



USAID
DU PEUPLE AMÉRICAIN



UCSF Global Health
Sciences

**CUNY
SPH** GRADUATE SCHOOL OF
PUBLIC HEALTH & HEALTH POLICY

URC

USAID'S HEALTH EVALUATION AND APPLIED RESEARCH DEVELOPMENT (HEARD) PROJECT

EVALUATION FINALE DU PROJET HAUTE QUALITE DES SERVICES DE SANTE POUR LE DEVELOPPEMENT (HSD) DE L'USAID-GUINEE: PRESTATION INTEGREE DE SERVICES DE SANTE DANS LE CONTEXTE POST-ÉBOLA



Décembre 2020

Le programme Evaluation de la Santé et Développement de la Recherche Appliquée (HEARD) est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) dans le cadre de l'accord de coopération numéro AID-OAA-A-17-00002. L'équipe du projet comprend le principal bénéficiaire, University Research Co., LLC (URC), et des organisations sous-bénéficiaires.

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation est profondément reconnaissante envers les femmes et les hommes guinéens, les participants, les prestataires de services de santé, les gestionnaires de structures de santé, les décideurs politiques et les partenaires de mise en œuvre qui ont donné de leur temps et de leurs idées pour enrichir cette évaluation grâce à leur participation. L'évaluation n'aurait pas été possible sans l'expertise et la diligence de nos partenaires d'exécution dans le pays, le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Maferinyah, sous la direction d'Alexandre Delamou assisté par Foromo Timothée Béavogui. L'équipe remercie plus particulièrement la mission de l'USAID en Guinée pour avoir guidé cette évaluation, en particulier May Mwaka, Mamadou Lamarana Tambah Bah, Izetta Simmons, Souro Kamano et Pierre Balamou ; l'équipe du projet Haute qualité des services de Santé pour le Développement (HSD) de Jhpiego, dirigée par le Dr Yolande Hyjazi et la directrice du S&E, Jacqueline Aribot ; et les membres du groupe de référence stratégique.

Citation recommandée.

Alison El Ayadi, Adriane Martin Hilber, Alexandre Delamou, Laura Buback, Samantha Ski. Évaluation finale de l'activité de prestation de services de santé de l'USAID Guinée : Prestation de services de santé intégrés dans le contexte post-Ebola.

Photo de couverture :

Centre de Santé Kassapo, Boké

(Source: Marie Boré)



USAID
DU PEUPLE AMÉRICAIN



UCSF Global Health
Sciences

CUNY
SPH GRADUATE SCHOOL OF
PUBLIC HEALTH & HEALTH POLICY

URC

USAID'S HEALTH EVALUATION AND APPLIED RESEARCH DEVELOPMENT (HEARD) PROJECT

EVALUATION FINALE DU PROJET HAUTE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ POUR LE DÉVELOPPEMENT (HSD) DE L'USAID-GUINÉE : PRESTATION INTÉGRÉE DE SERVICES DE SANTÉ DANS LE CONTEXTE POST-ÉBOLA

8 DÉCEMBRE 2020

Ce rapport a été produit pour être examiné par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). Il a été préparé par University Research Co., LLC (URC), l'Université de Californie, le Global Institute for Health Sciences (UCSF) de San Francisco et la Graduate School of Public Health and Health Policy (CUNY) de la City University of New York, et a été rédigé par Alison El Ayadi, Adriane Martin Hilber, Alexandre Delamou, Laura Buback et Samantha Ski.

Ce rapport est rendu possible grâce au soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'USAID. Le contenu de ce rapport relève de la seule responsabilité de l'URC, de l'UCSF et de la CUNY School of Public Health et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

ABREVIATIONS

CPN Consultation prénatales	d'Approvisionnement	SMNI Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SI Santé Infantile	Mondiale en matière de	
ACS/RECO Agent Communautaire de Santé/Relai Communautaire	Santé - Gestion des achats et des Approvisionnements (également connue sous le sigle PSM)	SMNI-PF Santé Maternelle, Néonatale et Infantile, et Planning Familial
IC Intervalle de Confiance		MS Ministère de la Santé
PECIMNE Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau communautaire	GoG Gouvernement Guinéen	ONG Organisations Non Gouvernementales
CMC Centre Médico-Communal (Community Medical Center)	SNIS Système National d'information sur la santé	FO Fistule Obstétricale
COSAH Comité de santé et d'hygiène/Health and hygiene committee	HN Hôpital national (National hospital)	SAA Soins Après Avortement
CS Centre de Santé (Health center)	HP Hôpital préfectoral (Prefectural hospital)	SPP Soins du Post-partum
DHIS2 Logiciel d'Information Sanitaire des Districts 2	HR Hôpital régional (Regional hospital)	PFPP Planning Familial Post-partum
DHS Enquête sur la Démographie et la Santé	HSD Haute qualité des services de Santé pour le Développement	EP Éducateur pour les Pairs
DPS Direction Préfectoral de la Santé (Prefectural Health Directorate)	SIRH Système d'Information sur les Ressources Humaines	PS Poste de santé (Health post)
DRS Direction Régionale de la Santé (Regional Health Directorate)	PCIMNE Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant	FI Formation Initiale
EH EngenderHealth	PCI Prévention et Contrôle des Infections	AP Année du Projet
PISE Paquet Intégré de Soins Essentiels	RI Résultat Intermédiaire	SR Santé de la Reproduction
SONU Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence	EIC Entretien avec un Informateur Clé	N&P SR Normes et Procédures en matière de Santé de la Reproduction
MVE Maladie à Virus Ebola	SMK Soins à la Mère Kangourou	SRMNE+ Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
DGD Discussion de Groupe Dirigée	AA Aménorrhée due à l'Allaitement	SE Sauver les Enfants
PF Planning Familial	CRLDA Contraception Réversible à Longue Durée d'Action	CCSC Communication sur le Changement Social et Comportemental
VBG Violence Basée sur le Genre	TPCM Taux de Prévalence de la Contraception Moderne	SBM-R Gestion et Reconnaissance Basées sur des Normes
CAMS-PSM Chaîne	SM Santé Maternelle	TFR Indice Total de Fécondité
	MILDA Moustiquaire Imprégnée à Long Durée d'Action	UNFPA Fonds des Nations Unies pour la Population
	SMN Santé Maternelle et Néonatale	USAID Agence Américaine pour le Développement International
		OMS Organisation Mondiale de la Santé

RÉSUMÉ

Cette évaluation finale des performances du projet Haute qualité des services de Santé pour le Développement (HSD) a passé en revue les 4 premières années de mise en œuvre afin de comprendre l'efficacité du projet en termes d'amélioration de la qualité des soins, d'augmentation de la demande de services et de renforcement des systèmes de santé ; d'identifier les leçons apprises et les opportunités manquées ; et d'identifier les facteurs affectant la durabilité post-investissement. Les questions d'évaluation se sont penchées sur la qualité des soins, les interventions axées sur la communauté, le renforcement des systèmes de santé, la prévention et le traitement des fistules, les violences basées sur le genre et l'exploitation des activités de l'USAID et d'autres partenaires au développement pour faire progresser les résultats du projet SRMNIA+ en Guinée. Des données primaires selon des méthodes mixtes ont été recueillies auprès des principales parties prenantes et d'un sous-ensemble de structures de santé.

Le projet HSD a contribué à des progrès substantiels dans le renforcement du système de santé et des acteurs pour fournir l'ensemble des soins intégrés par la formation et la supervision des prestataires, le soutien environnemental et matériel, et les efforts de plaidoyer. Parmi les défis permanents, citons les besoins de formation et le soutien à la gestion, le déploiement et la rétention des ressources humaines, les pénuries de médicaments et de produits essentiels, l'absence d'espace approprié pour les prestations de services et l'entretien insuffisant des équipements. Les réalisations en matière de renforcement des systèmes ont contribué à accroître la fréquentation au sein de la communauté, en particulier pour les CPN, le planning familial et la santé infantile ; toutefois, d'importantes disparités et des lacunes en matière d'équité subsistent. La gouvernance, le leadership et l'appropriation de l'amélioration de la qualité au niveau des structures de santé par le Ministère de la Santé (MS) sont restés insuffisants pour soutenir les améliorations soutenues

par le projet HSD. Les actions de sensibilisation ont contribué à renforcer les capacités et la couverture des opérations de la fistule ; toutefois, l'investissement a été faible par rapport aux besoins et la durabilité reste une préoccupation importante. De même, des services de santé et des services juridiques liés à la violence basée sur le genre ainsi que des activités de prévention ont été mis à disposition dans des domaines ciblés, bien qu'un investissement plus large et une gouvernance plus forte soient nécessaires. Bien que les activités du projet HSD se soient appuyées sur les réalisations antérieures de l'USAID et sur les programmes actuels, il est nécessaire de faire preuve de souplesse dans les programmes de l'USAID et de renforcer le leadership et la coordination du gouvernement. Le programme de gestion et de reconnaissance basé sur des normes a été un moteur important de l'amélioration de la qualité du planning familial, des soins obstétricaux d'urgence et de la prévention et du contrôle des infections, et la reconnaissance de la SBM-R ont représenté des services de haute qualité pour le personnel de santé et les communautés.

Les recommandations de l'évaluation sont les suivantes : cibler l'engagement des bénéficiaires tout au long du continuum de soins et institutionnaliser des systèmes de référence fonctionnels (1.1), augmenter le soutien aux services essentiels intégrés pour les populations vulnérables (1.2) ; aider le gouvernement de Guinée à mettre en œuvre la politique de santé communautaire et à intégrer les services de santé communautaires (2.1) ; renforcer l'engagement communautaire en soutenant le cycle d'action communautaire, les groupements communautaires et les postes de santé (2.2) ; renforcer la responsabilité sociale pour éliminer les obstacles financiers, sexospécifiques et culturels pour les groupes vulnérables en s'attaquant aux coûts des soins et en soutenant les mutuelles de santé communautaires (2.3) ; exiger des partenaires de mise en œuvre qu'ils rendent des comptes, qu'ils fassent preuve de leadership et qu'ils s'approprient les projets pour en assurer la durabilité

grâce à des mesures de responsabilisation axées sur les résultats (3.1) ; harmoniser la SBM-R avec les normes gouvernementales existantes en matière d'amélioration de la qualité et plaider en faveur d'une approche institutionnalisée de l'amélioration de la qualité (3.2) ; continuer à soutenir le système d'information sanitaire DHIS2 afin de parvenir à une mise en œuvre complète pour faciliter la prise de décision fondée sur des données probantes (3.3) ; accroître le soutien à la formation initiale des sages-femmes et des infirmières et aux laboratoires de compétences (3.4) ; renforcer les équipements, l'infrastructure et la gestion des fournitures au niveau des structures (3.5) ; tirer profit des

investissements de l'USAID dans le secteur de la santé pour améliorer la collaboration, la communication et l'impact entre ses projets/activités et les autres dans le domaine du développement de la santé (4.1) ; intégrer une certaine souplesse dans la conception des projets et adapter les mesures de mise en œuvre et de résultats à l'évolution des besoins (4.2) ; concevoir des projets de façon concertée afin d'accroître l'appropriation et de transférer les responsabilités aux partenaires gouvernementaux (4.3) ; envisager de démontrer la pleine efficacité des activités d'investissement en privilégiant la hauteur des investissements (4.4).

SOMMAIRE

Abréviations.....	ii	Question d'évaluation 4 - Prise en charge des fistules : Dans quelle mesure les capacités techniques et managériales locales ont-elles été suffisamment renforcées pour soutenir la prévention et la prise en charge des fistules en Guinée	54
Résumé	iii	Question d'évaluation 5 - Violence basée sur le genre : Dans quelle mesure les ressources financières limitées ont-elles été stratégiquement affectées à la lutte contre la violence basée sur le genre dans le cadre des interventions du projet HSD ? Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour améliorer les résultats ?	57
Résumé exécutif	1	Question d'évaluation 6 - Perspectives futures : complémentarité entre les activités des USAID	60
But de l'évaluation.....	4	Facteurs clés et recommandations.....	64
Questions d'évaluation	4	1. La disponibilité de soins intégrés et la qualité des soins	64
Contexte et historique du projet	6	2. Le dernier kilomètre : Atteindre les plus vulnérables au niveau communautaire.....	65
Contexte du SRMNI en Guinée.....	6	3. Renforcement des systèmes de santé : S'appuyer sur les succès	67
Contexte du système de santé	9	4. USAID et la supervision du programme : Et la supervision du programme : La programmation pour la durabilité	69
Stratégie de Coopération au Développement de l'USAID-Guinée.....	10	References.....	72
Contexte de l'activité.....	11	Annexes	75
Méthodes d'évaluation et limites	15	Annexe I: Énoncé des travaux d'évaluation.....	76
Aperçu des méthodes.....	15	Annexe II: Matrice d'évaluation.....	85
Collecte de données brutes.....	15	Annexe III: Outils de collecte de données.....	89
Échantillonnage	15	Annexe IV: Sources d'information.....	167
Collecte de données.....	16	Annexe V: Groupe de révision de stratégie.....	169
Analyse de données.....	16	Annexe VI: Divulgaration de tout conflit d'intérêts.....	190
Considération éthique.....	18	Annexe VII: Tableaux de données	191
Limites.....	18	Annexe VIII: Étude de cas sur la SBM-R.....	209
Résultats	20		
Question d'évaluation 1 - Qualité : Dans quelle mesure la qualité des services de soins de santé s'est-elle améliorée grâce au projet HSD ?.....	20		
Question d'évaluation 2 - Interventions axées sur la communauté : Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il contribué à améliorer l'accès et l'utilisation de l'ensemble de soins intégrés essentiels des services de santé dans les structures ciblées ?	25		
Question d'évaluation n° 3 - Renforcement du système de santé : Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il renforcé le système de santé pour fournir un ensemble intégré de services de soins de santé SMNI+ dans le continuum de soins ?	39		

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

RESUME DES RESULTATS

- Améliorations significatives de la qualité des soins, notamment un meilleur accès aux services de planification familiale, une meilleure qualité des soins prénatals et d'accouchement, et l'expansion de la prévention et des soins des fistules.
- Accès et utilisation accrus de l'ensemble des soins intégrés essentiels dans tout le continuum des soins.
- Renforcement des systèmes de santé et du personnel par la formation, la disponibilité accrue des données et la fourniture d'équipements, de médicaments et de produits.
- Renforcement des capacités pour la prévention de la violence sexiste par le dépistage dans les structures et la sensibilisation des communautés.
- Mise à profit des activités antérieures et simultanées soutenues par l'USAID et ses partenaires pour développer des synergies efficaces, en particulier lors de l'épidémie d'Ebola.

CONTEXTE

Le projet Haute qualité des services de Santé pour le Développement (HSD) de l'USAID-Guinée est un accord de coopération de 5 ans (2015-2020) mis en œuvre par Jhpiego, EngenderHealth et Save the Children. S'appuyant sur les réalisations antérieures soutenues par l'USAID, le HSD vise à élargir l'accès et la disponibilité de services de santé intégrés afin d'améliorer la qualité des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, avec un sous-axe sur la fistule obstétricale, la violence sexiste et la prévention et le contrôle des infections transversales. Les efforts

ont finalement visé 278 structures de santé et 1 035 communautés environnantes dans 32 préfectures, dans les régions de Boké, Conakry, Kindia, Mamou, Faranah, Kankan et Labé, couvrant 85 % de la population guinéenne.

APPROCHE DE L'EVALUATION

L'équipe d'évaluation du programme HEARD a examiné les performances du HSD au cours des quatre premières années de mise en œuvre, en utilisant l'approche de la science de la mise en œuvre du projet. En septembre 2019, l'équipe d'évaluation s'est rendue en Guinée pour une visite de cadrage. Des réunions avec les partenaires et les parties prenantes ont permis de définir les objectifs finaux de l'évaluation.

La collecte et l'analyse des données ont été menées en partenariat avec le Centre de formation et de recherche en santé rurale de Maferinyah, une institution nationale ayant une grande expérience en matière d'évaluation. Six questions, portant sur la qualité des soins, les interventions axées sur la communauté, le renforcement des systèmes de santé, la prévention et le traitement des fistules, la violence basée sur le genre et les perspectives d'avenir, ont guidé l'évaluation. L'évaluation a utilisé une approche mixte, en analysant des données provenant de diverses sources, dont 196 entretiens approfondis et discussions de groupe dirigées, 139 enquêtes et 70 validations de données de structures/communautés provenant de 10 hôpitaux, 26 centres de santé et d'une série de parties prenantes régionales et nationales. En outre, une étude de cas sur le processus de reconnaissance et de gestion basé sur des normes s'est concentrée sur 6 structures. Les résultats de toutes les sources de données ont été comparés dans le cadre d'une analyse en plusieurs étapes et triangulés pour la validation des principaux résultats. Un groupe de référence stratégique externe, composé de 5 personnes ayant une solide connaissance du contexte, a examiné et validé les résultats et les a traduits en recommandations concrètes.

RESULTATS

Qualité

Renforcement des systèmes de santé et de la main-d'œuvre. Le nombre de structures fournissant l'ensemble intégré est passé de 0 à 227, ce qui représente 82 % des 278 structures ciblées par le HSD. En outre, 99 % des performances des prestataires de services et des agents de santé communautaires évalués ont respecté les normes nationales.

Un accès accru et une meilleure qualité des services de planning familial. Dans les 278 structures soutenues par le HSD, la disponibilité des services de planning familial est passée de 51 % au cours de l'année fiscale 16 à 98 % au cours de l'année fiscale 19. Au total, 999 prestataires et 731 agents de santé communautaires ont suivi une formation au planning familial soutenue par le HSD.

Amélioration de la qualité des soins prénataux et de l'accouchement. Soixante-quatorze pour cent des quelque 275 000 femmes enceintes dans les zones de projet ont bénéficié des quatre visites de soins prénataux recommandées au cours de l'année fiscale 19. La plupart des structures ont offert des services de soins prénataux dans une salle propre et accueillante (83 %). De l'année fiscale 17 à l'année fiscale 19, la proportion de femmes accouchant dans une structure est passée de 42 % à 45 %.

Accès et utilisation du paquet de soins intégrés essentiels

Utilisation accrue dans tout le continuum de soins. L'enquête démographique et sanitaire de la Guinée, représentative au niveau national, indique qu'entre 2012 et 2018, la demande de méthodes modernes de planification familiale, de prestation de services dans les structures de santé et de traitement de la diarrhée a augmenté de 16 %, 14 % et 22 %, respectivement. Cependant, la demande d'autres services, notamment les vaccinations des enfants, a diminué.

Un soutien technique important pour les documents politiques et le matériel de formation. Le HSD a soutenu l'élaboration des Normes et procédures de santé génésique pour l'ensemble des soins essentiels et intégrés, en guidant la prestation des services de santé et la formation à tous les niveaux de soins.

Renforcement du système de santé

Renforcement de la gouvernance pour l'amélioration du système de santé. Le HSD a renforcé le potentiel de la gouvernance nationale et locale pour l'amélioration du système de santé par la formation et le soutien à la gestion, ainsi que par l'augmentation de la disponibilité et de l'utilisation des données dans la prise de décision.

Fourniture d'équipements, de médicaments et de produits de base. Pour s'assurer que le personnel dispose des conditions nécessaires pour travailler dans des conditions normales, le HSD a fourni des équipements, des médicaments et d'autres produits de manière générale, et a procédé à des améliorations des infrastructures dans dix hôpitaux et deux centres de santé, ce qui a permis de renforcer la confiance de la communauté et de soutenir l'utilisation des services.

Prévention et traitement des fistules

Renforcement des systèmes de santé pour la lutte contre la violence basée sur le genre. Bien que le projet HSD ait engagé des ressources financières limitées pour la lutte contre les VBG, elle a permis de renforcer la capacité du système de santé à traiter les VBG par le biais d'un dépistage dans les structures et d'une prévention communautaire, ainsi que par la gestion des affaires judiciaires.

Violence basée sur le genre (VBG)

Renforcement des systèmes de santé pour la VBG. Bien que l'activité HSD a obligé des ressources financières limitées à la VBG, ces contributions a été efficace pour renforcer la capacité du système de santé à lutter contre la VBG grâce aux activités de prise en charge de l'établissement de santé et à la prévention communautaire, et grâce à la gestion des affaires juridiques.

Perspectives futures

Une collaboration efficace avec la programmation simultanée. Les activités du HSD ont été conçues pour compléter d'autres activités soutenues par l'USAID et ses partenaires dans le pays. Ces synergies ont été très efficaces, notamment lors de l'épidémie d'Ebola. Un leadership gouvernemental fort et une coordination entre les donateurs et les programmes devraient guider les travaux futurs.

Les défis permanents comprennent le déploiement et le maintien des ressources humaines, le manque de médicaments et de produits de base essentiels, l'espace approprié pour la prestation de services et l'entretien inadéquat des équipements.

RECOMMANDATIONS

1. Continuer à accroître la disponibilité de services de santé intégrés et de qualité.

- Cibler l'engagement des clients tout au long du continuum de soins, et institutionnaliser des systèmes de référence fonctionnels pour renforcer l'amélioration de la qualité des soins.
- Accroître ou poursuivre le soutien aux services essentiels intégrés pour les plus vulnérables, notamment les adolescents et les jeunes, les femmes ayant besoin d'une opération de la fistule et les survivants de la violence sexiste

2. Développer des interventions au niveau communautaire pour atteindre les plus vulnérables.

- Soutenir le gouvernement Guinéen pour mettre en œuvre la politique de santé communautaire et intégrer les services de santé communautaire.
- Renforcer l'engagement de la communauté en soutenant le cycle d'action communautaire, les groupes communautaires et les postes de santé locaux.

- S'attaquer aux obstacles financiers, sexospécifiques et culturels pour les plus vulnérables en supprimant les frais de service pour les services essentiels et en soutenant les mutuelles de santé communautaires.

3. Renforcer le système de santé en matière de gouvernance, de gestion de la qualité et de durabilité.

- Harmoniser la gestion et la reconnaissance fondées sur des normes avec les mesures d'amélioration de la qualité déjà mises en place par le gouvernement. Plaider pour une harmonisation à l'échelle du système dans les structures soutenues par le ministère de la santé afin de garantir l'alignement des processus d'amélioration de la qualité.
- Renforcer la gestion des équipements, des infrastructures et des fournitures en fonction des structures.

4. Mettre à profit des investissements de l'USAID pour un impact et une durabilité accrus.

- L'USAID devrait tirer parti de ses investissements pour améliorer la collaboration et la communication entre ses propres projets et d'autres dans le domaine du développement de la santé.
- Concevoir des projets en collaboration pour accroître l'appropriation et déléguer les responsabilités aux partenaires gouvernementaux.
- Intégrer la flexibilité dans la conception, la mise en œuvre et les mesures de résultats des projets afin de s'adapter à l'évolution du contexte et des besoins.

BUT DE L'ÉVALUATION

Le programme HEARD (Evaluation de la Santé et Développement de la Recherche Appliquée) de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a réalisé cette évaluation finale et prospective du projet Haute qualité des services de Santé pour le Développement de l'USAID/Guinée.

Le but de cette mission était de procéder à une évaluation finale des performances du projet Haute qualité des services de Santé pour le Développement (HSD) de l'USAID/Guinée. L'équipe d'évaluation s'est engagée avec les parties prenantes et les partenaires à examiner les performances du projet HSD au cours des 4 premières années de mise en œuvre dans le but de comprendre l'efficacité du projet par rapport au cadre de résultats. L'évaluation identifie et documente les pratiques d'approches réussies, les leçons apprises et les opportunités manquées, ainsi que les facteurs affectant la durabilité des processus de prestation de services et les résultats après investissement.

Les résultats de l'évaluation seront utilisés pour aider l'USAID et ses partenaires à comprendre les succès et les défis de l'activité afin de déterminer les répercussions sur le soutien futur de l'USAID aux programmes SRMNE en Guinée (et ailleurs), notamment par la négociation de la prochaine stratégie de coopération au développement de l'USAID/Guinée. Cette évaluation des performances de fin d'activité éclairera les programmes d'intervention ultérieurs de l'USAID en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale, afin de soutenir une plus large autonomie du pays.

QUESTIONS D'ÉVALUATION

Question D'Évaluation 1 : Qualité des soins : Dans quelle mesure la qualité des services de santé s'est-elle améliorée grâce au projet HSD ?

- 1.1 Dans quelle mesure les interventions du projet HSD ont-elles contribué à accroître la disponibilité de l'ensemble des soins intégrés de santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA+) dans les structures ciblées (y compris la planification familiale, la fistule obstétricale et la violence basée sur le genre) ?
- 1.2 Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il renforcé la capacité des prestataires à fournir des soins de qualité conformes aux normes de performance nationales ?

Question D'Évaluation 2 : Des interventions axées sur la communauté : Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il contribué à améliorer l'accès et l'utilisation de l'ensemble de soins intégrés essentiels des services de santé dans les structures ciblées ?

- 2.1 Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il contribué à la mise en place du paquet intégré de santé communautaire, y compris les liens d'orientation ? Dans quelle mesure la mise en œuvre du paquet intégré de santé communautaire et l'orientation vers des services spécialisés ont-elles contribué à accroître l'utilisation des services ?
- 2.2 Dans quelle mesure les interventions du projet HSD ont-elles augmenté l'accès et l'utilisation des services SRMNIA+ par la formation, la capacité, la coordination et le changement de politique ?
- 2.3 Dans quelle mesure l'approche de communication du projet HSD en matière de changement social et comportemental a-t-elle permis d'améliorer le ciblage et l'ampleur des personnes touchées par les activités de promotion de la santé ?

- L'approche a-t-elle contribué à engager et à responsabiliser les membres de la communauté et les bénéficiaires pour qu'ils puissent accéder et utiliser les services de soins de santé ?
- Dans quelle mesure les membres de la communauté sont-ils passés du statut de bénéficiaire à celui de défenseur/promoteur de la santé ?

2.4 Dans quelle mesure les interventions communautaires ont-elles permis de surmonter les obstacles liés au genre et améliorer l'équité dans l'accès aux soins ?

Question D'Evaluation 3 : Renforcement du système de santé : Dans quelle mesure les activités du projet HSD ont-elles renforcé le système de santé pour fournir un ensemble intégré de services de soins de santé SRMNIA+ dans le continuum de soins ?

- 3.1 Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il renforcé la gouvernance en développant le leadership et l'engagement des partenaires locaux, y compris le gouvernement, à différents niveaux (par exemple, Ministère de la Santé, gouvernorats, équipes de gestion sanitaire de district), la société civile, les communautés et les écoles de sages-femmes et d'infirmières du secteur privé ?
- 3.2 Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il contribué à la disponibilité d'équipements, de produits et de médicaments pour la prestation de services (intégrés) de prévention, de soins et de traitement ?
- 3.3 Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il amélioré la qualité des données des services de santé et leur utilisation pour la prise de décision à tous les niveaux (par exemple, de la prestation de services, de la gestion des prestataires et de la capacité de collecte de données ?
- 3.4 Quelle a été la valeur ajoutée du soutien à la formation initiale par la faculté de médecine et les écoles de sages-femmes ?
- 3.5 Dans quelle mesure les initiatives du projet HSD ont-elles démontré qu'elles avaient un potentiel de durabilité après l'investissement ?

Question D'Evaluation 4: Prévention et prise en charge des fistules : Dans quelle mesure les capacités techniques et managériales locales ont-elles été suffisamment renforcées pour soutenir la prévention et le traitement des fistules en Guinée ?

- Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il contribué à renforcer les capacités et la couverture de la chirurgie de la fistule ?
- Dans quelle mesure les activités de prévention à base communautaire ont-elles été soutenues efficacement ?
- Dans quelle mesure les activités de réinsertion ont-elles été efficaces pour aider les femmes à réintégrer leur communauté ?

Question D'Evaluation 5 : Violences basées sur le genre : Dans quelle mesure les ressources financières limitées ont-elles été stratégiquement affectées à la lutte contre la violence basée sur le genre dans le cadre des activités du projet HSD ?

- Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour améliorer les résultats ?
- Dans quelle mesure les cercles de lutte contre la violence basée sur le genre ont-ils contribué à atténuer l'effet de la violence sexiste dans la communauté ?
- Y a-t-il eu des efforts de prévention axés sur la communauté, liés (ou fonctionnant en parallèle) aux activités du projet HSD ?
- La communauté ou la structure de santé réfère-t-elle vers des services de santé et de soutien juridique en place? Est-elle efficace ? Comment fonctionne-t-elle ?

Question D'Evaluation 6 : Perspectives futures : Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il permis de compléter et d'exploiter les efforts d'autres activités de l'USAID et des partenaires au développement pour faire progresser les résultats des SRMNIA+ en Guinée ?

- 6.1 Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il complété et renforcé d'autres programmes de l'USAID dans le domaine de la santé et de la gouvernance (par

exemple, la synergie avec les programmes de l'USAID en interne) ?

- 6.2 Dans quelle mesure les programmes de santé de l'USAID s'associent-ils avec les mêmes niveaux de système de santé et les mêmes partenaires pour faciliter la synergie entre les différents partenaires ?
- 6.3 Dans quelle mesure le projet HSD et les autres programmes de l'USAID ajoutent de la valeur aux autres initiatives SRMNIA+ en Guinée (c'est-à-dire externes à l'USAID) ?
- 6.4 Quelles ont été les occasions manquées pour une meilleure synergie et pour améliorer les résultats ?

CONTEXTE ET HISTORIQUE DU PROJET

CONTEXTE DE LA SRMNIA EN GUINÉE

Réalisations

Les États-Unis sont le plus grand donateur bilatéral d'aide publique au développement à la Guinée, fournissant environ 46,4 millions de dollars d'investissements pour l'année fiscale 2018, dont 35,7 millions de dollars ont été alloués aux activités de santé et de population.⁶ Les investissements réalisés par les États-Unis en Guinée au fil des ans ont contribué à renforcer la gouvernance démocratique et à réussir la transition vers un État démocratique doté d'institutions fortes et transparentes, tout en soutenant le rôle de la Guinée dans la réduction de la fragilité dans la région. L'investissement dans le secteur de la santé a été un pilier essentiel de l'aide américaine, qui s'est penchée sur l'augmentation de la disponibilité de services de santé de qualité et l'amélioration de la sécurité alimentaire, en se concentrant particulièrement sur l'amélioration de la prestation des services de santé, le renforcement des systèmes de santé et l'encouragement des communautés à accéder aux services de santé.

La population guinéenne de 12,8 millions d'habitants est jeune : 41% ont moins de 15 ans et 19% ont entre 15 et 24 ans.¹ L'espérance de vie à la naissance a considérablement augmenté pour les Guinéens au cours des dernières décennies, passant de 36,7 ans en 1980 à 62,1 ans en 2018.¹ L'indice de fertilité total de la Guinée est resté relativement stable dans le temps jusqu'à récemment ; de 1983 à 2005, la fertilité totale était constante à 5,8 et 5,7, respectivement, et a connu de légères réductions à 5,1 en 2012 et 4,8 en 2018.⁵ La procréation chez les adolescentes de 15 à 19 ans a diminué au cours des deux dernières décennies, passant de 37 % en 1999 à 26 % en 2018.⁵

La prévalence des contraceptifs modernes chez les femmes vivant en couple reste faible, à 11 % en

2018,⁵ mais la consommation a doublé au cours des cinq dernières années. La méthode contraceptive la plus courante chez les femmes vivant en couple est l'aménorrhée lactique (3,7 %), suivie par les injectables (1,9 %), les implants et la pilule (1,8 %). Parmi les femmes sexuellement actives et non mariées, 50,7 % ont déclaré utiliser une méthode moderne et 1,6 % une méthode traditionnelle ; les méthodes contraceptives modernes les plus fréquemment déclarées sont le préservatif masculin (15,9 %), l'implant (11,6 %) et l'injectable (9,7 %).⁵ Avec l'augmentation de l'utilisation des méthodes modernes, la proportion de femmes utilisant les méthodes traditionnelles de planification familiale est tombée à 0,3 %.⁵ Le besoin total non satisfait en matière de planning familial est estimé à 27,6 % chez les femmes en situation d'union, dont 20,6 % pour l'espacement et 7 % pour la limitation.

La majorité des femmes consultent un prestataire de soins prénatals qualifié (81 %) ; cependant, elles sont nettement moins nombreuses à se rendre aux quatre consultations prénatales recommandées (35 %). Un peu plus de la moitié des accouchements de la période 2013-2018 ont été assistés par un personnel qualifié, 53 % dans une structure de santé, soit une augmentation de 43 % par rapport à la période de référence de l'enquête démographique et de santé (EDS) précédente, qui couvrait la période 2007-2012. Une étude menée dans deux districts urbains et périurbains de Guinée a révélé que les mauvais traitements lors d'un accouchement en structure de santé sont fréquents, notamment les violences physiques et verbales, la négligence et l'abandon.^{7,8} Les fistules obstétricales dues à un travail prolongé avec obstruction sont deux fois plus fréquentes en Guinée, avec une prévalence au cours de la vie de 6,0 (IC 95 % 3,9-7,4) pour 1 000 femmes en âge de procréer contre 3,0 (IC 95% 1,3-5,5) pour 1 000 femmes en âge de procréer dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne.^{3,9} Dans l'enquête la plus récente, 4 % des femmes en âge de procréer ont déclaré avoir déjà présenté des symptômes liés à une fistule.

De 1996 à 2005, la mortalité maternelle était estimée à 980 décès pour 100 000 naissances vivantes. La mortalité maternelle a diminué d'environ 26 %, passant à 724 pour 100 000 naissances vivantes entre 2005

et 2012, puis à 679 pour 100 000 naissances vivantes en 2015.^{3,4} Les estimations de la mortalité maternelle à la suite de l'épidémie d'Ebola ne sont pas encore disponibles ; toutefois, les taux de mortalité devraient augmenter de 38% en raison de l'impact d'Ebola sur le seul personnel de santé.¹⁰ Les taux de morbidité maternelle ne sont pas disponibles, mais ils sont susceptibles d'être courants. Dans l'enquête la plus récente, 4% des femmes en âge de procréer ont déclaré avoir déjà présenté des symptômes liés à une fistule.¹¹ En 2010, le gouvernement de Guinée a introduit une politique de gratuité des soins obstétricaux dans toutes les structures de santé publique afin d'inclure les soins prénatals et les services d'accouchement en institution, y compris la césarienne. Le transport d'urgence vers les hôpitaux de district a été ajouté à cette politique en 2011. Il a été constaté que l'introduction de cette politique a entraîné une diminution significative des besoins obstétricaux non satisfaits entre 2008 et 2012 dans le district sanitaire de Kissidougou.¹²

La mortalité infantile a diminué, passant de 91 pour 1 000 naissances vivantes en 2005 à 67 en 2012, bien qu'aucune réduction ultérieure n'ait eu lieu jusqu'en 2018, à 66 pour 1 000 naissances vivantes. Actuellement, seuls 18,7 % des nourrissons âgés de 12 à 23 mois ont reçu tous les vaccins recommandés, 23,9 % d'entre eux ayant respecté le calendrier de vaccination recommandé ;⁵ 22,3 % des nourrissons n'ont reçu aucune vaccination.⁵

La pénurie de professionnels de la santé a été citée comme un obstacle important à la fourniture de soins adéquats. En 2014, le ministère guinéen de la santé a fait état d'un total de 1 417 médecins généralistes, 1 505 infirmières, 500 sages-femmes et 4 284 professionnels de la santé.¹³ En 2015, la densité de professionnels de la santé pour 1 000 habitants était de 0,1 médecin et 0,1 infirmière et sage-femme, ce qui est bien inférieur à la norme internationale de 2,5 pour 1 000 et aux 4,45 pour la couverture médicale universelle.^{13,14} Cependant, cela varie considérablement d'un district à l'autre ; par exemple, plus de la moitié des professionnels de la santé guinéens (55 %) se trouvent dans la capitale du pays, Conakry, bien que seulement 13 % de la population guinéenne réside dans cette région. Le vieillissement du

personnel de santé constitue un autre défi, puisque 65 % des professionnels de la santé sont âgés de 45 ans ou plus.¹³

Il n'existe pas de données récentes représentatives au niveau national sur la prévalence de la VBG en Guinée ; cependant, des études menées auprès de sous-populations ont permis d'identifier des taux élevés. Par exemple, une étude de 2014 parmi les clients du planning familial a identifié que 92 % d'entre eux avaient subi des violences de la part d'un partenaire intime au cours de leur vie, notamment des violences psychologiques (79 %), sexuelles (68 %) et physiques (48 %).¹⁵ Cependant, les données représentatives au niveau national sur les normes sociales relatives à la violence basée sur genre indiquent des tendances changeantes en Guinée. Entre 2012 et 2018, le pourcentage de femmes qui pensent que pour au moins une des raisons citées, il est justifié qu'un homme batte sa femme a diminué de manière significative, passant de 92 % à 67 %.¹² Chez les hommes, ce pourcentage est passé de 66 % à 55 %. Ces perspectives varient selon les régions, la proportion de femmes pour lesquelles il est justifié qu'un homme ait le droit de battre sa femme est plus élevée dans les régions de Faranah et de Kankan (81% dans les deux cas), suivies de Boké (79 %) et de Kindia (75 %). Le pourcentage est le plus faible dans la région de Labé (53 %).

De nombreux efforts de la Guinée dans le temps dans le secteur SRMNIA+ ont été soutenus par des investissements de l'USAID. En septembre 2019, une équipe d'évaluation du projet HEARD de l'USAID s'est rendue à Conakry, en Guinée, pour une visite de cadrage destinée à informer *l'évaluation finale du projet Haute qualité des services de Santé pour le Développement de l'USAID/Guinée*. Les enseignements tirés des multiples réunions des parties prenantes ont permis de replacer dans son contexte historique la manière dont l'USAID a soutenu de manière significative le renforcement des systèmes de santé dans le pays grâce à ses investissements, qui ont considérablement augmenté pendant l'épidémie du virus Ebola et la période qui a suivi. Le portefeuille d'investissements et de programmes de l'USAID est présenté en annexe (Tableau 11).

Ces investissements ont aidé la Guinée à remédier aux mauvaises performances du secteur de la santé du pays. Les programmes ont donné la priorité aux composantes de SRMNIA+, bien que les activités aient également cherché à renforcer les capacités du système de soins de santé en matière de maladies infectieuses, de financement de la santé, de gestion de la santé, de ressources humaines pour la santé et de construction d'infrastructures.

Nouveaux défis

Plusieurs défis ont un impact sur la demande de services de santé SRMNIA+ en Guinée, peut-être pas autant que l'héritage de l'épidémie du virus Ebola de 2014-2016 dans le pays. Cette urgence de santé publique a entraîné une baisse de l'utilisation des services de santé en raison de la peur et du manque de confiance dans le système de santé, en raison de la perception qu'à la population des performances du système pendant l'épidémie.

La Guinée a été l'un des principaux pays touchés par l'épidémie du virus Ebola en Afrique de l'Ouest de 2014 à 2016, enregistrant un total de 3 351 cas confirmés en laboratoire et un taux de mortalité de 62 %.¹⁵ Environ 6 % des cas se sont produits parmi les professionnels de la santé.¹⁶ Le premier cas de la maladie du virus Ebola en Guinée est apparu fin décembre 2013, l'Organisation mondiale de la santé ayant déclaré la situation d'urgence de santé publique de portée internationale le 8 août 2014. L'ampleur de l'épidémie a été largement attribuée à la circulation du virus Ebola dans des zones urbaines surpeuplées, aux mobilisations transfrontalières et aux conflits entre les principales pratiques de lutte contre l'infection et les pratiques culturelles et traditionnelles dominantes.¹⁷ La plupart des districts sanitaires ont signalé des cas de maladie due au virus Ebola (26 sur 34 dans l'ensemble du pays), le plus grand nombre de cas ayant été enregistré dans les districts de Conakry et de Macenta.¹⁷ La région forestière (districts de Beyla, Guéckédou, Lola, Macenta, Nzérékoré et Yomou) représentait 44 % de tous les cas de maladie due au virus Ebola, alors qu'elle ne représente que 22 % de la population du pays.^{18,19} La Guinée a été déclarée exempte d'Ebola en juin 2016.

Outre l'impact direct sur la réduction du nombre de professionnels de la santé, l'épidémie du virus Ebola a eu des répercussions indirectes importantes sur l'offre et la demande de soins de santé en Guinée pour la santé maternelle et infantile en interrompant les programmes de vaccination et de soins obstétricaux préventifs et d'urgence ;²⁰⁻²² désertion des structures sanitaires déjà en sous-effectif par crainte d'une infection à Ebola, notamment en raison du manque d'équipements de protection individuelle et d'une formation inadéquate ;^{23,24} et une réduction des comportements de recherche de soins, tant pour les services d'urgence que pour les soins préventifs, par crainte de contracter le virus Ebola dans la structure de soins.^{25,26} Une large méfiance communautaire à l'égard des systèmes de santé a résulté de l'amplification des différences culturelles entre les besoins biomédicaux pour endiguer l'épidémie du virus Ebola et le contexte social.^{26,27}

Des études de recherche ont documenté une réduction significative des visites de patients toutes causes confondues, des cas de fièvre et de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans dans les structures de santé guinéennes pendant l'épidémie du virus Ebola par rapport à l'année précédente. Par exemple, les visites toutes causes confondues ont diminué de 31 % dans les hôpitaux et jusqu'à 40 % dans les centres de soins, et les cas de fièvre ont diminué de 15%, parallèlement à une réduction de 24 à 30 % du traitement antipaludéen. Cela a contribué à des milliers de décès évitables liés au manque de traitement.²⁸ Des réductions similaires des accouchements en institution et des admissions d'adultes à l'hôpital ont été observées au cours de l'épidémie du virus Ebola par rapport à l'année précédente,²⁹⁻³³ et les services liés au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont diminué, notamment les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant.³⁴ Dans l'année qui a suivi l'épidémie du virus Ebola, les taux d'utilisation des soins prénatals, d'accouchement en institution et de vaccination des enfants n'ont pas montré de signes de reprise dans les zones les plus touchées.³³

Le défi d'améliorer la qualité des services de SRMNIA+ est encore compliqué par le fait que la Guinée a l'une des populations les plus jeunes du monde. Comme

mentionné précédemment, 60% de la population guinéenne a moins de 25 ans, et l'âge médian est de 19 ans.¹ Ce « boom de la jeunesse » résulte d'un taux de fertilité total élevé de 4,8 combinés à une baisse de la mortalité infantile et juvénile. Une population en croissance rapide avec un nombre croissant d'individus entrant dans leur période de procréation nécessitera actuellement une augmentation des investissements dans le système de santé afin de répondre aux besoins de la population en matière de SRMNIA+.

Enfin, bien que l'ampleur des perturbations soit actuellement incertaine, la pandémie actuelle de COVID-19 risque d'exacerber bon nombre des problèmes décrits ci-dessus, ce qui nécessite de nouvelles stratégies innovantes pour mettre en œuvre des soins de santé de qualité tout en réduisant les risques pour le personnel de santé et les patients et en veillant à ce que la demande de soins de santé ne diminue pas. Une attention particulière doit être accordée à la manière dont la pandémie se répercute sur l'offre et la demande de soins de santé en Guinée, avec un soutien à la continuité des soins.

CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le système de santé publique guinéen est composé de trois hôpitaux nationaux, 26 hôpitaux de district, huit centres de santé communaux et 413 centres de santé ruraux et urbains. Le secteur privé comprend 11 polycliniques et 33 cliniques médicales et chirurgicales. Les services de SRMNIA+ sont situés au sein du système de santé publique plus large qui a été confronté à de nombreux défis au niveau du système qui ont été exacerbés par l'épidémie du virus Ebola. Du point de vue des systèmes de santé, la dotation des services de SRMNIA+ nécessite l'élargissement de l'accès et de la disponibilité des services de bout en bout, ainsi que l'amélioration de la qualité des soins. Parmi les contraintes qui pèsent sur le système de santé, on peut citer l'insuffisance des infrastructures, des ressources humaines, du financement de la santé et des systèmes d'information sanitaire. En ce qui concerne plus particulièrement les SRMNIA+, il existe également des mécanismes non standardisés de flux de patients et de gestion des services SRMNIA+.³⁵

Ces défis sont largement liés à une gouvernance historiquement médiocre à tous les niveaux du gouvernement et du système de santé. Au-delà du niveau central, le système de santé a une structure pyramidale décentralisée, qui descend en cascade jusqu'au niveau régional et du district de gestion locale. Alors que ce système suppose des centres de soins de santé primaires et des hôpitaux largement autonomes, la capacité de gestion et la motivation au niveau local sont faibles. De même, les structures de santé peuvent générer des revenus incohérents au niveau local. En outre, le gouvernement guinéen alloue et débourse des fonds insuffisants au secteur de la santé, ce qui entraîne une forte sous-utilisation des fonds pour répondre aux besoins de la population croissante. Cette histoire de mauvaise gouvernance est également enracinée dans la récurrence des dictateurs autoritaires depuis l'indépendance de la Guinée de la France en 1958. L'actuel président Alpha Condé a été le premier chef d'État démocratiquement élu en 2010, mais le pouvoir reste concentré entre les mains du président et de la société civile, l'engagement des citoyens est historiquement faible et la méfiance du gouvernement prévaut. Ainsi, le système de santé théoriquement décentralisé est miné par le pouvoir politique autoritaire et le manque de ressources.³⁵

L'initiative sur les soins de santé primaires a toutefois été relancée en 2010 à la suite de la déclaration de Ouagadougou de 2008 sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique. Les efforts de mobilisation communautaire ont permis d'accroître l'engagement des communautés et des citoyens dans les services de santé et les questions de santé et d'hygiène communautaires. La politique exige que chaque structure de santé dispose des Agents Communautaires de Santé (ACS/RECO) et de comités communautaires pour la santé et l'hygiène (COSAH).¹³ Les organisations de la société civile (OSC) jouent également un rôle croissant dans la relation entre les citoyens, les communautés et leur gouvernement. Cette société civile croissante peut également avoir un impact sur l'engagement des communautés dans les questions de santé locales.

STRATÉGIE DE COOPÉRATION AU DÉVELOPPEMENT DE L'USAID-GUINÉE

La stratégie de coopération au développement 2015-2020 de l'USAID pour la Guinée (CDCS) présente un plan général sur la manière dont l'USAID soutiendra le gouvernement de Guinée dans la réalisation de son engagement déclaré en faveur de vastes réformes politiques et économiques.³⁵ Il s'agit notamment d'améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé afin de faire progresser la qualité de vie des Guinéens. La vision de l'USAID/Guinée CDCS est la suivante : Les citoyens sont les moteurs de l'amélioration de la qualité de vie des Guinéens, ce qui reflète l'aspiration à un changement du vieux paradigme autoritaire vers un modèle « du citoyen au centre » en matière de politique et de développement.

Avec une vision stratégique renouvelée, la déclaration d'objectif « Une gouvernance plus participative pour une Guinée plus saine » a été élaborée pour refléter le principe selon lequel l'ancien paradigme autoritaire doit céder la place à un nouveau modèle qui élève le citoyen au centre du développement. L'USAID/Guinée postule que les améliorations mesurables de la qualité de vie des Guinéens, qui se traduisent le plus souvent par une amélioration des services de santé, seront le plus avancées pendant la période de la stratégie en continuant à se pencher sur les défis de développement les plus omniprésents auxquels le pays est actuellement confronté : la mauvaise gouvernance et la fourniture inefficace de biens et de services publics qui en résulte. Le cadre de résultats pour atteindre le but spécifié comprend deux objectifs de développement (OD), chacun avec des résultats intermédiaires (RI) et des sous-résultats intermédiaires comme indiqué ci-dessous :

- D 1: Augmentation de l'utilisation de services de santé de qualité
 - RI 1.1: Amélioration de la prestation de services de santé de qualité
 - RI 1.2: Comportements sains et augmentation de la demande de services de santé de qualité
 - RI 1.3: Systèmes de santé renforcés

- OD 2: Renforcement de la Gouvernance Démocratique et des Processus Economiques
 - RI 2.1: Renforcement de la Gouvernance Transparente, Compétitive et Responsable
 - RI 2.2: Promotion de la Prévention et de l'Atténuation des Conflits dans la Région Forestière
 - RI 2.3: Renforcement de l'Enseignement Agricole et des Micro entreprises Rurales

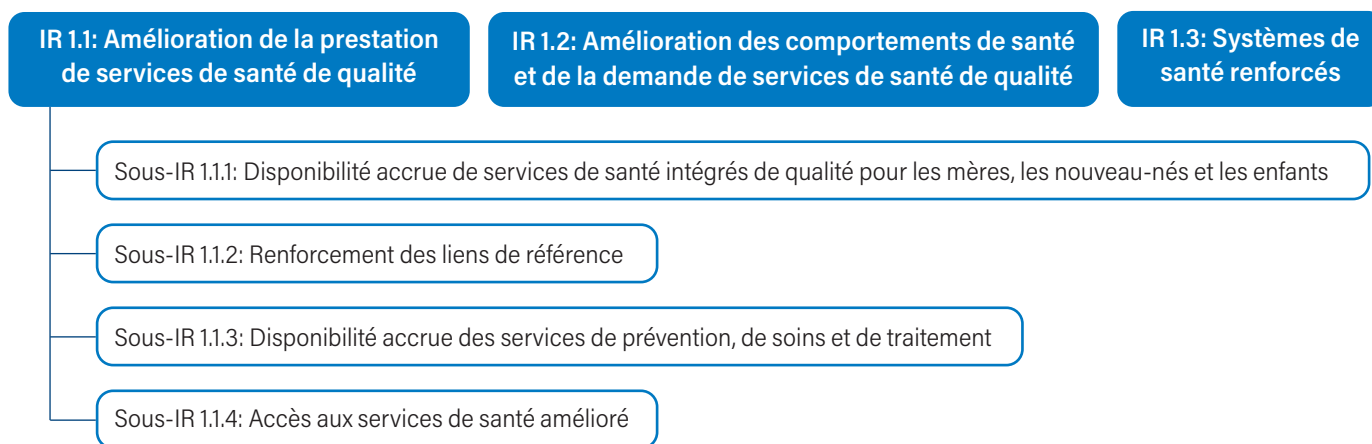
OD 1 place la santé au centre de l'aide au développement des États-Unis en Guinée, aborde spécifiquement la nécessité d'améliorer la qualité et la demande des services de santé essentiels, les comportements en matière de santé, et de renforcer les systèmes de santé en général, afin d'améliorer les résultats en matière de santé parmi la population en Guinée. L'OD 1 est le fondement de l'activité de prestation de services de santé de l'USAID/Guinée et de son cadre de résultats, qui décrit le rôle des services SRMNIA+ améliorés dans l'amélioration des résultats en matière de santé en élargissant l'accès et la disponibilité du paquet sanitaire intégré essentiel (figure 1 ci-dessous).

CONTEXTE DE L'ACTIVITÉ

Le projet Haute qualité des services de Santé pour le Développement (HSD) de l'USAID/Guinée est un accord de coopération de cinq ans (2015 – 2020) doté d'un budget total de 28,8* millions de dollars américains, qui a été attribué en décembre 2015 à Jhpiego et à ses partenaires EngenderHealth et Save the Children. Le projet HSD vise à accroître la disponibilité et la qualité d'un ensemble de soins intégrés essentiels pour les SRMNIA+ dans l'ensemble du système de santé. Il vise à atténuer les effets de l'épidémie d'Ebola, à restaurer la confiance de la communauté dans le système de santé et son utilisation, et à améliorer la santé de la population guinéenne.

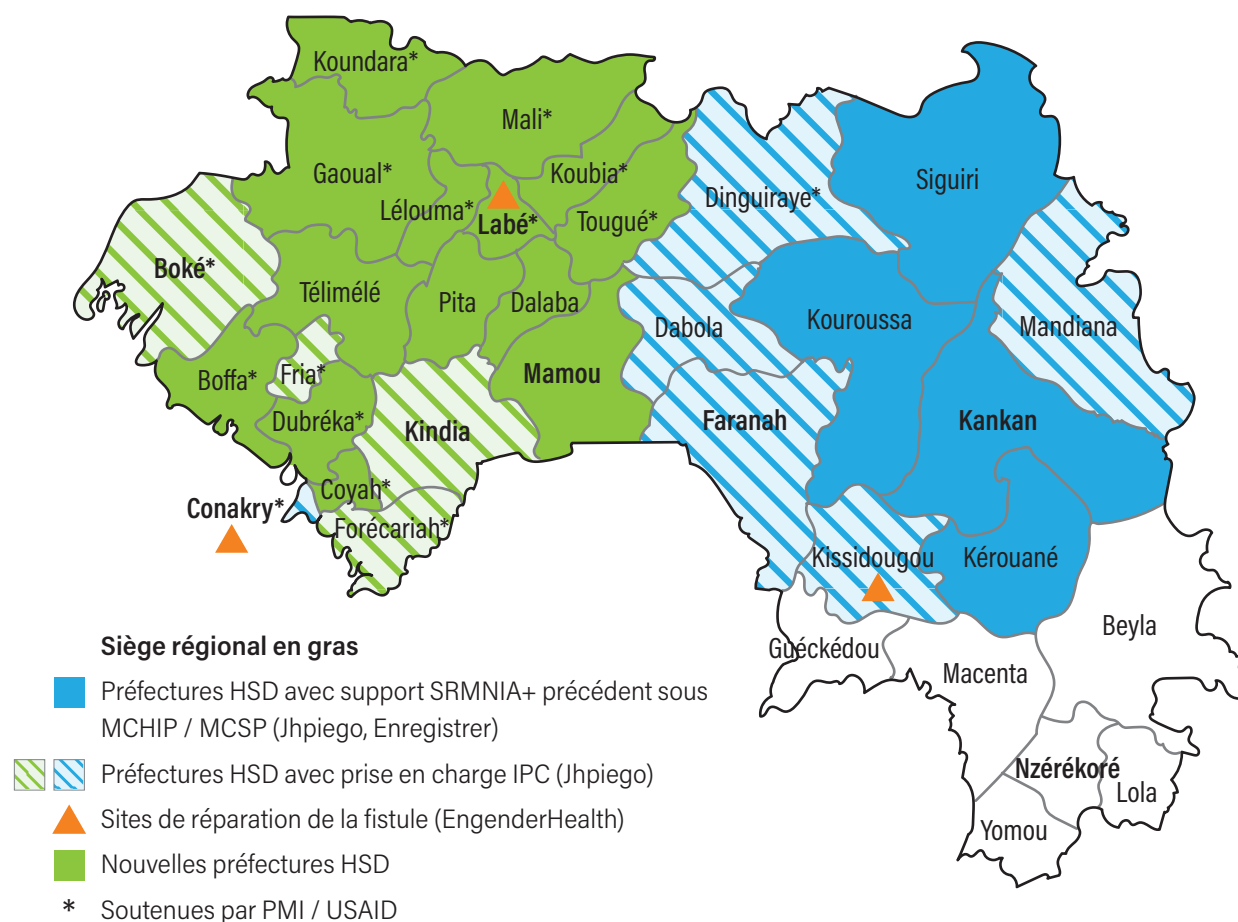
Les priorités du projet HSD comprennent l'élargissement de l'accès et de la disponibilité des services de santé intégrés afin d'améliorer la qualité des services de SRMNIA+. Outre le fait de se pencher principalement sur la prestation de haute qualité de l'ensemble essentiel de soins intégrés, le projet HSD comprend également un sous-ensemble particulier de domaines de SRMNIA+ tels que le traitement des fistules obstétricales, le dépistage et le traitement

Figure 1. Un examen plus approfondi de DO1 à partir du cadre de résultats du CDCS de l'USAID /Guinée



* 4,4 millions USD supplémentaires ont été ajoutés en 2019 au budget initial de 24,4 millions USD, portant le montant total de la subvention à 28,8 millions de dollars US. Le montant supplémentaire de 4,4 millions de dollars était destiné à soutenir les équipes de mobilisation communautaire et l'amélioration infrastructurel des établissements de santé. Cette évaluation n'examine pas les activités supplémentaire, mais se concentre sur les objectifs de la 24,4 millions USD budget initial.

Figure 2. Guinée - Préfectures soutenues par le projet



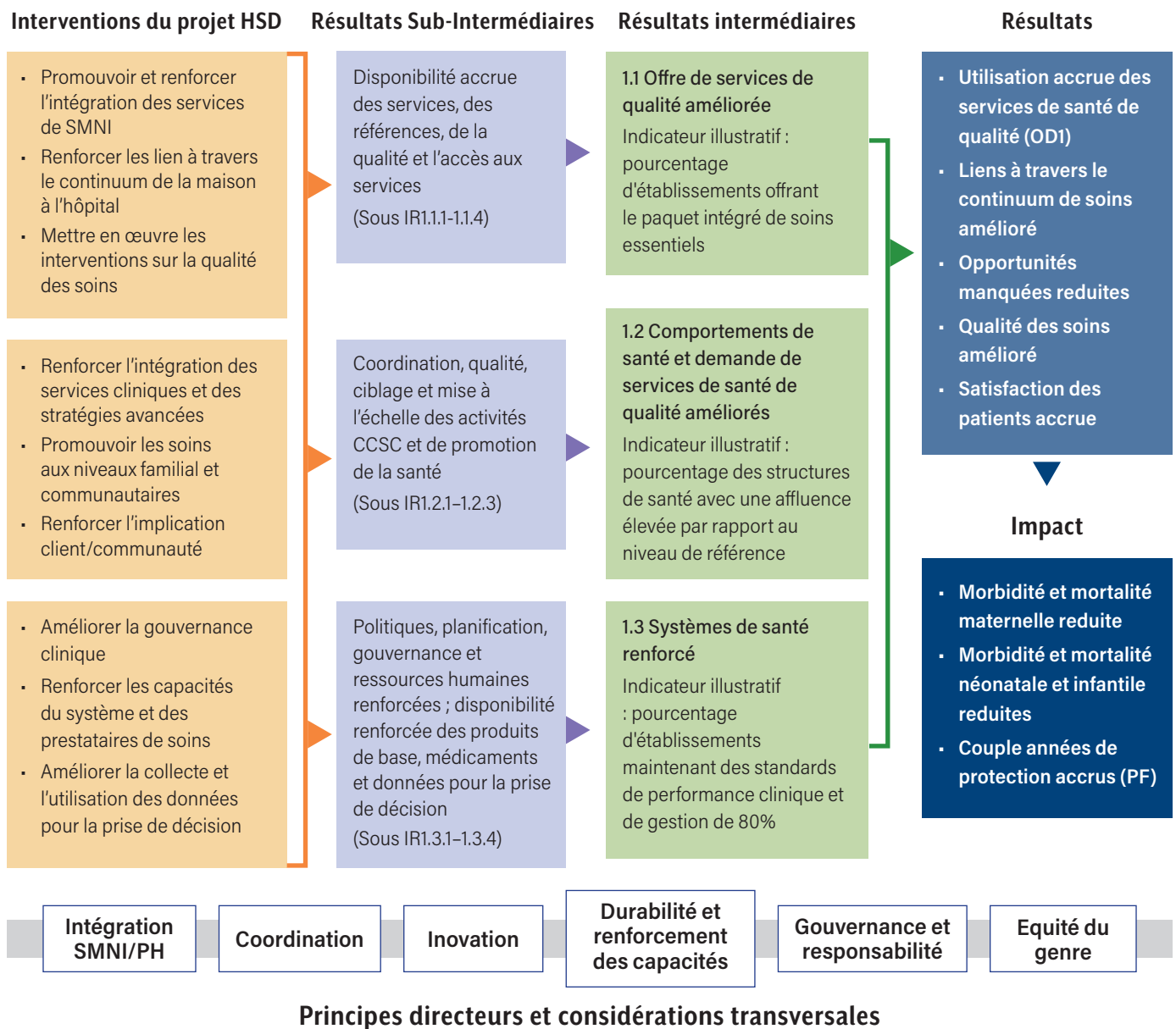
des lésions cervicales précancéreuses, les soins aux mères kangourou, des éléments intersectoriels tels que le renforcement de l'élimination des déchets biomédicaux et des pratiques de prévention et de contrôle des infections, et l'intégration du dépistage et des soins de la violence basée sur le genre dans les zones géographiques ciblées. Pour atteindre ses objectifs, le projet a finalement ciblé 278 structures de santé et 1 035 communautés environnantes dans 32 préfectures, dans sept des huit régions du pays (Boké, Conakry, Kindia, Mamou, Faranah, Kankan et Labé ; **figure 2**). Le programme a soutenu environ 85 % de la population guinéenne. La huitième région, Nzérékoré, n'a pas été incluse dans l'activité HSD en raison d'une programmation existante financée par des donateurs ayant des objectifs similaires dans cette région. Les membres du consortium HSD travaillaient déjà dans les régions de Conakry, Faranah et Kankan dans le

cadre des projets « Maternal and Child Survival Project et Fistula Care. » L'activité a permis d'ajouter quatre nouvelles régions : Boké, Kindia, Labé et Mamou.

Objectifs et approche de la mise en œuvre

Les trois résultats intermédiaires (RI) du projet HSD, présentés dans le cadre de résultats du projet HSD (**Figure 3**) sont d'améliorer la qualité des soins (RI1), la demande de services (RI2) et de renforcer les systèmes de santé (RI3). Le projet HSD intervient à plusieurs niveaux, de la formation des prestataires et des gestionnaires au renforcement des capacités des directeurs d'établissements de santé et du personnel du ministère de la santé afin de mieux gérer les structures et le système de soins de santé pour fournir des soins intégrés de qualité. Un indicateur clé du projet HSD est qu'au moins 80 % des structures ciblées offrent

Figure 3. Cadre des résultats HSD



la gamme complète des services essentiels de soins intégrés, en fonction de leur niveau dans le système de santé. Le projet HSD travaille également au niveau de la communauté afin d'engager les femmes et leurs familles à rechercher de manière proactive des soins SRMNIA+ et à fournir des services et une orientation rapide par le biais des professionnels de santé de la communauté. Le projet HSD a, en outre, travaillé à l'amélioration de l'accès au dépistage, aux soins et à l'orientation vers des services juridiques et de soutien pour les victimes de VBG ainsi qu'à la prévention et aux soins de la

fistule obstétricale afin de combler les lacunes des services et d'accroître l'accès à ces services négligés. Le projet HSD a également mis en œuvre une approche d'amélioration de la qualité — le programme de gestion et de reconnaissance basé sur les normes (SBM-R) — pour inciter les gestionnaires des hôpitaux et des centres de santé à respecter les normes de qualité dans leurs structures. Ce programme de reconnaissance s'est révélé très prometteur en tant que moyen de motiver les gestionnaires et le personnel à s'engager dans l'amélioration de la qualité dans leurs structures et à

fournir de meilleurs soins. Cette approche et les autres stratégies d'intervention du projet HSD présupposent un certain nombre d'hypothèses et de postulats sur la manière dont les efforts d'amélioration de la qualité et l'engagement de la communauté peuvent conduire à des améliorations durables du système et à des changements dans les comportements de recherche de la santé.

Le cadre de résultats complet est présenté dans la **Figure 3**, y compris les six « principes directeurs et considérations transversales » : Intégration, coordination, innovation, durabilité et renforcement des capacités, gouvernance et responsabilité, et égalité des sexes. Sur les trois RI du cadre de résultats, le HSD devait se pencher principalement sur le RI1 (efforts pour améliorer la prestation de services de santé de qualité) conformément à l'appel à propositions (AD), qui guidait les candidats à ne proposer que des activités dans le cadre des RI2 et 3 « qui feraient naturellement partie de leur travail de prestation de services de santé. » L'appel à propositions indiquait que les RI2 et RI3 ne devaient se voir attribuer que 10 à 15% des efforts et pas

plus de 20% des fonds. Les niveaux inférieurs d'effort et de financement alloués dans l'appel d'offres pour les activités de communication sur le changement social et comportemental et de renforcement des systèmes de santé qui seraient nécessaires pour atteindre les RI2 et RI3 étaient basés sur les intentions de l'USAID Guinée selon lesquelles le projet HSD ne contribuerait qu'une petite partie de ces efforts et collaborerait avec d'autres investissements de l'USAID pour atteindre les résultats souhaités. Au cours de l'activité du projet HSD, ces investissements dans l'espace de communication sur le changement social et comportemental ont inclus la collaboration sur la capacité de communication en matière de santé (2012-17) et l'action de percée (2,5 millions de dollars US ; 2018-20) ; et dans l'espace HSD, le financement Ebola pour les activités de renforcement des systèmes de santé du Programme de survie maternelle et infantile (2,75 millions de dollars US ; 2016-17), et l'activité de renforcement des systèmes de santé complets pour la Guinée (7 millions de dollars US ; 2016-18).

METHODES D'EVALUATION ET LIMITES

APERÇU DES MÉTHODES

L'évaluation a utilisé une approche mixte qui comprenait à la fois des données primaires et secondaires provenant de diverses sources. L'équipe a examiné les données de rapport, de mise en œuvre et de suivi du projet fournies par le partenaire chargé de la mise en œuvre, a recueilli des données primaires à l'aide de méthodes mixtes et a consulté les données démographiques et sanitaires nationales existantes. Nous avons également procédé à une revue des documents politiques nationaux et de la littérature afin de contextualiser et d'éclairer les résultats de l'évaluation. En outre, une étude de cas a été réalisée sur le processus d'amélioration de la qualité mis en œuvre par le HSD, qui a utilisé une approche d'évaluation réaliste pour l'analyse. Les résultats de toutes les sources de données ont été comparés dans le cadre d'un processus d'analyse en plusieurs étapes et triangulés pour la validation des principaux résultats. Des recommandations et des leçons ont été tirées des conclusions de l'analyse des résultats. Un groupe de consultation stratégique externe a procédé à un examen et à une validation supplémentaire des résultats.

Les activités de collecte de données primaires ont cherché à compléter les données quantitatives déjà communiquées par le partenaire de mise en œuvre, en se penchant fortement sur l'enquête qualitative

afin de fournir une compréhension plus nuancée et contextualisée des progrès, des défis et des enseignements tirés des activités du projet HSD. Ces activités ont été menées dans des structures sélectionnées à dessein pour représenter l'éventail des expériences et la géographie, dans certaines communautés locales, et avec les principales parties prenantes régionales et nationales.

COLLECTE DE DONNÉES BRUTES

Les principales activités de collecte de données qualitatives ont consisté en des entretiens approfondis et des discussions de groupes de réflexion. Les activités de collecte de données quantitatives primaires comprenaient des listes de contrôle des structures de santé, des enquêtes auprès des prestataires et une activité de validation des données entre les données des structures et les cartes de santé. Les instruments de collecte de données sont présentés dans **Annexe III : Outils de collecte de données**.

ÉCHANTILLONNAGE

Principal échantillon d'évaluation: 10 hôpitaux et 26 centres de santé ont été sélectionnés à dessein pour être inclus dans l'échantillon de collecte de données primaires parmi 278 structures de santé dans les sept

Qualitative

- ▶ **Entretiens approfondis:** Personnel du Ministère de la Santé, partenaires nationaux/USAID, chefs de service des hôpitaux, prestataires,* directeurs régionaux et de district de la santé, partenaires/gestionnaires clés, directeurs d'écoles professionnelles
- ▶ **Discussions de Groupe Dirigées:** Membres de la communauté ne faisant pas partie de la structure de santé (femmes et hommes séparément), femmes traitées pour une fistule obstétricale, groupes communautaires de lutte contre les VBG et représentants de COSAH.

* Des enquêtes quantitatives ont été menées auprès de tous les prestataires. Parmi les prestataires sélectionnés, un entretien qualitatif supplémentaire a été mis en place ; COSAH (comité de santé et d'hygiène), VBG (violence basée sur le genre), MS (ministère de la santé).

Quantitative

- ▶ Fiche de contrôle des structures
- ▶ Enquête auprès des prestataires*
- ▶ Validation des données du carnet de santé et des données de la structure de santé

régions où les activités du projet HSD étaient mises en œuvre. Les critères d'échantillonnage par type de structure de santé sont les suivants:

Hôpitaux publiques

- Représentation régionale
- Performances de la SBM-R (cinq très performantes et cinq moins performantes)
- Trois dans les quartiers très peuplés, deux dans les quartiers moins peuplés
- Variabilité du moment de l'entrée dans le programme SBM-R
- Services de réparation de fistules offerts (n=3)

Centres de santé

- Représentation régionale
- Indicateurs de performance des activités (DHIS2 et SBM-R), durée de la participation à la SBM-R (le cas échéant), lieu (urbain et rural) et volume de services
- Les structures de santé qui ont bénéficié d'améliorations des infrastructures et de la réception d'équipements ; les structures avec des composantes communautaires actives (équipe de mobilisation communautaire, ACS/RECO) par rapport à celles qui n'en ont pas ou qui en ont moins (une gamme d'«intensité d'intervention»)

Exemple d'étude de cas SBM-R:

Cible: six structures de santé (quatre hôpitaux, deux centres de santé), variabilité des performances de la SBM-R dans le temps.

Sources de données: entretiens approfondis avec des informateurs clés, discussion de groupe dirigées, évaluation des données de suivi et de prestation de services, et revue de documents.

Analyse: La théorie réaliste des programmes précise les mécanismes qui produiront les résultats et les caractéristiques du contexte qui influenceront sur le fonctionnement de ces mécanismes. La configuration contexte-mécanisme-résultat est utilisée comme structure principale pour l'analyse réaliste.

COLLECTE DE DONNÉES

La collecte et l'analyse des données ont été menées en partenariat avec le Centre de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Maferinyah (CNFRSR Maferinyah), un institut public de recherche et de formation ayant une grande expérience dans la mise en œuvre de méthodologies de recherche et d'évaluation, y compris la collecte de données quantitatives et qualitatives. L'équipe de collecteurs de données parlait couramment l'anglais, le français et les langues locales de chaque région du projet (Boké, Conakry, Kindia, Mamou, Faranah, Kankan et Labé). La plupart des collectes de données sur le terrain ont été effectuées en français et dans les langues locales (par exemple, Fula, Malinké, Susu, Kissi, Kpelle et Toma, selon la géographie des structures sélectionnées), bien que certains entretiens avec les principales parties prenantes aient été menés en anglais. Les équipes de terrain étaient composées de superviseurs et de collecteurs de données qui ont été formés, encadrés et supervisés par l'équipe d'évaluation HEARD. Le CNFRSR Maferinyah a également apporté son soutien à la logistique, à la traduction et à la transcription des données pour le projet. Les instruments de collecte de données sont disponibles en annexe.

Au total, 139 enquêtes, 70 validations de données et 196 entretiens approfondis ou discussions de groupe dirigées ont été menés (**Table 1**). Des difficultés ont empêché l'équipe de terrain d'atteindre tous les objectifs prévus pour les participants (voir les limites ci-dessous) ; cependant, au moins deux membres du personnel de chaque structure concernée ont été interrogés.

ANALYSE DES DONNÉES

Aperçu

La stratégie d'analyse pour l'évaluation des méthodes mixtes comprenait une évaluation quantitative standard telle que la comparaison de la situation pré/post, l'évaluation des tendances et une analyse thématique qualitative itérative. L'évaluation s'est appuyée sur une approche réaliste de l'évaluation qui cherche à comprendre les mécanismes générateurs sous-jacents qui expliquent l'impact des interventions et l'influence du

Tableau 1. Activités de collecte de données primaires de l'évaluation HSD Guinée, par type de répondant et par région.

	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	National	Total Fait	Prévu
Qualitative										
EIC Prestataire	7	3	16	11	12	8	8		65	82
EIC Gestionnaire de structure	9	5	0	4	7	3	3		31	36
EIC ACS/RECO	2	2	4	3	3	4	4		22	22
EIC/DGD COSAH	1	1	2	1	2	1	1		9	7
DGD Femmes	1	1	2	2	2	2	2		12	14
DGD Hommes	1	0	2	1	2	1	1		8	7
EIC Survivantes de la fistule	2	0	3	0	0	3	0		8	9
EIC/DGD Groupe BVG	1	1	0	0	0	1	0		3	6
EIC Décideurs et partenaires	3	3	3	3	3	3	3	12	33	35
EIC Directeurs d'écoles professionnelles	0	2	0	0	2	1	0		5	6
Sous-total	27	18	32	25	33	27	22	12	196	224
Quantitative										
Fiche de contrôle de structure	6	5	3	9	6	3	3		35	36
Enquête auprès des prestataires	20	19	10	23	12	10	10		104	105
Fiche de validation des données	8	13	16	12	13	0	8		70	80
Sous-total	34	37	29	35	31	13	21		209	221

Notes: ACS/RECO (Agent communautaire de santé), COSAH (Comité de santé et d'hygiène) DGD (discussion de groupe dirigé), GBV (violence basée sur le genre) EIC (entretien avec un informateur clé)

contexte.³⁶ Cette approche a été directement appliquée dans l'étude de cas de la SBM-R.

Les données quantitatives ont été décrites en utilisant les moyennes et les écarts types (ET) ainsi que les médianes et les intervalles interquartiles (IQR) pour les variables continues, et les proportions pour les variables catégorielles. Les tendances des scores de la SBM-R sur la durée du projet HSD ont été estimées

par catégorie (c'est-à-dire prévention et contrôle des infections, soins obstétricaux d'urgence et planning familial) en utilisant un modèle de régression linéaire à effets mixtes, pour tenir compte des différences de calendrier de participation au processus de SBM-R et des différences de calendrier et de nombre de mesures entre les structures. Les résultats décrivent la tendance trimestrielle des scores de la SBM-R et sont interprétés comme la variation trimestrielle moyenne des scores

de la SBM-R dans les structures participantes. L'analyse des données des enquêtes démographiques et de santé a suivi la définition standard des indicateurs. L'analyse des données quantitatives a été réalisée à l'aide de Stata v.16 (College Station, Tx).

Triangulation

Pour chaque sous-question d'évaluation, l'équipe d'évaluation a examiné, comparé et mis en contraste les éléments de preuve provenant de toutes les sources de données disponibles afin de trianguler les résultats. Les résultats des sous-questions résumées ont permis de dégager des conclusions plus générales sur les questions d'évaluation et les principales recommandations grâce à une analyse à plusieurs niveaux des données par source, région et question d'évaluation. Les résultats sont résumés par question et sous-question, avec des citations illustratives des répondants lorsque cela est possible.

Groupe de référence stratégique

Un groupe de référence stratégique (GRS) composé de cinq personnes ayant une forte connaissance du contexte et qui étaient d'anciens utilisateurs finaux d'évaluations de projets similaires a été réuni pour examiner de manière critique les résultats compilés et analysés par l'équipe d'évaluation et pour débattre, hiérarchiser et renforcer les recommandations qui ont émergé des résultats. Les membres du GRS ont fourni des évaluations et des commentaires écrits sur le rapport et les recommandations préliminaires. Ils ont participé à une discussion de groupe afin d'affiner l'interprétation de nos conclusions et leur traduction en recommandations qui sont réalisables et instructives pour l'USAID et qui parlent de l'avantage comparatif, des priorités stratégiques et des réalités contextuelles de l'USAID.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le protocole d'évaluation, qui décrit les risques, les avantages et les mesures de protection de la vie privée et de la confidentialité, a été approuvé par le Comité national guinéen d'éthique de la recherche

en santé en novembre 2019. Le consentement éclairé verbal a été obtenu des répondants à l'aide d'une fiche d'information. Des enquêteurs formés ont examiné la fiche d'information avec chaque participant, qui a eu la possibilité de poser des questions avant de donner son consentement verbal. L'enregistrement audio des entretiens avec les informateurs clés et des discussions de groupes dirigées (DGD) a été autorisé. Tous les entretiens et discussions de groupe ont été menés dans des lieux privés où la discussion ne pouvait pas être entendue. Il n'a pas été demandé aux participants de révéler leur nom pendant les discussions. La vie privée a été protégée de plusieurs autres manières : 1) aucun sujet n'est identifié dans aucun rapport ou publication ; 2) tous les documents de l'étude et les formulaires de collecte de données sont identifiés par type de structure de santé et par rôle du participant uniquement ; 3) les notes des entretiens sont conservées dans des bureaux fermés à clé et/ou dans un classeur verrouillé ou un ordinateur protégé par un mot de passe ; 4) les données ont été analysées collectivement et les données individuelles des participants restent anonymes. 5) la protection par mot de passe est assurée et les données sont stockées en toute sécurité sur des ordinateurs et des réseaux protégés par mot de passe, cryptés et entretenus par l'équipe d'évaluation ; la clé reliant le lieu de prestation des soins de santé à l'entretien sera détruite à la fin de l'étude.

LIMITES

Nous reconnaissons que les limites suivantes peuvent avoir un impact sur les résultats, l'interprétation des résultats et les recommandations résultant de cette évaluation :

- **Période de temps :** La période de collecte des données a été courte, en raison de la nécessité de disposer de résultats pour éclairer l'activité en cours et la conception de la stratégie, ainsi que de facteurs externes, notamment les manifestations politiques en Guinée, le retard dans l'approbation du conseil national de révision institutionnelle et la période de vacances de fin d'année. Les principales parties prenantes n'ont pas toutes été disponibles dans le

délai imparti pour l'évaluation, et toutes les données demandées n'ont pas pu être consultées dans ce délai. Cela peut limiter la solidité des conclusions. Cette situation a été atténuée autant que possible par l'augmentation du nombre d'équipes de collecte de données, la reconfiguration des procédures de collecte et d'analyse des données, la conduite d'entretiens de suivi et l'examen des documents secondaires.

- ▶ **Qualité des données:** L'évaluation tient compte des données recueillies par le HSD, des données gouvernementales du DHIS2, du système d'information sur la gestion de la santé et des données d'enquête, dans la mesure où elles sont disponibles. La qualité de ces sources de données peut constituer une limite potentielle étant donné les défis permanents que représentent des données actuelles, précises et fiables. Notre conception de l'évaluation a cherché à obtenir des perspectives multiples sur chaque question afin de trianguler les résultats pour parvenir à nos conclusions d'évaluation. Une telle approche aide à découvrir des vérités là où les données ne sont pas alignées. En outre, des retards importants ont été enregistrés dans l'obtention de certaines données secondaires et de programme (par exemple, l'enquête DHIS2, les données de programme au niveau des structures, les évaluations de la SBM-R par domaine), ce qui a réduit la profondeur possible de l'analyse. En outre, l'évaluation n'a pas évalué de manière indépendante les capacités et les performances des personnels de la santé.
- ▶ **Biais :** Chaque type de données utilisé dans cette évaluation présente des forces et des limites particulières. Les entretiens avec les informateurs clés ont des limites quant à la durée des postes occupés. La transition fréquente du personnel peut avoir eu un impact sur la mémoire institutionnelle au sein de l'USAID, du projet HSD et d'autres partenaires d'exécution de l'USAID, ce qui se refléterait dans les conclusions de ce rapport.
- ▶ **Biais de désirabilité :** Malgré le processus de consentement éclairé et les informations

données aux participants avant les entretiens et les Discussions de groupes de dirigées, l'équipe d'évaluation a souvent dû relever le défi, sur le terrain, de recevoir la réponse que les répondants jugeaient souhaitée par l'équipe, peut-être par crainte de perdre les avantages reçus par le programme, étant donné qu'il était clairement indiqué que l'activité était une évaluation. Tous les collecteurs de données ont été formés pour aller au-delà de ce biais ; cependant, il reste un biais potentiel, en particulier chez les prestataires et les responsables des structures de santé.

- ▶ **Sites d'études de cas de la SBM-R :** Les sites sélectionnés pour l'étude de cas de la SBM-R sont peu nombreux, par conséquent les résultats des sites participants peuvent ne pas être généralisables à toutes les structures de santé en Guinée, ce qui limite la validité externe des résultats de la SBM-R dans tout le pays. Les données des sous-domaines pour les structures incluses dans l'étude de cas étaient incomplètes et reçues très tard dans le calendrier de l'évaluation, ce qui a limité la profondeur de l'analyse possible. Sur les deux sites non-SBM-R, une structure n'a pas répondu à l'invitation à participer à l'évaluation, et nous n'avons donc pas pu inclure leur expérience dans les conclusions de notre étude de cas.
- ▶ **Recrutement :** Compte tenu de la rapidité du calendrier de collecte des données et du délai d'approbation du comité national d'éthique pour la recherche en santé de Guinée, l'équipe d'évaluation a dû se déplacer rapidement d'un site à l'autre et a donc rencontré quelques difficultés pour recruter un nombre suffisant de participants dans certains groupes sélectionnés (par exemple, des femmes ayant subi une réparation de fistule génitale, des participants dans des groupes/cercles de lutte contre la violence basée sur le genre). Lorsque cela s'est produit, nous avons plutôt cherché à obtenir des données de ces parties prenantes par le biais d'entretiens approfondis. Il a été particulièrement difficile d'atteindre les informateurs à Conakry, ainsi qu'au niveau des districts, des régions et

des directeurs. Compte tenu du court délai de l'évaluation, si les informateurs étaient absents, les équipes de collecte de données n'ont pas pu revenir pour le suivi, bien que certaines aient été jointes par téléphone.

- ▶ **Attribution :** Bien que des efforts aient été faits pour rechercher l'attribution des changements spécifiquement dus à l'Activité HSD, il y a eu en fin de compte de nombreuses interventions et partenaires se chevauchant travaillant dans le secteur de la santé et du développement en Guinée pendant cette période. Nous avons séparé les différentes activités des partenaires dans la mesure du possible ; cependant, certaines personnes interrogées n'ont pas fourni d'attribution spécifique.
- ▶ **Composantes du HSD :** Le projet HSD comprenait de nombreux éléments, dont certains étaient des investissements à petite échelle ou de courte durée. Étant donné que cette évaluation s'est penchée sur un sujet plus vaste, certaines composantes ne sont pas abordées dans le présent rapport, comme l'intervention de formation sur le cancer du col de l'utérus.

RÉSULTATS

QUESTION D'EVALUATION 1 – QUALITE:

Dans quelle mesure la qualité des services de soins de santé s'est-elle améliorée à la suite de l'activité du HSD ?

QUALITÉ DE SERVICE

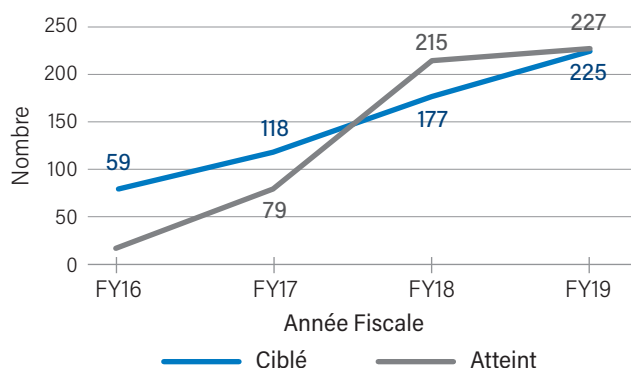
1.1. Les activités du projet HSD ont contribué à l'élaboration d'une stratégie nationale commune pour un ensemble intégré de SRMNIA+ conforme aux normes internationales par l'examen et la révision de plusieurs documents nationaux clés guidant le secteur de la santé en collaboration avec le ministère guinéen de la santé, notamment le paquet de soins intégrés essentiels, les normes et procédures pour la santé reproductive, la feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité, le plan stratégique national pour la fistule obstétrique, l'adaptation du programme de formation de la FIGO en matière de chirurgie de la fistule basée sur les compétences, et le plan stratégique de suivi et d'évaluation du programme national de santé et de développement. Les principes directeurs sont un élément essentiel de la promotion de normes cohérentes pour des soins de qualité par toutes les parties prenantes, pour établir les attentes en matière de services et pour informer le soutien financier et technique. Les activités du projet HSD comprennent également des contributions au développement et à la validation de certains matériels de formation, d'aides à l'emploi et d'outils de gestion.

1.2. Le projet HSD a fait des progrès substantiels dans le renforcement du système et des acteurs locaux pour fournir l'ensemble des services intégrés (Figure 4) en soutenant la formation et l'encadrement du personnel de santé sur la base des compétences, en équipant les structures de santé et en facilitant l'élaboration et la mise en œuvre des

normes et protocoles de performance clinique et de gestion nécessaires pour améliorer la qualité des soins. Au cours de l'exercice 16-19, le nombre de structures fournissant l'ensemble intégré complet est passé de 0 à 227, certaines structures s'appuyant sur les réalisations d'activités antérieures du MCHIP et du MCSP financées par l'USAID, et d'autres s'engageant nouvellement dans le cadre du calendrier du projet HSD. La structure de financement des activités du projet HSD n'a pas été la même d'une année à l'autre, avec des niveaux de financement plus élevés pendant les premières années du projet ; les activités et les apports du projet ont suivi ce schéma.

Le projet HSD a indiqué que 99 % des performances des prestataires de services et des professionnels de la santé communautaire évalués répondaient aux normes nationales, et 77 % des professeurs et des précepteurs ont atteint 80 % des normes de performance de la formation clinique au cours de l'année fiscale 19. Les principales parties prenantes ont eu une perception extrêmement positive des efforts déployés dans le domaine du HSD. Les prestataires ont apprécié les approches de supervision et d'évaluation par les pairs du HSD, l'approche combinée de la fourniture de formation et d'équipement, et l'intégration des changements dans les structures par les personnes formées. Les prestataires interrogés ont largement estimé que le projet HSD avait un impact important sur les pratiques de soins, la majorité étant «absolument» d'accord pour dire que les formations données par le projet HSD ont « amélioré la gestion des services, des approches et de l'organisation des SRMNIA+ » (94 %), « le flux de travail et la gestion du temps des prestataires » (94 %), et « les compétences des prestataires pour répondre aux besoins des clients » (89 %). (Tableau 14). Les prestataires et les responsables des structures ont constaté des progrès importants dans les soins obstétricaux d'urgence, le planning familial et la prévention et le contrôle des infections, avec un impact moindre sur les outils de gestion et la nutrition. Cependant, tous les prestataires interrogés n'ont pas suivi de formation avec le projet HSD bien que leurs structures se soient penchées sur les activités du projet HSD, et d'autres ont estimé que les améliorations de la

Figure 4. Nombre de structures ciblées par le projet HSD avec l'ensemble intégré SRMNIA+, par année



(Source: Données de surveillance, Jhpiego)

qualité des soins ne pouvaient pas être attribuées à la seule activité de HSD (voir Q6). Le besoin de formation continue a été identifié par domaine thématique (par exemple, soins obstétricaux d'urgence, prévention et contrôle des infections, soutien à la dotation en services de planning familial à base communautaire) et en partie, en raison de l'importante rotation du personnel.

« Le projet HSD a mis en place des sessions de formation et de sensibilisation de la communauté qui attirent maintenant la communauté dans la structure. Les membres de la communauté savent en effet que des services de planning familial sont disponibles et surtout qu'ils n'ont plus d'idées fausses sur les conséquences du planning familial. »
(EIC Prestataire, Boké)

« Le projet a soutenu les services de santé dans divers domaines, notamment la réhabilitation et l'équipement des structures, l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments et en produits de base, la formation du personnel, la supervision formative, ainsi que la collecte et l'analyse de données. Le projet a réhabilité et équipé le bloc opératoire ; il nous a fourni du matériel (respirateur, kits d'accouchement, tables d'opération pour la maternité et la chirurgie, lits d'accouchement, lits d'hôpital, aspirateurs) ; il a formé des professionnels de la santé aux soins obstétricaux d'urgence, au planning familial, à l'utilisation du partogramme, et a

amélioré la qualité des césariennes. »
(EIC Prestataire, Kindia)

« Le projet HSD nous aide à bien travailler, à lutter contre les ruptures [de stock] et à créer la confiance entre les fournisseurs et les clients. »
(EIC Prestataire, Kindia)

Les rapports du HSD indiquent que le nombre de structures ciblées offrant le paquet complet de soins intégrés est passé de 0 à 227 au cours de la durée du projet, ce qui représente 82 % des 278 structures ciblées par le HSD. Les prestataires et les directeurs d'établissements signalent également la disponibilité de l'ensemble de soins intégrés, 89 % des prestataires interrogés déclarant que des services intégrés sont offerts chaque jour dans leur structure. Toutefois, malgré ces importantes réalisations, un soutien supplémentaire est nécessaire pour garantir que l'ensemble des soins intégrés soit toujours disponible dans les structures de santé. Par exemple, la validation des données a révélé une faible continuité des soins périnataux, peu de femmes (11,4 %) atteignant trois éléments clés : le nombre recommandé de visites de soins prénatals, l'accouchement dans une structure et les soins post-partum ; les femmes déclarent avoir atteint un continuum de soins périnataux à partir de l'enquête démographique et de santé de 2018, dans une proportion allant de 15,2 % à 44,6 % pour l'ensemble de la région (**Tableau 16**). Les données ont également révélé d'importantes disparités dans la réception des soins périnataux selon les caractéristiques sociodémographiques (**Tableau 16**), en soulignant la nécessité de se pencher sur l'équité. D'autres incohérences dans la prestation des services essentiels ont été relevées (voir 1.3, 1.4, 1.5 pour plus de détails), notamment la faible disponibilité des services de traitement des fistules et des VBG (voir les questions d'évaluation 4 & 5 ci-dessous).

Les défis à relever pour déployer l'ensemble intégré dans les domaines ciblés par le projet HSD comprenaient le manque d'outils de gestion (par exemple, formulaires et registres), le déploiement et la rétention des ressources humaines, le manque de médicaments et de produits de base essentiels, le manque d'espace adéquat pour

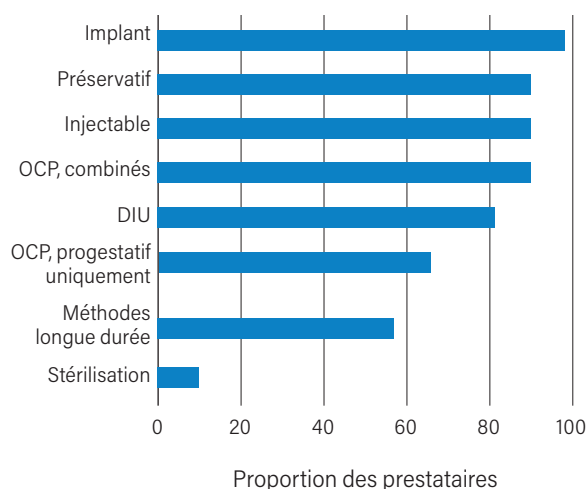
la consultation et le fonctionnement et l'entretien inadéquats des équipements, y compris les laboratoires. Ces défis sont décrits plus en détail au Q3.

« Ces services ne sont pas disponibles car le centre de santé est limité en termes d'équipement et de prestataires. » (EIC Prestataire, Kankan)

1.3 L'accès et la qualité des services de planning familial ont augmenté au cours des activités de développement des ressources humaines. Toutefois, certains défis persistants affectant la dotation de soins de qualité étaient évidents, notamment la disponibilité des contraceptifs et le manque d'espace de conseil privé et accueillant.

Dans les structures soutenues par le projet HSD, la disponibilité des services de planning familial est passée de 51 % en 16^e année à 98 % en 19^e année, et un total de 999 prestataires et 731 professionnels de la santé communautaire ont suivi une formation au planning familial soutenue par le projet HSD.³⁷ Les efforts d'amélioration de la qualité se traduisent par des changements tangibles, le score de l'évaluation composite de la planification familiale dans les structures de SBM-R augmentant en moyenne de 0,9 points (95 % IC 0,06-1,0, $p < 0,001$) par trimestre sur l'ensemble de la durée du projet au moment o. Lors des observations de certaines structures de santé (**Tableau 12**), la plupart avaient des conseillers en planification familiale désignés et disponibles (89 %) et une bonne disponibilité d'un éventail de méthodes (implant 98 %, préservatif 90 %, injectable 90 %, pilule contraceptive orale combinée 90 %, et dispositif intra-utérin 81 % ; **Figure 5**). La plupart des structures sélectionnées ont déclaré offrir toutes les méthodes modernes attendues à leur niveau (77 % ; 76 % des centres de santé et 80 % des hôpitaux) ; toutefois, certaines méthodes seraient actuellement en rupture de stock, notamment le stérilet ($n=3$), l'implant ($n=2$) et la pilule contraceptive à progestatif seul ($n=1$). On a constaté que les structures disposaient de matériel d'information, d'éducation et de communication pour le conseil en planification familiale (100 %), et que la plupart d'entre elles disposaient d'aides à l'emploi pour aider au conseil (94 %).

Figure 5. Proportion des prestataires interrogés indiquant la méthode contraceptive disponible dans leur structure, Déc. 2019



Cependant, dans les structures de santé observées, l'espace de conseil en planification familiale n'était propre et accueillant que dans 54 % des structures, et privé et confidentiel dans 60 % seulement (**Tableau 12**). En effet, le manque de place pour les conseils en matière de planning familial a été mentionné comme un problème par certains prestataires et gestionnaire de structures de santé lors des entretiens. Enfin, les personnes interrogées ont fréquemment cité le manque de stocks de contraceptifs comme un facteur limitant la fourniture de produits contraceptifs, et plusieurs responsables de structures ont fait part de leur frustration face au processus de demande et d'exécution des commandes de produits pharmaceutiques, qui entraîne un retard dans le réapprovisionnement des stocks au niveau central, en particulier pour les structures les plus occupées. Les partenaires de mise en œuvre du projet HSD ont reconnu ce défi et ont plaidé en faveur de l'amélioration des processus pour les responsables de la santé, mais le projet HSD n'a pas été conçu pour intervenir directement dans les problèmes de la chaîne d'approvisionnement (*voir section 3.2*).

1.4. On considère que la qualité de consultations prénatales s'est améliorée, même si tous les éléments essentiels ne sont pas toujours disponibles. Les données de suivi des projets

indiquent que 74 % des femmes enceintes dans les zones du projet ont effectué les 4 visites de soins prénatals recommandées (dont une consultation à 9 mois de grossesse), et les partenaires de mise en œuvre du projet HSD reconnaissent que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la situation.³⁷ La plupart des structures de santé sélectionnées pour l'enquête offrent des services de soins prénatals (89 %) dans une salle propre et accueillante (83 %) ; cependant, cette salle n'est privée et confidentielle que dans deux tiers des structures (66 %) (**Tableau 12**). Toutes les structures de santé disposaient d'aides à l'emploi pour les soins prénatals, mais un soutien à l'allaitement était disponible dans 69 % des structures. Les prestataires interrogés ont signalé les éléments suivants lors de toutes les visites de consultations prénatales : pression artérielle (81 %), poids (88 %), supplémentation en acide folique (83 %), supplémentation en fer (78 %) (**Tableau 14**). Moins d'un tiers ont déclaré avoir subi une analyse d'urine lors de chaque visite de consultation prénatale (36 %). Le dépistage du glucose était également moins répandu (57 %).

« J'ai remarqué des changements dans la promotion de l'utilisation des soins de santé grâce aux campagnes de sensibilisation de la communauté. La distribution de médicaments, le nombre de femmes bénéficiant de soins prénatals et la vaccination des enfants ont augmenté. »
(Femme membre de la communauté, Boké)

1.5. La qualité des soins d'accouchement s'est améliorée, bien que des possibilités d'amélioration supplémentaires soient évidentes, notamment par l'augmentation de la fréquentation des accouchements institutionnels, l'utilisation des partogrammes et les soins post-partum.

De l'année fiscale 17 à l'année fiscale 19, le taux de prestation des structures de santé est passé de 42 % à 45 %.³⁷ La double stratégie du HSD, qui consiste à renforcer les systèmes de santé tout en menant des actions de sensibilisation au sein de la communauté, a été identifiée comme un facteur important de l'augmentation de l'utilisation de la prestation dans des

centres de santé qui fonctionnaient mal auparavant, suite à la mise en place de dialogues communautaires et de journées portes ouvertes. L'augmentation de la capacité des prestataires a été facilitée par la formation aux soins obstétricaux d'urgence de 1 175 personnes au cours des quatre années d'activités de HSD évaluées dans ce rapport. Les interventions d'amélioration de la qualité telles que le processus de SBM-R ont permis de documenter les améliorations de la qualité des soins fournis, le score de qualité des soins obstétricaux d'urgence ayant augmenté de manière significative au fil du temps, de 1,5 point de pourcentage (95 % IC 1,2-1,7, $p < 0,001$) par trimestre en moyenne sur la durée du projet. Les données de suivi du HSD montrent également une augmentation de l'utilisation du partogramme (48 %-61 %) et de l'administration d'utéro toniques (92 %-99 %) au sein des structures de santé incluses entre les 17 et 19 ans. Ces données sont cohérentes avec les résultats de l'enquête auprès des prestataires sélectionnés (**Tableau 14**), où la plupart ont déclaré mettre en œuvre certaines bonnes pratiques pour l'accouchement et les soins post-partum précoces. Par exemple, 94 % ont indiqué l'administration immédiate d'ocytocine après l'accouchement et 91 % le contact cutané immédiat entre la mère et l'enfant, bien qu'il y ait eu une certaine variabilité dans la proportion de naissances au cours de la semaine précédente avec un contact cutané immédiat (moyenne 61,2, ET 36,8). De même, la plupart des prestataires ont déclaré soutenir l'allaitement (89 %), notamment en aidant les femmes à se positionner et à se placer. Selon 83 % des prestataires interrogés, les conseils en matière de planification familiale post-partum sont toujours dispensés. Dans le cadre de la procédure de validation des données, 72 % des femmes sélectionnées ayant accouché au cours de l'année précédente avaient des preuves de l'utilisation d'un partogramme. Le projet HSD a intégré les principes de soins maternels respectueux dans les normes de soins obstétricaux et néonataux d'urgence à partir de 2017. Enfin, la mise en œuvre de soins aux mères kangourou pour les prématurés ou les enfants de faible poids à la naissance dans 9 structures ciblées par le projet HSD, en conjonction avec la dotation en corticostéroïdes prénataux, a été considérée comme un succès du programme par les principales

parties prenantes et a pu être étendue à l'échelle nationale à faible coût. Toutefois, le système d'orientation (*section 2.2*) a été considéré comme une faiblesse et a posé des problèmes d'accès aux soins d'urgence.

1.6. Comme décrit dans chacun des grands thèmes de santé maternelle ci-dessus et discuté plus en détail dans l'étude de cas consacrée à ce sujet, le processus d'amélioration de la qualité de la SBM-R a été un moteur important de l'amélioration de la qualité des soins dans les services de soins intégrés, le système d'étoiles étant largement reconnu comme représentatif de services de haute qualité pour le personnel des systèmes de santé et la communauté.

Les structures de santé participant au processus de SBM-R ont largement amélioré les résultats dans les domaines de la planification familiale, des soins obstétricaux d'urgence et de la prévention et du contrôle des infections au fil du temps ; cependant, le maintien des améliorations nécessite un engagement continu important de la part du personnel et des responsables des structures. L'atteinte des seuils de reconnaissance a motivé le personnel à maintenir les progrès et à travailler collectivement à l'obtention de nouvelles étoiles grâce au suivi des exigences de la SBM-R mises en avant. Le travail d'équipe et le respect des normes et standards de dotation en services ont été considérés comme essentiels pour atteindre les étoiles. La fierté, la détermination et une vision commune étaient nécessaires pour réussir. L'obtention d'une étoile était considérée comme une grande réussite, à laquelle on contribuait par un leadership fort, un travail d'équipe, une cohésion du personnel et un soutien de la communauté. Cependant, il faudra continuer à cultiver le soutien du personnel, du responsable de la structure et des importants responsables du ministère de la santé au niveau des districts et des régions pour étendre et maintenir le succès du processus de SBM-R, étant donné que l'amélioration de la qualité est un processus continu qui doit être maintenu par les structures elles-mêmes avec le soutien de la supervision et du mentorat de la Direction régionale de la santé (DRS) et de la Direction préfectorale de la santé (DPS). Une discussion plus approfondie du rôle du processus de la GAE-R dans l'amélioration de la qualité des soins et de la demande

de services est élaborée au sein de la DRS et de la DPS dans Q2 et Q3 et l'Etude de Cas sur la SBM-R.

« Le projet HSD a contribué à améliorer la qualité des soins aux patients et à assurer une supervision formative. Lorsque nous lançons des commandes immédiatement, nous les recevons grâce au soutien du projet, qui lui-même nous fournit le matériel dont nous avons besoin. » (EIC Gestionnaire de structure, Boké)

« Grâce à l'utilisation de l'outil SBM-R, la qualité des soins et la réalisation des normes de performance se sont améliorées. » (EIC Gestionnaire de structure, Boké)

QUESTION D'EVALUATION 2 – INTERVENTIONS AXÉES SUR LA COMMUNAUTÉ:

Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il contribué à améliorer l'accès et l'utilisation de l'ensemble de soins intégrés essentiels des services de santé dans les structures concernées ?

2.1 Demande de services de qualité:

L'utilisation a augmenté tout au long du continuum de soins, en particulier pour les consultations prénatales, le planning familial et la santé infantile. Les accouchements institutionnels et les soins post-partum sont moins fréquents, et d'importantes disparités et lacunes en matière d'équité subsistent. Si la comparaison des indicateurs de santé maternelle et infantile des enquêtes démographiques et sanitaires de 2012 et 2018 est compliquée par l'impact de l'épidémie du virus Ebola, l'amélioration globale de la demande se traduit par une augmentation des principaux indicateurs de santé maternelle et infantile, tels que le recours à la planification familiale, les consultations prénatales, les services de santé qualifiés, et les soins de santé primaires. l'assistance à l'accouchement, Consultations prénatales et santé infantile (Tableau 2 ; voir Tableau 12 et Tableau 13 pour plus de détail). Toutefois, les consultations prénatales restent les plus fréquentes, avec plus de 80% des femmes qui reçoivent au moins une visite de consultation prénatale. Le planning familial et les soins postnatals sont suivis par moins de 50 % des femmes, bien qu'un peu plus de la moitié des accouchements aient lieu dans une structure de santé.

Tableau 2. Demande de services de soins de santé, Enquête sur la démographie et la santé en Guinée, 2012-2018

	2012	2018	% changement
La demande de planning familial satisfaite par des méthodes modernes	15.8	32.1	+16.3
Nombre recommandé de visites de CPN (4+)	56.6	35.5	-21.1
Consultations prénatales assurées par un prestataire qualifié	85.4	81.7	-3.7
Lieu d'accouchement : Structure de santé	41.0	54.5	+13.5
Assistance d'un prestataire qualifié lors de l'accouchement	41.8	57.5	+15.7
Visite postnatale pour les femmes dans les 2 premiers jours après la naissance	36.7	48.6	+11.9
A reçu les 8 vaccinations de base	36.5	23.9	-12.6
Traitement de la diarrhée : SRO ou RHF	36.2	58.3	+22.1

Notes: CPN (Consultations prénatales), SRO (sels de réhydratation orale), FRD (fluides recommandés à domicile).

Les données de suivi du programme HSD montrent des augmentations plus récentes de l'utilisation des services, en raison d'activités spécifiques impliquant le COSAH et les concertations communautaires dans les structures participantes, comme le montrent le **Tableau 3**. Des augmentations importantes ont été constatées dans le nombre global d'accouchements, de planning familial et de visites de CPN par rendez-vous dans les centres de santé de Kankan, Kindia, Mamou et Faranah (**Tableau 4**).

De nombreux répondants ont perçu une demande accrue de services de santé dans la période post-Ebola, l'attribuant au projet HSD (**Tableau 5**). Les prestataires et les membres de la communauté ont noté que le cycle de l'amélioration des services a entraîné une augmentation

de la confiance et de la demande. La confiance des membres de la communauté envers le système de santé s'est accrue à mesure que le projet HSD a contribué à améliorer les capacités des prestataires par la formation, à améliorer l'équipement et l'approvisionnement des structures, et à accroître la qualité et la propreté des établissements. L'augmentation de l'utilisation a également été attribuée à l'activité de l'ACS/RECO, à une plus grande sensibilisation et à un cycle de services de meilleure qualité permettant d'améliorer la demande. Cependant, certains prestataires ont encore noté les défis de la méfiance à l'égard des prestataires et des structures de santé, car le virus Ebola entrave encore l'utilisation.

Tableau 3. Taux de fréquentation des centres de santé dans 5 sites recevant une supervision du GAC/COSAH, Juillet à Septembre 2018 vs Juillet à Septembre 2019

Centre de santé	juil-sept 2018	juil-sept 2019	Augmentation (en %)
CS Banfèlè	793	2,185	176
CS Doko	7,935	10,108	27
CS Kantoumanina	2,149	2,767	29
CS de Kossankoro	591	748	27
CS Sibiribaro	1,213	1,690	39
CS de Sogolon	1,086	1,591	47
Total	13,767	19,089	39

Source: Rapport annuel Jhpiego PY4

Tableau 4. Recherche de soins de santé dans les centres de santé avant et après la mise en œuvre des concertations communautaires et des journées portes ouvertes par région, Octobre 2018 – Septembre 2019

Région et nombre de centres de santé	Accouchement assisté			Conseils en matière de planning familial			Consultations prénatales		
	Avant	Après	%Diff.	Avant	Après	%Diff.	Avant	Après	%Diff.
Kankan (n=8)	1,016	2,712	167	1,068	9,230	764	1,302	1,575	21
Kindia (n=6)	108	136	26	N/A	N/A	N/A	971	1,182	22
Mamou (n=3)	60	112	87	187	236	26	148	292	97
Boké (n=7)	175	130	-26	218	139	-36	179	182	2
Faranah (n=8)	309	384	24	612	824	35	2,506	2,875	15
Total	1,668	3,474	108	2,085	10,429	400	5,106	6,106	20

Source: Rapport annuel Jhpiego PY4

Comme le montre la conclusion 1.2, une utilisation accrue des services individuels ne se traduit pas nécessairement par une augmentation de l'utilisation du continuum de soins. (Résultats de la validation des données) Comme le montrent les données des enquêtes DHS et MICS, il est beaucoup plus fréquent de se rendre à une visite de CPN que de se rendre à quatre visites de CPN, et le reste des points de contact recommandés pour les soins intra-partum (Voir **Tableau 12** et **Tableau 13** à l' Annexe). Dans le cadre du travail de santé communautaire existant, l'accent est mis sur la référence des femmes enceintes vers les services de CPN, mais il y a un manque d'outils et de processus pour assurer le suivi, comme le décrit un membre de la COSAH ci-dessous. Il explique que même si les structures ont des équipes de proximité qui recrutent des femmes pour les CPN, les femmes «disparaissent» souvent, abandonnant après s'être inscrites, et n'obtiennent pas toujours les quatre visites de consultation prénatale recommandées ou l'accouchement institutionnel:

« Dans le service de CPN, vous verrez des femmes qui s'inscrivent et suivent le traitement jusqu'à un certain point. Puis elles disparaissent ; [la structure dispose] d'équipes de proximité et les portes sont ouvertes à tous, mais la fréquentation fait défaut. » (COSAH, Mamou)

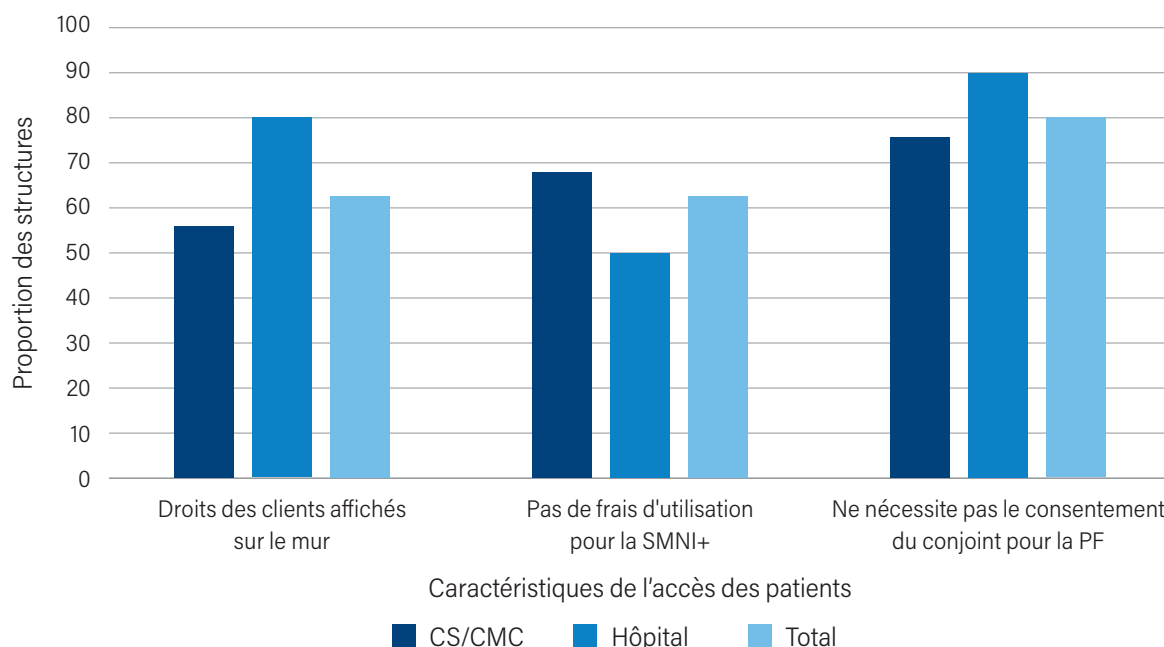
Ce résultat corrobore avec les données de la dernière enquête démographique et de santé en Guinée (**Tableau 12**) qui révèlent des taux de fréquentation des CPN incomplètes.

Il reste des défis à relever pour l'accès et l'utilisation des services, tels que la proximité géographique des structures, les routes en mauvais état, le manque de transport, les finances, le manque d'information, les croyances culturelles et religieuses, y compris les rumeurs et la nécessité d'obtenir la permission des hommes, en particulier pour l'adoption de la planification familiale (**Figure 6 ; Tableau 12**).

Tableau 5. Perceptions des prestataires et de la communauté quant à l'utilisation des soins de santé

Perception de l'utilisation par les prestataires	Perception de l'utilisation par la communauté
■ « Avant, l'objectif de la structure était de [environ 56] femmes par mois (pour les visites de CPN), mais maintenant il est de 70 à 100 par mois. » (Prestataire, Mamou) ■ « Grâce aux activités éducatives menées par les ASC/RECO, les femmes] viennent plus souvent dans les structures pour bénéficier des services de SMI, y compris la PF, l'accouchement et les césariennes, et la mortalité maternelle a diminué. Par exemple, 14 décès maternels au cours du premier semestre 2019 contre seulement six au cours du second semestre 2019. » (Provider, Faranah) ■ « Chaque jour, la consultation peut toucher jusqu'à 100 enfants à la fois... Je dois me cacher pour rentrer chez moi. » (Prestataire, Kindia) ■ « Grâce au projet, par le biais de la sensibilisation, la peur qui poussait les femmes à ne pas utiliser les services de santé depuis l'époque d'Ebola a disparu. La confiance entre les prestataires de soins et la communauté a été restaurée. Les COSAH s'attribuent une partie du mérite de cette amélioration. » (COSAH Kindia)	■ « De nombreuses femmes ne fréquentaient pas le centre [auparavant] en raison du manque de personnel qualifié, mais actuellement elles le fréquentent un peu plus, surtout le lundi. Les femmes préfèrent accoucher avec des accoucheuses traditionnelles et elles préfèrent envoyer les enfants dans une clinique privée ou à l'hôpital de Kankan ou de Siguiri. » (DGD Hommes, Kankan) ■ « La disponibilité des services a joué un grand rôle dans l'utilisation. Depuis l'avènement de l'épidémie d'Ebola, l'utilisation des services a fortement diminué, mais avec la sensibilisation des communautés, secteur par secteur, de plus en plus de femmes viennent désormais dans les structures de santé à la recherche de soins. » (ACS/RECO, Conakry) ■ « Pour les jeunes, l'information va de pair avec la sensibilisation et depuis l'arrivée du projet, les jeunes filles utilisent des services de contraception. Avant, les jeunes avaient honte, mais maintenant, il y a une bonne fréquentation. » (DGD Femmes, Kindia)

Figure 6. Caractéristiques de l'accès des patients (n=35)



Notes: FP (planning familial)/CS (Centre de Santé-Centre de Santé)/CMC (Centre Médical Communautaire-Centre de Santé de Ville)

Les résultats intermédiaires de l'amélioration de la demande et de l'accès sont examinés plus en détail dans le cadre des stratégies et interventions spécifiques mises en œuvre par le projet HSD, à savoir les services de santé de proximité, les références, la communication sur le changement social et comportemental, la sensibilisation de la communauté et la suppression des obstacles financiers

2.2 Services de santé de proximité.

Le projet HSD a apporté un soutien technique important aux documents politiques et au matériel de formation pour des activités de santé communautaire de qualité, intégrées et à grande échelle, mais la coordination et le financement de la mise en œuvre de la politique restent insuffisants.

L'approche originale du projet HSD consistait à s'assurer que deux agents communautaires de santé (ACS/ RECO) par village, un homme et une femme, fournissent avec compétence les composantes communautaires de l'ensemble des soins intégrés essentiels dans les régions couvertes par le projet HSD. Le projet HSD visait à atteindre au moins 2 400 villages, estimés sur

la base d'environ huit villages par structure rurale et cinq quartiers par structure urbaine dans les régions couvertes.

Le projet HSD a fourni un soutien technique au ministère de la santé et à la division de la santé communautaire par le biais de matériels de formation, de politiques et de protocoles normalisés. Il a développé les compétences d'un groupe de formateurs et a assuré les consommables et les produits nécessaires à la réalisation des interventions communautaires. La théorie du changement visait à améliorer la qualité, l'intégration, l'échelle, le ciblage et la coordination. Comme la portée du projet HSD était limitée, elle ne visait pas à financer l'ACS/RECO à l'échelle nationale, ce qui dépassait largement le cadre de l'activité. La Guinée compte près de 16 000 villages et la politique communautaire de santé révisée requiert 1 320 ACS et 17 000 RECO.

Le soutien du HSD à l'élaboration du document national sur les normes et procédures de santé génésique pour l'ensemble essentiel de soins intégrés a été déterminant pour orienter la manière dont les services intégrés devraient être fournis tout au long

du continuum de soins, y compris les composantes de soins communautaires. Les normes et procédures de santé génésique comprennent un solide ensemble de formations et d'aides à l'emploi pour la mise en place de soins intégrés en cascade au niveau de la communauté et des postes de santé. Alors que la majorité des formations sur la santé génésique visaient le personnel des centres de santé et des hôpitaux, au cours des deux ou trois années de programme, 376 membres du personnel des postes de santé ont été formés pour atteindre les gens au niveau communautaire. Même si le projet HSD n'a pas financé les ACS/RECO à l'échelle, les résultats qualitatifs démontrent que les services de santé communautaires fonctionnent dans certains cas.

*« La communauté n'a plus besoin de venir à l'hôpital pour des cas simples tels que la simple toux, la diarrhée, le planning familial à court terme. »
(COSAH, Kindia)*

*« Les services communautaires sont de bonne qualité car le ACS/RECO soutient la communauté en donnant parfois des médicaments gratuitement aux malades qui n'ont pas d'argent. »
(Femmes, Kindia).*

Les données qualitatives ont toutefois révélé que les services de prévention, de traitement et d'orientation fournis par les ACS/RECO sont incohérents, varient selon les régions et reflètent souvent les priorités et les formations respectives des donateurs. Par exemple, les membres de la communauté de Kankan savaient que les journées de vaccination étaient la seule intervention au niveau communautaire ; cependant, d'autres éléments ont montré que les ACS/RECO fournissent d'autres services au niveau communautaire, comme le recommandent les Normes et procédures de santé reproductive, bien qu'ils manquent souvent de consommables. En outre, les activités de santé infantile, de soins prénatals et de planning familial sont souvent menées verticalement plutôt que dans le cadre d'une approche intégrée, car les équipes de santé communautaire et de coordination des opérations régionales ont toujours reçu le soutien de différents donateurs pour mener des activités ciblées, telles que des journées de vaccination et la distribution de

vitamine A et de moustiquaires. Le déploiement inégal de la nouvelle stratégie ACS/RECO, qui prévoit que les ACS/RECO sont payés pour des services qu'ils fournissaient auparavant gratuitement, complique encore davantage le paysage ACS/RECO et décourage les ACS/RECO de travailler dans des zones où le partenaire donateur ne verse pas de salaire.

*« À l'hôpital régional de Labé, les activités de promotion communautaire ont été réservées au Projet d'amélioration des services de santé primaires. Le projet HSD n'est intervenu que dans les activités de sensibilisation dans les salons de coiffure par les pairs éducateurs. »
(EIC Prestataire, Labé)*

« Nous devons recruter des personnes très sociales pour ces tâches de responsabilité. Ils ne remplissent pas leur rôle ; je ne connais pas d'ACS/RECO dans notre communauté. L'obstacle est lié au manque de moyens financiers. » (DGD Hommes, Boké)

Jhpiego et Save the Children ont également fourni un soutien à des ateliers techniques pour contribuer à la nouvelle politique de santé communautaire adoptée par le ministère de la santé en 2018, dont la mise en œuvre débutera en 2019. La politique de santé communautaire précise les orientations en matière de couverture et d'intensité des ACS/RECO par population. Il faut 1320 ACS/RECO et 17 000 RECO pour atteindre l'échelle nationale. En outre, les ACS/RECO doivent avoir suivi une formation spécifique et recevoir un petit salaire mensuel.

Au niveau régional, le projet HSD a coordonné avec les partenaires pour identifier les lacunes dans la couverture des ACS/RECO. Les ACS/RECO ont élargi la portée de la promotion de la santé pour promouvoir l'utilisation des services ; bien qu'il soit difficile de distinguer les activités soutenues par le projet HSD ou d'autres partenaires au niveau communautaire car ils utilisent tous le même ACS/RECO. Par exemple, à Labé et Faranah, le projet de santé communautaire financé par la Banque mondiale/fond-AFD tous les ACS/RECO et a été apprécié par les prestataires. La continuité du soutien a également été remise en question, comme indiqué ci-dessous, le soutien était «périodique» plutôt

que continu, et certains membres de la communauté n'étaient pas au courant de l'existence d'ACS/RECO dans leur communauté.

Si les normes et procédures de la santé génésique et de la politique de santé communautaire ont constitué des réalisations clés en matière d'orientation politique, l'infrastructure et les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre du paquet intégré de santé communautaire restent un obstacle. Il n'était pas dans le cadre initial du HSD de s'attaquer pleinement à ce problème ; néanmoins, les résultats révèlent la situation dans son ensemble. La durabilité du financement est discutable compte tenu de l'intensité des ressources. Les personnes interrogées ont clairement indiqué que le succès de la nouvelle politique de santé communautaire exige que le gouvernement renforce les capacités des collectivités locales (loi L040 sur le code des collectivités) par l'intermédiaire de l'Agence nationale de financement des collectivités (ANAFIC), qui reçoit 15 % des recettes minières nationales. Il a été indiqué que l'ANAFIC a accepté que les communes incluent des lignes budgétaires de leur plan d'action 2020 pour le paiement des salaires du RECO. Sans ce soutien décentralisé, il n'est pas clair comment la nouvelle stratégie peut être mise en œuvre.

Néanmoins, cette nouvelle politique est le modèle directeur pour la prestation de services au niveau communautaire et a obligé le projet HSD à modifier son approche initiale. Au cours des premières années du programme, les animateurs communautaires des organisations non gouvernementales locales ont travaillé avec les ACS/RECO pour soutenir la production de rapports en temps voulu, le recyclage des compétences pour la présentation d'exposés sur la santé et le respect des protocoles. Chaque année, de 2017 à 2019, le projet HSD a soutenu plus de 1 000 ACS/RECO et a organisé des formations pour 602 participants au niveau communautaire. Cependant, avec l'introduction de la nouvelle politique, il n'était pas garanti qu'un des anciens ACS/RECO soit sélectionné pour continuer en tant que ACS/RECO du gouvernement en raison des nouvelles exigences en matière d'éducation. Si le projet HSD ne pouvait pas garantir que les personnes qu'il formait continueraient

à être engagées, il a continué au niveau politique à appliquer les leçons tirées de son expérience à petite échelle. Par conséquent, le soutien du projet HSD au niveau de la communauté s'est déplacé vers la supervision, le suivi et la coordination du soutien des partenaires pour les ACS/RECO.

2.3 Références: intégration renforcée des services cliniques et de proximité

Le projet HSD visait à renforcer les liens de référence en assurant la coordination des soins de la communauté au niveau de l'hôpital, ainsi qu'en améliorant les systèmes de transport et le suivi et l'évaluation du système de référence. **Tableau 6** montre la conception des interventions d'orientation à chaque niveau, avec les principales réalisations et les lacunes existantes.

Le projet HSD a apporté des contributions essentielles à certaines composantes du système de référence, mais l'ampleur des difficultés du système de référence n'a pas pu être surmontée avec le niveau d'investissement. Actuellement, le système de référence en Guinée reste largement dysfonctionnel. Alors que les N&P/SR ont été validés la première année, les documents normatifs du système de référence n'ont été validés au niveau national qu'en juin 2019, en raison de transitions au sein du ministère de la santé et de priorités concurrentes. Au moment de la présente évaluation, ces documents normatifs de référence n'ont pas encore été diffusés systématiquement dans toute la Guinée (*Revue documentaire*). Bien que la contribution du projet HSD à ces documents ait été forte, car leur diffusion est incomplète, le système de référence ne fonctionne toujours pas bien, variant selon les districts, les structures et les domaines de santé. Les efforts du projet HSD dans ce domaine se sont penchés sur la mise en place d'un réseau téléphonique et sur la surveillance de l'utilisation du téléphone par les prestataires pour suivre la fréquence des références. Bien que certains outils et processus soient en place, en particulier pour les maladies graves de l'enfant grâce aux interventions de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE), dans l'ensemble, les outils et processus ne sont pas harmonisés ou surveillés, et des

Tableau 6. Plan d'amélioration des références, réalisations et lacunes du projet HSD par niveau du système de santé

Niveau	Plan	Réalisations	Lacunes
Préfectoral	Soutenir les équipes pour gérer/maintenir les systèmes de référence ; planifier l'utilisation/la maintenance des ambulances	Le projet HSD a contribué aux documents normatifs validés en juin 2019 ; la HSD a soutenu et surveillé l'utilisation des téléphones des prestataires. Certains éléments indiquent que des références ont eu lieu, mais la fonctionnalité n'était pas claire.	De nombreux acteurs régionaux/districts signalent que le système est en place et qu'une certaine formation a été dispensée, mais que des difficultés subsistent (par exemple en ce qui concerne l'utilisation et l'entretien des ambulances) et que l'application de la réglementation fait défaut
Structure :	Développer/adapter les outils/aides à l'emploi ; former les prestataires	Les structures de santé indiquent que des outils sont en place : 83 % des structures interrogées (n=35) disposent d'un registre en usage au point de consultation prénatale pour suivre les renvois de cas compliqués à un niveau supérieur ; de nombreux ACS/RECO ont été formés sur le renvoi et des outils sont en place.	Parfois, les postes de santé renvoient directement aux hôpitaux et sautent le niveau du centre de santé.
Communauté	Former l'ACS/RECO à la référence ; améliorer la planification locale	Les registres et les cartes de référence sont en grande partie en place ; les références concernent principalement la CPN ou une maladie grave de l'enfant ; Mamou a des références de motos fonctionnelles selon le groupe de réflexion des jeunes femmes	Les répondants et les familles n'ont pas été orientés dans la plupart des cas ; le transport a été un défi majeur ; note ACS/RECO : atteindre les ménages les plus éloignés est un défi
COSAH	Appuyer les moyens de transport locaux	Certains COSAH ont évoqué des exemples de sécurisation du transport pour les renvois	Pas de normalisation dans tous les groupes communautaires ; la plupart des membres de la communauté ont quand même mentionné les problèmes de transport
Suivi - Evaluation	Cartographie des décès/échappées-belles ; identification permanente des faiblesses/M&E	Surveillance de l'utilisation du téléphone	Absence d'un système complet de suivi et évaluation à tous les niveaux du système de référence

difficultés existent entre la communauté et l'hôpital. Comme indiqué dans le **Tableau 6**, les lacunes existent en grande partie dans le domaine des transports et de la disponibilité des véhicules. Le suivi et l'évaluation continus du système ainsi que l'expansion des activités de référence dans ces domaines sont susceptibles d'améliorer le système. Cela est également dû en partie aux multiples niveaux de référence possibles et aux coûts associés. Bien que les ACS/RECO soient perçus comme efficaces dans la référence des patientes vers les structures de CPN ou de soins aux enfants, les liens

et le suivi des maladies complexes et des grossesses font défaut à différents niveaux.

Certains répondants ont noté quelques succès du système de référence :

« Le processus de référence des femmes vers ces services est effectué par le biais de fiches de référence et ce processus est efficace grâce à l'utilisation de taxis-motos. »
(DGD Jeunes femmes, Mamou)

« La référence est toujours faite avec un agent communautaire de santé et un membre de la famille qui l'accompagne, plus un formulaire de référence qui permet de comprendre l'état de santé du patient une fois que celui-ci est référé à un service approprié. Les RECO jouent un rôle majeur dans le système de référence à travers une fiche de référence dont ils disposent. Ils accompagnent également les femmes au centre de santé pour leurs soins. » (Prestataire, Kindia)

Toutefois, les membres de la communauté et les agents communautaires de santé ont souvent cité les difficultés liées à la référence :

« On ne peut pas faire asseoir une femme en travail derrière la moto pour l'amener au centre de santé comme les autres patients ; nous avons besoin d'un véhicule. » (DGD Femmes, Kindia)

« Les agents communautaires de santé ne réfèrent pas les femmes aux structures de santé et ne les dirigent pas non plus vers celles-ci. Ce sont nos voisins qui nous envoient à l'hôpital. » (DGD Femmes, Conakry)

Une partie prenante au niveau régional a également eu un aperçu du dysfonctionnement du système de référence, qui constitue un défi majeur pour améliorer la qualité de l'utilisation du système de santé et le maintien des soins :

« Eh bien, nous avons beaucoup de problèmes au niveau [de la référence] ; ... même si le RECO réfère les patients à un centre de santé, parfois, il y a une perte. Si la personne n'est pas bien informée, alors elle va directement chez les guérisseurs [traditionnels] ou chez quelqu'un qui vend des médicaments dans le village et elle s'auto-traite. Même si les prestataires des centres de santé reçoivent les références, ils ne font pas de contre-référence à la structure périphérique qui a envoyé la référence. » (EIC Régional)

La lacune de la « contre-référence » met en lumière le manque de communication entre les différents niveaux des structures de santé. Les patients ne peuvent être envoyés qu'au niveau supérieur et les dossiers ne sont pas communiqués à la structure d'origine pour assurer la continuité des soins.

2.4 Communication sur le changement social et comportemental

L'approche de communication du projet HSD en matière de changement social et comportemental était basée sur la sensibilisation de la communauté à la nécessité d'accéder aux soins, en renforçant les groupes de santé communautaires, les ONG locales et les animateurs communautaires pour compléter le travail de l'ACS/RECO. **Alors que le projet HC3 était principalement chargé de mettre en œuvre des activités de communication pour le changement social et comportemental en Guinée,[†] les efforts déployés à petite échelle par le projet HSD pour travailler avec les groupements et les animateurs communautaires ont eu des résultats mitigés et ont nécessité une supervision fréquente du personnel du projet HSD pour maintenir l'engagement à petite échelle avec la communauté.** Si la conception du projet visait à mobiliser les bénéficiaires pour qu'ils deviennent des promoteurs de leur propre santé, cela n'a pas été généralisé dans les zones ciblées par le projet, sauf que les membres de la communauté sont engagés dans des comités de santé ou des COSAH.

Des COSAH et/ou des groupes d'action communautaire existent dans de nombreuses structures de santé soutenues par le projet HSD, passant de 18 structures dans l'année de programme 2 à 47 structures fonctionnelles au moment de l'évaluation en novembre 2019 (année de programme 5). Le nombre d'équipes de mobilisation communautaire est passé de 18 dans l'année de programme 3 à 24 en novembre 2019 (année de programme 5). Save the Children a fourni

[†] L'USAID a financé des activités de création de demande et de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) séparément dans le cadre du projet HC3. HSD a prévu un rôle d'assistance technique de soutien dans la création de la demande et, conformément à la RFA HSD, HSD pourrait allouer un maximum de 20% de son budget des activités IR2 et IR3. Le partenariat HSD avec HC3 visait à «assurer la coordination, en particulier sur le plan géographique, et la meilleure utilisation des ressources». HSD n'avait pas de ressources pour financer les activités au niveau communautaire et de CCSC à grande échelle.

une assistance technique pour faciliter la formation de formateurs utilisant une approche de «cycle d'action communautaire» auprès des responsables de districts sanitaires, qui devait se répercuter en cascade sur les groupements communautaires. L'approche des groupements d'action communautaire favorise un processus dirigé par la communauté dans le cadre duquel les personnes les plus touchées et les plus intéressées s'organisent, explorent, fixent des priorités, planifient et agissent collectivement pour améliorer la santé. Le projet HSD a travaillé avec les comités de santé et d'hygiène (COSAH), les groupements d'action communautaire et les équipes de mobilisation communautaire pour encourager l'approche du cycle d'action communautaire pour la mobilisation communautaire. Comme indiqué au point 2.1, la supervision des structures avec des groupements d'action communautaire actifs et des dialogues communautaires a montré une augmentation de la fréquentation des structures dans les établissements respectifs. Les répondants ont également évoqué l'impact du COSAH. Grâce à l'engagement du COSAH, certains groupes communautaires se sont engagés à soutenir leur structure locale pour essayer d'obtenir des étoiles de la SBM-R pour l'amélioration de la qualité. À Kindia, par exemple, le groupement communautaire a soutenu l'amélioration de la qualité en aidant à nettoyer le local de la structure de santé chaque semaine, ce qui a contribué à l'obtention d'une étoile.

« C'est le chef du quartier qui nous a donné ceci et cela pour la rénovation de ce centre de santé et même la peinture que vous voyez a été faite grâce à la contribution d'un membre de la communauté. » (DGD ACS/RECO Kankan)

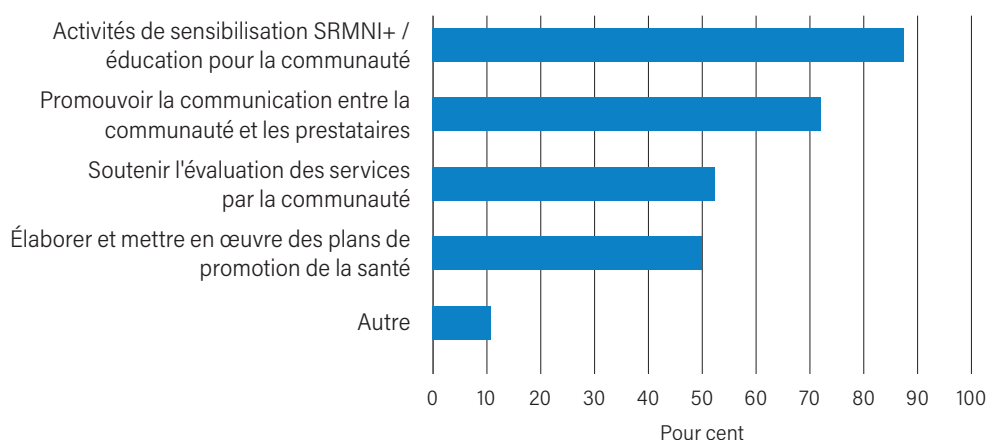
« La dernière fois qu'il y a eu une épidémie de rougeole quelque part, c'est [un membre du COSAH] qui nous a avertis. » (Gestionnaire de structure, Conakry)

« C'est pour cela que nous, les membres du comité d'hygiène, sommes là. Nous veillons à ce que les informations soient transmises chaque fois que nécessaire par l'intermédiaire des RECO et des crieurs publics, dans les mosquées et pendant les jours de marché. Les femmes sont bien informées grâce à la sensibilisation, au bouche à oreille par les médias, et cette information les a encore plus engagées sur leurs besoins en soins de santé depuis l'intervention du projet HSD. » (COSAH, Kindia)

Les résultats de l'enquête auprès des prestataires démontrent (Figure 7 ; Tableau 14) que les prestataires au niveau des centres de santé (n=46 ; hôpitaux exclus) comprennent que le rôle du COSAH est avant tout de sensibiliser et de promouvoir la communication entre la communauté et les prestataires.

Toutefois, le rôle du COSAH dans la nouvelle politique communautaire de santé a évolué pour servir

Figure 7. Perceptions des prestataires sur le rôle du COSAH (n=46)



davantage d'extension du système de santé que de catalyseur pour la représentation ou l'engagement de la communauté. Le rôle du COSAH, selon la politique de santé communautaire, est d'assurer la supervision des activités de santé communautaire au sein de la structure gouvernementale au niveau de la commune. Ces fonctions comprennent la supervision et l'évaluation mensuelle des activités/interventions des ACS/RECO, la garantie du recrutement des ACS/RECO et la vérification de leur rémunération, ainsi que la mobilisation des ressources pour les activités de santé communautaire. De même, certains répondants estiment que les COSAH sont trop proches du système de santé et ne peuvent pas ne pas être véritablement représentatifs des membres de la communauté. Pourtant, il semble que la plupart des prestataires n'aient pas encore été sensibilisés au nouveau rôle des COSAH.

En tant qu'acteurs supplémentaires de la communication sur le changement social et comportemental, le projet HSD a également fait appel à des organisations non gouvernementales locales au cours des trois premières années du projet pour aider au recrutement et à la gestion des ACS/RECO afin de mener des entretiens sur la santé et la mobilisation sociale, ainsi que pour renforcer les capacités des organisations non gouvernementales en matière de gestion des subventions. Au cours de la première année du projet, l'ACS/RECO a mené 337 entretiens sur la santé, touchant 2 821 personnes dans sept districts sanitaires. Les entretiens sur la santé peuvent jouer un rôle important dans la communication sur le changement social et comportemental, et les membres de la communauté ont donné peu d'exemples de l'engagement des chefs religieux et des groupes de femmes comme étant essentiel au succès de la sensibilisation et du changement de comportement.

« Auparavant, le planning familial était un sujet tabou qu'ils n'osaient pas aborder. J'ai moi-même assisté à plusieurs réunions régionales auxquelles ont participé les dirigeants de la ligue islamique. Depuis, la sensibilisation s'est accrue et vous pouvez maintenant parler de planning familial. »
(DGD Hommes, Labé)

« Il y a eu une sensibilisation des groupes de femmes « sérieuses ». Elles ont été sensibilisées et on leur a demandé de sensibiliser à leur tour leurs parents et amis proches. C'est ainsi que tout a changé... maintenant les gens disent que Ratoma a changé. Après cela, les professionnels de santé ont également été sensibilisés à la manière de s'occuper des patients, de garder le centre propre... Ce projet nous a vraiment soutenus. La communauté a commencé à venir au centre de santé en grand nombre parce qu'elle voit les réalités de ses propres yeux. » (DGD COSAH, Conakry)

La plupart des membres de la communauté restent bénéficiaires des interventions communautaires et ne sont pas des promoteurs de santé, sauf s'ils sont eux-mêmes des ACS/RECO ou s'ils sont engagés en tant que leaders dans des activités de communication sociale et de changement de comportement en groupe.

Dès la troisième année du projet, les efforts menés par les organisations non gouvernementales locales ont été interrompus par le HSD. Cette interruption était due à divers facteurs : nécessité de suivre la nouvelle politique communautaire en matière de santé ; certaines faiblesses dans la gestion et les rapports des organisations non gouvernementales ; et le mode de financement du projet HSD, où les fonds alloués aux années quatre et cinq du projet ont diminué à mesure que les fonds liés à Ebola expiraient.

Enfin, la principale approche de communication du projet HSD en matière de changement social et comportemental par l'éducation par les pairs en milieu urbain s'est appuyée sur les employés des salons de coiffure et les tailleurs en tant qu'éducateurs par les pairs et vendeurs de planning familial pour accompagner l'ACS/RECO (Tableau 7). Il s'agissait d'une approche novatrice pour atteindre ceux qui ne rencontrent pas habituellement l'ACS/RECO ou les services de santé habituels. Bien que de nombreux entretiens sur la santé aient été menés dans cet environnement, l'approche a dû faire face à des difficultés pour réussir. La réussite de l'éducation et de la distribution du planning familial dans ce contexte exige une supervision et un suivi continus et lourds que le projet HSD n'a pas été en mesure d'assurer

de façon constante au-delà de la formation. Cela a été particulièrement constaté à Conakry, où les références aux structures de santé n'étaient pas toujours faites correctement par les employés des salons de coiffure. (EIC régional) Bien que cette approche ait réussi à aider à étendre les services aux nouveaux utilisateurs du planning familial, le lien incomplet avec les structures de santé pour le continuum de soins ou les méthodes à long terme était incohérent et variait selon les régions.

2.5 S'attaquer aux obstacles financiers en matière de soins

Le projet HSD vise à lever les obstacles financiers en soutenant le développement de stratégies de financement de la santé communautaire, telles que l'assurance communautaire et les mutuelles. **Malgré certains efforts, le coût des services de SRMNIA+ reste un obstacle à l'utilisation, en particulier pour les plus vulnérables et les personnes appartenant aux couches socio-économiques les plus défavorisées**, en plus des autres obstacles évoqués au point 2.6. La politique d'exemption de frais d'utilisation du ministère de la santé pour 2011 stipule

que les consultations prénatales et l'accouchement institutionnel, y compris la césarienne, sont gratuits ; cependant, le planning familial est subventionné et il y a souvent d'autres coûts des médicaments ou les tests de laboratoire qui dissuadent les femmes de se rendre dans les structures. 37 % des structures observées ont déclaré facturer des frais d'utilisation pour les services de SRMNIA+, et ce pourcentage était encore plus élevé dans les hôpitaux (50 % ont signalé des frais d'utilisation, comme le montre la figure 6).

« Si vous allez à l'hôpital sans argent, vous mourrez. Vous pouvez dépenser jusqu'à 100 000 GNF en consultations et pour les médicaments... nous voulions que ce soit gratuit. » (DGD Jeunes femmes, Conakry)

Dans 63% des 35 structures interrogées, les droits des clients sont affichés sur les murs, ce qui est encore plus élevé dans les hôpitaux (80 %). Comme le montre la photo de la page suivante, ces droits sont rédigés en petits caractères en français et se penchent sur la vie privée, la confidentialité, la sécurité et le choix, mais n'incluent pas les services gratuits.

Tableau 7. Résultats et portée des salons de coiffure et des ateliers de couture, Octobre 2018 - Septembre 2019

Quartier	Salons de coiffure	Ateliers de couture	Les éducateurs pairs supervisés	Formation d'éducateurs pour les pairs	Entretiens éducatifs	Clients atteints	Les femmes atteintes
1	15	9	40	75	147	1,101	1,033
2	38	15	92	231	247	1,704	1,425
3	38	13	119	255	227	2,728	2,082
4	38	16	138	266	211	2,046	1,703
Total			389	827	832	7,579	6,243
Quartier	Nouvelles utilisatrices de PF			Utilisatrices permanentes de PF		Références	
1	330			448		55	
2	484			466		83	
3	459			731		203	
4	2296			503		161	
Total	3,569			2,148		502	

Notes: FP (planning familial)).



Gauche; Une affiche sur les droits des clients exposée dans un centre de santé

Ci-dessus et à droite; Panneaux de prix et de services à l'intérieur et à l'extérieur des cliniques de santé

L'affiche la plus courante a été imprimée par le programme de survie maternelle et infantile soutenu par l'USAID, également dirigé par Jhpiego, entre 2014 et 2016. Afin d'éviter les doublons, les documents produits dans le cadre du programme de survie de la mère et de l'enfant et adaptés au travail du projet HSD ont continué à être distribués. L'affiche la plus courante a été imprimée par le programme de survie maternelle et infantile soutenu par l'USAID, également dirigé par Jhpiego, entre 2014 et 2016. Pour éviter les doublons, les documents

Produits dans le cadre du programme de survie de la mère et de l'enfant et adaptés au travail du projet HSD ont continué à être distribués.

Une autre affiche trouvée sur de nombreux sites était la liste publique des prix des contraceptifs par méthode et la liste des services de consultation prénatale gratuits (Figure 8). Bien que cela contribue à accroître la transparence et à sensibiliser le public, cela ne résout pas le problème des services associés payants ni ne cible les populations illettrées.

2.6 Sensibiliser la communauté sur la nécessité d'accéder aux soins

Les stratégies ci-dessus visaient à sensibiliser la communauté à la nécessité d'accéder aux

SUCCÈS: MUTUELLES DE SANTÉ

- Les mutuelles de santé sont des programmes communautaires visant à rassembler les ressources communautaires pour aider les membres de la communauté qui ont besoin de fonds pour les services de santé.
- Le projet HSD a identifié 195 mutuelles de santé, dont 23 % fonctionnent. Des réunions régionales ont été organisées pour partager des conseils afin de renforcer les groupes qui soutiennent les membres des communautés ayant besoin de fonds pour les soins de santé. Des outils pour l'adhésion et les comptes rendus de réunions ont également été fournis à certaines mutuelles pour les revigorer. Le projet HSD a également aidé l'organisation non gouvernementale française Solidarité Internationale, et le principal partenaire qui soutient les mutuelles de santé, à élaborer des normes de performance.
- Les entretiens et les groupes de discussion avec la COSAH, le ACS/RECO et les membres de la communauté ont révélé que toutes les régions avaient la volonté et l'acceptation de participer à de tels programmes pour surmonter les obstacles financiers, y compris le soutien des chefs communautaires et religieux pour ces programmes. Cette dynamique est prometteuse en termes d'expansion et d'évolutivité.

soins afin d'accroître la demande et l'utilisation.

Malgré les réalisations mentionnées ci-dessus, les interventions communautaires n'ont pas été fortement axées sur l'équité et des obstacles subsistent pour les femmes, les jeunes et les plus vulnérables à l'accès aux services de SRMNIA+.

Outre les obstacles financiers, un autre obstacle majeur pour les plus vulnérables est le manque d'informations sur les services de santé et l'analphabétisme. Les activités de sensibilisation menées par l'ACS/RECO et les messages radiophoniques ont abordé cet obstacle d'une certaine manière. Toutefois, les conclusions ont révélé que des problèmes de demande subsistent, tels que la méfiance à l'égard des prestataires de la période MVE :

« Jusqu'à présent, nous nous souvenons de ce que les gens faisaient pendant le virus Ebola, c'est pourquoi certains d'entre nous ont encore peur. »
 (Femme, Kindia)

Les obstacles sont souvent liés à la pauvreté, au chômage et à l'incapacité de payer les services ou les transports. (DGD Hommes/Femmes, DGD COSAH)

« Les jeunes et les adolescents sont confrontés à des difficultés telles que le chômage et la pauvreté. L'emploi des jeunes et l'aide des amis sont les mesures à leur niveau. » (DGD Femmes, Mamou)

L'un des principaux obstacles à la planification familiale est le consentement du conjoint et 20% des structures de santé exigent le consentement du conjoint pour la planification familiale (**Figure 9**). Cela corrobore avec les conclusions de l'enquête démographique et de santé 2018, où 30% des femmes ont déclaré que la permission était un obstacle à l'accès aux soins de santé.

« Mon mari est musulman et n'aime même pas qu'on lui parle de planning familial... faire des plans pour lui-même, c'est tuer les enfants qui vont naître. Pour les jeunes, l'information va de

Tableau 8. Perspectives des prestataires et de la communauté sur les obstacles des jeunes à l'accès aux soins de santé

Perspectives des prestataires	Perspectives de la Communauté
« Lorsqu'une jeune fille est vue dans les structures de santé, elle est considérée comme sexuellement active. Les obstacles rencontrés par les jeunes dans la localité sont la peur et la honte d'être vus dans les services de planification et la peur d'être discriminés. À cette fin, des actions de sensibilisation sont menées pendant les jours de marché pour lever ces obstacles. » (Prestataire, Labé) « Les jeunes hommes préfèrent être vus par des professionnels de la santé du même sexe, alors que la majorité des professionnels de la santé sont des femmes, et les jeunes femmes voilées préfèrent également les professionnels de la santé de sexe féminin, tout cela pour des raisons de modestie. Sur 24 professionnels de la santé, il n'y a que 3 hommes. » (Gestionnaire de structure de santé, Conakry) « Quant aux jeunes, il y a parfois des difficultés, comme le manque de communication sur la santé sexuelle des jeunes et le manque de services spéciaux pour les adolescents car les jeunes ont souvent honte d'être avec leurs parents dans l'institution. » (Gestionnaire de structure de santé, Kankan) « Quant aux jeunes, ils sont parfois confrontés à la désinformation et au mariage précoce. La mesure prise à cet égard est la sensibilisation. » (Prestataire, Kankan)	« Le seul obstacle que rencontrent nos jeunes est le manque de compréhension entre eux et les médecins. » (DGD Hommes, Faranah) « Les obstacles spécifiques auxquels les femmes de notre communauté sont confrontées dans l'accès aux soins de santé sont la pauvreté et le manque de transport. Les mesures spécifiques prises au niveau communautaire ou institutionnel sont les contributions communautaires, l'assistance spéciale des parents au niveau communautaire et la baisse des prix des médicaments essentiels. » (Femme, Mamou) « Les obstacles spécifiques auxquels les femmes de notre communauté sont confrontées dans l'accès aux soins de santé sont la pauvreté et le manque de transport. Les mesures spécifiques prises au niveau communautaire ou institutionnel sont les contributions communautaires, l'assistance spéciale des parents au niveau communautaire et la baisse des prix des médicaments essentiels. » (Femmes, Mamou)

pair avec la sensibilisation et depuis l'arrivée du projet, les jeunes filles ont recours aux services de contraception. Avant, les jeunes avaient honte, mais maintenant, il y a une bonne fréquentation. » (Femmes, Kindia)

Les jeunes sont confrontés à des obstacles sociaux et culturels spécifiques liés à la honte et à la stigmatisation en matière de planning familial, qui n'ont pas été abordés ou ciblés spécifiquement par des messages adaptés aux jeunes ou des services de santé. Les résultats qualitatifs ont révélé diverses perspectives sur la manière de relever les défis qui subsistent pour les jeunes. Les jeunes ont parfois honte d'être vus dans les services

de santé s'ils ne sont pas mariés, et il a également été noté que les jeunes, hommes et femmes, préfèrent les prestataires du même sexe, car il y a souvent un manque de compréhension ou de familiarité entre les jeunes et les prestataires.

Alors que la conception du projet HSD visait à se pencher sur les besoins spécifiques des jeunes en tant qu'élément transversal, les activités manquaient de spécificité. Une tâche en cours consistait à travailler avec le ministère de la santé et ses partenaires pour intégrer la stratégie de santé des adolescents et des jeunes dans les activités du projet HSD, mais peu de progrès ont été réalisés car le projet HSD ne voulait pas

Figure 8. Perceptions des prestataires de soins sur les obstacles des adolescents aux soins de santé

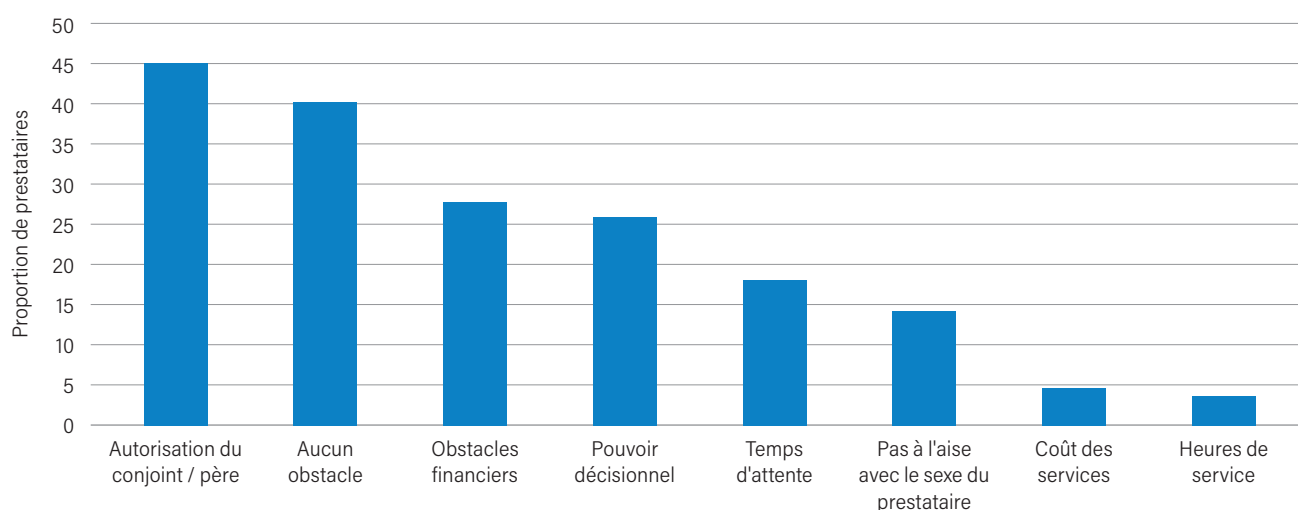
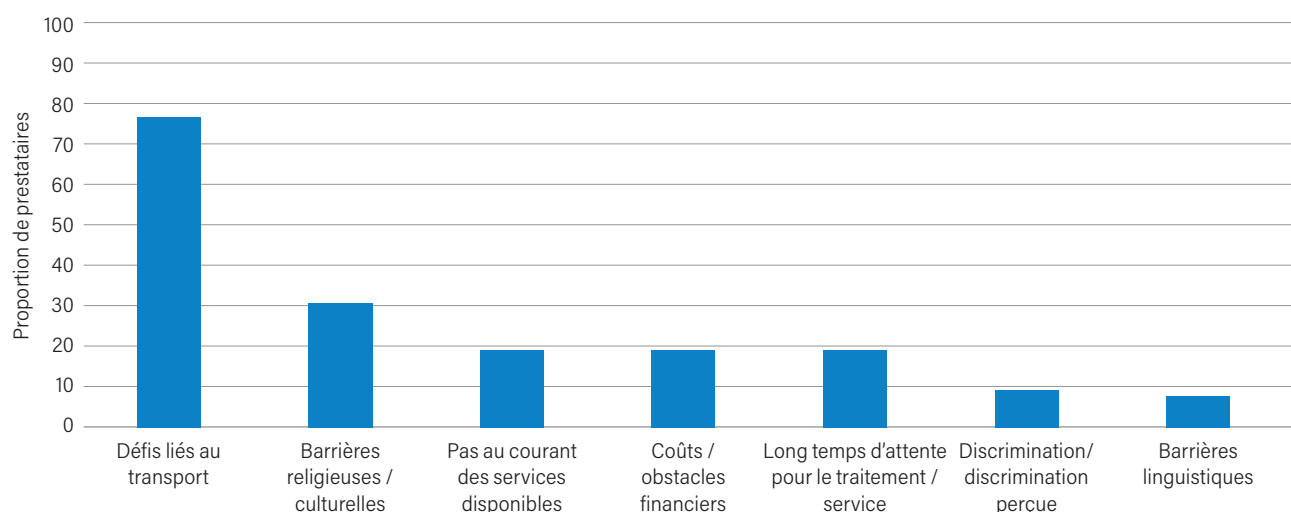


Figure 9. Obstacles aux soins de santé



reproduire les actions de l'UNFPA et de ses principaux partenaires, l'UNFPA étant le partenaire principal dans ce domaine. En 2018, la Guinée a été identifiée comme un pays prioritaire pour l'investissement des fonds de Muskoka gérés par les Nations unies pour la santé des adolescents. Le projet HSD a tenté d'exploiter cette dynamique et a identifié l'ONG Santé Plus pour développer un projet axé sur les jeunes à Conakry. Étant donné la nature intersectorielle de cette initiative entre le ministère de la santé, le ministère de la jeunesse et divers partenaires, les progrès ont été lents en raison de la nature politique du regroupement de plusieurs ministères, et le manque de temps et de fonds a empêché le projet HSD de s'engager davantage. Le projet HSD a recommandé Santé Plus pour cet effort, mais c'est une occasion manquée depuis que la communauté internationale s'est penchée sur l'investissement en Guinée en 2018. Pourtant, 84 % des prestataires interrogés ont déclaré que leur structure s'efforçait d'éliminer les obstacles auxquels se heurtent les jeunes.

Une considération importante dans l'accès aux soins est le rôle des postes de santé. Cependant, il faut noter que les postes de santé ont été exclus du champ d'application de la conception du projet HSD qui s'est penchée sur le niveau des hôpitaux et des centres de santé, à l'exception de certaines formations pour les ACS/RECO dans les postes de santé. Néanmoins, l'équipe d'évaluation a visité certains postes de santé qui étaient présents dans des communautés sélectionnées, après avoir entendu des membres de la communauté dire que les postes de santé étaient mal équipés. Les postes de santé sont situés dans des zones géographiques plus éloignées des centres de santé, et peuvent donc servir à combler le fossé d'accès pour les populations plus éloignées et vulnérables. Pourtant, les données qualitatives et les visites des postes de santé ont révélé que des lacunes ont été identifiées à ce niveau :

*« Pour améliorer la qualité des services de santé communautaires, il serait nécessaire d'équiper le poste de santé, de fournir des médicaments et d'augmenter le nombre de personnel. »
(Hommes, Kindia)*

QUESTION D'EVALUATION 3 – RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ:

Dans quelle mesure le projet HSD a renforcé le système de santé pour fournir un ensemble intégré de services de soins de santé SRMNIA+ dans tout le continuum de soins ?

RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

3.1.1. Le projet HSD a renforcé les capacités de la gouvernance nationale et locale à améliorer le système de santé, notamment la qualité des soins par la formation, l'orientation des gestionnaires, les processus d'amélioration de la qualité (par exemple, SBM-R), un suivi et un soutien étroits. HSD a renforcé l'engagement des responsables du ministère de la santé dans le contrôle des performances et de la qualité des soins dans les structures. Le personnel de HSD a soutenu une plus large participation et un plus grand leadership des équipes de gestion nationales, régionales et préfectorales dans les supervisions mensuelles régulières, l'analyse périodique des données sur les services, la disponibilité d'outils de collecte de données, la formation des professionnels de la santé et les réunions de coordination ont démontré que les mécanismes de supervision étaient appropriés pour soutenir les mesures d'amélioration de la qualité au niveau des structures de santé. À Kindia, les prestataires et les gestionnaires de structure de santé ont également indiqué que le projet avait amélioré la qualité des services et leur environnement de travail dans les structures de santé.

Plus précisément, les prestataires et les responsables de la santé ont indiqué que les contributions du projet HSD comprenaient la dotation en équipements (par exemple, kits d'accouchement, tables d'accouchement et contraceptifs), la rénovation des services de maternité et de pédiatrie, l'amélioration de la qualité des soins (par une formation sur les normes de performance),

l'amélioration des indicateurs des structures de santé, la disponibilité des médicaments, la sensibilisation de la communauté et les conseils en matière de PF en tant que facteurs d'amélioration de la qualité des soins et de leurs conditions de travail.

Les capacités du ministère de la santé ont été renforcées au niveau décentralisé pour la planification, le suivi et la supervision, mais il reste encore beaucoup à faire pour améliorer le leadership au niveau national, de la Direction Préfectorale de la Santé (DPS), de la Direction Régionale de la Santé (DRS), des hôpitaux préfectoraux et des chefs de centres de santé pour l'arbitrage et la coordination. Pour certains partenaires, il y a eu la perception que la planification s'est considérablement améliorée.

« Ils font une planification trimestrielle et annuelle au niveau des hôpitaux préfectoraux avec le soutien de Stop Palu ... pour créer une culture de la planification ; maintenant tous les directeurs à tous les niveaux font la planification stratégique ensemble. » (EIC National)

Des exemples personnels remarquables de leadership ont été signalés:

« Les responsables nationaux [du ministère de la santé] participent à l'amélioration de la qualité des services par la supervision et le suivi, mais aussi par la défense des intérêts qu'ils défendent au niveau international. Ils participent également à l'amélioration de la qualité des services en luttant contre les ruptures de stock de médicaments, en assurant la formation et le suivi post-formation. La SBM-R a créé un partenariat avec les élus locaux à travers les COSAH. » (EIC Prestataire, Kindia)

« Après Ebola, le maire a toujours été impliqué dans les réunions techniques de l'hôpital, qui sont litigieuses, et qui à leur tour sensibilisent la communauté aux nouvelles décisions. » (EIC Prestataire, Kindia)

Le leadership de la structure a largement déterminé le succès des efforts d'amélioration de la qualité. Dans certains endroits, des dirigeants individuels ont créé l'élan et l'engagement et ont été les moteurs

du changement. Un personnel et des responsables dévoués qui ont déployé beaucoup d'efforts ont pu motiver l'ensemble du personnel.

Certaines structures ont toutefois fait preuve de moins de leadership et d'engagement. Les activités du projet HSD se sont penchées sur les priorités du ministère de la santé pour le secteur de la santé. Malgré le renforcement des capacités, le mentorat et les missions de supervision conjointes, le leadership et l'engagement des cadres du ministère de la santé, en particulier aux niveaux national et régional, ont été insuffisants pour soutenir les activités sans l'engagement du projet HSD. Cela était particulièrement vrai à Conakry, où les hôpitaux de référence ont dû faire face à des retards d'aiguillage, au coût élevé des médicaments et à des difficultés de gestion des déchets biomédicaux (par exemple, absence d'incinérateur ou de moyens de transport des déchets vers le lieu d'incinération). (Responsable de la structure, Conakry) Il convient de noter que le grand hôpital de référence Ignace Deen a été ajouté à l'activité du projet HSD post-hoc après que l'hôpital Donka a commencé ses rénovations. Malgré sa position et sa taille, Ignace Deen était mal équipé pour prendre en charge la quasi-totalité des activités de soins tertiaires, ce qui rendait la participation au projet HSD particulièrement difficile.

3.1.2. Une occasion manquée de partenariat: Malgré l'apparente nécessité d'accroître le soutien au niveau infranational pour la fourniture de services de santé de qualité, il n'a guère été fait mention de partenariats potentiels avec les secteurs non gouvernemental et privé en tant que facilitateurs de l'amélioration des systèmes de santé. Bien que l'appel d'offres ait préconisé un tel partenariat, le projet HSD ne s'est pas pleinement engagé, peut-être en partie à cause d'un financement limité. Les ONG ont participé aux activités de sensibilisation communautaire dirigées par le projet HSD, mais n'ont pas été impliquées dans les améliorations de la qualité au niveau des structures de santé, comme la formation des prestataires sur les protocoles mis à jour. EngenderHealth a fait exception en tant que responsable technique des activités de traitement et de réintégration des fistules obstétricales.

L'engagement avec le secteur privé pour mener des activités a été considéré comme trop coûteux malgré la présence importante de prestataires du secteur privé dans la capitale.

3.1.3. Une occasion manquée pour la durabilité:

L'appropriation et le leadership national, régional et préfectoral pour pérenniser les améliorations facilitées par le projet HSD n'étaient pas évidentes. Le projet HSD n'a pas réussi à impliquer suffisamment les partenaires gouvernementaux à tous les niveaux pour soutenir les réalisations des activités du projet. Les interventions clés telles que l'entretien des équipements donnés, la participation à la supervision et la surveillance ont généralement été déléguées au personnel de niveau inférieur, sans mesures de responsabilisation détaillées et suivies. En général, les attentes des partenaires gouvernementaux n'étaient pas suffisamment définies pour garantir le respect des promesses faites en matière de durabilité.

Cependant, de nombreux prestataires et responsables de la santé étaient fortement impliqués dans certaines structures. Les réponses étaient mitigées quant à la durabilité des activités soutenues par le projet HSD au-delà de la durée de vie du projet. Certains estimaient qu'une durabilité suffisante avait été intégrée aux activités du projet grâce aux structures et aux processus mis en place, tels que les systèmes de suivi et de supervision et les réunions régulières de district, tandis que d'autres étaient moins confiants quant à la continuité. Bien que le projet HSD ait mis en place les outils, les listes de contrôle et les protocoles de gestion nécessaires, y compris le système SBM-R, pour soutenir les améliorations de la qualité, les changements au niveau des politiques soutenus par les allocations budgétaires ne sont pas encore en place. En outre, les personnes interrogées craignent que les investissements dans le projet HSD ne soient abandonnés en cas de changement de personnel ou si aucune incitation externe n'est prévue.

De nombreux répondants sont convaincus que la durabilité au niveau des structures et des communautés est assurée par « une collaboration continue entre les acteurs, une sensibilisation de la communauté et une

supervision formative régulière à tous les niveaux, comme le font actuellement les équipes du projet HSD. »

La dynamique créée par le projet HSD résulte d'une supervision étroite de la structure de santé, du suivi et de la surveillance des activités soutenues. Certaines parties prenantes ont admis qu'étant donné l'engagement à long terme de l'USAID dans le secteur de la santé, la durabilité serait simplement assurée par le prochain projet, ce qui priverait le gouvernement de son rôle dans le maintien des acquis.

« L'équipe de contrôle de la qualité des services [de HSD] est toujours à notre porte [donc] que vous le vouliez ou non, vous allez bien travailler. »
(EIC Gestionnaire de structure de santé, Kindia)

« Le projet HSD crée une dynamique et un engagement des partenaires locaux pour soutenir les interventions du projet après la fin de celui-ci par le renforcement de la formation qu'il a donnée et la supervision de ce qui a été mis en place. Le projet HSD a contribué dans de nombreux domaines : il a fourni de nombreux matériels pour la santé maternelle (SONU, FP et PCI), la formation de nombreux professionnels de la santé dans différents services, et la mise en place de normes de performance. » (EIC Gestionnaire de structure de santé, Mamou)

3.1.4. Le manque de leadership est un problème fondamental dans le système de santé.

Les personnes interrogées ont exprimé une faible confiance dans le leadership des échelons supérieurs de l'encadrement au niveau des préfectures, des régions et du pays, en raison d'engagements excessifs limitant leur disponibilité en matière de gestion. Le déploiement et la fidélisation du personnel contribuent également au problème de la faible appropriation des résultats par le système de santé (voir **section 1.1**). Le manque de suivi et de contrôle des normes relatives au personnel, de l'entretien des équipements et des réglementations par les responsables des structures de santé et des préfectures (*s'ils ne sont pas incités par le projet HSD*) détériore encore davantage la confiance. Il y a eu un large consensus sur le fait que la continuité des améliorations soutenues par le projet HSD ne sera

pas possible tant que le ministère de la santé ne sera pas plus large dans ses domaines de responsabilité respectifs (c'est-à-dire la planification, le contrôle de la qualité, etc.) avec une surveillance conséquente. Un responsable a suggéré, pour renforcer le leadership et rassurer les partenaires, qu'il est préférable de «donner au personnel des structures de santé le pouvoir de prendre soin du matériel parce qu'il en est le propriétaire, y compris la gestion des intrants et la collecte et l'analyse des données. »

Le projet HSD a largement compensé le plein effet des lacunes de gestion qui ont créé des retards dus à l'inaction. Lorsque des lacunes sont apparues, le personnel du projet HSD les a simplement comblées ou a facilité (par des incitations) leur réalisation par l'intermédiaire du ministère de la santé et des partenaires gouvernementaux afin de pérenniser les interventions. Certaines personnes interrogées ont le sentiment que les dirigeants du ministère de la santé se penchent sur les politiques et les lignes directrices plutôt que de donner la priorité à la planification, au suivi et à la supervision facilitée des services de santé, ce qui n'est peut-être pas l'utilisation la plus productive de leur temps. Certaines parties prenantes estiment que le fait que le projet HSD comble les lacunes en matière de leadership diminue la probabilité que les responsables gouvernementaux interviennent et jouent leur rôle avec succès. Cela est apparu clairement dans les conversations avec les responsables au niveau national qui ne semblaient pas se sentir responsables de garantir l'utilisation des données pour la prise de décision relative aux ruptures de stock au niveau des préfectures, car cela était considéré comme la responsabilité des responsables locaux, malgré le fait que toutes les demandes de stock soient remplies au niveau national.

Certains des défis auraient pu être relevés grâce à un plus large alignement et à une coordination des donateurs par le Bureau stratégique de développement qui ne se faisait pas au niveau central. Au niveau des régions et des districts, certains DRS essaient de coordonner des apports tels que la formation avec un certain succès. Pourtant, les responsables des structures et les ONG partenaires déclarent qu'ils

n'ont aucun contrôle sur les personnes formées : ils demandent à la DRS et à la DPS de sélectionner les bonnes personnes pour les formations, avec les mêmes personnes sélectionnées pour les formations. Les personnes sélectionnées suivent tellement de formations qu'elles n'ont pas le temps de mettre en œuvre et de renforcer les programmes. Par conséquent, la prolifération des connaissances dans l'ensemble du système de santé ou même au sein d'une structure est souvent penchée sur un petit nombre de personnes, ce qui limite le changement institutionnel. La nécessité d'améliorer la coordination et le calendrier a été soulevée par les partenaires de mise en œuvre des projets de l'USAID lors de réunions de donateurs, mais aucun changement n'est intervenu dans la manière dont les personnes formées sont sélectionnées.

3.2.1. La dotation en équipements et l'amélioration des infrastructures de plusieurs structures par le projet HSD ont contribué à la fourniture et à la qualité de services de santé intégrés, en renforçant la confiance de la communauté et en favorisant l'utilisation des services. La dotation en équipements nécessaires à la réalisation d'interventions conformes aux normes.

Selon les prestataires, « *le projet a fait don d'équipements tels qu'une machine d'anesthésie, un extracteur à vide, des incinérateurs, des autoclaves, des extracteurs d'oxygène, des boîtes de livraison et des médicaments* » (EIC prestataires, Conakry). Les responsables et les prestataires des structures reconnaissent l'assistance du projet HSD en termes « *d'équipements, d'outils de gestion, de petits matériels et de kits divers (accouchement, césarienne)* » (EIC Gestionnaire des structures, Boké).

L'amélioration de la qualité obtenue grâce à la disponibilité accrue d'équipements et de consommables est largement appréciée par le personnel et les membres de la communauté et a été un complément essentiel aux autres efforts d'amélioration de la qualité, y compris la formation aux succès du projet HSD pour rétablir la confiance des communautés dans

les structures. Le personnel des structures et les communautés sont fiers de la qualité accrue qu'ils ont pu fournir, ce qui a permis d'améliorer l'utilisation des services.

« Le projet HSD a amélioré la disponibilité des équipements et des médicaments grâce à des contributions importantes qui facilitent l'accès aux soins, l'accès aux médicaments pour la prise en charge globale des patients souffrant de fistules, un exemple étant la prise en charge des fistules. Ces diverses aides ont contribué à attirer des patientes au centre et à augmenter les revenus. »
(DGD COSAH, Labé)

La satisfaction professionnelle des prestataires a augmenté grâce à l'amélioration de leur environnement de travail au niveau de la structure grâce aux contributions au projet HSD. Selon les questionnaires des structures, le projet HSD a modifié de manière positive l'environnement de travail dans les structures couvertes par ses activités. Tout le soutien a aidé les structures bénéficiaires à augmenter leur capacité d'accueil et la fourniture de services de santé maternelle et infantile de qualité.

« Grâce au projet, nos sages-femmes sont heureuses et travaillent mieux car elles ont la formation et tout l'équipement nécessaires à leurs services. » (EIC Facility Manager, Kindia)

3.2.2. Occasion manquée pour la durabilité: Le ministère de la santé n'a pas mis en place les ressources ou les systèmes nécessaires pour entretenir les équipements ou assurer le maintien de la réhabilitation effectuée par le projet HSD.

Malgré le soutien du DPS pour l'achat d'équipements et de produits essentiels à la dotation de soins intégrés de qualité, il ne semble pas y avoir de volet de maintenance élaboré dans le cadre du projet pour aider les structures à sécuriser et à entretenir les équipements, ni pour tenir les questionnaires des structures et le DPS responsables des contributions reçues. Bien qu'un protocole d'accord ait été signé lors de la livraison de l'équipement confirmant la réception de la structure et la responsabilité de la maintenance, le

SUCCÈS: LA FORMATION AUX SOINS INTÉGRÉS TOUCHE PRATIQUEMENT TOUTES LES STRUCTURES DE SANTÉ

La qualité des soins intégrés dépend de la capacité des prestataires à fournir une variété de services conformes aux normes, ainsi que de l'équipement et de l'infrastructure nécessaires à l'exécution de ces services. Le projet HSD a formé les prestataires sur l'ensemble des soins intégrés essentiels afin de garantir leur capacité à fournir des soins intégrés (voir 1.1). Selon les données de suivi du projet HSD, plus de 96% des structures de santé cibles offrent le paquet complet de services essentiels intégrés SRMNA+ Le projet HSD a également assuré la disponibilité de l'équipement essentiel et a apporté des améliorations mineures pour permettre la prestation de services de qualité.

personnel du DPS et de nombreuses parties prenantes, y compris les fournisseurs, étaient très inquiets du fait que l'équipement fourni était utilisé à des fins personnelles, avait été volé ou était en mauvais état peu après sa réception. Dans le cadre du processus de SBM-R, par exemple, les équipements cassés ou dysfonctionnels coûtent aux structures des points qui limitent leur capacité à obtenir une étoile. Malgré ces préoccupations, a noté que la maintenance des équipements et les améliorations des infrastructures étaient de la responsabilité de la structure ou du ministère de la santé, et que par conséquent la maintenance, la surveillance et le contrôle n'étaient pas inclus dans le projet. Il a été indiqué que le projet HSD a été modifiée afin d'élaborer des stratégies réalisables pour l'entretien des équipements et des structures sur la base des enseignements tirés, bien que cela n'ait pas été évident pour l'équipe d'évaluation ni pour de nombreuses personnes interrogées. *Le défi de la surveillance des équipements a été ressenti par de nombreuses parties prenantes comme étant « dû à*

un manque de motivation de la part des DRS, DPS et gestionnaires de structures individuelles. »

« En réalité, le projet disparaîtra un jour, quelle que soit sa durée, mais si l'équipement n'est pas entretenu, le problème restera toujours au niveau structurel. » (EIC Gestionnaires de structure, Kindia)

Il y avait une perception commune que les contributions essentielles des projets pour maintenir les améliorations de qualité dans la prestation de services (par exemple, l'équipement, la formation et les produits) pourraient être garanties par un soutien continu des projets. Comme mentionné précédemment, la durabilité des intrants a été largement considérée comme relevant de la mission permanente de l'USAID en tant que donateur plutôt que du rôle du ministère de la santé.

« Pour surmonter ces difficultés, il était nécessaire de plaider avec le projet pour continuer à fournir ces apports sur une base permanente. Sans l'aide de ce projet, il serait très difficile de surmonter ces difficultés. » (EIC prestataires, Kankan)

Si la majorité des prestataires estimaient que les apports du projet HSD avaient créé une dynamique suffisante pour que le ministère de la Santé maintienne les améliorations apportées, ce sentiment n'était pas partagé par les COSAH, les gestionnaires des structures, ni par les responsables des ministères de la Santé ou les décideurs.

« Le projet HSD a créé une dynamique et un engagement de la part des partenaires locaux pour soutenir les interventions. Le ministère de la santé et le gouvernement ont généralement soutenu l'amélioration de la qualité des services par de nombreux efforts en fournissant des médicaments et du carburant, en formant des prestataires, des kits d'accouchement, des produits de planification familiale, des équipements (par exemple, matelas, radiographies, oxygénateur, potence à perfusion et tables de consultation), des césariennes gratuites et des traitements contre le paludisme, une supervision, ... la disponibilité des médicaments et du personnel. La formation en matière de plaidoyer, de promotion de la santé et d'organisation de

réunions communautaires peut être maintenue après la fin du programme par le biais du COSAH. » (EIC Prestataires)

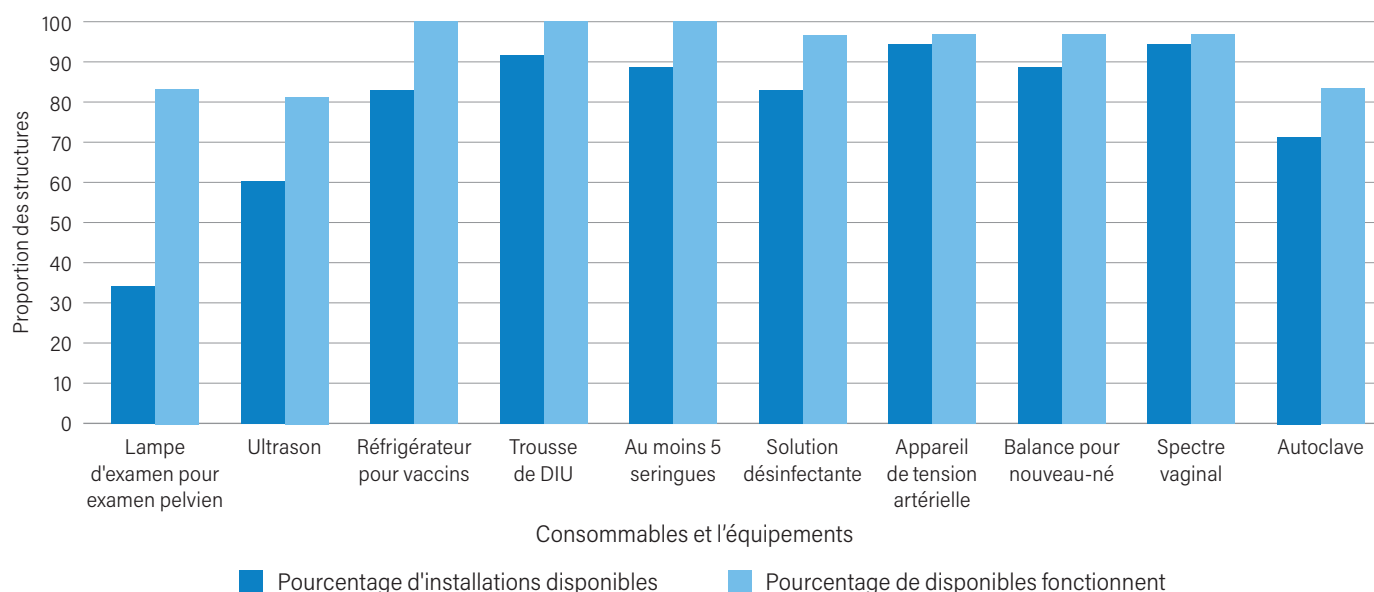
L'optimisme des prestataires quant à la durabilité et au maintien des apports du projet peut être attribuable au soutien qu'ils ont reçu du personnel du projet HSD grâce à leur présence fréquente et à leur mentorat.

« Il convient également de noter l'accompagnement que le projet offre aux agents après la formation, ce qui contribue à une meilleure organisation des services, à la définition de normes de travail et, finalement, à l'amélioration des normes. Ce processus a permis à certaines structures d'obtenir des « étoiles ».... Après avoir obtenu l'étoile d'or, le projet HSD a créé une [bonne] dynamique. » (EIC Gestionnaire de structures, Boké)

La majorité des parties prenantes nationales et des partenaires de mise en œuvre interrogés (ainsi que certains prestataires et gestionnaires d'établissements) ne partageaient pas l'optimisme des prestataires quant à la capacité des structures, de la dynamique et de l'engagement du ministère de la santé à soutenir les améliorations de la qualité dans les structures qui ont bénéficié d'apports de la part du HSD. Ils étaient convaincus qu'il existe un niveau élevé d'impunité et un manque de contrôle et de responsabilité dans les structures et au niveau de la direction du ministère de la santé, ce qui nuit aux efforts visant à soutenir les améliorations dans le secteur de la santé. Les personnes interrogées ont déclaré que les individus peuvent prendre des équipements, des espaces et du matériel public et gérer leur propre clinique privée à partir de la structure publique. En conséquence, certains gestionnaires et prestataires ont commencé à mettre sous clé les équipements pour éviter qu'ils ne soient volés ou mal utilisés, ce qui limite leur disponibilité dans les moments où il n'y a pas d'accès à la clé.

Les équipements essentiels pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, tels qu'une lampe d'examen pelvien, un appareil à ultrasons et un autoclave, n'étaient pas disponibles dans toutes les structures enquêtées. (Figure 11), et lorsqu'elles étaient présentes dans les structures, elles n'étaient pas toutes fonctionnelles. Ces

Figure 10. Disponibilité et fonctionnalité de certaines fournitures et de certains équipements sur les sites visités du projet HSD, Décembre 2019 (n=35)



équipements sont essentiels pour l'assurance qualité de la SBM-R, et leur absence limite les progrès dans la dotation des protocoles de soins obstétriques et néonataux d'urgence.

3.2.3. Les efforts du projet HSD ont contribué à accroître la disponibilité des médicaments et des produits de base dans les structures, mais ont eu du mal à combler les lacunes de la programmation au niveau des districts et des régions qui n'ont pas suffisamment bénéficié d'un soutien spécifique aux projets pour remédier aux ruptures de stock récurrentes et prolongées des produits SRMNIA+ dans certaines structures. Le projet HSD a fait état de difficultés de programmation liées au maintien des stocks de produits SRMNIA+ dans les structures au cours du projet, des ruptures de stock prolongées ayant été constatées dans certaines régions, les centres de santé ayant un défi légèrement plus large que les hôpitaux (voir **tableau 4** et **tableau 5**). Il a été signalé que la difficulté rencontrée est souvent liée à l'interruption prolongée des produits de planification familiale tels que l'implant et le dispositif intra-utérin. Plus d'un tiers des prestataires ont indiqué que les ruptures de stock de produits de planification familiale constituaient un défi pour la fourniture de méthodes modernes. Les centres

de santé de certaines régions ont déclaré que les ruptures de stock représentaient un défi pour plus de la moitié des structures ayant répondu à l'enquête.

Malgré les difficultés rencontrées pour remédier aux ruptures de stock, des améliorations ont été constatées au cours de la quatrième année du projet, lorsque les taux de disponibilité des produits étaient supérieurs à 80% dans quatre des sept régions, selon les données de l'unité de gestion logistique. Le taux moyen de disponibilité des produits pour l'ensemble des articles était de 83% dans les hôpitaux, les centres de santé améliorés et les dépôts régionaux de GPC (**tableau 8**) et de 79% dans les centres de santé (**tableau 9**). ACS/RECO et COSAH ont attribué au projet HSD l'amélioration de la disponibilité des stocks, en particulier pour les produits de planification familiale, car ils se sont engagés plus activement avec les responsables de district et de région à travailler de manière proactive pour résoudre les problèmes de la chaîne d'approvisionnement. Bien que cet engagement sur la chaîne d'approvisionnement ne relève pas de la compétence du projet HSD, le personnel local du projet HSD a travaillé avec les districts pour tenter de résoudre les problèmes en question.

Tableau 9. Taux de disponibilité des produits de santé reproductive, de planning familial et de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance dans les hôpitaux, les ACS et les dépôts régionaux de PCG dans la zone d'activité du projet HSD, par région, Octobre 2018-Septembre 2019 (PY4)

Quarter	Region						
	Labé	Mamou	Faranah	Kankan	Kindia	Boké	Conakry
1	99%	100%	87%	76%	48%	73%	99%
2	100%	100%	97%	77%	65%	71%	100%
3	98%	100%	83%	87%	67%	51%	95%
4	100%	93%	85%	75%	73%	42%	93%
Year 4 Average	99%	98%	88%	79%	63%	59%	97%

Source: eLMIS, visites de contrôle, surveillance par téléphone

Tableau 10. Taux de disponibilité des produits de santé reproductive, de planning familial et de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance dans les centres de santé de la zone d'activité du projet HSD, par région, Octobre 2018-Septembre 2019 (PY 4)

Quartier	Région						
	Labé	Mamou	Faranah	Kankan	Kindia	Boké	Conakry
1	98%	100%	87%	72%	55%	67%	96%
2	99%	94%	90%	79%	63%	43%	98%
3	97%	95%	77%	79%	63%	55%	95%
4	100%	46%	83.2%	62%	67%	47%	95%
Moyenne de l'année 4	98%	84%	84%	73%	62%	53%	96%

Source: eLMIS, visites de contrôle, surveillance par téléphone

« Les ruptures de médicaments étaient courantes dans le passé jusqu'à ce que le projet HSD puisse combler cette lacune. » (EIC ACS/RECO, Kindia).

Des problèmes particuliers liés aux stocks de matières premières ont toutefois été mis en évidence à Boké, Kindia et Kankan.

Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement (c'est-à-dire l'accès aux médicaments et aux produits de base et consommables) a été conçu pour être géré par un autre projet de l'USAID, le Global Health Supply Chain – Procurement and Supply Management (GHSC-PSM), dirigé par Chemonics. Le projet GHSC-PSM opère au niveau central avec un soutien jusqu'au niveau des districts mais ne peut pas résoudre les problèmes au

niveau des structures découlant des capacités et de la volonté des ressources humaines. Le projet HSD a travaillé pour soutenir et aider à effectuer le suivi des stocks pendant les visites de suivi et de supervision post-formation dans les structures de soins et a coordonné avec le projet GHSC-PSM et la direction de la DRS pour échanger des données sur les stocks de produits et les inventaires.

Le projet HSD a plaidé et coordonné avec le niveau central et régional et le GHSC-PSM pour améliorer la disponibilité des produits dans les structures, notamment en employant des équipes régionales pour partager les résultats de leur inventaire mensuel de produits avec les responsables des établissements de

santé et les pharmaciens de la DPS. Lors des réunions hebdomadaires de la DRS, les points focaux du projet HSD les ont encouragés à : passer les commandes de produits à temps ; mettre en relation le personnel des structures de santé avec le GHSC-PSM pour accélérer le processus de réapprovisionnement et corriger les ruptures de stock de produits SRMNIA+ et les surstocks constatés lors des visites sur le terrain ; et relayer les problèmes de rupture de stock dans les différentes régions à l'unité de gestion de la logistique du ministère de la santé pour qu'elle les résolve et plaide en faveur du réapprovisionnement des structures sur la base de la consommation moyenne mensuelle calculée par le GHSC-PSM.

3.2.4. Opportunité manquée: Le projet HSD s'est engagé dans des mesures de palliatif au niveau des structures pour résoudre les ruptures de stock en attendant la mise en œuvre des activités du projet HSD, telles que l'amélioration de la qualité de la SBM-R dans le planning familial. Ils ont également participé à un dialogue au niveau national sur la gestion et l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement. Toutefois, le projet HSD n'a pas été conçu pour intervenir dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement de manière significative et systémique, car cela relevait de la compétence du GHSC-PSM. En conséquence, les retards et les ruptures de stock de la chaîne d'approvisionnement ont persisté au niveau des structures à un degré plus ou moins large selon la structure, la DPS et la gestion des stocks de médicaments et de produits de base par la DRS. La DPS a été conçue pour traiter de l'amélioration de la qualité au niveau des structures, tandis que la GHSC-PSM a été conçue pour résoudre les problèmes de stocks au niveau national. Bien qu'elles puissent idéalement être synergiques, une lacune est apparue au niveau des préfectures et des régions, que les deux projets n'ont pas été en mesure de résoudre entièrement car ils n'étaient pas planifiés ou budgétisés dans leur conception. Il était prévu que le ministère de la santé résoudrait les problèmes de la chaîne d'approvisionnement, en particulier au niveau des structures, et que le GHSC-PSM soutiendrait son approche stratégique globale et sa planification pour une meilleure gestion de la

chaîne d'approvisionnement. Toutefois, le manque de ressources au sein du ministère de la santé a obligé les projets à acheter des médicaments et des produits de base essentiels lorsque cela était possible pour combler les lacunes des structures. Dans ce contexte, le projet HSD s'est trouvé contraint de combler les lacunes au niveau des structures, qui étaient de la compétence financière du gouvernement.

QUALITÉ ET UTILISATION DES DONNÉES

3.3.1. Le projet HSD a travaillé à l'amélioration de la collecte, de la qualité et de la communication des données au niveau des structures de santé, des préfectures et des régions afin de favoriser l'utilisation des données dans la prise de décision.

Toutefois, la complexité du déploiement national du système de gestion des informations sanitaires DHIS2 a entraîné des problèmes de qualité et d'utilisation des données, ce qui a donné lieu à des rapports parallèles. L'amélioration des pratiques de collecte de données dans les structures est basée sur la validation des données trimestrielles. Au niveau des districts sanitaires, les données sont collectées, compilées et analysées mensuellement en présence de tous les gestionnaires des structures pour en vérifier la cohérence. Les résultats de chaque centre de santé sont préparés par le responsable des statistiques et analysés lors des réunions afin de corriger immédiatement les problèmes. Ces réunions étaient initialement organisées avec le soutien de Stop Palu+ pour examiner les données sur le paludisme, mais elles se sont rapidement étendues pour examiner toutes les données des structures. Actuellement, le projet HSD travaille avec Stop Palu+ pour faciliter les réunions mensuelles.

Les indicateurs de l'enquête DHIS2 se sont améliorés au cours des dernières années, ce qui suggère que l'examen des données lors des réunions mensuelles et les processus d'amélioration de la qualité penchés, soutenus par le projet HSD et d'autres, ont contribué de manière mesurable.

« Grâce à la formation sur les outils de déclaration, la collecte, la saisie et l'analyse collective des données, les structures et les autorités disposent de

SUCCÈS: AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES GRÂCE À LA FORMATION, À LA SAISIE NUMÉRIQUE ET À L'ANALYSE

Des améliorations significatives de la qualité des données ont été obtenues grâce à la formation du personnel, à la dotation en matériel de collecte dans les différentes unités, à l'informatisation de la saisie et de la gestion des données, et aux séances d'analyse des données auxquelles a participé l'ensemble du personnel. (EIC National, EIC Prestataires, EIC gestionnaires de structures). L'appréciation et l'utilisation des données sur les services lors des réunions mensuelles ont permis d'améliorer la prestation des services et les performances des structures. (Revue de documents ; EIC Prestataires, EIC gestionnaires d'établissements, EIC COSAH) L'engagement des gestionnaires des structures, du DRS et du DPS ainsi que des partenaires du projet HSD et d'autres parties prenantes autour des données a permis de catalyser davantage le changement.

Au niveau des hôpitaux de préfectures, le projet a « développé leur capacité à analyser, interpréter et diffuser les données sur les services, mais aussi à prendre des décisions basées sur des faits. » (EIC Prestataires, Boké)

tableaux de bord pour collecter les données sur les maladies sous surveillance.... Les performances de chaque structure sont visibles chaque mois afin de prendre des mesures pour améliorer la qualité des soins. » (EIC Prestataires, Boké)

La **figure 11** montre de solides performances en matière de qualité des données dans la plupart des domaines de gestion des données sur lesquels les sites supervisés par le projet HSD ont été évalués parmi les 127 structures supervisées par les conseillers régionaux de S&E du projet HSD. Le suivi des recommandations, en revanche, doit être dirigé par le ministère de la santé et peut donc

être moins réactif aux activités soutenues par le projet HSD.

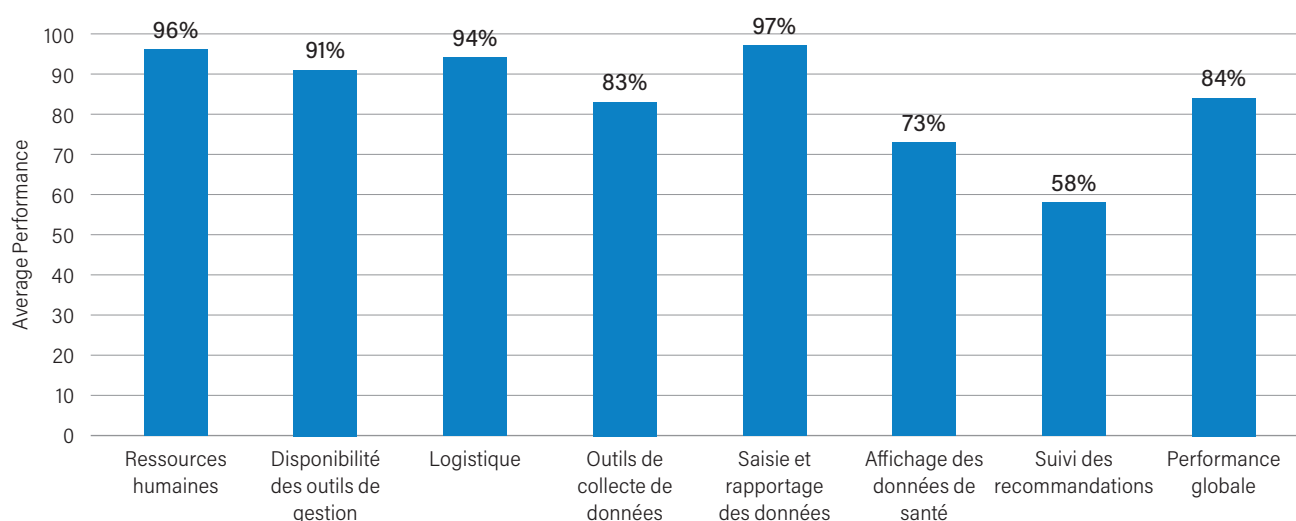
« Le projet HSD a contribué à l'amélioration des pratiques de collecte de données sur les structures grâce à la mise en œuvre du logiciel DHIS2. Les données collectées ont été analysées pour identifier les principaux problèmes de santé et de prestation de services au niveau des structures, des rapports sont fournis et suivis, et les cas de décès sont vérifiés et analysés. Grâce à ce projet, nous comprenons le taux élevé de décès maternels dans le district et cela nous a permis de faire un bon suivi des femmes enceintes. Les changements dans la collecte et l'analyse des données ont influencé la manière dont les services sont fournis. » (EIC Gestionnaire de structure, Kankan)

« L'analyse des données et les recommandations formulées ont conduit à un engagement qui a permis à la structure d'augmenter ses performances dans l'utilisation du partogramme de 19% à 77% puis à 94% grâce au projet HSD. » (EIC Gestionnaire de structure, Labé)

Les membres de l'ACS/RECO et du COSAH ont également reconnu les améliorations apportées à la collecte et à l'utilisation des données pour la prise de décision en vue d'améliorer les services. Dans certaines structures soutenues par le projet HSD, les rapports et les tableaux de bord des données ont été partagés avec la communauté lors de réunions avec les chefs et les acteurs communautaires, les centres de santé, les DPS, les DRS et le ministère de la Santé, bien que cela n'ait pas été le cas de manière uniforme et que des ruptures dans le flux de données aient eu lieu.

« Le projet HSD a permis d'améliorer la qualité des données sur les services de santé et leur utilisation pour une meilleure prise de décision grâce au financement des comités techniques préfectoraux, et à des rapports de retour d'information impliquant les RECO et les ACS directement en contact avec les communautés. Au cours de ce comité technique, les données des postes de santé de la DPS sont passées en revue afin de trouver des recommandations pour améliorer la qualité des

Figure 11. Performance moyenne des domaines de qualité des données, PY4



données.... L'implication des RECO [nous aide] à obtenir de bons résultats » (DGD COSAH, Labé)

À Conakry, les personnes interrogées ont indiqué que le projet HSD avait contribué à sensibiliser la communauté en incluant des représentants des médias dans leurs formations et dans les réunions d'examen des données de suivi des structures. Ces sessions ont été complétées par l'examen semestriel effectué par un comité technique au sein du ministère de la santé qui valide les registres et les documents afin d'améliorer la collecte et la communication des données.

« Avant, il n'y avait rien de tel. Les données n'étaient pas disponibles. Mais grâce à ce projet, dès que vous avez besoin des données du service de planning familial, vous pouvez les obtenir. Les données collectées sont analysées chaque mois avec le personnel de santé pour identifier les problèmes [de qualité des services dans les structures] qui existent. » (Gestionnaire de structure, Conakry).

Cependant, certains n'étaient pas d'accord, affirmant qu'il y a un manque de retour d'information de la part des niveaux supérieurs responsables de l'analyse des données collectées:

« Nous n'analysons pas les données [nous-mêmes]. Le niveau central fait l'analyse et nous n'avons pas

de retour d'information. » (EIC Gestionnaire de structure, Boké).

Malgré l'amélioration de la collecte des données dans de nombreuses structures de santé et leur transfert en amont pour analyse, il s'est avéré difficile dans certains cas de transmettre les résultats aux structures en temps réel depuis le niveau central pour qu'ils soient examinés lors des réunions mensuelles de district. Les données du DHIS2 ne sont pas actuellement disponibles en temps réel pour la prise de décision.

Il faut absolument renforcer les capacités des fournisseurs et des analystes pour permettre l'utilisation des données en temps réel pour la prise de décision. Le DHIS2 améliore la collecte des données, mais les problèmes de qualité des données et d'accès aux plateformes d'analyse au niveau des structures de santé et des préfectures subsistent, malgré un déploiement national. D'autres défis permanents sont la formation et le manque d'outils de collecte de données au niveau des structures de santé et des districts. USAID MEASURE Evaluation a introduit le DHIS2, mais les personnes interrogées ont déclaré qu'au moins deux années supplémentaires de soutien, y compris de financement, sont nécessaires pour le rendre opérationnel dans tout le pays.

Il y a eu un accord général sur le fait que le HSD devrait continuer à investir dans le système d'information

sanitaire DHIS2. Plus précisément, il faut davantage de formation sur la collecte et l'utilisation des données pour la prise de décision (*afin d'identifier les domaines à améliorer*) et les outils de compte rendu à tous les niveaux (*par exemple, communauté, postes de santé, centres de santé, hôpitaux*) pour rendre le système opérationnel. Pourtant, des doubles emplois dans la formation sur le DHIS2 ont été constatés et doivent être évités. (*Par exemple, le GIZ dispense une formation sur le DHIS2 à l'université*). Il n'est pas clair que le ministère de la santé ait l'engagement et les ressources nécessaires pour étendre pleinement l'utilisation du DHIS2 à l'échelle nationale, de sa propre initiative et sous sa propre direction. Les parties prenantes nationales ont des points de vue variés sur l'état de la mise en œuvre du DHIS2, allant de la perception qu'il est terminé à l'identification du besoin d'un soutien accru des donateurs pour la formation et les outils, indiquant qu'un investissement plus important sera demandé à un futur projet pour poursuivre les activités de mise en œuvre.

FORMATION CONTINUE

3.4.1. Le développement des capacités, des programmes et des outils (Skills Labs) dans certaines écoles publiques et privées de soins infirmiers et de sages-femmes a été une composante importante et très réussie du projet. La mise à niveau du matériel pédagogique et des capacités des écoles pour former aux normes les plus récentes aura des effets à long terme au-delà de la durée de vie du projet. Les directions du ministère de la santé responsables des écoles sont engagées et actives dans la recherche de moyens pour faciliter l'utilisation maximale des laboratoires de compétences, par exemple dans les écoles non bénéficiaires.

Les personnes interrogées ont déclaré que la formation initiale leur a permis « *d'apprendre le métier et de gérer les responsabilités liées à leur travail... Avant, je ne savais pas quand initier le partogramme lorsqu'une femme est en travail, mais maintenant je maîtrise le partogramme et je me sens fière.* »

La durabilité des activités en cours de service soutenues par le projet HSD sera assurée par le pool de formateurs et les cours de formation continue qu'ils dispensent

en permanence pour mettre à jour les normes et les compétences des prestataires (médecins et sages-femmes).

3.4.2. Les écoles publiques et privées de médecine, de sages-femmes et d'infirmières sont placées sous la direction de ministères distincts.

L'enseignement médical privé est coordonné par le ministère de l'enseignement technique, de la formation professionnelle, de la fonction publique et du travail. Les écoles publiques d'infirmières et de sages-femmes sont coordonnées par la faculté de médecine du ministère de l'éducation. Malgré leurs structures hiérarchiques différentes, elles collaborent bien ensemble pour dispenser la formation initiale et continue en Guinée. Les activités soutenues par le projet HSD ont été très appréciées par les deux ministères, comme en témoignent leur motivation et leur engagement à étendre et à maintenir les activités de formation entamées dans le cadre du projet HSD. Ils ont toutefois noté que le soutien du ministère de la santé est nécessaire, en particulier de la part du DPS et du DRS, pour s'approprier et maintenir l'investissement après la fin du projet. Le maintien des normes de service par la formation continue, y compris les sessions de laboratoire de compétences, nécessitera une rémunération spécifique pour les formateurs. L'entretien du matériel fourni par l'investissement initial peut être effectué par les écoles elles-mêmes avec le soutien du ministère de la santé, il est donc essentiel de s'assurer que le matériel de formation est disponible pour tous les étudiants.

Les personnes interrogées ont convenu qu'il est nécessaire d'étendre la création de laboratoires de compétences dans les écoles d'infirmières et de sages-femmes à toutes les régions administratives au-delà des quatre régions soutenues par le HSD grâce au soutien du ministère de la santé. L'extension du laboratoire de compétences devrait être une priorité pour le ministère de la santé afin de démontrer son engagement à maintenir la formation initiale et continue bien accueillie qui est actuellement dispensée dans les quatre écoles soutenues par le projet HSD. D'autres questions ont été signalées par les répondants comme des domaines importants à développer dans les programmes

d'études, en rapport avec la formation à la gestion et au leadership et un ensemble de formations sur la santé des adolescents et des jeunes.

DURABILITÉ DE L'APRÈS-INVESTISSEMENT : LA RESPONSABILITÉ DU GOUVERNEMENT

3.5.1. Les personnes interrogées au niveau des structures de santé et des communautés considèrent que la durabilité post-investissement relève de la responsabilité du gouvernement à tous les niveaux. Plus précisément, la durabilité dépend de la qualité de la planification et de la supervision par le DRS, le DPS et les gestionnaires des structures de santé, ainsi que d'un financement dédié, soit par le gouvernement, soit par un projet. Certains pensent que le ministère de la santé peut maintenir les progrès réalisés. Cependant, il devra allouer les ressources financières nécessaires pour maintenir le niveau actuel de supervision, de contrôle et de soutien des efforts d'amélioration de la qualité, y compris la formation continue, ce que beaucoup considèrent comme peu probable.

*« Après le projet, le soutien qui sera nécessaire pour sa durabilité est le suivi régulier par le ministère de la santé et le soutien financier. »
(EIC Prestataire, Kankan)*

Comme indiqué au point 3.2.1, certains prestataires estiment que les interventions du projet HSD visant à améliorer la qualité des soins peuvent être maintenues après la fin du projet parce que les professionnels de la santé ont été formés et équipés et devraient être en mesure de maintenir leurs performances. Les processus d'amélioration de la qualité tels que la SBM-R ont démontré ce qui peut être réalisé en termes de qualité des services de santé au personnel des centres de santé, aux gestionnaires, à la direction du ministère de la santé et à la communauté.

« Si la structure fonctionne, le reste suivra. Tout le personnel doit être responsable de la durabilité des réalisations du projet, mais surtout le responsable du centre. En suivant les lignes directrices ; les méthodes de travail inculquées par le projet sont devenues une habitude maintenant qui permettra de maintenir l'amélioration de la qualité des soins

après la fin du projet. » (Gestionnaire de structure de santé, Labé)

La durabilité exige un leadership à tous les niveaux qui n'est pas encore en place. La DPS et la DRS sont impliquées mais ne sont pas prêtes à prendre le relais. La DPS joue un rôle de leader en facilitant les activités d'amélioration de la qualité dans toutes les composantes du projet. Les représentants et les gestionnaires du gouvernement, du niveau national au niveau régional et préfectoral, accompagnent le processus, participant souvent à la formation et à la supervision, mais ne sont pas encore propriétaires ou responsables des processus et des activités. Il a été suggéré que dans la planification d'une prochaine phase, une nouvelle approche du transfert de responsabilité du projet est nécessaire, basée sur des mesures et des indicateurs de performance, comme celle qui est soutenue par la Banque mondiale par le biais de programmes de financement basés sur la performance. Les répondants ont déclaré que des investissements supplémentaires sont nécessaires pour l'eau, l'électricité et l'hébergement des fournisseurs, qui pourraient être inclus dans un plan de financement basé sur la performance comme cela a été fait au Rwanda, en Ouganda et ailleurs.

Les personnes interrogées ont clairement indiqué que si chacun a un rôle à jouer dans le maintien des améliorations de la qualité, en fin de compte
« la durabilité dépend de la prise de contrôle du navire par le gouvernement en supervisant les réalisations du projet. » (EIC Prestataires, Kankan)
Ils ont déclaré que le ministère de la santé doit
« mettre à disposition tous les matériaux nécessaires pour fournir des soins de qualité dans les délais, et ne pas attendre qu'un projet leur vienne en aide. » (EIC Prestataire, Labé)

*« L'implication de tous les prestataires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, même sans rémunération [est nécessaire], le Ministère de la Santé, la DPS, la DRS, les chefs de départements – tout le monde doit pouvoir s'impliquer pour la pérennité, car on nous a tout donné, c'est à nous de nous engager à poursuivre le travail. »
(EIC Gestionnaire de structure)*

Un autre a rappelé que le ministère de la santé et le personnel de santé restent après la fin du projet, ce qui implique qu'ils doivent prendre en charge leurs propres systèmes.

« Le projet peut partir, mais le ministère de la santé et les professionnels de la santé ne pourront pas partir. » (DGD ACS/RECO, Kindia)

« Le poisson pourrit par la tête. » (EIC Gestionnaire de structure de santé, Boké)

DURABILITÉ DES SOUS-COMPOSANTES

3.5.2. De nombreuses sous-composantes du projet HSD ne sont pas bien positionnées pour être soutenues sans soutien extérieur

Performance clinique et SBM-R : Les normes de performance et le programme d'amélioration de la qualité de la SBM-R sont mieux placés pour continuer si un suivi et une supervision adéquats sont disponibles et dirigés par les prestataires et les gestionnaires des structures eux-mêmes et supervisés au niveau des DRS et des DPS (*avec le soutien financier nécessaire pour les visites de supervision et les évaluations de validation*). Les gestionnaires des structures ont rappelé les améliorations de la qualité apportées par les structures de santé (dans le contexte du processus de SBM-R) avec l'aide du projet qui peut être mis à profit pour maintenir l'élan.

« Après la formation et l'évaluation initiales, nous avons obtenu une note de 30 % : c'est le domaine de la prévention et du contrôle des infections qui a connu des problèmes. Avec l'aide du projet HSD, nous avons mis en place de nouvelles mesures pour améliorer la qualité à tous les niveaux, y compris la qualité des données... Le projet HSD nous a aidés à planifier les activités et à les superviser à chaque fois. Pour maintenir les investissements après la fin du projet, chaque niveau de décision doit jouer son rôle (par exemple le ministère pour la maintenance du système, le DRS pour la supervision, et les prestataires pour le respect des règles du métier dans leur travail). » (Gestionnaire de structure de santé, Kindia)

La durabilité de la SBM-R ne peut être assurée que si le ministère de la santé s'approprie entièrement le programme, ce qui n'a pas encore été observé. La GIZ soutient certaines améliorations de la qualité, mais le ministère de la santé lui-même ne dispose pas d'un comité technique pleinement opérationnel pour maintenir le programme de SBM-R. (La validation de la SBM-R dans les structures n'a pas encore été cohérente en raison de problèmes de programmation des membres du Comité technique de la SBM-R pour qu'ils se réunissent pour effectuer la visite de la structure. Des informations plus détaillées sur le programme de la SBM-R et sa durabilité sont discutées dans l'Étude de Cas de la SBM-R.

« La durabilité des normes de performance et l'amélioration de la qualité grâce à la GAE-R nécessitent une supervision, ... un soutien, ainsi qu'une formation continue et des dons de matériel pour maintenir le statut de qualité des centres de santé. La durabilité pourrait être facilitée par l'intégration du processus de la SBM-R dans la politique du système de santé guinéen. » (EIC Gestionnaire de structure de santé, Mamou)

Fistule obstétricale: Les sous-composantes du projet telles que la réparation et la réintégration des fistules obstétricales sont particulièrement vulnérables car elles dépendent du soutien du ministère de la santé et d'un partenaire extérieur. Au niveau communautaire, la sensibilisation et l'orientation doivent être maintenues si l'on veut que les femmes aient accès aux soins et au traitement. Bien que le projet ait mis en place un pool de formateurs compétents qui peut être maintenu, sans aide extérieure, les personnes interrogées ont convenu que le programme ne peut pas continuer comme il l'est actuellement. Les budgets de santé actuels n'incluent pas de postes pour les dépenses de réparation des fistules.

« Si le projet HSD s'arrête immédiatement et que le ministère de la santé accepte d'en couvrir les coûts, nous pourrions continuer à fonctionner. Mais sinon – même si nous avons maîtrisé la technique de réparation des fistules - nous n'avons pas les moyens de fournir des kits aux patientes, de les

loger et de les nourrir, de payer leur transport aller-retour à l'hôpital et de sensibiliser les stations de radio. » (EIC Prestataire, Faranah)

Intégration de la violence basée sur le genre:
L'investissement dans l'intégration de la violence fondée sur le sexe dans l'ensemble des services de santé a été minime, la durabilité de l'intervention contre la violence fondée sur le sexe étant considérée comme relevant de la responsabilité du gouvernement. Le partenariat avec le ministère des affaires sociales et une ONG locale nécessite un financement supplémentaire de la part du gouvernement ou des sources du projet pour être durable. Une planification stratégique et un partenariat sont nécessaires pour s'assurer que des points focaux sont en place et que les systèmes sont fonctionnels pour soutenir une réponse multisectorielle adéquate afin de maintenir la durabilité des investissements dans la lutte contre la violence basée sur le genre (voir 5.2).

Engagement communautaire : Comme indiqué précédemment (voir la section 2.4 sur l'engagement communautaire et les sections 3.1.-3.1.3 et 3.2.1 ci-dessus), les membres de la communauté ne sont pas encore suffisamment engagés dans le processus d'amélioration de la qualité de leurs structures sanitaires locales pour soutenir la durabilité. Les actions de sensibilisation menées par ACS/RECO et les ONG locales ont permis d'accroître l'utilisation des services, en particulier après le virus Ebola (voir 2.4), mais elles ne sont pas mobilisées pour revendiquer leur droit à des services de santé de qualité. Les COSAH représentent les communautés au sein des équipes d'évaluation de la SBM-R, mais la participation plus large au processus d'amélioration de la qualité reste limitée. Certaines communautés s'engagent avec leurs structures pour soutenir l'amélioration de la qualité par le biais du processus de SBM-R, mais ce sont des exceptions notables. Les répondants ont noté que lorsque la communauté est engagée et confiante dans la qualité du service, elle continuera à venir dans les

structures de santé. Pour changer les perceptions et la confiance de la communauté dans le système de santé, le gouvernement devra continuer à soutenir le processus d'amélioration de la qualité (par exemple, la SBM-R) et la sensibilisation par des investissements supplémentaires — efforts également soutenus par les activités de l'USAID telles que Stop Palu+ et le CIHG. Les prestataires et les membres des COSAH ont souligné le rôle que la communauté et les COSAH, en tant que leurs représentants, peuvent jouer pour soutenir les réalisations du projet.

« Si les personnes qui ont été formées prennent le projet à bras ouverts et continuent à sensibiliser les communautés, le projet peut être durable. » (EIC Prestataire, Faranah)

« Les interventions du projet HSD peuvent être maintenues à condition qu'il y ait un suivi régulier et que les prestataires de santé et les RECO continuent à mener les mêmes actions de projet. » (DGD COSAH, Kindia)

Le soutien aux écoles régionales publiques et privées de soins infirmiers et de sages-femmes (et dans une moindre mesure à la faculté de médecine en raison des grèves en cours et d'autres difficultés) a été considéré comme un bon investissement qui peut être soutenu par les écoles elles-mêmes. Les nouveaux programmes d'études et les enseignants formés, ainsi que les laboratoires de compétences, facilitent l'institutionnalisation des nouvelles approches dans le cadre de la formation initiale. De même, les améliorations des programmes de formation en cours de service sont décentralisées, avec un pool de formateurs au niveau régional. Les personnes interrogées estiment que si le ministère de la santé et les écoles apportent un leadership et un soutien suffisants, les investissements dans le renforcement des capacités et la formation pourront être maintenus.

Figure 12. Nombre de réparations de fistules soutenues par le projet HSD par année

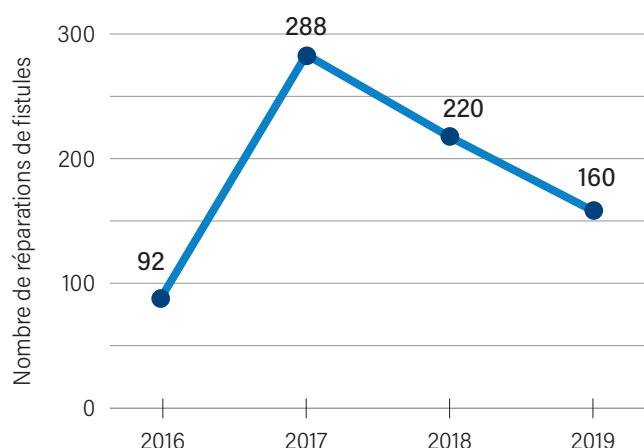
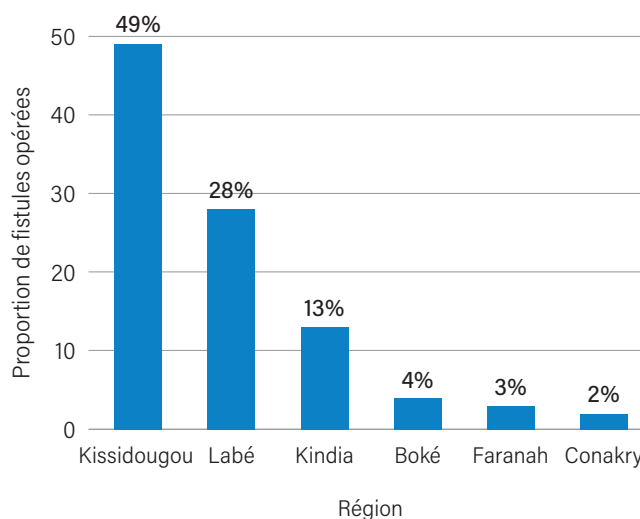


Figure 13. Nombre de réparations de fistules soutenues par le projet HSD par année



QUESTION D'EVALUATION 4 – PRISE EN CHARGE DES FISTULES:

Dans quelle mesure les capacités techniques et managériales locales ont-elles été suffisamment renforcées pour soutenir la prévention et le traitement des fistules en Guinée ?

4.1. Les activités du projet HSD ont contribué à renforcer la capacité et la couverture de la chirurgie de la fistule en Guinée par la formation des prestataires et le soutien de la réparation chirurgicale dans les hôpitaux de réparation existants et nouveaux. La fistule obstétricale est une blessure traumatique et débilitante à la naissance qui touche les femmes les plus pauvres et qui nécessite une chirurgie spécialisée comme traitement. Les activités liées à la fistule HSD ont intégré la prévention, le traitement et la programmation de la réinsertion sociale, avec EngenderHealth comme responsable technique. Les activités liées au DHS sont alignées sur la stratégie nationale de lutte contre la fistule qui encourage l'extension de la couverture des services chirurgicaux aux hôpitaux régionaux grâce à la décentralisation des soins. Les activités de développement humain se

sont penchées sur les trois hôpitaux où des services de réparation des fistules avaient été mis en place dans le cadre de FistulaCare et FistulaCarePlus, des projets antérieurs de l'USAID (Conakry,* Labé et Kissidougou). En outre, le projet HSD a soutenu l'intégration de services de réparation des fistules dans trois hôpitaux régionaux où de tels services n'étaient pas fournis auparavant (Kindia, Boké et Faranah).[†] Les contributions du projet HSD comprenaient le soutien de 760 réparations de l'exercice 2016 à l'exercice 2019 (Figure 12), représentant 70 % de l'objectif, et formant au total 232 personnes à la chirurgie de la fistule, aux soins pré et postopératoires, au dépistage et à l'orientation (dont 17 chirurgiens de la fistule, 106 infirmières/sages-femmes ; 9 médecins anesthésistes et 17 infirmières anesthésistes).

Les activités de dépistage des fistules au niveau communautaire ont permis d'améliorer l'accès des femmes aux services chirurgicaux par le biais de la référence.

* Le soutien du HSD à l'hôpital Jean-Paul II de Conakry n'a permis que dix réparations en raison de difficultés opérationnelles.

[†] Deux régions non couvertes par le projet HSD (Mamou et Kankan) ont bénéficié d'engagements du FNUAP pour soutenir les réparations de fistules au niveau des hôpitaux régionaux.

Cependant, les activités du projet HSD ont été limitées dans leur réalisation de services de réparation de fistules totalement intégrés. Un hôpital bien intégré devrait disposer de chirurgiens et de personnel clinique qualifiés ainsi que d'un équipement qui permettrait d'effectuer des réparations de fistules en tant que service de routine. Si le projet HSD a soutenu les services de réparation dans les hôpitaux de réparation nouvellement créés, on pourrait faire valoir qu'un nombre insuffisant d'opérations de réparation de fistules ont été soutenues dans ces structures afin de fournir une formation suffisante aux nouveaux prestataires locaux de services de chirurgie de la fistule. La stratégie du projet consistait à faire venir des chirurgiens experts de Conakry pour effectuer des réparations dans les nouveaux sites tout en formant les chirurgiens locaux pendant ces séances de réparation. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une formation pratique avec 300 réparations de fistules est nécessaire pour qu'un chirurgien puisse acquérir un ensemble complet de compétences en matière de chirurgie des fistules.³⁸ Cependant, les trois nouveaux sites n'ont réalisé ensemble que 109 réparations pendant la durée du projet, ce qui a empêché les chirurgiens de réaliser un nombre suffisant de réparations pour obtenir une certification en matière de réparation de fistules. Si des chirurgiens non qualifiés procèdent à des opérations de fistules, les taux de fermeture réussie diminueront et le nombre de cas complexes augmentera. Les hôpitaux de Kissidougou et de Labé ont réalisé plus de réparations que les hôpitaux nouvellement intégrés parce qu'ils disposaient déjà de chirurgiens locaux certifiés pour la réparation des fistules. En outre, l'hôpital Jean Paul II n'était pas disposé à honorer les éléments du partenariat qui ont affecté l'obtention de résultats au cours de l'exercice 2017. L'appropriation par le gouvernement fait défaut et le financement en dehors de l'USAID est très limité, l'UNFPA fournissant des kits chirurgicaux pour environ 100 réparations par an et la Fondation pour la fistule soutenant jusqu'à 50 réparations par an. Dans un tel contexte, la durabilité de la dotation des services de réparation de la fistule est une préoccupation majeure, car le financement futur alternatif des services de chirurgie et de réintégration est incertain.

« Il existe des chirurgiens qualifiés pour la gestion des fistules qui peuvent continuer [le travail] après la fin du projet HSD, à condition qu'il y ait un tiers payeur puisque la gestion est coûteuse, pas moins de 300 à 600 dollars US par réparation. »
(EIC Prestataire)

4.2. Le projet HSD a soutenu efficacement les activités de prévention au niveau des communautés et des structures pour prévenir l'apparition de fistules en Guinée.

L'objectif ultime est de prévenir la fistule en améliorant la qualité des soins à l'accouchement et en veillant à ce que toutes les femmes reçoivent une éducation sur les signes de danger maternels, aient accès à des soins d'accouchement qualifiés et que les femmes qui développent des complications reçoivent des soins obstétricaux d'urgence de haute qualité et en temps utile. (EIC National) Le projet HSD a collaboré avec le ministère de la santé, le ministère des affaires sociales et l'UNFPA pour concevoir, mettre en œuvre, contrôler et évaluer les programmes de communication sanitaire concernant la fistule, y compris la diffusion de messages sanitaires par le biais de plusieurs canaux de communication. Il s'agissait notamment de messages radio, de messages communautaires par le biais de visites de porte-à-porte avec des professionnels de la santé et des relais communautaires. En outre, les activités du projet HSD ont renforcé les conseils et la dotation en matière de planification familiale au niveau de la communauté et des structures, l'utilisation accrue du partogramme, et l'amélioration de la qualité et de la couverture des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, y compris la césarienne.

Cependant, il existe des défis à relever pour optimiser la prévention du développement de la fistule obstétricale, notamment divers retards qui empêchent les femmes d'avoir accès à une césarienne en temps utile. Les activités communautaires sont affaiblies par les changements en cours dans la couverture financière des professionnels de santé communautaires. En outre, les barrières et pratiques culturelles telles que les mariages et les grossesses précoces, le statut inférieur des femmes et les obstacles logistiques restent un

défi pour l'accès et l'utilisation de services de santé de qualité, même en cas de travail prolongé avec obstruction.

« Nous n'avons pas d'ambulance. Nos femmes qui sont référées souffrent beaucoup, surtout si c'est tard dans la nuit. » (EIC ACS/RECO)

4.3. Les activités de réintégration fournies dans le cadre de l'activité HSD ont été largement efficaces pour aider les femmes à réintégrer leur communauté. Les activités de réintégration comprennent des programmes complémentaires visant à soutenir le rétablissement psychologique, social et économique des femmes souffrant de fistules, compte tenu de la stigmatisation importante associée à cette maladie et à ses conséquences. Les activités de réintégration soutenues par le projet HSD et dirigées par le ministère des affaires sociales se sont penchées sur la poursuite des stratégies développées dans le cadre du précédent projet FistulaCare, notamment l'immersion sociale et le développement économique. Les familles d'accueil vivant à proximité des centres de soins de la fistule ont accueilli les femmes après la réparation de la fistule pendant plusieurs semaines afin qu'elles puissent reprendre la vie quotidienne de la communauté avant de retourner dans leur famille et leur village. En outre, le projet a fourni une formation d'apprentissage dans la fabrication de savon à des femmes sélectionnées (par exemple, à Kankan et Mamou) qui leur a permis de démarrer une nouvelle activité génératrice de revenus après la réparation.

Ces activités ont été appréciées par les bénéficiaires et les membres de la communauté et ont été considérées comme facilitant la réintégration dans la communauté. Cependant, toutes les femmes n'ont pas participé aux activités de réintégration, et certains intervenants clés ont estimé que la réussite de la réintégration dépend principalement de la réussite de l'opération chirurgicale, les services supplémentaires étant inutiles.

« Les femmes qui retournent dans la communauté après le traitement de la fistule obstétricale sont satisfaites de leur expérience et de leurs résultats. » (EIC Prestataire)

Les femmes traitées pour une fistule ont contribué à la sensibilisation des communautés, ce qui a entraîné une meilleure estime de soi.

« Nous aidons les femmes à réintégrer leur communauté après avoir suivi un traitement en sensibilisant la population. » (DGD Hommes, Faranah)

4.4. Opportunités manquées : Les programmes de réintégration ont été jugés utiles mais insuffisants, toutes les femmes ayant subi une intervention chirurgicale n'ayant pas bénéficié de programmes de réintégration. Une stratégie plus ciblée, basée sur l'identification des femmes ayant le plus besoin d'un soutien à la réintégration, pourrait permettre d'étendre les services aux plus vulnérables tout en améliorant le rapport coût-efficacité. En outre, l'échec des réparations et les complications maternelles et néonatales indésirables lors de l'accouchement post-réparation sont fréquents en Guinée.³⁹ Les directives internationales actuelles indiquent que les femmes ne doivent pas tomber enceintes dans l'année qui suit la réparation de la fistule et qu'elles doivent subir une césarienne élective lors de tout accouchement ultérieur. Un certain suivi a été effectué après la réparation de la fistule dans le cadre des activités soutenues par le projet HSD, mais des stratégies visant à étendre ce suivi à long terme après la réparation de la fistule (c'est-à-dire 12-24 mois minimum après la réparation) pour prévenir la récurrence de la fistule et garantir l'accès des femmes à des soins continus pour la prévention des événements de santé indésirables seraient favorables.

4.5. Durabilité des investissements existants seront gravement affectés par l'important arriéré de femmes vivant avec une fistule qui attendent toujours d'être opérées en Guinée. La dernière enquête démographique et sanitaire suggère que 4,1% des femmes guinéennes en âge de procréer ont présenté des symptômes liés à une fistule (fourchette régionale de 0,6 % à 12,1 %), et que seulement 21,5 % d'entre elles ont été opérées. Étant donné le manque de fonds pour soutenir davantage de réparations alors que les efforts de sensibilisation de la communauté ont été maintenus, il est plausible que de nombreuses

femmes cherchant à se faire soigner pour une fistule soient refusées. D'autre part, comme les capacités techniques et de gestion n'ont pas été suffisamment renforcées, il est peu probable que les soins de la fistule soient maintenus après le projet HSD comme prévu, car l'investissement était peut-être trop limité pour avoir un effet substantiel et durable.

QUESTION D'EVALUATION 5 – VIOLENCE BASEE SUR LE GENRE:

Dans quelle mesure les ressources financières limitées ont-elles été orientées stratégiquement pour traiter les problèmes de violence sexiste dans le cadre des interventions du projet d'aide humanitaire ? Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour améliorer l'obtention de résultats ?

Comme décrit dans la section « Contexte de la SRMNIA+ Guinée » de ce rapport, le taux de violence contre les femmes en Guinée est élevé selon les données disponibles. La prévalence des normes socioculturelles justifiant la violence du partenaire intime tend à diminuer ; cependant, elles continuent de prévaloir chez la majorité des hommes et des femmes guinéens (moyenne nationale de 55 % et 67 % respectivement) selon les données de l'EDS.⁵ Les efforts du projet HSD visaient principalement à améliorer le dépistage et le traitement de la violence basée sur le genre dans les structures, ainsi que la disponibilité et les liens avec les services de soutien et les services juridiques pour les victimes de violence basée sur le genre. Les efforts du projet HSD en matière de violence basées sur le genre se sont également concentrés sur la prévention de la violence par le biais d'éducateurs communautaires et de messages médiatiques visant à modifier les normes sociales et à sensibiliser les femmes aux services disponibles.

Les efforts du projet HSD en matière de violence basée sur le genre s'inscrivent dans le prolongement des

efforts soutenus par l'USAID pour mettre en œuvre l'ensemble des services juridiques et de soutien en matière de santé définis au niveau national pour les survivants de la violence basée sur le genre, qui ont débuté en 2013-2014 dans le cadre du Programme intégré de santé maternelle et infantile et se sont poursuivis jusqu'en 2017 dans le cadre du Projet de survie maternelle et infantile, tous deux mis en œuvre par Jhpiego. Le projet HSD visait à poursuivre l'activité là où elle était déjà mise en œuvre à Conakry et à l'étendre à deux autres régions — Boké et Labé. Ces régions ont été choisies en raison des taux élevés de violence basée sur le genre et de mariages précoces signalés, ainsi que parce que d'autres partenaires de développement intervenaient dans d'autres régions. Le financement spécifiquement consacré à la violence basée sur le genre s'élevait à environ 300 000 dollars par an.

5.1. Les ressources financières limitées consacrées à la violence basée sur le genre dans le cadre du projet HSD ont été raisonnablement efficaces pour renforcer la capacité du système de santé à lutter contre la violence basée sur le genre, en particulier dans les régions visées.

Les questions de violence basée sur le genre que le projet HSD aborde stratégiquement répondent aux principales causes et défis de la violence basée sur le genre en Guinée. Le travail du projet HSD, tant au niveau politique qu'au niveau des structures et des communautés, visant à renforcer la disponibilité et la qualité des services de lutte contre la violence basée sur le genre dans les structures, dans le cadre d'un ensemble intégré de soins essentiels, était directement conforme aux objectifs généraux du projet HSD en matière de SRMNIA+, ce qui fait que le projet HSD était particulièrement bien placé pour se pencher sur ces domaines.

Au niveau politique, Le projet HSD a soutenu la validation des éléments relatifs à la violence basée sur le genre dans les Normes et procédures en matière de santé génésique et les modules de formation connexes et a fourni un soutien technique au ministère de la santé pour la révision du plan stratégique national visant à mettre fin aux mutilations génitales féminines

pour la période 2019-2023. **Au niveau des structures de santé et de la communauté,** Le projet HSD a repris la formation des prestataires et des éducateurs communautaires basée à Conakry du Projet de survie maternelle et infantile en 2017 (PY2) et a réussi à étendre l'intervention contre la violence basée sur le genre à Boké en 2016 (PY1) puis à Labé en 2018-2019 (PY4). Sept structures de santé dans la région de Labé et 29 structures de santé dans cinq districts de la région de Boké peuvent désormais offrir des services de gestion de la violence basée sur le genre.

Le projet HSD a également rétabli la composante de gestion des cas d'aide juridique de l'intervention contre la violence basée sur le genre, qui avait été lancée dans le cadre du MCHIP mais ne pouvait être poursuivie dans le cadre du projet de survie de la mère et de l'enfant. Ce volet a été considérablement retardé et n'a été mis en œuvre qu'au cours de la quatrième année du projet HSD. Les retards résultent en grande partie de la décision d'effectuer le travail directement par l'intermédiaire d'un partenaire basé en Guinée, Même Droits pour Tous, plutôt que du partenaire international qui avait été identifié, ce qui a nécessité de nouveaux efforts pour définir la portée et le budget du partenaire chargé de la mise en œuvre. Ces retards ont limité l'efficacité de l'intervention globale au cours des premières années du projet, mais l'engagement direct de Même Droits pour Tous soutient les objectifs du programme «Voyage vers l'autonomie.

L'intégration du dépistage et de l'orientation des victimes de violence basée sur le genre dans l'ensemble des soins intégrés essentiels par le biais de la formation des prestataires a été largement considérée comme importante et réussie lorsqu'elle était effectuée selon les questionnaires de structures, le COSAH et les membres de la communauté. Dans les trois régions où les activités de lutte contre la violence basée sur le genre se sont penchées, les efforts du projet HSD ont soutenu l'accès à des services renforcés de gestion de la violence sexuelle pour les femmes, au-delà du dépistage et des soins de la violence basée sur le genre qui font partie de l'ensemble intégré que le projet HSD s'efforce de garantir à toutes les structures.

5.2. Occasion manquée : En plus du dépistage et de la gestion des cas, les efforts du projet HSD se sont également penchés sur la prévention de la violence dans une certaine mesure, visant à sensibiliser la communauté au problème et à contrer les normes socioculturelles négatives par le biais d'éducateurs communautaires et de messages dans les médias, mais il pourrait être nécessaire de se pencher davantage sur la prévention (en fonction de ce que font déjà les autres partenaires).

Les parties prenantes de la structure et de la communauté ont souligné la nécessité de sensibiliser au problème de la violence basée sur le genre comme une priorité absolue, en plus de la priorité de soutenir les victimes par un traitement et l'accès à des ressources de soutien qui peuvent être utilisées pour tenir les auteurs responsables. Les parties prenantes au niveau communautaire ont exprimé un avis favorable sur les services de lutte contre la violence basée sur le genre mis à disposition dans les structures soutenues par le projet HSD. Dans le même temps, les parties prenantes au niveau communautaire ont exprimé un grand nombre de normes et de valeurs sociales néfastes qui contribuent à la violence basée sur le genre, citant la tenue vestimentaire provocante des femmes, le manque de soumission des femmes, la jalousie, l'infidélité et l'irresponsabilité des hommes comme causes de la violence basée sur le genre, indiquant que ces opinions restent largement répandues et socialement acceptables parmi de nombreux.

« Tout le monde se montre et c'est de cela qu'il s'agit. Pour éviter d'être violée, il faut porter les bons vêtements, c'est ce qui est bon pour les femmes. S'habiller correctement, comment donner la priorité au port des bons vêtements, car si vous rencontrez quelqu'un qui n'est pas bien habillé, s'il vous veut, il vous aura, alors c'est ce que nous devons lui faire savoir, c'est s'habiller correctement pour se protéger. » (DGD Femmes)

« Parce que ce que Si l'œil ne voit pas, le cœur ne pourra pas le réclamer » (DGD Femmes)

Les données d'évaluation ont clairement démontré que ces normes néfastes—que la violence est justifiable—

sont courantes chez les parties prenantes interrogées, notamment les membres de la communauté, les représentants de COSAH et, dans certains cas, les professionnels de la santé également. Cela démontre la nécessité d'aborder les normes et de sensibiliser au problème. D'autres problèmes, tels que le chômage, le manque d'éducation, la pauvreté, l'alcoolisme et la toxicomanie, ont également été signalés comme contribuant à la violence basée sur le genre par les parties prenantes au niveau des communautés et des structures.

Les parties prenantes ont souligné l'importance de la communication sur le changement social et comportemental pour lutter contre la violence basée sur le genre et les normes culturelles néfastes, notamment en ce qui concerne les mutilations génitales féminines, et notamment par un soutien de haut niveau sur cette question, par exemple en mobilisant des champions parmi les Guinéens pour qu'ils s'expriment contre la violence basée sur le genre. Dans ce domaine de la communication sur le changement social et comportemental pour la prévention de la violence, de nombreuses parties prenantes ont indiqué qu'il était important d'agir. Comme l'a dit un acteur national:

« Il faut investir davantage pour être plus proactif que réactif. » (EIC National)

Le projet HSD a obtenu quelques succès locaux dans la dénonciation de la violence domestique et de la violence basée sur le genre, qui est un élément important. Compte tenu de la priorité élevée accordée à ce domaine, il est indiqué d'étendre les efforts de sensibilisation des communautés et de communication sur le changement de comportement, soit par le biais du HSD, soit par une activité de l'USAID axée sur la communication sur le changement de comportement,

soit par une combinaison des deux, avec une coordination étroite entre les deux. Dans le contexte de ressources limitées, un certain équilibre des investissements dans les services aux victimes de la violence basée sur le genre et dans la prévention de la violence est justifié, car les deux sont si nécessaires en Guinée.

5.3. Le peu d'argent disponible pour la violence basée sur le genre dans le cadre du développement humain, bien qu'il soit bien utilisé selon les parties prenantes, risque de sous-utiliser d'autres investissements dans la lutte contre la violence basée sur le genre et, malgré les efforts de coordination entre les partenaires, l'absence d'une stratégie nationale plus large axée sur la violence basée sur le genre constitue un défi.*

Les collaborations du projet HSD avec le ministère et l'UNFPA sur la violence basée sur le genre ont été synergiques. En outre, le projet HSD travaille avec des unités de lutte contre la violence basée sur le genre dans la police, la gendarmerie et la justice. L'UNFPA fournit du matériel (ordinateurs) aux unités de lutte contre la violence basée sur le genre. Les bureaux régionaux du ministère des affaires sociales distribuaient auparavant des kits de soins contre la violence basée sur le genre ; ils sont maintenant acheminés par le ministère de la santé, ce qui constitue un nouveau défi car il n'y a pas de paiement pour les points focaux. Une des principales réalisations au niveau national est la révision de la stratégie nationale pour mettre fin aux mutilations génitales féminines, pour laquelle le projet HSD a apporté une assistance technique aux ateliers de révision, de pré-validation et de diffusion.

En dépit des efforts de coordination importants déployés par le projet HSD et les partenaires gouvernementaux

* La stratégie nationale pour mettre fin aux mutilations génitales féminines a récemment été mise à jour par le ministère de la santé avec le soutien technique du projet HSD et le plan national de développement sanitaire de la Guinée 2015-2024 comprend des objectifs relatifs à la violence basée sur le genre : Tolérance zéro pour les mutilations génitales féminines et la violence basée sur le genre : développement de la prise en charge psychosociale, médicale et juridique des femmes et des enfants par a) des campagnes de sensibilisation des responsables politiques, sanitaires et communautaires, et de la population aux mutilations génitales féminines et à la violence basée sur le genre et à leurs conséquences ; b) une pression en faveur d'une réglementation juridique sur l'abandon des mutilations génitales féminines. Cependant, il n'existe pas de stratégie nationale se penchant sur la violence basée sur le genre pour organiser les interventions dans le cadre d'un plan unifié

et non gouvernementaux, des lacunes subsistent en matière de coordination. Il est nécessaire de renforcer la collaboration au stade de la planification des activités de lutte contre la violence basée sur le genre afin de tirer parti d'autres efforts et un soutien supplémentaire est nécessaire pour améliorer la disponibilité des kits médicaux et mettre en place une unité et un système de gestion des données équipés. Les parties prenantes nationales ont exprimé leur inquiétude quant au fait qu'il ne semble pas y avoir une gouvernance suffisante entre les secteurs et les donateurs et partenaires en matière de violence basée sur le genre pour combler les lacunes de manière coordonnée (par exemple dans les structures de santé et parmi les services de sécurité). Un domaine dans lequel le projet HSD pourrait investir est la dotation du ministère pour mieux coordonner le problème de la violence basée sur le genre dans les secteurs de la santé, de la sécurité et du droit (notamment en créant et en soutenant des points focaux). Les parties prenantes ont indiqué que le manque de points focaux limite sérieusement l'efficacité des efforts des ministères.

« Il y a certes des résultats, mais sans une bonne coordination, nous ne pouvons pas capitaliser sur les résultats. » (EIC National)

Les efforts déployés par le projet HSD pour lutter contre la violence basée sur le genre dans le secteur de la santé ont été jugés importants par de nombreuses parties prenantes et appropriés compte tenu des objectifs du projet HSD. L'inclusion et la validation de la violence basée sur le genre dans les normes et standards de la SRMNIA+, y compris dans les politiques et s'assurer que toutes les structures de santé ont la capacité d'intégrer les composantes de la violence basée sur le genre dans le programme intégré ont constitué des efforts importants. Un informateur clé au niveau national a indiqué que le fait d'aborder la violence basée sur le genre sous l'angle de la santé la rend plus acceptable pour certains. Néanmoins, en faire plus au niveau de la gouvernance pour faciliter une meilleure coordination entre les secteurs clés est une lacune importante que le projet HSD ou un autre partenaire de l'USAID serait bien placé pour combler.

QUESTION D'EVALUATION 6 – PERSPECTIVES FUTURES: COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES ACTIVITÉS DE L'USAID

6.1. Les activités liées au projet DHS ont été conçues pour s'appuyer sur les activités antérieures soutenues par l'USAID et compléter les programmes actuels de l'USAID et d'autres partenaires au développement. Le récent financement de l'USAID pour améliorer le secteur de la santé en Guinée démontre la continuité, le renforcement et l'expansion des objectifs, des zones géographiques et des stratégies du Programme d'Indicateurs de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP 2010-2014), du Programme de Survie Maternelle et Infantile (MCSP 2015-17) et de l'Activité HSD (2015-2020), tous ciblant les soins SRMNIA (Tableau 11). Des programmes complémentaires et de soutien ont été fournis par le biais des projets Stop Palu (2013-17), Stop Palu+ (2017-2022), Health Communication Capacity Collaborative (2012-17), Breakthrough Action (2017-2022), le programme de la chaîne d'approvisionnement mondiale en santé (2012-20) et le projet d'implication des citoyens dans la gouvernance de la santé (2017-2020), en plus du financement spécifique à Ebola. L'investissement financier de l'USAID a varié entre 15 millions de dollars (2010) et 165 millions de dollars (2015) au cours des 10 dernières années, avec un investissement global de 394 millions de dollars déboursés de l'année 2010 à l'année 2020.⁶

Les principales parties prenantes ont fortement apprécié le fait que l'USAID continue de se pencher sur le SRMNIA+. Les documents de projet et les personnes interrogées ont noté l'engagement de Jhpiego et l'évaluation réfléchie des besoins et des défis du système de santé, ainsi que les efforts collectifs des partenaires, dans le but de coordonner avec les organisations qui mettent en œuvre des programmes similaires pour éviter la duplication des efforts. De même, les parties prenantes ont déclaré avoir perçu que les diverses activités parrainées par l'USAID apportaient des contributions sans chevauchement à l'amélioration

du SRMNIA+ en Guinée. Ils ont noté que la pratique de l'USAID de travailler généralement avec les mêmes partenaires facilite les synergies dans la programmation, en particulier en ce qui concerne la rénovation des structures sanitaires, la formation et la dotation en équipements dans les différents projets.

Alors que les programmes concernant le projet HSD, Stop Palu+, Breakthrough Action et l'implication des citoyens dans la gouvernance de la santé étaient largement perçus comme complémentaires, certaines personnes interrogées ont perçu une certaine redondance des activités (par exemple, Breakthrough Action et la mise en œuvre du projet HSD des activités de création de demande de soins de santé communautaires), tandis que d'autres ont estimé que les possibilités de collaboration n'étaient pas pleinement exploitées entre les projets. En effet, la reconnaissance de la nécessité d'activités de création de la demande spécifiques aux projets a été la raison de l'inclusion de la composante communautaire dans le projet HSD aux côtés des interventions HC3 et Breakthrough Action. Avec Breakthrough Action, par exemple, des messages communs ont été créés pour renforcer les activités de sensibilisation de la communauté de chaque projet. Trouver un équilibre entre la redondance et l'ampleur du travail nécessaire pour étendre ces activités à plusieurs niveaux et à travers différentes approches dans différentes régions a également été reconnu comme un défi considérable à relever (EIC National). Malgré les efforts des partenaires de mise en œuvre et de l'USAID pour faciliter la collaboration, les difficultés rencontrées pour répondre aux différents programmes des partenaires et à leurs projets et activités respectifs, ainsi que l'inévitable échelonnement des calendriers des projets ont parfois entraîné un mauvais alignement entre les projets.

« L'USAID a vraiment des projets qui se complètent les uns les autres. Si l'un commence, l'autre se termine. » (Gestionnaire de structure, Kindia)

« Les projets de l'USAID qui ont soutenu les CS ont été complémentaires car lorsque Jhpiego intervient dans la planification et les soins obstétricaux, il y a Stop Palu+, qui est là pour la prévention et la

gestion du paludisme. » (Gestionnaire de structure, Kindia)

6.2. Les synergies entre les activités de l'USAID ont été jugées particulièrement efficaces pendant l'épidémie d'Ebola, en grande partie grâce au renforcement de la coordination entre tous les acteurs et secteurs. Les répondants ont apprécié les possibilités accrues de communication et de collaboration offertes par les réunions régulières et le partage des tâches entre les partenaires. Un maire d'une ville, par exemple, a commencé à participer aux réunions mensuelles de l'hôpital local qui ont débuté pendant la crise d'Ebola, une pratique qu'il a maintenue après la fin de la crise et qui a permis une plus large participation de la communauté à la santé. Les réunions mensuelles de la DRS et de la DPS sont un autre exemple de l'engagement accru des cadres du ministère de la santé et des fonctionnaires locaux qui a commencé sous la période Ebola et qui a été facilité pour s'étendre à aujourd'hui par les projets de l'USAID (HSD, Stop Palu+). HSD et Stop Palu+ ont également fait des progrès complémentaires pour soutenir les protocoles de CPN et l'amélioration des performances en matière de qualité grâce à une collaboration tant dans l'élaboration des normes que dans le suivi et le soutien conjoints des soins de santé maternelle au niveau des structures de santé. En effet, la complémentarité a mieux fonctionné entre les projets lorsqu'ils intervenaient dans des niveaux et des domaines de services communs.

6.3. Une opportunité manquée : Les efforts déployés pour concevoir des activités complémentaires ont été reconnus, mais les limites fixes et les mesures de résultats entre les activités du projet ont créé des lacunes dans la mise en œuvre. Comme indiqué dans la section 3.2, l'approche multisectorielle de l'USAID consistant à affecter le soutien de la chaîne d'approvisionnement et les interventions d'amélioration à différentes activités aux différents niveaux du système de santé a entraîné des lacunes dans les produits de base et les autres médicaments au niveau des structures de santé. Alors que le projet HSD a soutenu le développement des capacités des prestataires et des gestionnaires ainsi que l'équipement, le soutien

de la chaîne d'approvisionnement a été mis en œuvre par le projet de chaîne d'approvisionnement en santé mondiale. Le soutien à la gestion de la chaîne d'approvisionnement ne couvrait pas les activités entre les structures de santé et les districts, ce qui était une des causes principales des ruptures de stock au niveau des structures, en particulier pour les contraceptifs. Le souci de l'activité de satisfaire les résultats internes et les mesures de résultats (indicateurs) et la perception d'un manque de souplesse dans la conception du projet ont perpétué ce problème. Récemment, des efforts ont été faits pour combler le fossé de la chaîne d'approvisionnement, mais les modifications d'approche sont arrivées tardivement dans le projet. Des efforts plus larges devraient être faits pour que les projets soutenus par l'USAID se renforcent mutuellement, s'adaptent au contexte en évolution lorsque des lacunes dans la prestation de services apparaissent, et travaillent avec les partenaires des systèmes de santé pour atténuer les difficultés, à l'avenir (voir Q3).

L'USAID convoque régulièrement des réunions de partenaires, une planification annuelle et des examens de performance où les défis et les lacunes de la mise en œuvre tels que ceux mentionnés ci-dessus pourraient être abordés. Il semble y avoir une certaine réticence de la part des partenaires et éventuellement de l'USAID à modifier de manière significative les calendriers de mise en œuvre des projets, car de tels changements peuvent retarder les flux financiers vers les activités en cours ou avoir une mauvaise image des exécutants (EIC National). Une meilleure communication, coordination et autorisation d'ajuster les objectifs des projets pourrait aider à surmonter ces difficultés et à atténuer les lacunes dans la mise en œuvre des projets. Une planification accrue et collective par les partenaires travaillant ensemble a été demandée par les répondants pour renforcer la gouvernance, la planification, le suivi, l'évaluation et le financement de la santé. Les responsables de la mise en œuvre des projets/activités étaient également réticents à assumer la responsabilité des lacunes qui ne relèvent pas de leur plan de mise en œuvre et de leur cadre de résultats, probablement parce que ces activités supplémentaires n'étaient pas financées. Les répondants ont souligné la nécessité de

disposer de meilleurs mécanismes de résolution des problèmes pour résoudre ces questions. Par exemple, l'inclusion d'activités annuelles de correction de trajectoire, y compris l'attribution des responsabilités et la spécification dans les DP/A, a été suggérée comme moyen de surmonter ces difficultés.

6.4. Les activités croisées avec les activités financées par l'USAID et celles non financées par l'USAID

ont été bien exploitées par l'USAID. Par exemple, le soutien de l'USAID aux réunions entre partenaires, y compris les donateurs et les responsables de la mise en œuvre, a permis aux partenaires de tirer parti de leurs activités entre eux pour mieux aligner et coordonner les interventions communes du secteur de la santé en appui aux programmes gouvernementaux. Par exemple, le soutien aux réunions mensuelles d'examen au niveau des districts, au cours desquelles les données sont présentées et les principaux problèmes du système de santé résolus, a été initialement soutenu par Stop Palu+, puis a de plus en plus partagé la responsabilité du soutien et de la facilitation (participation) avec le projet HSD. Malgré les efforts positifs, il a été reconnu que l'appropriation par le gouvernement de la coordination inter-projets doit être accrue, et qu'un plan intégré de toutes les interventions du projet doit être développé pour consolider les meilleures pratiques. La coordination gouvernementale des activités et du soutien des donateurs a été extrêmement limitée et aucun plan visible n'a été mis en place pour organiser la coopération bilatérale. (EIC National) L'efficacité de la réunion mensuelle n'est pas évidente pour les efforts de gestion importants nécessaires pour les convoquer, en particulier lorsque l'appropriation par le ministère de la santé est faible. Néanmoins, un suivi continu entre les programmes est nécessaire pour optimiser les gains entre les projets.

Des partenariats spécifiques tels que ceux avec l'UNFPA, le GIZ, l'OMS, l'OPROGEM, le Secours catholique, l'ACOPED, Terre des Hommes, la Croix-Rouge et l'UNICEF ont été mentionnés. Les domaines de complémentarité comprennent le planning familial, les CPN, ainsi que la prévention et le contrôle des infections. Parmi les exemples de partenaires ayant des activités

synergiques, on peut citer l'OMS, qui intervient sur la prévention communautaire des maladies à potentiel épidémique, l'UNFPA, qui intervient dans le cadre de la planification familiale et de la lutte contre la violence sexiste, et l'UNICEF, qui équipe les structures de santé de réfrigérateurs, d'incinérateurs et de puits améliorés, voire de services de soutien tels que la sécurité pour améliorer la lutte contre la violence sexiste. Le projet HSD a collaboré de diverses manières, notamment en assurant le suivi des activités mises en œuvre à l'origine par d'autres partenaires :

« Si nous prenons, par exemple, le GIZ, qui est venu avec les partogrammes au début et a formé le personnel, mais le projet HSD a continué le suivi et l'évaluation et la qualité des données. »
(Gestionnaire de structure, Mamou)

6.6. Des opportunités manquées : Les projets soutenus par l'USAID ont été considérés comme couvrant de nombreux domaines, mais le soutien d'autres donateurs est toujours nécessaire.

L'engagement et l'investissement à long terme de l'USAID dans le secteur des soins de santé primaires et du planning familial sont sans précédent et très appréciés. En conséquence, d'autres donateurs cèdent la place à la SRMNIA+, l'USAID étant considérée comme le fournisseur de ce soutien. De même, le gouvernement s'abstient en partie de financer et de coordonner des interventions spécifiques dans le secteur de la santé, telles que la formation, qu'il considère comme relevant des projets soutenus par l'USAID. Il est nécessaire de poursuivre le dialogue, la planification et la collaboration entre les donateurs et de prendre des mesures de responsabilisation avec le gouvernement. Les parties prenantes ont observé qu'il y avait des occasions

manquées d'améliorer la synergie et l'avancement des résultats, à la fois en interne au sein de l'USAID et en externe, notamment le développement des capacités des laboratoires, la communication sur le changement social et comportemental de la communauté, les ressources humaines pour le déploiement et la gestion de la santé, le leadership et la responsabilité des cadres supérieurs, et la gestion des données SBM-R. Ces besoins sont décrits plus en détail dans les sections précédentes (*sections 1.2, 2.2 et 2.6, 3.1, 3.2 et 3.3*).

6.7 Durabilité du projet DHS après investissement :

Après près de quatre ans de soutien de l'USAID dans le cadre du projet HSD, le gouvernement de Guinée a une distance supplémentaire à parcourir sur son « voyage vers l'autonomie ». Malgré les investissements continus et à long terme de l'USAID dans les SRMNIA+ et la PF, la durabilité des apports du ministère de la santé à tous les niveaux doit encore être assurée par des ressources financières et de gestion et un leadership gouvernementaux substantiels. De nouvelles méthodes de conception et de soutien du gouvernement guinéen pourraient être nécessaires pour garantir que les activités sont dirigées par le gouvernement avec des partenaires jouant un rôle de soutien. Par exemple, l'utilisation d'indicateurs composites partagés entre les programmes de santé et de gouvernance de l'USAID pourrait faciliter le partenariat, la complémentarité et être conçue pour créer une plus large appropriation par le gouvernement de Guinée des résultats des activités soutenues. Comme indiqué dans les conclusions 3.2.2, 3.5.1 et 3.5.2, il est nécessaire de repenser la stratégie de durabilité en raison des problèmes de responsabilité permanente pour garantir les investissements de l'USAID à l'avenir.

CONSIDÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS CLÉS

1. LA DISPONIBILITÉ DE SOINS INTÉGRÉS ET LA QUALITÉ DES SOINS

Delivery of timely, quality, integrated of RMNCH+ care.

Recommandation 1.1. Cibler l'engagement des bénéficiaires tout au long du continuum de soins, en se penchant particulièrement sur l'amélioration de l'engagement dans la période post-partum, et institutionnaliser des systèmes de référence fonctionnels pour renforcer l'amélioration de la qualité des soins.

Des progrès substantiels ont été réalisés dans les structures de santé ciblées par le projet HSD en termes d'amélioration des CPN. Toutefois, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour augmenter la proportion de femmes bénéficiant de l'ensemble du continuum de CPN, qui est restée faible. Des stratégies ciblées sont particulièrement nécessaires pour assurer un engagement continu tout au long de la période post-partum, notamment pour certaines populations vulnérables. (En rapport avec la constatation 1.5)

Les cartes de santé utilisées par les prestataires et détenues par les femmes pourraient être mises à profit pour le suivi et la promotion du continuum de soins, car la période postnatale est le plus souvent trouvée vide dans ces cartes. L'ACS/RECO pourrait jouer un rôle plus important dans le suivi et l'encouragement des femmes à compléter leur continuum de soins, au-delà de la fréquentation des CPN, et les soins post-partum pourraient être mieux intégrés aux services de vaccination des enfants.^{40,41}

Il est possible d'améliorer encore la qualité des soins en investissant davantage dans la référence des patients. Les futures activités soutenues par l'USAID devraient donner la priorité au soutien de systèmes de référence complets, depuis la communauté jusqu'aux soins tertiaires si nécessaire. L'institutionnalisation d'un système de référence fonctionnel par un financement

spécifique et la facilitation de la coordination, du partenariat avec les communautés et de l'innovation est nécessaire de toute urgence pour réduire les retards dans l'accès aux soins d'urgence, en particulier pour les ménages les plus pauvres. À mesure que les systèmes d'orientation seront développés et renforcés, notamment par un soutien au transport et une sensibilisation de la communauté, d'autres méthodes permettant de rapprocher les femmes des soins pourraient être facilitées, par exemple, des foyers d'attente pour les femmes enceintes, un soutien à l'accompagnement, etc.^{42,43} (En rapport avec les résultats 2.1.2)

Recommandation 1.2. Augmenter ou poursuivre le soutien aux services essentiels intégrés pour les plus vulnérables, y compris les adolescents et les jeunes, les femmes ayant besoin d'une opération de la fistule et les survivants de la violence basée sur le genre.

Le projet HSD a progressé vers l'amélioration des soins intégrés, mais les populations critiques, en particulier les plus vulnérables, et les services spécifiques doivent faire l'objet d'une attention accrue. Il est essentiel de réorienter les soins pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents et des jeunes, qui représentent 41% de la population. Il n'existe pas de normes de service spécifiques sur les conseils et la dotation en services pour les besoins des jeunes femmes en matière de santé sexuelle et reproductive. Compte tenu de l'impératif démographique, l'USAID devrait travailler d'urgence avec le ministère de la santé et ses partenaires pour élaborer des normes de service, des formations et des indicateurs permettant de mesurer les améliorations de la qualité des services pour les adolescentes et les jeunes femmes.⁴⁴ De même, la formation initiale des sages-femmes, des infirmières, des écoles de médecine et des enseignants devrait inclure des programmes sur la fourniture de services adaptés aux jeunes. (En rapport avec les conclusions 3.4.2)

Les risques de fistules obstétricales subsistent et de nombreuses femmes guinéennes ont encore besoin d'une opération de la fistule, mais les programmes de traitement, de soins et de réinsertion des fistules ne peuvent être maintenus sans investissements ciblés. En tant que question de genre et de droits humains, les services de traitement de la fistule devraient continuer à être un élément essentiel des investissements futurs dans la santé des femmes par les donateurs et le gouvernement pour garantir la disponibilité des services. Des partenariats novateurs entre le gouvernement, les donateurs, le secteur privé, la communauté et la société civile peuvent être un moyen d'obtenir les ressources nécessaires. L'aide doit également cibler les femmes qui ont besoin de services de réinsertion et mettre en œuvre de manière cohérente des soins de suivi pour améliorer les résultats sanitaires lors des grossesses ultérieures. *(En rapport avec les résultats 4.1)*

La violence basée sur le genre, les pratiques néfastes et les normes culturelles continuent à être omniprésentes en Guinée. L'investissement du projet HSD dans la violence basée sur le genre n'était pas destiné à répondre à l'ensemble de ces défis. Les futurs investissements dans la violence basée sur le genre devraient chercher à augmenter l'échelle d'intervention et à étendre les efforts de prévention et de traitement de la violence basée sur le genre afin d'inclure l'engagement communautaire et la formation au niveau de la communauté, la gouvernance nationale et régionale, et une coordination et un alignement plus forts entre les ministères et les partenaires du développement. Les lacunes dans la gestion des affaires entre les ministères concernés doivent être comblées à tous les niveaux. Si les limites de financement persistent, il convient de se pencher en priorité sur l'optimisation des investissements pour soutenir le renforcement de la gouvernance, la coordination et la communication des messages de changement social et comportemental. Il est nécessaire d'élargir la portée des activités de lutte contre la violence basée sur le genre pour y inclure d'autres pratiques néfastes répandues en Guinée, telles que les mutilations génitales féminines. *(En rapport avec les résultats 5.1, 5.2, 5.3)*

2. LE DERNIER KILOMÈTRE : ATTEINDRE LES PLUS VULNÉRABLES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Malgré des contributions significatives à l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des services dans toute la Guinée, le projet HSD a eu du mal à atteindre les plus éloignés et les plus vulnérables. Le projet DHS a été conçu pour se pencher sur l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les centres de santé et les hôpitaux. Il reste des possibilités de renforcer les composantes au niveau communautaire et de cibler les interventions pour améliorer l'équité. D'importantes bases ont été jetées par le projet HSD et le ministère de la santé au cours de l'année dernière pour établir des documents politiques et normatifs visant à rapprocher les soins de la communauté ; une planification qui nécessitera désormais un investissement décentralisé important pour être mise en œuvre comme prévu. Les recommandations suivantes pourraient garantir des investissements futurs pour combler cette lacune.

INTERVENTIONS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Recommandation 2.1. Soutenir le gouvernement de Guinée dans la mise en œuvre de la politique de santé communautaire et l'intégration des services de santé communautaire

Pour favoriser la mise en œuvre et la durabilité de la politique de santé communautaire et de l'ensemble intégré de services de santé communautaire, un soutien est nécessaire pour créer les conditions permettant aux ACS/RECO d'accomplir leurs nouvelles tâches. Les apports à la santé communautaire devraient promouvoir l'intégration, comme le prévoient les Normes et procédures en matière de santé génésique, afin d'amorcer le passage d'interventions verticales des ACS/RECO à une approche plus intégrée. Par exemple, les journées de vaccination/santé de l'enfant facilitées par l'ACS/RECO peuvent être liées aux soins post-partum et au soutien aux mères qui allaitent. Le soutien

de l'USAID à la politique de santé communautaire devrait être précédé d'un soutien financier aux ressources humaines qui restent sous la responsabilité du gouvernement par le biais de fonds décentralisés. Pour que le gouvernement soit responsable de la politique et compte tenu de l'expérience acquise avec le projet HSD, il n'est pas recommandé d'utiliser les fonds du projet pour payer les travailleurs au niveau communautaire, mais plutôt de renforcer la capacité des nouveaux cadres d'ACS/RECO par des outils, une supervision et une formation. (*Conclusion 2.2*) L'USAID devrait également envisager de soutenir des approches innovantes pour la Co-crédation d'activités intégrées au niveau communautaire avec les leaders et les parties prenantes de la communauté afin de soutenir davantage l'ACS/RECO dans son nouveau rôle. (*En rapport avec les conclusions 2.2, 3.5*)

Recommandation 2.2. Renforcer l'engagement communautaire en soutenant le cycle d'action communautaire, les groupes communautaires et les postes de santé locaux

Le cycle d'action communautaire et les groupes communautaires, y compris le COSAH, les groupes d'action communautaire et les équipes de mobilisation travaillant avec les ACS/RECO peuvent s'engager auprès des communautés pour les sensibiliser, rétablir la confiance dans le système de santé et créer une demande de services de santé. Ces entités devraient poursuivre et étendre leur portée en travaillant avec les chefs communautaires et religieux. L'innovation dans les programmes de cofinancement avec les communautés, en tant qu'extension des activités du COSAH et des groupes d'action communautaire et du cycle d'action communautaire (avec formation et supervision), pourrait apporter une valeur ajoutée à l'infrastructure croissante du ACS/RECO et du COSAH qui est en train d'être mise en place dans le cadre de la politique nationale. (*RÉSULTATS 2.1, 2.4, 2.6*)

Recommandation 2.3. Responsabilité sociale pour la suppression des obstacles financiers, sexospécifiques et culturels pour les plus vulnérables, notamment par la prise en compte des frais de service pour les services essentiels et le soutien aux mutuelles de santé communautaires.

Barriers of finance, age, and gender continue to Les barrières financières, l'âge et le sexe continuent d'entraver l'utilisation des services et les résultats de la SRMNIA+ en Guinée. La satisfaction des besoins des personnes les plus vulnérables mérite une plus large attention dans le cadre du projet HSD et des futurs programmes afin de garantir l'équité dans la conception, la mise en œuvre, la mesure et le compte rendu des activités. (*En rapport avec les résultats 1.3, 2.6, 5.1*)

L'accès aux services SRMNIA+ continue d'être limité par les demandes de paiement de services spécifiques. Il est urgent d'améliorer la politique et l'application des obstacles à l'accès gratuit aux services financiers de la SRMNIA+. Un plaidoyer en amont de l'USAID est nécessaire pour revoir la politique de 2011 attestant la gratuité des services SRMNIA afin d'avoir une meilleure clarté et une meilleure application dans le contexte de la promotion des soins de santé universels en Guinée. (*RÉSULTAT 2.5*) Les efforts communautaires en aval pour promouvoir les mutuelles de santé communautaires devraient également être renforcés et étendus pour couvrir les petits frais, le transport et les repas des patients. Soutenir les communautés en les informant de leurs droits en matière de santé peut les aider à mobiliser des actions de responsabilité sociale autour des coûts illégaux et d'autres obstacles, ce qui augmente encore les enjeux pour le gouvernement guinéen de traiter les questions d'accès à des soins de qualité. Une telle sensibilisation devrait aller au-delà du canal de communication écrit/poster qui a été utilisé par le projet HSD et d'autres programmes pour inclure une campagne d'information, de communication et d'éducation basée sur les droits afin de sensibiliser les communautés, en tant que titulaires de droits, aux droits et de faire prendre conscience aux prestataires de soins et aux gestionnaires de leurs obligations en tant que titulaires de devoirs. (*En rapport avec les résultats 2.5, 3.1.2*)

3. RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ : S'APPUYER SUR LES SUCCÈS

Le maintien des améliorations du système de santé et de la qualité des services obtenues par le biais du projet HSD (et des projets de renforcement des systèmes de santé antérieurs de l'USAID) nécessite le leadership et l'engagement du ministère de la santé à tous les niveaux. Malgré les efforts déployés pour mettre en place des processus d'amélioration de la qualité tels que la SBM-R, des lacunes importantes subsistent. Les responsables de la mise en œuvre du projet HSD ont compensé les lacunes en matière de leadership afin de maintenir les progrès et les réalisations des projets. Les ONG locales et les partenaires du secteur privé n'ont pas été incités à participer aux processus d'amélioration de la qualité par le gouvernement local ou le ministère de la santé.

GOVERNANCE

Recommandation 3.1. Exiger la responsabilité, le leadership et l'appropriation des partenaires de mise en œuvre pour la durabilité grâce à des mesures de responsabilité basées sur les résultats

Le projet HSD a reconnu des lacunes dans la direction, la surveillance et la responsabilité du système de santé qui compensent la durabilité des réalisations communes. Les efforts de renforcement des capacités visant à accroître l'engagement et l'appropriation ont été reconnus comme insuffisants, mais aucune correction de trajectoire n'a été effectuée pour surmonter l'inaction et l'apathie — peut-être parce qu'ils ont été jugés peu susceptibles de faire une différence significative compte tenu du contexte du système de santé. Par inadvertance, les efforts et les interventions du projet HSD pour compenser les lacunes en matière de leadership ont peut-être perpétué le problème, certains gestionnaires étant devenus dépendants de partenaires pour diriger. De même, les ruptures de la chaîne d'approvisionnement au niveau des structures relèvent de la responsabilité du ministère de la santé et n'étaient pas du ressort du projet HSD. Cependant, le fait que les responsables du ministère de la santé au niveau des préfectures et des régions n'aient pas pris

la responsabilité de s'occuper des ruptures de stocks, attendant peut-être que le HSD résolve le problème, est une preuve supplémentaire de la capacité et/ou de la complaisance/volonté du ministère de la santé à laisser le projet HSD prendre la tête des opérations. Les futures activités de l'USAID peuvent stimuler le leadership et l'appropriation de leur conception par le gouvernement et le ministère de la santé. Les mesures axées sur les résultats peuvent exiger la responsabilisation pour les produits livrables du projet, y compris la mise en œuvre réussie de normes avec des équipements fonctionnels, la maintenance et l'établissement de rapports. La conception de futurs projets pourrait également envisager de transférer la responsabilité des activités du projet dans le temps en fonction de mesures de performance (basées sur les résultats). La Co-conception de projets visant à répondre aux besoins essentiels du personnel des structures de santé, tels que l'accès à l'eau, à l'électricité et aux logements des prestataires, peut également faciliter une meilleure appropriation. *(Concerne les résultats 1.3, 3.2.3, 3.5.1)*

PROCESSUS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Le programme d'amélioration de la qualité de la **SBM-R** a le potentiel d'être un processus important et durable par lequel les systèmes de santé et la qualité des services deviennent un effort collectif des communautés, du gouvernement local, du personnel des structures et des gestionnaires du ministère de la santé au niveau des districts, des régions et du pays. L'approche du projet HSD a déjà donné un élan, un engagement et un succès à certaines structures, en particulier dans les petits hôpitaux. Certaines communautés, certains prestataires et certains responsables de la santé se sont volontairement engagés dans le processus, offrant ainsi un modèle de reconnaissance de l'amélioration de la qualité qui peut être géré dans le cadre des contraintes du système de santé existant. Pourtant, certaines contraintes existent. Les communautés ne sont pas pleinement engagées dans le processus, malgré quelques exemples probants de leur réactivité aux étoiles de la SBM-R en tant que symbole de qualité. Les hôpitaux de référence ayant un nombre de cas plus élevé ont

eu du mal à s'engager et en ont donc moins profité. Le comité technique national qui valide la SBM-R n'est pas encore pleinement fonctionnel, ce qui retarde la validation externe des structures et limite la surveillance nécessaire. La documentation des résultats de la liste de contrôle de la SBM-R par structure n'est pas facilement disponible pour être analysée et utilisée pour informer les efforts déployés au niveau de la structure ou de la préfecture pour atteindre les «étoiles» — une vue d'ensemble que les données informatisées par structure ciblée pourraient fournir. La SBM-R n'a pas été institutionnalisée par le ministère de la santé dans le cadre des efforts existants du gouvernement tels que le programme de surveillance améliorée (Monitoring amélioré) ; l'alignement entre ces programmes est nécessaire pour la durabilité.

DURABILITÉ

Recommandation 3.2. Adapter la SBM-R aux mesures existantes d'amélioration de la qualité du gouvernement de Guinée et du ministère de la santé et plaider pour une approche institutionnalisée de l'amélioration de la qualité à l'échelle du système

Pour que la SBM-R reste une mesure efficace d'amélioration de la qualité, le projet HSD devrait soutenir l'institutionnalisation et la systématisation (éventuellement par la collecte de données sous forme de tablettes) du processus de SBM-R. Les objectifs et les progrès devraient être suivis et évalués, les défis devraient être discutés au niveau infranational et, s'ils sont communs, au niveau national, pour être traités collectivement. La SBM-R peut être un processus unificateur pour faciliter l'utilisation des données pour la prise de décision et l'action du ministère de la santé. Le projet HSD peut faciliter le processus en travaillant avec le ministère de la santé pour s'approprier le processus et fournir le leadership nécessaire par le biais des directions nationales appropriées (Santé et nutrition de la famille, Bureau des stratégies et du développement, systèmes nationaux d'information sur la santé et université). Il sera nécessaire de cultiver davantage le soutien des structures pour étendre et maintenir le succès du processus de SBM-R étant donné que

l'amélioration de la qualité est un processus continu qui doit être maintenu par les structures elles-mêmes. *(En rapport avec les résultats 1.3, 1.5, 1.6, 3.1.1, 3.1.2, 3.5.2)*

Recommandation 3.3. Poursuivre le soutien au système d'information sanitaire DHIS2 pour parvenir à une mise en œuvre complète afin de faciliter la prise de décision fondée sur des données probantes

Le projet HSD a apporté des contributions importantes à un certain nombre de structures essentielles du système de santé qui nécessitent des investissements futurs supplémentaires. Grâce au processus de SBM-R et au suivi et à l'examen des données (lors de réunions mensuelles), le projet HSD a contribué à l'institutionnalisation de l'utilisation des données pour la prise de décision afin de faire progresser l'amélioration de la qualité. Les investissements passés dans le DHIS2 ont été soutenus par le projet HSD. Pour garantir que le DHIS2 soit pleinement fonctionnel et utilisé à son potentiel en Guinée, un soutien technique et managérial supplémentaire est nécessaire. Au-delà de la mise en place du logiciel, l'accent doit être mis sur la supervision de la qualité des données, l'opportunité des rapports, l'analyse au niveau sous-national pour faciliter l'utilisation des données au niveau des districts et des structures afin d'améliorer la qualité des soins pour de meilleurs résultats sanitaires. *(Les résultats se réfèrent au point 3.3.1)*

Recommandation 3.4. Renforcer le soutien à la formation initiale des sages-femmes et des infirmières ainsi qu'aux laboratoires de compétences en tant qu'investissement important pour garantir la prestation de services cliniques de qualité fondés sur des données probantes

L'investissement du projet HSD dans les écoles de sages-femmes et d'infirmières publiques et privées est nouveau et important. L'activité a démontré son succès en mettant en place un programme d'études actualisé avec les normes de performance actuelles du SRMNI+ et un laboratoire de compétences pour fournir une formation pratique sur les procédures critiques.

Le fait que les nouveaux laboratoires de compétences soient utilisés par d'autres écoles indique la valeur que les acteurs régionaux accordent à la ressource d'apprentissage. La propriété et la fierté de la direction de l'école à l'égard des laboratoires de compétences garantissent l'entretien et la sécurité de l'équipement. De tels investissements montrent le potentiel de durabilité des écoles et devraient être maintenus et développés en tant que modèle. La dynamique créée par ce volet de formation devrait être maximisée. Il est nécessaire de créer des compétences de laboratoire dans les écoles de santé de toutes les régions administratives avec le soutien du ministère de la santé *(les résultats se réfèrent au point 3.4.2)*

Recommandation 3.5. Renforcer la gestion des équipements, des infrastructures et des consommables en fonction des structures, ce qui est fondamental pour la prestation de services intégrés de qualité.

Le projet HSD a facilité la mise en œuvre des normes de performance en mettant à disposition les équipements nécessaires à leur application et en contribuant à l'amélioration des petites infrastructures. Ces contributions essentielles ont été grandement appréciées par le personnel des structures et les membres de la communauté qui ont déclaré que les améliorations des structures constituaient une forte motivation pour s'engager dans des processus d'amélioration de la qualité. Les investissements spécifiques en infrastructures identifiés comme les plus influents par les principales parties prenantes comprennent ceux qui concernent l'électricité et l'eau, et ceux mentionnés comme manquant cruellement comprennent les laboratoires *(Résultats 3.4.2 et 6.6)*, et l'espace pour les soins privés et confidentiels pour les services de planning familial et de CPN afin d'améliorer les soins respectueux et les soins adaptés aux adolescents. *(Constatations 2.1.1, 3.2.1 et 3.2.2)* Malgré la valeur accordée à ces investissements, ils n'ont pas été intégrés dans une stratégie plus large visant à assurer la maintenance, la supervision et la responsabilité de l'entretien des équipements des structures d'amélioration. Le mauvais fonctionnement, l'utilisation

abusive et le vol des équipements ont un impact sur la qualité des soins fournis malgré les meilleures intentions. Des mécanismes de retour d'information et de responsabilisation assortis de mesures punitives sont nécessaires dans le système pour lutter contre l'impunité. Le manque de responsabilité et de contrôle des gestionnaires en ce qui concerne les dons d'équipement et les améliorations des structures au niveau des structures et des préfectures doit être traité par des stratégies visant à garantir le respect des accords entre les projets et le ministère de la santé, accompagnée d'une surveillance étroite, de mécanismes de recours et de rapports. *(En rapport avec les résultats 3.1.4)*

4. USAID ET LA SUPERVISION DU PROGRAMME : LA PROGRAMMATION POUR LA DURABILITÉ

HSD activities are built on prior USAID-supported activities and complement concurrent USAID and other development partner-supported programming. This approach was successful in terms of continuity from prior projects and collaborative efforts across partners to improve coverage, although challenges were noted in communication, scope, priorities, and logistics that were not managed sufficiently, creating implementation gaps.

EFFET DE LEVIER, ADAPTATION ET RÉOLUTION DE PROBLÈMES

Recommandation 4.1. L'USAID devrait tirer parti de ses investissements dans le secteur de la santé pour améliorer la collaboration, la communication et l'impact entre ses projets/activités et d'autres dans le domaine du développement de la santé

Une communication accrue et une gestion plus synergique de la programmation entre les groupes de mise en œuvre de la SRMNIA+ pendant l'épidémie d'Ebola ont constitué une leçon importante pour aller vers une collaboration et un impact plus larges. En s'appuyant sur ces leçons de la période Ebola, l'USAID devrait améliorer la collaboration et le suivi

des activités entre les partenaires de développement soutenus et leurs activités/programmes afin d'optimiser collectivement les gains entre les projets. L'institutionnalisation des synergies entre les projets est possible grâce à la mission de l'USAID en améliorant l'alignement des ressources, du calendrier, des secteurs et des acteurs. Des réunions régulières, des jalons et des indicateurs communs et inter-projets peuvent faciliter la coopération et l'effort collectif. Des mécanismes supplémentaires pourraient être établis entre les projets (y compris d'autres partenaires de développement et le ministère de la santé) par le biais d'activités de renforcement des capacités afin d'éviter la duplication des activités et des approches entre les projets et d'assurer une couverture programmatique appropriée à travers les besoins démontrés (par exemple, domaines d'actualité, géographies, supervision et gestion). Les réunions mensuelles de l'USAID peuvent être utiles pour aligner les activités, mais elles doivent être accompagnées d'un suivi continu entre les programmes afin d'optimiser les gains entre les projets. *(Se rapporte aux résultats 6.1, 6.3, 6.4, 6.5)*

Recommandation 4.2. La flexibilité dans la conception, la mise en œuvre et les mesures des résultats des projets est nécessaire pour s'adapter à l'évolution du contexte et des besoins

Les frontières de programmation fixes entre les activités soutenues par l'USAID ont limité la capacité des projets à s'adapter rapidement lorsque des éléments importants des systèmes sont passés entre les mailles du filet. Le manque de flexibilité dans la conception des activités a perpétué ce problème. L'institutionnalisation des mesures d'atténuation pour améliorer la réponse adaptative dans l'ensemble des activités de l'USAID est nécessaire car l'absence d'un plan d'urgence clair limite les réalisations de tous les projets. Des efforts plus larges devraient être faits pour que les projets soutenus par l'USAID se renforcent mutuellement, s'adaptent au contexte en évolution lorsque des lacunes dans la prestation de services apparaissent et travaillent avec les partenaires des systèmes de santé pour atténuer les difficultés, à l'avenir. En outre, le succès des activités de l'USAID pourrait être amélioré en encodant la

responsabilité partagée (et les mesures de succès) entre les projets (par exemple pour le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement dans l'ensemble du système de santé, de la structure de santé à la gestion au niveau national) et en assurant des réunions régulières et des examens annuels de correction de trajectoire. L'attribution de la responsabilité et la spécification dans la demande de proposition ont été suggérées, entre autres, comme moyens de surmonter ces difficultés. Garantir que les stratégies de collaboration, d'apprentissage et d'adaptation dans les projets futurs impliquent les principaux points focaux du gouvernement, du partenaire de mise en œuvre et de l'USAID dans le renforcement des capacités de gestion adaptative, et incluent une évaluation de la stratégie de collaboration, d'apprentissage et d'adaptation, contribuerait à résoudre ce problème. *(En rapport avec la conclusion 6.3)*

CONCEPTION POUR LA DURABILITÉ

Recommandation 4.3. Concevoir des projets en consortium pour accroître l'appropriation et déléguer les responsabilités aux partenaires gouvernementaux

Le projet HSD (et les activités antérieures) se sont penchés sur l'amélioration de la prestation des services et de la qualité des soins, chaque nouvelle activité s'appuyant sur certains éléments de l'activité précédente. La durabilité, telle qu'observée par le personnel des services de santé guinéens, est essentiellement garantie par cette approche de projet générationnel. Le projet DHS n'a pas été conçu avec un plan de dévolution au ministère de la santé. Pour faire avancer la Guinée sur le «chemin de l'autonomie», les activités doivent être conçues dans une optique de durabilité avec la participation des homologues du gouvernement afin de mettre en place des plans réalistes pour étendre progressivement l'appropriation, l'engagement et le leadership du gouvernement. Lors de la conception du projet, les théories du changement doivent être explicites quant à la manière dont le projet renforcera l'appropriation et le leadership au fil du temps. *(En rapport avec la conclusion 3.5)*

Recommandation 4.4. Envisager de démontrer la pleine efficacité des activités d'investissement en accordant la priorité à la taille de l'investissement

Le projet HSD a ciblé sept régions du pays dans le but d'améliorer la qualité des soins intégrés SRMNIA+ dans des structures sélectionnées. L'ampleur de l'ensemble des interventions a nécessité une formation continue, un suivi, une collecte de données et des rapports. Des efforts de formation continue étaient nécessaires pour apporter l'ensemble des interventions à toutes les structures et à tout le personnel, compte tenu des problèmes de rotation et de rétention du personnel. Étant donné la qualité des prestations et des soins de la SRMNIA+, l'état de santé de la population, les ressources financières disponibles pour le projet, le calendrier de disponibilité des ressources et les défis

contextuels connus, les activités du projet HSD ont mis l'accent sur l'ampleur (atteindre autant de régions et de structures que possible) plutôt que sur la profondeur (se concentrer sur la preuve du concept dans un sous-ensemble de régions et de structures). Le projet HSD et les activités futures pourraient envisager une autre approche consistant à fournir l'ensemble des activités intégrées dans une zone géographique plus limitée. Cela faciliterait l'attention et l'encadrement plus spécifiques à un sous-ensemble de structures afin de démontrer comment le succès peut être atteint tel qu'envisagé par le projet. (*En rapport avec la conclusion 6.3*) En définissant plus avant une stratégie, l'USAID devra prendre en compte certaines priorités en matière d'étendue et de profondeur de la couverture.

REFERENCES

1. Central Intelligence Agency. The World Factbook: Guinea. 2018. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/guinea/> (accessed October 10 2019).
2. Institut National de la Statistique, Ministère du Plan et du Développement Economique. Annuaire Statistique 2016. Conakry, Guinée: INS, 2017.
3. Institut National des Statistiques. Guinea Demographic and Health Survey 2012. Conakry: Institute National des Statistiques, MEASURE DHS, 2014.
4. Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet (London, England)* 2016; 387(10017): 462-74.PMC5515236
5. Institut National de la Statistique MdPedDE, République de Guinée,, The DHS Program I. Enquête Démographique et de Santé 2018 (EDSG V). Conakry, Guinée: Institut National de la Statistique, Ministère du Plan et du Développement Economique, République de Guinée 2019.
6. USAID Data Services. Foreign Aid Explorer. 2020. <https://explorer.usaid.gov/cd/GIN>.
7. Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, et al. A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reproductive health* 2017; 14(1): 4.5237275
8. Balde MD, Diallo BA, Bangoura A, et al. Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. *Reproductive health* 2017; 14(1): 3.5225581
9. Maheu-Giroux M, Filippi V, Samadoulougou S, et al. Prevalence of symptoms of vaginal fistula in 19 sub-Saharan Africa countries: a meta-analysis of national household survey data. *Lancet Glob Health* 2015; 3(5): e271-8
10. Evans DK, Goldstein M, Popova A. The Next Wave of Deaths from Ebola? The Impact of Health Care Worker Mortality. Policy Research Working Paper 7344. Accra, Ghana: World Bank Group, Africa Region. Office of the Chief Economist., 2015.
11. Institut National de la Statistique (INS), ICF. Enquête Démographique et de Santé en Guinée 2018. Conakry, Guinée et Rockville, Maryland, USA: INS et ICF, 2018.
12. Delamou A, Dubourg D, Delvaux T, et al. How the free obstetric care policy has impacted unmet obstetric needs in a rural health district in Guinea. *PloS one* 2015; 5(10): 6
13. Ministère de la Sante RdG. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024. Conakry, Guinée: Ministère de la Sante, République de Guinée, 2015.
14. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet (London, England)* 2004; 364(9449): 1984-90
15. Coordination Nationale Ebola Guinée, World Health Organization. Rapport de la Situation Epidémiologique, Maladie à Virus Ebola en Guinée du 29 Decembre 2015. Sit_Rep_no 623. Conakry: Coordination Nationale Ebola, Guinée, 2015.
16. World Health Organization. Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2015.
17. Centers for Disease Control and Prevention NCfEaZIDN, Division of High-Consequence Pathogens and Pathology (DHCPP), Viral Special Pathogens Branch (VSPB). 2014-2016 Ebola Outbreak Distribution in West Africa. 2019 (accessed October 10 2019).
18. Coordination Nationale Ebola in Guinée O. Rapport de la Situation Epidémiologique, Maladie à Virus Ebola en Guinée du 28 Février 2015. Sit. Rep. No 319. Conakry, Guinea: Coordination Nationale Ebola Guinée and Organisation mondiale de la Santé, 2015.
19. Présidence de la République de Guinée. Troisième recensement général de la population et de l'habitat 2014., Décret D/2015/225/PRG/SGG. Conakry, Guinée: Institut National des Statistiques, 2015.

20. Delamou A, Hammonds RM, Caluwaerts S, Utz B, Delvaux T. Ebola in Africa: beyond epidemics, reproductive health in crisis. *Lancet (London, England)* 2014; 384(9960): 2105
21. Menendez C, Lucas A, Munguambe K, Langer A. Ebola crisis: the unequal impact on women and children's health. *Lancet Glob Health* 2015; 3(3): e130
22. Black BO. Obstetrics in the time of Ebola: challenges and dilemmas in providing lifesaving care during a deadly epidemic. *BJOG* 2015; 122(3): 284-6
23. Delamou A, Beavogui AH, Konde MK, van Griensven J, De Brouwere V. Ebola: better protection needed for Guinean health-care workers. *Lancet (London, England)* 2015; 385(9967): 503-4
24. Fischer WA, 2nd, Hynes NA, Perl TM. Protecting health care workers from Ebola: personal protective equipment is critical but is not enough. *Ann Intern Med* 2014; 161(10): 753-4
25. Tsoidras S, Tsakris A. Ebola virus and childhood immunisation lapse: another hidden public health risk. *BMJ* 2014; 349(g7668):
26. Thiam S, Delamou A, Camara S, et al. Challenges in controlling the Ebola outbreak in two prefectures in Guinea: why did communities continue to resist? *Pan Afr Med J* 2015; 22 Suppl 1: 22.4695515
27. Omidian P, Tehoungue K, Monger J. Medical Anthropology Study of the Ebola Virus Disease (EVD) Outbreak in Liberia West Africa. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014.
28. Brolin Ribacke KJ, Saulnier DD, Eriksson A, von Schreeb J. Effects of the West Africa Ebola Virus Disease on Health-Care Utilization – A Systematic Review. *Frontiers in public health* 2016; 4: 222.PMC5056406
29. Ly J, Sathananthan V, Griffiths T, et al. Facility-Based Delivery during the Ebola Virus Disease Epidemic in Rural Liberia: Analysis from a Cross-Sectional, Population-Based Household Survey. *PLoS Med* 2016; 13(8): e1002096
30. Barden-O'Fallon J, Barry MA, Brodish P, Hazerjian J. Rapid Assessment of Ebola-Related Implications for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health Service Delivery and Utilization in Guinea. *PLoS Curr* 2015; 7.4542265
31. Lori JR, Rominski SD, Perosky JE, et al. A case series study on the effect of Ebola on facility-based deliveries in rural Liberia. *BMC pregnancy and childbirth* 2015; 15: 254.4603295
32. Iyengar P, Kerber K, Howe CJ, Dahn B. Services for mothers and newborns during the ebola outbreak in liberia: the need for improvement in emergencies. *PLoS Curr* 2015; 7.4404271
33. Delamou A, El Ayadi AM, Sidibe S, et al. Effect of Ebola virus disease on maternal and child health services in Guinea: a retrospective observational cohort study. *Lancet Glob Health* 2017; 5(4): e448-e57
34. Leno NN, Delamou A, Koita Y, et al. Ebola virus disease outbreak in Guinea: what effects on prevention of mother-to-child transmission of HIV services? *Reproductive health* 2018; 15(1): 60.PMC5891943
35. United States Agency for International Development. USAID/Guinea Country Development Cooperation Strategy 2015-2020. . Washington, DC: USAID, Updated Dec 19, 2019.
36. Marchal B, van Belle S, van Olmen J, Hoérée T, Kegels G. Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. *Evaluation* 2012; 18(2): 192-212
37. Jhpiego, EngenderHealth, Save the Children. Health Services Delivery Project Guinea, Annual Report October 2018–September 2019. Conakry, Guinea: Jhpiego, 2019.
38. WHO. Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development, 2006.
39. Delamou A, Delvaux T, El Ayadi AM, et al. Fistula recurrence, pregnancy, and childbirth following successful closure of female genital fistula in Guinea: a longitudinal study. *Lancet Glob Health* 2017:
40. Djellouli N, Mann S, Nambiar B, et al. Improving postpartum care delivery and uptake by implementing context-specific interventions in four countries in Africa: a realist evaluation of the Missed Opportunities in Maternal and Infant Health (MOMI) project. *BMJ global health* 2017; 2(4): e000408.PMC5717926

41. Yugbare Belemsaga D, Goujon A, Bado A, et al. Integration of postpartum care into child health and immunization services in Burkina Faso: findings from a cross-sectional study. *Reproductive health* 2018; 15(1): 171. PMC6180606
42. Dadi TL, Bekele BB, Kasaye HK, Nigussie T. Role of maternity waiting homes in the reduction of maternal death and stillbirth in developing countries and its contribution for maternal death reduction in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC health services research* 2018; 18(1): 748. PMC6167854
43. Geleto A, Chojenta C, Musa A, Loxton D. Barriers to access and utilization of emergency obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa: a systematic review of literature. *Systematic reviews* 2018; 7(1): 183. PMC6234634
44. Mazur A, Brindis CD, Decker MJ. Assessing youth-friendly sexual and reproductive health services: a systematic review. *BMC health services research* 2018; 18(1): 216. PMC5870922

ANNEXES

1. Énoncé des travaux d'évaluation
2. Matrice d'évaluation
3. Instruments de collecte des données
4. Sources d'information
5. Groupe de référence stratégique
6. Divulgence des conflits d'intérêts
7. Tableaux de données
8. Étude de cas de la SBM-R

ANNEXE I: ENONCE DES TRAVAUX D'ÉVALUATION

ÉNONCÉ DES TRAVAUX D'ÉVALUATION FINALE DU PROJET HAUTE QUALITE DES SERVICES DE SANTE POUR LE DEVELOPPEMENT (HSD) DES USAID GUINÉE

Révisé en juillet 2019

HISTORIQUE ET CONTEXTE

La situation de la santé maternelle, néonatale et infantile en Guinée est désastreuse malgré des interventions ciblées de développement au cours des dernières années. Bien que les résultats préliminaires de la dernière enquête démographique et de santé (EDS 2018) indiquent certaines améliorations, le taux de mortalité reste élevé. Le taux de mortalité infantile chez les enfants de moins de cinq ans est passé de 123 à 111 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012. On estime que le taux de mortalité infantile a été réduit de 67 en 2012 à 66 décès pour 1 000 naissances vivantes. La mortalité néonatale reste à 34 décès pour 1 000 naissances vivantes. La fièvre, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës restent la principale cause de mortalité néonatale et postnatale. On constate également des changements dans les principaux indicateurs de santé maternelle et infantile et de planification familiale. Les niveaux d'amélioration des différents indicateurs varient d'une région à l'autre, certaines des performances les plus médiocres étant enregistrées dans les régions d'intervention actuelles de l'USAID.

Au cours de cette période, la Guinée a subi la catastrophique épidémie d'Ebola de 2014-2015 qui a coûté la vie à 2 254 personnes, dont xxx prestataires de services de santé. Une baisse importante de la fréquentation des structures de santé au cours de cette période a eu un impact sur tous les services, y compris les services de maternité, augmentant ainsi le risque de mortalité maternelle et infantile.

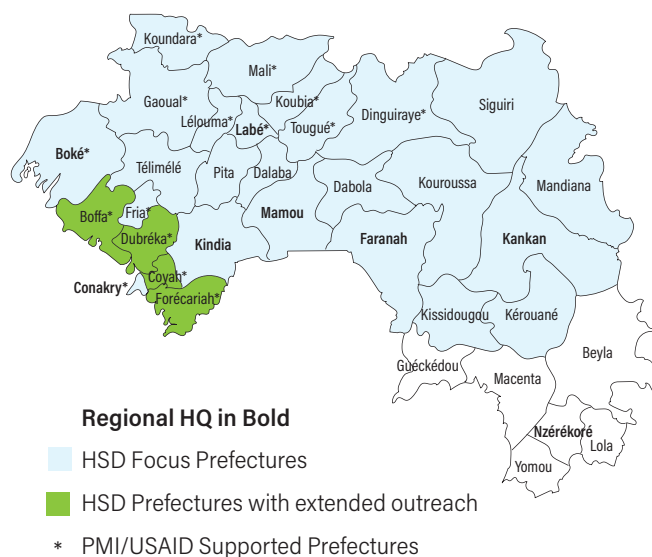
Au cours des dernières années, l'USAID Guinée a

investi des ressources substantielles visant à améliorer la dotation des services de santé maternelle et infantile en Guinée. Cela s'est fait par le biais d'activités autonomes liées à la santé maternelle et infantile visant à reconstruire le système de santé et à améliorer la prestation des services. Des activités complémentaires sur la prévention du paludisme visent également à réduire la mortalité liée au paludisme chez les femmes et les enfants. Des activités de renforcement des systèmes de santé, qui se penchent sur l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels et sur la disponibilité et l'utilisation d'informations stratégiques, ainsi que sur la gouvernance ciblée de la santé à différents niveaux, ont également été mises en œuvre. Des investissements supplémentaires dans le cadre du deuxième pilier du programme Ebola de Washington de l'USAID pour la période 2015-2018 ont également été consacrés aux structures de services essentiels, notamment les services de santé génésique, maternelle et infantile, et au renforcement des systèmes de santé, y compris l'adoption de mesures efficaces de prévention et de contrôle des infections. L'annexe 1 contient une liste des activités de l'USAID mises en œuvre en Guinée depuis 2015.

En décembre 2015, l'USAID Guinée a lancé une activité phare de prestation de services de santé sur cinq ans pour soutenir la dotation d'un ensemble de soins essentiels et intégrés (EICP) pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et la planification familiale (PF) de manière cohérente et de haute qualité dans les structures de santé et les communautés environnantes dans sept des huit régions de Guinée, à savoir Boké, Conakry, Kindia, Mamou, Faranah,

Kankan et Labé. L'ensemble intégré est censé être mis en œuvre dans le cadre du continuum de soins de maison à hôpital, où les principales interventions de l'activité garantiront la disponibilité de soins de qualité à chaque niveau, ainsi que l'accès à l'information et l'orientation vers les services de santé pour les maladies graves, la fistule obstétricale (FO) et la contraception permanente et à longue durée d'action. Cet objectif sera atteint grâce à trois objectifs fondamentaux : a) amélioration de la prestation de services de santé de qualité ; b) amélioration des comportements sains et de la demande de services de santé de qualité et c) renforcement des systèmes de santé. Le projet HSD met également en œuvre des activités de soutien à la prévention, à la détection et au traitement de la violence liée au sexe dans la communauté. L'une des approches transversales d'amélioration de la qualité du projet HSD est la gestion et la reconnaissance basées sur les normes (SBM-R), mise en œuvre en tant qu'approche de gestion proactive et pratique pour améliorer la performance et la qualité des services dans 97 structures. Les structures qui satisfont à un minimum de 80% des normes de performance sélectionnées dans le cadre de la PF, de SMNI et de la PCI sont accréditées par une étoile d'or lors d'une cérémonie publique, ce qui signifie que la structure fournit des services de qualité. En règle générale, la SBM-R s'accompagne d'autres interventions visant à améliorer les performances et l'environnement de travail des prestataires, notamment la formation en cours d'emploi et la supervision de soutien.

En 2019, l'activité HSD a été modifiée pour inclure un volet sur la diffusion des services mobiles et l'entretien des structures de santé visant à renforcer la confiance de la communauté et l'utilisation des services de santé. Le coût total estimé du projet HSD a ainsi été augmenté de 24 000 000 à 28 800 000 dollars grâce aux fonds bilatéraux de la Mission de Guinée et au programme Ebola de l'USAID Washington Global Health. L'activité HSD est mise en œuvre par Jphiego en partenariat avec Engender Health et Save the Children.



À la fin de la période de cinq ans, le projet, en collaboration avec le ministère de la santé, aura contribué à accroître la disponibilité et la qualité d'un ACIS pour la SMNI et la PF à chaque niveau du système de santé, de la communauté à l'hôpital préfectoral, aux niveaux régional et national, afin d'atténuer les effets de l'épidémie d'Ebola, de rétablir la confiance de la communauté dans le système de santé et son utilisation, et d'améliorer la santé de la population guinéenne. Au moins 80% des 272 structures ciblées offriront la gamme complète des services de l'ACIS en fonction de leur niveau dans le système de santé. Le cadre de résultats du projet HSD est joint à l'annexe 2.

Alors que la Guinée est sortie de l'épidémie d'Ebola au cours des trois dernières années, le soutien au développement extérieur et les modes de financement sont revenus à des niveaux presque normaux. Outre l'USAID, d'autres efforts de développement du secteur de la santé en Guinée sont désormais menés par le Fonds mondial, l'UNFPA, l'Union européenne, l'UNICEF, l'Organisation Mondiale de la Santé et la Banque Mondiale, entre autres. Une direction et des changements politiques importants sont apparus dans le pays, créant à la fois des opportunités et des défis pour mener le programme de réforme de la santé.

⁶ Total Global Health funding in the instrument was USD 7,500,000 initially targeted to be spent within the first two years of the Activity lifespan.

De même, des changements similaires au sein de l'USAID pour recentrer nos efforts sur la création d'une autonomie exigent une réévaluation de la manière dont nous nous associons aux acteurs locaux pour renforcer leur capacité et leur engagement à fournir et à maintenir des résultats en matière de santé.

L'émergence de nouveaux résultats d'EDS, un environnement politique incertain et des priorités politiques changeantes coïncidant avec la fin de la première stratégie de coopération au développement par pays (CDCS) de l'USAID Guinée et le projet HSD en 2020 offrent une occasion unique de réfléchir aux moyens d'orienter plus stratégiquement les ressources sanitaires de l'USAID dans le pays pour obtenir des résultats plus durables au cours des cinq prochaines années.

OBJECTIF ET UTILISATION DE L'ÉVALUATION

Du moment où les activités du projet HSD touchent à leur fin en Décembre 2020, l'USAID souhaite vérifier de manière indépendante les résultats obtenus et la manière dont les principales interventions stratégiques ont contribué à leur réalisation. Cette évaluation des performances en fin d'activité permettra de déterminer comment l'USAID peut se pencher sur ses interventions en matière de santé maternelle et infantile et de PF pour soutenir une plus large autonomie des pays. L'évaluation mettra en évidence les pratiques prometteuses, les leçons apprises, les faiblesses et les lacunes, les points positifs sur lesquels nous pouvons nous appuyer, les possibilités d'expansion et les nouvelles opportunités qui devraient éclairer la conception d'une nouvelle activité sanitaire et d'une stratégie sanitaire globale pour l'USAID en Guinée au cours des cinq prochaines années.

Les résultats et les recommandations de cette évaluation peuvent également être utilisés par le gouvernement et les autres partenaires au

développement pour déterminer comment les efforts et les ressources peuvent être mieux orientés vers le renforcement du système de santé en Guinée.

QUESTIONS D'ÉVALUATION

L'évaluation portera spécifiquement sur les questions suivantes :

1. **Paquet intégré des soins essentiels** : Dans quelle mesure l'approche de base du projet HSD (à savoir l'amélioration du continuum de soins entre le domicile et l'hôpital, la garantie de la disponibilité de soins de haute qualité à chaque niveau, l'accès à l'information et la référence pour les maladies graves, le renforcement des capacités des professionnels de la santé) a-t-elle contribué à améliorer la disponibilité et l'utilisation d'un ensemble de soins intégrés essentiels dans les structures ciblées (environ 272 structures) ? Quels facteurs internes et externes ont eu un effet positif ou négatif sur la réalisation de ces résultats ?
2. **Engagement des acteurs locaux** : Dans quelle mesure la conception et la mise en œuvre du projet HSD ont-elles permis d'engager et de renforcer la capacité des acteurs locaux, c'est-à-dire le gouvernement à différents niveaux, la société civile, les communautés et le secteur privé, les autres partenaires de développement et les activités de l'USAID, à fournir et à maintenir des services de SMI/ PF ?
3. **Prise en charge des fistules** : Dans quelle mesure les capacités techniques et managériales locales ont-elles été suffisamment renforcées pour soutenir la prévention et le traitement des fistules en Guinée ?
4. **Violence basée sur le genre** : Dans quelle mesure les ressources financières limitées ont-elles été stratégiquement affectées à la lutte contre la VBG dans le cadre des activités du projet HSD ? Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour améliorer les résultats ?

⁷ This evaluation will focus on the core HSD scope; i.e. it does not cover the expanded outreach and maintenance component. Note that the Guinea Mission is pursuing a separate ongoing assessment of the new component.

5. **Adaptation** : Dans quelle mesure la mise en œuvre du projet HSD s'est-elle adaptée aux changements de l'environnement opérationnel interne et externe ? Quels facteurs ont permis ou entravé la capacité du programme à s'adapter à ces changements ?
6. **Il y a un certain intérêt à poursuivre dans cette voie, mais il faut en déterminer la faisabilité**

L'équipe d'évaluation est encouragée à faire des suggestions/amendements aux questions d'évaluation conformément à l'objectif de l'évaluation pour approbation par l'USAID.

CONCEPTION ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

L'évaluation utilisera des méthodes mixtes pour recueillir et analyser les informations pertinentes nécessaires pour répondre aux questions de l'évaluation.

Les méthodes de collecte de données suggérées sont les suivantes :

- ▶ **Revue des documents du programme et de la documentation connexe** : L'équipe examinera plusieurs documents liés au projet, notamment les documents de sollicitation, les plans de travail annuels, les plans de suivi, d'évaluation et d'apprentissage, l'évaluation de base et les rapports d'avancement. L'équipe examinera également d'autres plans et stratégies de l'USAID, des districts et du secteur de la santé, ainsi que d'autres documents relatifs aux politiques et aux performances. Une liste illustrative de documents est jointe à l'annexe 3.
- ▶ **Entretien avec un informateur clé (EIC) et discussions de groupe dirigées** : L'équipe d'évaluation mènera des entretiens individuels approfondis et des discussions de groupe dirigées avec le personnel du programme aux différents niveaux, les organisations partenaires, les parties prenantes du ministère de la santé, le personnel de santé du district (DPS, DRS), d'autres partenaires de mise en œuvre de l'USAID, l'équipe de pays

de l'USAID en Guinée et à Washington, l'UNFPA, l'UNICEF et d'autres partenaires de développement, les organisations non gouvernementales, le personnel des structures et des postes de santé, les membres des comités de santé et d'hygiène, les professionnels de la santé et les membres de la communauté sur leurs points de vue et leurs perceptions du programme et du type de changements qui ont résulté de l'intervention du programme.

- ▶ **Étude de cas** : L'équipe d'évaluation élaborera une étude de cas sur l'approche principale d'amélioration de la qualité des activités du projet HSD, la gestion et la reconnaissance basées sur des normes et ses contributions à l'amélioration durable des services de santé. Cette étude de cas examinera les facteurs sous-jacents d'amélioration de la qualité des services et le potentiel de reproduction, d'extension et de durabilité de cette approche.
- ▶ **Analyse des données secondaires** : Le programme de suivi, d'évaluation et d'apprentissage du pilier II du virus Ebola de l'USAID a mené des enquêtes sur les structures de santé dans des structures ciblées soutenues ou non par le gouvernement américain en 2017/18.⁸ L'équipe d'évaluation analysera ces données en parallèle avec les ensembles de données du projet HSD afin de déterminer l'effet et la contribution des investissements de l'USAID à l'amélioration de la prestation et de l'utilisation des services.

Les évaluateurs potentiels sont encouragés à proposer des méthodologies alternatives supplémentaires qui, selon eux, peuvent apporter des preuves stimulantes et solides pour répondre aux questions de l'évaluation.

L'équipe d'évaluation développera des outils et des conseils détaillés pour la collecte de données et travaillera en étroite collaboration avec le personnel du projet HSD pour identifier les répondants appropriés. Tous les instruments et guides de collecte de données seront approuvés par l'USAID avant le début du travail sur le terrain.

⁸ Une enquête sur les structures de santé et une enquête démographique et sanitaire ont été commandées par le gouvernement allemand, mais les sources de données idéales ne seront pas disponibles à temps pour cette évaluation.

Échantillonnage : L'équipe d'évaluation doit proposer et utiliser de bonnes techniques d'échantillonnage pour déterminer les préfectures / communes et les structures à visiter ainsi que les parties prenantes qui seront consultées.

Analyse : L'équipe d'évaluation proposera des stratégies et des outils d'analyse des données tant qualitatives que quantitatives. L'équipe évaluera les tendances en matière de disponibilité et de qualité des services au cours des dernières années dans les différents districts soutenus par le projet HSD. La ventilation et l'analyse des données par sexe et par âge afin d'établir les effets différentiels du projet sur les hommes, les femmes et les différents groupes d'âge seront également attendues. L'équipe proposera d'autres approches d'analyse.

Une matrice de conception de l'évaluation est fournie à l'annexe 4 pour guider l'équipe d'évaluation à synthétiser la conception, l'approche et les méthodes d'évaluation. Cette matrice sera fournie dans le cadre du rapport de voyage de cadrage

LIMITES POTENTIELLES

1. Exhaustivité et qualité des données de base
2. Prise en compte d'autres facteurs hors de l'influence du projet qui affectent la qualité des soins, tels que la disponibilité du personnel du gouvernement central et des structures de santé, la rupture de stock de médicaments et d'autres produits médicaux.
3. Determining attribution for cross-cutting system strengthen components of the program that get contribution from other partners

SCOPING

Cette évaluation sera lancée par une visite de cadrage dans le pays, visant à comprendre sur le terrain les priorités et la disponibilité des données afin d'éclairer l'élaboration d'un plan d'évaluation et d'un calendrier réalistes. Par le biais d'un processus consultatif, le contractant rencontrera l'USAID, le personnel du partenaire de mise en œuvre du projet HSD, les

principaux homologues gouvernementaux afin d'obtenir une compréhension préliminaire de l'activité et de la manière dont elle a été mise en œuvre, d'affiner la théorie du changement, de déterminer la disponibilité des données (qualité et quantité) et d'établir, sur la base des intérêts et des priorités perçus, les modalités de cette évaluation. Sur la base de ces consultations, le cabinet élabore et soumet à l'approbation de l'USAID un plan d'évaluation réaliste qui comprend

- ▶ Conclusions préliminaires de l'étude documentaire
- ▶ Théorie articulée du changement
- ▶ Matrice détaillée de conception de l'évaluation qui relie les questions d'évaluation du cahier des charges (dans leur forme finale) aux sources de données, aux méthodes et au plan d'analyse des données ;
- ▶ Outils de collecte de données, notamment des ébauches de questionnaires, des guides de discussion de groupe dirigées et d'autres instruments de collecte de données ou leurs principales caractéristiques ;
- ▶ Liste des personnes interrogées et des sites potentiels à visiter et proposition de critères de sélection et/ou de plan d'échantillonnage (doit inclure la méthodologie et les méthodes d'échantillonnage, y compris une justification de la taille de l'échantillon et de tout calcul applicable) ;
- ▶ Limites de la conception de l'évaluation ; et
- ▶ Plan de diffusion (conçu en collaboration avec l'USAID)
- ▶ L'équipe d'évaluation, ses rôles et responsabilités
- ▶ Plan de travail détaillé indiquant un calendrier pour chaque activité d'évaluation à entreprendre, y compris le travail sur le terrain et la répartition des efforts d'expertises
- ▶ Proposition de budget d'évaluation

AUTRES RÉSULTATS ATTENDUS ET EXIGENCES EN MATIÈRE DE RAPPORTS APRÈS LA VISITE DE CADRAGE

- ▶ **En bref sur le pays** : À son arrivée dans le pays, l'équipe d'évaluation tiendra une réunion d'information avec l'USAID et le personnel du HSD dans le cadre de l'exercice de planification de l'équipe. Cette séance d'information comprendra une présentation de l'équipe d'évaluation et une discussion sur le champ d'application des travaux, une présentation initiale de la méthodologie d'évaluation et du plan de travail proposés, ainsi que d'autres questions émergentes susceptibles d'affecter l'évaluation.⁹
- ▶ **Rapports d'avancement hebdomadaires** : De brefs rapports informels soulignant les progrès, les défis et les contraintes et décrivant la réponse de l'équipe d'évaluation.
- ▶ **Brève présentation orale** : Après le travail sur le terrain et l'analyse initiale, l'équipe d'évaluation présentera les résultats et conclusions préliminaires à l'USAID et au partenaire chargé de la mise en œuvre par le biais d'une présentation en personne à l'aide de Power Point. Cette réunion et cette présentation se dérouleront en anglais. La présentation orale devrait, au minimum, couvrir les principaux résultats, les conclusions, les recommandations d'amélioration et les principaux enseignements. L'équipe d'évaluation se mettra en rapport avec la mission pour convenir des dates, du public, du lieu et des autres dispositions logistiques de cette réunion d'information.
- ▶ **Préliminaires pour l'élaboration des recommandations** : L'équipe d'évaluation doit organiser une [présentation/atelier] préliminaire pour discuter du résumé des résultats et des conclusions avec l'USAID et les parties prenantes ciblées afin de rédiger en collaboration toute recommandation demandée. Les parties prenantes spécifiques à inviter seront confirmées lors de la visite de cadrage. Toute présentation ou atelier sera programmé comme convenu lors de la réunion d'information. À partir de cette réunion, un rapport de constatations/ conclusions/recommandations sera élaboré et inclus dans le rapport d'évaluation final.
- ▶ **Ébauche de rapport d'évaluation** : Le contenu doit couvrir tous les principaux éléments du rapport, y compris les principales constatations, les conclusions, les enseignements tirés, les recommandations et les annexes pertinentes, y compris l'étude de cas. Les contributions de l'atelier de restitution et de recommandations doivent être incorporées dans le rapport. Le rapport doit être conforme au contenu du rapport d'évaluation de l'USAID et aux normes énoncées à l'annexe 5. La date de soumission du premier projet de rapport sera déterminée dans le plan de conception de l'évaluation.
- ▶ **Rapport final** : Le contractant soumettra un rapport final conforme à la norme 508 (ne dépassant pas 30 pages, à l'exclusion des annexes), qui comprendra des modifications finales tenant compte des commentaires de l'USAID et d'autres parties prenantes. Le rapport final approuvé doit être approuvé par l'USAID. Le rapport final doit être fourni en anglais et en français.
- ▶ **Synthèse de l'évaluation** : L'équipe d'évaluation produira une synthèse ou un résumé convivial de l'évaluation dans un format attrayant et compréhensible pour le public. Ce résumé sera produit en anglais et en français. La synthèse sera présentée en même temps que le rapport d'évaluation final.
- ▶ **Revue après action (RAA)** : L'équipe d'évaluation et l'USAID participeront à un examen après action du processus d'évaluation dans le cadre de la procédure d'évaluation à court terme afin de tirer des

⁹ The Evaluation Contractor is expected to schedule team planning calls / meetings even before and after the team arrives in country to enable the evaluation team meet to form common understandings of the assignments, discuss individual roles and tasks, and plan for the assignment.

enseignements et de déterminer les améliorations nécessaires pour les futurs exercices d'évaluation. Cette discussion sera organisée et documentée par l'USAID pour être partagée avec le contractant de l'évaluation.

- **Soumission du rapport d'évaluation final au centre d'échange d'expériences en matière de développement** : Conformément à la politique de l'USAID (ADS 201.3.5.18), le contractant doit soumettre le rapport final d'évaluation et son ou ses résumés au « Experience Clearing house (DEC) » dans les trois mois suivant l'approbation finale par l'USAID.

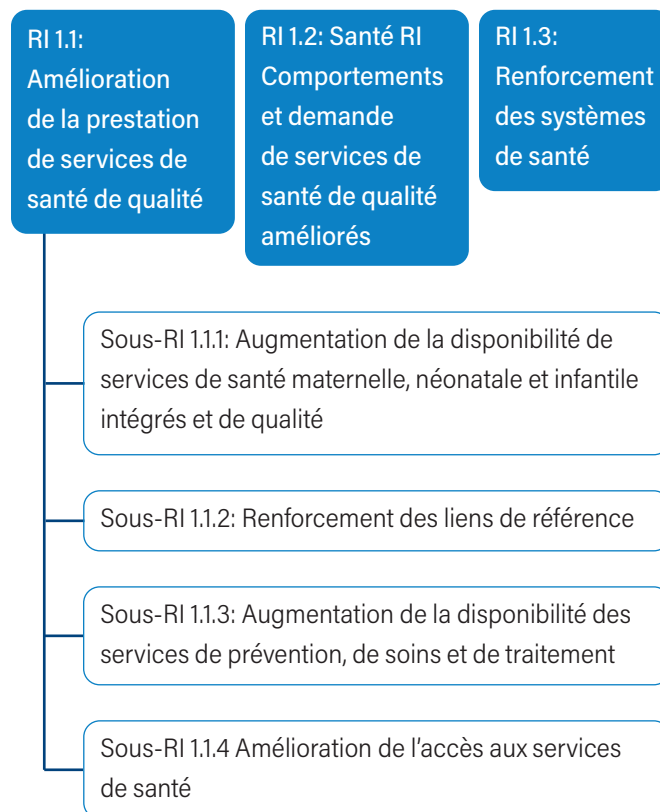
LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION –

A déterminé à la suite de la mission de cadrage

TIMING

Scoping Exercise including in country trip	September 2019	10 days
Final Evaluation Design	September 2019	Two weeks after the in country scoping trip
Internal Review Board (IRB) approval	October 2019	
In country data collection	October/ November 2019	o/a 4-5 weeks
Recommendation workshops	November	
Draft Report	December 2019	
Final Report	Jan/Feb 2020	

SOW ANNEXE 1: CADRE DE RÉSULTATS DES ACTIVITÉS DU PROJET HAUTE QUALITE DES SERVICES DES SANTE POUR LE DEVELOPPEMENT



SOW ANNEXE 2: LISTE ILLUSTRATIVE DES DOCUMENTS À EXAMINER

Documents du programme

- RFA / Document d'appel d'offres
- Accord et modifications
- Plans de travail annuels, rapports d'avancement et rapports financiers annuels et trimestriels
- Rapports et comptes rendus des rapports annuels et trimestriels de revue des programmes
- Suivi de l'évaluation et du plan d'apprentissage et rapports d'évaluation de la qualité des données
- Rapports de base
- Lignes directrices et autres documents politiques

produits à la suite des efforts déployés dans le cadre du projet HSD

- ▶ Rapports financiers

USAID

- ▶ Évaluation rapide des systèmes de santé menée par le projet MCSP-HSSUSAID
- ▶ Stratégie de coopération au développement par pays 2015-2019
- ▶ Document d'évaluation des projets de santé intégrés 2015, amendement 2017
- ▶ Stratégie de l'USAID pour mettre fin aux décès maternels et infantiles évitables
- ▶ Cadre d'évaluation des systèmes locaux
- ▶ Cadre de renforcement des systèmes de santé de l'USAID
- ▶ Feuille de route pour l'autosuffisance de la Guinée
- ▶ Évaluation nationale de la chaîne d'approvisionnement 2016, 2019

Documents nationaux et autres documents pertinents

- ▶ Plan national de développement sanitaire 2015-2024
- ▶ Stratégie nationale de relance du virus Ebola 2015-2017
- ▶ Politique communautaire en matière de santé
- ▶ Guinée Enquête en grappes à indicateurs multiples 2016
- ▶ Résultats préliminaires du DHS 2018
- ▶ Plan de mise en œuvre chiffré du planning familial en Guinée
- ▶ Jeunesse

SOW ANNEX 3: FINAL REPORT FORMAT AND QUALITY CRITERIA

1. Résumé
2. Résumé exécutif
3. But de l'évaluation

4. Contexte et stratégies/projets/activités évalués
Evaluation Questions
5. Méthodologie
6. Limites de l'évaluation
7. RÉSULTATS, conclusions et (le cas échéant) recommandations
8. Annexes

Voir la [boîte à outils d'évaluation](#) pour la [note pratique sur la préparation des rapports d'évaluation](#) et l'ADS 201mah, Exigences de l'USAID en matière de rapports d'évaluation. Un modèle [de rapport d'évaluation facultatif](#) est également disponible dans la boîte à outils d'évaluation.

Le **résumé de l'évaluation**, qui ne doit pas dépasser **250 mots**, doit décrire ce qui a été évalué, les questions d'évaluation, les méthodes et les principaux résultats ou conclusions. Le résumé doit **faire 2 à 5 pages** et résumer l'objectif, le contexte du projet évalué, les principales questions d'évaluation, les méthodes, les constatations et les conclusions (plus les recommandations et les enseignements tirés, le cas échéant). La méthodologie d'évaluation doit être expliquée en détail dans le rapport. Les limites de l'évaluation doivent être indiquées dans le rapport, en accordant une attention particulière aux limites associées aux méthodes d'évaluation (par exemple, en ce qui concerne l'échantillonnage, la disponibilité des données, la mesure, l'analyse, tout biais potentiel tel que l'échantillonnage/la sélection, la mesure, l'enquêteur, la réponse, etc.

Les annexes au rapport doivent comprendre :

- ▶ Evaluation SOW (mise à jour, pas l'original, s'il y a eu des modifications);
- ▶ Méthodes d'évaluation;
- ▶ Tous les outils de collecte et d'analyse des données utilisés dans le cadre de l'évaluation, tels que les questionnaires, les fiches de contrôle et les guides de discussion ; All sources of information or data, identified and listed;
- ▶ Déclarations de divergences concernant des différences d'opinion importantes non résolues

- par les bailleurs de fonds, les exécutants et/ou les membres de l'équipe d'évaluation, le cas échéant ;
- ▶ Formulaire signé de divulgation des conflits d'intérêts pour tous les membres de l'équipe d'évaluation, attestant de l'absence de conflits d'intérêts ou décrivant les conflits d'intérêts existants
- ▶ Informations sommaires sur les membres de l'équipe d'évaluation, y compris leurs qualifications, leur expérience et leur rôle au sein de l'équipe

NORMES D'ÉVALUATION DE L'USAID

Conformément au SDA 201maa, Critères pour assurer la qualité du rapport d'évaluation, les projets et les rapports d'évaluation finaux seront évalués en fonction des critères suivants pour assurer la qualité.

- ▶ Les rapports d'évaluation doivent représenter un effort réfléchi, bien documenté et bien organisé pour évaluer objectivement la stratégie, le projet ou l'activité ;
- ▶ Les rapports d'évaluation doivent être faciles à comprendre et doivent identifier les points clés de manière claire, distincte et succincte ;
- ▶ Le résumé doit présenter un exposé concis et précis des éléments les plus critiques du rapport ;
- ▶ Les rapports d'évaluation doivent traiter de manière adéquate toutes les questions d'évaluation incluses dans le cahier des charges, ou les questions d'évaluation révisées et documentées par la suite en consultation et en accord avec l'USAID ;

- ▶ La méthodologie d'évaluation doit être expliquée en détail et les sources d'information ou de données doivent être correctement identifiées ;
- ▶ Les limites de l'évaluation doivent être divulguées dans le rapport, en accordant une attention particulière aux limites associées à la méthodologie d'évaluation (biais de sélection, biais de rappel, différences non observables entre les groupes de comparaison, etc. ;)
- ▶ Les résultats de l'évaluation doivent être présentés sous forme de faits, de preuves et de données analysés et non pas basés sur des anecdotes, des ouï-dire ou simplement la compilation des opinions des gens ;
- ▶ Les conclusions doivent être spécifiques, concises, et inclure une évaluation de la qualité et de la solidité des preuves à l'appui, étayées par des preuves quantitatives et/ou qualitatives solides ;
- ▶ Si les résultats de l'évaluation évaluent les résultats ou l'impact au niveau de la personne, ils doivent également être évalués séparément pour les hommes et les femmes
- ▶ Si des recommandations sont incluses, elles doivent être étayées par un ensemble spécifique de conclusions et doivent être orientées vers l'action, pratique et spécifique

Voir [ADS 201mah, USAID Evaluation Report Requirements](#) et la [fiche de contrôle et le modèle d'examen du rapport d'évaluation](#) de la [boîte à outils d'évaluation](#) pour des conseils supplémentaires.

ANNEXE II: MATRICE D'ÉVALUATION

Question d'évaluation et méthodes de collecte des données												
Question principale Sous-question	Surveillance des données ou validation	Revue de documents	Liste de contrôle des structures & Obs.	Enquête auprès des prestataires	EIC ACS/RECO	EIC Gestionnaires de structure	EIC Directeurs et décideurs politiques du ministère de la santé	EIC Partenaires et donateurs	EIC Directeurs d'école	Entretiens de groupe - COSAH	FGD Femmes	FGD Hommes
EQ1. Dans quelle mesure la qualité des services de soins de santé s'est-elle améliorée grâce au projet HSD ?												
1.1 Dans quelle mesure les interventions en matière de HSD ont-elles contribué à accroître la disponibilité de l'ensemble des soins intégrés de la SRMNIA+ dans les structures ciblées (y compris la PF, la FO et la VBG) ?	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X
1.2 Dans quelle mesure le HSD a-t-il renforcé la capacité des prestataires à fournir des soins de qualité conformes aux normes de performance nationales ?	X	X		X		X	X		X	X		
EQ2. Dans quelle mesure le HSD a-t-il contribué à améliorer l'accès et l'utilisation de l'ensemble des soins intégrés essentiels des services de santé dans les structures ciblées ?												
2.1 Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il contribué à la mise en place du paquet intégré de santé communautaire, y compris les liens de référence ? Dans quelle mesure la mise en œuvre du paquet intégré de santé communautaire et la référence vers des services spécialisés ont-elles augmenté l'utilisation des services ?	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X
2.2 Dans quelle mesure les interventions de HSD ont-elles augmenté l'accès et l'utilisation des services SRMNIA+ par la formation, la capacité, la coordination et le changement de politique ?	X	X		X	X	X	X			X	X	X

Question d'évaluation et méthodes de collecte des données												
Question principale Sous-question	Surveillance des données ou validation des données	Revue de documents	Liste de contrôle des structures & Obs.	Enquête auprès des prestataires	EIC ACS/RECO	EIC Gestionnaires de structure	EIC Directeurs et décideurs politiques du ministère de la santé	EIC Partenaires et donateurs	EIC Directeurs d'école	Entretiens de groupe - COSAH	FGD Femmes	FGD Hommes
2.3 Dans quelle mesure l'approche SBCC du projet HSD a-t-elle permis d'améliorer le ciblage et l'ampleur des personnes touchées par les activités de promotion de la santé ? L'approche a-t-elle contribué à engager et à responsabiliser les membres de la communauté et les clients pour qu'ils puissent accéder et utiliser les services de soins de santé ? Dans quelle mesure les membres de la communauté sont-ils passés du statut de bénéficiaires à celui de défenseurs ou de promoteurs de la santé ?	X	X		X	X					X	X	X
2.4 Dans quelle mesure les interventions communautaires ont-elles permis d'atténuer les obstacles liés au sexe et d'améliorer l'équité dans l'accès aux soins ?		X	X	X	X	X				X	X	X
EQ3. Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il renforcé le système de santé pour fournir un ensemble intégré de services de soins de santé SRM/IA dans le continuum de soins ?												
3.1 Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il renforcé la gouvernance en renforçant le leadership et l'engagement des partenaires locaux, y compris le gouvernement à différents niveaux (par exemple, le ministère de la santé, les gouvernorats, les équipes de gestion de la santé de la DPS), la société civile, les communautés et les écoles de sages-femmes et d'infirmières du secteur privé ?	X	X		X	X	X	X	X		X		
3.2 Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il contribué à la disponibilité d'équipements, de produits et de médicaments pour la fourniture de services (intégrés) de prévention, de prise en charge et de traitement ?	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X

Question d'évaluation et méthodes de collecte des données												
Question principale Sous-question	Surveillance des données ou validation des données	Revue de documents	Liste de contrôle des structures & Obs.	Enquête auprès des prestataires	EIC ACS/RECO	EIC Gestionnaires de structure	EIC Directeurs et décideurs politiques du ministère de la santé	EIC Partenaires et donateurs	EIC Directeurs d'école	Entretiens de groupe - COSAH	FGD Femmes	FGD Hommes
3.3 Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il amélioré la qualité des données sur les services de santé et leur utilisation pour la prise de décision à tous les niveaux (par exemple, la capacité de gestion, de prestation et de collecte de données du projet HSD) ?	X	X	X			X	X	X		X		
3.4 Quelle a été la valeur ajoutée du soutien à la formation initiale par la faculté de médecine et les écoles de sages-femmes ?		X		X		X	X	X	X			
3.5 Dans quelle mesure les initiatives du projet HSD ont-elles démontré leur potentiel de durabilité après l'investissement (par exemple, celles qui ont le plus de chances de se poursuivre après la fin du projet HSD, quelles sont les implications en termes de coûts et de qualité si elles le font, et celles qui ne seront probablement pas maintenues) ?		X		X	X	X	X	X	X	X		
QE4 : Dans quelle mesure les capacités techniques et managériales locales ont-elles été suffisamment renforcées pour soutenir la prévention et la prise en charge des fistules en Guinée ?	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X
QE 5 : Dans quelle mesure les ressources financières limitées ont-elles été orientées stratégiquement pour traiter les questions de violence basée sur le genre dans le cadre des interventions du projet HSD ? Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment pour améliorer les résultats ?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EQ 6. Dans quelle mesure les activités du projet HSD ont-elles permis de compléter et d'exploiter les efforts d'autres activités de l'USAID et des partenaires au développement pour faire progresser les résultats des SRM/NIA en Guinée ?												

Question d'évaluation et méthodes de collecte des données											
Question principale Sous-question	Surveillance des données ou validation des données	Revue de documents	Liste de contrôle des structures & Obs. prestataires	EIC ACS/RECO	EIC Gestionnaires de structure	EIC Directeurs et décideurs politiques du ministère de la santé	EIC Partenaires et donateurs	EIC Directeurs d'école	Entretiens de groupe - COSAH	FGD Femmes	FGD Hommes
	6.1 Dans quelle mesure le projet HSD a-t-il complété et renforcé d'autres programmes de l'USAID dans les secteurs de la santé et de la gouvernance, par exemple les synergies internes avec les programmes de l'USAID ?	X			X	X	X	X	X		
	6.2 Dans quelle mesure les programmes de santé de l'USAID s'associent-ils avec les mêmes niveaux de système de santé et les mêmes partenaires pour faciliter les synergies entre les partenariats ?	X			X	X	X	X	X		
	6.3 Dans quelle mesure les programmes de l'USAID ajoutent-ils une valeur aux autres initiatives SRMIA+ en Guinée, par exemple une valeur ajoutée (externe) ?	X			X	X	X	X	X		

ANNEXE III: LES OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

Les instruments seront conservés dans un document séparé jusqu'à ce que le rapport soit finalisé et combiné.

Évaluation HSD

Liste de contrôle et guide d'observation des établissements de santé

Date :

Nom d'Établissement:

Nom d'Enquêteur :

Heure d'arrivée :

INSTRUCTION : APRES L'INTRODUCTION ET L'ENQUETE AVEC LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT, CONTINUEZ AVEC LA LISTE DE VERIFICATION ET LES OBSERVATIONS. SECTION 1 COMPRENDRE LES QUESTIONS D'INTRODUCTION. LES SECTIONS SUIVANTES SONT LES OBSERVATIONS. VOUS POUVEZ INVITER LE PRESTATAIRE A VOUS ACCOMPAGNER MAIS CE N'EST PAS OBLIGATOIRE.

I. ACCES AUX SERVICES

1. Combien de patients (environ) se trouvaient dans la salle d'attente à votre arrivée ?
2. Quelles sont les heures d'ouverture de la structure ? _____
3. Combien de patients (environ) se trouvaient dans la salle d'attente quand vous quittez l'établissement ?

Observation : Moins de 5 Entre 6 et 15 15-30 Plus de 30

4. Approximativement, combien de temps en moyenne faut-il que le client passe en attente avant qu'il ne soit appelé pour le service ?

Observation : Moins de 30 minutes 30 min à 1 heure 1 à 2 Heures Plus de 2 heures

5. Est-ce que tous les services sont offerts tous les jours ? OUI/NON
6. Est-ce qu'au moins un médecin est disponible tous les jours ? OUI/NON
7. Les droits des patients sont-ils affichés et visibles sur le mur ? OUI/NON
(Explication si non: _____)
8. Des frais sont-ils payés pour les services de soins intégrés de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent?

II. ENVIRONNEMENT

Observations

OBSERVATION	OUI/NON	COMMENTAIRE/EXPLICATION
La salle où se déroulent la PF, la CPN, la PP et la vaccination est-elle propre et accueillante ?	OUI/NON	
Les toilettes pour les patients fonctionnent-elles et sont-elles en bon état ?	OUI/NON	

Leurs matériels d'IEC sont-ils disponibles pour les patientes sur la planification familiale, les CPN et d'autres sujets ?	OUI/NON	
Est-ce que leurs affiches et messages publics de santé sur les murs sont en bon état?	OUI/NON	
Y a-t-il des chaises et des bancs dans la salle d'attente ?	OUI/NON	
Y a-t-il de l'électricité dans l'établissement aujourd'hui ?	OUI/NON	
Y a-t-il de l'eau dans l'établissement aujourd'hui ?	OUI/NON	
L'établissement a-t-il un système de suivi SBM-R affiché publiquement sur le mur (avec des étoiles) ?	OUI/NON/ NA	
L'Établissement a-t-il des données A JOUR (2019) affichées publiquement sur le mur (par exemple : graphiques, statistiques, chiffres) ?	OUI/NON/ NA	Noter quels indicateurs/Données (Ou prendre des photos)

III. PAQUET DE PLANIFICATION FAMILIALE

Des services de planification familiale et de conseils sont-ils offerts ? OUI/NON

[NOTE : DEMANDEZ À VOIR L'ENDROIT OÙ LES PATIENTES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SONT REÇUES AVANT LEUR CONSULTATION ET INDIQUEZ QUELLES SONT LES ACTIVITÉS SUIVANTES QUI Y SONT RÉGULIÈREMENT MENÉES]

Observation des services de planification familiale

OBSERVATION	OUI/NON	COMMENTAIRE/EXPLICATION
Y a-t-il un conseiller en planification familiale désigné et disponible ?	OUI/NON	
Existe-t-il un lieu privé et confidentiel pour le counseling en PF ?	OUI/NON	
Est-ce que les outils de travail sont utilisés pour le counseling?	OUI/NON	

Les suppléments et tests de dépistage suivants sont-ils disponibles aujourd'hui ?	Liste déroulante : (Cochez tout ce qui s'applique) ○ Supplémentation en acide folique ○ Dépistage de l'anémie (test du nom) ○ Supplémentation en fer ○ Dépistage du diabète	<i>Expliquez les ruptures de stock ou indisponibilités</i>
Des groupes de soutien à l'allaitement sont-ils offerts aux nouvelles mamans ?	OUI/NON	
Existe-t-il un laboratoire en état de fonctionnement avec les consommables nécessaires à la réalisation et l'administration des soins postnataux et de la CPN (c.-à-d. examens sanguins, techniciens de laboratoire, équipement et consommables, gants) ? Veuillez vérifier la qualité opérationnelle de l'équipement de laboratoire et des consommables.	OUI/NON	
Y a-t-il un technicien de laboratoire disponible aujourd'hui ?	OUI/NON	
Pour les soins de santé primaires, où envoyez-vous les bilans de laboratoire qui doivent être effectués ?	OUI/NON	
Combien de temps faut-il pour obtenir les résultats des examens de laboratoire ?	OUI/NON	Expliquez le temps qu'il faut pour obtenir les résultats.
Existe-t-il un registre pour référer de cas compliqués ?	OUI/NON	
Le registre est-il rempli ?	OUI/NON/NA	
Les services de soins ou référence de la fistule est disponible ?	OUI/NON	
Les services de soins ou référence de la violence sexuelle sont-ils disponibles ?	OUI/NON	

V. RESSOURCES PHYSIQUES ET MATERIELLES (supplies)

POUR CHACUN DES ARTICLES SUIVANTS, VERIFIEZ SI ILS SONT DANS LA SALLE D'EXAMEN ET DANS LA SALLE ADJACENTE

Matériels	Disponible	En Fonctionnement	Explication
Lampe d'examen pour examen pelvien	OUI/NON	OUI/NON	
Table ou lit pour examen gynécologique	OUI/NON	OUI/NON	
Gants pour examen	OUI/NON	OUI/NON	
Récipient pour objets tranchants	OUI/NON	OUI/NON	
Au moins cinq seringues de 2 ml ou 3 ml ou plus (avec 21 aiguilles de mesure)	OUI/NON	OUI/NON	
Solution désinfectante déjà mélangée	OUI/NON	OUI/NON	
Appareil de tension artérielle	OUI/NON	OUI/NON	
Stéthoscope	OUI/NON	OUI/NON	
Thermomètre	OUI/NON	OUI/NON	
Balance pour adultes	OUI/NON	OUI/NON	
Balance pour nouveau-né	OUI/NON	OUI/NON	
Spectre vaginal	OUI/NON	OUI/NON	
Aide sonique (Detecteur de bruit cardiaque fœtal (portatif)	OUI/NON	OUI/NON	
Réfrigérateur pour vaccins	OUI/NON	OUI/NON	
Trousse(s) de DIU si le centre offre des services de pose et de retrait de DIU	OUI/NON	OUI/NON	
Chariot d'instruments	OUI/NON	OUI/NON	
Autoclave (peut être dans une section de L'HME ou autre)	OUI/NON	OUI/NON	
Les vêtements chirurgicaux (calottes, masques, lunettes protectrices, blouses, tabliers imperméables et chaussures solides)	OUI/NON	OUI/NON	
Les champs	OUI/NON	OUI/NON	
Les tampons chirurgicaux imperméables.	OUI/NON	OUI/NON	
Potence	OUI/NON	OUI/NON	
Support-bras pour ponction veineuse	OUI/NON	OUI/NON	

REMERCIER LE PRESTATAIRE QUI VOUS A ACCOMPAGNE SI VALABLE.

Outil B. Enquête Quantitative des Prestataires de Santé		
KoboCollect : Entretiens quantitative avec les personnels qui sont sur site (infirmières, sage femmes, médecins) ; 2-3 par CS//4-5 par hôpital		
Temps estimé : 25 minutes		
Usage officiel uniquement:	Code enquêteur/rice: __ __	Genre :
Code région: __ __	Code Établissement: __ __	☐ Homme ☐ Femme
Code préfecture: __ __	Code Prestataire: __ __	Age:
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes bénéficiaires des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de sante en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de santé maternelle, néonatale, et de l'enfant et le planning familiale dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée nulle part dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		

IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE		
Région :	Conakry,	Kindia,
	Boké,	Mamou,
	Labé,	Kankan
	Faranah	
Préfecture:		
Nom de l'établissement: _____		Code: [__ __]
Type d'établissement	01- Hôpital National 02 Centre Médical Communal 03 Hôpital Régional 04 Hôpital Préfectoral 05 CS	
Type de prestataire	01 – Médecin/GP	

	02 – Infirmier 03 – Sage-femme 88 – Autre _____	
Depuis combien d'années travaillez-vous dans cet établissement ?	Moins de six mois	
	6 – 12 mois	
	12-24 mois	
	Plus de 24 mois	

SECTION A: Expérience du projet Haute qualité des services de santé pour le développement de l'USAID

Nº	Répondent Type	QUESTION	OPTIONS DE RÉPONSE	CODE	SAUTER
1	CS et Hôpital	Avez-vous participé au programme HSD ?	Oui	1	
			Non	2	Sauter à 5
			Partiellement	3	Sauter à 5
			Ne sais pas	14	Sauter à 5
2	CS et Hôpital	Dans quelles activités avez-vous participé spécialement? (<i>multiple</i>)	Formation	1	Sauter à 4
			Supervision du site	2	Sauter à 4
			SBM-R	3	Sauter à 4
			VBG/ Activité sur les fistules	4	Sauter à 4
			La santé communautaire	5	Sauter à 4
			Autre	88	
			Aucun	0	Sauter à 5
3		Spécifier Autre			
4	CS et Hôpital	Les activités auxquelles vous avez participé dans le cadre du HSD sont-elles les questions les plus importantes pour améliorer l'accès, la disponibilité et la qualité des services de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) dans votre établissement ?	Oui, tout à fait d'accord	1	
			Plutôt d'accord	2	
			Plutôt pas d'accord	3	
			Non, tout à fait en désaccord	4	
			Ne sais pas	14	
			Autre (spécifier)	88	

SECTION B: Contribution à la qualité des soins de planification familiale, de soins prénatals, de soins obstétricaux et de soins postnatals dans votre établissement.					
SECTION B1: Planafication familiale					
5	CS seulement	Quelles sont les méthodes de planification familiale actuellement disponibles dans votre établissement ? (Sélectionnez tout ce qui s'applique)	Pilule contraceptive orale COC	1	
			Pilule contraceptive orale POP	2	
			Contraceptifs injectables (exemple : Depo Provera)	3	
			Implant ("Implanon", "rods")	4	
			IUD	5	
			Orientation pour ligature des trompes	6	
			Préservatifs pour hommes	7	
			MAL (Méthode d'Aménorrhée Lactationnelle)	8	
			Ne sais pas	0	
			Autre (spécifier)	88	
6	CS seulement	S'il n'y a pas de méthodes disponibles, les clients sont-ils orientés vers d'autres services ?	Toujours		
			Des fois		
			Rarement		
			Jamais		Sauter à Q9
			Ne sais pas	14	Sauter à Q9
			Non applicable	99	Sauter à Q9
7	CS seulement	Où les clients sont-ils référés ? (Multiple)	1 Autre Centre de Santé 03 Hôpital Régional 04 Hôpital Préfectoral 01- Hôpital National 02 Centre Médical Communal 14 Ne sais pas Autre (Spécifier)		
8	CS seulement	Pour quelles méthodes les clients sont-ils référés ? (Multiple)	Pilule contraceptive orale COC	1	
			Pilule contraceptive orale POP	2	
			Contraceptifs injectables (exemple : Depo Provera)	3	
			Implant ("Implanon", "rods")	4	
			DIU (dispositif intra-utérin)	5	
			Orientation pour ligature des trompes	6	
			Préservatifs pour hommes	7	
			MAL (Méthode d'Aménorrhée Lactationnelle)	8	
			Ne sais pas	0	

			Autre (spécifier)	88	
9	CS et Hôpital	Les clients peuvent-t-ils bénéficier de services de counseling sur la PF dans cet établissement ?	Toujours		
			Des fois		
			Rarement		
			Jamais		Sauter à Q11
			Ne sais pas	14	Sauter à Q11
10		Qui offre le counselings ? (Multiple)	Infirmier	1	
			Sage-femme	2	
			Médecin	3	
			Ne sais pas	14	
			Autre (spécifier)	88	
11		Quels sont les défis ou les obstacles que les prestataires rencontre dans l'offre des services de counseling sur la PF dans votre établissement ? (Cochez tout ce qui s'applique)	Manque de sensibilisation de la part des femmes (exp., idées fausses/religion)	1	
			Manque d'intérêt des femmes	2	
			Besoin de consulter les membres de la famille	3	
			Le prestataire n'a pas le temps de faire du counseling.	4	
			Le client n'a pas le temps de recevoir du counseling.	5	
			Manque de matériels d'orientation en matière de planification familiale	6	
			Manque d'espace/de salles pour le counseling	7	
			Ne constitue pas une priorité pour le personnel	8	
			Le personnel n'a pas reçu de formation sur le counseling de la PF	9	
			Inapproprié ou pas nécessaire	10	
			Autre (spécifier)	88	
12		D'après les femmes que vous recevez dans votre centre de santé, quels sont les obstacles les plus importants à l'utilisation des contraceptifs pour les femmes? (Multiple)	Barrière culturelle ou religieuse à la planification familiale	1	
			Barrière familiale (conjoint/parents)		
			Disponibilité (y compris les ruptures de stock)	2	
			Sécurité / effets secondaires	3	
			Coût	4	
			Confiance aux prestataires	5	

			Manque d'information ou de sensibilisation	6	
			Manque d'intimité	7	
			Disponibilité du prestataire à mettre en œuvre		
			Défaut de communication		
			Autre (spécifier)	88	
			Ne sais pas		
13	Hôpital seulement	Les femmes reçoivent-elles habituellement des conseils sur les méthodes de planification familiale avant leur sortie de l'hôpital après l'accouchement ?	Toujours	1	
			Des fois		
			Rarement		
			Jamais	0	Sauter à 16
			Ne sais pas	14	Sauter à Q16
14	Hôpital seulement	Si oui, qui a fourni les conseils ? (Multiple)	Médecin qui a fait accoucher	1	
			Un autre médecin	2	
			La même infirmière/sage-femme	3	
			Une autre infirmière/sage-femme	4	
			Autre (spécifier)	88	

15	CS et Hôpital	Maintenant je voudrais savoir à quelle fréquence vous discutez avec les nouveaux clients sur les sujets suivants ? Vous avez le choix entre 4 fréquences : toujours, des fois, rarement, ou jamais.	Toujours (1)	Des fois (2)	Rarement (3)	Jamais (4)	Ne sais pas (14)
		• Utilisation actuelle/précédente des méthodes de planification familiale					
		• Effets secondaires					
		• Préoccupations/rumeurs / idées fausses des clients					
		• Violence basée sur le genre					
		• Plan de naissance					

		Méthodes contraceptives modernes					
--	--	--	--	--	--	--	--

16	CS et Hôpital	Existe-t-il des aides mémoires/du matériel IEC pour le conseil sur la planification familiale ?	Oui	1	
			Non	2	Sauter à 18
			Ne sais pas	3	Sauter à 18
17	CS et Hôpital	Si oui, combien de fois les aides à l'emploi et les matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC) sont-ils utilisés dans le counseling en planification familiale ?	Toujours	1	
			Des fois	2	
			Rarement	3	
			Jamais	4	
18	CS seulement	Quel est le facteur le plus important qui influence la décision d'une femme d'utiliser un contraceptif ?	Counseling complet du prestataire en matière de PF	1	
			Matériel écrit et brochures de promotion de la santé	2	
			Expériences négatives passées avec la méthode	3	
			Expériences positives passées avec la méthode	4	
			Conseils/orientations des membres de la famille et des amis	5	
			Peur des effets secondaires__	6	
			Intéressement du client à la PF	7	
			Conseil/directive du conjoint	8	
			Ne sais pas	14	
			Autre_____	88	

SECTION B2: CPN

Q19: Quand est-ce la procédure essentielle de mise en place d'une CPN est-elle fournie ? (CS)

La Procédure	1 ^{ère} Visite	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} Trimestre	3 ^{ème} Trimestre	Toutes les visites
Tension artérielle					
Poids					
Évaluation du risque élevé (cote Copland)					
Dépistage de l'anémie					
Supplément d'acide folique					
Suppléments de fer					
Conseils nutritionnels					
Administration du fer et conseils					
Counseling en planification familiale					
Conseils sur l'allaitement maternel					
1 ^{ère} heure après l'accouchement initiation à l'allaitement maternel					
glycémie à jeun					

Groupe sanguin + Rh					
Analyse d'urine de routine					
Dépistage du diabète					

SECTION B3: Offre de soins					
20	Hôpital seulement	A quelles fréquence les femmes reçoivent-elles 10 unités d'ocytocine après l'accouchement ?	Toujours	1	
			Des fois	2	
			Rarement		
			Jamais	0	Aller à Q 22
			Ne sais pas	14	Aller à Q 22
21	Hôpital seulement	Si oui, combien de temps après l'accouchement?	Après accouchement immédiat		
			Une heure après l'accouchement		
			1-12 heures après l'accouchement		
			Avant la sortie de l'hôpital		
22	Hôpital	Combien d'accouchements avez-vous eu au cours de la semaine dernière dans cet établissement?	[nombre]		
23	Hôpital	Combien de fois vous assurez-vous que les mères initient le contact peau à peau immédiatement après l'accouchement ?	Toujours	1	
			Des fois	2	
			Rarement		
			Jamais	0	Aller à Q 25
			Ne sais pas	14	
24		Combien de fois au cours de la semaine dernière l'avez-vous fait ?			

SECTION B4: Postpartum et soins post-natals					
25	Hôpital seulement	L'allaitement maternel est-il initié pour les femmes en post-partum ?	Oui, toujours	1	
			Oui, mais seulement dans certains cas	2	
			Oui, mais seulement dans peu de cas		
			Non	0	
			Ne sais	14	
26	Hôpital seulement	Est-ce que vous évaluez et aidez la mère à maintenir un bon positionnement et une bonne prise du sein pendant l'allaitement ?	Toujours	1	
			Des fois	2	
			Rarement		
			Jamais	0	
			Ne sais pas	14	
27	Hôpital seulement		Toujours	1	
			Des fois		

		La pression positive continue (PPC) est-elle utilisée pour les problèmes respiratoires des nouveau-nés ?	Rarement	2	
			Jamais	14	Aller à Q 29
28	Hôpital	Si oui, à quelle fréquence surveillez-vous le bébé pendant la pression positive continue (PPC) dans les deux premières heures suivant la naissance ?	Chaque 5 minutes		Aller à Q 30
			Chaque 10 minutes		Aller à Q 30
			Chaque 15 minutes		Aller à Q 30
			Chaque 30 minute		Aller à Q 30
29	Hôpital	Si non, pourquoi pas ? (Multiple)	Manque de formation	1	
			Manque de disponibilité de l'équipement de PPC	2	
			Manque de disponibilité d'autres consommables	3	
			Autre (spécifier)	88	

SECTION C:

Engagement de la communauté par le biais du HSD. Les COSAH cherchent à faire participer les membres de la communauté en les aidant à prendre conscience de leurs besoins en matière de santé, à demander des soins et à s'engager pour améliorer la prestation de services dans leur établissement local de santé.

33	CS seulement	Votre établissement travaille-t-il actuellement avec un COSAH ?	Oui	1	
			Non	0	
			Ne sais pas	14	
			Autre	88	
34	CS seulement	Quel rôle spécifique le COSAH joue-t-il dans la promotion de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) dans votre communauté? (Multiple)	Élaboration et/ou mise en œuvre de plans de promotion de la santé du COSAH	1	
			Promotion de la communication entre les représentants des clients (COSAH) et les prestataires.	2	
			Sensibilisation des membres de la communauté à la SRMNIA+ par le biais d'événements communautaires et d'activités éducatives interactives.	3	
			Appuyer l'évaluation des services par la	4	

			collectivité (p. ex., cartes de pointage).		
			Autre (spécifier)	88	

SECTION D: Équité/ Résultats liés au genre					
35	CS et Hôpitals	Dans quelle mesure les services de la la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) sont-ils accessibles et disponibles pour les populations marginalisées (par exemple, les réfugiés) et vulnérables de la communauté ? Les populations vulnérables sont celles de la collectivité qui sont moins susceptibles d'avoir des résultats positifs sur le plan de la santé (p. ex., les personnes à faible revenu).	Très accessible	1	
			Quelque peu accessible	2	
			Quelque peu inaccessible	3	
			Très inaccessible	4	
			Ne sais pas	98	
36	CS et Hôpitals	Quels sont les obstacles et les défis liés aux établissements pour les populations marginalisées et vulnérables de la communauté en ce qui concerne l'accès aux soins la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) ? (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent)	Défis liés au transport	1	
			Discrimination / discrimination perçue	2	
			Obstacles culturels / religieux	3	
			Pas au courant de la disponibilité du service	4	
			Barrières linguistiques	5	
			Manque de temps (prestataires)	6	
			Barrières liées au coût	7	
			Longs temps d'attente pour le traitement	8	
			Manque de compréhension de la documentation nécessaire pour recevoir les services	9	
			Autre (spécifier)	88	
37	CS et Hôpitals	Selon vous, quels sont les principaux obstacles liés au genre qui limitent l'accès et l'utilisation des services de la la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) ?	Heures d'ouverture	1	
			Coût des services	2	
			Obstacles financiers	3	
			Temps d'attente	4	
			Pouvoir décisionnel	5	
			Autorisation du mari/du père/supervision des soins	6	
			Pas à l'aise avec le sexe du prestataire	7	
			Il n'y a pas d'obstacles liés au genre	0	
			Autre (précisez)	88	

38	CS et Hôpitals	Votre établissement s'efforce-t-il d'atténuer les obstacles liés au genre dans l'accès et à l'utilisation des soins dans cet établissement ?	Oui	1	
			Non	0	
			Ne sais pas	14	
				88	

SECTION E:

Améliorations de la gestion de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+), y compris la formation, l'orientation, la supervision de soutien dans les établissements, les centres de service intégrés et le partage des données du ministère de la Santé et du Service de gestion des ressources.

39	CS et Hôpitals	Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ? <i>La formation des gestionnaires et des fournisseurs de HSD a contribué à l'amélioration dans les domaines suivants :</i>	Tout à fait d'accord (1)	Plutôt d'accord (2)	Plus ou moins d'accord (3)	Tout à fait en désaccord (4)	Non applicable (98)
		la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) gestion de la prestation de services, organisation ou approches (p. ex. dans la façon dont vous fournissez des soins et du soutien aux clients et aux membres de la communauté)					
		Organisation des soins (temps des prestataires)					
		Compréhension des services de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) par la communauté					
		Documentation pour l'information, éducation et communication ?					
		Comportement des prestataires pour répondre aux besoins des clients					

Nous en sommes arrivés à la fin de nos questions. Merci de votre temps et de votre participation à cette entrevue.

Outil C. Questionnaire des Prestataires de Santé		
Enregistreur + Notes : Entretien individuel avec prestataire (s'il y a un prestataire qui est aussi gestionnaire-faire uniquement Outil D) 2 par CS/ 5 par hôpital		
Temps estimé : 45 minutes		
Usage officiel uniquement :	Code enquêteur/rice: _____	Genre :
Code région : _____	Code Établissement : _____	☐ Homme ☐ Femme
Code préfecture : _____	Code prestataire : _____	Age :
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes au courant des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de sante en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de sante maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de sante maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de sante maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		
Section 1. Prestation intégrée de services SRMNIA (qualité et disponibilité)		
1	Quels services sont inclus dans le paquet complet de soins intégrés de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) <i>y compris la planification familial, la fistule et la violence basée sur le genre</i> Quels sont les services disponibles dans votre établissement aujourd'hui ? ⇒ Selon vous pourquoi les autres services ne sont-ils pas disponibles ?	1.1
2	Avez-vous offert/ reçu une formation sur les sujets suivants relatifs à la qualité des soins et aux normes de performance des soins de santé maternelle et infantile / planification familial ? <i>(période du projet : 4 ans passé)</i> ⇒ Quand? ⇒ Combien?	1.2

3	A quel point êtes-vous familier avec les services offerts dans la communauté ? Veuillez énumérer les services qui sont censés être fournis au niveau de la communauté ?	2.1
4	Selon vous comment la prestation de service au niveau de la communauté est-elle fonctionnelle ? Selon vous comment la référence de la communauté vers le centre de santé est-elle fonctionnelle ?	2.1
5	Dans l'utilisation des services en général, quelle est le rôle joué par les services disponibles au niveau de la communauté et des références de la communauté vers la structure de santé ? Quel est votre appréciation par rapport à l'utilisation des services de santé par la communauté ? ⇒ disponibles à la communauté et des références de la communauté vers la structure de santé ?	2.1
6	À votre avis, y a-t-il plus de femmes qui viennent dans l'établissement pour des services de santé maternelle et infantile (SMI) depuis l'intervention de HSD? ⇒ Viennent pour les services de planning familiale (PF) depuis l'intervention de HSD?	2.2
7	Selon votre expérience, les femmes sont-elles engagées à la recherche de soins de santé depuis que l'intervention HSD a commencé ? ⇒ Expliquez-nous comment ?	2.2
8	Selon vous quelles sont les difficultés que les femmes de cette localité en générale rencontrent à la recherché des soins dans votre structure ? Quelles mesures spécifiques vous ou votre structure de santé prenez-vous pour aider les femmes à surmonter ces obstacles ? ⇒ S'il vous plaît, expliquez.	2.4
9	Qu'en est-il des jeunes - a quelles barrières sont-ils confrontés ? ⇒ Quelles mesures sont prises à cet effet ?	2.4
Section 2. Renforcement du système de santé		

10	Expliquez-nous comment les décideurs (DPS, MS, ONG, autres) participent dans l'amélioration de la qualité des services de leurs structures ? ⇒ A quel niveau le ministère de la santé et le gouvernement de manière générale a soutenu l'amélioration de la qualité ?	3.1
11	A votre avis, est ce que le projet HSD a créé un dynamique et un engagement des partenaires locaux à pérenniser les interventions du projet après la fin de celui-ci ? Comment ?	3.1
12	Comment le projet HSD a contribué à la disponibilité des équipements, des consommables, et médicaments au niveau des structures cibles du projet ? A quel niveau ces contributions ont impacté la capacité des structures de santé à fournir des soins intégrés ? ⇒ à améliorer les indicateurs du DHIS2 ou du SBM-R ?	3.2
13	Quelles sont les difficultés que les structures rencontrent dans la réalisation des services ? ⇒ Quelles sont les raisons de ces difficultés ? Selon vous comment les structures sanitaires peuvent surmonter ces défis ?	3.2
14	Comment la formation initiale vous a-t-elle préparé/ préparé votre personnel par rapport aux services que vous offrez ? ⇒ Dans quels domaines pensez-vous qu'une formation complémentaire aurait été utile ? Selon vous, comment les investissements dans la formation initiale peuvent-ils être maintenus après la fin du projet HSD ?	3.4
15	À votre avis, les interventions du projet HSD visant à améliorer la qualité des soins peuvent-elles être pérennisées après la fin du projet ? Oui/Non ⇒ Expliquez-nous comment ? ⇒ Si non pourquoi ? Selon vous, qui doit être le principal responsable pour la pérennisation de l'amélioration de la qualité des soins ? ⇒ <i>Prestataires individuels et ASC, prestataires et gestionnaires des structures de santé ; les gestionnaires des structures de santé ; DPS; les directeurs du MSHP, autres)</i>	3.5

16	Quels appuis seront nécessaires pour pérenniser l'amélioration de la qualité après la fin du projet?	3.5
Section 3 : Thèmes spéciaux : fistule et soins liés à la VBG		
17	Que diriez-vous de l'utilisation régulière des partogrammes pour les femmes qui accouchent dans cet établissement ? Selon vous quelles sont les difficultés qui empêchent les femmes de bénéficier la césarienne à temps lorsqu'elles ont un travail prolongé ? Des services de traitement de la fistule obstétricale sont-ils disponibles dans votre établissement ? ⇒ À l'hôpital de référence le plus proche? Comment évalueriez-vous la disponibilité et la qualité de ces services liés à la fistule ? Combien de références pour une chirurgie de fistule obstétricale avez-vous effectuées au cours des 6 derniers mois ? Après la référence, combien de temps pensez-vous que les femmes doivent généralement attendre une intervention chirurgicale de la fistule?	4
18	Selon vous, quelle est la proportion des femmes opérées de fistule qui sont guéris ? De votre point de vue, les femmes qui retournent dans la communauté après un traitement de la fistule obstétricale, sont-elles satisfaites de leur expérience ? De leur résultat ? ⇒ A votre avis, comment les soins liés à la fistule peuvent continuer après la fin du projet HSD ?	4
19	Est-ce que les femmes qui recherchent des soins dans cette structure de santé font régulièrement l'objet d'un dépistage de la de la violence basée sur le genre? Comment les soins, le traitement ou l'orientation liés à la violence basée sur le genre sont-ils intégrés au paquet de services offerts dans votre structure de santé?	5

20	Quels défis avez-vous rencontrés dans l'offre des soins liés à la violence basée sur le genre ? Comment ces défis pourraient-ils être surmontés ? Selon vous, quelles sont les stratégies qui peuvent influencer la lutte contre la violence basée sur le genre en Guinée ?	5
4. Questions transversales (à travers toutes les discussions sur le programme)		
21	Quels facteurs internes et externes ont affecté l'obtention des résultats (de manière positive ou négative) du projet HSD ? ⇒ Comment ? Quelles interventions ou activités ont fonctionné mieux que d'autres ? ⇒ Pourquoi ?	6
22	Comment le projet HSD s'est-il adapté aux changements intervenus dans les environnements opérationnels ? ⇒ <i>(par exemple, politiques / stratégies nationales, changements dans la structure de gouvernance, entrée / sortie d'acteurs essentiels du gouvernement / partenaires de développement / communauté / secteur privé / ONG/changement climatique)</i>	6
Conclusion: Je n'ai plus de questions pour vous. Je vous remercie pour votre participation. Avez-vous des questions pour moi/nous ?		
Notes complémentaires:		
Qualité de l'entretien :		

Outil D. Guide Questionnaire des Gestionnaires des établissements de sante		
Enregistreur + Notes : Entretien Individuel avec le gestionnaire/en charge sur site 1 par établissement		
Temps estimé : 45 minutes		
Usage officiel uniquement :	Code enquêteur/rice: _____	Genre :
Code région : _____	Code Établissement : _____	☐ Homme ☐ Femme
Code préfecture : _____	Code prestataire : _____	Age :
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services de santé pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes au courant des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de sante en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		
Section 1. Prestation intégrée de services SRMNIA (qualité et disponibilité)		
1	Quels services sont inclus dans le paquet complet de soins intégrés de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) <i>y compris la planification familial, la fistule et la violence basée sur le genre</i> Quels sont les services disponibles dans votre établissement aujourd'hui ? ⇒ Selon vous pourquoi les autres services ne sont-ils pas disponibles ?	1.1
2	Avez-vous offert/ reçu une formation sur les sujets suivants relatifs à la qualité des soins et aux normes de performance des soins de santé maternelle et infantile / planification familial? ⇒ Quand? ⇒ Combien?	1.2
3	A quel point êtes-vous familier avec les services offerts dans la communauté ? Veuillez énumérer les services qui sont censés être fournis au niveau communautaire.	2.1

4	Selon vous comment la prestation de service au niveau de la communauté est-elle fonctionnelle ? Selon vous comment la référence de la communauté vers le CS est-elle fonctionnelle ? ⇒ Dans l'utilisation des services en général, quelle est le rôle joué par les services disponibles au niveau de la communauté et des références de la communauté vers la structure de santé ?	2.1
5	À votre avis, y a-t-il plus de femmes qui viennent dans l'établissement pour des services de santé maternelle et infantile (SMI) depuis l'intervention de HSD? ⇒ Et qui viennent pour les services de planification familial depuis l'intervention de HSD?	2.2
6	Selon vous quelles sont les difficultés que les femmes de cette localité en générale rencontrent à la recherché des soins dans votre structure ? Quelles mesures spécifiques vous ou votre structure de santé prenez-vous pour aider les femmes à surmonter ces obstacles ? S'il vous plaît, expliquez.	2.4
7	Qu'en est-il des jeunes - quels sont les obstacles auxquels ils font face ? ⇒ Quelles mesures sont prises ?	2.4
Section 2. Renforcement des systèmes de santé		
8	Expliquez-nous comment les décideurs (DPS, MdS, ONG, autres) participent dans l'amélioration de la qualité des services de votre structure ? ⇒ A quel niveau le ministère de la santé et le gouvernement de manière générale a soutenu l'amélioration de la qualité ?	3.1
9	A votre avis, est ce que le projet HSD a créé un dynamique et un engagement des partenaires locaux à pérenniser les interventions du projet après la fin de celui-ci ? ⇒ Comment ?	3.1

10	Comment le projet HSD a contribué à la disponibilité des équipements, des consommables, et médicaments au niveau des structures cibles du projet ?	3.2
11	A quel niveau ces contributions ont impacté la capacité des structures de santé à fournir des soins intégrés ? ⇒ à améliorer les indicateurs du DHIS2 ou du SBM-R ?	3.2
12	Quelles sont les difficultés que les structures rencontrent dans la réalisation des services ? ⇒ Quelles sont les raisons de ces difficultés ? Selon vous comment les structures sanitaires peuvent surmonter ces défis ?	3.2
13	A votre avis, dans quelle mesure le HSD a-t-il contribué à l'amélioration des pratiques de collecte de données dans votre établissement ? De quelle façon les données recueillies ont-elles été analysées pour identifier les principaux problèmes de santé ou de prestation de services au niveau de votre établissement ? ⇒ Comment cela se fait-il ? Comment les changements apportés à la collecte et à l'analyse des données ont-ils influé sur la façon dont les services sont fournis ou sur les efforts d'amélioration de la qualité des services dans l'établissement ?	3.3
14	Comment votre formation initiale vous a-t-elle préparé vous et votre personnel par rapport aux services que vous offrez ? ⇒ Dans quels domaines pensez-vous qu'une formation complémentaire aurait été utile ? ⇒ Selon vous, comment les investissements dans la formation initiale peuvent-ils être maintenus après la fin du projet HSD ?	3.4
15	À votre avis, les interventions du projet HSD visant à améliorer la qualité des soins peuvent-elles être pérennisées après la fin du projet ? Oui/Non ⇒ Expliquez-nous comment ? ⇒ Si non pourquoi ? Selon vous, qui doit être le principal responsable pour la pérennisation de l'amélioration de la qualité des soins ? ⇒ <i>Sondage : prestataires individuels et ASC, prestataires et gestionnaires des structures de santé ; les gestionnaires des structures de santé ; DPS; les</i>	3.5

	<i>directeurs du MSHP, autres</i> Quels appuis seront nécessaires pour pérenniser l'amélioration de la qualité après la fin du projet?	
Section 3. Thèmes spéciaux : fistule et soins liés à la VBG		
16	Que diriez-vous de l'utilisation régulière des partogrammes pour les femmes qui accouchent dans cet établissement ? Selon vous quelles sont les difficultés qui empêchent les femmes de bénéficier la césarienne à temps lorsqu'elles ont un travail prolongé ? Des services de traitement de la fistule obstétricale sont-ils disponibles dans votre établissement? ⇒ À l'hôpital de référence le plus proche? Comment évalueriez-vous la disponibilité et la qualité de ces services liés à la fistule? Combien de références pour une chirurgie de fistule obstétricale avez-vous effectuées au cours des 6 derniers mois ? Après la référence, combien de temps pensez-vous que les femmes doivent généralement attendre une intervention chirurgicale de la fistule?	4
17	Selon vous quelle est la proportion des femmes opérées de fistule qui sont guéries ? De votre point de vue, les femmes qui retournent dans la communauté après un traitement de la fistule sont-elles satisfaites de leur expérience? De leur résultat? A votre avis, comment les soins liés à la fistule peuvent continuer après la fin du projet HSD ?	4
18	Est-ce que les femmes qui recherchent des soins dans cette structure de santé font régulièrement l'objet d'un dépistage de la de la violence basée sur le genre? Comment les soins, le traitement ou l'orientation liés à la violence basée sur le genre? sont-ils intégrés au paquet de services offerts dans votre structure de santé?	5
19	Quels défis avez-vous rencontrés dans l'offre des soins liés à la violence basée sur le genre? ⇒ Comment ces défis pourraient-ils être surmontés ? Selon vous quelles sont les stratégies qui peuvent influencer dans la lutte contre la violence basée sur le genre en Guinée ?	5
Section 4. Effet de levier de la programmation/partenaires internes et externes		

20	A votre avis, les projets de l'USAID qui ont soutenu votre établissement ont-ils été complémentaires (par exemple, construits les uns sur les autres) ? ⇒ Comment ?	6.1
21	Selon vous, dans quelle mesure les projets de l'USAID s'associent-ils avec les mêmes niveaux du système de santé et les mêmes partenaires pour faciliter les synergies entre les partenariats ?	6.2
22	A votre avis, les projets de l'USAID ont-ils complété (plutôt que dupliqué) d'autres projets de donateurs et de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) dans votre structure ? ⇒ Comment ?	6.3
23	A votre avis, d'importantes opportunités internes ou externes ont-elles été manquées dans l'approche de l'USAID pour améliorer les soins de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) en Guinée ? ⇒ Comment ?	6.4
Questions transversales (à travers toutes les discussions sur le programme)		
24	Quels facteurs internes et externes ont affecté l'obtention des résultats (de manière positive ou négative) par rapport du projet HSD? ⇒ Comment? Quelles interventions ou activités ont fonctionné mieux que d'autres? ⇒ Pourquoi?	7
25	Comment le projet HSD s'est-il adapté aux changements intervenus dans les environnements opérationnels ? ⇒ <i>par exemple, politiques / stratégies nationales, changements dans la structure de gouvernance, entre / sortie d'acteurs essentiels du gouvernement / partenaires de développement / communauté / secteur privé / ONG/changement climatique</i>	7
Conclusion: Je n'ai plus de questions pour vous. Je vous remercie pour votre engagement. Avez-vous des questions pour moi/nous?		
Notes complémentaires :		

Qualité de l'entretien :

Outil E. Questionnaire des ACS (KII-CHW)		
⇒ Enregistreur + Notes : Entretien Individuel avec un/une ASC ⇒ Demander en avance de la visite de recruter 1-2 ASCs à venir au CS		
Temps estimé : 45 minutes		
Usage officiel uniquement:	Code enquêteur/rice: __ __	Genre :
Code région: __ __	Code CS: __ __	☐ Homme ☐ Femme
Code préfecture: __ __	Code ASC: __ __	Age:
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes au courant des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de sante en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		
Section 1. Prestation intégrée de services SRMNIA (qualité et disponibilité)		
1	Parmi les services que je vais vous citer lesquelles sont disponible dans votre établissement : ⇒ <i>(Enquêteur citer la liste)</i>	1.1
	Comment fonctionnent t'ils ?	
	Où les femmes peuvent-elles aller pour recevoir les services qui font défaut dans votre établissement?	
	Quel est le processus d'orientation des femmes vers ces services ?	

2	Veuillez énumérer les services qui sont censés être fournis au niveau de la communauté ? A votre avis, comment la prestation de services fonctionne au niveau communautaire ? ⇒ <i>Défis ?</i>	2.1
3	Selon vous, dans quelle mesure l'orientation de la communauté vers le centre de santé est-il fonctionnel ? Pouvez-vous m'expliquez comment les services disponibles dans la communauté et l'orientation de la communauté vers les centres de santé ont-ils joué un rôle dans l'utilisation des services de santé en général ?	2.1
4	A votre avis, y a-t-il plus de femmes qui viennent à l'établissement pour des services de santé maternelle et infantile depuis l'intervention du HSD ? ⇒ Services de planning familiale depuis l'intervention du HSD ?	2.2
5	D'après votre expérience, les clients sont-ils mieux informés et plus engagés au sujet de leurs besoins en soins de santé depuis le début de l'intervention du HSD ? ⇒ De quelles façons? (<i>Lister tous mentionnent</i>)	2.3
6	Quels obstacles spécifiques les femmes rencontrent-elles pour accéder aux soins de santé dans cet établissement ? ⇒ Au sein de cette communauté en général ? (<i>Lister tous mentionnent</i>) Quelles sont les mesures spécifiques que vous ou votre établissement prenez pour aider les femmes à surmonter ces obstacles ? Expliquez-moi, s'il vous plaît. ⇒ Qu'en est-il des jeunes - quels sont les obstacles auxquels ils font face ? ○ Quelles mesures sont prises à cet effet ?	2.4
Section 2. Renforcement des systèmes de santé		

7	Comment qualifieriez-vous le rôle de l'équipe de gestion de la santé du ministère de la santé, des organisations non-gouvernementales et d'autres organismes dans l'amélioration de la qualité des services dans les établissements avec lesquels ils travaillent ?	3.1
8	Dans quelle mesure le Ministère de la Santé et les Gouvernorats ont-ils soutenu l'amélioration de la qualité ?	3.1
9	Comment le Projet HSD a-t-il contribué à la disponibilité de l'équipement, des produits et des médicaments dans votre établissement ? Quelles ont été les répercussions de ces contributions sur la prestation de soins intégrés dans votre établissement en termes de l'amélioration des indicateurs ou des cibles? <i>(par exemple : indicateurs DHIS2 ou SBM-R ou ASC)</i>	3.2
10	Quels objectives ou cibles votre établissement a-t-il eu le plus de difficulté à atteindre ? ⇒ Quels sont les aspects les plus difficiles de ces objectifs ou critères ? Comment pensez-vous que votre établissement peut surmonter ces obstacles ? ⇒ <i>Sondages : les solutions internes avec le personnel et la direction</i>	
11	A votre avis le projet HSD a-t-il créé une dynamique et un engagement des partenaires locaux à soutenir les interventions du projet ?	3.1
12	Votre avis, les interventions du projet HSD visant à améliorer la qualité des soins peuvent-elles être maintenues après la fin du projet ? Oui/Non ⇒ Comment ? Qui sera principalement responsable du maintien des améliorations de la qualité ? ⇒ <i>(fournisseurs individuels et AC, fournisseurs et gestionnaires d'établissements, gestionnaires d'établissements, gestionnaires d'établissements, DPS, directeurs du Ministère de la Santé, autres)</i> Quels soutiens seront nécessaires pour maintenir les améliorations de la qualité après la fin du projet ?	3.5
Section 3. Sujets spéciaux : fistule et soins de la fistule et de la VBG		

13	Dans quelle mesure diriez-vous que les partogrammes sont utilisés régulièrement pour les femmes qui accouchent dans cet établissement ? Quels sont les obstacles auxquels se heurtent les femmes qui développent un accouchement avec obstruction pour obtenir une césarienne en temps opportun ? Des services de traitement de la fistule obstétricale sont-ils disponibles dans votre établissement ? ⇒ dans l'hôpital de référence le plus proche ? Comment évalueriez-vous la disponibilité et la qualité de ces services liés à la fistule ? Combien d'aiguillages pour une chirurgie de fistule obstetricale avez-vous effectués au cours des 6 derniers mois ? Après l'aiguillage?, combien de temps pensez-vous que les femmes doivent généralement attendre une intervention chirurgicale de fistule obstetricale ? Environ quelle proportion des femmes qui subissent une réparation de fistule dans votre établissement ont une fermeture de fistule réussie sans incontinence résiduelle ? De votre point de vue, les femmes qui reviennent dans la communauté après le traitement sont-elles satisfaites de leur expérience ? du résultat ? A votre avis, comment les services liés à la fistule peuvent-ils se poursuivre une fois le projet HSD terminé ?	4
----	--	---

Outil F. Entretien en groupe pour COSAH		
Enregistreur + Notes : Entretien en groupe avec les membres de COSAH, y compris les leader locaux (4-8 participants) ⇒ Faire rendez-vous en avance avec COSAH par ASC/CS/Coordonnateur Jhpeigo ⇒ Demander au Coordonnateur Jhpiego pour une COSAH dans la région si pas déjà identifiée		
Temps estimé : 45 minutes		
Usage officiel uniquement:	Code enquêteur/rice: __ __	Nombre de participants: Femmes : _____ Hommes : _____
Code région: __ __	Code CS : __ __	
Code préfecture: __ __	Code Communauté : __ __	
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes au courant et des bénéficiaires des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de santé en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		
Section 1. Prestation intégrée de services SRMNIA (qualité et disponibilité)		
1	Dans quelle mesure le Projet HSD a-t-il contribué à la disponibilité de l'ensemble complet de services intégrés ? ⇒ (Enquêteur citer la liste y compris la fistule et le violence base sur genre) Dans quels domaines pensez-vous que le Projet HSD a eu le plus d'impact ? Le moins impact ?	1.1
2	Selon vous, comment la qualité des services de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA) s'est-elle améliorée avec les activités initiées par le HSD ? ⇒ Dans quels domaines avez-vous constaté la plus grande amélioration ?	1.2

	⇒ La moindre amélioration ?	
3	Quels services de santé sont offerts dans votre communauté ? Comment évaluez-vous la qualité des services qui sont fournis par le relais ? Le Relais réfère-t-il régulièrement les femmes à l'établissement de santé ? ⇒ Pour quels services les références ont-ils effectués ? ⇒ Pouvez-vous citer ces services	2.1
4	Veuillez décrire dans quelle mesure la prestation de services fonctionnels est assurée au niveau de la collectivité. Selon vous, dans quelle mesure l'orientation de la communauté vers le centre de santé est-il fonctionnel ? De votre point de vue, comment pourrait-on améliorer les services de santé communautaires ? les services des références ?	2.1
5	Pouvez-vous nous expliquez si l'intervention du HSD a-t-elle augmenté l'accès et l'utilisation des services ? Sur quelle base évaluez-vous cela ?	2.2
6	Comment l'approche du HSD a-t-elle contribué à engager et à habiliter les membres de la communauté à accéder et à utiliser les services de soins de santé ? La communauté est-elle mieux informés et plus engagés au sujet de leurs besoins en soins de santé depuis le début de l'intervention du HSD ? ⇒ Expliquez nous comment? Dites-nous comment la communauté n'est pas seulement bénéficiaire des soins mais plutôt défenseurs ou promoteurs de la santé?	2.3
7	Quels obstacles spécifiques les femmes de votre communauté rencontrent-elles pour accéder aux soins de santé ? (<i>lister tous citer</i>)	2.4

8	Quelles mesures spécifiques sont mises en œuvre au niveau de la communauté ou de l'établissement pour aider les femmes à surmonter ces obstacles ? Expliquez-moi, s'il vous plaît.	2.4
9	Et la jeunesse ? Quels sont les obstacles auxquels ils sont confrontés ? Quelles mesures sont mises en œuvre pour les aider à surmonter ces obstacles ?	2.4
Section 2. Renforcement des systèmes de santé		
10	Comment décrivez-vous le rôle de leadership de l'équipe de gestion de la santé du ministère de la Santé, du ministère de la Santé, des ONG et d'autres organismes dans l'amélioration de la qualité des services dans les établissements avec lesquels ils travaillent ? Dans quelle mesure le Ministère de la Santé et les Gouvernorats ont-ils soutenu l'amélioration de la qualité ? A votre avis, le projet HSD a-t-il créé une dynamique et un engagement des partenaires locaux à soutenir les interventions du projet après la fin du projet ? ⇒ Comment ?	3.1
11	Comment le Projet HSD a-t-il contribué à la disponibilité de l'équipement, des produits et des médicaments dans les établissements cibles ? Quelles ont été les répercussions de ces contributions sur la capacité des établissements de soins de santé de fournir des soins intégrés ? ⇒ Amélioration des indicateurs DHIS2 ou SBM-R ?	3.2
12	Quels objectifs ou cibles ont-elles eu le plus de difficulté à atteindre ? ⇒ Quels sont les aspects les plus difficiles de ces objectifs ou critères ?	3.2

	⇒ Comment pensez-vous surmonter ces aspects ?	
13	Comment les données ont-elles été utilisées pour mieux comprendre les besoins de santé de la communauté à votre niveau (Ministère, donateur, partenaire, COSAH) à partir des données ? Veuillez m'en dire plus sur la façon dont les données ont été utilisées, les mesures précises suggérées et ce qui s'est passé à la suite de la discussion.	3.3
14	A votre avis, les interventions du projet HSD visant à améliorer la qualité des soins peuvent-elles être maintenues après la fin du projet ? Oui/Non ⇒ Si oui comment ? ⇒ Si non pourquoi ? Qui sera principalement responsable du maintien des améliorations de la qualité (fournisseurs individuels et AC, fournisseurs et gestionnaires d'établissements, gestionnaires d'établissements, gestionnaires d'établissements, DPS, directeurs du MS, autres) ? Quels soutiens seront nécessaires pour maintenir les améliorations de la qualité après la fin du projet ?	3.5
Section 3. Sujets spéciaux : fistule et soins de la fistule et de la VBG		
15	Veuillez décrire le processus d'identification des femmes de votre communauté qui souffrent de la fistule obstétrique: ⇒ Quels sont les obstacles aux soins auxquels font face les femmes de la région atteintes de la fistule obstétrique ? ⇒ Les soins locaux pour la fistule obstétrique sont-ils accessibles ? ⇒ Comment aide-t-on les femmes à réintégrer leur communauté après le traitement ? Qui facilite leur réinsertion ?	4
16	Comment les soins, le traitement et l'orientation en matière de la violence base sur genre (VBG) sont-ils intégrés dans les services disponibles dans cette région/préfecture ? ⇒ Quels défis avez-vous rencontrés dans l'intégration des soins liés à la violence liée au sexe dans les services ?	5

	⇒ Comment ces défis peuvent-ils être surmontés ? ⇒ Selon vous, quelles sont les causes sous-jacentes de la violence liée au sexe en Guinée ? ⇒ Comment y remédier le plus efficacement possible ?	
Section 4. Effet de levier de la programmation/partenaires internes et externes		
17	A votre avis, les projets de l'USAID qui ont soutenu votre comité ont-ils été complémentaires ? <i>(construits les uns sur les autres)</i> ⇒ Comment ?	6.1
18	Selon vous, dans quelle mesure les projets de l'USAID s'associent-ils avec les mêmes niveaux du système de santé et les mêmes partenaires pour faciliter les synergies entre les partenariats ?	6.2
19	A votre avis, les projets de l'USAID complètent-ils (plutôt que de dupliquer) d'autres projets de donateurs et de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescente (SRMNIA+) du MS dans votre [structure/préfecture/région/MS] ? Comment ?	6.3
20	A votre avis, d'importantes opportunités internes ou externes ont-elles été manquées dans l'approche de l'USAID pour améliorer les soins de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescente (SRMNIA+) en Guinée ? ⇒ Comment ? ⇒ Pouvez-vous citer ?	6.4
Conclusion: Je n'ai plus de questions pour vous. Je vous remercie pour votre engagement. Avez-vous des questions pour moi/nous?		
Notes complémentaires :		
Qualité de l'entretien :		

Outil G. Guide de discussion de groupe dirigée avec les femmes communautaires		
Enregistreur + Notes : Groupe de discussion dirigé avec 6-8 mères avec enfant moins d'un an		
Temps estimé : 45 minutes		
Usage officiel uniquement:	Code enquêteur/rice: __ __	Tranche d'Age : ☐ <20 ans ☐ ≥ 20 ans
Code région : __ __	Code Établissement : __ __	Nombre de participants :
Code préfecture: __ __	Code Communauté : __ __	Nombre de femmes avec Dossiers Obst:
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes bénéficiaires des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de santé en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		
Section 1. Prestation intégrée de services SRMNIA (qualité et disponibilité)		
1	Je voudrais commencer par l'idée des services intégrés de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent dans votre établissement de santé. Quels services de soins intégrés sont-ils disponibles dans votre établissement de santé ? ⇒ <i>Sonder tous les services</i> Quels services ne sont pas disponibles ou ont une disponibilité limitée ?	1.1
2	Où les femmes peuvent-elles aller pour recevoir les services qui font défaut dans les établissements locaux ? Quel est le processus de référence des femmes vers ces services ? ⇒ Dans quelle mesure ce processus est-il efficace ?	1.1

3	Maintenant, je voudrais savoir quels sont les services de santé offerts dans votre communauté ? ⇒ Sondages : <i>les efforts d'éducation, de prévention et de traitement</i> Comment évaluez-vous la qualité de ces services communautaires ? ⇒ Le Relais/ASC réfère-t-il régulièrement les femmes à l'établissement de santé ? ○ Pour quels services les orientations sont-ils effectués ?	2.1
4	Veuillez décrire dans quelle mesure la prestation de services fonctionnels est assurée au niveau de votre communauté. ⇒ Dans quelle mesure l'orientation de la communauté vers le centre de santé est-il fonctionnel?	2.1
5	De votre point de vue, comment pourrait-on améliorer les services de santé communautaires? De votre point de vue, comment pourrait-on améliorer les services de référence ?	2.1
6	Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez déjà été référé par le relais de santé à l'établissement de santé ? ⇒ Vous y êtes allé ? ⇒ Pourquoi ou pourquoi pas ?	2.1

7	Veuillez décrire les obstacles auxquels se heurtent les femmes de votre communauté dans l'utilisation des services de santé communautaires ? ⇒ des services de santé en établissement de santé ?	2.1
8	Veuillez décrire les obstacles auxquels se heurtent les adolescents et les jeunes adultes de votre communauté lorsqu'ils utilisent les services de santé communautaires ou les services de santé en établissement ?	2.1
9	A votre avis, y a-t-il plus de femmes qui viennent à l'établissement pour recevoir des services de soins prénatals depuis l'intervention du HSD (4 ans passe)? Services de planification familial depuis l'intervention du HSD? ⇒ Services de santé infantile depuis l'intervention du HSD?	2.2
10	Quelles campagnes ou activités de communication sur la santé ont eu lieu dans votre communauté ? Quelles populations ont été ciblées (jeunes, femmes, hommes) ? Comment ces activités vous ont-elles motivé, vous ou une personne de votre entourage à changer de comportement ou à obtenir des soins de santé ?	2.3
11	A votre avis, comment le niveau d'engagement des membres de la communauté dans l'accès aux services de santé a-t-il changé avec ces activités de communication ? ⇒ <i>Sondages : pour les jeunes, les femmes, les hommes</i> Avez-vous remarqué des changements dans la promotion de l'utilisation des soins de santé parmi les membres de votre communauté à la suite de ces activités de communication? ⇒ Si oui, Comment ? ⇒ Sinon, pourquoi ? ⇒ Parmi les jeunes, les femmes, les hommes ?	2.3
12	Quels obstacles spécifiques les femmes de votre communauté rencontrent-elles pour accéder aux soins de santé ? ⇒ <i>Enregistrer tous que les répondants citent ; il faut solliciter au moins une obstacle</i>	2.4

	⇒ Quelles mesures spécifiques sont mises en œuvre au niveau de la communauté ou de l'établissement pour aider les femmes à surmonter ces obstacles ? Expliquez-moi, s'il vous plaît.	
13	Quels obstacles spécifiques les adolescents et les jeunes adultes de votre communauté rencontrent-ils pour accéder aux soins de santé ? Quelles mesures spécifiques sont mises en œuvre au niveau de la communauté ou des établissements pour aider les adolescents et les jeunes adultes à surmonter ces obstacles ? Expliquez-moi, s'il vous plaît.	2.4
Section 2. Renforcement des systèmes de santé		
14	Votre établissement local a-t-il été reconnu pour la qualité des soins par les autorités sanitaires centrales ou régionales ? <i>(par exemple : étoiles de SBM-R)</i> ⇒ <i>S'ils ne connaissent pas, noter et sauter à question suivant</i> En quoi cette reconnaissance a-t-elle amélioré l'environnement et la qualité des soins dans votre établissement local ? En quoi cela a-t-il eu une influence sur les appréciations communautaires de l'établissement ?	3.2
Section 3. Sujets spéciaux : fistule et soins de la fistule et de la VBG		
15	Veuillez décrire les activités menées dans votre communauté pour prévenir la fistule obstétricale. Veuillez décrire le processus d'identification des femmes qui ont développé une fistule obstétricale dans votre communauté. Où peuvent aller les femmes de votre communauté qui ont besoin de soins pour la fistule obstétricale ?	4

16	Quels sont les obstacles aux soins auxquels font face les femmes de votre communauté qui développent une fistule obstétricale ? Comment les femmes atteintes de fistule obstétricale dans votre communauté bénéficient-elles d'un soutien pour accéder au traitement ? Comment aide-t-on les femmes à réintégrer leur communauté après avoir subi un traitement ? ⇒ Qui facilite leur réinsertion ?	4
17	Comment les soins, le traitement et l'orientation en matière de la violence sexuelle sont-ils intégrés dans les services disponibles dans votre localité ? Quels défis avez-vous rencontrés dans l'intégration des soins en matière de la violence sexuelle dans les services de votre localité ? ⇒ Comment ces défis peuvent-ils être surmontés ?	5
18	A votre avis, quelles sont les causes profondes de la violence liée au sexe en Guinée ? ⇒ Comment y remédier le plus efficacement possible ? ⇒ A votre avis, quelles activités l'USAID devrait-elle privilégier pour s'attaquer le plus efficacement à la violence liée au sexe en Guinée ?	5
Conclusion: Je n'ai plus de questions pour vous. Je vous remercie pour votre engagement. Avez-vous des questions pour moi/nous?		
Notes complémentaires : Qualité de l'entretien :		

Outil H. Guide de discussion de groupe dirigée avec les hommes communautaires		
Enregistreur + Notes : Groupe de discussion dirigé avec 6-8 hommes		
Temps estimé : 45 minutes		
Usage officiel uniquement:	Code enquêteur/rice: __ __	Tranche d'Age: ☐ 20-35 ☐ 35 ans +
Code région: __ __	Code Établissement: __ __	Nombre de participants :
Code préfecture: __ __	Code Communautaire: __ __	
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes bénéficiaires des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de santé en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familial dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familial. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familial pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		
Section 1. Prestation intégrée de services SRMNIA (qualité et disponibilité)		
1	Je voudrais commencer par l'idée des services intégrés de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) dans votre établissement de santé. Quels services de soins intégrés sont-ils disponibles dans votre établissement de santé ? ⇒ <i>Sonder tous les services</i> Quels services ne sont pas disponibles ou ont une disponibilité limitée ?	1.1
2	Où les femmes peuvent-elles aller pour recevoir les services qui font défaut dans les établissements locaux ? Quel est le processus de référence des femmes vers ces services ? ⇒ Dans quelle mesure ce processus est-il efficace ?	1.1

3	Maintenant, je voudrais savoir quels sont les services de santé offerts dans votre communauté ? ⇒ Sondages : <i>les efforts d'éducation, de prévention et de traitement</i> Comment évaluez-vous la qualité de ces services communautaires ? ⇒ Le Relais/ASC réfère-t-il régulièrement les femmes à l'établissement de santé ? ○ Pour quels services les orientations sont-ils effectués ?	2.1
4	Veuillez décrire dans quelle mesure la prestation de services fonctionnels est assurée au niveau de votre communauté. ⇒ Dans quelle mesure l'orientation de la communauté vers le centre de santé est-il fonctionnel?	2.1
5	De votre point de vue, comment pourrait-on améliorer les services de santé communautaires? De votre point de vue, comment pourrait-on améliorer les services de référence ?	2.1
6	Est-ce qu'un membre de votre famille avez déjà été référé par le relais de santé à l'établissement de santé ? ⇒ Elle y est allée ? ⇒ Pourquoi ou pourquoi pas ?	2.1

7	Veillez décrire les obstacles auxquels se heurtent les femmes de votre communauté dans l'utilisation des services de santé communautaires ? ⇒ des services de santé en établissement de santé ?	2.1
8	Veillez décrire les obstacles auxquels se heurtent les adolescents et les jeunes adultes de votre communauté lorsqu'ils utilisent les services de santé communautaires ou les services de santé en établissement ?	2.1
9	A votre avis, y a-t-il plus de femmes qui viennent à l'établissement pour recevoir des services de soins prénatals depuis l'intervention du HSD (4 ans passe)? Services de planification familial depuis l'intervention du HSD? Services de santé infantile depuis l'intervention du HSD?	2.2
10	Quelles campagnes ou activités de communication sur la santé ont eu lieu dans votre communauté ? Quelles populations ont été ciblées (jeunes, femmes, hommes) ? Comment ces activités vous ont-elles motivé, vous ou une personne de votre entourage à changer de comportement ou à obtenir des soins de santé ?	2.3
11	A votre avis, comment le niveau d'engagement des membres de la communauté dans l'accès aux services de santé a-t-il changé avec ces activités de communication ? ⇒ <i>Sondages : pour les jeunes, les femmes, les hommes</i> Avez-vous remarqué des changements dans la promotion de l'utilisation des soins de santé parmi les membres de votre communauté à la suite de ces activités de communication? ⇒ Si oui, Comment ? ⇒ Sinon, pourquoi ? ⇒ Parmi les jeunes, les femmes, les hommes ?	2.3
12	Quels obstacles spécifiques les femmes de votre communauté rencontrent-elles pour accéder aux soins de santé ? ⇒ <i>Enregistrer tous que les répondants citent ; il faut solliciter au moins une obstacle</i>	2.4

	Quelles mesures spécifiques sont mises en œuvre au niveau de la communauté ou de l'établissement pour aider les femmes à surmonter ces obstacles ? Expliquez-moi, s'il vous plaît.	
13	Quels obstacles spécifiques les adolescents et les jeunes adultes de votre communauté rencontrent-ils pour accéder aux soins de santé ? Quelles mesures spécifiques sont mises en œuvre au niveau de la communauté ou des établissements pour aider les adolescents et les jeunes adultes à surmonter ces obstacles ? Expliquez-moi, s'il vous plaît.	2.4
Section 2. Renforcement des systèmes de santé		
14	Votre établissement local a-t-il été reconnu pour la qualité des soins par les autorités sanitaires centrales ou régionales ? <i>(par exemple : étoiles de SBM-R)</i> ⇒ <i>S'ils ne connaissent pas, noter et sauter à question suivant</i> En quoi cette reconnaissance a-t-elle amélioré l'environnement et la qualité des soins dans votre établissement local ? En quoi cela a-t-il eu une influence sur les appréciations communautaires de l'établissement ?	3.2
Section 3. Sujets spéciaux : fistule et soins de la fistule et de la VBG		
15	Veuillez décrire les activités menées dans votre communauté pour prévenir la fistule obstétricale. Veuillez décrire le processus d'identification des femmes qui ont développé une fistule obstétricale dans votre communauté. Où peuvent aller les femmes de votre communauté qui ont besoin de soins pour la fistule obstétricale ?	4

16	Quels sont les obstacles aux soins auxquels font face les femmes de votre communauté qui développent une fistule obstétricale ? Comment les femmes atteintes de fistule obstétricale dans votre communauté bénéficient-elles d'un soutien pour accéder au traitement ? Comment aide-t-on les femmes à réintégrer leur communauté après avoir subi un traitement ? ⇒ Qui facilite leur réinsertion ?	4
17	Comment les soins, le traitement et l'orientation en matière de la violence basée sur le genre sont-ils intégrés dans les services disponibles dans votre localité ? Quels défis avez-vous rencontrés dans l'intégration des soins en matière de la violence basée sur le genre dans les services de votre localité ? ⇒ Comment ces défis peuvent-ils être surmontés ?	5
18	A votre avis, quelles sont les causes profondes de la violence basée sur le genre en Guinée ? ⇒ Comment y remédier le plus efficacement possible ? ⇒ A votre avis, quelles activités l'USAID devrait-elle privilégier pour s'attaquer le plus efficacement à la violence basée sur le genre en Guinée ?	5
Conclusion: Je n'ai plus de questions pour vous. Je vous remercie pour votre engagement. Avez-vous des questions pour moi/nous?		
Notes complémentaires: Qualité de l'entretien :		

Outil I. Guide d'entretien approfondi : clients de service de fistule obstétricale		
Enregistreur + Notes : Entretien approfondi individuel avec femmes qui ont reçu les soins de la fistule ⇒ 1-3 par site sélectionné (plus s'il y a le temps/disponibilité)		
Temps estimé : 45 minutes		
Usage officiel uniquement:	Code région: __ __	Code Établissement : __ __
Code enquêtrice: __ __	Code préfecture: __ __	Code répondant: __ __
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes au courant des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de sante en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		
Section 1. Expérience individuelle de la femme par rapport à la fistule (développement, traitement, réhabilitation).		Res
1. Premièrement, est-ce que vous pouvez me dire quand vous avez développé la fistule (MM ____ et AAAA ____) et quand vous avez obtenu la chirurgie (MM ____ et AAAA ____) ? <i>Note a l'enquêtrice : une date précise n'est pas nécessaire ; si la femme ne sait pas, estimez-la date.</i>		4
2. Veuillez me parler de votre grossesse et de l'accouchement où vous avez développé une fistule obstétricale :		
a. Avez-vous eu recours à des soins prénataux pendant votre grossesse ? <i>Si oui : à quel niveau de la structure sanitaire ? Combien de visites ?</i>		

b. Où avez-vous accouché? c. <i>Si vous étiez dans un établissement de santé, combien de temps après le début de votre travail êtes-vous arrivée à l'établissement ?</i> d. Combien de temps au total a duré votre travail ? e. Avez-vous accouché par voie basse ou par césarienne ? f. Avez-vous été référé à un autre établissement pour une césarienne ? <i>Clarifier si elle est partie, et si oui, combien de temps le voyage a duré ?</i> g. Avez-vous eu des soins post-partum ? <i>Si oui, Où (à quel niveau de la structure sanitaire) ? Quand ?</i> 3. Maintenant je veux vous demander à propos de lorsque vous avez noté les symptômes liée à la fistule : a. Combien de temps après l'accouchement avez-vous remarqué des symptômes de la perte d'urine? b. Dites-moi comment vous avez eu accès à la chirurgie de la fistule ? <i>Qui vous a soutenu de niveau communautaire ? Comment ?</i> c. Combien de temps après le constat des pertes d'urines avez-vous consulté un médecin ? <i>Avec qui avez-vous demandé des soins (à quel niveau de la structure sanitaire) ? Ce qui s'est passé ensuite (sonde jusqu'à l'intervention chirurgicale, y compris l'emplacement géographique).</i> d. Quels ont été les principaux défis auxquels vous avez dû faire face pour accéder aux soins de la fistule ? Quels soutiens avez-vous reçus en matière d'accès aux soins ? e. Avant la chirurgie, comment votre entourage ou votre famille a réagi par rapport à votre état de santé ? <i>y avait-t-il des problèmes ?</i>	4
--	----------

4. S'il vous plaît, parlez-moi de l'opération de la fistule et les soins que vous avez reçu dans cet établissement de santé :
 - a. Quand vous êtes arrivée à l'établissement où vous avez été opéré, combien de temps avez-vous dû attendre avant d'être opéré ?
 - b. Avez-vous reçu de l'éducation sanitaire à la structure sanitaire (*par exemple, des informations sur la cause de la fistule, comment prévenir la fistule et d'autres complications, ou d'autres choses*) ?
 - c. Avez-vous reçu des conseils à l'établissement (*p. ex. des discussions avec des travailleurs sociaux pour améliorer votre santé mentale et vos perspectives*) ?
 - d. Avez-vous suivi des séances de physiothérapie à l'établissement (*p. ex., des exercices spécifiques pour vous aider à guérir*) ?
 - e. Quel a été votre résultat chirurgical ? *Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de ce résultat ? Dans quelle mesure avez-vous été satisfait des soins que vous avez reçus à l'établissement chirurgical ?*
5. S'il vous plaît, veuillez discuter la période juste après que vous avez eu la chirurgie pour la fistule ?
 - a. Combien de temps êtes-vous restée à l'établissement de réparation de la fistule après votre chirurgie ?
 - b. Êtes-vous rentré directement chez vous ou êtes-vous resté dans une famille d'accueil ?
 - c. *Si vous êtes resté avec une famille d'accueil* : combien de temps êtes-vous resté avec cette famille avant de rentrer chez vous (ou ailleurs) ?
 - d. *Si vous êtes resté avec une famille d'accueil* : quelle a été votre expérience avec cette famille ? *Quels avantages avez-vous retirés de votre séjour au sein de la famille ? Quels défis avez-vous éprouvés en restant avec la famille ?*

e. <i>Si vous êtes resté avec une famille d'accueil : Êtes-vous resté en contact avec cette famille ? Êtes-vous encore resté chez eux ? Pourquoi ?</i> 6. Parlez-moi de votre retour à la maison après une réparation de fistule. a. Comment des liens ont-ils été établis avec votre communauté et votre famille pour faciliter le processus de retour à la maison ? <i>Quelqu'un vous a-t-il accompagné de l'atelier de réparation de la fistule ? Qui ? Dans quel but ?</i> b. Dans quelle mesure sentez-vous que vous avez repris vos activités habituelles de la vie ? <i>Quelles sont les préoccupations durables que vous avez au sujet de la fistule ?</i>	
Section 2. Perspectives sur la disponibilité des services pour la fistule au niveau communautaire. A lire à la répondant : Merci beaucoup d'avoir partagé votre expérience avec la fistule obstétricale. Maintenant j'aimerais bien parler un peu à propos de vos perspectives sur les ressources disponibles au niveau communautaire pour prévenir la fistule et aider les femmes avec la fistule et la fonctionnalité de ces ressources.	
7. Quels services sont actuellement offerts dans votre communauté pour la <u>prévention</u> de la fistule obstétricale ? <u>traitement</u> de la fistule obstétricale (y compris l'orientation) ? <u>réintégration</u> après une réparation de fistule ? a. Selon vous, dans quelle mesure ces services sont-ils fonctionnels ? b. De votre point de vue, comment les services de santé communautaires pour la fistule pourraient-ils être améliorés ? c. Quels obstacles <u>les femmes de votre communauté</u> rencontrent-elles pour accéder aux services de santé communautaires de la fistule ? Services de santé en établissement pour la fistule? d. Quelles mesures spécifiques sont mises en œuvre au niveau de la communauté ou de l'établissement pour aider <u>les femmes</u> à surmonter ces obstacles ? <i>Expliquez-moi, s'il vous plaît.</i>	2.1

e. Quels obstacles <u>les adolescentes et les jeunes de votre communauté</u> rencontrent-ils pour accéder aux services de santé communautaires de la fistule? Services de santé en établissement pour la fistule? f. Quelles mesures spécifiques sont mises en œuvre au niveau de la communauté ou de l'établissement pour aider <u>les adolescentes et les jeunes</u> à surmonter ces obstacles ? <i>Expliquez-moi, s'il vous plaît.</i>	
8. Quelles campagnes ou activités de communication sur la santé ont eu lieu dans votre communauté en ciblant la prévention, traitement ou réhabilitation pour la fistule ? <i>Quelles populations ont été ciblées pour ces campagnes (jeunes, femmes, hommes) ?</i> a. Comment ces activités vous sont-elles motivé, vous ou une personne que vous connaissez, à changer de comportement ou à demander des soins de santé ? b. A votre avis, comment le niveau d'engagement des membres de la communauté dans l'accès aux services de santé a-t-il changé avec ces activités (jeunes, femmes, hommes) ? c. Avez-vous remarqué des changements dans la promotion de l'utilisation des soins de santé parmi les membres de votre communauté à la suite de ces activités ? <i>Comment ? Parmi qui : les jeunes, les femmes, les hommes ?</i>	2.1
Conclusion: Je n'ai plus de questions pour vous. Je vous remercie pour votre engagement dans notre discussion. Avez-vous des questions pour moi/nous?	
Notes complémentaires: Qualite de l'entretien :	

Outil J. Guide de discussion dirigée: groupes travaillent avec la violence basée sur le genre		
Enregistreur + Notes : Demander aux Coordonnateurs Jhpeigo, préfectures et établissement s'il y a les groupe VBG au niveau communautaire avec qui on peut parler ⇒ (groupe 2-4 personnes ou 1 personne pire cas)		
Temps estimé : 1 heure		
Usage officiel uniquement :	Code enquêteur/rice: __ __	Nombre de participants:
Code région: __ __	Code Établissement : __ __	Femmes : _____
Code préfecture: __ __	Code Communauté : __ __	Hommes : _____
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services de santé pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes au courant des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de sante en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		
Section 1. Prestation intégrée de services SRMNIA (qualité et disponibilité)		
1	Dans quelle mesure le HSD a-t-il contribué aux services (prévention et référence) liés à la VBG dans le cadre de l'ensemble des services intégrés dans votre communauté ? ⇒ Pour quels services liés à la VBG pensez-vous que le HSD a eu le plus d'impact ? ⇒ Comment ? ⇒ Pourquoi ? ⇒ Pour quels services liés à la VBG pensez-vous que le HSD a eu le moins d'impact ? ⇒ Comment ?	1.1

	⇒ Pourquoi ?	
2	Quels sont les services de santé liés à la violence sexuelle offerts dans votre communauté (y compris les efforts éducatifs, la prévention et le traitement) ? ⇒ Qui est responsable de ces activités ? Quel est votre avis sur la qualité des activités communautaires de lutte contre la violence sexuelle? ⇒ Le Relais réfère-t-il les femmes à l'établissement de santé pour des services de VBG ? Aux services judiciaires ? ⇒ La prestation des services de VBG est-elle fonctionnelle au niveau communautaire ? ⇒ et au niveau des formations sanitaires ? comment ?	2.1
4	De votre point de vue, comment peut-on améliorer les services communautaires de VBG ? De votre point de vue, comment pourrait-on améliorer les services d'orientation en matière de VBG ? De votre point de vue, comment pourrait-on améliorer les services judiciaires en matière de VBG ?	2.1
5	Selon vous, comment l'accès aux services de prévention, de santé et de justice en matière de VBG s'est-il amélioré grâce à Projet HSD ? Depuis le début des activités de VBG de HSD, avez-vous remarqué des différences dans le nombre de femmes cherchant des soins liés à la VBG ?	2.2

	Y a-t-il des différences dans les caractéristiques des femmes qui cherchent à obtenir des soins liés à la violence sexuelle ? ⇒ <i>(sonder les jeunes, les ethnies).</i>	
6	Comment l'approche du HSD a-t-elle contribué à engager et à habiliter les membres de la communauté à accéder aux services de VBG ? Pour adolescents/jeunes adultes ? Diriez-vous que les clientes sont mieux informées et plus engagées dans la prévention, le traitement et les services judiciaires en matière de VBG ? De quelles façons ? Quelle est le niveau d'implication des membres de la communauté dans les activités de la plaidoyer des VBG ?	2.3
7	Quels obstacles spécifiques les femmes de votre communauté rencontrent-elles pour accéder aux services liés à la violence sexuelle ? Quelles mesures spécifiques sont mises en œuvre au niveau de la communauté ou de l'établissement (sanitaire,...)pour aider les femmes à surmonter ces obstacles ? Expliquez-moi, s'il vous plaît.	2.4
8	Quels obstacles spécifiques les adolescents et les jeunes adultes de votre communauté rencontrent-ils pour accéder aux services liés à la violence liée au sexe ? Quelles mesures spécifiques sont mises en œuvre au niveau de la communauté ou des établissements pour aider les adolescents et les jeunes adultes à surmonter ces obstacles ? Expliquez-moi, s'il vous plaît.	2.4
Section 2. Renforcement de système de santé		

9	Quel est votre opinion sur le leadership de l'équipe de gestion de la santé de la DPS, du ministère de la Santé, des ONG et d'autres organisations dirigeantes dans l'amélioration de la qualité des services dans les établissements avec lesquels ils travaillent ? ⇒ Dans quelle mesure le ministère de la Santé (et le gouvernement en général) a-t-il appuyé l'amélioration de la qualité de quoi ?	3.1
10	A votre avis, le projet HSD a-t-il créé une dynamique et un engagement des partenaires locaux à soutenir les interventions du projet après la fin du projet ? ⇒ Comment ? ⇒ Si non, pourquoi ?	3.1
11	Selon vous, les interventions de VBG liées au projet HSD peuvent-elles être soutenues après la fin du projet ? Comment ? ⇒ Qui sera le principal responsable du maintien de ces interventions ? ⇒ Quels soutiens seront nécessaires pour soutenir les interventions après la fin du projet ?	3.5
Section 3. Thèmes spéciaux : fistule et prise en charge des VBG		
12	Veuillez décrire toute activité liée à la violence sexuelle qui concerne également la prévention, l'orientation, le traitement et la réadaptation des femmes touchées par la fistule ?	4
13	Comment les soins, le traitement et l'orientation en matière de VBG sont-ils intégrés dans les services disponibles dans votre localité ? Quels défis avez-vous rencontrés dans l'intégration des soins en matière de VBG dans les services[du pays/de la région/de la préfecture] ? Comment ces défis peuvent-ils être surmontés ?	4
14	A votre avis, quelles sont les causes profondes de la violence sexuelle en Guinée ? Comment y remédier le plus efficacement possible ?	4

	A votre avis, quelles activités l'USAID devrait-elle privilégier pour s'attaquer le plus efficacement à la violence liée au sexe en Guinée ?	4
Section 4. Effet de levier de la programmation/partenaires internes et externes		
15	A votre avis, les projets de l'USAID qui ont soutenu votre groupe ont-ils été complémentaires (p. ex. construits les uns sur les autres) ? Comment ?	6.1
18	A votre avis, d'importantes opportunités internes ou externes ont-elles été manquées dans l'approche de l'USAID visant à améliorer les soins Sante Reproductive + en Guinée (y compris la fistule et la violence sexuelle) ? ⇒ Lequel ? ⇒ Comment ? ⇒ Quelles sont vos suggestions à l'USAID pour améliorer son approche ?	6.4
Sondages transversaux (dans toutes les discussions du programme) :		
Quels facteurs internes et externes ont influé sur l'atteinte des résultats lié à quoi ? (<i>positivement ou négativement</i>) ⇒ Comment ? Quelles interventions ou activités ont mieux fonctionné que d'autres ? Pourquoi ?		
Conclusion: Je n'ai plus de questions pour vous. Je vous remercie pour votre engagement. Avez-vous des questions pour moi/nous?		
Notes complémentaires:		
Qualite de l'entretien :		

Outil K : SBMR (Reconnaissance de la gestion basée sur les standards)		
Note + Enregistreur : Questions clés à l'intention des gestionnaires et des prestataires des établissements dans les établissements sélectionnés pour l'étude de cas ; après les entretiens individuels		
Temps estimé : 45 minutes		
Usage officiel uniquement :	Code enquêteur/rice: _____	Genre :
Code région : _____	Code Établissement : _____	☐ Homme ☐ Femme
Code préfecture : _____	Code prestataire : _____	Age :
Section 1 : Comprendre le processus SBM-R		
1	La liste de contrôle SBM-R comprend des plusieurs standards et domaines de performance. Étant donné que votre structure a participé au programme SBM-R, veuillez nous dire, au meilleur de votre connaissance, quels domaines sont les plus difficiles à réaliser et pourquoi ? Sondages par domaine : ⇒ CONSULTATIONS PRENATALES FOCALISEES ⇒ ⇒ SOINS PENDANT LE TRAVAIL, LORS DE L'ACCOUCHEMENT, DU POST-PARTUM ET PRISE EN CHARGE DE CERTAINES COMPLICATIONS ⇒ ⇒ PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS PENDANT LA GROSSESSE ⇒ ⇒ SOINS POSTNATALS POUR LA MERE ET LE NOUVEAU-NE ⇒ ⇒ SERVICES DE SOUTIEN ⇒ ⇒ INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION ⇒ ⇒ RESSOURCES HUMAINES, PHYSIQUES ET MATERIELLES ⇒ ⇒ SYSTEMES DE GESTION ⇒	
2	Comment votre structure se prépare-t-elle à l'évaluation SBM-R ?	
3	Y a-t-il quelqu'un qui dirige le processus et qui est en plus impliqué à l'extérieur (c.-à-d. ministère, district, établissement de santé, communautés) ?	

4	Y a-t-il des coûts associés à la mise en œuvre de la SBM-R dans votre établissement de santé ? ⇒ Cela constitue-t-il un obstacle à la réalisation de progrès ?
5	Dans quelle mesure le SBM-R établit-il les exigences minimales qui doivent être en place pour qu'un établissement puisse fournir des services intégrés de qualité ?
6	Quelles sont les forces et les faiblesses de l'outil et du processus SBM-R ? ⇒ Forces : ⇒ Faiblesses :
7	Le processus SBM-R a-t-il motivé le personnel à améliorer la qualité de l'établissement de santé et des services offerts ? Comment ?
Section 2 : Réalisations et résultats	
8	Quelles ont été les principales réalisations en matière de qualité de service résultant de votre engagement (ou non engagement) envers le processus SBM-R ?
9	Votre structure a-t-elle réfléchi aux résultats de votre SBM-R et travaillé sur les questions émergentes de l'évaluation SBM-R ?
10	Veuillez fournir un exemple d'amélioration de la qualité du service associée au processus SBM-R dans votre établissement.
11	A votre avis, les clients et la communauté reconnaissent-ils les améliorations apportées au service ?

	⇒ Veuillez donner un exemple de leur reconnaissance des améliorations.
Section 3 : Découvrir les facteurs de performance	
12	A votre avis, quels facteurs affectent la performance de la SBM-R d'un établissement de santé ?
13	A votre avis, quels sont les facteurs à l'origine de la régression d'un établissement auparavant performantes ?
14	Comment le leadership dans les établissements a-t-il influencé l'adoption et le maintien de la qualité des services par la SBM-R ?
15	Pensez-vous que le système d'incitation basé sur la performance (par ex. étoiles, reconnaissance publique) de l'approche de SBM-R est adéquat ?
Section 4 : Appropriation, reproductibilité et durabilité	
16	Dans quelle mesure le gouvernement à différents niveaux fait-il preuve de leadership et d'appropriation dans le processus SBM-R ?
17	Dans quelle mesure la SBM-R a-t-elle été institutionnalisée au sein des processus gouvernementaux ?

18	Quel est le potentiel selon vous, a le gouvernement de prendre en charge et de poursuivre désormais ce processus sans le soutien de l'USAID? ⇒ <i>Sonder: capacité, volonté, appropriation, leadership, coût</i>
Section 5 : Aller de l'avant	
19	Quelles autres approches d'amélioration de la qualité sont mises en œuvre en Guinée au niveau des formations sanitaires et des hôpitaux ?
20	La SBM-R peut-il être normalisé et utilisé par tous les partenaires et parties prenantes dans le pays?
21	Comment les partenaires de l'USAID peuvent-ils faciliter l'adoption du processus SBM-R ?
22	Avez-vous d'autres commentaires ou recommandations sur la manière d'améliorer le processus SBM-R en Guinée ?
Conclusion: Je n'ai plus de questions pour vous. Je vous remercie pour votre engagement. Avez-vous des questions pour moi/nous?	
Notes complémentaires :	
Qualité de l'entretien :	

Outil L. Questionnaire des décideurs politiques/partie prenantes au Region/Prefecture		
Temps estimé : Une heure		
Enregistreur + Notes : Entretien approfondi avec les personnel/points focaux HSD aux Directions Régional ou Préfectoral de la Sante (Entretien individuel ou groupe 2-3 personnel)		
Usage officiel uniquement :	Code enquêteur/rice : __ __	Genre : ☐ Homme ☐ Femme
Code région : __ __	Code Répondant : __ __	
Code préfecture : __ __		
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes au courant des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de sante en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		
Section 1. Provision intégrée des services SRMNIA (qualité et disponibilité)		
1	A quel point le projet HSD a-t-il contribué à la disponibilité du paquet complet des services intégrés (y compris les services de FO et de VBG) ? ⇒ Dans quels domaines pensez-vous que le HSD a eu le plus d'impact ? Pourquoi ? ⇒ Le moins d'impact ? Pourquoi ?	1.1

2	Dans quelle mesure la formation appuyée par le projet HSD sur la SRMNIA a-t-elle amélioré la qualité des soins et l'atteinte des normes de performance ? Comment votre équipe évalue-t-elle la situation ?	1.2
3	A quel point êtes-vous familier avec les services offerts dans la communauté ? Veuillez énumérer les services qui sont censés être fournis au niveau communautaire. A votre avis, à quel point la prestation de services est-elle fonctionnelle au niveau communautaire ? Selon vous, à quel point la référence de la communauté vers le centre de santé est-il fonctionnel ? Dans l'utilisation des services en général, quelle est la part/rôle joués par les services disponibles au niveau de la communauté et des références de la communauté vers la structure de santé ?	2.1
4	Comment l'accès et l'utilisation des services ont-ils augmenté en raison de la mise en œuvre du Projet HSD ? ⇒ Sur quelle base évaluez-vous cela ?	2.2
Section 2. Renforcement du système de santé		
5	Expliquez-nous comment les décideurs (MS, DRS, ONG, autres) participent dans l'amélioration de la qualité des services des établissements dans votre localité? A quel niveau le MS et le Gouvernement de manière générale a soutenu l'amélioration de la qualité ? ⇒ Ministère de la Santé : ⇒ Gouvernement :	3.1

6	A votre avis, est-ce que le projet HSD a créé une dynamique et un engagement des partenaires locaux à pérenniser les interventions du projet après la fin de celui-ci ? ⇒ Comment ?	3.1
7	Comment le projet HSD a contribué à la disponibilité des équipements, des consommables, et médicaments au niveau des structures cibles du projet ? A quel niveau ces contributions ont impacté la capacité des structures de santé à fournir des soins intégrés ? à améliorer les indicateurs du DHIS2 ou du SBM-R ?	3.2
8	Quels objectifs, cibles ou critères les structures de santé ont eu le plus de mal à réaliser ? ⇒ Quels sont les aspects de ces cibles et en quoi les critères représentent-ils des défis ? Comment à votre avis, les structures sanitaires peuvent-elles surmonter ces défis ?	3.2
9	A votre avis, dans quelle mesure le HSD a-t-il contribué à l'amélioration des pratiques de collecte de données dans les structures de santé ? ⇒ De quelle façon (liste) les données recueillies ont-elles été analysées pour identifier les principaux problèmes de santé ou de prestation de services au niveau de la structure? ○ Comment cela se fait-il ? Comment les changements apportés à la collecte et à l'analyse des données ont-ils influencé la façon dont les services sont fournis ou les efforts d'amélioration de la qualité au sein de la structure?	
10	A quel point la formation initiale vous a-t-elle préparé, vous/votre personnel de première ligne, au travail que vous/votre personnel effectuez actuellement dans l'établissement ? Dans quels domaines pensez-vous qu'une formation complémentaire aurait été utile ? ⇒ <i>(Lister tous citer)</i>	3.4

	A votre avis, comment l'investissement dans la formation pré-service peut être pérenniser après la fin du projet HSD ?	
11	A votre avis, les interventions du projet HSD visant à améliorer la qualité des soins peuvent-elles être pérennisées après la fin du projet ? Oui/Non Comment ? Qui sera principalement responsable de la pérennisation de l'amélioration de la qualité (prestataires individuels et ACS, prestataires et gestionnaires des structures de santé, gestionnaires des structures de santé, DPS, directeurs du MSHP, autres) ? ⇒ Quels soutiens seront nécessaires pour pérenniser l'amélioration de la qualité après la fin du projet ?	3.5
Section 3 : Thèmes spéciaux : fistule et soins liés à la VBG		
12	Comment les soins pour la fistule, le traitement et les références sont-ils intégrés aux services disponibles dans cette région/préfecture ? Quels défis avez-vous rencontrés dans l'intégration des soins liés à la fistule ou la référence vers les structures de soins ? Comment ces défis peuvent-ils être surmontés ?	4
13	Comment les soins, le traitement et les références liés à la VBG sont-ils intégrés aux services disponibles dans cette région/préfecture ? Quels défis avez-vous rencontrés dans l'intégration des soins liés à la VBG aux services ? Comment ces défis peuvent-ils être surmontés ?	5

	A votre avis, quelles sont les causes importantes de la VBG en Guinée ? ⇒ Comment ces causes peuvent être adressées de façon efficiente ?	
SBM-R		
14	Quelles sont les forces et les faiblesses de l'outil et du processus SBM-R, l'approches d'amélioration de la qualité qui a été mise en œuvre par Projet HSD ? ⇒ Forces : ⇒ Faiblesses :	8
15	Le processus SBM-R a-t-il motivé le personnel à améliorer la qualité de l'établissement de santé et des services offerts ? Comment ?	8
16	Quelles ont été les principales réalisations en matière de qualité de service de votre engagement (ou non engagement) envers le processus SBM-R ? A votre avis, les clients et la communauté reconnaissent-ils les améliorations apportées au service?	8
17	Veuillez fournir un exemple d'amélioration de la qualité du service associée au processus SBM-R dans votre préfecture/région.	8
18	A votre avis, quels facteurs affectent la performance de la SBM-R d'un établissement de santé?	8

19	A votre avis, quels sont les facteurs à l'origine de la régression d'établissements auparavant performantes ?	8
20	Comment le leadership dans les établissements a-t-il influencé l'adoption et le maintien de la qualité des services par la SBM-R ?	8
21	Pensez-vous que le système d'incitation basé sur la performance (par ex. étoiles, reconnaissance publique) de l'approche de SBM-R est adéquat ?	8
22	Dans quelle mesure le gouvernement à différents niveaux fait-il preuve de leadership et d'appropriation dans le processus SBM-R ?	8
23	Dans quelle mesure la SBM-R a-t-elle été institutionnalisée au sein des processus gouvernementaux ?	8
24	Quel est le potentiel pour le gouvernement de prendre en charge et de poursuivre ce processus sans le soutien de l'USAID? ⇒ <i>Sonder: capacité, volonté, appropriation, leadership, coût</i>	8
25	Quelles autres approches d'amélioration de la qualité sont mises en œuvre en Guinée au niveau des formations sanitaires et des hôpitaux ?	8

26	La SBM-R peut-il être normalisé et utilisé par tous les partenaires et parties prenantes dans le pays ?	8
27	Comment les partenaires de l'USAID peuvent-ils faciliter l'adoption du processus SBM-R ?	8
28	Avez-vous d'autres commentaires ou recommandations sur la manière d'améliorer le processus SBM-R en Guinée ?	8
Section 4. Implication des partenaires internes et externes du programme		
29	A votre avis, est ce que les projets de l'USAID qui ont soutenu votre (structure/préfecture/région/Ministère) ont été complémentaires (eg. Ont été synergiques) ? ⇒ Comment ?	6.1
30	A votre avis, à quel niveau les projets de l'USAID collaborent avec les différents niveaux du système de santé et les partenaires pour faciliter les synergies dans les partenariats ?	6.2
31	A votre avis, les projets de l'USAID ont-ils été complémentaires (au lieu de se dupliquer) avec les projets SRMNIA des autres donateurs et du MS dans votre préfecture/région?	6.3
31	A votre avis, est ce que l'approche de l'USAID pour améliorer la SRMNIA en Guinée a raté des opportunités ? ⇒ Comment ?	6.4

Questions transversales (à travers toutes les discussions du programme)

Quels facteurs internes et externes ont affecté l'obtention des résultats du Projet HSD (de manière positive ou négative)?

⇒ Comment?

Quelles interventions ou activités ont-elles fonctionné mieux que d'autres? Pourquoi?

Comment le projet HSD s'est-il adapté aux changements intervenus dans l'environnement opérationnel (interne et externe) ?

⇒ *Par exemple, politiques / stratégies nationales, changements dans la structure de gouvernance, entrée / sortie d'acteurs essentiels du gouvernement / partenaires de développement / communauté / secteur privé / ONG*

Conclusion : Je n'ai plus de questions pour vous. Je vous remercie pour votre participation. Avez-vous des questions pour moi/nous ?

Notes complémentaires :

Qualité de l'entretien :

Outil M. Questionnaire les Coordonnateurs Jhpeigo		
Temps estimé : Une heure		
Notes -pas nécessaire d'enregistrer ces entretiens		
Usage officiel uniquement :	Code enquêteur/rice : __ __	Genre : ☐ Homme ☐ Femme
Code région : __ __	Code Répondant : __ __	
Code préfecture : __ __		
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes au courant des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de sante en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		
Section 1. Provision intégrée des services SRMNIA (qualité et disponibilité)		
	Introduction : Décrivez votre rôle comme Coordonnateur Régional du Projet HSD/Jhpeigo ? ⇒ Depuis combien de temps avez-vous été affecté à ce poste ? ⇒ Qui sont vos partenaires clés ?	
1	Selon vous, A quel point le projet HSD a-t-il contribué à la disponibilité du paquet complet des services intégrés de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (y compris les services de fistule et de violence basée sur genre) dans votre région ? ⇒ Dans quels domaines pensez-vous que le HSD a eu le plus d'impact ? Pourquoi ?	1.1

	⇒ Le moins d'impact ? Pourquoi ?	
2	Dans quelle mesure la formation appuyée par le projet HSD sur la SRMNIA a-t-elle amélioré la qualité des soins et l'atteinte des standards de performance ? Comment votre équipe évalue-t-elle la situation ?	1.2
3	Veuillez énumérer les services qui sont censés être fournis au niveau communautaire. A votre avis, à quel point la prestation de services est-elle fonctionnelle au niveau communautaire ? Selon vous, à quel point la référence de la communauté vers le centre de santé est-il fonctionnel ? Dans l'utilisation des services en général, quelle est la part/rôle joués par les services disponibles au niveau de la communauté et des références de la communauté vers la structure de santé ?	2.1
4	Comment l'accès et l'utilisation des services ont-ils augmenté en raison de la mise en œuvre du Projet HSD ? ⇒ Sur quelle base évaluez-vous cela ?	2.2
Section 2. Renforcement du système de santé		
5	Expliquez-nous comment les décideurs (MS, DRS, ONG, autres) participent dans l'amélioration de la qualité des services des établissements dans votre région? A quel niveau le MS et le Gouvernement de manière générale a soutenu l'amélioration de la qualité ? ⇒ Ministère de la Santé :	3.1

	⇒ Gouvernement :	
7	Comment le projet HSD a contribué à la disponibilité des équipements, des consommables, et médicaments au niveau des structures cibles du projet ? A quel niveau ces contributions ont impacté la capacité des structures de santé à fournir des soins intégrés ? à améliorer les indicateurs du DHIS2 ou du SBM-R ?	3.2
8	Quels objectifs ou cibles ou critères les structures de santé ont eu le plus de mal à être réalisées ? ⇒ Quels sont les aspects de ces cibles et critères représentent des défis ? Comment à votre avis, les structures sanitaires peuvent surmonter ces défis ?	3.2
9	A votre avis, dans quelle mesure le HSD a-t-il contribué à l'amélioration des pratiques de collecte de données dans les structures de santé ? ⇒ De quelle façon (liste) les données recueillies ont-elles été analysées pour identifier les principaux problèmes de santé ou de prestation de services au niveau de la structure? ○ Comment cela se fait-il ? Comment les changements apportés à la collecte et à l'analyse des données ont-ils influencé la façon dont les services sont fournis ou les efforts d'amélioration de la qualité au sein de la structure?	
10	Dans quels domaines pensez-vous qu'une formation complémentaire aurait été utile ? ⇒ <i>(Lister tous citer)</i> A votre avis, comment l'investissement dans la formation pré-service peut être pérenniser après la fin du projet HSD ?	3.4

11	A votre avis, les interventions du projet HSD visant à améliorer la qualité des soins peuvent-elles être pérennisées après la fin du projet ? Oui/Non Comment ? Qui sera principalement responsable de la pérennisation de l'amélioration de la qualité (prestataires individuels et ACS, prestataires et gestionnaires des structures de santé, gestionnaires des structures de santé, DPS, directeurs du MSHP, autres) ? ⇒ Quels soutiens seront nécessaires pour pérenniser l'amélioration de la qualité après la fin du projet ?	3.5
Section 3 : Thèmes spéciaux : fistule et soins liés à la VBG		
12	Comment les soins pour la fistule, le traitement et les références sont-ils intégrés aux services disponibles dans cette région? Quels défis avez-vous rencontrés dans l'intégration des soins liés à la fistule ou la référence vers les structures de soins ? Comment ces défis peuvent-ils être surmontés ?	4
13	Comment les soins, le traitement et les références liés à la VBG sont-ils intégrés aux services disponibles dans cette région/préfecture ? Quels défis avez-vous rencontrés dans l'intégration des soins liés à la VBG aux services ? Comment ces défis peuvent-ils être surmontés ? **Sont-ils des Groupes Communautaire de VBG ? Noter les communautés et prendre contacts des leaders	5

22	Dans quelle mesure le gouvernement à différents niveaux fait-il preuve de leadership et d'appropriation dans le processus SBM-R ?	8
26	La SBM-R peut-il être normalisé et utilisé par tous les partenaires et parties prenantes dans le pays ?	8
28	Avez-vous d'autres commentaires ou recommandations sur la manière d'améliorer le processus SBM-R en Guinée ?	8
Section 4. Implication des partenaires internes et externes du programme		
29	A votre avis, est ce que les projets de l'USAID qui ont soutenu votre région ont été complémentaires (eg. Ont été synergiques) ? ⇒ Comment ?	6.1
30	A votre avis, à quel niveau les projets de l'USAID collaborent avec les différents niveaux du système de santé et les partenaires pour faciliter les synergies dans les partenariats ?	6.2
Conclusion : Je n'ai plus de questions pour vous. Je vous remercie pour votre participation. Avez-vous des questions pour moi/nous ?		
Notes complémentaires :		
Qualité de l'entretien :		

Outil Q. Guide Questionnaire des Gestionnaires des écoles		
Enregistreur + Notes : Entretien Individuel avec le gestionnaire/en charge sur site 1 par établissement		
Temps estimé : 45 minutes		
Usage officiel uniquement :	Code enquêteur/rice: _____	Genre :
Code région : _____	Code Établissement : _____	☐ Homme ☐ Femme
Code préfecture : _____	Code prestataire : _____	Age :
Je m'appelle (nom de l'enquêteur/l'enquêtrice) et voici mon collègue (indiquez son nom). Nous travaillons en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, le Projet Haute Qualité de Services de santé pour le développement (HSD), et l'USAID. Nous vous demandons de participer à cette étude d'évaluation car vous êtes au courant des initiatives du Projet Haute Qualité de Services pour le développement (HSD), qui comporte des activités de renforcement des systèmes de sante en rapport avec un paquet de soins essentiels et intégré de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale dans les hôpitaux et les CS/CMC. Les informations que nous collectons seront utilisées à des fins de recherche et resteront confidentielles. Les informations collectées ont seulement pour but d'être analysées afin de comprendre comment améliorer les programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale. Cette information sera utilisée dans des rapports et partagée, mais votre identification personnelle ne sera pas mentionnée dans les rapports. Il n'y aura aucune sanction si vous refusez de participer à l'entretien et il n'y aura pas non plus de conséquences si vous y participez. Si, à tout moment pendant cet entretien, vous êtes gêné ou vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous avez le droit de ne pas y répondre. Il n'y a pas de risques ou de bénéfices directs associés à une participation à cette étude. Si vous choisissez de participer, on vous posera une série de questions au sujet du Projet HSD et ses activités des programmes d'amélioration de santé maternelle, néonatale et de l'enfant et le planning familiale pendant 45 minutes. Si vous êtes d'accord pour y participer, nous pouvons donc commencer. En participant à cet entretien, vous donnez votre consentement. Acceptez-vous de participer ? ☐ Oui ☐ Non		
Section 1. Prestation intégrée de services SRMNIA (qualité et disponibilité)		
2	Avez-vous offert ou reçu une formation sur les sujets relatifs à la qualité des soins et aux normes de performance des soins de santé maternelle et infantile / planification familial (du Projet HSD) ? ⇒ Quand? ⇒ Combien?	1.2
Section 2. Renforcement des systèmes de santé		

2	Comment la formation initiale a-t-elle préparé les sages-femmes par rapport aux services intégrés de santé maternelle et infantile / planification familiale? ⇒ Dans quels domaines pensez-vous qu'une formation complémentaire aurait été utile?	3.4
3	Selon vous, comment les investissements dans la formation initiale peuvent-ils être maintenus après la fin du projet HSD ?	3.4
4	À votre avis, les interventions du projet HSD visant à améliorer la qualité des soins peuvent-elles être pérennisées après la fin du projet ? Oui/Non ⇒ Expliquez-nous comment ? ⇒ Si non pourquoi ? Selon vous, qui doit être le principal responsable pour la pérennisation de l'amélioration de la qualité des soins ? ⇒ <i>Sondage : prestataires individuels et ASC, prestataires et gestionnaires des structures de santé ; les gestionnaires des structures de santé ; DPS; les directeurs du MSHP, autres</i> Quels appuis seront nécessaires pour pérenniser l'amélioration de la qualité après la fin du projet?	3.5
Section 3. Thèmes spéciaux : fistule et soins liés à la VBG		
18	Les sages-femmes ont-elles formé sur le dépistage, traitement et référence de la violence basée sur le genre ici dans votre programme? ⇒ sont-ils intégrés au paquet de services offerts dans votre structure de santé?	5
Section 4. Effet de levier de la programmation/partenaires internes et externes		

20	A votre avis, les projets de l'USAID qui ont soutenu votre établissement ont-ils été complémentaires (par exemple, construits les uns sur les autres) ? ⇒ Comment ?	6.1
21	Selon vous, dans quelle mesure les projets de l'USAID s'associent-ils avec les mêmes niveaux du système de santé et les mêmes partenaires pour faciliter les synergies entre les partenariats ?	6.2
22	A votre avis, les projets de l'USAID ont-ils complété (plutôt que dupliqué) d'autres projets de donateurs et de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) dans votre structure ? ⇒ Comment ?	6.3
23	A votre avis, d'importantes opportunités internes ou externes ont-elles été manquées dans l'approche de l'USAID pour améliorer les soins de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (SRMNIA+) en Guinée ? ⇒ Comment ?	6.4
Questions transversales (à travers toutes les discussions sur le programme)		
24	Quels facteurs internes et externes ont affecté l'obtention des résultats (de manière positive ou négative) par rapport du projet HSD? ⇒ Comment? Quelles interventions ou activités ont fonctionné mieux que d'autres? ⇒ Pourquoi?	7
25	Comment le projet HSD s'est-il adapté aux changements intervenus dans les environnements opérationnels ? ⇒ <i>par exemple, politiques / stratégies nationales, changements dans la structure de gouvernance, entre / sortie d'acteurs essentiels du gouvernement / partenaires de développement / communauté / secteur privé / ONG/changement climatique</i>	7
Conclusion: Je n'ai plus de questions pour vous. Je vous remercie pour votre engagement. Avez-vous des questions pour moi/nous?		
Notes complémentaires :		
Qualité de l'entretien :		

Outil V: Validation de Qualité des données

Code de Région : _____		Code de Préfecture : _____		Code de Centre de Santé : _____		Code de Communauté : _____	
Nom de Client	Age de Client	Indicateur 1 : CPN 4 visites en mois 9 (Dates de 4 Visites)		Indicateur 2 : Accouchement Assiste (Date de Accouchement)		Indicateur 3 : GATPA (Usage Partogramme)	Indicateur 4 : PP (1 visite-rempli ?)
		Source : Dossier Obstétrique	Source : Registre/Fiche CPN (Trouvé ?) (OUI/NON)	Source : Dossier Obstétrique	Source : Registre Accouchement Trouvé ?	Source : Dossier Obstétrique	Source : Dossier Obstétrique
1							
2							
3							
4							
5							

ANNEXE IV: LES SOURCES D'INFORMATION

Comme décrit dans la section sur les méthodes d'évaluation, les activités de collecte de données primaires ont eu lieu dans un ensemble d'hôpitaux (n=10) et de centres de santé (n=26) sélectionnés à dessein, énumérés ci-dessous dans Tableau 10, et avec les principaux acteurs régionaux, nationaux et partenaires. La liste complète des répondants par type de méthode et par répondant est détaillée dans Tableau 1. L'autorisation de communiquer des noms individuels n'a pas été obtenue auprès des personnes interrogées en profondeur ou des participants aux groupes de réflexion, et n'est donc pas mentionnée dans le présent rapport.

Table 11. Sites de collecte de données brutes par région, préfecture et type de structure

Region	Prefecture	Nom de structure	Type de structure	Etude cas SBM-R
Boké	Boffa	Boffa	Centre de Santé	Oui
Boké	Boké	Sangaredi	Centre de Santé	Non
Boké	Boké	Bintimodiya	Centre de Santé	Non
Boké	Boké	Boké	Hôpital	Non
Boké	Fria	Sabende	Centre de Santé	Non
Boké	Gaoual	Gaoual-Centre	Hôpital	Non
Boké	Koundara	Youkounkoun	Centre de Santé	Non
Conakry	Conakry	Macire	Centre de Santé	Non
Conakry	Conakry	Lambanyi	Centre de Santé	Oui
Conakry	Conakry	Yimbaya	Centre de Santé	Non
Conakry	Conakry	Ratoma	Hôpital	Non
Conakry	Conakry	Ignace Denn	Hôpital	Oui
Faranah	Kissidougou	Dar-es-salam	Centre de Santé	Non
Faranah	Kissidougou	Heremakono	Centre de Santé	Non
Faranah	Kissidougou	Kissidougou	Hôpital	Non
Kankan	Kankan	Missira	Centre de Santé	Non
Kankan	Kankan	Moribayah	Centre de Santé	Non
Kankan	Kerouane	Kerouane	Hôpital	Non
Kankan	Kouroussa	Kouroussa	Hôpital	Non
Kankan	Mandiana	Mandiana	Centre de Santé	Oui
Kankan	Mandiana	Faralako	Centre de Santé	Non
Kankan	Siguiri	Niandankoro	Centre de Santé	Non
Kankan	Siguiri	Niagassola	Centre de Santé	Non
Kankan	Siguiri	Kintinian	Centre de Santé	Non

Table 11. Sites de collecte de données brutes par région, préfecture et type de structure a continué

Region	Prefecture	Nom de structure	Type de structure	Etude cas SBM-R
Kindia	Coyah	Wonkifong	Centre de Santé	Non
Kindia	Coyah	Coyah	Hôpital	Non
Kindia	Dubreka	Dubreka	Centre de Santé	Non
Kindia	Forecariah	Kakossa	Centre de Santé	Non
Kindia	Kindia	Wondy	Centre de Santé	Non
Kindia	Telimele	Daramagnaky	Centre de Santé	Non
Labé	Labé	Labé	Hôpital	Oui
Labé	Lelouma	Lelouma	Centre de Santé	Non
Labé	Tougue	Tougue	Centre de Santé	Oui
Mamou	Dalaba	Kebali	Centre de Santé	Non
Mamou	Mamou	Sabou	Centre de Santé	Non
Mamou	Mamou	Mamou	Hôpital	Oui

ANNEXE V: GROUPE DE RÉVISION DE STRATÉGIE

Comme décrit dans la section sur les méthodes, un groupe de référence stratégique (GRS) composé de 5 personnes ayant une forte connaissance du contexte et qui étaient d'anciens utilisateurs finaux d'évaluations de projets similaires a été convoqué pour examiner de manière critique les résultats compilés et analysés par l'équipe d'évaluation et pour débattre, hiérarchiser et renforcer les recommandations qui ont émergé des résultats. Les membres du GRS ont fourni des évaluations et des commentaires écrits sur le rapport et les recommandations préliminaires. Ils ont participé à une discussion de groupe afin d'affiner l'interprétation de nos conclusions et leur traduction en recommandations pouvant être mises en œuvre et informatives pour l'USAID, et qui tiennent compte de l'avantage comparatif, des priorités stratégiques et des réalités contextuelles de l'USAID. Nous présentons ci-dessous nos recommandations initiales, ainsi que les évaluations et la spécificité, la réactivité, force et la faisabilité des GRS, et les commentaires qui ont servi de base à nos révisions.

Membres du groupe de référence stratégique :

France Donnay, *Consultante, Santé des femmes - Politiques, programmes et pratiques mondiales ;*

Elizabeth Kibour, *Conseillère principale pour les systèmes et opérations de soutien aux pays, USAID/GHB/DC ;*

Joseph Mwanji, *Consultant indépendant, Analyste de programme et gestion adaptative ;*

Marcel Ouendeno, *conseiller technique, soutien à l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSS) Guinée ; Programme régional de prévention et de contrôle des pandémies (RPPP) dans la région de la CEDEAO ; et*

Tisna Veldhuijzen van Zanten, *ancienne directrice scientifique / première vice-présidente, URC, retraitée.*

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
Recommandation 1.1. Assurer le continuum des soins : Bien que des progrès aient été réalisés dans les structures ciblées sur le projet HSD en ce qui concerne les indicateurs de CPN distincts, la proportion de femmes bénéficiant du continuum complet de CPN était extrêmement faible. Des stratégies ciblées visant à garantir que les femmes reçoivent le continuum complet de CPN sont nécessaires pour optimiser la santé maternelle, en particulier pour assurer un engagement continu tout au long de la période post-partum. (En rapport avec la conclusion 1.2) Les cartes de santé de la mère et de l'enfant sont utilisées par les prestataires de soins et détenues par les femmes, elles pourraient être utilisées pour surveiller et promouvoir le continuum de soins, car la période postnatale était le plus souvent vide dans ces cartes. Avec l'extension des ACS/ RECO, ils pourraient jouer un rôle plus important dans le suivi et la promotion du continuum de soins, au-delà de la fréquentation des CPN.	S	3	3	4	3	4	3.4	Cette constatation et cette recommandation étaient peut-être connues au moment de la conception et probablement incluses dans la demande ou dans la proposition gagnante. Ce qui pourrait améliorer la spécificité, c'est de savoir s'il existe des groupes de population définis par une combinaison de variables/ attributs tels que la localisation, l'âge, l'éducation, le revenu, le milieu urbain/rural où l'on constate une amélioration significative et des groupes où les progrès sont les plus faibles. C'est-à-dire classer la réactivité à la stratégie/effort actuel (exemple : analyse discriminante, ou simple analyse plus granulaire des données sur la prestation de services de routine) et recommander une approche différenciée par ces strates. En l'état, je ne pense pas que cela fasse une différence d'ajouter cela au plan d'action prioritaire, à moins que l'USAID ne pense qu'il s'agit d'une idée totalement nouvelle, qui ne figurait pas dans la sollicitation précédente. Si des groupes spécifiques sont identifiés, cela deviendrait une priorité 5. La recommandation ne concerne qu'un aspect du continuum de soins et se penche sur les services post-partum. Les données montrent également une utilisation incohérente des services prénataux. Elle n'aborde aucun aspect de la nutrition, des soins néonataux et du bien-être des jeunes enfants... En plus du rôle de l'ASC/RECO, les prestataires doivent également insister sur le continuum de soins pendant la CPN, en particulier lors des 3e et 4e visites... On sait que le maintien du continuum de soins est très difficile, en particulier dans les endroits où les systèmes ne sont pas pleinement fonctionnels et où l'accès aux soins est socialement et financièrement difficile. Le rapport d'évaluation mentionne des résultats impressionnants (83 % des structures font état de progrès) ; cependant, il n'est pas clair si les résultats sont basés sur les déclarations des prestataires uniquement ou si l'on observe directement les CPN et les naissances également. Le rapport contient de bonnes informations sur les difficultés rencontrées au cours de l'évaluation, ce qui est utile pour comprendre les limites du travail d'évaluation. Le recours aux soins postnatals est toujours le plus faible pour diverses raisons, notamment les croyances sur l'enfermement ainsi que l'importance religieuse et sociale des soins communautaires/familiaux pour les nouveau-nés (faisabilité évaluée à 2). Ce commentaire ne réduit en rien l'importance de soins postnatals sûrs et compétents (priorité cotée 4). La recommandation suggère d'optimiser et de développer les ASC/ RECO, ce qui est une bonne chose, à condition qu'ils soient formés et supervisés, et qu'ils aient un nombre de cas/volume suffisamment élevé pour reconnaître les bébés à risque/fragiles et les mères malades (réactivité évaluée à 3). Ainsi, <i>a continué</i>
	R	4	3		4	3	3.5	
	P	2	4	5	4	4	3.8	
	F	4	2	4	4	2	3.2	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
								<i>a continué</i> les visites de soins postnatals avec des professionnels formés sont toujours primordiales. Les maisons de maternité pour les séjours pré et postnatals sont une autre solution qui pourrait être discutée. En outre, une analyse approfondie des raisons de la faible fréquentation et des déterminants de la recherche de soins postnatals dans ces populations spécifiques aurait pu être incluse dans la recommandation.
Recommandation 1.2. Services d'orientation : Les mécanismes d'orientation ne sont pas toujours disponibles pour amener les femmes qui en ont un besoin urgent à des niveaux de soins plus élevés et exigent souvent un paiement immédiat de la famille, ce qui retarde la recherche de soins, parfois avec des effets désastreux. Le projet HSD et les futures activités soutenues par l'USAID n'ont pas encore accordé une priorité suffisante au système de référence. Il est urgent de soutenir l'institutionnalisation d'un système de référence fonctionnel grâce à un financement spécifique et à la facilitation de la coordination, du partenariat avec les communautés et de l'innovation, afin d'atténuer les retards dans l'accès aux soins d'urgence pour les ménages les plus pauvres. (En rapport avec les résultats 2.1.2).	S	4	3	4	3	2	3.2	Des systèmes de référence efficaces et performants sont essentiels pour la santé maternelle et périnatale. Une évaluation d'une activité de validation de principe menée dans deux pays (Ouganda et Zambie) et intitulée "Sauver les mères qui donnent la vie" a montré que la référence rapide et opportune des patients en cas d'urgence fait une grande différence. Il s'agit d'une grande priorité. La plupart des éléments des systèmes de référence peuvent être mis en œuvre facilement, mais certains peuvent être plus contraignants et nécessiter davantage de ressources. Parmi ces dernières, on peut citer l'accès au-delà des heures de travail normales, un personnel compétent, le transport, etc. La recommandation comprend plusieurs éléments, et est donc difficile à évaluer. Étant donné le manque de financement au niveau central et de soutien institutionnel, la probabilité que le gouvernement prenne en charge les services d'orientation (c'est-à-dire avec des ambulances) est très faible. La référence à l'"innovation" est bonne, mais manque de spécificité. Il existe des meilleures pratiques d'autres pays qui pourraient être mises à profit en Guinée. Le système de référence est nécessaire dans le contexte guinéen, mais il faut aussi inclure le système de contre-référence et l'harmonisation des formes de référence et de contre-référence, ainsi que la disponibilité en quantité et qualité suffisantes. ..Veuillez expliquer/commenter vos évaluations : Les systèmes de référence ne sont fonctionnels nulle part, à de très rares exceptions près, comme aux Pays-Bas, ou à des initiatives fortement financées et soutenues, en Éthiopie et au Bangladesh par exemple. De tels systèmes sont très difficiles à organiser, pour des raisons logistiques, géographiques, comportementales et de coordination. De plus, le renvoi de cas compliqués n'est souvent pas la solution : le patient, après avoir voyagé et s'être souvent vu refuser l'accès, rebondit d'un endroit à l'autre, arrive trop tard ou jamais au bon endroit. Les programmes de santé maternelle devraient aider les femmes qui vivent loin des soins sûrs à se déplacer avant l'accouchement ou au début de celui-ci, avant que des complications ne surviennent. Cela a été fait en Inde avec un important système de transport, et ailleurs avec des maisons de maternité, bien que les deux interventions
	R	5	4	5	3	2	3.8	
	P	5	5	5	4	3	4.4	
	F	4	3		5	2	3.5	
								<i>a continué</i>

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
								présentent des difficultés de mise en œuvre comme toujours. La question de savoir si cela est possible en Guinée n'est pas abordée, mais la recommandation est trop élevée, trop vague, et souffre de goulets d'étranglement dans sa mise en œuvre. J'ai attribué à la priorité 3 pour l'équilibre, mais il faut un engagement beaucoup plus profond pour commencer à dévoiler la bonne solution dans ce contexte.
Recommandation 1.3. Fistule obstétricale : le modèle utilisé pour les services de chirurgie de la fistule ne permettait pas une intégration complète des soins en raison de la disponibilité géographique limitée et de la plupart des structures ne fournissant des soins que de façon intermittente. Malgré les succès du projet en matière d'équipement, de formation et de réalisation d'opérations, le coût et l'ampleur de l'investissement dans quelques structures et chirurgiens ont limité le nombre d'opérations possibles, ce qui a eu un impact sur le développement des compétences des chirurgiens en formation. La fistule obstétricale (FO) est une condition débilante qui laisse les femmes touchées stigmatisées, marginalisées et souvent poussées en marge de leur communauté. Alors que les efforts se poursuivent pour prévenir l'incidence de la fistule, un grand nombre de femmes ont encore besoin d'être opérées pour cette affection. Le traitement, les soins et la réintégration des fistules ne peuvent être maintenus sans investissement extérieur. En tant que question de genre et de droits de l'homme, elle devrait continuer à être un élément essentiel des investissements futurs dans la santé des femmes par les donateurs et le gouvernement afin de garantir que les services atteignent les plus vulnérables. Il faudrait envisager d'améliorer la prestation de soins complémentaires (c'est-à-dire	S	2		4	4	5	3.8	Le simple fait d'affirmer que "en tant que question de genre et de droits humains, elle devrait continuer à être un élément essentiel des investissements futurs" donne l'impression d'un commentaire d'évaluation standardisé. Bien qu'il provienne directement des conclusions et qu'il puisse être inclus dans les interventions futures, il n'a pas beaucoup de sens en tant que tel. Je pense que la recommandation aurait dû traiter davantage de la "portée", du financement, de l'échelle et de la manière dont les communautés, la société civile, les organisations religieuses, etc. devraient se réunir et s'associer au gouvernement, aux donateurs et au secteur privé pour relever ce défi. La note de faisabilité élevée est pour continuer à considérer cela comme une composante essentielle des investissements futurs. Je donnerais une note plus basse à la portée, au financement, à l'échelle et au partenariat avec la société civile (4). Nous devons également envisager des mesures contre la stigmatisation de ces femmes et leur marginalisation afin de garantir leur réintégration dans la communauté... Bon travail ici. La recommandation décrit pleinement le problème et les défis à relever pour mettre en œuvre des solutions, et mentionne à juste titre la prévention, ainsi que le traitement et la réinsertion. Mais vu la difficulté de cette question, j'ai donné un 3 pour la priorité et un 2 pour la faisabilité. Ici aussi, s'efforcer de rapprocher les femmes d'un lieu sûr pour le travail et l'accouchement est un élément clé des activités de prévention. Il convient d'opérer dans quelques cas hautement spécialisés, afin d'assurer la charge de travail et de maintenir les compétences.
	R	4	5	5	3	5	4.4	
	P	2	5	5	4	3	3.8	
	F	5	4	4	5	2	4.0	
a continué								

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
<i>a continué</i> la physiothérapie, les besoins psychosociaux et économiques) et de suivi pour les femmes qui ont subi une opération chirurgicale de la fistule afin d'améliorer les résultats de santé lors des grossesses ultérieures. (En rapport avec les résultats 4.1).								
Recommandation 1.4. Violence basée sur le genre : Les violences basées sur le genre et les pratiques néfastes sont omniprésentes en Guinée, même si une certaine amélioration a été signalée ces dernières années. L'investissement pilote du projet HSD dans la lutte contre la violence basée sur le genre a été insuffisant pour relever les défis. Les investissements futurs dans la lutte contre la violence basée sur le genre devraient se pencher sur la prévention et le traitement de la violence basée sur le genre et inclure la gouvernance nationale et régionale, la coordination et l'alignement entre les ministères et les partenaires au développement. Les lacunes dans la gestion des cas entre les ministères concernés doivent être comblées à tous les niveaux. Il est nécessaire d'élargir la portée des activités de lutte contre les VBG pour y inclure d'autres pratiques néfastes courantes en Guinée, telles que les mutilations génitales féminines. (En rapport avec les résultats 5.1)	S	2	3	4	3	3	3.0	Je pense que le problème vient de l'absence d'un résultat substantiel ou bien analysé. Vérifiez l'hypothèse selon laquelle l'effort actuel de lutte contre la GBV n'a pas inclus la gouvernance nationale et régionale - il est difficile de le croire. Quelles approches ont été testées dans le cadre du projet pilote ? Tout ce qui s'est avéré efficace devrait être mis à l'échelle ? Bien que la violence basée sur le genre soit en soi une priorité élevée, j'ai estimé qu'il s'agissait d'une priorité très faible car je ne pense pas que cela en dise long sur ce que l'USAID devrait faire à l'avenir, ce qui n'était (peut-être) pas déjà dans le PD du programme (non examiné). La recommandation telle qu'elle est rédigée est claire ; cependant, il s'agit d'un sujet très compliqué et enraciné dans des normes sociétales qui ne relèvent pas du champ d'application de ce projet. Elle ne peut être résolue que dans le cadre d'une campagne politique et de CCC multisectorielle beaucoup plus large. Il est également important de prendre en compte le mariage précoce... Un autre domaine difficile à aborder. La recommandation mentionne à juste titre la prévention ainsi que le traitement, mais pourrait être plus spécifique en ajoutant l'importance de l'attention et des soins aux auteurs, un domaine clé pour la prévention. Néanmoins, il est important de noter que le dépistage de la violence basée sur le genre fait désormais partie du paquet de services. Les MGF sont également importantes mais très différentes en termes de causes ainsi que de conception et de mise en œuvre de programmes. Je ne suis pas sûr que ces pratiques nocives puissent et doivent être traitées ensemble comme un tout. L'accent est mis ici sur l'action des dirigeants (ministères). Si les changements de politique sont importants, les interventions doivent être créées et mises en œuvre conjointement avec les familles et les communautés.
	R	4	4	5	3	3	3.8	
	P	1	5	5	3	4	3.6	
	F	4	2	5	4	3	3.6	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
Recommandation 1.5. Adolescents et jeunes : Le nombre de femmes en âge de procréer qui sont adolescentes et jeunes augmente, 41 % de la population ayant moins de 15 ans. Malgré leur nombre et leurs besoins, il y a un manque de stratégies de services spécifiques, d'approches, de formation et de plans au niveau gouvernemental pour répondre à ce besoin croissant. Il n'existe pas de normes de service spécifiques sur la manière de conseiller et de fournir des services adaptés aux besoins des jeunes femmes en matière de santé sexuelle et reproductive. Étant donné l'impératif démographique, le HSD devrait travailler d'urgence avec le ministère de la santé et ses partenaires pour développer des normes de service, des formations et des indicateurs pour mesurer les améliorations de la qualité des services pour les adolescentes et les jeunes femmes. De même, la formation initiale des sages-femmes, des infirmières, des écoles de médecine et du corps enseignant devrait inclure des programmes d'études sur la dotation de services adaptés aux jeunes. (En rapport avec les résultats 3.4.2)	S	5	5	5	3	2	4.0	Impossible de vérifier que le constat comporte des faiblesses dans les programmes d'études et la formation primaire. Les normes de service et un programme d'études adapté sont essentiels et fondamentaux, mais leurs effets sont plus à long terme qu'à court terme. Cette recommandation devrait inclure une action à court et moyen terme... C'est la formation initiale en cours d'emploi qui doit être révisée et adaptée aux besoins des adolescents et des jeunes et aux pratiques de soins dans nos structures de santé... La première moitié de la recommandation ne fait que mentionner le problème. Vient ensuite une recommandation vague et de haut niveau sur les normes - il est surprenant que cela ne soit pas encore fait, étant donné que les programmes de santé pour les jeunes ont été étudiés, mis en œuvre et évalués dans de nombreux pays depuis des années. D'autre part, mettre l'accent sur la formation initiale est une excellente recommandation.
	R	4	5	5	4	3	4.2	
	P	4	5	5	5	5	4.8	
	F	5	4	3	5	3	4.0	
Recommandation 1.6. Équipement : Le projet HSD a facilité l'application des normes de performance en mettant à disposition les équipements nécessaires à leur mise en œuvre. Cette contribution essentielle n'a toutefois pas été intégrée dans une stratégie plus large (au-delà d'un memorandum basé sur les structures) visant à assurer la maintenance, la surveillance et la responsabilité de son entretien. Le mauvais fonctionnement des équipements, leur mauvaise utilisation et les vols ont eu un impact <i>a continué</i>	S	4	5	5	4	4	4.4	Bien qu'ayant obtenu une note élevée, "des mécanismes de surveillance étroite, de responsabilité et de recours, ainsi que des rapports" sont nécessaires pour maintenir les équipements fonctionnels et fournir les services nécessaires ; mais cela peut ne pas être suffisant. Je pense que cette recommandation peut être améliorée en ajoutant quelques "carottes et bâtons" pour les conserver. Il est difficile de discerner dans le rapport dans quelle mesure le ministère de la santé central a été impliqué dans la décision et la gestion des besoins en équipement, la distribution et la supervision. Les projets ne devraient pas gérer l'achat et les dons d'équipement sans une étroite intégration avec les autorités gouvernementales. Le renforcement du système de maintenance pourrait être intégré dans la nouvelle conception du programme... Impliquer fortement le ministère de la santé dans le suivi et le <i>a continué</i>
	R	4	5	5	4	4	4.4	
	P	5	5	5	5	4	4.8	
	F	5	3	5	5	2	4.0	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
<i>a continué</i> sur la qualité des soins fournis malgré les meilleures intentions. Pour lutter contre l'impunité, le système doit prévoir des mécanismes de retour d'information et de responsabilité assortis de mesures punitives. Le manque de responsabilité et de contrôle des gestionnaires des dons d'équipement au niveau des structures et des préfectures doit être traité par des accords stricts entre les projets et le ministère de la santé, accompagnés de mécanismes de suivi, de responsabilité et de recours, et de rapports. (En rapport avec les résultats 3.1.4)								<i>a continué</i> contrôle des équipements donnés par les partenaires. Mettre en place un mécanisme d'information systématique du MS sur les dons d'équipements aux structures pour faciliter la vérification lors de la supervision conjointe. Recommandation importante, liée à la section sur le renforcement des systèmes de santé - ainsi qu'aux recommandations 1.7 sur les laboratoires et 1.9 sur les infrastructures - celles-ci pourraient être regroupées dans une seule section puisque les défis et les solutions potentielles sont très similaires. J'ai attribué une note très basse à la faisabilité, car si les problèmes de leadership et de responsabilité ne sont pas résolus, je ne pense pas que beaucoup de choses puissent changer dans tous ces domaines. Il est évident que les problèmes mentionnés ont un impact important sur les résultats, tant en termes de processus que de résultats pour la santé. De même, comme mentionné dans le rapport, le leadership au niveau des individus et des structures peut être très efficace.
Recommandation 1.7. Laboratoires : Le manque d'investissement dans les laboratoires a été une occasion manquée dans le cadre du projet HSD. Au sein des services de soins maternels, certains éléments des soins prénatals n'ont pas pu être fournis lorsque les laboratoires n'étaient pas opérationnels. Les futurs projets visant à améliorer la qualité des soins de la SRMNIA nécessitent un investissement concomitant dans des services de laboratoire fonctionnels. En plus de se pencher sur une structure spécifique, le développement des compétences de laboratoire doit être soutenu au sein des écoles professionnelles de santé. (En rapport avec les résultats 3.4.2 et 6.6).	S	3	4	5	3	3	3.6	La recommandation traite directement de cette constatation, mais la signification de l'expression "exiger des investissements concomitants dans des services de laboratoire fonctionnels" n'est pas claire. Rendre les laboratoires fonctionnels est essentiel pour obtenir de meilleurs résultats en matière de SRMNIA, mais la première partie de la recommandation n'est pas facile à mettre en œuvre. Recommander une analyse critique des lacunes en matière d'équipement et conseiller que les projets futurs incluent cet ensemble d'équipements, de formation et de fournitures peut améliorer la spécificité de cette recommandation. Il manque à cette recommandation un aspect majeur, à savoir que le gouvernement devrait participer au système d'accréditation des laboratoires dirigé par l'OMS. Le simple renforcement des capacités du personnel est insuffisant pour garantir des services de laboratoire fiables et de haute qualité... Mais aussi l'allocation de produits (réactifs) et d'équipements de laboratoire pour permettre des soins de qualité. La mise en place d'un mécanisme d'autofinancement pour ces produits en faisant bénéficier les structures pour assurer la durabilité après le projet... Là encore, il est difficile de croire que des laboratoires fonctionnels puissent être mis en place étant donné le contexte. La recommandation, bien que spécifique, est donc jugée faible en termes de faisabilité. D'autres stratégies innovantes pour la gamme relativement restreinte les CPN auraient pu être explorées : l'envoi d'échantillons avec des drones, avec une ligne de fermeture éclair rigoureuse pour s'assurer que les résultats reviennent à temps, avec des délais courts ; ou le regroupement d'échantillons transportés en voiture vers les laboratoires des <i>a continué</i>
	R	5	4	5	3	3	4.0	
	P	4	5	5	4	4	4.4	
	F	2	3	5	4	2	3.2	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
								<i>a continué</i> hôpitaux... la recommandation ne précise pas où les futurs laboratoires pourraient être installés, les implications en termes de coûts et ne mentionne que le besoin de formation, qui n'est pas efficace de manière isolée.
Recommandation 1.8. Gestion de la chaîne d'approvisionnement : Le projet HSD a investi dans l'amélioration de la qualité des services qui ont été entravés par des ruptures de la chaîne d'approvisionnement au niveau des structures. Bien que la gestion de la chaîne d'approvisionnement n'ait pas fait partie du champ d'application de l'activité du projet HSD et que d'autres projets et activités de la chaîne d'approvisionnement soient en cours, le projet HSD et les futurs projets RMNCH+ doivent créer des partenariats stratégiques et des stratégies d'adaptation pour combler les lacunes fondamentales dans les médicaments et les fournitures essentiels nécessaires à la prestation de soins conformes aux normes au niveau des structures. Un engagement plus poussé est nécessaire au-delà de la sensibilisation du ministère de la santé pour ajuster le processus de dotation en produits des structures, en évitant les ruptures de stock. Un engagement plus poussé est nécessaire au-delà de la sensibilisation du ministère de la santé pour ajuster le processus de dotation en produits des structures, afin d'éviter les ruptures de stock" (en rapport avec les conclusions 1.3, 3.2.3).	S	2	3	3	5	2	3.0	Oui, une chaîne d'approvisionnement efficace est essentielle, et la conclusion a révélé que les performances actuelles étaient insuffisantes. Mais les données étayaient-elles la conclusion selon laquelle les faiblesses de la chaîne d'approvisionnement sont dues à des partenariats faibles ou inexistants ? Une recommandation comme "créer des partenariats stratégiques et des stratégies d'adaptation pour combler les lacunes fondamentales en matière de médicaments et de fournitures essentielles" n'est pas spécifique et sera difficile à mesurer. Une recommandation telle que "créer des partenariats stratégiques et des stratégies d'adaptation pour combler les lacunes fondamentales en matière de médicaments et de fournitures essentiels" n'est pas du tout spécifique et sera difficile à mesurer. L'absence de spécificité rend cette recommandation faisable, d'où la priorité accordée à cette recommandation particulière, bien qu'elle concerne un domaine très important pour le développement humain : "Un engagement plus poussé est nécessaire, au-delà de la sensibilisation du ministère de la santé, pour ajuster le processus de dotation en produits des structures, afin d'éviter les ruptures de stock". Allocation de produits (réactifs) et d'équipements de laboratoire pour permettre des soins de qualité. Mise en place d'un mécanisme d'autofinancement pour ces produits en faisant bénéficier les structures de soins de la pérennité du projet... On ne peut pas ne pas être d'accord avec une recommandation aussi vague. La raison en est peut-être que le projet HSD n'a pas été conçu pour résoudre les problèmes liés aux chaînes d'approvisionnement, comme le mentionne le rapport. Là encore, des liens avec les stratégies du système de santé, y compris les équipements et les infrastructures... auraient pu être établis. Peut-être que le format du document pourrait être modifié pour inclure une section où les synergies potentielles pourraient être mises en évidence, alors que nous avons ici une série de sujets distincts, ce qui conduit nécessairement à la répétition. La faisabilité est faible car la mise en œuvre de telles activités dépend de l'intérêt et des investissements du gouvernement en matière de santé publique.
	R	4	5	5	4	3	4.2	
	P	3	5	5	4	4	4.2	
	F	3	3	5	4	2	3.4	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
Recommandation 1.9. Infrastructure : Le Département de la santé et du développement humain a contribué à de petites rénovations et à la modernisation des infrastructures, ce qui a été très apprécié par les membres de la communauté, les prestataires et les responsables des ministères de la santé qui ont déclaré que les améliorations apportées aux structures étaient une forte motivation pour s'engager dans les processus d'amélioration de la qualité dans leurs structures. Bien que reconnus comme relevant de la compétence du gouvernement et coûteux, certains investissements peuvent stimuler le changement dans la pratique. Se pencher sur la mise à disposition d'un lieu de soins privés et confidentiels pour le planning familial et les services de CPN permettra d'améliorer les pratiques de soins respectueuses et constitue un élément essentiel des soins adaptés aux adolescents. (En rapport avec les résultats 2.1.1, 3.2.1 et 3.2.2)	S	3	4	5	3	4	3.8	On aurait pu mieux préciser quelles structures ont besoin de quelles infrastructures. La planification et la mise en œuvre sont donc trop générales et difficiles. Par exemple, quelle est la situation géographique qui souffre le plus et quelles sont les autres caractéristiques qui guident les décisions en matière d'infrastructure ? Quelles sont les infrastructures les plus critiques ? "Se pencher sur la localisation des soins privés et confidentiels pour la planification familiale et les services de soins prénataux" Il faut formuler cette recommandation de manière plus explicite. Les rénovations devraient, dans la mesure du possible, inclure l'ajout ou le réaménagement d'espaces pour les consultations privées. Faire un bon inventaire avant d'investir dans les infrastructures de certaines structures : J'ai personnellement constaté que les infrastructures ne répondaient pas aux besoins prioritaires de la structure sanitaire (par exemple, à Mamou, un hangar de stockage a été construit alors que le besoin prioritaire était l'extension de la maternité par la construction d'une autre chambre d'hôpital)... En effet, de petits investissements peuvent faire beaucoup. C'est une bonne recommandation. La dernière phrase est un peu floue, car elle mentionne "soins privés", ce qui signifie "vie privée" et non "cliniques privées" ? Pourquoi ne mentionner que la vie privée ? Bien que cela soit important, ce n'est pas la seule question. De plus, le point de vue des prestataires n'est pratiquement pas mentionné, sauf lorsque les recommandations portent spécifiquement sur la formation.
	R	4	5	5	3	3	4.0	
	P	3	4		4	4	3.8	
	F	3	5	3 or 4	4	3	3.8	
Recommandation 2.1. Politique communautaire en matière de santé : Pour favoriser la mise en œuvre et la durabilité de la politique de santé communautaire et de l'ensemble intégré de services de santé communautaire, un soutien de projet est nécessaire pour les outils, la supervision et la formation des ACS/RECO. Il est prévu que ces contributions soient précédées d'un soutien financier pour les ressources humaines qui restent sous la responsabilité du gouvernement par le biais de fonds décentralisés. Afin d'obliger le gouvernement à rendre des comptes sur la politique et compte tenu de l'expérience en matière de développement humain, il n'est pas recommandé <i>a continué</i>	S	4	4	4	3	3	3.6	Une recommandation d'assez bonne qualité, mais je n'ai pas pu suivre comment les détails de la recommandation proviennent des données, des conclusions et des constatations. Il ne sera pas facile d'obtenir un financement cohérent pour le paiement des ACS/RECO. L'intégration des ACS/RECO dans les services de santé publique est un défi. Il est clair que l'approche du gouvernement ne peut fonctionner que si un financement adéquat et cohérent est fourni aux ACS/RECO. Étant donné l'absence de la voix de Save the Children dans l'évaluation, il n'est pas clair non plus dans quelle mesure le projet HSD a mis en place des ressources techniques et financières adéquates pour renforcer les services de santé communautaires... Recommandation claire, en particulier sur les paiements pour les ACS/RECO. Ensuite, la deuxième partie sur l'intégration est un vœu pieux, puisque les incitations, les structures, les lignes de compte rendu ... suivent des programmes verticaux : vaccination contre planning familial contre CPN, ... l'intégration fait l'objet de beaucoup de discussions et d'écrits, et la santé communautaire en est un lieu naturel, mais les tendances qui vont dans l'autre sens sont assez puissantes. La vaccination comme point <i>a continué</i>
	R	3	4	5	3	4	3.8	
	P	5	5	5	3	4	4.4	
	F	4	4	4	3	2	3.4	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
<i>a continué</i> d'utiliser les fonds du projet pour rémunérer les professionnels au niveau communautaire, mais plutôt pour renforcer les capacités des nouveaux cadres des ACS/ RECO. Les contributions devraient viser en particulier à promouvoir l'intégration, conformément aux Normes et procédures en matière de santé reproductive, afin d'amorcer le passage d'interventions verticales des ACS/RECO à une approche plus intégrée. Comme les journées de vaccination/santé de l'enfant sont régulièrement mises en œuvre et qu'elles impliquent les ACS/RECO et les mères, des conseils pourraient être créés sur l'utilisation de ces journées comme point d'entrée pour l'intégration des CPN et du suivi post-partum avec les femmes enceintes et allaitantes pour les journées de santé communautaire intégrées. (En rapport avec les résultats 2.1.1 ; 2.2.1 ; 3.5)								<i>a continué</i> d'entrée pour les CPN, par exemple, a été mentionnée depuis des décennies et n'est pas devenue une réalité. Ce type de recommandation n'est pas très utile.
Recommandation 2.2. Postes de santé : La politique de santé communautaire et les normes et procédures en matière de santé génésique étant en place, les investissements futurs devraient donner la priorité à l'évaluation et à la revitalisation des postes de santé en tant que point d'entrée le plus accessible pour les communautés aux niveaux supérieurs du système de prestation de services de santé. Bien que les postes de santé présentent des lacunes importantes en termes de fournitures, d'infrastructures et de ressources humaines, ils n'ont pas été l'objet d'une attention particulière dans le cadre du développement durable des services de santé. Étant donné les progrès réalisés en matière de demande et d'utilisation accrue dans <i>a continué</i>	S	2	5	4	3	4	3.6	Je n'ai pas trouvé de conclusion ou d'appui à la conclusion que les postes de santé sont "le point d'entrée le plus accessible pour les communautés dans les niveaux supérieurs du système de prestation de services de santé" ? "évaluer et revitaliser" n'est pas spécifique. Que contient cet ensemble ? Est-ce qu'il change de structure ou d'emplacement ? Il en va de même pour "la qualité des postes de santé doit être améliorée". Si le constat existe ou si la recherche le confirme, la note de spécificité peut être plus élevée (4)... Les postes de santé sont-ils vraiment une solution ? Ils sont difficiles à entretenir, à doter en personnel... et plus la population augmentera et plus la motivation d'un personnel de santé en diminution diminuera, plus ils le deviendront. Pourquoi ne pas se pencher sur les centres de santé pour les soins de base, maintenant que les communications et la logistique se sont améliorées dans la plupart des endroits, et qu'ils ont un degré élevé d'autonomie ? Si une telle recommandation est valable et qu'elle pourrait l'être, alors elle devrait expliquer comment la qualité pourrait être assurée, en précisant non seulement QUOI faire mais COMMENT le faire.
	R	3	3	5	3	3	3.4	
	P	4	3	4	4	2	3.4	
	F	3	3	4 or 5	4	2	3	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
<i>Recommandation 2.2. a continué</i> le contexte post-Ebola, la qualité des postes de santé doit être améliorée pour maintenir la dynamique de l'augmentation de la demande et de l'accès, en partie grâce aux interventions du projet HSD dans le système de santé. (En rapport avec les résultats 2.1.1)								
Recommandation 2.3. Tarification des services : L'accès aux services de la SRMNIA+ continue d'être limité par des demandes de paiement de poche pour des services spécifiques. Il est urgent d'améliorer la politique et l'application des obstacles à l'accès gratuit aux services financiers de la SRMNIA+. Il est nécessaire de mener une action de sensibilisation en amont pour revoir la politique de 2011 attestant la gratuité des services de la SRMNIA afin d'en améliorer la clarté et l'application. De même, les efforts communautaires en aval pour promouvoir les mutuelles de santé communautaires devraient être renforcés et étendus. Il est également nécessaire de travailler avec les communautés sur des actions de responsabilité sociale pour informer les gens de leurs droits et demander aux services de rendre compte des coûts illégaux. Cette sensibilisation devrait aller au-delà du canal de communication écrit/poster qui a été utilisé par le projet HSD et d'autres programmes pour inclure une information, une communication et une éducation basées sur les droits afin de sensibiliser les communautés, en tant que titulaires de droits, aux droits et les prestataires de soins de santé, aux obligations en tant que porteurs de devoirs. (En rapport avec les résultats 2.3.2)	S	3	2	5	3	4	3.4	Cette recommandation a une large portée. La première partie concernant la politique et la défense en amont n'est pas claire, et la mise en œuvre d'une politique de services "véritablement" gratuits ne serait pas facile. La partie concernant le travail avec les communautés sur la responsabilité sociale est suffisamment clarifiée avec la déclaration qui recommande d'aller "au-delà du canal de communication écrit/poster qui a été utilisé par le projet HSD et d'autres programmes pour inclure une recommandation basée sur les droits "... Bien écrite et spécifique - il est d'une importance critique que la politique gouvernementale de services gratuits de la SRMNIA soit clairement communiquée et que son respect soit appliqué... Ici aussi, une priorité d'action importante. La recommandation ne mentionne pas l'accélération des changements de politique autour de la couverture maladie universelle, des services gratuits, de la politique nationale d'assurance maladie, probablement parce qu'elle se rapporte au niveau communautaire. Il serait utile de disposer d'un ensemble plus global de recommandations sur cette question. Des suggestions concrètes et novatrices seraient les bienvenues, comme par exemple l'utilisation des médias sociaux pour réclamer des droits, des soins de qualité et respectueux.
	R	2	3	5	3	4	3.4	
	P	3	4	5	3	4	3.8	
	F	5	2	4	3	4	3.6	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
Recommandation 2.4. Autonomisation économique des jeunes et planification familiale : Utiliser les approches d'autonomisation économique des jeunes pour que les jeunes adoptent la PF. Les jeunes sont confrontés à des défis économiques permanents, car les obstacles à l'utilisation des services de santé et à l'acceptation des hommes et des conjoints restent également un défi. L'esprit d'entreprise et le développement économique ont été systématiquement mentionnés dans les DGD masculines (et féminines). Cette demande devrait être exploitée dans la refonte des messages de PF promouvant les avantages économiques de la PF et dans la création de modèles innovants combinant les possibilités d'entrepreneuriat et les messages de santé pour accroître la demande et l'accès. (En rapport avec les résultats 2.3.3)	S	3	2	5	3	4	3.4	Bien que l'intégration de la PF dans les activités d'autonomisation économique des jeunes puisse être rapidement gagnante (facile à mettre en œuvre), j'ai accordé une priorité moindre à cette question car je n'ai pas vu suffisamment de preuves empiriques que cela augmenterait la demande et l'utilisation de la PF. Le fait qu'elle soit fréquemment mentionnée dans les DGD n'est pas un soutien suffisant pour qu'elle fonctionne. Avons-nous des preuves de situations où cela a bien fonctionné ? ... Une bonne recommandation, courte et orientée vers l'action, sur une opportunité d'intégration clé entre les services de santé et les activités de génération de revenus et d'autonomisation.
	R	2	3	5	3	4	3.4	
	P	3	4	5	3	4	3.8	
	F	5	2	4	3	4	3.6	
Recommandation 2.5. Barrières entre les sexes : Les barrières de genre continuent d'entraver l'utilisation des services et les résultats de SRMNIA+ en Guinée, mais elles sont à peine reconnues ou acceptées par la majorité des répondants. L'inégalité entre les sexes, ainsi que la persistance des mariages précoces et des pratiques de FMG, méritent une plus large attention pour le projet HSD et les programmes futurs. Il faut accorder une grande attention et une grande importance à ces questions pour aborder l'équité entre les sexes dans la conception, la mise en œuvre, la mesure et l'établissement de rapports. (En rapport avec les résultats 1.3, 2.3.3, 5.1)	S	2	4	3	3	2	2.8	Les "barrières de genre" sont un défi crucial mais je ne pense pas que l'affirmation "mérite une plus large attention pour le projet HSD et la programmation future". Il faut accorder une grande attention et une grande importance à ces questions..." suffisamment spécifique pour être mise en œuvre. Qu'est-ce qui a marché et qu'est-ce qui n'a pas marché ? Où et à quelle échelle ?... Oui, mais comment y parvenir ? Peut-être que le problème ici est que des programmes comme le projet HSD ainsi que l'évaluation ne sont pas censés aborder des questions sociétales profondément enracinées- la question de l'évaluation est donc mal placée.
	R	4	4	5	3	3	3.8	
	P	4	5	5	3	4	4.2	
	F	3	4	5	3	2	3.4	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
Recommandation 3.1. Leadership et appropriation : Le manque de leadership, de surveillance et de responsabilité compense la durabilité des réalisations. Le projet HSD a reconnu les lacunes dans la direction du système de santé mais n'a pas changé de cap programmatique pour résoudre ce problème. En fait, les interventions du projet HSD visant à compenser les lacunes en matière de leadership ont peut-être perpétué le problème, car les gestionnaires peuvent devenir dépendants de partenaires pour diriger. Les futures activités de l'USAID peuvent stimuler le leadership et l'appropriation de leur conception par le gouvernement et le ministère de la santé. Les mesures axées sur les résultats peuvent exiger la responsabilisation pour les produits livrables du projet, y compris la mise en œuvre réussie de normes avec des équipements fonctionnels, la maintenance et l'établissement de rapports. La conception de futurs projets pourrait également envisager de transférer la responsabilité des activités du projet dans le temps en fonction de mesures de performance. La Co-conception de projets visant à répondre aux besoins essentiels du personnel des structures de santé, tels que l'accès à l'eau, à l'électricité et aux logements des prestataires, peut également faciliter une plus grande appropriation. (En rapport avec les résultats 3.5.1)	S	5	3	3	3	4	3.6	La recommandation est simple, découle directement d'une constatation, est importante et facile à mettre en œuvre, et combine, telle qu'elle est rédigée, observations et recommandations. Elle n'entre pas dans le cadre de la DSS pour assurer le leadership et l'engagement du gouvernement. C'est en fait le domaine de compétence de l'USAID. Le rôle du projet HSD et l'éventuelle surcompensation sont une conséquence directe de la conception du projet. Le HSD est responsable des résultats, qui ne sont pas mesurés en termes d'engagement et de leadership du gouvernement. Il existe des approches qui peuvent favoriser un engagement accru du personnel du ministère de la santé dès le début. Le rapport n'indique pas si le HSD a travaillé en étroite collaboration avec les responsables et les gestionnaires centraux et régionaux et leur a confié des responsabilités. L'USAID a mis en place des modèles de conception de projets réussis, notamment des subventions basées sur les performances dans les régions, qui favorisent un leadership accru et une surveillance des résultats par le personnel du gouvernement... Cette recommandation souligne le nœud du problème de la prestation des soins de santé en Guinée. Bien que la recommandation comprenne plusieurs pistes pour aborder cette question très difficile, une analyse plus pointue de l'environnement actuel des dirigeants pourrait être nécessaire. Il est possible que la substitution soit encore la solution pour l'instant, tout en s'orientant progressivement vers l'appropriation et la coordination par les autorités gouvernementales. Une autre question mentionnée dans le rapport mais non abordée ici est la collaboration entre les structures publiques et privées, ainsi que celles gérées par les ONG, alors que la plupart des prestataires ont une double pratique et que les équipements se déplacent évidemment d'un endroit à l'autre.
	R	5	4	5	3	4	4.2	
	P	5	5	5	4	5	4.8	
	F	5	4	5	4	3	4.2	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
Recommandation 3.2. Responsabilité sociale : Des occasions d'intégrer la responsabilité dans le système de santé ont été manquées. La collaboration avec les COSAH ou les ONG au niveau communautaire aurait pu stimuler la responsabilité sociale en ce qui concerne la réactivité du système de santé aux besoins de la communauté, renforcer les liens entre les interventions du projet et la communauté, et accroître les attentes de la communauté en matière de soins de qualité. Le projet HSD et les projets futurs devraient impliquer plus activement la communauté et ses représentants dans les mécanismes d'amélioration de la qualité et faciliter leur compréhension, leur appréciation et leur demande de services de soins de santé de qualité. (En rapport avec les résultats 3.1.2)	S	4	4	4	4	3	3.8	Le fait de fournir des interventions à titre d'illustration aurait rendu la chose plus précise que de la laisser à "devrait impliquer plus activement la communauté et ses représentants ...". Y a-t-il des exemples d'interventions qui ont réussi à accroître la responsabilité sociale ? Les ONG sont-elles reconnues comme partenaires des services de santé publique dans le pays ? Ce n'est pas clair d'après le rapport... La participation de la communauté (bénéficiaires) à tous les stades du projet est essentielle pour la réussite du projet... Bonne recommandation, avec des points d'action qui chevauchent en partie le point 2.3 Frais pour les services. Je pense moi aussi que dans ce contexte, le travail communautaire pourrait être le moyen le plus prometteur pour parvenir à une responsabilité sociale et à une meilleure qualité des services.
	R	4	3	5	4	4	4	
	P	5	4	5	5	4	4.6	
	F	4	4	4	5	3	4	
Recommandation 3.3. Institutionnalisation de la SBM-R : pour que la SBM-R reste une mesure efficace d'amélioration de la qualité, le HSD devrait soutenir l'institutionnalisation et la systématisation (éventuellement par la collecte de données sous forme de tablettes) du processus de SBM-R. Les objectifs et les progrès devraient être suivis et évalués ; les défis devraient être discutés au niveau infranational, et si le niveau national commun doit être abordé collectivement. La SBM-R peut être un processus unificateur pour faciliter l'utilisation des données pour la prise de décision et l'action du ministère de la santé. Le projet HSD peut faciliter le processus en travaillant avec le ministère de la santé pour s'approprier le processus et fournir le leadership nécessaire par le biais des directions nationales appropriées (Santé et nutrition familiale, Bureau de	S	5	3		4	5	4.25	N'a pas trouvé de preuves dans la littérature ou d'autres données sur l'efficacité des interventions de la SBM-R. En outre, sont-elles faciles à administrer ? En l'absence d'une politique nationale d'amélioration de la qualité et de ressources pour aider le ministère de la santé à mettre en œuvre des directives nationales et des formations, une supervision et une responsabilité, aucun projet ne peut mettre en place une AQ durable comme partie intégrante de la prestation de services de santé. Les efforts du département de la santé et du développement sont bien intentionnés et ont apporté des changements positifs, au niveau des structures, mais ils dépendent trop du leadership individuel plutôt qu'institutionnel... Je ne pourrais pas être plus d'accord, et dans cette section, les recommandations sont plus spécifiques et plus faciles à mettre en œuvre.
	R	4	5	5	4	5	4.6	
	P	3	4		4	5	4	
	F	4	2	3 or 4	4	4	3.5	

a continué

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
<i>a continué</i> stratégies et développement, systèmes nationaux d'information sur la santé et université). Il sera nécessaire de cultiver davantage le soutien des structures pour étendre et maintenir le succès du processus de SBM-R étant donné que l'amélioration de la qualité est un processus continu qui doit être maintenu par les structures elles-mêmes. (Les résultats se réfèrent aux points 1.3, 1.5, 1.6, 3.1.1, 3.1.2, 3.5.2)								
Recommandation 3.4. Systèmes d'information sur la santé : Le projet a apporté une contribution importante à un certain nombre de structures essentielles des systèmes de santé qui nécessitent des investissements futurs supplémentaires. Grâce au processus de SBM-R et au suivi et à la revue des données (lors de réunions mensuelles), le projet HSD a contribué à l'institutionnalisation de l'utilisation des données pour la prise de décision en vue d'améliorer la qualité. L'investissement passé dans le DHIS2 a été soutenu par le projet HSD. Toutefois, pour garantir que le DHIS2 soit pleinement fonctionnel et utilisé à son potentiel en Guinée, un soutien technique et managérial supplémentaire est nécessaire. Au-delà de la mise en place du logiciel, l'accent doit être mis sur la supervision de la qualité des données, l'opportunité des rapports, l'analyse au niveau sous-national pour faciliter l'utilisation des données au niveau des districts et des structures afin d'améliorer la qualité des soins pour de meilleurs résultats sanitaires. (Les résultats se réfèrent au point 3.3.1)	S	3	5	5	4	5	4.4	L'analyse des données qui a donné lieu à cette recommandation aurait dû identifier les différences de performance par région et déterminer les facteurs critiques de succès. Le fait d'apporter un "soutien technique et managérial supplémentaire" n'est généralement pas assez précis. Par exemple, existe-t-il une architecture d'entreprise nationale à laquelle les partenaires de développement contribuent ? Existe-t-il des centres d'excellence pour la qualité, l'actualité et l'utilisation des données ? Que faut-il exactement adopter ? Le projet SHD est un outil lourd qui nécessite des ressources et une coordination et un leadership forts. La recommandation est sur le point... Encore une fois, je suis tout à fait d'accord. Bien que rendre les systèmes de données pleinement fonctionnels, opportuns et liés aux améliorations de la mise en œuvre soit évidemment une tâche importante, elle est hautement prioritaire. Il semble que la mobilisation des ressources pour la rendre possible soit hautement nécessaire, ainsi que l'augmentation de la capacité locale / nationale d'analyse des données pour l'action.
	R	5	5	5	4	5	4.8	
	P	4	5	5	4	5	4.6	
	F	3	5	5	4	4	4.2	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
Recommandation 3.5. Écoles de sages-femmes et d'infirmières publiques et privées : L'investissement dans le HSD dans les écoles de sages-femmes et d'infirmières publiques et privées est nouveau et important. L'activité a démontré son succès en mettant en place un programme d'études actualisé avec les normes de performance actuelles du SRMNIA et de la PF et un laboratoire de compétences pour fournir une formation pratique sur les procédures critiques. Le fait que de nouveaux laboratoires de compétences soient utilisés par d'autres écoles indique la valeur que les acteurs régionaux accordent à cette ressource d'apprentissage. L'appropriation et la fierté de la direction de l'école à l'égard des laboratoires de compétences garantissent la maintenance et la sécurité de l'équipement. De tels investissements montrent le potentiel de durabilité des écoles et devraient être maintenus et développés en tant que modèle. La dynamique créée par ce volet de formation devrait être maximisée. Il est nécessaire de créer des compétences de laboratoire dans les écoles de santé de toutes les régions administratives avec le soutien du ministère de la santé (les résultats se réfèrent au point 3.4.2)	S	3	5	4	4	5	4.2	Il est recommandé ici de maximiser l'élan créé par ce volet de formation. Il manque le comment, et bien qu'il semble être un pilote réussi, la recommandation ne précise pas à quoi ressemblerait l'élargissement de la formation. Combien d'écoles ? D'étudiants ? De régions ? Une indication de l'efficacité de ces étudiants lorsqu'ils retournent à leur lieu de travail normal ? De quoi devrait-il s'agir pour être plus efficace ? Nous devons profiter de ces bons résultats pour réviser/améliorer tous les programmes d'enseignement de ces écoles en collaboration avec les autorités compétentes. ..Oui ! à mon avis, la formation au service de CPN est une priorité et pourrait être plus efficace qu'en service (bien que des cours de recyclage et une formation continue soient encore nécessaires bien sûr). Je suis également d'accord avec la nécessité de promouvoir les compétences des laboratoires, avec l'avertissement mentionné ci-dessus selon lequel une cartographie des services des laboratoires devrait être réalisée, afin de prendre des décisions stratégiques sur les emplacements et d'optimiser le personnel et l'équipement.
	R	3	5	5	4	4	4.2	
	P	4	5	3 or 4	4	5	4.6	
	F	3	4	5	5	4	4.2	
Recommandation 3.6. Conception pour la durabilité : L'USAID devrait améliorer le suivi de la durabilité au-delà de la conception en utilisant des outils ou des stratégies pour s'assurer que la durabilité est prise en compte tout au long de la mise en œuvre du projet malgré les changements de circonstances ou les besoins d'adaptation. Les problèmes fondamentaux persistants tels que les ruptures de stock ou la	S	4	3		4	4	3.75	Il s'agit d'une excellente recommandation, d'une spécificité modérée, qui pourrait être améliorée en recommandant des seuils dans les indicateurs de durabilité qui déclencheraient des changements dans la structure et les niveaux des ressources. Elle pourrait également recommander d'ajouter une flexibilité guidée par une gestion adaptative au niveau de la conception et de l'attribution. Cette recommandation comporte plusieurs facettes. La conception et la structure du projet HSD rendent sa mise en œuvre difficile si l'on se penche sur la durabilité à long terme. L'USAID doit peser le besoin d'investissement direct dans l'amélioration des résultats sanitaires et l'élaboration de stratégies à long terme pour renforcer le leadership et
<i>a continué</i>	R	4	3	5	4	4	4	
	P	4	5	5	4	5	4.6	
	F	4	3	3 or 4	4	2	3.25	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
<i>a continué</i> maintenance des équipements dans un projet au niveau de la structure doivent être traités ou atténués dans le cadre de l'évolution du contexte des interventions du projet. Enfin, les indicateurs qui mesurent l'augmentation de l'appropriation et de la durabilité pourraient faire pencher la balance du côté des résultats du système de santé plutôt que des intrants, ce qui permettrait de maintenir les gains à court terme dans d'autres domaines de processus et de résultats. (Les résultats se réfèrent aux points 3.2.2 et 3.5.1)								<i>a continué</i> l'appropriation des gouvernements... Bonne recommandation en principe, mais difficile à mettre en œuvre. Une analyse plus approfondie des perspectives de durabilité [à quoi ressemblera le système de santé guinéen dans 10 ans ?] afin de préparer un plan d'action tourné vers l'avenir aurait pu être ajoutée à la recommandation. Sans l'engagement du gouvernement et des dépenses significatives pour la santé, les progrès resteront dépendants du soutien international.
Recommandation 4.1. L'effet de levier de l'USAID : Une communication accrue et une gestion plus synergique de la programmation entre les groupes de mise en œuvre des SRMNIA+ pendant l'épidémie d'Ebola ont été considérées comme une leçon importante pour aller vers une plus large collaboration et un plus grand impact. Une collaboration accrue et un suivi continu entre les partenaires de développement et les programmes sont nécessaires pour optimiser les gains entre les projets. Ces efforts doivent être facilités avec d'autres partenaires de développement et le ministère de la Santé dans les activités de renforcement des capacités afin d'éviter la duplication des activités et des approches, et d'assurer une couverture programmatique appropriée pour tous les besoins démontrés (par exemple, les domaines d'actualité, les zones géographiques, la supervision et la gestion). (Les résultats se réfèrent au point 6.1)	S	2	5	5	4	4	4	On ne sait pas très bien comment l'USAID et ses partenaires de développement peuvent assurer la coordination et la collaboration synergique entre les différents acteurs. Quel est l'effet de levier de l'USAID et du projet HSD ? Pertinent pour la programmation future. En outre, le rapport mentionne que l'USAID est considérée comme prédominante dans un domaine d'intervention technique, par d'autres donateurs. Pour le futur leadership du GOG pour la durabilité, il est important de "rééquilibrer"... D'accord, sans réserve, mais c'est un travail difficile ! Cependant, il est primordial de consacrer du temps et des ressources au personnel. Les publications, les rapports et les communications sur la façon dont cela a été réalisé pendant la crise d'Ebola devraient être très utiles. En général, les mécanismes de coordination sont plus solides et fonctionnent beaucoup mieux en situation d'urgence qu'en temps "normal". En fait, représenter l'état de santé actuel de la population en Guinée et la réponse actuelle du système de santé comme une crise est nécessaire à mon avis.
	R	4	5	5	4	4	4.4	
	P	4	5	5	5	5	4.8	
	F	3	5	5	5	3	4.2	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
Recommandation 4.2. Communication synergique : Une communication accrue et une gestion plus synergique des programmes au sein de l'USAID et entre les partenaires de mise en œuvre des SRMNIA+ pendant l'épidémie d'Ebola ont été considérées comme une leçon importante pour aller vers une collaboration et un impact plus larges. L'institutionnalisation des synergies entre les projets est possible grâce à la mission de l'USAID par un meilleur alignement des ressources, du calendrier, des secteurs et des acteurs. Il n'est pas clair dans quelle mesure ces réunions mensuelles sont efficaces pour la gestion étendue requise, en particulier lorsque le ministère de la santé est peu impliqué ; un suivi continu entre les programmes est nécessaire pour optimiser les gains entre les projets. (Les conclusions se réfèrent aux points 6.3-6.5)	S	1	2	2 or 5	4	4	2.75	On ne sait pas très bien ce qu'on demande à l'USAID de faire et si elle doit le faire par le biais du HSD ou d'autres mécanismes. Bien que la conclusion souligne le besoin d'amélioration, une discussion plus approfondie avec les acteurs (un événement d'apprentissage) peut avoir contribué à affiner la recommandation. Tel qu'écrit, la faisabilité est faible mais pourrait être reconstruite pour augmenter la faisabilité...Les recommandations 4.1 et 4.2 sont trop similaires, ce qui est source de confusion...Au-delà de l'existant, il est important de créer une plate-forme de partenaires techniques et financiers dans toutes les régions d'intervention pour promouvoir la consultation et l'harmonisation des interventions afin d'éviter la duplication des activités pour rendre les interventions plus efficaces...C'est une bonne recommandation, mais elle est répétitive. Le sujet recoupe la recommandation 4.1
	R	4	3	5	4	4	4	
	P	5	4	5	5	4	4.6	
	F	3	4	5	5	3	4	
Recommandation 4.3. Flexibilité : Les limites fixes de la programmation des activités soutenues par l'USAID ont limité la capacité des projets à s'adapter rapidement lorsque des éléments importants des systèmes sont passés entre les mailles du filet. Le succès des activités de l'USAID pourrait être amélioré en codant les responsabilités et en assurant des réunions plus régulières et un partage des tâches entre les partenaires. Le manque de flexibilité dans la conception des projets et la responsabilité des partenaires impliqués ont perpétué ce problème. Des efforts plus larges devraient être faits pour que les projets soutenus par l'USAID se renforcent mutuellement, s'adaptent au contexte en évolution lorsque des lacunes dans la prestation de services apparaissent et travaillent avec les partenaires des systèmes de santé pour atténuer les difficultés, à l'avenir. (Les résultats se réfèrent au point 6.3)	S	3	1	2	4	4	2.8	Il semble que cette recommandation fasse allusion à la mise en œuvre de l'apprentissage et de la gestion adaptative. Pourrait-elle être ajoutée à la section 3.6 ? La recommandation porte sur une action générale de l'USAID, et non sur un projet HSD spécifique. "Les projets soutenus par l'USAID doivent se renforcer mutuellement, s'adapter à l'évolution du contexte lorsque des lacunes dans la prestation de services apparaissent et travailler avec les partenaires des systèmes de santé pour atténuer les difficultés, à l'avenir" La mise en œuvre devra être acceptée, la coordination et le suivi peuvent être lent à réaliser... Une formulation confuse de la recommandation. Il n'est pas dans l'intérêt du projet HSD (et d'autres projets) de déterminer où des modifications peuvent être apportées à la conception ou à l'exécution pour éviter que des choses ne passent à travers les mailles du filet, à l'exception d'un plaidoyer fort auprès de l'USAID et du ministère de la santé... Il s'agit d'une recommandation intéressante, qui concerne les processus de travail internes de l'USAID. En l'absence d'un gouvernement fort capable de diriger et de coordonner, il faudra plus de flexibilité dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes, mais c'est à l'USAID de faire des recommandations à ce sujet.
	R	5	3	5	4	4	4.2	
	P	4	4	5	4	4	4.2	
	F	3	2	5	4	3	3.4	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
Recommandation 4.4. Résolution de problèmes et correction de trajectoire : L'institutionnalisation des mesures d'atténuation pour améliorer la réponse adaptative dans l'ensemble des activités de l'USAID est nécessaire car l'absence d'un plan d'urgence clair limite les réalisations de tous les projets. Les stratégies de résolution de problèmes à développer et à mettre en œuvre comprennent l'inclusion d'activités annuelles de correction de trajectoire, y compris l'attribution des responsabilités, et la spécification dans la demande de propositions, ont été suggérées comme moyens de surmonter ces difficultés, entre autres. (Les conclusions se réfèrent au point 6.3)	S	4	4	4	3	4	3.8	Cela aussi appartient à la catégorie de l'apprentissage et de la gestion adaptative. J'aurais tendance à recommander la création d'un groupe de travail CLA pour le Bureau de la santé (comprenant le Bureau de la santé, le Bureau des programmes, l'OAA, l'OFM) afin de développer des modèles de CLA à utiliser dans les appels d'offres. Envisager de recommander des corrections de cours plus fréquemment qu'annuellement - peut-être trimestriellement - après chaque réunion d'évaluation des performances avec les parties prenantes... La première partie de la recommandation est très pertinente. Ne voyez pas comment la deuxième partie, "spécification dans le cadre de l'appel d'offres", peut être réalisée... C'est également important. L'analyse des défaillances ainsi que la Co-conception de mesures de correction de cours aident certainement à obtenir de meilleurs résultats, même si cela prend plus de temps que prévu.
	R	5	4	5	3	4	4.2	
	P	4	5	5	3	5	4.4	
	F	4	2	5	3	3	3.4	
Recommandation 4.5. Innovation : L'USAID a soutenu les activités de SMNE pendant des décennies en Guinée avec un certain succès, cependant l'appropriation au niveau du gouvernement est encore trop faible pour soutenir les réalisations sans un soutien intensif des donateurs. De nouvelles approches qui impliquent plus largement le gouvernement dans le développement des activités sont nécessaires. De nouvelles façons de travailler ensemble et une nouvelle vision peuvent déboucher sur de nouveaux partenariats, et peuvent contribuer à influencer d'autres partenaires pour qu'ils soutiennent mieux le ministère de la santé, notamment en établissant des indicateurs de gouvernance clairs et mesurables et des jalons dans les activités de l'USAID. (Les résultats se réfèrent au point 3.5.1)	S	3	5	5	4	2	3.8	Il faut beaucoup de temps pour changer une mauvaise gouvernance. L'efficacité de l'approche de l'assistance technique de l'USAID n'est pas uniforme et la Guinée pourrait être l'un des endroits les plus difficiles. Mais il y a toujours un endroit où des résultats peuvent être obtenus. Je pense que la recommandation aurait dû trouver un cas de réussite que l'USAID pourrait reproduire à plus grande échelle... Bien sûr, mais on aurait pu s'attendre à plus de spécificité sur ces "nouvelles voies". Ce n'est qu'à la fin de la recommandation que nous avons une indication sur la manière de procéder.
	R	4	5	5	4	4	4.4	
	P	5	5	5	4	4	4.6	
	F	2	4	5	4	3	3.6	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)							Commentaires
Recommandation 4.6 Conception : Le projet HSD (et les activités antérieures) se sont penchés sur l'amélioration de la prestation de services et de la qualité des soins, chaque nouvelle activité s'appuyant sur certains éléments de l'activité précédente. La durabilité, telle qu'observée par le personnel des services de santé guinéens, est essentiellement devenue garantie par cette approche de projet générationnel. Le projet HSD n'a pas été conçu avec un plan de transfert au ministère de la santé. Pour faire avancer la Guinée sur le "chemin de l'autonomie", les activités doivent être conçues pour être durables grâce à l'appropriation, l'engagement et le leadership du gouvernement. Dans le cadre de la conception du projet, les théories du changement doivent être explicites quant à la manière dont le projet permettra de renforcer l'appropriation et le leadership au fil du temps. (Les résultats se réfèrent au point 3.5)	S	4	5	3	4	2	3.6	Cette recommandation est-elle similaire à celle qui figure sous la rubrique "innovation" ? J'ai des commentaires similaires, sauf que c'est plus important et plus prioritaire... Très pertinent... La durabilité des actions est un défi majeur... Savons-nous si l'autonomie est possible maintenant, ou d'ici à ce qu'elle devienne une réalité ? Concevoir pour quelque chose qui n'est pas réalisable pendant la durée de vie d'un projet ne fait qu'aboutir à des résultats frustrants. De petites étapes réalisables sont possibles, c'est certain, et les recommandations pourraient être plus précises en mentionnant ce qu'elles sont. Le langage utilisé ici est vague à cet égard.
	R	4	5	5	4	4	4.4	
	P	5	5	5	4	4	4.6	
	F	3	5	5	4	2	3.8	
Recommandation 4.7. Ampleur ou profondeur de l'investissement : Le projet HSD a ciblé sept régions du pays dans le but d'améliorer la qualité des soins intégrés des SRMNIA+ dans des structures sélectionnées. L'ampleur de l'ensemble des interventions a nécessité une formation continue, un suivi, une collecte de données et des rapports. Des efforts de formation continue ont été nécessaires pour que l'ensemble des interventions soit disponible dans toutes les structures et pour tout le personnel, compte tenu des problèmes de rotation et de rétention du personnel. Compte tenu de la qualité des prestations et des soins des SRMNIA+, de l'état de santé de la population, des ressources <i>a continué</i>	S	4	5	5	4		4.5	Il aurait fallu ajouter une analyse illustrative montrant exactement où l'effort peut être penché. Il se peut que 20 % des structures rapportent 80 % des résultats du SRMNIA+, ou que certaines rapportent la plupart des problèmes d'une composante (par exemple la malnutrition) et pas les autres... Le champ d'application du projet a été fixé par l'USAID et le HSD l'a mis en œuvre comme tel. D'un point de vue humanitaire et d'impact, il n'est pas sûr qu'il soit politiquement acceptable de se pencher sur la preuve du concept et d'avoir un impact moindre. Il existe des expériences d'autres pays qui peuvent être utilisées pour la conception future avec des critères de durabilité plus explicites, et en reconnaissant la semaine du système de santé global... La recommandation ne parvient pas à analyser pourquoi la profondeur devrait être choisie plutôt que l'étendue, ou en plus de celle-ci. Elle se contente de mentionner les solutions qu'apportera la mise en œuvre ciblée, mais ne précise pas comment ces activités pourraient être étendues en l'absence des conditions de base nécessaires, telles que l'engagement du gouvernement ?
	R	5	3	5	4		4.25	
	P	5	3	5	5		4.5	
	F	5	4	5	5		4.75	

Recommandations	Scores (Spécificité, Réactivité, Priorité, Faisabilité)	Commentaires
<i>a continué</i> financières disponibles pour le projet, du calendrier de mise à disposition des ressources et des défis contextuels connus, les activités du projet HSD ont mis l'accent sur l'ampleur (atteindre autant de régions et de structures que possible) plutôt que sur la profondeur (se concentrer sur la validation du concept dans un sous-ensemble de régions et de structures). Le projet HSD et les activités futures pourraient envisager une autre approche consistant à fournir l'ensemble des activités intégrées dans une zone géographique plus limitée. Cela faciliterait la dotation d'une attention et d'un encadrement plus spécifiques à un sous-ensemble de structures afin de démontrer comment le succès peut être atteint tel qu'envisagé par le projet. (Les résultats se réfèrent au point 6.3)		

ANNEXE VI: LA DIVULGATION DE TOUT CONFLIT D'INTÉRÊTS

L'équipe d'évaluation ne signale aucun conflit d'intérêts.

ANNEXE VII: TABLEAUX DES DONNÉES

Tableau 12. Projets financés par l'USAID en Guinée pendant l'activité HSD (2015 – 2020)

Activité et propriété intellectuelle (prime)	Description	Couverture géographique	Dates	Budget (USD)
Stop Palu <i>RTI International</i>	Aider le gouvernement de Guinée (GOG) à réduire la mortalité liée au paludisme en améliorant la prévention du paludisme à l'appui de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme, en améliorant les tests de diagnostic et la capacité de traitement du paludisme, en renforçant la capacité technique du programme national de lutte contre le paludisme à planifier, concevoir, gérer et coordonner un programme complet de lutte contre le paludisme.	14 préfectures ^a , et 5 communes de Conakry ^b	13 Mai – 17 Dec	\$21,596,539
Stop Palu (en anglais) <i>RTI International</i>	Aider les efforts du GOG pour amener le pays à la pré-élimination du paludisme d'ici la fin de 2022 en réduisant la morbidité et la mortalité liées au paludisme de 75% par l'utilisation accrue de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes ; l'augmentation de la recherche et du traitement de soins rapides et l'administration d'une dose complète de chimio prévention du paludisme saisonnier.	14 préfectures ^a , et 5 communes de Conakry ^b	17 Dec – 22 Dec	\$27,815,368
Programme de survie maternelle et infantile (PSM—Prestation de services <i>Jhpiego</i>	Aider les professionnels et les structures de santé à offrir des services de santé de haute qualité dans un environnement sûr en renforçant les pratiques de prévention et de contrôle des infections par la formation, la supervision de soutien et un suivi et une évaluation complémentaires.	Préfectures ^c à Conakry (5), Kindia (6), Boké (2), N'Zérékoré (6), Faranah (1).	15 Juin – 16 Mai	\$2,400,000
Programme de survie maternelle et infantile (PSM)—Renforcement des systèmes de santé <i>Jhpiego</i>	Soutenir la mise à jour des politiques et procédures au niveau national pour l'IPC et son intégration dans le SRMNIA ; soutenir l'engagement national, régional et préfectoral dans le processus d'amélioration de la qualité ; assurer l'engagement avec les initiatives du système national d'information de gestion de la santé pour renforcer la collecte et l'analyse des données ; soutenir l'amélioration de la coordination du programme national d'immunisation ; soutenir le ministère de la santé pour compléter l'analyse des goulets d'étranglement des systèmes de santé soutenus par l'OCI pour la santé maternelle et néonatale	Conakry, Boké, N'Zérékoré, Kissidougou, Kindia	16 Avril – 17 Dec	\$2,750,000

^a Coyah, Forécariah, Kindia, Dubréka, Fria, Boffa, Boké, Gaoual, Koundara, Lélouma, Koubia, Labé, Tougué, Mali;

^b Ratoma, Matoto, Dixinn, Matam, Kaloum;

^c Conakry: Ratoma, Matoto, Dixinn, Matam Kaloum, Kindia: Coyah, Forécariah, Kindia, Télémélé, Dubréka, Fria, Boké: Boffa, Boké, N'Zérékoré: Lola, Yomou, Macenta, Guéckédou, N'Zérékoré, Beyla, Faranah: Kissidougou; dKoundara, Gaoual, Boké, Boffa, Fria, Télimélé, Lélouma, Kindia, Forécariah, Dinguiraye, Dabola, Siguiri, Kouroussa, Faranah, Mandiana, Kankan, Kerouané, Kissidougou, Guéckédou, Macenta, Beyla

Tableau 12. Projets financés par l'USAID en Guinée pendant l'activité HSD (2015 – 2020) a continué

Activité et propriété intellectuelle (prime)	Description	Couverture géographique	Dates	Budget (USD)
Système pour l'amélioration de l'accès aux produits et services pharmaceutiques (SIAPS) Sciences de la gestion pour la santé	Renforcer la gouvernance du secteur pharmaceutique, accroître/améliorer les capacités de gestion de l'approvisionnement et des services pharmaceutiques, veiller à ce que les informations relatives à la gestion pharmaceutique soient disponibles et utilisées pour la prise de décision, renforcer les stratégies et les mécanismes de financement pour améliorer l'accès aux médicaments, améliorer les services pharmaceutiques pour obtenir les résultats souhaités en matière de santé	National	11 Oct – 17 Sep	\$10,304,800
Programme de survie maternelle et infantile (PSM)— Renforcement des systèmes de santé Jhpiego	Soutenir la mise à jour des politiques et des procédures au niveau national pour la PCI et son intégration dans les SRMNIA ; soutenir l'engagement national, régional et préfectoral dans le processus d'AQ ; assurer l'engagement avec les initiatives nationales du HMIS pour renforcer la collecte et l'analyse des données ; soutenir l'amélioration de la coordination du PIN ; soutenir le MS pour compléter l'analyse des goulots d'étranglement des systèmes de santé soutenus par l'OCI pour le MNH	Conakry, Boké, N'Zérékoré, Kissidougou, Kindia	16 Avril – 17 Dec	\$2,750,000
Haute qualité des services de Santé pour le Développement Jhpiego	Veiller à ce qu'un ensemble de soins essentiels et complets pour la PF et la SMNI soit constamment fourni avec une qualité élevée dans les structures de santé en Guinée.	Conakry, Kindia, Boké, Mamou, Labé, Kankan, Faranah	15 Dec – 20 Dec	\$28,800,000
MESURE HSD ICF International	Disponibilité de données sanitaires et démographiques fiables	National	2018-2023	\$1,400,000
Renforcer la disponibilité et l'utilisation des données en Guinée John Snow Inc.	Renforcer le HMIS pour accroître la disponibilité et la qualité des données relatives à la prestation des services de santé et institutionnaliser une culture de prise de décision fondée sur les données	National ; Pilote à Conakry, déploiement à Labé	15 Oct – 17 Dec	\$2,500,000
Promotion de la qualité des médicaments (PQM/USP) United States Pharmacopeial Convention, Inc.	Améliorer l'assurance et le contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques et des systèmes en continuant à renforcer les capacités techniques de la (LNCQM) ; renforcer les fonctions de la DNPL en améliorant les processus d'enregistrement et d'inspection existants	National	Janv 09 – Sep 19	\$350,000

Tableau 12. Projets financés par l'USAID en Guinée pendant l'activité HSD (2015 – 2020) a continué

Activité et propriété intellectuelle (prime)	Description	Couverture géographique	Dates	Budget (USD)
Leadership, gestion et gouvernance Pro- jet de renforcement des capacités du programme national de lutte contre le paludisme (LMG/ NMCP) Sciences de la gestion pour la santé	Gestion efficace des ressources humaines, financières et matérielles, développer et diriger la politique et les normes pour la mise en œuvre et la surveillance de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme. Mobiliser les parties prenantes pour qu'elles participent aux efforts nationaux de coordination et de mise en œuvre de la lutte contre le paludisme.	A l'échelle nationale	13 Sep – 17 Sep	\$1,624,272
APC Prévention de la Transmission du Virus Ebola et services aux survivants John Snow Inc.	Réduire ou éliminer la transmission du virus Ebola des survivants à d'autres personnes et garantir l'accès des survivants aux soins de santé et aux services psychosociaux ainsi que leur prestation efficace	Conakry- N'Zérékoré- Kindia	16 Juin – 18 Juin	\$6,000,000
HRH2030 : Ressources humaines pour la santé en 2030 - Renforcement des capacités de lutte contre le paludisme Sciences de la gestion pour la santé	Renforcer les capacités institutionnelles et managériales du PNLP afin d'améliorer les performances des pays en ce qui concerne les subventions du FMSTP, en modifiant les politiques ou les directives, en améliorant les systèmes de suivi et d'évaluation ou en réduisant les ruptures de stock.	National	2017- 2020	\$2,400,000
ENVISION Hellen Keller International	Fournir une assistance au programme national de lutte contre les ATN pour le contrôle et l'élimination de sept ATN ciblées : filariose lymphatique, trachome, onchocercose, schistosomiase et trois helminthes transmis par le sol. ENVISION contribue à l'objectif global de réduction de la charge des ATN ciblées.	Voir listed	2012 - 2019	\$14,000,000
Programme de chaîne d'approvisionnement en santé mondiale de l'USAID - Gestion des achats et des approvisionnements Chemonics	Assurer un approvisionnement ininterrompu en produits de santé à l'appui des initiatives de santé publique financées par l'USG, grâce à la dotation de services d'achat de produits de santé et d'une assistance technique connexe visant à renforcer les systèmes ; assurer un traitement et une élimination efficaces et respectueux de l'environnement de l'UMPP dans les structures d'entreposage guinéennes et soutenir la conception d'une stratégie à long terme pour améliorer la capacité du pays à gérer correctement les déchets dangereux	A l'échelle nationale	2016 - 2023	

Tableau 12. Projets financés par l'USAID en Guinée pendant l'activité HSD (2015 – 2020) a continué

Activité et propriété intellectuelle (prime)	Description	Couverture géographique	Dates	Budget (USD)
Action de rupture Johns Hopkins	Breakthrough-ACTION s'appuiera sur l'investissement de l'USAID dans le SBCC, y compris les projets mondiaux et bilatéraux, pour guider simultanément les nouveaux apprentissages et favoriser une application plus large des pratiques et des outils éprouvés dans le SBCC afin de promouvoir le changement des comportements sanitaires en Guinée	Forécariah, Boké, Kindia, Mamou, Nzérékoré, Macenta, Kissidougou, Faranah.	09/18 – 09/20	Financement prévu : 2,5 millions de dollars pour la PF, la SMI et la PMI et 1,2 million de dollars pour la GHSA
Menace de pandémie d'urgence (EPT) FAO	Soutenir les efforts de lutte contre les maladies infectieuses émergentes ou ré émergentes à fort impact. Il abordera également les relations entre le bétail et les moyens de subsistance en termes de réduction des impacts négatifs de la sécurité nutritionnelle. Il vise également à mettre en place et à prévenir les pandémies en matière d'alimentation durable en renforçant les capacités de base en matière de santé animale afin de détecter rapidement et de répondre rapidement aux crises de maladies émergentes qui menacent la santé animale et humaine.	Conakry, Kankan, Kissidougou, Kouroussa, Forécariah, Kindia, Mamou, N'Zérékoré	2015 - 2023	\$4,095,000
Préparation de la société civile aux épidémies et aux pandémies Fédération internationale de la Croix-Rouge	Renforcer la préparation et la réponse des communautés "Une seule santé" aux épidémies et aux pandémies et continuer à établir la confiance entre le gouvernement et la société civile et former les professionnels de la communauté à la surveillance et à la réponse des communautés "Une seule santé" afin qu'ils puissent réagir rapidement aux maladies et aux épidémies tant animales qu'humaines.	Faranah. Guéckédou	06/18 – 09/22	\$2,000,000
Détection et surveillance des maladies infectieuses (IDDS)	Renforcer les systèmes de laboratoires de santé animale en développant les compétences techniques pour le diagnostic des maladies infectieuses zoonotiques prioritaires, le transport des spécimens, en facilitant un réseau de santé unique et en renforçant les liens avec la surveillance.	National	18 Sep – 23 Sep	\$3,000,000
PREDICT-2 ICF International	Améliorer la caractérisation des risques biologiques et comportementaux pour mieux comprendre quels endroits, "Les zones épidémiologiques, ou interfaces, sont les plus associées à la propagation, à l'amplification et à l'expansion des virus zoonotiques ayant un potentiel pandémique.	Conakry, Forécariah, Boké, Kindia, Mamou, Macenta, N'Zérékoré	2016 - 2019	\$6,000,000

Tableau 12. Projets financés par l'USAID en Guinée pendant l'activité HSD (2015 – 2020) a continué

Activité et propriété intellectuelle (prime)	Description	Couverture géographique	Dates	Budget (USD)
Activité globale de renforcement des systèmes de santé pour la Guinée Abt Associates	Renforcer le système de santé guinéen afin d'améliorer la fonctionnalité des institutions et des programmes et leur capacité à fournir de meilleurs services à la population guinéenne en a) améliorant la capacité institutionnelle et la gouvernance de la santé dans tout le système de santé ; b) permettant le financement de la santé ; c) améliorant la capacité institutionnelle du ministère de la santé à gérer efficacement les ressources humaines	National	16 Juin – 18 Juin	\$7,000,000
Participation des citoyens à la gouvernance de la santé FHI 360	Améliorer la compréhension et la participation des citoyens aux réformes du système de santé guinéen et renforcer la confiance du public dans le secteur de la santé et la gouvernance du pays en multipliant les occasions pour les responsables élus et nommés et les citoyens d'engager un dialogue constructif et en améliorant la qualité du débat public sur les questions de santé.	A l'échelle nationale	17 Juin – 20 Juin	\$12,170,000

Table 13. Caractéristiques observées de certaines structures participant au HSD, par type de structure

	Type de structure CS/CMC (n=25) n (%)	Hôpital (n=10) n (%)	Total (n=35) n (%)
Caractéristiques d'accès			
Les droits des patients affichés sur le mur	14 (56.0)	8 (80.0)	22 (62.9)
Tous les services offerts au quotidien	21 (84.0)	10 (100.0)	31 (88.6)
Au moins un médecin disponible tous les jours	17 (68.0)	10 (100.0)	27 (77.1)
Pas de frais d'utilisation pour les SRMNIA	17 (68.0)	5 (50.0)	22 (62.9)
Le consentement du conjoint n'est pas nécessaire pour la PF	19 (76.0)	9 (90.0)	28 (80.0)
Caractéristiques environnementales			
Des toilettes qui fonctionnent, en bon état	19 (76.0)	8 (80.0)	27 (77.1)
Électricité	25 (100.0)	10 (100.0)	35 (100.0)
Eau courante	14 (56.0)	8 (80.0)	22 (62.9)
La salle d'attente est équipée de chaises/bancs	20 (80.0)	7 (70.0)	27 (77.1)
Matériel éducatif et de données			
Matériaux de la CEI sur le mur	21 (84.0)	10 (100.0)	31 (88.6)
Données de la structure sur le mur	16 (64.0)	7 (70.0)	23 (65.7)
Laboratoire			
Le laboratoire fonctionne avec les fournitures nécessaires	15 (60.0)	10 (100.0)	25 (71.4)
Technicien de laboratoire disponible	17 (68.0)	10 (100.0)	27 (77.1)
Échantillons de laboratoire envoyés ailleurs pour traitement	19 (76.0)	8 (80.0)	27 (77.1)
Temps moyen de traitement en laboratoire	(n=21)	(n=8)	(n=29)
Dans les 24 heures	17 (81.0)	7 (87.5)	24 (82.8)
Plus de 24 heures	4 (19.1)	1 (12.5)	5 (17.2)
Planning familial			
La salle d'examen de la PF est propre et accueillante	13 (52.0)	6 (60.0)	19 (54.3)
Matériel IEC disponible pour le PF	25 (100.0)	10 (100.0)	35 (100.0)
Aides à l'emploi du PF utilisées pour le conseil	23 (92.0)	10 (100.0)	33 (94.3)
Services de PF et conseils offerts	25 (100.0)	10 (100.0)	35 (100.0)
Un conseiller/prestataire de services de PF désigné et disponible	21 (84.0)	10 (100.0)	31 (88.6)
Espace privé et confidentiel pour le PF	12 (48.0)	9 (90.0)	21 (60.0)
7 Méthodes modernes de PF disponibles aujourd'hui	19 (76.0)	8 (80.0)	27 (77.1)
Présence d'un prestataire formé qui peut poser des stérilets	21 (84.0)	10 (100.0)	31 (88.6)
Services CPN			
Services CPN offerts aujourd'hui	24 (96.0)	7 (70.0)	31 (88.6)
Une salle propre et accueillante pour CPN	20 (80.0)	9 (90.0)	29 (82.9)
Infirmières/sages-femmes désignées pour les CPN	22 (88.0)	5 (50.0)	27 (77.1)

Table 13. Caractéristiques observées de certaines structures participant au HSD, par type de structure a continué

	Type de structure CS/CMC (n=25) n (%)	Hôpital (n=10) n (%)	Total (n=35) n (%)
Lieu privé confidentiel pour CPN	17 (68.0)	6 (60.0)	23 (65.7)
Aides à l'emploi utilisé pour les CPN	25 (100.0)	10 (100.0)	35 (100.0)
Groupe de soutien au BF pour les mères allaitantes	17 (68.0)	7 (70.0)	24 (68.6)
Références			
Registre de référence en place	22 (88.0)	7 (70.0)	29 (82.9)
Registre de référence rempli/utilisé	22 (100.0)	7 (100.0)	29 (100.0)
Services de CPN			
Les suppléments de l'AF disponibles aujourd'hui	23 (92.0)	7 (70.0)	30 (85.7)
Dépistage de l'anémie disponible aujourd'hui	20 (80.0)	8 (80.0)	28 (80.0)
Les compléments en fer disponibles aujourd'hui	23 (92.0)	8 (80.0)	31 (88.6)
Dépistage du glucose disponible aujourd'hui	13 (52.0)	7 (70.0)	20 (57.1)
Disponibilité et fonctionnalité des Matériels de CPN			
Lampe d'examen pelvien	5 (20.0)	7 (70.0)	12 (34.3)
Fonctionnement	4 (80.0)	6 (85.7)	10 (83.3)
Table/lit d'examen	25 (100.0)	10 (100.0)	35 (100.0)
Gants	25 (100.0)	10 (100.0)	35 (100.0)
Conteneur d'objets tranchants	23 (92.0)	10 (100.0)	33 (94.3)
Fonctionnement	23 (100.0)	10 (100.0)	33 (100.0)
Échographie	13 (52.0)	8 (80.0)	21 (60.0)
Fonctionnement	9 (69.2)	8 (100.0)	17 (81.0)
Approvisionnement général			
Réfrigérateur de vaccins	23 (92.0)	6 (60.0)	29 (82.9)
Fonctionnement	23 (100.0)	6 (100.0)	29 (100.0)
Kit DIU disponible	22 (88.0)	10 (100.0)	32 (91.4)
Fonctionnement	32 (100.0)	10 (100.0)	32 (100.0)
Au moins 5 seringues disponibles	21 (91.3)	9 (90.0)	31 (88.6)
Fonctionnement	22 (100.0)	9 (100.0)	31 (100.0)
Solution désinfectante	17 (73.9)	10 (100.0)	29 (82.9)
Fonctionnement	18 (94.7)	10 (100.0)	28 (96.6)
Appareil de mesure de la pression sanguine	21 (91.3)	10 (100.0)	33 (94.3)
Fonctionnement	23 (100.0)	9 (90.0)	32 (97.0)
Stéthoscope disponible	23 (100.0)	10 (100.0)	35 (100.0)
Fonctionnement	24 (96)	10 (100.0)	34 (97.1)
Thermomètre	17 (73.9)	10 (100.0)	29 (82.9)
Fonctionnement	17 (100.0)	10 (100.0)	29 (100.0)

Table 13. Caractéristiques observées de certaines structures participant au HSD, par type de structure a continué

	Type de structure CS/CMC (n=25) n (%)	Hospital (n=10) n (%)	Total (n=35) n (%)
Échelle adulte	23 (100.0)	9 (90.0)	34 (97.1)
Fonctionnement	22 (88.0)	8 (88.9)	30 (88.2)
L'échelle du nouveau-né	19 (82.6)	10 (100.0)	31 (88.6)
Fonctionnement	20 (95.2)	10 (100.0)	30 (96.8)
Spéculum vaginal	21 (91.3)	10 (100.0)	33 (94.3)
Fonctionnement	22 (95.7)	10 (100.0)	32 (97.0)
Matériels pour la chirurgie obstétricaux			
Chariot à instruments	16 (64.0)	9 (90.0)	25 (71.4)
Fonctionnement	15 (93.8)	9 (100.0)	24 (96.0)
Autoclave	15 (60.0)	10 (100.0)	25 (71.4)
Fonctionnement	11 (73.3)	10 (100.0)	21 (84.0)
Vêtements de chirurgie	17 (68.0)	10 (100.0)	27 (77.1)
Fonctionnement	16 (94.1)	9 (90.0)	25 (92.6)
Champs	7 (28.0)	5 (50.0)	12 (34.3)
Fonctionnement	11 (91.7)	10 (100.0)	21 (95.5)
Coussinets chirurgicaux	24 (96.0)	10 (100.0)	34 (97.1)
Fonctionnement	6 (85.7)	5 (100.0)	11 (91.7)
Entre parenthèses	24 (96.0)	10 (100.0)	34 (97.1)
Fonctionnement	22 (91.7)	10 (100.0)	32 (94.1)
Support de bras pour la ponction veineuse	6 (24.0)	9 (90.0)	15 (42.9)
Fonctionnement	6 (100.0)	9 (100.0)	15 (100.0)

Tableau 14. Caractéristiques des répondants à l'enquête auprès des prestataires dans certaines structures ciblées par le projet HSD

	numéro	pour cent
Région		
Boké	20	19.2
Conakry	19	18.3
Faranah	10	9.6
Kankan	23	22.1
Kindia	12	11.5
Labé	10	9.6
Mamou	10	9.6
Type de structure		
Centre de Santé (CS) ^a	51	49
CMCa	7	6.7
Hôpital préfectoral ^b	25	24
Hôpital Régional ^b	15	14.4
Hôpital National ^b	6	5.8
Type de prestataire		
Médecin	15	14.4
Sage-femme	47	45.2
Infirmière	20	19.2
ATS	18	17.3
Autre	4	3.8
Temps de travail dans la structure		
Plus de 2 ans	83	79.8
12-24 mois	9	8.7
6 – 12 mois	10	9.6
Moins de 6 mois	2	1.9

^a Combiné dans les tableaux suivants ;

^b Combiné dans les tableaux suivants.

Tableau 15. Perspectives et pratiques des prestataires sélectionnés, par niveau de structure

	CS/CMC (n=58) n (%)	Hôpital (n=46) n (%)	Total (n=104) n (%)
Participation au HSD et perspectives d'impact			
Le prestataire a participé à des activités du projet HSD			
Oui	34 (58.6)	35 (76.1)	69 (66.4)
Partiellement	3 (5.2)	1 (2.2)	4 (3.9)
Non	21 (36.2)	10 (21.7)	31 (29.8)
Les activités du projet HSD ont participé à			
Formation	30 (51.7)	33 (71.7)	63 (60.6)
Supervision	2 (3.5)	6 (13.1)	8 (7.7)
SBM-R	8 (13.8)	9 (19.6)	17 (16.4)
VBG	8 (13.8)	11 (23.9)	19 (18.3)
ACS/RECO	5 (8.6)	1 (2.2)	6 (5.8)
Autres	1 (1.7)	0 (0.0)	1 (1.0)
Convient fermement que le projet HSD a eu un impact			
Gestion des services, des approches et de l'organisation des SRMNIA	53 (91.4)	45 (97.8)	98 (94.2)
Domaine de travail, gestion du temps des prestataires	53 (91.4)	45 (97.8)	98 (94.2)
Compréhension communautaire des SRMNIA	51 (87.9)	41 (89.1)	92 (88.5)
Documentation pour la CEI	53 (91.4)	45 (97.8)	98 (94.2)
Compétences des prestataires pour répondre aux besoins des patients	50 (86.2)	42 (91.3)	92 (88.5)
Planning familial			
Des conseils toujours disponibles	96 (92.3)		
Conseiller			
Infirmière	18 (31.6)	12 (26.1)	30 (29.1)
Sage-femme	45 (79.0)	44 (95.7)	89 (86.4)
Docteur	12 (21.1)	24 (52.2)	36 (35)
Autre prestataire	17 (29.8)	6 (13.0)	23 (22.3)
IEC/Aides à l'emploi pour le PF			
En place	54 (93.1)	41 (89.1)	95 (91.4)
Toujours utilisé	49 (90.7)	36 (87.8)	85 (89.5)
Méthodes contraceptives disponibles			
Pilule contraceptive orale, combinée	52 (89.7)		
Pilule contraceptive orale, progestatif	38 (65.5)		
Injectable	52 (89.7)		
Implant	57 (98.3)		
IUD	47 (81.0)		
Stérilisation	6 (10.3)		

Tableau 15. Perspectives et pratiques des prestataires sélectionnés, par niveau de structure a continué

	CS/CMC (n=58) n (%)	Hôpital (n=46) n (%)	Total (n=104) n (%)
Préservatif	52 (89.7)		
LAM	33 (56.9)		
Autres	4 (6.9)		
Toujours renvoyé si la méthode préférée n'est pas disponible	20 (34.5)		
Les défis de la dotation des prestataires en matière de planification familiale			
Manque de sensibilisation (fausses croyances, religion)	31 (53.5)	27 (58.7)	58 (55.8)
Manque d'intérêt des femmes	9 (15.5)	9 (19.6)	18 (17.3)
Nécessité de consulter les membres de la famille	23 (39.7)	21 (45.7)	44 (42.3)
Le prestataire manque de temps pour le conseil	1 (1.7)	1 (2.2)	2 (1.9)
Le client manque de temps pour se faire conseiller	4 (6.9)	7 (15.2)	11 (10.6)
Manque de matériel d'orientation du PF	5 (8.6)	3 (6.5)	8 (7.7)
Manque de place pour le conseil	13 (22.4)	14 (30.4)	27 (26)
Non considéré comme une priorité pour le personnel	2 (3.5)	0 (0.0)	2 (1.9)
Le personnel n'a pas reçu de formation	5 (8.6)	1 (2.2)	6 (5.8)
Inapproprié ou inutile	1 (1.7)	0 (0.0)	1 (1.0)
Autres	3 (5.2)	6 (13.0)	9 (8.7)
Aucune	5 (12.8)	4 (12.9)	9 (8.7)
Facteurs perçus comme influençant l'adoption de la contraception chez les femmes			
Barrières culturelles ou religieuses	44 (75.9)	31 (67.4)	75 (72.1)
Ruptures de stock	20 (34.5)	15 (32.6)	35 (33.7)
Effets secondaires	29 (50.0)	25 (54.4)	54 (51.9)
Coût	2 (3.5)	2 (4.4)	4 (3.9)
Confiance dans les fournisseurs	3 (5.2)	5 (10.9)	8 (7.7)
Manque de sensibilisation	15 (25.9)	11 (23.9)	26 (25.0)
Manque d'intimité	6 (10.3)	5 (10.9)	11 (10.6)
(dé)disponibilité des fournisseurs	1 (1.7)	1 (2.2)	2 (1.9)
Erreur de communication	6 (10.3)	8 (17.40)	14 (13.5)
Autres	5 (8.6)	4 (8.7)	9 (8.7)
Aucune	3 (7.7)	1 (3.2)	4 (5.7)
Conseil en matière de planning familial post-partum			
Toujours		29 (63.0)	
Parfois		13 (28.3)	
Rarement		3 (6.5)	
Jamais		1 (2.2)	

Tableau 15. Perspectives et pratiques des prestataires sélectionnés, par niveau de structure a continué

	CS/CMC (n=58) n (%)	Hôpital (n=46) n (%)	Total (n=104) n (%)
CPN			
Services fournis lors de toute visite de CPN			
Poids	51 (87.9)		
Évaluation des risques	29 (50.0)		
Anémie	32 (55.2)		
Supplément d'acide folique	48 (82.8)		
Supplément de fer	45 (77.6)		
Conseils en matière de nutrition	45 (77.6)		
Conseils en matière de planning familial	31 (53.5)		
Education à l'allaitement maternel	29 (50.0)		
Analyse d'urine	21 (36.2)		
Évaluation du diabète gestationnel	1 (1.7)		
Soins d'accouchement			
Toujours fournir de l'ocytocine 10U après l'accouchement		43 (93.5)	
Toujours initier le contact peau à peau après l'accouchement		42 (91.3)	
Pourcentage moyen de naissances au cours de la semaine précédente où le contact peau à peau a été initié		61.7 (36.8)	
Toujours évaluer l'allaitement maternel après l'accouchement		41 (89.1)	
Utilisez toujours la ventilation à pression positive pour les nouveau-nés ayant des difficultés respiratoires		33 (71.7)	
COSAH			
Présence de COSAH dans la structure			
Oui	48 (82.8)		
Non	3 (5.2)		
Ne sait pas	7 (12.1)		
Rôle du COSAH	(n=48)		
Élaborer et mettre en œuvre des plans de promotion de la santé	23 (47.9)		
Promouvoir la communication entre la COSAH et les prestataires	34 (70.8)		
Activités de sensibilisation et d'éducation des membres de la communauté concernant les SRMNIA	42 (87.5)		
Soutenir l'évaluation des services par communauté	24 (50.0)		
Autres	5 (10.4)		

Tableau 15. Perspectives et pratiques des prestataires sélectionnés, par niveau de structure a continué

	CS/CMC (n=58) n (%)	Hôpital (n=46) n (%)	Total (n=104) n (%)
Populations vulnérables et adolescents			
Accessibilité au SRMNIA pour les populations vulnérables			
Very accessible	44 (75.9)	38 (82.6)	82 (78.9)
Somewhat accessible	9 (15.5)	4 (8.7)	13 (12.5)
Somewhat inaccessible	2 (3.5)	1 (2.2)	3 (2.9)
Very inaccessible	2 (3.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
Don't know	1 (1.7)	3 (6.5)	4 (3.9)
Obstacles rencontrés par les populations vulnérables dans l'accès aux SRMNIA			
Transport	34 (77.6)	35 (76.1)	80 (76.9)
Discrimination réelle ou perçue	3 (5.2)	7 (15.2)	10 (9.6)
Barrières religieuses ou culturelles	19 (31.0)	14 (30.4)	32 (30.8)
Ignorant les services disponibles	10 (17.2)	10 (21.7)	20 (19.2)
Barrières linguistiques	4 (6.9)	4 (8.7)	8 (7.7)
Manque de temps du prestataire	1 (1.7)	1 (2.2)	2 (1.9)
Coûts/obstacles financiers	11 (19.0)	9 (19.6)	20 (19.2)
Une longue attente	10 (17.2)	10 (21.7)	20 (19.2)
Mauvaise compréhension de la documentation nécessaire	3 (5.2)	1 (2.2)	4 (3.9)
Autres	4 (6.9)	7 (15.2)	11 (11.6)
Obstacles rencontrés par les adolescents dans l'accès aux SRMNIA			
Heures d'ouverture des services	2 (3.5)	2 (4.4)	4 (3.9)
Coût des services	3 (5.2)	2 (4.4)	5 (4.8)
Obstacles financiers	18 (31.0)	11 (23.9)	29 (27.9)
Temps d'attente	10 (17.2)	9 (19.6)	19 (18.3)
Pouvoir de décision	14 (24.1)	13 (28.3)	27 (23.0)
Autorisation du conjoint/père	27 (46.6)	20 (43.5)	47 (45.2)
Inconfort lié au sexe du prestataire	10 (17.2)	5 (10.9)	15 (14.4)
Autres	2 (3.5)	0 (0.0)	2 (1.9)
Une structure visant à réduire les barrières liées au genre dans le domaine des soins			
Oui	43 (74.1)	31 (67.4)	74 (71.2)
Non	5 (8.6)	4 (8.7)	9 (8.7)
Ne sait pas	8 (17.3)	11 (24.0)	21 (20.2)

Notes: certaines questions n'ont été posées qu'aux centres de santé ou aux hôpitaux. Lorsque les questions n'ont pas été posées à des répondants particuliers, elles sont ombrées.

Table 16. Indicateurs des soins de santé maternelle, Enquête démographique et de santé en Guinée, 2018

	Besoin de planning familial satisfaite par les méthodes modernes (%)	CPN au moins 4 (%)	Accompagnateur qualifié à la naissance (%)	Accouchement institutionnel (%)	Accouchement par césarienne (%)	Soins postnatals des mères dans les 2 jours (%)	CPN, Accouchement inst. et SPP (%)
Total	11.8	35.3	55.3	52.6	2.7	48.6	23.8
Résidence							
Urbain	17.0	51.4	92.0	84.1	5.8	68.1	40.6
Rural	8.6	28.4	40.7	40.0	1.4	40.7	18.0
Niveau d'éducation							
pas d'éducation	10.1	30.3	48.1	46.0	1.8	43.6	20.8
primaire	10.6	41.5	68.6	62.0	3.8	54.6	29.1
secondaire	16.5	57.0	88.0	83.7	5.6	69.1	46.7
plus haut	26.6	68.3	98.7	95.0	15.0	73.4	56.7
Niveau de vie des ménages							
les plus pauvres	4.8	18.8	26.5	25.1	0.6	30.4	10.4
plus pauvre	8.9	26.5	40.4	40.6	1.1	43.6	16.1
milieu	10.8	32.6	50.8	50.7	2.2	45.5	21.9
plus riche	15.4	48.2	82.1	75.6	4.5	63.4	38.2
le plus riche	17.8	58.4	94.9	87.1	6.6	69.5	46.3
Age (maternel)							
15-19	8.6	34.3	62.5	58.6	3.3	48.2	20.4
20-24	15.5	39.3	56.4	54.0	1.6	51.5	24.2
25-29	14.7	36.5	55.8	54.4	3.7	49.2	23.2
30-34	13.7	34.3	54.7	50.9	2.1	47.8	24.2
35-39	13.0	32.9	53.9	50.2	2.8	44.4	23.8
40-44	8.8	31.5	49.4	46.9	2.7	49.1	24.5
45-49	5.7	30.7	49.2	46.0	1.9	41.1	24.8

Table 16. Indicateurs des soins de santé maternelle, Enquête démographique et de santé en Guinée, 2018 a continué

Région	Besoin de planning familial satisfaite par les méthodes modernes (%)	CPN au moins 4 (%)	Accompagnateur qualifié à la naissance (%)	Accouchement institutionnel (%)	Accouchement par césarienne (%)	Soins postnatals des mères dans les 2 jours (%)	CPN, Accouchement inst. et SPP (%)
Boké	5.3	28.2	45.5	42.1	3.2	45.6	17.4
Conakry	17.8	56.5	96.0	89.8	5.9	72.1	44.6
Faranah	9.8	27.6	38.4	34.4	2.1	36.8	15.2
Kankan	18.2	36.1	56.2	51.6	1.5	49.6	25.3
Kindia	12.1	47.4	55.9	50.7	2.4	55.3	34.5
Labé	3.0	29.6	33.7	30.3	2.2	18.8	16.2
Mamou	2.7	32.0	41.8	37.5	1.8	41.5	17.9
N'zérékoré	15.0	21.5	64.3	71.5	2.7	61.4	16.5

Tableau 17. Indicateurs de la santé des nourrissons et des enfants, Enquête sur la démographie et la santé en Guinée, 2018

	Soins postnatals des nouveau- nés dans les 2 jours (%)	Début précoce de l'allaitement maternel (%)	Vaccin BCG, 12-23 mo (%)	Vaccination DPT112-23 mo (%)	Toutes les vaccinations de base, 12-23 mois (%)	Conseils/tmt recherchés pour la diarrhée, à moins de 5y (%)	Conseil/tmt recherché pour IRA, à moins de 5y (%)
Total	42.8	46.9	73.4	62.3	23.9	67.6	83.2
Résidence							
Urbain	65.7	56.5	87.7	78.6	30.5	78.4	96.6
Rural	33.7	42.6	67.3	55.3	21.0	63.1	78.3
Niveau d'études							
pas d'éducation	37.2	46.2	69.7	57.4	21.9	64.4	84.2
primaire	50.0	42.9	77.5	65.6	21.8	68.6	74.9
secondaire	64.1	52.6	87.0	81.4	29.9	85.1	84.4
plus élevé	78.6	60.2	91.8	90.5	58.3	92.7	100.0
Niveau de vie des ménages							
les plus pauvres	22.9	36.2	56.0	44.6	15.2	47.8	74.0
plus pauvre	34.1	43.2	70.8	58.7	21.8	63.7	72.9
milieu	41.5	46.7	72.2	58.4	22.6	75.0	87.5
plus riche	57.7	53.9	83.6	74.6	26.4	75.9	89.1
le plus riche	70.0	57.8	89.6	81.0	36.3	79.5	100.0
Age (maternel)				62.3	23.9		
15-19	43.7	44.5	75.2	64.0	25.2	62.3	70.6
20-24	45.1	47.2	75.7	63.7	25.0	66.0	87.4
25-29	43.1	46.7	73.1	66.8	25.7	69.3	89.9
30-34	41.8	48.4	74.3	60.7	22.9	71.7	82.8
35-39	40.2	47.4	70.7	57.0	23.1	67.8	74.5
40-44	41.7	41.5	72.4	60.6	18.9	62.5	81.7
45-49	39.0	54.8	54.1	25.5	4.6	67.4	65.5

Tableau 17. Indicateurs de la santé des nourrissons et des enfants, Enquête sur la démographie et la santé en Guinée, 2018 a continué

Région	Soins postnatals des nouveau- nés dans les 2 jours (%)	Début précoce de l'allaitement maternel (%)	Vaccin BCG, 12-23 mo (%)	Vaccination DPT1 12-23 mo (%)	Toutes les vaccinations de base, 12-23 mois (%)	Conseils/tmt recherchés pour la diarrhée, à moins de 5y (%)	Conseil/tmt recherché pour IRA, à moins de 5y (%)
Boké	42.1	39.5	61.6	51.8	16.9	64.4	44.5
Conakry	72.2	62.9	87.2	77.4	36.5	74.4	100.0
Faranah	29.4	33.4	72.9	62.8	20.6	46.4	36.5
Kankan	38.8	48.2	84.1	75.2	36.2	76.9	97.0
Kindia	50.3	51.5	75.8	62.8	11.7	76.7	85.2
Labé	16.3	27.6	54.6	41.3	8.4	40.2	100.0
Mamou	34.7	34.1	72.2	53.3	13.3	57.8	64.6
N'zérékoré	54.8	60.7	69.5	60.0	35.0	82.6	100.0

Tableau 18. Problèmes d'accès aux soins de santé chez les femmes en âge de procréer, Enquête sur la démographie et la santé en Guinée, 2018

	≥1 Problème %	Permission %	Argent %	Distance %	Accompagnement %
Total	68.1	29.5	60.1	46.1	32.2
Résidence					
Urbain	52.9	19.9	46.0	25.3	20.4
Rural	77.3	35.3	68.6	58.7	39.3
Niveau d'étude					
Pas d'éducation	73.3	32.5	65.3	52.0	34.5
Primaire	66.4	26.8	59.1	44.3	32.8
Secondaire	54.8	22.4	44.9	28.6	26.3
Plus haut	35.1	13.2	30.8	17.6	12.8
Région					
Boké	68.2	32.0	61.1	54.5	31.9
Conakry	48.7	19.7	40.8	23.9	20.6
Faranah	79.8	29.0	62.1	53.4	32.3
Kankan	65.9	22.9	53.5	31.9	18.5
Kindia	76.4	35.1	70.5	58.9	37.5
Labé	72.5	30.4	67.9	50.3	38.9
Mamou	85.9	52.9	79.5	76.8	61.8
N'zérékoré	64.4	25.8	59.8	41.6	30.6
Niveau de vie des ménages					
Les plus pauvres	82.1	39.5	72.8	66.7	43.7
Plus pauvre	77.8	33.6	69.0	59.5	38.8
Milieu	75.7	34.8	68.4	53.2	36.9
Plus riche	61.1	23.2	55.1	31.6	22.9
Le plus riche	47.8	18.7	39.2	24.3	21.0
Age					
15-19	70.2	33.6	61.0	46.0	38.6
20-24	65.3	25.5	56.5	41.5	27.0
25-29	66.1	26.5	58.0	44.4	27.5
30-34	66.0	28.5	59.7	46.4	30.0
35-39	68.7	29.2	61.3	47.1	31.0
40-44	70.6	31.5	62.2	51.1	35.2
45-49	71.5	32.0	65.2	52.2	35.5

ANNEXE VIII: ÉTUDE DE CAS SBM-R

