant référence aux limites des informations à disposition • Compte rendu de la présentation avec le groupe de référence de la diaporama documentaire et des conclusions principales de la | français | Endéans 5 Jour(s) Après Le début du projet |

| Title | Contenu | Langue | Délai de soumission |
|-------------------------|---|----------|---|
| | phase documentaire par vidéoconférence | | |
| Rapport d'avancement | <ul style="list-style-type: none"> • Activités réalisées pendant la phase de terrain • Difficultés rencontrées pendant cette phase et mesures atténuantes adoptées • Principales conclusions préliminaires (en fusionnant les phases documentaires et de terrain) | français | Endéans 40 Jour(s) Après Le début du projet |
| Projet de rapport final | <p>La structure du rapport final est décrite à l'annexe III. Il comprend un résumé exécutif bref, l'analyse des données récoltées pendant la phase documentaire et la phase de terrain, les réponses aux questions d'évaluation et une évaluation globale, les conclusions et les recommandations.</p> <p>U Le résumé exécutif bref, rigoureux, indépendant et qui va droit au but. Il doit se concentrer sur les objectifs ou sur les questions principales de l'évaluation, en souligner les principaux points exécutifs et montrer clairement les principales conclusions et leçons qui peuvent en être tirées, ainsi que les recommandations qui peuvent être faites. Il sera rédigé dans le format</p> | français | Endéans 60 Jour(s) Après Le début du projet |

| Title | Contenu | Langue | Délai de soumission |
|---------------|---|----------|---|
| | spécifique prévu au module EVAL | | |
| Rapport final | <p>La structure du rapport final est décrite à l'annexe III. Il comprend un résumé exécutif bref, l'analyse des données récoltées pendant la phase documentaire et la phase de terrain, les réponses aux questions d'évaluation et une évaluation globale, les conclusions et les recommandations.</p> <p>U Le résumé exécutif bref, rigoureux, indépendant et qui va droit au but. Il doit se concentrer sur les objectifs ou sur les questions principales de l'évaluation, en souligner les principaux points exécutifs et montrer clairement les principales conclusions et leçons qui peuvent en être tirées, ainsi que les recommandations qui peuvent être faites. Il sera rédigé dans le format spécifique prévu au module EVAL</p> | français | Endéans 4 Mois Après Le début du projet |