EVALUATION DES PROJETS POST-EBOLA VISES PAR LE PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LE MINISTERE DE L'EUROPE ET DES AFFAIRES ETRANGERES ET EXPERTISE FRANCE (2015-2018)

RAPPORT FINAL

MEAE_19008_DGM

Mai 2020

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE
DES
AFFAIRES ÉTRANGÈRES

Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères

Auteurs

Dr Eric SATTIN :
Chef de mission / Expert international en sécurité sanitaire et santé publique ;

Félix BROU :
Expert international en évaluation de programme publics et en santé Publique ;

Dr Maryse SIMONET CAMARA :
Experte associée / Experte internationale en politique de santé.

Évaluation des projets Post-Ebola visés par le protocole d'accord entre le Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères et Expertise France (2015-2018)

Note liminaire

La réalisation de ces travaux a été décidée par le comité des évaluations de la Direction générale de la Mondialisation, de la Culture, de l'Enseignement et du Développement international du Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères (MEAE), en décembre 2017.

Mise en garde

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les opinions du MEAE

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières 3

Remerciements 5

Abréviations 6

Liste des tableaux et des figures 9

RESUME EXECUTIF 10

1 ENJEUX ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION 13

1.1 Principaux repères 13

1.2 Rappel du périmètre de l'évaluation 13

1.3 Rappel des objectifs et des enseignements attendus 14

1.4 Méthodologie de l'évaluation 15

2 CONTEXTE 16

2.1 Temporalité des projets 16

2.2 Cadres stratégiques 17

2.3 Situation d'Expertise France et des partenaires appuyés 17

3 RESULTATS d'EVALUATION 19

3.1 Introduction 19

3.2 Réponses spécifiques aux questions évaluatives 21

4 Enseignements 35

..... 42

Annexe 1 – Analyse contextuelle approfondie 43

A.1. Analyse du secteur de la santé en Guinée sur la période évaluée 43

A.2. Réponse française 44

A.3. Stratégie de la France et environnement multilatéral 46

A.3.1. Contexte de la « stratégie opérationnelle », énoncée par la TFE, ... 46

A.3.2. Cadre stratégique de la coopération française prévalents lors du transfert des projets à EF 47

A.3.3. Cadres stratégiques internationaux 49

Accord cadre France OMS 49

Sommet du G7 49

A.3.4. Cadres stratégiques contemporains de la mise en œuvre des projets par EF et qui seront pris en compte dans le cadre des enseignements 50

Le relevé de conclusions du CICID 50

La nouvelle stratégie de la France en Santé Mondiale 2017-2021 50

A.4. Mise en place d'Expertise France 51

Annexe 2 - Evaluation du projet lABORATOIRE MOBILE K-Plan..... 54

Annexe 3 - Evaluation du projet PREPARE..... 63

Annexe 4 - Evaluation du projet UPC-TFE..... 78

Annexe 5 - Evaluation des cinq projets post-ebola : Lab-Net 88

Annexe 6 - Evaluation des cinq projets post-ebola : Twin 2H 101

Annexe 7 – Analyse des retards subis et leurs impacts 117

Annexe 8 – Membres du groupe de reference.....120

Annexe 9 : Liste des Documents/publications 121

9.1. Sites consultés.....121

9.2. Documents consultés 121

9.3. Articles de presse liant les crises sanitaires Ebola et COVID-19 125

REMERCIEMENTS

Ce rapport d'évaluation est le fruit d'un travail collectif réalisé grâce aux efforts et à l'implication de toutes celles et tous ceux qui sont intervenus dans sa conception, depuis l'élaboration des termes de référence (TDR) jusqu'à la validation du rapport final. Les auteurs tiennent à remercier spécialement les groupes de référence dont les conseils et contributions de qualité ont permis le succès de cette mission (annexe 8). Ils expriment également leur reconnaissance à celles et ceux ayant accepté de répondre aux demandes d'entretiens.

En outre, leurs sincères gratitudes vont aux personnes suivantes, pour leur contribution à la rédaction de ce rapport :

- Laetitia DREAN, Ex Chargée de mission évaluation au MEAE et à Véronique PICARD qui ont respectivement assuré le secrétariat du Comité technique et les échanges avec le CREDES. ;
- Claudia ALLEMAND-MENDY, puis Céline ARNOLD, toutes deux Chef de projet au CREDES, qui ont assuré successivement le suivi de l'évaluation
- Marie LAMY, étudiante stagiaire au CREDES, pour son appui continu.

ABRÉVIATIONS

AFD	Agence française de développement
ALIMA	The Alliance for International Medical Action
ANSS	Agence nationale de Sécurité sanitaire
APPS	Partenariats africains pour la sécurité des patients
ASC	Agent de santé communautaire
BM	Banque Mondiale
BOAI	Bases opérationnelles d'alerte et d'instruction
C2D	Contrat de désendettement et de développement
CAD	Comité d'Aide au Développement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEDEAO	Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest
CHS	Comité d'hygiène et de sécurité
CHU	Centre hospitalier universitaire
CICID	Comité interministériel de la coopération internationale et du développement
CIS	Centre incendie de secours
CNLE	Coordination nationale de Lutte contre Ebola
COCAC	Conseiller(e) de Coopération et d'Action Culturelle
COPILS	Comités de pilotage
COTECH/CT	Comité technique
COU	Centre opérationnel d'urgence
CRG	Croix Rouge Guinéenne
CSU	Couverture sanitaire universelle
CTE	Centre traitement Ebola
CTEPI	Centre de traitement des Epidémies
D3S	Département Sécurité, Stabilité, Sureté d'Expertise France
DAO	Dossier d'Appel d'Offre
DAOI	Direction de l'Afrique et de l'Océan indien
DDD	Direction du développement durable du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères
DEHHH	Direction des Etablissements Hospitaliers et d'Hygiène Hospitalière
DEVCO	Direction générale du développement et de la coopération
DEPSAN	Départ Santé d'Expertise France
DGSC	Direction Générale de la Sécurité Civile ?
DHSI2	District Health Information System
DNPL	Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire
DP2S	Département Paix, Stabilité et Sécurité du MEAE
DPS	Direction provinciale de la Santé
DRS	Direction régionale de la santé
ECHO	Services de protection civile et d'opérations d'aide humanitaire européennes
EEC	Evaluation conjointe externe
EEQ	Evaluation Externe de la Qualité
EF	Expertise France
EHESP	Ecole des Hautes Etudes de Santé publique
EMLab	European Mobile-Lab
EPARE	Equipe préfectorale d'alerte et de riposte aux épidémies
ERARE	Equipe régionale d'alerte et de riposte aux épidémies
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
EUWAM-LAB	European Union West Africa Mobile-Lab
FED	Fonds Européen de Développement
FEI	France Expertise Internationale
FICR	Fédération Internationale de la Croix Rouge
FMG	Fraternité Médicale Guinée

FMX	Fondation Mérieux
ForMISC	Formations militaires de la sécurité civile
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GNF	Franc Guinéen
GR	Groupe de Référence
GWU	Université George Washington
HUMA	Sous-direction du développement humain du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères
IANPHI	International Association of national public health Institute
ICSHA	Indicateur de Consommation des Solutions Hydro-Alcooliques
IDA	International Development Association
IMC	International Medical Corps
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut de veille sanitaire
IP	Institut Pasteur
IRD	Institut de recherche et de développement
LRRD	Lien entre l'Aide d'urgence, la Réhabilitation et le Développement
MEAE	Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères
MRP CUB	Projet Mobilisation des Ressources Propres de la Commune Urbaine de Boffa
MS/MSP	Ministère en charge de la santé
MSF	Médecins Sans Frontières
MVE	Maladie à virus Ebola
NRBC	Projet P48 Nucléaires, biologiques, Chimiques
NUOI	Direction des Nations-Unies, des organisations internationales, des droits de l'homme et de la Francophonie
ODD	Objectifs du développement durable
OIM	Organisation Internationale pour les migrations
OMD	Objectifs pour le Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
P2S	Paix stabilité Sécurité
P4 (Laboratoire)	Laboratoire Pathogène de classe 4
PARSS3	Programme d'Appui à la Réforme du Secteur de la Sécurité
PARAF	Projet d'appui à la réforme de l'administration fiscale
PASA	Programme d'appui à la santé
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCR	Polymerase Chain Reaction
PLA	Positive Living Association
PNDS	Plan National de Développement de la Santé
PRAG	Procedure and Practical Guide
PREFIP	Plan de réforme des finances publiques
PREPARE	Projet d'appui à la mise en place de 8 équipes Régionales Polyvalentes d'Alerte et de Riposte aux Epidémies
PRRSS	Plan de relance et de résilience du système de santé
PTF	Partenaires techniques et Financiers
RDC	République Démocratique du Congo
RECOR	Projet Renforcement des corps de contrôle
REGUILAB	Réseau Guinéen de Laboratoires
RESAO LAB	Projet Réseau d'Afrique de l'Ouest des Laboratoires d'Analyses Biologiques
RH	Ressources Humaines
RIM	Réunion interministérielle
RIPOST	Projet Réseau d'institut de santé publique d'Afrique de l'Ouest
RSI	Règlement sanitaire international
RSS	Renforcement des systèmes de santé

RT-PCR	Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction
SBC	Equipe de surveillance à base communautaire
SCF	Sécurité civile française
SHA	Solutions hydro-alcoolique
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SIS	Service incendie secours
SSI	Sécurité sanitaire internationale
TDR	Termes de Référence
TFE/TFIE	Task Force interministérielle Ebola
TWIN 2H	Twinnings for Hygiene in Hospitals
UE	Union européenne
UGAN	Université Gamal Abdel Nasser de Conakry
UNICEF	United Nations International Children Emergency Fund, ou Fonds des Nations unies pour l'enfance
UNOPS	Bureau des Nations unies pour les services d'appui aux projets
UPC	Unités de Protection Civile
USPPI	Urgence de santé publique de portés internationale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WAHA	Women And Health Alliance International

Liste des tableaux et des figures

Figure 1 : Repère chronologique de la réponse française à l'épidémie d'Ebola de 2014 à fin 2019 16
Figure 2 : Principales extensions obtenues sur les projets post-crise Ebola 19
Figure 3 : Cohérence des projets post-crise EBOLA 23
Figure 4: Organes de l'ANSS 75

Tableau 1 : Présentation des projets post-crise Ebola mis en œuvre par EF 14
Tableau 2 : Synthèse de l'analyse des critères par projet 20
Tableau 3 : Synthèse des constats principaux sur la pertinence des projets 22
Tableau 4 : Synthèse des constats principaux sur la cohérence des projets 26
Tableau 5 : Synthèse des constats principaux sur l'efficacité des projets 28
Tableau 6 : Synthèse des constats principaux sur l'efficience des projets 30
Tableau 7 : Synthèse des constats principaux sur la durabilité des projets 34
Tableau 8 : Tableau simplifié des réalisations du projet K-Plan 56
Tableau 9: Exécution financière du projet K-Plan 57
Tableau 10 : Liste des formations mises en œuvre par le projet PREPARE 64
Tableau 11 : Tableau simplifié des réalisations du projet PREPARE 66
Tableau 12 : Synthèse des coûts de fonctionnement/d'amortissement par module - en GNF 67
Tableau 13 : Tableau simplifié des réalisations du projet UPC-TFE 80
Tableau 14 : Tableau simplifié des réalisations du projet Lab-Net 91
Tableau 15 : Efficacité du projet selon les capacités essentielles du RSI 97
Tableau 16 : Sites et partenaires de mise en œuvre du projet Twin-2H 102
Tableau 17: Tableau simplifié des réalisations du projet 105
Tableau 18 : Domaines, indicateurs et résultats du RSI en lien avec les activités du projet Twin 2H 114
Tableau 19 : Délais et Causes 117

RESUME EXECUTIF

Cette évaluation finale concerne cinq projets[1] post-Ebola, financés par le Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères (MEAE) et mis en œuvre par Expertise France (EF) sur la période de 2015 à août 2019 principalement en Guinée et, dans une moindre mesure, au Libéria.

Le but commun des projets post-Ebola était d'accompagner – principalement en Guinée mais aussi au Libéria – le passage d'une réponse à l'urgence à une logique de renforcement durable des systèmes de santé. Ceci s'est fait de façon concomitante avec la création d'EF en 2015.

L'objectif général de l'évaluation[2] est de rendre compte de la mise en œuvre et des résultats des projets Post-Ebola confiés à EF dans le cadre du protocole d'accord avec le Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères (MEAE) et de tirer des enseignements utiles pour nourrir la réflexion stratégique et opérationnelle des acteurs, que sont le MEAE et EF.

Pour réaliser cette évaluation, après une phase de cadrage, les consultants ont mené des investigations approfondies incluant une analyse documentaire détaillée de chaque projet et la réalisation de 95 entretiens. Du fait de la crise sanitaire provoquée par la Covid-19, les deux missions pays (Guinée et Libéria) initialement prévues ont dû être annulées. La collecte des données a pu être finalisée par des entretiens à distance avec des parties prenantes dans les pays d'intervention et par une revue d'articles scientifiques complémentaires.

Les principaux constats de l'évaluation sont les suivants :

PERTINENCE - Dans l'ensemble, et en considérant notamment, le contexte qui prévalait au moment de leur conception, les projets post-Ebola mis en œuvre sont pour la plupart pertinents car conformes aux besoins exprimés par les autorités Guinéennes et Libériennes et aux documents stratégiques aussi bien nationaux que français, notamment les plans de sortie de crise et de reconstruction post-crise Ebola en Guinée. De plus, les projets se sont raisonnablement adaptés aux contraintes opérationnelles et aux évolutions des besoins en Guinée et au Libéria. Cependant, les moyens à disposition apparaissent insuffisamment pertinents au regard des ambitions des projets et ils n'ont pu être complétés par des ressources complémentaires, domestiques ou extérieures.

COHERENCE – Malgré une complémentarité d'action entre certains des projets évalués (K-Plan et Lab-Net) la cohérence est surtout notable avec d'autres interventions financées par d'autres bailleurs, ou mises en œuvre par d'autres partenaires techniques. On note, en particulier, une complémentarité entre le projet Lab-Net et les projets RESAOLAB et LaboGui (AFD) et entre UPC-TFE et UPC-FED (UE). Les priorités françaises en matière de Renforcement des Systèmes de Santé (RSS) et de Sécurité Sanitaire Internationale (SSI) sont relayées. Le manque de coordination transversale interne au sein d'un même département ou entre départements d'EF a limité les synergies et n'a permis de capitaliser sur les acquis des projets au sein des différents départements d'EF chargés de leur mise en œuvre[3].

[1] Ces cinq projets, qui représentent 15,52 millions d'euros, sont les suivants : Projet de laboratoire mobile K-Plan ; Projet PREPARE (dispositif de surveillance et de riposte aux épidémies) ; Projet UPC-TFE (volet sanitaire d'appui aux unités de protection civile) ; Projet Lab-Net (réseau de laboratoire de surveillance et de diagnostic) ; Projet Twin-2H (prévention et contrôle de l'infection et hygiène hospitalière).

[2] Cette évaluation, qui s'est déroulée de Juillet 2019 à Juillet 2020, a été décidée par le comité des évaluations de la Direction Générale de la Mondialisation, de la Culture, de l'Enseignement et du Développement international du MEAE, en décembre 2017.

[3] Les projets ont été portés par des départements distincts d'EF : le Département Paix, Stabilité, Sécurité et le Département Santé (DEPSAN).

EFFICACITE - les projets post-Ebola ont globalement atteint leurs objectifs et résultats attendus. On retiendra plus particulièrement :

- La mise en place et le déploiement de huit équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte aux épidémies pour contribuer à la surveillance et à la riposte aux épidémies pour le projet PREPARE ;
- Le renforcement stratégique et opérationnel de la prévention et du contrôle des infections et de l'hygiène hospitalière des structures de santé en Guinée et au Libéria pour le projet Twin 2H,
- Et le renforcement de compétences pour le réseau de laboratoires communautaires et de références ainsi que la construction du Centre de formation de l'Institut Pasteur de Guinée dans le cadre du projet Lab-Net.

Malheureusement, des retards d'exécution ont été relevés et ont affecté certains résultats, notamment le déploiement en temps voulu des Equipes de Riposte, d'Alerte et de Réponse aux Epidémies (ERARE), ainsi que le déploiement des unités de protection civile (projet UPC-TFE) devant apporter un appui aux ERARE au plus fort de la crise Ebola et au plus près des populations affectées.

EFFICIENCE - Les délais d'exécution ont impacté les projets, à l'exception du projet K-Plan qui a été réalisé dans le temps imparti. En effet, les quatre autres projets ont tous subi des retards d'exécution, qui certes, n'ont pas pour autant occasionné des surcoûts budgétaires additionnels, mais qui ont en revanche impacté le rythme prévu pour l'atteinte d'un objectif commun, diminuant ainsi leur efficience visée. Certains retards dans les livrables ont en effet impacté en cascade la mise en œuvre d'activités (cas de PREPARE, UPC, Lab-Net).

Au regard des résultats obtenus en matière de valorisation de l'aide française au développement en Guinée et à l'échelle internationale, l'impact parait modeste et en deçà des résultats que l'on aurait pu escompter. Cependant au regard des résultats et des effets structurants apportés par les projets sur le renforcement de certains piliers essentiels du système de santé (cf. Durabilité) et sur les capacités essentielles du Règlement Sanitaire International (RSI), l'efficience parait plus favorable.

DURABILITE - Les projets ont, dans leur ensemble, eu des effets structurants tant sur certains piliers du système de santé en Guinée que sur l'atteinte des capacités essentielles de la Réglementation Sanitaire Internationale (RSI). En Guinée particulièrement, des effets structurants sur le système de santé ont pu être caractérisés :

- Les projets PREPARE et Twin-2H portés par une appropriation forte par les directions nationales des ministères concernées, ou bien le projet Lab Net, dans le continuum des appuis par les initiatives RESAOLAB et LaboGui, ont pu contribuer à renforcer la gouvernance du système de santé.
- Pour le 'financement de la santé', les projets Post Ebola apportent essentiellement des intrants sans avoir un impact substantiel sur ce pilier du RSS.
- En termes de Ressources Humaines (RH) les projets ciblent essentiellement des actions de formation continue du personnel, que ce soit des laboratoires, des régions pour les ERARE ou au niveau hospitalier. Les interactions et complémentarités entre formation et motivation n'ont pas été abordées par les projets.
- Ces derniers ont également contribué à l'atteinte des indicateurs du RSI. A titre d'exemple, selon le rapport de l'Evaluation Externe Conjointe de 2017 (EEC), les ERARE, appuyés par le projet PREPARE, constituent un des points forts et atouts majeurs en Guinée pour conduire la prévention, la détection et la riposte aux épidémies.

A partir de ces constats, plusieurs enseignements ont été identifiés :

De cette expérience inédite, en contexte de sortie de crise sanitaire, il ressort plusieurs séries d'enseignements intriqués.

Les premiers concernent l'instruction et la mise en œuvre des projets qui doivent être renforcées. Pour ce faire, **l'appropriation des projets par les autorités et les acteurs locaux des pays bénéficiaires reste cardinale** pour accompagner dès le début, sans biais, les processus d'analyse du contexte et du cadre stratégique afin de positionner les projets dans une perspective de renforcement durable du système de santé.

Les projets doivent de plus être conçus, dès la phase d'instruction, dans la durée, par opposition à un programme d'urgence transitoire, ce qui qui laisse le temps à l'ancrage institutionnel d'impulser une dynamique progressive vers une orientation de RSS et de développement durable.

Dans un premier temps, lors du processus d'identification, l'instruction doit tenir compte de l'évolution des besoins, du contexte pays, passant de l'urgence opérationnelle à la phase post-crise en impliquant une expertise en santé publique spécialisée en renforcement des systèmes de santé.Ce n'est que dans un second temps que le choix des opérateurs et des expertises pertinentes, ainsi que les questions de financement qui en découlent, viennent compléter le montage de projets pour répondre aux orientations définies. Le choix des compétences doit être ajusté à la définition des objectifs pour renforcer les systèmes de santé. Il est important d'utiliser, au préalable le cadre logique ou un canevas simplifié lors de l'instruction ou de l'élaboration des projets. Un dialogue incluant les opérateurs dans le cadre de l'instruction ou de la mise en œuvre initiale des projets serait souhaitable.

La deuxième série d'enseignements concerne la capacité des acteurs à mettre en œuvre les priorités stratégiques françaises en Santé Mondiale. Pour ce faire, **les activités visant les piliers du RSS** — de la gouvernance, du financement, des ressources humaines - **ainsi que les recommandations techniques en santé portées par l'OMS dans le cadre du RSI doivent être considérées de manière systématique dès la conception des projets**, afin d'adopter une approche méthodique et d'appréhender de manière holistique et durable la santé pour la sécurité sanitaire (approche Une seule santé).

Enfin la troisième série d'enseignements porte sur la capitalisation interne et les capacités d'EF. Au niveau du siège, un **renforcement des capacités techniques en RSS et SSI est nécessaire pour préparer aux enjeux présents et futurs** en matière de développement, notamment en phase d'instruction.

L'ancrage au niveau pays d'EF faciliterait le positionnement et le développement de partenariats et d'échanges d'informations afin de se positionner et de coordonner des actions multidisciplinaires faisant intervenir des autorités diverses et renforçant la prise en compte du contexte pays.

L'enrichissement technique et opérationnel d'EF doit se poursuivre au travers du développement de réseaux de partenaires variés (institutionnels, académiques, associatifs et privés), opérateurs de mise en œuvre dans les projets

L'amélioration de l'efficience des projets passe par une coordination interne au sein d'EF qui soit structurée au-delà de l'échange d'information..S'agissant d'actions intersectorielles visant à préserver la santé, la bonne prise en compte des connaissances de ce secteur imposerait une coordination à ce niveau, quand bien même d'autres départements seront mobilisés en vue de cet impact ou pour des impacts associés, dans une approche « Une seule santé ».

1 ENJEUX ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

1.1 Principaux repères

L'épidémie à virus Ebola a débuté le 26 décembre 2013, par un petit garçon de 2 ans dans le village de Méliandou, proche de la ville de Guéckédou en Guinée forestière. Alors que l'alerte est lancée début mars 2014, le virus est isolé le 21 mars au laboratoire Pathogène de classe 4 (P4) de Lyon.

Le 8 août 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare que l'épidémie à virus Ebola constitue une « **Urgence de Santé Publique de Portée Internationale** » (USPPI), conformément au Règlement sanitaire international de 2005[4]. Le virus se propage dans trois pays : la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone, et est à l'origine de 28 645 cas et 11 324 décès en près de 24 mois[5].

La France concentre rapidement son action d'appui humanitaire et de stabilisation en Guinée, sous l'égide de **la Task Force interministérielle Ebola** (TFE), instance mise en place le 20 octobre 2014 sous l'autorité du Premier Ministre.

Dès novembre 2014, l'OMS insiste sur la faiblesse des systèmes de santé en tant que facteur important de propagation et de gravité de cette épidémie : leur faiblesse structurelle explique les carences en matière de surveillance des cas, de rapidité de réponse, de pertinence et de coordination des actions menées[6].

L'aide française se positionne alors, début 2015, sur une période de transition, à travers des projets dits « post-Ebola ». Ceux-ci s'articulent autour d'une riposte d'urgence, mais aussi d'une aide au développement amenant à structurer, à moyen et long terme, le système de santé des pays en y intégrant les aspects de sécurité sanitaire, de capacités de prévention, de détection et de réponse des pays pour faire face aux crises sanitaires[7].

1.2 Rappel du périmètre de l'évaluation

Le champ géographique et temporel de l'évaluation se concentre principalement sur la Guinée, pays couvert par les cinq projets Post-crise Ebola, lesquels sont financés par le MEAE et mis en œuvre par EF sur la période de 2015 à août 2019 : le projet de laboratoire mobile K-Plan, le projet PREPARE, le projet UPC-TFE, et les projets Lab-Net et Twin-2H *(cf. Tableau 1 : Présentation des projets).* Le projet Twin-2H concerne aussi le Libéria.

Les projets rentrant dans le périmètre de cette évaluation ont été conçus à la demande de la TFE, laquelle devait être dissoute fin 2015.

L'implication d'EF dans ces projets (concomitante à la création de l'agence en 2015) lui a permis de se positionner sur un champ nouveau – la Sécurité Sanitaire Internationale (SSI) - et dans une nouvelle temporalité (continuum urgence-développement).

[4] Une urgence de santé publique de portée internationale » s'entend d'un événement extraordinaire i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres Etats en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée.

[5] Source: http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/case-counts.html

[6] Représentation permanente de la France auprès de l'ONU à Genève et des organisations internationales en Suisse, Diffusion Restreinte, Note « Ebola / Premiers enseignements à retirer de la crise / Débat public de l'IHEID (Genève) ».

[7] MEAE/DDD/HUMA/PSM, La France et la sécurité sanitaire internationale, 20 Juin 2018.

Tableau 1 : Présentation des projets post-crise Ebola mis en œuvre par EF

	K-Plan	PREPARE	UPC-TFE	Twin-2H	LabNet
Objet du projet	Renforcement des capacités de diagnostic Ebola de 2 CTE	Renforcement des capacités régionales de riposte et de surveillance des épidémies	Accompagnement des unités de protection civile (UPC) pour intégrer le plan de riposte Ebola	Renforcement des capacités en matière de prévention et de contrôle des infections et hospitalière	Renforcement du dispositif de laboratoires de surveillance et de diagnostics
Période du projet	Février 2015-février 2016	Mars 2015-novembre 2017	Avril 2015- août 2019	Avril 2015-Septembre 2018	Mai 2015 – Décembre 2018
Lieu du projet	Conakry ; Forécariah Guinée	8 régions sanitaires Guinée	N'Zérékoré ; Kankan ; Mamou ; Boké, Guinée	9 structures sanitaires en Guinée ; 4 au Libéria	Couverture nationale Guinée
Montant du projet (M€)	3.08	5.84	0.5	3.0	3.1

1.3 Rappel des objectifs et des enseignements attendus

Objectif général

L'objectif général de l'évaluation est de rendre compte de la mise en œuvre et des résultats des projets Post-Ebola confiés à EF dans le cadre du protocole d'accord avec le MEAE et de tirer des enseignements utiles pour nourrir la réflexion stratégique et opérationnelle des acteurs que sont le MEAE et EF.

Objectifs spécifiques

1) Evaluer la mise en œuvre par EF et les résultats des cinq projets Post-Ebola, et alimenter la réflexion sur le développement de l'offre d'assistance technique d'EF dans les champs du Renforcement des Systèmes de Santé (RSS) et de la SSI, dans un contexte de post-crise sanitaire.

2) Tirer des enseignements utiles au MEAE pour nourrir sa réflexion stratégique et opérationnelle pour la mise en œuvre des priorités de la stratégie de la France en santé mondiale (2017-2021) dans un contexte d'urgence sanitaire, en particulier au regard des exigences d'atteinte du Règlement Sanitaire International (RSI).

Résultats attendus

Cette évaluation vise les résultats suivants :

- Une analyse approfondie des projets est menée, les cadres logiques des projets ainsi que la logique d'intervention de l'ensemble des projets post-Ebola sont reconstitués ;
- La pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité des projets sont évaluées et des réponses aux questions évaluatives sont formulées ;
- Nourrir la réflexion du MEAE sur la mise en œuvre des priorités stratégiques de la France en santé mondiale et renforcer la capacité d'EF à mettre en œuvre ces priorités ;

- Tirer des enseignements afin de permettre au MEAE de renforcer ses compétences dans la conception de projets structurants en situation de post-crise sanitaire et la coordination de leur mise en œuvre.

Nature des enseignements

Les enseignements attendus sont de plusieurs natures et concernent :

- La conception et mise en oeuvre de programmes de santé structurants en situation de crise;
- La mise en œuvre des priorités de la stratégie française en santé mondiale ;
- L'apprentissage et effets retours pour EF.

1.4 Méthodologie de l'évaluation

L'évaluation s'est réalisée en trois étapes clés :

- **Le cadrage** a permis d'élaborer un référentiel d'évaluation comprenant les questions évaluatives qui renseignent les critères de pertinence, de cohérence, d'efficacité, d'efficience et de durabilité du Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE.
- **La collecte et l'analyse documentaire** qui, au-delà de l'exploitation d'une documentation riche, aura aussi permis de reconstituer les cadres logiques de chaque projet.
- **95 entretiens** avec les parties prenantes, l'analyse et la finalisation du rapport d'évaluation. En raison de la crise sanitaire provoquée par la Covid-19, les deux missions initialement prévues en Guinée et au Libéria ont été annulées. La collecte des données a pu être finalisée par des entretiens à distance avec des parties prenantes dans les pays d'intervention et par une revue d'articles scientifiques complémentaires.

Les difficultés rencontrées, les mesures d'atténuation, les limites de l'évaluation ont pu être recensées :

- **La perte de la mémoire institutionnelle des acteurs des projets :** l'important renouvellement du personnel ainsi que le délai écoulé entre l'initiation des projets en 2015 et la fin des projets qui s'étale de février 2016 (projet K-Plan) à août 2019 (projet UPC-TFE), ont abouti à une perte de mémoire institutionnelle. De nombreux acteurs n'étaient plus en place au moment de l'évaluation. Cette difficulté a été contournée par la multiplication des entretiens qui a permis de retrouver, reconstituer, et croiser les informations afin d'obtenir les éléments essentiels escomptés.

- **Le contexte sanitaire et sécuritaire** : La plus grande difficulté rencontrée reste celle liée aux contraintes sécuritaires (climat politique pré et post-électoral tendu en Guinée au premier trimestre 2020) et sanitaires (fermeture des frontières suite à la crise sanitaire internationale liée au SARS-CoV-2) qui ont eu pour conséquence l'annulation des missions de terrain en Guinée et au Liberia initialement prévues dans la méthodologie d'évaluation.

La phase terrain rendue impossible, elle a été remplacée par des entretiens à distance avec plusieurs auteurs d'articles et de littérature grise, afin de vérifier si des acquis de la crise Ebola étaient publiés et comment, dans ce cas, ils auraient guidé sur le terrain les premières étapes de la riposte à la pandémie virale de SARS-CoV-2.

Une **revue systématique de la littérature** et des articles de presse a été réalisée à compter de janvier 2017 jusqu'au 30 avril 2020. L'objectif était d'avoir une vision d'ensemble des enseignements de la gestion de la crise Ebola qui ont été publiés, mis en lien avec la réponse à l'épidémie à virus SARS-CoV-2 en Guinée et au Libéria, ou dans la région plus généralement. La pandémie à SARS-CoV-2 étant en phase d'expansion au moment de la rédaction de ce rapport, beaucoup d'articles relèvent plus de l'opinion journalistique que de l'analyse scientifique. Les opinions de ces différents articles et entretiens ont toutefois été retenues pour **illustrer ou questionner les conclusions de nos analyses basées sur les projets Post-Ebola**.

2 CONTEXTE

Les projets post-crise EBOLA ont été conçus et mis en œuvre dans un environnement technique, opérationnel et stratégique dynamique et complexe, dont les principales dimensions ont été étudiées afin de mettre en perspective les résultats. L'annexe 1 détaille l'analyse contextuelle, dont les éléments essentiels sont résumés dans ce chapitre.

2.1 Temporalité des projets

Les projets post-Ebola ont été mis en place dès 2015, presque exclusivement en Guinée, où les indicateurs de l'état de santé de la population et du système de santé étaient parmi les plus faibles au niveau mondial et au niveau de la sous-région, en partie aggravés par l'épidémie à virus Ebola. Seul le projet TWIN 2H a déployé une partie de son programme au Liberia. Les cinq projets mis en œuvre par EF sont une composante de la réponse française à l'épidémie EBOLA et se caractérisent par un positionnement « post-crise », tant par le choix de la durée d'intervention, que par les appuis proposés.

D'autres projets ont été initiés par le MEAE et mis en œuvre dans le cadre de la réponse Ebola, soit par EF soit par l'AFD. Ils ne rentrent pas dans le cadre de cette évaluation mais constituent des éléments complémentaires et de comparaison. On retient tout particulièrement le projet du Canal 3 de l'Initiative 5%, géré par le département santé d'EF et le projet RIPOST, géré par l'AFD.

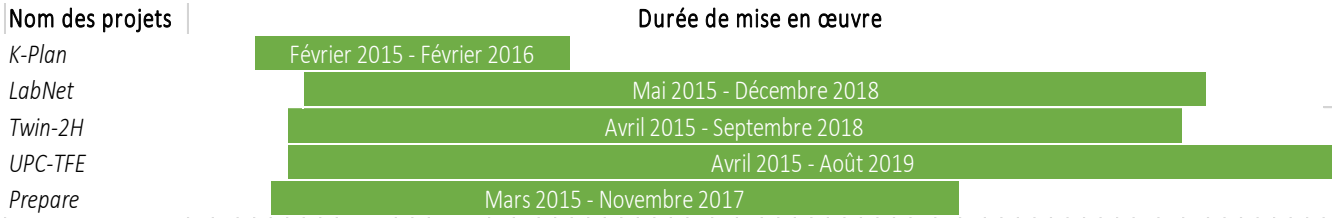


Figure 1 : Repère chronologique de la réponse française à l'épidémie d'Ebola de 2014 à fin 2019

Le 20 octobre 2014, en réponse à la crise sanitaire, le Premier Ministre décide de mettre en place une Task-force (TFE) placée sous son autorité pour assurer le pilotage de l'engagement de la France et le suivi de la crise internationale[8]. Celle-ci sera dissoute en décembre 2015, lorsque les effets de la réponse contre l'épidémie se font sentir et que sa progression commence à ralentir. A partir de janvier 2016, le MEAE prendra le relais en assurant le suivi des projets humanitaires et de développement initiés.

En parallèle, une approche structurante est lancée pour accompagner la sortie de crise et le **passage d'une logique de réponse à l'urgence à une logique de relance durable des services de santé**[9]. Cette approche s'articule autour de trois grands axes d'intervention aux temporalités différentes[10] développés par le gouvernement guinéen :

- **L'adaptation des moyens pour lutter contre une épidémie de plus basse intensité**, aux foyers dispersés ;

[8] Le Professeur Jean-François DELFRAISSY a été nommé coordonnateur des opérations nationales et internationales de réponse à Ebola. Il est secondé par quatre coordonnateurs délégués :Christine FAGES, Ambassadrice en charge de la coordination de l'ensemble des initiatives sur le plan international et européen ;Le Préfet Pierre LIEUTAUD, coordonnateur délégué pour le dispositif de réponse nationale ; Le Professeur Thierry DEBORD, responsable du pôle santé ; Le Professeur Yves LEVY, en charge du pôle recherche sous l'égide d'Aviesan.

9 Pierre Salignon et Adrien Absolu, « L'action de l'État français en Guinée : envers et par-delà Ebola », Humanitaire [En ligne], 40 | 2015, mis en ligne le 15 avril 2015, consulté le 01 mai 2019. URL : http://journals.openedition.org/humanitaire/3138

[10] Secrétariat Général du Gouvernement, République Française : « Compte rendu de la réunion interministérielle tenue le mercredi 4 février 2015 à 18 heures sous la présidence de Mme Tagliana, conseillère santé autonomie au cabinet du premier Ministre – objet : réorientation du plan Ebola », diffusé le 11 février 2015.

- **La relance des services de santé**, en faveur notamment du couple mère-enfant, délaissé au plus fort de la crise épidémique ;
- **La pérennisation des dispositifs de prévention**, d'alerte, de surveillance et de riposte initiés en 2014, et l'appui aux laboratoires.

2.2 Cadres stratégiques

L'intervention française bilatérale pendant et après la crise Ebola se structure dans un environnement dynamique dans lequel les cadres stratégiques français de coopération et de développement en santé mondiale[11] se dessinent et évoluent, tant sur ses orientations bilatérales que multilatérales (cf Annexe 1 : *Analyse approfondie du contexte*).

Ces cadres stratégiques français évolutifs, définissent les attentes et développements relatifs aux projets post-Ebola évalués ici, en particulier :

- La **mobilisation des ressources françaises et de leur nécessaire coordination** avec, notamment, la mise en place d'Expertise France, la mobilisation d'acteurs privés et d'un nombre croissant d'acteurs publics. Si en 2018, apparaît la reconnaissance de compétences spécifiques nécessaires à la coopération au développement, les logiques fonctionnelles afférentes à la mobilisation de structures d'expertise de santé publique restent peu explicitées dans les textes.
- Les **spécificités de la sécurité sanitaire internationale** avec (i) la promotion d'une approche plus préventive et intégrée au renforcement du système de santé des pays, là où l'articulation SSI-RSS pouvait se limiter à une prolongation de la présence humanitaire post-crise (ii) l'opérationnalisation des approches RSI et « Une seule santé », qui peut se faire par une prise en compte renforcée des connaissances scientifiques pour la coordination de multiples secteurs et perspectives, y compris sécuritaire.
- **L'aide publique au développement**, avec un accent mis sur la durabilité, car le renforcement des systèmes de santé implique des actions structurantes dans les pays partenaires. Initialement ancrée sur la seule couverture santé universelle, le RSS intègre la sécurité sanitaire en vue de contribuer à la résilience des systèmes de santé.
- **La question du genre**, qui apparaît dès 2013, mais reste peu explicitée en termes d'implications concrètes et transversales, dans la conduite du RSS et le développement de la SSI.

La stratégie française s'inscrivait également dans un environnement multilatéral impliquant des cadres stratégiques internationaux, à l'instar de l'accord cadre France OMS. Celui-ci témoigne en effet d'un rapprochement des approches sécuritaires et santé et de l'émergence d'une approche RSS.

2.3 Situation d'Expertise France et des partenaires appuyés

Naissance d'Expertise France

Né de la fusion de six opérateurs publics**, Expertise France** devient en juillet 2014 le nouvel opérateur français d'expertise technique internationale. Concernant plus particulièrement le département Santé d'EF, il est issu de la fusion du département santé de « France Expertise Internationale » (FEI) et du groupement d'intérêt public « Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau » (ESTHER), deux entités aux modes opératoires très différents. A noter qu'aucune d'entre elles n'avait d'expérience dans la mise en œuvre directe de projets et dans les aspects liés au RSS.

[11] Parmi les textes de référence alors utilisés : les décisions du Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) réuni le 31 juillet 2013, ou encore la Loi d'orientation et de programmation relative à la politique de développement et de solidarité internationale (loi n° 2014-773 du 7 juillet 2014)

EF se met en place en janvier 2015 et un protocole d'accord de mise en œuvre est signé avec le MEAE en juillet 2016 pour le suivi et la coordination des projets post-Ebola. Les objectifs, le périmètre géographique, les domaines cibles, de même que l'allocation des ressources, sont définis dans le descriptif de chacun des projets. En complément de ce protocole, l'activité d'Expertise France était encadrée par un Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) qui définissait les priorités et modalités fixées par l'Etat. Le rôle d'EF y était développé comme celui d''assemblier' de savoir-faire complémentaires pour construire et mettre en œuvre ses projets, conçus et déterminés par des autorités de tutelle ou des partenaires institutionnels.

La création et la mise en place d'EF simultanément au lancement des projets post-Ebola impactera indéniablement les activités et les résultats des projets mis en œuvre. A titre d'exemples, les tensions liées aux cultures et méthodes différentes dans un contexte d'expansion du portefeuille d'activités, les différents outils et modalités d'approche, de traitement salarial entre ESTHER et FEI, l'absence d'identification d'indicateurs ou de procédures claires et systématiques ou encore, les contraintes financières et salariales, sont autant d'éléments à prendre en compte lors d'une évaluation de projets réalisés sur la période.

Le contexte Guinéen[12]

En janvier 2015, en Guinée, une première version d'un **Plan de relance et de résilience du système de santé** (PRRSS ou Plan triennal 2015-2017) est élaborée et fixe les **orientations stratégiques pour la relance du système de santé. Ce plan** inclue des mesures pour le contrôle de la Maladie à Virus Ebola et le renforcement du système de santé, ainsi que des propositions pour l'amélioration de la gouvernance.

En revanche, le système de santé en Guinée présente des faiblesses de fond sur le plan des **ressources humaines, des infrastructures, des systèmes d'information et du financement des politiques de santé.**

- Les **ressources humaines** étaient inadéquates et inégalement réparties sur le territoire,
- Les **infrastructures** insuffisantes et des équipements de base, notamment pour les laboratoires d'analyse médicale, et les autres produits de santé inaccessibles. Ils ont été décrits dans la bibliographie comme facteurs aggravant les situations de crise sanitaire,
- Un **système d'information** sanitaire en cours de développement,
- Le financement **du secteur de la santé** était faiblement approvisionné.

La maladie à virus Ebola est venue aggraver une situation systémique déjà fragile.

[12] Pays dans lequel la majorité des fonds des projets post-Crise Ebola mis en œuvre par EF sont utilisés.

3 RESULTATS D'EVALUATION

3.1 Introduction

L'analyse de chacun des projets est détaillée respectivement dans les annexes 2 à 6. Pour avoir un aperçu transversal, le tableau 2 ci-dessous résume les principales données par projet et par critère d'évaluation.

Dans l'ensemble, en prenant en considération le contexte prévalant non seulement au moment de leur conception mais aussi de leur réalisation, les projets répondent aux attentes des autorités nationales.

Malgré de fortes différences entre les projets, les évaluateurs notent des degrés de cohérence et de complémentarité globalement satisfaisants, mais ils constatent une faible capitalisation et peu d'effets de synergie, non seulement vis-à-vis des acteurs extérieurs, mais également au sein des différents départements d'EF.

Les critères d'efficacité et d'efficience sont, quant à eux, largement impactés par de nombreux retards subis pour la plupart des projets (figure 2). A l'exception du projet K-Plan qui a été réalisé dans le temps imparti, les quatre autres projets ont en effet tous subi des retards et bénéficié d'extensions sans coût qui démontrent un manque d'efficience des ressources engagées. L'annexe 6 développe une analyse spécifique des délais notés sur les projets.

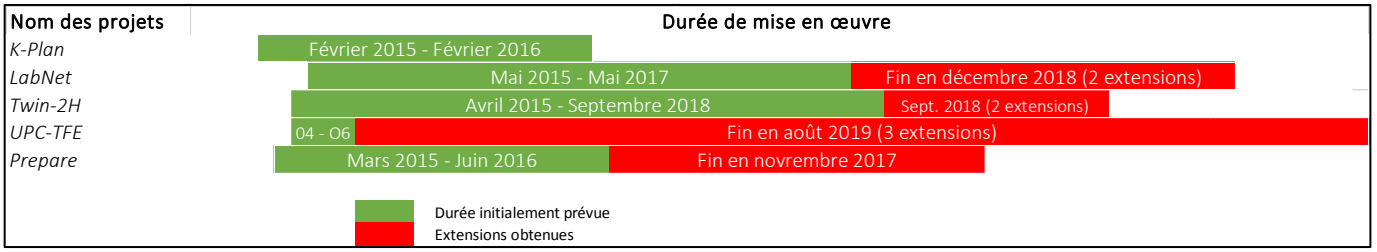


Figure 2 : Principales extensions obtenues sur les projets post-crise Ebola

Enfin, s'agissant de la durabilité, l'évaluation a permis de mettre en évidence plusieurs effets structurants pour chacun des projets. Se pose toutefois la question de l'appropriation par les autorités locales, laquelle n'est pas systématique. Il en est de même du financement de long-terme des solutions proposées, facteur important de pérennisation des projets de développement.

Tableau 2 : Synthèse de l'analyse des critères par projet

	K-Plan	PREPARE	UPC-TFE	Twin-2H	LabNet
Pertinence	Choix du laboratoire mobile non pertinent sur le long-terme.	Le projet répond aux besoins exprimés par les autorités locales.	Pertinence opérationnelle mais faible appropriation du Ministère de tutelle et manque de financements adéquats.	Pertinence vis-à-vis des attentes des partenaires et du rôle clé de l'hygiène hospitalière pour éviter les transmissions de maladie.	Pertinence du projet mais faible pertinence des moyens déployés pour la formation et la soutenabilité.
Cohérence	Complémentarités stratégiques avec les projets Lab-Net et EUWAM-Lab mais pas de cohérence stratégique d'ensemble.	Complémentarités d'action avec les projets UPC et Twin-2H au moment de la conception des projets mais non dans l'exécution.	Complémentarité avec le projet UPC-FED, échange d'informations avec le projet PREPARE.	Complémentarités avec le projet PREPARE, faible coordination avec le projet Canal 3, pourtant similaire.	Complémentarité des moyens mobilisés avec K-Plan, complémentarité opérationnelle avec le projet Labogui.
Efficacité	Principaux indicateurs du cadre logique atteints.	Indicateurs des objectifs et résultats attendus du cadre logique atteints mais des retards accusés.	Activités fixées dans le cadre logique produites et résultats obtenus mais de multiples retards accusés.	Réalisation de la plupart des objectifs, mais avec du retard pour certains, Contribution au renouement des liens de confiance entre système de santé et usagers.	Objectifs et résultats dans la majorité des cas été réalisés mais quelques retards et toutes les activités n'ont pas abouti au résultat escompté.
Efficience	Projet réalisé dans le temps imparti, mais courte durée de vie.	Efficience proportionnelle aux objectifs atteints, voir dépassés.	Les surcoûts engendrés par les retards réduisent considérablement l'efficience du projet.	Efficience impactée par le modèle de deux pays, deux stratégies.	Des surcoûts pour le budget de la réhabilitation du centre de formation grèvent l'efficience du projet.
Durabilité	Le pays n'a pas les ressources pour assurer la continuité de l'utilisation du matériel sur le long-terme.	Potentiel pour s'inscrire durablement, reste la question financière permettant sa pérennisation.	Appropriation récente des autorités locales.	Mise en place de moyens structurels et institutionnels mais fragilité de la durabilité financière et suivi inégal des activités entre les sites.	Faible appropriation des autorités nationales mais des effets structurants sur la formation des laboratoires.

3.2 Réponses spécifiques aux questions évaluatives

Dans quelle mesure les projets « Post-Ebola » mis en œuvre par EF ont-ils constitué une réponse adaptée aux attentes des autorités des pays ?

Il a ainsi été établi que les cinq projets répondaient aux besoins locaux exprimés par les autorités Guinéennes et Libériennes, que ce soit la CNLE, le Ministère de la Santé ou le Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile (MSCP) en Guinée, ou mieux que ces besoins soient développés dans les documents nationaux stratégiques (Plan triennal de relance ou Politique nationale de Santé qui s'inscrivent dans une perspective plus robuste).

Concernant le processus d'identification des projets par la TFE, plusieurs éléments ont été notés :

- Tout d'abord la situation était alors un contexte (de sortie) d'urgence, marqué par des contraintes de temps et de financements (relativement à l'ampleur des actions nécessaires à un redressement pérenne du système de santé Guinéen).
- Par ailleurs, les décideurs nationaux sollicités par de multiples bailleurs étaient peu disponibles.
- Du fait des approches transversales et des continuités de gestion de crise et développement, les actions de divers acteurs internationaux se sont superposées, dans un contexte où une dynamique concurrentielle, alimentée par la quête de financements et de visibilité, a pu compliquer le développement des projets les plus appropriés. Aussi, il semble que l'opportunité de moyens et de savoir-faire semble avoir prévalue au moment de la sélection des projets.

Les évaluateurs estiment que les projets se sont raisonnablement **adaptés aux contraintes et aux évolutions des besoins**. Les laboratoires mobiles K-Plan ont rapidement été relocalisés sur des zones géographiques où la situation épidémiologique le justifiait et l'amélioration qualitative souhaitée par les partenaires a été apportée. Le projet Twin 2H s'est adapté, notamment au Libéria, à la demande des autorités et des approches stratégiques spécifiques évolutives. A l'inverse le projet PREPARE n'était formaté que pour le niveau régional tandis que la demande des autorités et les besoins opérationnels se sont rapidement fait ressentir au niveau des districts. Le projet n'a pas répondu à ce besoin (peut-être) du fait de contraintes de ressources et des coûts additionnels récurrents alors engendrés pour le système de santé.

Le sujet de **l'adéquation de l'intervention d'EF pour répondre aux besoins d'appropriation** des dispositifs de surveillance, de prévention et de lutte contre les épidémies est aussi une question essentielle. L'appropriation des dispositifs de surveillance, de prévention et de lutte contre les épidémies est évaluée par l'intégration des activités et des dispositifs des projets au sein des structures nationales. C'est globalement le cas selon les évaluateurs. Ils identifient le projet K-Plan comme étant probablement le moins intégré : bien que les laboratoires mobiles aient bien été remis aux structures de soins, leurs coûts de fonctionnement trop élevés ne permettent pas (ou plus) leur exploitation. De plus, ils estiment que trop peu de personnel national a été formé. Concernant les autres projets, les activités et dispositifs du projet PREPARE font partie du dispositif national de lutte contre les épidémies. Les activités de la composante Guinéenne du projet Twin 2H sont alignées. Concernant le projet Lab-Net, pour lequel l'appropriation paraissait essentielle lors de la conception du projet, les résultats sont mitigés, avec une appropriation qui pose question notamment jusqu'en 2018 et qui se manifeste finalement suite à la création du Département National du Laboratoire du Ministère de la santé.

Enfin, les évaluateurs estiment que la **pertinence des moyens déployés par projet n'est pas adéquate**. Les moyens paraissent insuffisants, notamment au regard de l'ampleur des actions nécessaires à une action pérenne pour un redressement du système de santé guinéen et au périmètre des actions envisagées. Les moyens financiers d'un total de 15 millions d'euros pour les cinq projets et les ressources mobilisées limitent la portée de projets comme PREPARE et Twin-2H. La recherche de mobilisation de ressources complémentaires domestiques et/ou provenant d'autres partenaires est peu étayée et peu aboutie.

En conclusion, en prenant en considération le contexte et les tensions qui prévalaient au moment de la conception des projets, ceux-ci sont pour la plupart pertinents au regard des besoins exprimés par les autorités et les documents stratégiques nationaux. La plupart se sont raisonnablement adaptés aux contraintes et aux évolutions des besoins, avec plus au moins de rapidité. Toutefois, les moyens mis en œuvre pour ces projets post-Ebola aux potentiels larges paraissent non seulement insuffisants et également pas suffisamment complétés par des ressources domestiques ou d'autres partenaires.

Tableau 3 : Synthèse des constats principaux sur la pertinence des projets

	K-Plan	PREPARE	UPC	Lab-Net	TWIN-2H
PERTIENCE	Le Projet de laboratoire mobile en soutien à l'activité des CTE appuyée par la riposte française est parfaitement pertinent avec les objectifs du Plan de riposte. Le projet a su s'adapter à l'évolution des besoins exprimés par les autorités et les partenaires, en relocalisant les laboratoires selon l'évolution épidémiologique pour maintenir un maillage le plus pertinent et en étoffant les moyens humains sur un des laboratoires. L'urgence de la situation sanitaire de l'époque justifiait une sélection rapide du type de laboratoire. L'état du système de santé guinéen, l'absence de consensus sur les normes pour les laboratoires mobiles, les différents enjeux stratégiques ont contribué à l'absence de définition préalable du type de laboratoire à utiliser. Le modèle de laboratoire mobile K-Plan s'avèrera utile dans le temps de l'urgence mais beaucoup moins pertinent au regard de l'évolution des besoins.	Les objectifs du projet PREPARE étaient adaptés aux besoins pour mettre fin à la crise d'Ebola mais aussi pour bâtir un système d'alerte et de riposte aux épidémies dans un cadre de RSS. Les moyens étaient insuffisants pour répondre aux besoins exprimés par les autorités nationales et les partenaires locaux pour assurer le renforcement à long terme du système de surveillance épidémique et pour que le système régional s'appuie sur le niveau départemental qui est plus opérationnel. Toutefois, ce dernier point est à considérer sous l'angle de la capacité du système de santé à entretenir un système d'alerte et de riposte à l'échelle régional et à l'échelle préfectoral. Au total le projet reste pertinent, les objectifs répondent aux besoins exprimés par les autorités nationales et l'intégration des ERARE dans un système cohérent bénéficiant d'appuis complémentaires rend le projet plus pertinent pour le système de surveillance et de réponse.	Il n'existe pas de document cadre dans lequel ce projet s'insère. Le projet est bien validé par la signature du Ministre de tutelle mais sans une réelle appropriation par le Ministère. Ce projet vient en complément du projet UPC-FED pour lequel les autorités n'avaient pas montré une forte appropriation, il en sera de même pour le projet UPC-TFE. De façon conceptuelle, l'appui logistique à la riposte Ebola et l'action des ERARE parait pertinent, les contraintes logistiques étant un élément conséquent pour la mise en route d'activités complexes dans des régions difficiles d'accès avec des moyens limités. Le double objectif de renforcement du projet UPC-FED et du projet PREPARE et l'ambition du projet entrainent un périmètre d'action important qui n'est pas couvert par des financements adéquats ce qui questionne la pertinence des moyens. Il n'est pas retrouvé de partenaires qui permettraient de mutualiser les investissements pour les rendre pérennes.	Le projet Lab-Net répond aux objectifs du PRRSS (2015-2017). L'approche du projet avec dans un premier temps un état des lieux à l'échelle nationale, l'élaboration d'un Plan d'action puis le renforcement des capacités apparait elle aussi pertinente.	La crise Ebola a mis en exergue l'importance de l'hygiène hospitalière pour protéger les personnels soignants et les patients et éviter des fermetures de service qui aggravent la morbidité et la mortalité. Les épidémies suivantes renforcent cette constatation. Même si l'aspect spécifique de l'hygiène hospitalière est peu priorisé dans les documents cadres du Ministère de la santé en 2015 et notamment dans le PRRSS, cette composante de la lutte contre les infections et les épidémies répond aux besoins exprimés par les partenaires.

Les projets ont-ils été complémentaires entre eux et cohérents vis-à-vis des priorités stratégiques françaises ?

Il s'agit à présent d'identifier les effets de complémentarité et de synergie entre les projets ici évalués, puis vis-à-vis des initiatives externes existantes.

- **Au niveau des moyens mobilisés par la France :**

Les entretiens auprès du MEAE montrent que les cinq projets post-Ebola mis en œuvre par EF visaient une certaine cohérence dans la réponse Post-Ebola française. Avec le projet RIPOST porté par l'AFD, ils couvraient, par la formation, l'infrastructure et l'équipement, des aspects essentiels de la mise en œuvre du RSI. A savoir : la détection, l'évaluation, la notification des événements et la riposte aux urgences. L'accent était mis sur les laboratoires, les communautés (jusqu'alors relativement négligées) et l'hygiène dans les structures de soins. Les évaluateurs pensent que ces aspects s'apparentent plus à la pertinence des projets qu'à la cohérence et que le périmètre large des thématiques des projets post-Ebola rend la cohérence d'ensemble délicate pour qu'une réelle logique puisse être démontrée.

EF n'étant pas ou peu partie prenante dans la conception des cinq projets Post-Ebola, sa contribution en matière de complémentarité ne peut être que marginale et se limite aux aspects de coordination et de mise en valeur des projets les uns par rapport aux autres. Les analyses et les entretiens ne retrouvent pas d'élément démontrant la recherche et la mise en œuvre de cette cohérence, laquelle semble plutôt relever des capacités des partenaires plutôt que d'un pilotage stratégique.

Les évaluateurs estiment toutefois que certains des projets présentent une cohérence ou une cohésion entre eux : les projets K-Plan et Lab-Net sont complémentaires dans le sens où le premier apporte une réponse à la problématique d'urgence, là où le second s'inscrit majoritairement dans un renforcement du système de santé. De même, le projet UPC-TFE présente des complémentarités au projet PREPARE (cf figure 3)

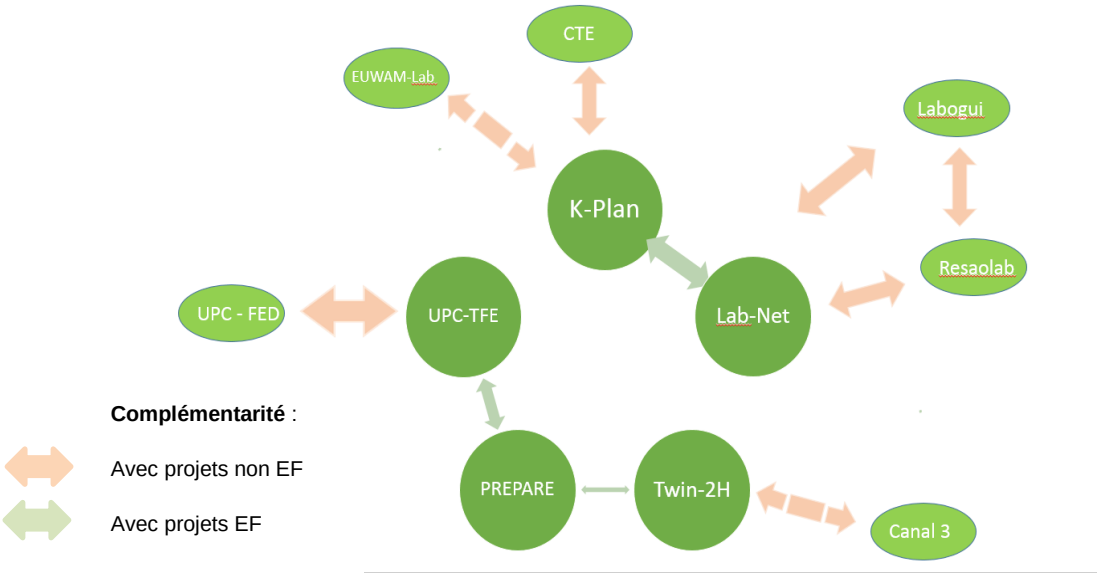


Figure 3 : Cohérence des projets post-crise EBOLA

Par ailleurs, certains des projets évalués sont **cohérents avec d'autres initiatives** : le projet K-Plan s'inscrit ainsi dans une logique de soutien et de complémentarité d'action aux Centres Traitement Ebola (CTE). Le projet Lab-Net s'intègre lui dans un continuum d'activités débutant avec le projet RESAOLAB puis se poursuivant par le projet Labogui. Enfin, le projet UPC-TFE vient compléter les activités des UPC-FED par un volet de crise sanitaire. Cette cohérence reflète avant tout un positionnement fort de la part des partenaires de mise œuvre des projets - la protection civile pour les projets UPC et la Fondation Mérieux pour les projets de laboratoire RESAOLAB et Labogui – plutôt qu'un véritable pilotage stratégique de la part d'EF. En ce sens l'échec de l'organisation de la coordination des partenaires 'Laboratoire' opérant en Guinée illustre cette difficulté de pilotage stratégique de la cohérence, notamment pour les laboratoires.

- **Au niveau des priorités stratégiques françaises** :

Les évaluateurs estiment que les projets post-Ebola ont pu relayer les priorités françaises en matière de RSS et de SSI. A titre d'exemple, le projet Lab-Net visait la remise à niveau des processus diagnostiques pour les maladies infectieuses, axe d'intervention explicitement mentionné dans la stratégie française en vigueur lors du lancement du projet13. En fin de période, le projet relaie également l'une des priorités de la nouvelle stratégie de la France en Santé mondiale (2017-2021) qui porte son attention sur les défaillances des systèmes de santé, en intégrant une dimension liée aux ressources humaines. Néanmoins, le renforcement durable des ressources humaines aurait demandé des mesures spécifiques en appui à la rétention des personnels formés.

Pour le projet PREPARE, renforcer le système de surveillance épidémique par la mise en place, la formation, l'équipement et le déploiement d'équipes ERARE dans les huit régions sanitaires est une large contribution à l'atteinte des objectifs des axes stratégiques de la France en santé mondiale.

Quant au projet Twin-2H il s'inscrit lui aussi dans la priorité 1 de la Stratégie santé mondiale 2017-2021 : « Renforcer les systèmes de santé tout en luttant contre les maladies. » et de la priorité 2 : « Renforcer la sécurité sanitaire au niveau international, etc. ».

- **Au niveau d'Expertise France** :

Des projets différents, mais avec des ramifications communes, sont portés par des départements distincts d'EF : le Département Paix, Stabilité, Sécurité (P2S) et le Département Santé (DEPSAN), Toutefois, la coordination et la cohérence des projets n'est ni valorisée ni exploitée, chaque cellule exécutant son projet sans capitaliser sur le projet du voisin, pouvant pourtant porter sur des thématiques similaires.[14]

Les différentes contraintes et l'insuffisance d'organisation transversale interne au sein du département ou entre départements– simplement un échange d'information – ont limité la synergie d'ensemble des activités d'EF et la possibilité de capitaliser sur les acquis des uns des autres. A noter cependant que ces projets ont été élaborés peu de temps après la création d'EF : les contraintes de ressources sur le personnel étaient alors considérables, d'autant plus qu'une coordination nécessite également des ressources en temps. En miroir de l'esprit du RSI au niveau mondial, s'agissant de crise sanitaire, le DEPSAN aurait dû être en position d'assurer un leadership technique santé vis-à-vis des autres départements mobilisés, selon une optique « Une seule santé ».

En Guinée, le bureau local d'EF assurait la coordination des partenaires techniques de mise en œuvre sur le terrain ainsi qu'avec les ministères de tutelle et Départements ministériels. Le bureau santé en

[13] Stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé (2012)

[14] Le DEPSAN comportait les pôles opérationnels (Initiative 5%, Interventions en santé, Renforcement des systèmes de santé) et le pôle d'appui technique thématique et transversal.

Guinée assurait la coordination vis-à-vis des partenaires mais ne semble pas avoir joué de rôle dans la coordination ou la cohérence avec les projets aux composantes sanitaires portés par le département 3S (EUWAN-Lab, UPC).

Dans quelle mesure EF a-t-elle pu assurer la cohérence des interventions avec l'action des autres bailleurs ?

Les principales initiatives explorées sont celles développées par et avec l'UE. Sont notamment identifiés le projet d'appui à la santé en Guinée (PASA) cofinancé par la Commission Européenne et l'AFD, le projet de laboratoire mobile EUWAM-Lab et le projet PREPARE cofinancé par le MEAE. Ce système de cofinancement implique des réunions d'ajustement des orientations et des activités et suppose donc une bonne cohérence des projets avec les initiatives européennes.

Pour les projets respectifs de laboratoires mobiles, la gestion ou la participation d'EF dans différents projets de laboratoire en Guinée – K-Plan, Lab-Net, EUWAM-Lab – témoigne de complémentarités stratégiques, mais pas d'une cohérence stratégique de l'ensemble de son portefeuille ou avec les modèles européens. Il n'y a pas de capitalisation des acquis et expériences d'un projet sur l'autre, mais plutôt une somme de projets remplissant des fonctions différentes.

EF, en collaboration avec l'organisation JHPIEGO et le bureau local de l'OMS, a contribué à l'uniformisation des procédures d'hygiène hospitalière et assuré ainsi la cohérence de la composante Guinée du projet Twin-2H avec le cadre normatif national et les activités des partenaires pour l'hygiène hospitalière. Pour le projet Lab-Net, certaines activités prévues dans le cadre logique sont portées par d'autres organisations - International Medical Corps, Georges Town University, Fondation Mérieux – pour éviter des doublons et des redondances.

Ainsi, les projets Post-Ebola s'inscrivent dans les priorités françaises en matière de renforcement de système de santé et de sécurité internationale. Toutefois, leur périmètre large de thématiques et les ressources limitées rendent la cohérence d'ensemble délicate pour qu'une réelle logique puisse être démontrée. Plus qu'une cohérence entre l'ensemble des projets post Ebola, ces derniers présentent des cohérences avec d'autres projets non mis en œuvre par EF, ce qui semble d'avantage refléter un positionnement fort de la part des partenaires de mise œuvre, plutôt qu'un pilotage stratégique.

EF hérite de la mise en œuvre des projets Post-Ebola tout en assurant son développement et ses procédures internes propres. Des projets différents mais avec des ramifications communes sont portés par des départements distincts d'EF mais les procédures internes ne sont pas en place pour capitaliser sur les acquis des autres départements. La coordination et la recherche de cohérence sur le terrain avec d'autres partenaires techniques ou bailleurs parait plus efficace et aboutit à des complémentarités d'action.

Tableau 4 : Synthèse des constats principaux sur la cohérence des projets

	K-Plan	PREPARE	UPC	Lab-Net	TWIN-2H
COHERENCE	Le projet est surtout complémentaire des activités de soutien aux CTEs qui constituent la riposte Ebola plutôt que le post Ebola. Vis-à-vis des autres projets post Ebola, on retrouve un degré de complémentarité avec le projet Lab-Net. Le projet K-Plan portait sur la riposte alors que le projet Lab-Net visait un renforcement structurel des réseaux de laboratoires communautaires et de références. Le projet de laboratoire mobile K-Plan participe des priorités françaises sans que l'on puisse retenir ce projet comme participant au développement des capacités spécialisées des laboratoires en lien avec le RSS ou une remise à niveau des processus diagnostiques pour les maladies infectieuses. Il existait des échanges d'information entre les deux départements d'Expertise France, DEPSAN et 3S, gérant respectivement les projets de laboratoires mobiles K-Plan et EUWAM-Lab mais les dispositifs étaient très différents et il n'y avait pas de synergie opérationnelle. EF assure ou participe à la gestion de différents projets de laboratoire en Guinée qui présentent des complémentarités stratégiques sans pour autant démontrer une cohérence stratégique d'ensemble de son portefeuille ou avec les modèles européens.	On retrouve des complémentarités d'actions dans les cadres logiques des projets PREPARE et UPC et Twin-2H qui reflètent une approche de cohésion au moment de la conception et de l'organisation des projets post Ebola. Des difficultés dans la mise en œuvre et des délais dans l'exécution des projets font perdre de cette cohérence au moment de l'exécution des projets. Renforcer le système d'alerte et de riposte aux épidémies par la mise en place, la formation, l'équipement et le déploiement d'équipes ERARE dans les huit régions sanitaires est une contribution qui relaye les priorités stratégiques françaises en matière de sécurité sanitaire dans une approche de renforcement du système de santé. Des projets différents étaient portés par les pôles 'IPC5' et 'Interventions en santé' du DEPSAN mais les objectifs et interventions étaient très différents et il n'y a pas eu de stratégie de synergie opérationnelle au sein du département santé d'EF pour améliorer la cohérence des interventions.	Engager les UPC au plus près des foyers, c'est apporter leur aide et leur logistique au niveau régional pour le transport de prélèvements, le transfert des patients suspects ainsi que pour faciliter les opérations sanitaires. Le projet UPC-TFE est complémentaire et se fusionne au projet UPC-FED qu'il cofinance. La coordination entre les projets PREPARE et UPC-TFE, au niveau central et sur le terrain, ne relève pas de mécanisme systémique mais de l'échange d'information. Le projet UPC-FED ne relaye pas de façon explicite les stratégies françaises en matière de renforcement des systèmes de santé et de sécurité sanitaire internationale mais propose une approche innovante pour compléter l'offre de réponse en période de crise sanitaire. Cette approche aurait mérité d'être traitée comme un projet pilote avec un possible passage à l'échelle par la suite.	Des tentatives d'organisation de la réponse française en matière de laboratoire n'aboutissent pas. Le milieu du laboratoire reste très concurrentiel, l'environnement institutionnel guinéen n'est pas assez structuré pour imposer sa ligne directrice, chaque intervenant veut montrer sa propre légitimité et a un positionnement personnel. Le projet Lab-Net concrétise les priorités françaises en matière de renforcement des systèmes de santé et certaines activités se prolongent et/ou sont développées au travers d'une autre initiative française, le projet Labogui. Cette cohérence apparait circonstancielle et aurait méritée d'être explicitée et pilotée pour mieux capitaliser sur les investissements français. Idem K-Plan pour la section sur la cohérence interne au sein d'EF. Pour éviter des doublons et améliorer la coordination entre les projets certaines activités prévues par le projet Lab-Net sont planifiées et parfois exécutées par d'autres projets et d'autres partenaires	Des complémentarités entre les projets PREPARE et Twin-2H existent ; et le projet s'intègre dans les priorités françaises pour un système de santé de qualité accessible et abordable pour tous, de développement de politiques de prévention et de renforcement de la sécurité sanitaire. Il n'a pas été mis en évidence de coordination entre les projets Twin-2H et Canal 3 alors que deux projets portant sur des problématiques proches étaient portés par le département santé d'EF mais dans deux pôles différents. Là encore les différentes contraintes et l'insuffisance d'organisation interne transversale au sein du département – simplement un échange d'information – ont limitées la synergie d'ensemble des activités d'EF et la possibilité de capitaliser sur les acquis les uns des autres. On rappelle que ces projets ont été élaborés rapidement après la création d'EF. Expertise France, en collaboration avec l'organisation JHPIEGO et le bureau local de l'OMS renforce la gouvernance et le cadre normatif de l'hygiène hospitalière en uniformisant les procédures tout en s'appuyant sur une approche innovante basée sur le compagnonnage. Le projet trouve une autre valeur ajoutée et une innovation par des séances de 'concernement' pour obtenir des changements de comportement des professionnels de santé et des usagers de l'hôpital. Cet aspect ne suffit pas néanmoins à lui seul pour assurer la disponibilité des intrants nécessaires à l'adoption de comportements adéquats en PCI.

Quels sont les principaux résultats et effets des projets ?

La quatrième question évaluative vise à apprécier l'efficacité des projets mis en œuvre : il s'agit de comparer les objectifs identifiés lors de la réalisation des cadres logiques aux résultats effectivement constatés.

Les projets Post-Ebola ont atteints leurs objectifs spécifiques ainsi que les principaux indicateurs de résultats des cadres logiques. Parmi les principaux résultats, on retiendra plus particulièrement :

i) pour le **projet PREPARE** : la formation et le déploiement de personnels de huit équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte aux épidémies pour contribuer au dispositif opérationnel en matière d'investigation et de riposte aux épidémies, un des points forts et atouts de l'EEC des principales capacités du RSI de 2017 ;

ii) pour le **projet Twin-2H** : l'accompagnement de l'orientation stratégique de l'hygiène hospitalière en Guinée avec le renforcement des capacités humaines et matériels de structures sanitaires ;

iii) pour le **projet Lab-Net** : les formations pour le réseau de laboratoire communautaires et de références et la construction du Centre de formation servant de prélude à l'Institut Pasteur de Guinée.

Les finalités communes de l'ensemble des projets Post Ebola portés par EF n'ont pas été énoncées en amont de leur mise en œuvre. Comme mentionné dans le chapitre « Contexte », paragraphe « Réponse française », la TFE propose à la réunion interministérielle de février 2015 une approche plus structurante pour accompagner la sortie de crise et le passage d'une logique de réponse à l'urgence à une logique de relance durable des services de santé. Cette approche est définie par trois grands axes d'intervention comprenant l'adaptation des moyens pour lutter contre une épidémie dispersée de basse intensité, la relance de services de santé et enfin la pérennisation des dispositifs de prévention, d'alerte, de surveillance et de riposte. Cette stratégie opérationnelle peut donc représenter la finalité commune du paquet de projets Post Ebola. Selon cette définition les projets Post Ebola contribuent aux besoins avec une réponse à l'épidémie (K-Plan ; PREPARE ; Twin 2H) mais aussi à une pérennisation des dispositifs de prévention, d'alerte, de surveillance et de riposte au travers des projets Lab-Net, PREPARE et Twin 2H.

Malgré l'évocation d'une éventuelle capitalisation des acquis des projets et d'EF de la part d'autres bailleurs (OMS, UNICEF, GTU, UE, etc.), aucune ne s'est concrétisée pendant la durée de mise en œuvre des projets. Certains bailleurs ont exécuté des activités prévues par l'un des projets Post-Ebola mais aucun n'a fait appel au savoir-faire d'EF. Les évaluateurs rappellent ici que le milieu dans lequel EF évolue et les thématiques abordées sont extrêmement compétitifs, et son ambition affichée (COM 2016-2018) de devenir un acteur de référence en matière de réponse aux crises sanitaires, notamment épidémiques, tant dans la prévention que dans la réponse précoce. Cet objectif de faire-savoir et de valorisation de cette expertise n'est toutefois pour l'instant pas au rendez-vous : tant au niveau national qu'au niveau international les acquis et résultats des projets ne sont pas ou peu repris sur d'autres théâtres d'opérations (Ebola en RDC). Quand bien même les investissements ne sont pas massifs, il persiste un manque de reconnaissance ou de visibilité de l'action menée par les projets post-Ebola. A noter toutefois, qu'un nouveau projet financé par l'UE en appui au ministère de la santé guinéen débute, avec un portage d'EF (sur le volet infrastructures et gouvernance financière) et de la GIZ (sur le volet offre de soins).

En conclusion, les principaux indicateurs et objectifs des projets du cadre logique ont été atteints et les projets Post Ebola contribuent aux besoins exprimés par la TFE lors de la Réunion Interministérielle (RIM) de février 2015, à savoir, une approche plus structurante pour accompagner la sortie de crise et le passage d'une logique de réponse à l'urgence à une logique de relance durable des services de santé.

Tableau 5 : Synthèse des constats principaux sur l'efficacité des projets

	K-Plan	PREPARE	UPC	Lab-Net	TWIN-2H
EFFICACITE	Le tableau des réalisations montre que les principaux indicateurs du cadre logique ont été atteints. Dans un contexte d'urgence et un environnement difficile avec des difficultés à trouver les ressources humaines adéquates le projet K-Plan sera réalisé selon les résultats attendus du cadre logique.	Les indicateurs des objectifs et résultats attendus du cadre logique sont atteints. Au terme du projet en novembre 2017, les ERARE représentaient en Guinée le seul dispositif opérationnel en matière d'investigation et de riposte. Le dispositif mis en place donne satisfaction pour répondre aux autres épidémies. Les retards accusés lors du déploiement des ERARE limitent la portée de l'efficacité du projet, initialement pour participer à la riposte Ebola mais aussi du fait d'un laps de temps trop long entre les formations théorique et pratique. Les acquis du projet, modules de formations, modèle de renforcement des capacités de gestion des alertes et des réponses aux épidémies, ne semblent pas avoir été réutilisés sur d'autres centres des opérations.	Les activités fixées dans le cadre logique ont été délivrées et les résultats obtenus. L'objectif principal faisait état d'une 'intégration au plus vite et au plus près des foyers. Sur la composante 'au plus vite' l'efficacité n'est pas optimum, de nombreux retards grèvent l'efficacité du projet ; sur la composante 'au plus près' les UPC sont déployés au plus près des populations. L'objectif d'appuyer le déploiement des UPC « au plus près des zones où continuait de sévir l'épidémie de FVH » est devenu désuet dans la mesure où les UPC ont intégré les équipes ERARE avec un retard allant de 11 jours à 4 mois après la déclaration de la fin d'Ébola par l'OMS le 1er Juin 2016. Les multiples retards dans l'exécution du projet ne plaident pas pour une démonstration d'efficacité de gestion de projet en matière de réhabilitation d'infrastructures. A noter que la DGSC n'appuyait que peu l'exécution du projet.	Les objectifs et résultats du projet ont dans la majorité des cas été réalisés et en ce sens le projet peut être considéré comme efficace. Dans le détail certaines activités ont pris du retard et d'autres n'ont pas abouties aux résultats escomptés. Le calibrage des ressources humaines pour faire fonctionner le projet avec des partenaires hautement techniques est questionné. La contribution du projet au développement des capacités essentielles du RSI reste difficile à apprécier sur base des résultats de l'Evaluation Externe Conjointe mais des activités du projet alimentent les attributs des capacités essentielles du RSI correspondantes. Le plaidoyer initié pendant la mise en œuvre du projet d'amélioration de la gouvernance du laboratoire au sein du Ministère porte ses fruits en 2018. Composante essentielle du RSI.	Le tableau des réalisations montre que la plupart des objectifs ont été réalisés même si certains l'ont été avec du retard. Le projet contribue à renforcer les capacités matérielles et humaines de structures sanitaires sur l'hygiène et la PCI, par le soutien à la gouvernance de l'hôpital dans le champ de l'hygiène et au renforcement du système d'information sanitaire. Ces hôpitaux diffusent leurs acquis et savoir-faire auprès de leurs structures périphériques. Par ailleurs, à travers la participation des usagers aux organes de gouvernance de l'hôpital (notamment, les comités d'hygiène), le projet a contribué à renouer des liens de confiance entre système de santé et usagers.

Dans quelle mesure l'utilisation des moyens a-t-elle été efficiente (optimisation des moyens et des ressources) ?

Une fois l'analyse des résultats attendus et constatés réalisée, il convient de comparer ces derniers aux moyens mis en œuvre afin de les atteindre.

L'analyse de l'efficience par projet témoigne d'une **utilisation des ressources non maximisées**. Le projet Twin 2H propose par exemple un modèle de compagnonnage basé sur des partenaires pour lesquels les coûts pouvaient être sensiblement différents sans pour autant porter atteinte à l'efficacité. L'efficience du projet PREPARE est aussi à questionner : seules 8 équipes régionales ont été formées et appuyées pour un montant de plus de 725.000 euros en moyenne par équipe. Là encore le choix de certains partenaires peut justifier des coûts pour lesquels les bénéfices additionnels ne sont pas prouvés ou démontrés. L'efficience du projet Lab-Net est principalement grevée par la mise en place du centre de formation théorique et technique spécialisé, lequel a accusé des surcoûts et des retards de livraison. Cette analyse est à pondérer pour tenir compte du contexte de crise et de la difficulté d'alors à trouver des partenaires de qualité disponibles.

Exception faite du projet K-Plan qui a été réalisé dans le temps imparti, les quatre autres projets ont tous subi des retards et bénéficié d'extensions sans coût. Cette ressource en temps additionnelle pour un même objectif diminue d'autant l'efficience. Certains retards dans les livrables impactent en cascade la mise en œuvre d'activités – PREPARE, UPC, Lab-Net.

Concernant les cinq projets pris dans leur ensemble, le coût total est estimé à 15 millions d'euros. La confrontation de ce montant avec les résultats obtenus en matière de valorisation de l'aide française au développement en Guinée et à l'échelle internationale révèle **un impact finalement plutôt modeste, et en deçà des résultats que de tels projets laissaient escompter**. A ce jour peu de partenaires ont d'ailleurs concrétisé des partenariats avec EF en Guinée ou ailleurs suite à ces projets post-Ebola Ebola ou en réponse à l'expertise française développée au cours de ces projets. Peu de références en sont par ailleurs faites dans la littérature ou auprès des partenaires techniques.

Les évaluateurs estiment que la mise en place par EF d'un bureau local permettant de gérer l'ensemble de ces projets serait une solution pertinente afin d'améliorer l'efficience, en tissant des partenariats et des synergies.

Qualité du système de suivi et de *reporting* : Le manque de cadre logique dès la conceptualisation ou dès le début de mise en œuvre des projets reste une lacune majeure pour la qualité du suivi des projets.

Justification des réajustements : Les réajustements effectués en cours d'exécution sont jugés crédibles dans leur ensemble par l'équipe d'évaluateurs. Ils tiennent compte des contraintes, du contexte institutionnel, et des ajustements de coûts unitaires apparus pendant la mise en œuvre des projets. Des justificatifs de réajustements pour les projets K-Plan et Lab-Net sont toutefois manquants.

Frais de gestion : Les frais de gestion sont difficiles à comparer entre les projets. Cette analyse n'est pas réalisable en l'absence des documents comptables liés aux clôtures d'exercice des cinq projets

Tableau 6 : Synthèse des constats principaux sur l'efficience des projets

	K-Plan	PREPARE	UPC	Lab-Net	TWIN-2H
EFFICIENCE	Le projet K-Plan est réalisé dans le temps imparti avec un taux d'exécution de l'ordre de 99%. En l'absence de données comparatives sur le coût moyen des tests par rapport aux investissements du projet, il semble que le coût du projet rapporté au nombre de test réalisés, malgré les contraintes de terrain et le contexte de 'no regret' qui prévalait, soit conséquent, ce qui pourrait reposer la pertinence des moyens utilisés. Une durée de vie plus longue du projet de laboratoire mobile, en l'état ou sur des taches différentes, aurait permis un amortissement plus long des investissements.	Le rapport financier consolidé d'EF indique un taux d'absorption budgétaire à 100%. L'efficience du projet PREPARE est proportionnelle aux objectifs atteints, voire dépassé. La mise en place de 8 ERARE à 6M€ a été vue par certaines ONG comme dispendieuse et pas des plus efficiente. Cependant les coûts d'investissement (équipements tentes médicales, matériels et produits médicaux, véhicules) et le déploiement d'une forte équipe de formateurs de France peuvent expliquer ce niveau de budget. En comparaison de résultats structurants et durables du projet les résultats et les acquis du projet paraissent à la mesure des sommes dépensées et ce malgré des débuts difficiles et une extension sans coût de 6 mois	Les chiffres présentés par EF durant le COPIL de juillet 2019 sur les reliquats des projets post Ebola (estimation au 31 décembre 2018), faisait apparaitre un reliquat de 68.000€ et aucun taux d'exécution prévisionnel au 31/12/2019 n'était fourni. Une dernière demande d'extension sans coût était formulée pour conduire le projet jusqu'au 31/08/2019. Les délais comme celui de 3 mois pour engager les UPC à l'issue de leur formation mais aussi ceux liés aux réhabilitations grèvent de façon significative l'efficience du projet en retardant la finalisation des constructions et le déploiement des UPC. Les surcoûts liés aux réhabilitations nécessitent des adaptations budgétaires, une modification à la baisse du nombre de réhabilitations pour rester dans l'enveloppe budgétaire. Le projet UPC-TFE abondant au projet UPC-FED l'efficience du projet UPC devrait être évaluée en tant que tel plutôt que sous l'angle du projet UPC-TFE seul.	Des livrables ont accusés des retards et certains ont été exécutés par d'autres partenaires sans que le réajustement des coûts soit justifié, des surcouts pour le budget de la réhabilitation du centre de formation grèvent l'efficience du projet.	L'analyse du rapport financier final d'EF au 30 Septembre 2018 indique une consommation budgétaire de 99%. La question de l'efficience reste difficile à trancher en l'absence de modèle de référence. On constate toutefois qu'EF cherche à compresser les coûts des prestataires, quand ceux-ci apparaissent trop élevés, tout en prenant des mesures pour maintenir la qualité de l'exécution. Le modèle mis en œuvre avec deux pays adoptant deux stratégies spécifiques ne favorise pas l'efficience – multiplication des coûts administratifs, pas de mutualisation des expertises mais démultiplication, moins d'impact pour le dialogue politique – quand les budgets limitent la portée des activités. En deçà d'un certain seuil la concentration et la consolidation des activités parait plus efficiente. .

Dans quelle mesure les projets post-Ebola ont-ils eu des effets structurants sur le système de santé guinéen et sur l'atteinte des capacités principales du RSI par ce pays[15] ?

La sixième question inscrit l'évaluation des résultats dans une perspective de long-terme : au-delà des résultats escomptés et identifiés dans les cadres logiques, il convient d'évaluer l'impact local et durable des projets sur le pays concerné.

Effets structurants sur le système de santé :

L'analyse individuelle des effets structurants sur le système de santé pour chacun des projets a révélé que les projets **PREPARE et Twin-2H avaient significativement contribué à structurer le cadre institutionnel**, plus précisément dans les domaines de la surveillance, de la détection et de la réponse aux épidémies et dans le domaine de la Prévention et Contrôle des Infections (PCI)/hygiène hospitalière. Les acteurs du projet **Lab-Net participent de leur côté à l'amélioration de la gouvernance des réseaux de laboratoire** en Guinée au travers d'un plaidoyer participant à la fin du projet en 2018 à la création d'un Département National du Laboratoire du Ministère de la santé. Bien que ne présentant pas dans son cadre logique un objectif d'amélioration de la gouvernance, il s'inscrit toutefois dans un continuum d'activités entre les projets **REASOLAB et LaboGui, lesquels contribuent bel et bien à structurer le cadre institutionnel**. Concernant le **projet K-Plan, les évaluateurs estiment que celui-ci n'a pas eu d'effet structurant sur le système de santé** : la majeure partie du personnel formé venant de l'étranger, les laboratoires mobiles n'ont pas été mobilisés depuis la fin du projet. Pour le projet UPC-TFE, la contribution structurante au système de la protection civile se limite à la réhabilitation de bâtiments.

A la confrontation de l'épidémie à virus SARS-CoV-2 en avril 2020, l'héritage le plus visible de la période Ebola à laquelle les projets post Ebola ont contribué est i) le **renforcement des capacités des laboratoires avec 3 sites en mesure de fournir des tests en quantité et de qualité** (le laboratoire de l'Institut Pasteur, l'INSP et le CREMS de Kindia), et ii) **les capacités de suivi des contacts[16] qui permettent de remonter les chaines de contamination**. Les évaluateurs notent également la présence des UPC à l'entrée des hôpitaux pour contrôler le lavage de mains et la désinfections des lieux publics.

Le lien entre les acquis de la gestion de la crise Ebola et la réponse à cette nouvelle épidémie en Afrique sont évoqués dans de nombreux articles de presse.[17] La capacité de réaction et la rapidité des premières mesures administratives sont mises sur le compte de cette expérience. L'importance des communautés est rappelée. Même si peu d'articles font spécifiquement référence à la Guinée, le sentiment général qui ressort en ce début d'épidémie pour l'Afrique de l'Ouest est un meilleur état de préparation qu'avant la crise Ebola, même si de nombreuses carences des systèmes de santé sont encore pointées. En matière de réponse à l'épidémie SARS-CoV-2, en mai 2020, ces points forts paraissent trouver leurs limites. En effet, si le repérage et suivi des cas sont renforcés et indispensables, à l'intérieur du pays, les tests ne sont pas pour autant disponibles au-delà de Kindia. Concernant le confinement, les autorités sont par ailleurs en quête de solutions collectives acceptables, lesquelles conditionnent l'adhésion des populations aux tests. L'approche reste réactive alors que le caractère très contaminant du SARS-CoV-2 et le peu de réponses thérapeutiques validées imposeraient une approche plus proactive. L'adaptation des réponses pour circonscrire en amont de l'apparition des cas de SARS-CoV-2, nécessiterait des innovations en termes de confinement, de procédures en matière de PCI, de protection large des RH de la santé en particulier dans les services de soins essentiels, et de mobilisation des communautés au-delà du seul suivi des cas et des enterrements dignes (par exemple, sur l'organisation de confinements institutionnels ou communautaires).Les capacités en matière de prévention et contrôle des épidémies appellent à des renforcement techniques afin d'inspirer des réponses adaptées. Celles-ci se baseront sur des connaissances validées et s'appuieront donc sur les acquis d'Ebola, sans pour autant les répliquer à l'identique, puisqu'il s'agit de germes différents.

[15] Cette question (dimension macro) n'a pu concerner que le cas guinéen, compte-tenu du volume d'actions déployé au Libéria.
[16] Entretiens chercheurs.
[17] Revue bibliographique disponible en annexe (Annexe 9)

A partir de la définition proposée du système de santé (cf analyse contextuelle approfondie), l'évaluation reste nuancée :

- **Pour la gouvernance**, comme évoqué dans la section précédente, les évaluateurs notent un impact positif des projets PREPARE et Twin 2H, lequel étant certainement lié à une appropriation forte par les directions nationales concernées, ce qui n'est pas ou peu le cas pour les autres projets. Le travail d'appropriation du projet Lab-Net par les autorités nationales, pourtant considéré comme un point cardinal lors de la conception du projet, ne semble pas avoir abouti au même niveau d'engagement. La faible disponibilité des décideurs nationaux sollicités par de multiples bailleurs participe également à ces résultats. L'intérêt du gouvernement pour ce projet n'apparait qu'à son terme, avec la création d'un département spécifique du Laboratoire et un changement d'équipe au niveau institutionnel.
- **Pour le pilier 'financement de la santé**', les projets Post Ebola apportent essentiellement des intrants sans avoir un impact substantiel sur ce pilier du RSS. Les projets arrivent à leur terme mais les ressources ne sont pas sécurisées par d'autres canaux, qu'ils soient domestiques ou proviennent de partenaires extérieurs.
- **En termes de RH** compétentes et motivées, les projets ciblent essentiellement des actions de formation continue du personnel, que ce soit des laboratoires, des régions pour les ERARE ou au niveau hospitalier. Les interactions et complémentarités entre formation et motivation n'ont pas été abordées par les projets.

Effets structurants sur l'atteinte des capacités essentielles du RSI par le pays :

L'atteinte des capacités essentielles du RSI peut être évaluée par les résultats de l'EEC Guinée, réalisée en avril 2017. En termes de chronologie, l'ensemble des projets Post-Ebola était alors engagé et à ce titre, il est pertinent de supposer que les projets et leurs résultats ont influencé les résultats de l'EEC. En partant de ce postulat, l'équipe d'évaluateurs estime que les projets post-Ebola ont eu un effet positif et structurant pour atteindre certaines des capacités du RSI.

L'analyse réalisée révèle que certaines activités ont nécessairement eu un impact sur l'achèvement des capacités essentielles, même si l'imputabilité reste un exercice sujet à caution.

Le résultat le plus probant mis en valeur dans le rapport de l'EEC est la présence des ERARE dans les huit régions. En Guinée, ces ERARE, soutenues par le projet PREPARE, représentent l'un des atouts majeurs de l'ANSS pour conduire la prévention, la détection et la riposte aux épidémies. Pour le projet Twin-2H en Guinée, plusieurs avantages et pratiques exemplaires correspondant à des indicateurs du RSI ont manifestement bénéficié de la contribution du projet. Pour le projet Lab-Net, les deux volets du projet contribuent aux résultats des indicateurs « Sécurité et sureté biologiques » et « Système national de laboratoires » de l'EEC du RSI. Les évaluateurs notent la présence de plusieurs systèmes d'acheminements d'échantillons et la mesure prioritaire recommandée de la mise en place d'un système harmonisé et fonctionnel pour l'acheminement sécurisé des échantillons. Cette coordination justifie un volet spécifique de renforcement de la gouvernance et des projets alignés sur une politique nationale. Le projet UPC-TFE aura de son côté eu peu d'effet structurant sur l'atteinte des capacités essentielles mais, comme souligné dans la section projet correspondante (Annexe 4), une attention plus coordonnée avec les activités de crises sanitaires parait justifiée. L'appui par les UPC à la logistique coordonnée par l'ANSS et les ERARE en région pourrait être renforcé, comme souligné par l'EEC (R.4.2).

Ainsi, **la plupart des projets, portés par une appropriation forte de la part des directions nationales concernées, ont un effet structurant sur le système de santé, notamment en matière de gouvernance** (PREPARE, Twin-2H). Le projet Lab-Net, dans le continuum RESAOLAB et LaboGui, contribue lui aussi à structurer la gouvernance malgré une appropriation à relativiser pendant la durée d'exécution du projet. Au sujet du financement de la santé des projets Post-Ebola, celui-ci apporte essentiellement des intrants mais les ressources ne sont pas sécurisées par d'autres canaux (domestiques ou partenaires extérieurs).

Concernant le RSI, l'EEC de la mise en œuvre des capacités essentielles ou des atouts déjà achevés, effectuée en 2017, montre que les projets Post-Ebola ont manifestement contribué à cet achèvement

pour leurs indicateurs respectifs. Les ERARE représentent un des atouts majeurs de l'ANSS pour conduire la prévention, la détection et la riposte aux épidémies. Plusieurs atouts et pratiques exemplaires correspondant à des indicateurs du RSI ont manifestement bénéficié de la contribution du projet Twin-2H.

Tableau 7 : Synthèse des constats principaux sur la durabilité des projets

	K-Plan	PREPARE	UPC	Lab-Net	TWIN-2H
DURABILITE	Le projet a renforcé les capacités de réponse à l'épidémie d'Ebola au niveau national et communautaire mais seulement pendant le temps de la disponibilité des ressources du projet. Les ressources du pays à plus long termes ne sont pas disponibles pour assurer la continuité de l'utilisation de ce matériel. Le matériel est remis aux centres de santé mais ne sera rapidement plus utilisé. Les ressources humaines formées provenant essentiellement de l'étranger il n'est pas possible de capitaliser sur les investissements en formation.	PREPARE est un projet qui a des atouts pour s'inscrire durablement dans le temps, notamment du fait de l'intégration des équipes ERARE dans la fonction publique et au sein du système de veille et de sécurité sanitaire de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire. L'équipement initial des ERARE et la dotation de départ a permis aux équipes de fonctionner pendant quelques temps après la clôture du projet mais la question financière pour pérenniser ces équipes reste posée. Plusieurs sources de financements externes sont ou ont été à l'étude. L'ANSS qui a adopté le logiciel SAGE a maintenant la capacité de se faire auditer, ce qui est un gage de confiance d'investissement pour des partenaires institutionnels. Au niveau domestique une ligne budgétaire spécifique est demandée mais qui n'a pas encore aboutie pour une question liée à la gouvernance du conseil d'administration de l'ANSS. Le financement stable de ce dispositif reste un défi. La mise en place des EPARE et des SBC avec l'appui d'autres bailleurs, capitalise sur l'approche initiée par le projet. L'Evaluation Externe Conjointe de 2017 fait référence aux équipes multidisciplinaires d'alerte et de riposte et note que le pays a la capacité d'activer des interventions d'urgence (score 2) avec des ressources humaines disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI (Score 3). Cette reconnaissance externe consolide l'approche initiée avec le projet.	La réhabilitation de trois casernes UPC et deux centres incendie et de secours à Conakry (y compris le centre opérationnel des appels) pour accueillir les UPC formées, équipées est en soi un investissement qui s'inscrit dans un temps long. L'insuffisance d'appropriation du projet par les autorités guinéennes et notamment par la Direction Générale de la Protection civile qui prévalait pendant l'exécution du projet semble avoir trouvé une réponse positive récente qui favorise un investissement par l'UE capitalisant sur les formations et les réhabilitations des infrastructures. Les problèmes de gouvernance et de financement qui ont été des freins importants pour l'exécution du projet pourraient avoir trouvé des réponses en faveur d'activités durables pour ces services de secours qui pourront s'inscrire dans une réponse aux crises sanitaires.	Les autorités nationales s'approprient peu le projet Lab-Net. La composante liée à la réhabilitation d'un centre de formation qui préfigure l'Institut Pasteur de Guinée attire plus l'attention. Les composantes du projet dépendent de ministères de tutelles différentes. Même si EF ne poursuit pas la recherche de financements sur la problématique du laboratoire, les investissements faits pour le projet Lab-Net trouvent un écho dans le continuum d'investissements de l'AFD en amont et en aval du projet Lab-Net (RESAOLAB et LABOGUI) mais aussi dans le futur Institut Pasteur de Guinée (IPGui). Le projet a des effets structurants sur le système de santé guinéen particulièrement sur la composante formation des ressources humaines. La gouvernance du secteur des laboratoires est améliorée par la création d'un Département National du Laboratoire qui a bénéficié d'un plaidoyer par les acteurs du projet. Le projet a aussi contribué à l'atteinte de capacités essentielles du RSI.	Au-delà des objectifs propres au projet EF a mis des moyens structurels, institutionnels et systémiques en place en Guinée pour assurer la durabilité du projet mais sans un financement pérenne, la durabilité financière reste encore fragile. Les retours récents d'information, en période de début d'épidémie de COVID-19, montrent un suivi inégal des activités entre les sites. Le recueil des indicateurs est défaillant et l'approvisionnement en SHA serait irrégulier. Le projet aura malgré tout eu des effets structurants sur le système de santé notamment dans sa contribution à l'élaboration des procédures d'hygiène hospitalière, au plaidoyer et au fonctionnement d'équipes opérationnelles d'HH, à la formation du personnel et au renforcement de l'approvisionnement. Le projet Twin-2H contribue aussi à certains indicateurs du RSI pour i) la sécurité et la sureté biologique et ii) la résistance aux antibiotiques.

4 ENSEIGNEMENTS

L'édifice mis en place en quatre-cinq ans, en partant d'une organisation qui n'existait pas en tant que telle, pour répondre à une situation en transition post-urgence Ebola, est plus que notable. Les évaluateurs soulignent en effet le travail remarquable accompli dans ces pays qui restent fragiles. Les choix politiques, stratégiques et les investissements doivent toutefois être encore assurés pour garantir que les investissements en matière d'alerte et de réponse, d'hygiène hospitalière ou de capacité diagnostique soient maintenus et améliorés pour répondre aux défis des urgences sanitaires, la COVID-19 n'en étant que la dernière illustration en date.

L'amélioration de l'efficacité du portage EF-MEAE reste à poursuivre dans le cadre de l'intégration au groupe AFD, entre autres pour que le portage politique et la vision stratégique de la poursuite du RSS et une vision pérenne de la SSI soient au cœur des préoccupations.

Les enseignements proviennent dans un premier temps des analyses des modes d'organisation des projets, d'élaboration des projets puis de celles des critères d'évaluation.

Des lignes directrices sont ensuite proposées dans les développements du portage des missions de SSI-RSS confiées à EF par le MEAE. Ces recommandations générales répondent à des questionnements **intriqués** concernant :

- La conception et mise en œuvre de programmes de santé structurants en situation de crise sanitaire ;
- La mise en œuvre des priorités de la Stratégie française en santé mondiale (2017-2021) ;
- La capitalisation interne d'EF et la valorisation externe des compétences et savoir-faire acquis.

Enseignements à partir des modes opératoires des projets et de leur élaboration

Le périmètre d'action des cinq projets est large, il touche plusieurs directions au Ministère de la santé, le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique et le Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile. Cela implique un risque de dilution de l'action et de la représentation auprès des autorités nationales, ainsi qu'un manque de définition de l'action et un défaut de visibilité. L'importance **dans le mode d'organisation d'EF,** d'avoir un bureau local représentatif fort se fait d'autant plus sentir. Au moment où le bureau d'EF est établi à Conakry, le dialogue avec les autorités nationales est porté par de multiples acteurs : Assistance technique pour les UPC, chargés de projet IP et de la Fondation Mérieux pour Lab-Net, chef de projet et/ou expert international pour Twin-2H et coordinateur santé pour PREPARE.

Une plus grande clarté, une définition claire des tâches et des rôles des experts, des chargés et chefs de projet et des coordinateurs pays, s'avèrent donc nécessaires. Lors des entretiens avec EF, il est rapporté, avec l'exemple du bureau EF en Algérie, qu'une nouvelle organisation répondant à cette question est en place.

Quelles seront les approches envisageables, s'agissant d'assurer l'efficacité et la redevabilité de l'aide, en amont de la conception de projets intersectoriels ou inscrits dans les suites de crises sanitaires, dans la perspective d'un impact durable en santé ?

En amont de la formulation des projets mais aussi pendant leur mise en œuvre, **un renforcement de l'approche analytique** permettrait de mitiger d'éventuelles difficultés de coordination liées à l'agrégation simple d'acteurs. En effet, du fait de la nécessité d'approches transversales ou de respect des continuités entre gestion de crise et développement, les actions de différents acteurs se superposent, dans un contexte où une dynamique concurrentielle, alimentée par la quête de financements et de visibilité, peut compliquer la localisation, la mobilisation et l'assemblage des expertises appropriées.

Comment la mise en œuvre de la stratégie française et l'amorce d'une dimension durable RSS-SSI dans les pays partenaires peut-elle s'appuyer sur des connaissances validées et actualisées s'agissant
:

- De l'explicitation des processus de production d'impacts santé en termes de SSI-RSS, en fonction des leviers d'action/entrée choisis (par exemple, sécurité, genre, fragilités, climat, migrations…) ;
- Du recensement, qui en découle, des intrants nécessaires à l'efficacité de l'action, dont l'expertise ;
- D'un état des lieux des capacités d'absorption des systèmes de santé bénéficiaires ;
- D'un état des lieux des compétences de l'expertise française mobilisable et pertinente, dans le domaine de la santé publique et du renforcement de ces aspects des systèmes de santé ;
- D'un recensement des conditions d'efficacité, à partir des intrants nécessaires, absents dans le pays partenaire et non mobilisés par l'action française et/ou hors de son contrôle.

L'ensemble de ces connaissances peut se retrouver recensé et partagé en **s'appuyant sur le développement de cadres logiques** élaborés selon le processus de la théorie du changement.

Comme l'indique la crise COVID-19 et l'expérience des projets élaborés par la TFE, la date charnière entre crise et post-crise peut être difficile à anticiper. S'agissant d'appuis décidés en urgence, si le développement d'un cadre logique participatif n'est pas permis au regard des échéances ou de l'ampleur des investissements financiers, l'alternative au cadre logique peut-être l'utilisation d'un canevas alimenté par des connaissances du système de santé et de la riposte proposée par les pays partenaires ainsi que par leur PTF et la mobilisation au sein de l'instance de décision de compétences techniques senior en RSS/coopération, dûment explicitées, dès le stade de crise. Un tel canevas peut s'inspirer des outils utilisés par l'UE/DEVCO.

Pour assurer la qualité des cadres logiques, un **dialogue incluant les opérateurs dans le cadre de l'instruction** ou de la mise en œuvre initiale des projets serait souhaitable.

L'explicitation des compétences techniques amorcée par la circulaire de 2018 pourrait être étendue, notamment **concernant les savoirs techniques de santé publique** (encore peu visibles relativement à ceux de la sphère biomédicale et humanitaire, bien qu'au cœur du RSS et SSI), et les savoirs de coopération au développement, relatifs à l'action d'urgence ou au développement institutionnel. Cette explicitation pourrait alimenter une cartographie des compétences et des organismes qui les hébergent. On peut noter que dans le cadre de la SSI et la nouvelle stratégie française, les capacités de santé publique sont mises en avant mais ne sont explicitées qu'en termes de fonctions, résultats ou organisations, et non en termes de compétences/expertises techniques. S'agissant du RSS, le même constat s'applique. Une explicitation, glossaire à l'appui, des compétences techniques, permettrait également d'affiner les outils de recherche et la base de données des experts répertoriés en interne. Enfin, le rôle d'EF en termes d'« assemblier » pourrait être également encouragé quant à la validation et au renforcement des compétences de l'expertise française spécifiques au RSS dans le contexte des politiques de santé mondiale françaises.

Une réflexion sur des **durées des projets initialement plus longs,** s'agissant de soutenir une orientation RSS et développement durable conformément avec l'intégration de la sécurité sanitaire dans la CSU et le RSS, pourrait être envisagée.

On peut noter que la mise en place d'une plateforme COVID-19 santé EF peut être une initiative en appui de ces recommandations. Cette plateforme est composée d'un réseau d'experts d'EF qualifiés en santé publique et présents dans les pays prioritaires, d'une base documentaire sélective à l'attention de ce réseau et des personnels du siège en appui à la réponse COVID-19. La documentation est sélectionnée sur des critères de pertinence dans le contexte des pays et sur la validité des connaissances présentées (dont les normes OMS). Afin d'assurer la bonne prise en compte des réalités des pays partenaires, l'ensemble des documents de réponse à la crise élaborés

dans ces pays y est recensé. Enfin, une équipe d'experts senior basée au siège assure un appui technique à distance aux experts sur le terrain, dans leur rôle de conseiller aux autorités locales en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre de réponses coordonnées dans les pays. Cette équipe développe progressivement des partenariats avec les différentes sources d'expertise technique française impliquées.

S'agissant de capitaliser sur les connaissances du contexte des pays partenaires, des systèmes de santé, de la SSI et de la stratégie de la France en santé mondiale, avec une organisation coordonnée sur le terrain, il pourrait s'avérer utile d'assurer que l'information clé est systématiquement répertoriée avec une logique partagée et n'est pas cloisonnée, en interne ou vis-à-vis des experts long terme sur le terrain et facilement transmise aux experts court terme, en amont de leur missions terrain. La **séniorité et la qualification des personnels du siège** garantit leur capacité à repérer l'expertise et les besoins en information pertinentes, il s'agit de ne pas confondre renforcement du système de santé national en appui à sa colonne vertébrale publique et visant les piliers des systèmes de santé, avec des actions au périmètre restreint, périphériques « hors sol » voire de substitution.

Enseignements à partir des critères CAD

➔ Pertinence

La pertinence telle qu'analysée par « le cadre logique TFE » révèle qu'au total et notamment en considérant le contexte et les tensions qui prévalaient au moment de la conception des projets ceux-ci sont pour la plupart pertinents au regard des besoins exprimés par les autorités et les documents stratégiques nationaux ». L'opérateur peut rendre compte des moyens mobilisés sur les financements reçus.

Cependant, dans le cadre d'une formulation des objectifs conforme aux ODD, c'est-à-dire, comprise comme un impact durable sur la santé de la population, un certain nombre d'hypothèses auraient aussi pu être soulevées, quant à l'impact et la pérennité de l'action. La pertinence et la cohérence par rapport à la stratégie française ne peuvent se résumer à dire que le projet contribue à un volet donné inscrit dans un des textes de référence mais devraient répondre à une mise en œuvre des stratégies françaises alliant RSS et SSI.

Traduire cette stratégie française en cadre logique implique des compétences techniques en santé. Dans le cadre du mandat de mobilisation et de coordination de l'assistance technique (ainsi que d'appui technique au MEAE et de son rôle au sein de l'AFD), ceci invite les recommandations suivantes :

- Mobilisation d'une **expertise technique de santé publique RSS et développement**, **en amont de l'élaboration des projets**, afin de développer un cadre logique conforme (indicateurs d'impact santé en populations durables) sur les bases des stratégies françaises et en interaction avec le pays partenaire (durabilité, appropriation d'un processus conjointement compris, cohérence avec le contexte et les politiques locales, cohérence avec les PTF) ;

- Positionnement des **interventions au sein de** ce **cadre logique**, en apportant la vision d'ensemble d'EF et des expertises qu'elle est en mesure de mobiliser.

Par ailleurs, la pertinence du mode projet, piloté depuis le siège pour des activités de RSS, à la base de la pérennité de la SSI et de la mise en œuvre des capacités essentielles du RSI, nécessite un **personnel senior avec expertise en santé publique/développement** sur une **durée plus longue** en capacité de coordonner l'ensemble de la grappe de projets. La valorisation à l'international de l'expertise française en matière de santé publique pourrait passer par un appui à cette expertise santé, dans le cadre de la mise en œuvre de la Circulaire du 15 mai 2018 relative à la mobilisation des départements ministériels et des établissements qui leurs sont rattachés en faveur de l'expertise

technique internationale. Une réflexion sur les prérequis et moyens de formation ou de validation des acquis de l'expérience, dans le cadre de la stratégie de la France en santé mondiale et des pays prioritaires de l'aide publique au développement, pourrait être envisagée, avec à la clé, un appui éventuel à l'organisation de formations. Cette démarche pourrait également être étendue aux acteurs du secteur privé.

La pertinence des moyens en termes de ressources financières et de temps pour mieux ancrer les projets dans les systèmes : du temps a certes été donné au travers d'extensions sans coût mais une planification plus longue dès le départ, avec une durée de financement prévue sur trois ans plutôt qu'un an avec des extensions, permettrait une meilleure planification de renforcement de capacité et de gouvernance.[18] S'agissant de réponse de crise, l'anticipation par la préparation et le renforcement des compétences techniques adéquates en matière de SSI-RSS en coopération serait un atout,

➔ Coordination

Le manque de coordination entre les partenaires pendant la période post-Ebola est souligné par les acteurs du développement et les chercheurs[19]. Les exemples de dédoublement des activités avec des partenaires proposant des formations avec des logiciels et des indicateurs différents ne manquent pas. En ce sens l'exécution du projet Twin-2H est intéressante. De nombreux acteurs, y compris EF avec son projet Twin2H, et JHPIEGO proposaient des modèles d'hygiène hospitalière différents parfois au sein du même établissement hospitalier (par exemple à l'hôpital régional de Kankan). La coordination entre ces deux acteurs majeurs, avec l'OMS et sous la tutelle du département EOHHH du Ministère de la santé permet le développement de procédures nationales qui servent de base pour les partenaires impliqués dans ce domaine.

L'apport de ressources techniques reconnues, couplées à la coordination par le Ministère de la Santé soutenue par les partenaires, est un modèle de succès dont il est bon de s'inspirer. Cette **coordination et le renforcement des capacités techniques,** observés lors de la mise en œuvre serait facilitée si elle s'inscrivait en **amont de la conception des projets**, avec la mobilisation d'un vivier d'experts formés aux questions de RSS dans le contexte des pays partenaires et de la stratégie de la France en santé mondiale, avec une bonne compréhension des complémentarités entre expertises clinique et de santé publique.

➔ Cohérence

In fine, les projets post-Ebola s'inscrivent dans les priorités françaises en matière de RSS et de SSI mais le périmètre large des thématiques et les ressources limitées du programme post Ebola rendent la cohérence d'ensemble délicate pour qu'une réelle logique puisse être démontrée. Plus qu'une cohérence au sein du groupe de projets post Ebola, les projets présentent des cohérences avec d'autres projets, ce qui semble refléter un positionnement fort de la part des partenaires de mise œuvre plus que d'un pilotage stratégique.

Comme évoqué dans la section « Pertinence », la traduction de la stratégie française en cadre logique conforme (indicateurs d'impact santé en populations durables) en interaction avec le pays partenaire doit rester le fil conducteur de l'élaboration des projets pour consolider cette cohérence d'ensemble, au-delà des positionnements des partenaires. Une **cohérence forte des activités dans un contexte de ressources contraintes et d'environnement concurrentiel** pourrait aussi favoriser la **visibilité** de l'action française.

[18] Entretien Stéphanie Maltais - « La gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles : étude de la crise d'Ébola en Guinée », Travail de recherche *Thèse en Développement international* (OTTAWA). https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/39855/5/Maltais_Stephanie_2019_th%C3%A8se.pdf

[19] Entretien Stéphanie Maltais

EF hérite de la mise en œuvre des projets post-Ebola tout en assurant son propre développement, ses propres procédures internes. Des projets certes différents mais avec des ramifications communes sont portés par des départements distincts d'**EF**. Néanmoins, les **procédures internes** et la concurrence sur les financements ne sont pas en place **pour capitaliser sur les acquis** des autres départements. La coordination et la recherche de cohérence sur le terrain avec d'autres partenaires techniques ou bailleurs parait plus efficace et aboutit à des complémentarités d'action.

Une **vision stratégique**, développée **avec les pays bénéficiaires**, qui sert de **boussole pour l'orientation des ressources**, doit s'imposer aux partenaires et pas le contraire, même si l'expertise technique peut et doit faciliter l'élaboration de stratégies fondées sur des connaissances probantes et socialement acceptables. Certains des partenaires sont certes de haute qualité et avec de nombreuses valeurs ajoutées mais leurs agendas semblent primer sur une vision stratégique, d'autant plus dans un contexte déstructuré qui prévalait au moment du lancement des projets.

Différents départements d'EF ont été sollicités pour la mise en œuvre de projets dont certains avaient des ramifications en matière sanitaire. L'évolution des ODD, les déterminants de la santé mobilisant différents secteurs et l'approche « Une Seule Santé » montrent que la **coordination interne au sein d'EF doit être structurée au-delà de l'échange d'information** informel pour permettre une meilleure coordination et cohérence pour capitaliser sur les acquis des uns et des autres et pour une plus grande efficacité. Dans le cadre de la SSI-RSS, cette organisation devrait assurer un leadership technique santé transversal, tout en permettant la mobilisation coordonnée des compétences nécessaires dans les secteurs connexes (dont sécurité, paix et stabilité, protection sociale…). Enfin, la gestion de crise impliquant l'adaptation de projets en cours conçus dans une optique de développement, une approche transversale SSI-RSS est à concevoir, tant pour l'élaboration de projets de riposte que pour l'adaptation de projets de développement en vue de maintenir l'accès aux soins essentiels et préparer le redressement.

➔ Efficacité

Les principaux indicateurs et objectifs des cadres logiques ont été atteints. Les projets Post Ebola contribuent aux besoins exprimés par la TFE lors de la RIM de février 2015 d'une approche plus structurante pour accompagner la sortie de crise et le passage d'une logique de réponse à l'urgence à une logique de relance durable des services de santé.

Les projets sont mis en œuvre, les objectifs sont globalement atteints et ce, dans des conditions de tension importante sur le personnel d'EF, pendant cette période de transition et de fusion. Le cahier des charges sur EF est lourd. Le turn-over du personnel est important et ces tensions ont un impact sur la qualité du travail et sur l'efficacité de l'exécution des projets. La qualité du personnel est questionnée par certains partenaires même si leur engagement est salué par tous. L'investissement dans les RH pour un meilleur retour sur investissement pourrait être une stratégie gagnante.

Malgré l'ambition affichée d'EF de devenir un acteur de référence en matière de réponse aux crises sanitaires, notamment épidémiques, tant dans la prévention que dans la réponse précoce, on retrouve peu de reconnaissance et de valorisation de l'expertise française qui se serait concrétisée sous forme de mise en œuvre de projet ou d'activité pour d'autres bailleurs. Le savoir-faire acquis avec les projets post-Ebola manque de reconnaissance tant au niveau national qu'international dans un environnement qui reste très compétitif.

Les modèles utilisés par les projets gagneraient à être répliqués et améliorés pour augmenter en reconnaissance. Ces projets et cette expérience acquise pour EF risque d'être perdus du fait de la non poursuite des projets. Un **ancrage plus long et une capitalisation sur ces projets**, en Guinée ou ailleurs, aurait pu permettre une **reconnaissance technique** et peut être à EF de devenir un acteur de référence.

Le manque de valorisation est plus probablement le fait du couple MEAE-EF que de la seule agence. Le milieu est très concurrentiel, cette valorisation passe donc, au travers et au-delà de la seule capacité technique, par une valorisation plus large. Une analyse et un retour d'expérience spécifique sur ce sujet pourrait bâtir les fondements d'une telle stratégie. L'exemple d'autres pays avec des investissements largement inférieurs mais avec des relais plus efficaces et de meilleures 'caisses de résonnance' pourraient servir d'étude.

Une **meilleure valorisation du vivier d'experts disponibles**, au-delà des expertises classiques de l'IRD et de l'INSERM, pour inclure aussi les universitaires mériterait d'être explorée. On rappelle par exemple les activités prévues par le projet Lab-Net et mises en œuvre par des universités américaines comme Georgetown University ou des organisations comme l'IMC. Plus récemment avec la crise à COVID-19, l'université américaine John Hopkins fait office de centre de partage de l'information devant des institutions de références. Le réseau d'universitaire tissé par la France reste lui sous exploité. Enfin, dans l'optique de la stratégie de la France en santé mondiale, il conviendrait d'appuyer les institutions Africaines, notamment régionales ou déjà en réseau sur la mutualisation des connaissances, avec un appui d'universitaire au fait de la richesse de ces institutions et avec l'intervention d'un ensemblier de compétences tel qu'EF. On peut citer à titre d'exemple, les CDC, régionaux et sous régionaux, qui ont été renforcés à l'issue de la crise Ebola. Même si ces institutions débordent le champ des pays prioritaires majoritairement francophones, elles s'inscrivent dans le champ des politiques françaises et européennes en appui à l'intégration régionale et répondent aux nécessités du RSI, quant à l'harmonisation transfrontalière des réponses.

➔ Durabilité

Les projets PREPARE et Twin-2H, portés par une appropriation forte par les directions nationales concernées, ont eu un effet structurant sur le système de santé notamment en matière de gouvernance (PREPARE, Twin-2H). L'appropriation forte ne relève pas uniquement des ressources apportées par les projets, de nouvelles équipes aux niveaux des autorités nationales - Département du laboratoire pour Lab-Net et Direction de la Protection Civile pour UPC - a aussi pu améliorer la situation, notamment en termes d'appropriation. Quoiqu'il en soit une approche de renforcement de la gouvernance portée par de activités spécifiques – appuyer la transition par les autorités, standardiser et valider les protocoles avec les autorités nationales– dans une approche promut par la déclaration de Paris et UHC2030 est un des enseignements du programme post Ebola.

Assurer la pérennité des projets avec une meilleure transition en anticipant à l'avance cette étape et en l'inscrivant dans le cadre logique s'avère un critère de durabilité. Les conditions de début d'existence d'EF ne permettaient peut-être pas de prioriser cet aspect, mais de garder un œil fixé sur la transition pour la préparer avec les autorités et les partenaires reste essentiel.[20] L'exemple du projet PREPARE avec l'activité A3.3 « Appuyer la transition pour prise en charge des ERARE par les autorités guinéennes de PREPARE » où la transition est pensée dès le début est certainement à développer.

L'enseignement relatif à l'expérience évaluée ici est aussi celle de la difficulté pour une organisation de porter un mandat alors qu'elle est en construction, le temps institutionnel n'étant pas celui de la reprise d'urgence de projets post-crise.

[20] Entretien Stéphanie Maltais

Pour faciliter l'appropriation et le suivi des enseignements de cette évaluation, les lignes directrices suivantes sont proposées :

1- Lignes directrices concernant la conception et mise en œuvre de programmes de santé structurants en situation de crise sanitaire :

- **Systématiser un engagement participatif des pays partenaires au stade de l'élaboration des projets** qui favorise une bonne appropriation des activités par les acteurs
- Prévoir une étape d'instruction de projet incorporant **une démarche analytique systématique et approfondie du contexte, des cadres stratégiques et des opérateurs techniques et financiers**, afin de positionner au mieux le projet post-crise.
- **Développer l'instruction du projet en deux temps**. Le premier temps de **l'instruction de projet mériterait de se dérouler dans un cadre technique indépendant.** Ce n'est que dans un second temps de l'instruction, que les acteurs publics et privés seraient identifiés en vue de porter un développement durable de la SSI et du RSS, sur la base d'une analyse fonctionnelle des expertises à apporter, enracinée dans le contexte pays.
- Mettre en place une **méthodologie de conception de projet participative** afin d'identifier au cours de l'instruction dès projets les facteurs de succès/les contraintes/les barrières perçus par les différents corps de parties prenantes.
- **Distinguer,** d'une part, les **compétences pour des programmes d'urgence opérationnels transitoires** et d'autre part, **l'expertise technique de santé publique spécialisée en renforcement du système de santé** (à même d'apporter l'expertise structurante au sein des institutions des pays(quelles soient privées, publiques, centralisée ou décentralisée).

2- Lignes directrices concernant la mise en œuvre des priorités de la Stratégie française en santé mondiale (2017-2021)

- **Inscrire les actions de RSS et de SSI dans une perspective d'appropriation par les pays partenaires** afin d'orienter les axes programmatiques des projets vers un impact durable sur la santé des populations. Les activités visant le RSS et ses piliers principaux ainsi que les recommandations techniques en santé portées par l'OMS dans le cadre du RSI doivent ensuite être **considérées de manière systématique dès la conception des projets.**
- **Concevoir les projets post-crise dans la durée dès la phase d'instruction** (par opposition à un programme d'urgence transitoire).
- **Assurer un ancrage institutionnel fort et la mise en place de partenariats** afin d'impulser une dynamique progressive vers une orientation de RSS et de développement durable.

3- Lignes directrices concernant la capitalisation interne d'EF et la valorisation externe des compétences et savoir-faire acquis

- **Permettre un fort ancrage local d'EF par l'intermédiaire d'un** bureau de représentation EF mis en place dans les pays.
- Clarifier **la répartition des tâches entre intervenants** (Chargé, Chef de Projet/pôle, Coordonnateurs, experts, etc.) afin de gagner en efficacité.
- **Améliorer l'efficience des projets par une coordination interne au sein d'EF qui soit structurée au-delà de l'échange d'information**, et qui soit menée par le département concerné par l'impact prioritairement attendu.
- **Développer un réseau de partenaires variés** (institutionnels, académiques, associatifs et privés), opérateurs de mise en œuvre dans les projets.
- **Renforcer les capacités techniques du département santé d'EF en RSS et SSI.**
- **Systématiser la conception de projets via un canevas/cadre logique et via un engagement participatif des pays partenaires**.
- Mettre en place un canevas allégé prévoyant la complétude du cadre logique sur les aspects opérationnels à long terme afin d'assurer la **continuité des appuis et une transition cohérente entre urgence et développement**,

ANNEXE 1 – ANALYSE CONTEXTUELLE APPROFONDIE

A.1. Analyse du secteur de la santé en Guinée sur la période évaluée

Les projets post-Ebola ont été mis en place en 2015, presque exclusivement en Guinée, où les indicateurs de l'état de santé de la population et du système de santé étaient parmi les faibles au niveau mondial, en partie aggravés par l'épidémie à virus Ebola.

En janvier 2015 en Guinée, une première version d'un **Plan de relance et de résilience du système de santé** (PRRSS) ou Plan triennal 2015-2017 est élaborée. Elle est organisée autour de l'analyse de l'état des lieux antérieur à la crise Ebola, de l'impact de la MVE, des **orientations stratégiques pour la relance du système de santé** (incluant les mesures pour le contrôle de la MVE et le renforcement du système de santé) et de propositions pour l'amélioration de la gouvernance.

L'état de santé de la population était alors parmi les plus mauvais de la sous-région. L'espérance de vie à la naissance était de 56 ans avec plus de la moitié de la population (55%) qui vivait en dessous du seuil de pauvreté (Banque Mondiale (BM), 2012). Selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2012 les taux de mortalité restaient parmi les plus élevés de la sous-région (ratio de mortalité maternelle 724 pour 100 000 naissances vivantes, taux de mortalité infanto juvénile 123‰, taux de mortalité infantile 67‰)[21].

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de morbi-mortalité étaient liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique et les maladies évitables par la vaccination.

Le **système de santé** et notamment les **ressources humaines** étaient inadéquates. La densité des professionnels de santé, dont la formation initiale et continue étaient par ailleurs souvent inadéquate, inférieure à la norme régionale de l'OMS (1/10.000[22] en 2014) avec des répartitions de ces ressources très inégales : 17% des professionnels de la santé du secteur public servait dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays. L'insuffisance ou l'absence de motivation étant un facteur limitant la qualité de leurs prestations. Cette situation a aggravé la méfiance des populations vis-à-vis des services de santé.

Les infrastructures, les équipements de base notamment pour les laboratoires d'analyse médicale, et les autres produits de santé manquent cruellement. 50% de la population devait parcourir plus de 5 km pour atteindre un centre de santé. Cette situation contribua à la faible attractivité des services de santé telle qu'observée lors de l'épidémie de MVE.

Le **système d'information** sanitaire District Health Information System (DHIS2) était débutant à l'image des modules de surveillance épidémiologique dont le développement aura par la suite soutenu les partenaires dont EF. Par ailleurs, l'absence du module d'alerte précoce a été constatée.

Le **financement du secteur de la santé** était très faible à 1.75% du budget national en 2013 et en dessous de l'objectif d'Abuja de 15%. Les ménages constituaient la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 63% des dépenses de santé.

Impact de la MVE sur le système de santé : Une baisse générale des activités dans les formations sanitaires particulièrement pour les soins curatifs, les consultations prénatales et les accouchements était constatée. Le personnel de santé reste particulièrement affecté avec 211 agents de santé infectés et 115 (55%) décédés[23].

[21] EDS 2012 Ministère du Plan, Guinée

[22] Nombre de médecins, y compris les médecins généralistes et spécialistes, pour 10 000 habitants. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a promulgué un ratio médecin-population souhaitable de 1:1 000 - http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf

[23] René Migliani, Congrès de la Société de pathologie exotique Ebola, 3 ans après : Les grandes questions, Paris, Mardi 8 novembre 2016

L'ampleur de la crise de la MVE a imposé la mise en place d'une structure de coordination, **le Centre de Coordination de Lutte contre Ebola (CNLE)**, assurant la coordination de la gestion de l'épidémie. L'impact a été positif quant à la riposte engagée. Cette structure sera par la suite intégrée dans l'organigramme du Ministère de la Santé en tant qu'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSS).

L'épidémie de MVE a permis de doter temporairement le pays de capacités logistiques et humaines qui devaient être intégrées dans le système de santé pour être pleinement utile.

A.2. Réponse française

Le 20 octobre 2014, le Premier ministre a décidé de mettre en place une TFE placée sous son autorité pour assurer le pilotage et le suivi de la crise internationale et de l'engagement de la France[24]. Cette création s'inscrit dans le Plan national de prévention et de lutte « maladie à virus Ebola » publié le 12 novembre 2014, par le secrétariat général de la Défense et de la Sécurité nationale.

Contribution française pendant la phase d'urgence

Dans la phase d'urgence, la contribution française s'est élevée à 158 M€ entre 2014 et 2015, déclinée ainsi :

- Guinée : Financement de 110 M€ autour de 3 axes :
  - La formation et la protection des acteurs engagés dans la crise (centre de formation à Nogent le Rotrou et à Manéah en Guinée) ;
  - La prise en charge médicale (4 centres de traitement Ebola, un centre de traitement des soignants, et 4 laboratoires financés par la France) ;
  - Le soutien à des actions communautaires.
- Sous-région : Plus de 20 M€ pour le financement des plans de riposte du Mali, de la Côte d'Ivoire, du Libéria et du Cameroun ;
- Niveau mondial : Près de 30 M€ pour le financement de projets de recherche et pour la réponse globale en soutien à l'OMS, au Programme Alimentaire Mondial et à la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre Ebola.

Un appui perlé a été mobilisé en 2014 avec la présence de Pr. René Migliani auprès du directeur de l'ANSS, pour le suivi épidémiologique.

Une équipe de coordination était présente en Guinée pour la mission de coopération en appui à la réponse française composée d'un 1er médecin de santé publique, Dr Jean-Pierre Lamarque, conseiller régional basé à Conakry, 3 semaines sur 4 d'octobre 2014 jusqu'en février 2015, remplacé par la suite ; d'un 2eme médecin de santé publique et communication, Dr Jean-François Donard, remplacé par Mach-Houd Kouton pour une expertise de mobilisation communautaire ; d'un diplomate, Mr Didier Maze du MEAE ; et d'un militaire en appui pour la logistique.

La TFE est initialement mise en place pour coordonner les activités de réponse à la crise Ebola dans un contexte d'urgence sanitaire. Elle est essentiellement composée d'acteurs issus du secteur humanitaire et de la recherche médicale, sans prisme de santé publique et développement international durable (e.g. prisme RSS en pays à faible revenus). Des financements sont débloqués, notamment au travers des fonds des Institutions Européennes et multilatérales. Le suivi des activités de la TFE se fait au travers des RIM présidées par le cabinet du Premier ministre.

[24] Le Professeur Jean-François DELFRAISSY a été nommé Coordonnateur des opérations nationales et internationales de réponse à Ebola. Il est secondé par quatre coordonnateurs délégués
Christine FAGES, Ambassadrice en charge de la coordination de l'ensemble des initiatives sur le plan international et européen ;
Le Préfet Pierre LIEUTAUD, coordonnateur délégué pour le dispositif de réponse nationale ;
Le Professeur Thierry DEBORD, responsable du pôle santé ;
Le Professeur Yves LEVY, en charge du pôle recherche sous l'égide d'Aviesan.

En 2015, au moment où les effets de la réponse se font sentir et que la progression de l'épidémie d'Ebola commence à ralentir, une approche plus structurante est initiée pour accompagner la sortie de crise et le **passage d'une logique de réponse à l'urgence à une logique de relance durable des services de santé**[25]. Cette approche s'articule autour de trois grands axes d'intervention aux temporalités différentes[26] :

- L'adaptation des moyens pour lutter contre une épidémie de plus basse intensité, aux foyers dispersés, mais qui n'est pas encore totalement sous contrôle ;
- La relance des services de santé, en faveur notamment du couple mère-enfant délaissé au plus fort de la crise épidémique ;
- Enfin, la pérennisation des dispositifs de prévention, d'alerte, de surveillance et de riposte initiés en 2014, et l'appui aux laboratoires (avec l'idée de développer un réseau régional de formation en santé publique). Il est notamment envisagé par la France et l'UE un appui à la création de huit plates-formes de santé (veille sanitaire, alerte, réponse) regroupant tous les acteurs et couvrant l'ensemble du territoire guinéen.

S'agissant des projets évalués, cette stratégie constitue un **cadre de référence opérationnel pour la période 2015-2018**, dite post-Ebola. Elle fait référence à des compétences et une expertise « de santé publique » mobilisées durant la crise Ebola. Mais il n'apparait toutefois pas d'explicitation des compétences en matière de RSS-SSI durable dont la mobilisation est attendue d'EF. La combinaison des actions d'urgence avec des actions de RSS, impliquant un soutien à la gouvernance du système de santé des Etats partenaires, est un défi supplémentaire.

Les projets post-Ebola sont lancés dans ce contexte d'urgence, avec consultation des instituts de recherche, des acteurs associatifs, comme la Croix Rouge, Women And Health Alliance International (WAHA) et The Alliance for International Medical Action (ALIMA), des partenaires locaux et de l'Ambassade de France. Les ONG en deviennent les premiers opérateurs.

Au niveau opérationnel, l'action portée par la réponse française est complexe, avec différents acteurs, parfois mal identifiés, intervenant dans sa réalisation et sa coordination. Elle compte également un **nouvel opérateur, EF,** qui apparait sur la scène et qui va devoir apprendre sur le tas les aspects de gestion en post-crise, tout en intégrant, aux réponses apportées, des dimensions de développement (cohérence) et RSS en coopération. Alors que la coordination politique ou avec le service de santé des armées semble bien fonctionner, **la coordination opérationnelle peine à se mettre en place**[27].Certains partenaires sont intégrés dans les projets sur injonction de la TFE, sur base de leur connaissance du terrain malgré, leur fragilité financière ou technique relative aux dimensions sus-citées.

EF est progressivement mobilisée entre février et juillet 2015 dans le cadre des RIM autour de la TFE. Une réunion de retour d'expérience clôture les activités de la TFE en novembre 2015. Au vu de l'évolution favorable de l'épidémie, la TFE a été dissoute le 31 décembre 2015. Il n'y a pas eu d'évaluation externe de son activité.

Le MEAE prend le relais de la TFE à partir de janvier 2016 **pour le suivi des projets humanitaires et de développement** qu'elle a initiés. Il est impliqué depuis le début de la crise Ebola dans des projets de réponse à l'urgence et des projets dits de transition ou Post-Ebola, en partenariat avec les opérateurs de l'Etat dont il a la tutelle comme EF. Il appui de manière simultanée des opérateurs

25 Pierre Salignon et Adrien Absolu, « L'action de l'État français en Guinée : envers et par-delà Ebola », Humanitaire [En ligne], 40 | 2015, mis en ligne le 15 avril 2015, consulté le 01 mai 2019. URL : http://journals.openedition.org/humanitaire/3138

[26] Secrétariat Général du Gouvernement, République Française : « Compte rendu de la réunion interministérielle tenue le mercredi 4 février 2015 à 18 heures sous la présidence de Mme Tagliana, conseillère santé autonomie au cabinet du premier Ministre – objet : réorientation du plan Ebola », diffusé le 11 février 2015.

[27] Entretien partenaire, TFE

humanitaires, notamment via son Centre de Crise et de Soutien, avec le soutien des services de protection civile et d'opérations d'aide humanitaire européennes (ECHO)[28].

Depuis l'été 2015, dans le cadre du processus de transition, le suivi des projets post-Ebola était délégué à la Direction générale de la mondialisation, de la culture, de l'enseignement et du développement international, et en particulier à la Sous-direction du développement humain (HUMA) et à la Sous-direction de l'enseignement supérieur et de la recherche. La Sous-direction du développement, dans le cadre de son mandat de suivi d'EF, et la Délégation des programmes et des opérateurs, dans le cadre de son mandat de suivi budgétaire, étaient également impliquées. D'autres départements ministériels suivent la mise en œuvre mais la capacité de HUMA à assurer la supervision du suivi opérationnel de ces mécanismes complexes dans un environnement contraint est questionnée.[29] La capacité d'EF à cette époque ne permettait pas de combler ce vide.

Au-delà de ces projets transférés à la sous-direction HUMA et mis en œuvre par EF, deux autres projets d'importance sont désormais portés par cette Sous-direction, le **projet RIPOST** « Réseau d'Institut de santé Publique d'Afrique de l'Ouest » qui sera transféré à l'AFD et **les projets du Canal 3** de l'Initiative 5% qui est aussi géré par le DEPSAN

Le suivi des projets post-Ebola s'est fait au travers des six Copils, organisés sur quatre ans (le 1er a eu lieu le 15 juin 2016).

A.3. Stratégie de la France et environnement multilatéral

La stratégie de la réponse française bilatérale pendant et après la crise Ebola est à l'interface de plusieurs facteurs dont les interactions et les évolutions façonnent l'intervention française :

- La cohérence avec la stratégie française de coopération et développement en santé mondiale ;
- La stratégie d'intervention et de mobilisation des ressources françaises, en particulier l'expertise, au service de la coopération en santé ;
- Les spécificités des politiques et des programmes de contrôle en aval, au cours et en amont des crises sanitaires, soulignant **l'importance de l'articulation RSI-RSS et de la santé avec les perspectives sécuritaires et humanitaires**.

Chacune de ces perspectives instruisent les recommandations relatives à l'aide française bilatérale, qui seront formulées dans le cadre des approches RSS et RSI.

A.3.1. Contexte de la « stratégie opérationnelle », énoncée par la TFE,

En aout 2014, la Direction Générale de la Santé précisait les modalités de mise en œuvre du RSI relatives aux contrôles aux frontières, suite au décret d'application de 2013, par le biais d'une circulaire associant trois ministères. L'automne 2014 verra une mobilisation nationale au niveau de la primature explicitement ciblée sur les risques liés à l'épidémie d'Ebola [30].

Le périmètre de cette mobilisation interministérielle intègre certes des enjeux de coopération en direction des pays touchés par l'épidémie, mais la perspective, dans le cadre de l'USPPI, est plutôt celle de la sécurité sanitaire nationale et mondiale à court terme. En témoigne le Plan national de prévention et de lutte « maladie à virus Ebola », publié le 12 novembre 2014 par le Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale, qui détaille l'organisation de la mobilisation en cas de crise nationale et se complète par un plan de communication coordonnée par les services du

28 Ainsi l'ONG humanitaire, Première Urgence Internationale, développe-t-elle un appui aux services de soins de santé primaires, de 2015 à 2017 dans deux districts de Guinée, s'appuyant sur 10 personnels expatriés (https://www.premiere-urgence.org/mission/guinee/)

29 Entretiens partenaires, TFE

30 Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'intérieur. « Circulaire Interministérielle N° DGS/DUS/BOP/DGAC/DGITM/DGSCGC/2014/249 du 18 août 2014 relative à la mise en œuvre du décret n°2013-30 du 9 janvier 2013 relatif à la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International »

Premier ministre. Le rôle du MEAE dans cette communication s'inscrit dans le périmètre de la prise en charge des ressortissants français dans les pays touchés par l'épidémie[31].

A.3.2. Cadre stratégique de la coopération française prévalents lors du transfert des projets à EF

En 2015, le cadre stratégique de la coopération française de 2012 s'applique pour orienter les priorités d'actions du MEAE sur la période évaluée. Ce cadre s'accompagne d'autres développements décrits qui sont susceptibles d'influencer les priorités françaises et la conception des projets :

- Les décisions du Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) réuni le 31 juillet 2013 ;
- La mise en place d'une Loi d'orientation et de programmation relative à la politique de développement et de solidarité internationale, loi n° 2014-773 du 7 juillet 2014 ;
- L'Examen de ces cadres stratégiques indique que les contenus et synergies entre les domaines du renforcement des systèmes de santé et de la sécurité sanitaire internationale ne sont pas encore pleinement explicités au moment du lancement des quatre projets. En effet :
- 1) Renforcement des systèmes de santé : En 2012, le MEAE indique que sa stratégie promeut le renforcement des systèmes de santé les plus fragiles (extrême pauvreté, situations de crise), notamment en Afrique francophone, via l'appui au financement durable et solidaire de la santé, la formation de RH compétentes et motivées, et le développement de systèmes d'information sanitaire fiables.

Depuis 2007, l'OMS reconnaît six piliers constitutifs des systèmes de santé qui sont décrits. Il est important de retenir de cette catégorisation, que l'approche systémique dans laquelle elle s'inscrit implique une interdépendance de ces piliers ainsi que des composantes de ces piliers. Ainsi l'impact de projets ciblant une sous-composante est-il conditionné par ces interactions. *Par exemple, dans l'approche cadre logique, un impact durable en termes de disponibilité de RH compétentes et motivées est sous tendu par la vérification de conditions de l'efficacité relevant non seulement de la formation, mais aussi de la motivation et de la rétention du personnel, et donc, du financement du système de santé.*

La stratégie française 2012-2017 explicite les orientations pour la mobilisation des ressources françaises, y compris l'expertise, au service de la coopération bilatérale en santé. Si un accent est mis sur des aspects plus transversaux, comme la gestion des systèmes de santé et la santé publique, en termes de source d'expertise en RSS, seule la formation des décideurs et gestionnaires en santé publique à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) est mentionnée. *Il n'y a pas de référence aux autres ressources en santé publique disponibles dans les administrations et agences de la santé, qui sont susceptibles de mener des interventions de renforcement des systèmes de santé.*

2) Articulation SSI RSS via le RSI dans la stratégie de 2012

A côté et indépendamment du RSS, la stratégie de 2012 mentionne d'une part, que « les nouveaux défis posés par les déterminants exogènes à la santé nécessitent une action multisectorielle, orientée vers l'amélioration de la santé publique » (p4), et invite également à « la mise en œuvre du RSI et la préparation aux épidémies » (p3). Ces deux propositions apparaissent indépendantes dans le texte, la première intégrant des déterminants environnementaux et sociaux de santé. La position de la France exprimée en 2011 dans un document de travail concernant l'approche « une seule santé » est analogue avec celle de l'OMS en 2017 : centrée sur les risques infectieux. Or dès 2005, le RSI ouvre une perspective large sur les menaces à la santé, au-delà du seul risque infectieux tout en précisant les contours du leadership santé porté par l'OMS, tant au niveau intersectoriel qu'au regard de la souveraineté

[31] Gouvernement de la République Française, Premier Ministre, Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale (SGDSN). Plan national de prévention et de lutte « maladie à virus Ebola » publié le 12 novembre 2014.

La mise en œuvre du RSI en termes de coopération avec des pays à faible ressources, renvoie à la tension entre gestion de crise/humanitaire/substitution et développement durable/empowerment, en matière de gouvernance et leadership national.

En contraste, sous l'égide de l'OMS, dans les suites de la crise Ebola, s'observe une évolution vers une appréhension plus holistique entre RSS, couverture sanitaire universelle (CSU) et mise en œuvre du RSI. Ce lien est discuté dès 2014 à l'OMS, sous l'angle de la résilience des systèmes de santé des pays affectés par Ebola. L'approche converge avec celle de la réduction des risques en matière d'action humanitaire et de lien entre réponse et prévention des crises. Au niveau de la coopération multilatérale, avec l'avènement des objectifs du développement durable, cette perspective prendra forme entre 2015 et 2017, notamment, par l'évolution de l'initiative IHP+ vers l'initiative UHC2030, où sécurité sanitaire et CSU pérenne sont synergiques et atteignables par le RSS.

Mise en perspective avec les projets évalués : Dans le contexte de l'épidémie d'Ebola, la reconnaissance de l'USPPI et l'intervention extérieure furent tardives puis massives. L'ambiguïté a également perduré durant la période de rémission épidémiologique suivant la crise, avec une levée de l'USPPI intervenue en 2016, soit plusieurs mois après. L'explicitation du RSI et RSS, mis en œuvre dans le cadre de la stratégie de la France permet, en regard des projets évalués ici d'émettre certaines hypothèses. L'ambiguïté quant à l'évolution de la menace Ebola début 2015 a pu se refléter dans la conception des projets évalués, sous l'angle de la durabilité de l'approche RSS avec pour hypothèses (i) une difficile prise en compte du leadership national à tous les niveaux (communautaire, ministères de la santé des pays concernés) (ii) une moindre attention à la rétention et disponibilité de RH motivées pour mettre en œuvre durablement les acquis de formation (ou capacité d'absorption) (iii) une approche du RSI focalisée sur les seuls risques infectieux (iv) une orientation vers la valorisation d'une expertise dont la capacité à renforcer structurellement (versus soutenir) les systèmes de santé n'a pas été explicitée.

Le Comité interministériel de la coopération internationale et du développement du 31 juillet 2013, le CICID met l'accent sur la coordination, l'efficacité, la redevabilité et la transparence en termes d'aide au développement, conformément aux suites des accords d'Accra. Il introduit une priorité genre et annonce le renforcement du rôle de l'AFD en maintenant des priorités de financement en direction des Etats fragiles et la santé.

Mise en perspective avec les projets évalués : Il sera important d'évaluer l'intégration de la perspective genre dans les projets évalués.

La loi n° 2014-773 du 7 juillet 2014 d'orientation et de programmation relative à la politique de développement et de solidarité internationale acte de la création de l'Agence française d'expertise technique internationale, a été mise en œuvre par le décret n° 2014-1656 du 29 décembre 2014 relatif à l'Agence française d'expertise technique internationale. Par ces textes, l'établissement public à caractère industriel et commercial « France expertise internationale », créé en 2010 à la suite du groupement d'intérêt public « France coopération internationale », fusionne avec divers groupements d'expertise pour devenir l'« Agence française d'expertise technique internationale » et inscrire son action dans le cadre de la politique extérieure de coopération au développement.

Outre cette nouvelle organisation de l'expertise française, la loi explicite les orientations de la politique de développement et de solidarité internationale avec un accent particulier sur la redevabilité mutuelle, la cohérence entre urgence et développement et celle entre l'action bilatérale et multilatérale ainsi que la prise en compte des capacités d'absorption des pays partenaires.

Mise en perspective avec les projets évalués : (i) Les projets sont confiés à un opérateur en construction (ii) ce texte renforce les objectifs donnés aux projets et les attentes de l'évaluation quant à l'inscription des projets dans les systèmes de santé, avec à l'appui, la nécessité des outils de redevabilité.

A.3.3. Cadres stratégiques internationaux

Accord cadre France OMS

Un accord-cadre entre la France et l'OMS pour la période 2014-2019, a été signé par les Ministres des Affaires étrangères et de la santé en décembre 2013 et appliqué par décret du 10 mars 2014. Il fait état de la réforme de l'OMS en cours ainsi que du rôle confié à l'OMS dans le cadre de la réforme des activités humanitaires des Nations Unies pour coordonner le travail de la communauté humanitaire et sécuritaire dans le secteur de la santé.

Le **souhait de cohérence avec l'action des opérateurs français** est mentionné, avec un engagement du gouvernement à informer les opérateurs français intéressés par les orientations retenues avec l'OMS. Certains des opérateurs listés comme susceptibles de fournir un appui par le biais d'expertises techniques dans le cadre du présent accord, sont ceux sous tutelle ou cotutelle du Ministère de la santé, avec un mandat prioritaire sur le territoire national[32].

Mise en perspective avec les projets évalués : Sur la période évaluée, EF nouvellement constituée ne disposait pas d'accord spécifique pour faire valoir à l'OMS l'expertise française en santé mondiale vue sous l'angle spécifique de la coopération au développement, en particulier en direction des pays les plus pauvres. En termes de mobilisation d'assistance technique dans l'élaboration ou la mise en œuvre des projets post-Ebola à évaluer, le lien entre EF et les opérateurs français susceptibles de fournir une expertise technique à l'OMS n'était pas non plus suffisamment construit. L'écosystème d'EF était en devenir.

Sommet du G7

La déclaration des chefs d'Etats et de gouvernement au sommet du G7, a été rédigée en juin 2015 au Château de Schloss-Elmau. Cette déclaration exprime un soutien à la santé par « un accent particulier sur le RSS par des programmes bilatéraux et des structures multilatérales ».

Dans la section Ebola, la déclaration du G7 indique **soutenir le redressement des pays les plus affectés par l'épidémie**. L'essentiel du chapitre vient conforter la mise en œuvre du RSI dans le cadre de l'action internationale coordonnée, en matière de réponse d'urgence, en évoquant le rôle central et la réforme de l'OMS en cours et la convergence entre les initiatives multilatérales et notamment le Global Health Security Agenda (GHSA)[33]. Les pays du G7 s'engagent à offrir une assistance à au moins 60 pays, notamment en Afrique de l'Ouest, pour atteindre les exigences du RSI notamment à travers le GHSA et ses objectifs communs ainsi que d'autres initiatives multilatérales. Dans le cadre de cette déclaration, la France soutient 25 pays dont la Guinée et le Libéria.

Mise en perspective avec les projets évalués : La crise s'apaise au niveau global avec rapprochement des approches sécuritaires et santé (intégration des outils d'Evaluation externe conjointe (EEC) du GHSA à l'OMS), et avec l'émergence d'une approche RSS (avènement des Objectifs de Développement durable (ODD)). En cohérence avec ces orientations et avec les difficultés rencontrées dans la gestion de la crise, l'évaluation des projets menés dans la période post-Ebola devrait donc être interprétée au regard de l'attention portée à l'état du système de santé guinéen et à la mise en œuvre des capacités du RSI.

[32] ABM, ANSM, EFS, INCa, INPES, INVS, EHESP, INSERM

[33] Le GHSA, une initiative née en 2014 et portée par une coalition de pays, développe un plaidoyer et des outils de suivi-évaluation de la mise en œuvre du RSI, avec une perspective intersectorielle, initialement sécuritaire (axée sur les menaces intentionnelles à la santé). Cette initiative rejoindra progressivement l'OMS en 2016-2017. Références:
Laura Kanji : « Hidden Dangers: The Implications of the Global Health Security Agenda » Harvard International Review, 15 April 2016. Accessible sur : https://isnblog.ethz.ch/security/hidden-dangers-the-implications-of-the-global-health-security-agenda
GHSA Steering Group Secretariat/Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland, GHSA Preparation Task Force Team/Ministry of Health and Welfare, Sejong, Korea : « Round-up of GHSA Steering Group and Action Packages in 2015 ». Osong Public Health Res Perspect 2015-6, S28-S33.

A.3.4. Cadres stratégiques contemporains de la mise en œuvre des projets par EF et qui seront pris en compte dans le cadre des enseignements

Le relevé de conclusions du CICID

Le 30 novembre 2016, le CICID prend acte de la publication de l'agenda du développement durable 2030. Concernant l'expertise, le gouvernement considère que la création d'EF au 1er janvier 2015 accroît la capacité de la France à répondre aux demandes d'appui pour la définition, le pilotage et la mise en œuvre des politiques publiques permettant d'atteindre les ODD, au travers d'une offre française compétitive et transversale. La consolidation de la fusion sur le plan opérationnel est la priorité première. Le **partenariat entre l'AFD et EF doit se renforcer.**

Mise en perspective pour les recommandations issues de l'analyse des projets : (i) La construction de EF se poursuit mais sans référence explicites au contenu du RSS et aux compétences que cette approche doit mobiliser (ii) Ce CICID introduit un positionnement de EF dans la définition des projets qui pourra être considéré dans le cadre des recommandations.

La nouvelle stratégie de la France en Santé Mondiale 2017-2021

La nouvelle stratégie de la France, en faveur de la santé mondiale et du RSS, s'appuie à la fois sur un souci d'équité et pour garantir la sécurité sanitaire internationale. Elle repose sur les décisions du CICID de 2016 et le rapport de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique de 2016.

Le rapport de cette commission met en avant la nécessité de **renforcer le pilier « RH » des systèmes de santé**, leçon apprise de la crise Ebola, et sollicite l'engagement politique et l'investissement dans la formation, la création d'emplois décents et une migration éthique des personnels de santé[34].

En introduction, la stratégie française consacre **l'aspect intersectoriel de la santé** en adoptant une approche inclusive des menaces intersectorielles à la santé et sensible aux origines développementales de la santé et des maladies.

En matière de crises sanitaires d'origine infectieuse, l'expérience de l'épidémie d'Ebola et Zika et la problématique montante des résistances aux antimicrobiens constituent l'actualité. Sur le plan du RSS, la France souhaite prendre en compte, de manière transversale et multisectorielle, les défaillances des systèmes de santé, y compris les RH, la gouvernance et le leadership.

Dans la description des leviers existants pour l'action française, la liste des acteurs de santé publique susceptibles de renforcer la prévention s'étoffe par rapport à la précédente stratégie. EF est décrite comme une agence « dont le cœur de métier est de mobiliser l'expertise publique française », et qui « développe et met en œuvre des projets dédiés au RSS et à la sécurité sanitaire ».

La stratégie d'action de la France s'articule autour de quatre priorités :
- Priorité 1 : Renforcer les systèmes de santé tout en luttant contre les maladies ;
- Priorité 2 : Renforcer la sécurité sanitaire au niveau international ;
- Priorité 3 : Promouvoir la santé des populations ;
- Priorité 4 : Promouvoir l'expertise, la formation, la recherche et l'innovation françaises.

Mise en perspective pour les recommandations issues de l'analyse des projets : (i) L'allocation, au sein de ces priorités, de thématiques plus focalisées et plus proches des organisations et des sources d'expertise les portant, tend à estomper la transversalité et l'interdépendance, même s'il apparaît

[34] Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. « S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé ». Rapport de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. 2016

logique qu'ils ne soient que partiellement soutenus, en fonction des moyens de la France. (ii) ***l'enjeu se joue au moment de l'élaboration des projets ou de leur mise en œuvre initiale*** *sur le terrain, afin que l'analyse des processus de production d'impacts durables sur le terrain garantisse la présence des intrants nécessaires au processus dans le pays, en vue de la mise en œuvre RSI-RSS et de l'expertise technique qui peut être apportée par la France*[35]***. Cet enjeu implique une bonne prise en compte du contexte dans les pays partenaires, en amont de la définition des opérations.***

Le Relevé de conclusions du CICID du 8 février 2018 reprend les priorités de la stratégie 2017 en soulignant des approches intersectorielles qui sont par nature, des déterminants de santé, sans mettre l'accent sur une analyse du renforcement des systèmes de santé. Via les financements de l'AFD, un renforcement des capacités et d'une aide à la préparation des projets sont envisagés ainsi que l'intégration d'EF, au sein d'un groupe AFD élargi, à l'horizon mi-2019 est annoncée.

La circulaire du Premier Ministre en mai 2018 relative à la mobilisation des départements interministériels et des établissements qui leurs sont rattachés en faveur de l'expertise technique internationale parue en mai 2018, précise les moyens de mobilisation de l'expertise publique, en insistant sur les compétences techniques, les efforts attendus des administrations et les bénéfices de la mobilisation de leurs experts à l'international. En effet, il y est spécifié que « l'expertise technique à l'international est un métier qui s'apprend et suppose donc de suivre des formations appropriées »

Mise en perspective pour les recommandations issues de l'analyse des projets : Les développements issus des deux textes précédents ouvrent des perspectives quant aux possibilités d'une instruction renforcée des projets, avec une mobilisation de compétences fondée sur une analyse des besoins et compétences nécessaires au renforcement structurel des systèmes de santé, dans le cadre de la coopération internationale, articulant urgence et développement pour ce qui est de la SSI.

A.4. Mise en place d'Expertise France

Expertise France, nouvel opérateur de la France en matière de développement et de solidarité internationale au moment du lancement des projets post-Ebola, a été créée par la loi d'orientation et de programmation du 7 juillet 2014[36] dans le cadre de la réforme de l'expertise internationale française. L'agence s'est mise en place, dès janvier 2015, à la suite du décret d'application de décembre 2014. La convention de financement des projets post-Ebola a été signée début 2015.

Un protocole d'accord de mise en œuvre est signé avec le MEAE en juillet 2016 pour le **suivi et la coordination des projets Post-Ebola**. Les objectifs, le périmètre géographique, les domaines cibles, de même que l'allocation des ressources, sont définis dans le descriptif de chacun des projets.

A rappeler que dans le schéma initial de coordination et de rapports avec les autorités nationales, l**a TFE gardait la responsabilité de la coordination et de l'ensemble de la réponse française à la crise Ebola en Guinée**. Un certain nombre de partenaires ont été intégrés dans les projets sur injonction de la TFE, sur base de leur connaissance du terrain malgré leur fragilité financière ou technique.

EF est née de la **fusion de six opérateurs publics** de la coopération technique internationale[37]. Cette fusion permet de mutualiser des compétences et des savoir-faire en vue de répondre à des

[35] S'agissant de la nécessaire mais complexe explicitation des processus de production d'impacts en santé, voir : «Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance". Sameen Siddiqi & Al, Health Policy, Volume 90, Issue 1, April 2009, Pages 13-25

[36] Loi n°2014-773 du 7 juillet 2014 ; Décret n°2014-1656 du 29 décembre 2014

37 L'opérateur du MAEDI : France expertise internationale (FEI) ; L'opérateur des ministères économiques et financiers : Assistance au développement des échanges en technologies économiques et financières (Adetef) ; et quatre opérateurs de la sphère sociale : Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (ESTHER), International (GIP Inter), Santé protection sociale internationale (SPSI) et l'Agence pour le développement et la coordination des relations internationales (ADECRI).

enjeux variés, de la prévention et la gestion des crises à la promotion de stratégies de développement durable, au-delà du seul secteur santé, en passant par la réforme de l'État ou encore la lutte contre toutes les formes d'inégalités. L'assimilation de cette diversité a nécessité des ajustements pour assurer ce rapprochement de personnes aux cultures et méthodes variées dans un contexte d'expansion du portefeuille d'activités. Les différences d'outils, de modalités d'approche, de traitement salarial ont dû être gommées au cours de cette fusion qui s'est étalée sur plusieurs années pendant la mise en œuvre des projets.

Ces tensions et ajustements initiaux ont entrainé des départs au sein des équipes. Les équipes santé en charge des projets Post-Ebola seront aussi affectées avec des turn-over importants chez les chargés de projets et des impacts évidents sur la mise en route ou le déroulé des projets.

Pour la composante santé qui nous intéresse plus particulièrement, la fusion a concerné le **département santé de FEI avec Esther France**. Ces deux entités avaient des modes opératoires très différents. Esther procédait essentiellement par jumelage entre des hôpitaux du Nord et des hôpitaux du Sud, alors que le département santé de FEI portait deux projets : l'Initiative 5% (équipe de 12-15 personnes, mobilisant de l'expertise externe, avec financement de projets) et un projet sur financement UNITAID de mise en place de techniques de calcul de charge virale (projet OPERA). A noter qu'aucune des deux entités n'avait d'expérience dans la mise en œuvre directe et dans les aspects liés au RSI. Ces derniers, limités aux quelques champs portés par l'Initiative 5%, étaient réduits.

Pour ce qui concerne la présence d'un bureau d'EF sur place, deux visions étaient proposées : la première, portée par Esther, soutenant la présence d'un bureau sur place avec un coordinateur de bureau et des chargés de projets sur place ; la deuxième, portée par FEI, proposant plutôt la présence de chargés de projet, sans équipe projet. Dans les deux cas, il y avait mutualisation des fonctions administratives et de support et une projection d'expertise technique. La différence essentielle portait sur la fonction de coordinateur de bureau qui était perçue comme pouvant créer une confusion avec les PTF et autorités nationales quant à la responsabilité de la coordination technique et du dialogue avec les autorités nationales.

Même si cette approche n'avait pas été pensée au départ, la **mutualisation des financements** pour développer une équipe sur place s'imposera et se fera progressivement.

La réforme de l'expertise internationale française se poursuit autour de la fusion à venir d'autres opérateurs d'expertises spécialisées[38] au sein du groupe EF ainsi que du rapprochement avec l'AFD[39].

Les objectifs fixés pour Expertise France

En complément du protocole d'accord de mise en œuvre signé avec le MEAE l'activité d'Expertise France était encadrée par un Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) qui définissait les priorités et modalités fixées par l'Etat. L**e rôle d'EF y était développé comme celui d''assemblier' de savoir-faire complémentaires pour construire et mettre en œuvre ses projets qui étaient conçus et déterminés par des autorités de tutelle ou des partenaires institutionnels.**

Pour la redevabilité, le COM ne faisait état que d'indicateurs d'intrants ou d'extrants concernant l'activité d'EF : aucun n'a été identifié mesurant l'impact sur le développement, la qualité de l'expertise, de la mise en œuvre des priorités françaises, ni d'exigence de production d'un cadre logique.

38 Civipol, JCI, ADECIA et FVI
39 Accord de partenariat de novembre 2015 et document stratégique conjoint de juin 2017

Une réflexion est en cours au niveau des ministères de tutelle pour que le nouveau COM, en phase d'élaboration au moment du lancement de cette évaluation, puisse aussi permettre une contribution à la maitrise d'ouvrage en amont de l'instruction. Les dernières informations orales recueillis pendant l'élaboration de ce document

Ressources

Les contraintes sur les ressources financières ont eu un impact sur la qualité de la mise en œuvre des projets avec des difficultés importantes pour recruter des personnels à hauteur des taches escomptées. Un nombre important d'experts juniors avaient été observés notamment sur le terrain, les contraintes salariales impactent aussi l'investissement long et donc la continuité de service pour les chefs de projets qui contribuent in fine à des délais supplémentaires. [40]

[40] Entretien Chargé de projet

ANNEXE 2 - EVALUATION DU PROJET LABORATOIRE MOBILE K-PLAN

L'objectif de ce projet était de **contribuer au bon fonctionnement de deux Centres de Traitement d'Ebola** par la mise en place de laboratoires fonctionnels pour le diagnostic de la Fièvre à Virus Ebola.

Début et fin du projet **:** Le projet est signé le 27 novembre 2014 par FEI. Il est le résultat d'une décision politique et d'une commande par la TFE dans un contexte d'urgence. Le laboratoire ultra-mobile (K-LMP LabTM) de la société spécialisée K-Plan est identifié et sélectionné par la TFE selon une procédure de gré à gré. Le projet débute en février 2015 à partir du moment où les sites des CTE sont opérationnels. Le projet se termine le 26 février 2016, date de retrait des équipes de biologistes.

Bénéficiaires : Les patients des deux CTE abritant les laboratoires mobiles.

Coût du projet : Le budget initialement alloué était de 4 millions d'euros. Il est révisé à la baisse en juin 2015 à 2 839 142 d'euros suite à la demande de restitution par la TFE de 1 160 858 euros au MEAE. Ce budget a ensuite été réévalué à 3 084 422 euros en août 2015, suite à la demande de fonds additionnels d'EF au MEAE pour couvrir les frais liés au renforcement de l'équipe de biologistes dans le laboratoire de Forécariah, aux travaux de réinstallation des laboratoires mobiles et au recrutement d'un coordonnateur de projets en Guinée. Le centre de Forécariah qui est au départ un centre de traitement des lépreux nécessite des travaux de réhabilitation importants pour l'alimentation électrique.

Activités : Pour chaque laboratoire, une équipe constituée de deux ou trois personnes, dont au moins un biologiste et un technicien de laboratoire, assure son fonctionnement. Les missions sont réalisées sur une durée de quatre à six semaines, renouvelables après une période de repos. Aucun test n'est effectué avant la relocalisation. Par la suite plus de 5700 tests sont réalisés jusqu'en février 2016, 28 biologistes sont formés dont 5 guinéens.

Des activités de diagnostic et de suivi biologique sont effectuées à Forécariah alors qu'à Ignace Deen seuls les tests de diagnostic Ebola sont effectués.

Structure organisationnelle du projet

Les acteurs :

EF : Un chargé de projet à temps plein au siège à Paris assure la coordination générale du projet[41], le recrutement et la gestion des RH. Il supervise les opérations logistiques de transport, le dédouanement des équipements, des consommables et des réactifs. Il n'y a pas d'équipe projet sur place.

Un coordinateur santé en Guinée assure la gestion du programme post-Ebola et la représentation auprès des partenaires et des autorités nationales afin de mieux coordonner les projets portés par le DEPSAN à partir de septembre 2015.

Pour le matériel et les réactifs, un bon de commande à K-Plan, par période de deux-trois mois et de façon ad hoc, était émis par EF sur la base des remontées de terrain sur l'état des stocks.

Entreprise K-Plan : Elle assure la formation et la supervision des laborantins, le suivi technique des laboratoires, la fourniture et l'acheminement jusqu'à Conakry des équipements, des consommables et

[41] Expertise France a désigné un chargé de projet à temps plein basé à Paris et un coordonnateur de projets à temps partiel à Conakry.

des réactifs. Les différents achats sont refacturés à EF. De Conakry aux sites, l'acheminement est assuré par un prestataire coordonné par le bureau santé d'EF en Guinée.

Ambassade de France : Elle fournit un appui à l'installation jusqu'à l'arrivée du bureau EF à Conakry, notamment pour les activités de coordination en Guinée et des opérations de dédouanement.

Coordination et pilotage du projet :

Des circuits et responsabilités ont été définis avec l'opérateur de chaque site afin de :

- Garantir la gestion logistique du laboratoire (approvisionnement régulier en essence notamment) ;
- Etablir l'autorité hiérarchique sur site des personnels (pour tous les aspects sécuritaires et organisationnels) ;
- Etablir les circuits de transmission des prélèvements et des résultats des diagnostics, les circuits d'information ainsi que les circuits de gestion des déchets.

La coordination avec les autorités nationales, la CNLE du Ministère de la Santé, se fait d'abord avec l'ambassade de France puis avec le coordinateur santé d'EF après son arrivée.

Suivi et Evaluation du projet :

La supervision technique du projet se fait à distance au fil de l'eau avec les laboratoires selon une fréquence élevée mais non déterminée. Des missions de supervision formative sur place complètent l'architecture. Il n'existe pas de rapport d'activité ni de rapport de mission.

Il n'y a pas de point d'étape ni de Copil en Guinée. La gestion du projet est au début pilotée depuis le siège d'EF.

Bilan des réalisations

Les laboratoires sont initialement installés à Beyla et Kérouané dont les localisations ont été décidées avec les autorités guinéennes dans le cadre d'un maillage territorial et selon un plan validé par le président de la République. Rapidement, l'évolution épidémiologique de la MVE pousse à **délocaliser les laboratoires** sur l'hôpital d'Ignace Deen à Conakry, opéré par WAHA, et au CTE de Forécariah, opéré par la Croix Rouge française, à la demande des autorités.

La majeure partie des activités prévues dans le cadre logique a été réalisée. On note toutefois des incertitudes concernant la réalisation 1) des activités concernant le suivi des stocks et de consommables et 2) des commandes de TDR pour le paludisme (voir tableau 4).

Le projet a dû faire face à des **problèmes de RH** qui ont impacté la qualité du travail effectué avant que des mesures correctives ne soient mises en œuvre. Un troisième laborantin est rattaché au laboratoire de Forécariah à partir d'aout 2015.

Le tableau 4 dresse un état simplifié des réalisations du projet en dresse un tableau détaillé.

Tableau 8 : Tableau simplifié des réalisations du projet K-Plan

	Logique d'intervention	Réalisations
Objectif global	Contribuer au fonctionnement efficace des CTE de Kerouané et Beyla par la mise en place effective de services de diagnostic du virus Ebola.	Les laboratoires sont déplacés à l'hôpital Ignace Deen de Conakry et au CTE de Forécariah. Les patients appuyés par le projet ont bénéficié de diagnostics de la fièvre à virus Ebola par un laboratoire mobile K-Plan
Objectifs spécifiques	*OS1 : Mettre en place et assurer le fonctionnement d'un laboratoire dans chacun des CTE de Kerouané et Beyla pour le diagnostic d'Ebola*	Après des mesures correctives, les laboratoires pour le diagnostic de la MVE sont fonctionnels dans les centres de santé d'Ignace Deen et de Forécariah
Résultats	O1R1- Un laboratoire mobile est installé et opérationnel dans chaque CTE	Un laboratoire mobile est installé et opérationnel dans chaque centre hospitalier désigné. Cet objectif est atteint. Il faut rappeler que les labos mobiles ont été déplacés de la Guinée Forestière vers la Basse Guinée où les besoins devenaient plus pressants.
	O1R2– Les consommables et réactifs nécessaires au fonctionnement des laboratoires sont livrés régulièrement	Les consommables et réactifs nécessaires au fonctionnement des laboratoires livrés régulièrement (14 livraisons sont vérifiées). La vérification des traceurs de température pour le transport des kits RT-PCR, et la commande et la livraison des Test de Diagnostic Rapides[42] de paludisme ne sont pas renseignées[43]. Des ruptures d'approvisionnement pour certaines références sont à déplorer mais des mesures correctives sont apportées[44] et les solutions proposées auraient permis que l'activité ne soit pas affectée.[45]
	O1R3 – Des RH compétentes et formées opèrent dans chaque laboratoire	28 personnes ont été formées dont 5 guinéens (un seul de la fonction publique sur les 5). Il semble que les clauses du contrat aient été remplies même si la gestion des RH a été problématique. Des entretiens avec des interlocuteurs clés et les rapports consultés révèlent des insuffisances sur le centre de Forécariah. Des mesures correctives y ont été apportées. La composante supervision n'est pas renseignée. La composante recrutement de personnels compétents n'est pas définie et ne permet donc pas de vérification. La contribution de l'Institut Pasteur n'est pas renseignée.
	O1R4 – Le fonctionnement des laboratoires est parfaitement intégré dans le fonctionnement général des CTE.	Malgré la définition des circuits et responsabilités avec l'opérateur de chaque CTE des incidents récurrents dans le laboratoire du CTE de Forécariah sont à déplorer[46] nécessitant trois missions d'évaluation commanditées par la CNLE et menées par l'OMS. Des mesures correctrices pour améliorer les diagnostics sont apportées– utilisation de 2 kits différents pour sécuriser les résultats.

L'absence de biologiste dans le domaine de la biologie moléculaire aura été une difficulté pour la composante gestion des RH de ce projet en contexte d'urgence.

[42] Le nombre de test finalement livrés est très en deçà des TdR mais correspondrait à la capacité d'absorption locale.
[43] Pas de relevé d'information auprès d'EF et la livraison des TDR n'aurait pas été faite. Pas d'avenant au contart pour supporter cette modification.
[44] Entretien ONG
[45] Entretien EF
[46] Expertise France, Rapport d'activités et d'exécution financière – Projet de mise en place de deux laboratoires mobiles pour le diagnostic d'Ebola en République de Guinée sur financement du MEADI, 3 Mai 2016

Concernant la formation des RH, axe majeur du projet, **28 personnes ont été formées dont 5 guinéens**. Sur ces 5 personnes, seule une fait partie de la fonction publique guinéenne, les 4 autres étant des contractuels soumis aux aléas du marché de l'emploi. La gestion de l'expertise aura été difficile surtout les recrutements car la concurrence était rude en termes d'offre d'emploi et plus particulièrement pour une zone francophone où l'offre est plus restreinte. Le vivier des RH a été essentiellement fourni par l'Institut National de Recherche Biologique au Congo.

Dans un contexte d'urgence et un environnement difficile avec des difficultés à trouver les RH adéquates **le projet K-Plan sera réalisé selon les résultats attendus et le budget estimé**. Les laboratoires mobiles sont remis aux autorités guinéennes.

Exécution financière du projet K-Plan

Il faut aussi noter que la justification des ajustements et le dépassement de certaines activités, dont certains sont conséquents, n'ont pas pu être motivés avec les documents en notre possession.

Tableau 9: Exécution financière du projet K-Plan

Dépenses	Budget initial	Budget amendé	Total	Taux
Equipement et service K-Plan	1.943.400	1.800.000	1.791.483	99,5%
Autres équipements et couts de transport	79.080	111.080	203.951	183,6%
RH	1.454.425	677.000	721.630	106,6%
Imprévus	94.523	64.405	0	0,0%
Frais de gestion (10.71%)	428.571	318.298	326.047	102,4%
TOTAL	4.000.000	3.084.422	3.043.113	98,7%

Source : Elaboré à partir du suivi budgétaire du rapport d'activités et d'exécution financière[47]

Les chiffres présentés par EF durant le Copil de juillet 2019 sur les reliquats des projets post-Ebola (estimation au 31 décembre 2018), faisait apparaitre un reliquat définitif de 23.013€ et un taux d'exécution prévisionnel au 31/12/2019 de 99.25%.

Perspectives

L'enjeu principal pour la partie guinéenne, mis en lumière à la fin du projet, était d'assurer la reprise et le bon fonctionnement des laboratoires, de recruter des RH qualifiées, d'effectuer les travaux d'aménagement nécessaires et de prendre en charge l'ensemble des prestations réalisées par K-Plan et financées par EF durant le projet, notamment la maintenance des équipements et l'approvisionnement en réactifs et consommables dont le coût mensuel en période de routine est estimé à près de 40.000 euros par laboratoire (hors coûts de transport).

Les structures hospitalières dans lesquelles les laboratoires ont été mis en place, autant à l'Hôpital d'Ignace Deen à Conakry qu'au CTEPI de Forécariah, n'ont pas de budget de fonctionnement pour assurer l'approvisionnement en consommables, la maintenance et les autres coûts. Au-delà de la réponse à la situation d'urgence, la **pertinence du modèle K-Plan est questionnée**. Les questions de stratégies à court, moyen et long terme notamment pour soutenir les besoins spécifiques de la recherche, de maintenance et de RH restent ouvertes.

[47] Expertise France, Rapport d'activités et d'exécution financière – Projet de mise en place de deux laboratoires mobiles pour le diagnostic d'Ebola en République de Guinée sur financement du MEADI, 3 Mai 2016

A la date du 1er Copil en juin 2016[48], le stock de consommables pour le labo mobile remis au CHU d'Ignace Deen était épuisé faute de ressource financière et le laboratoire mobile remis au CTEPI de Forécariah était toujours dans une cantine, la construction du CTEPI assurée par la CNLE n'étant toujours pas terminée. La mission de terrain n'ayant pas eu lieu, elle ne peut confirmer de visu cet état mais l'ensemble des entretiens à ce sujet corroborent cette mise au placard des laboratoires mobiles.

Enseignements sur la conception du projet

La faiblesse du système de santé guinéen et de sa gouvernance est évoquée pour expliquer **l'absence de positionnement du gouvernement** au moment de la mise en place urgente du projet. Ce n'est qu'en 2016 que les choix technologiques nationaux ont été précisés : une autre technique diagnostique polyvalente (GeneXpert), moins onéreuse que celle des labos K-PLAN a été retenue.

Au moment de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, le déploiement des laboratoires mobiles était fait sans standardisation préalable ni consensus au niveau des normes, sans question de l'après (retour ou don sur place) avec parfois une inadéquation entre les capacités du pays et la technologie apportée. Les pays se font offrir des laboratoires par les agences de financement mais après ces technologies se retrouvent dans des sous-sols car non utilisées en routine par le personnel. Pour la récente crise Ebola en RDC, le choix s'est fait sous l'égide du Ministère de la santé.

A noter que ce n'est que récemment qu'un consortium de pays Européens, en liaison avec le bureau OMS de Copenhague, a essayé de définir les classifications et normes minimales pour les laboratoires mobiles. L'enjeu est un déploiement plus adéquat en fonction des situations mais avec des enjeux stratégiques et économiques.[49]

Le choix de la technologie K-Plan n'a pas pu être étayé si ce n'est par le contexte d'urgence en Guinée et la mobilisation rapide de ces laboratoires mobiles. D'autres technologies, comme celle du GeneXpert, ont été utilisées et mobilisées par d'autres partenaires comme le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et l'OMS.

Compte tenu de la chronologie et de l'origine du projet, il était compliqué pour EF de collaborer voire d'appuyer techniquement le gouvernement de Guinée dans ses choix, en amont du déploiement de ces laboratoires. On rappelle toutefois que FEI était le gestionnaire originel du projet et a participé à sa conception en 2014.

Evaluation du projet selon les critères du référentiel

➔ Pertinence

- Dans quelle mesure le projet de laboratoire mobile K-Plan a-t-il constitué une réponse adaptée aux besoins ?

Le projet de laboratoire mobile est **pertinent et complémentaire de la riposte française apportée au niveau de la Guinée dans le contexte d'urgence**. La France a appuyé le développement des CTE en Guinée pour répondre à l'évolution de l'épidémie d'Ebola. L'apport de capacités diagnostique aux CTE a été une nécessité et n'a jamais été mise en cause. Le projet s'insère dans les objectifs du plan de riposte en phase d'urgence.

A contrario et si l'on juge de la pertinence à la lumière du contexte d'urgence et de la situation des CTE qui prévalaient à la fin 2014 ainsi que sur des entretiens avec du personnel en poste en Guinée à cette époque, le choix du fournisseur selon des modalités de gré à gré est jugé comme pertinent en termes de mobilisation rapide pour répondre aux besoins des bénéficiaires finaux qu'étaient les cas suspects.

[48] La Guinée a déclaré la fin de la transmission du virus Ebola le 1er juin 2016. OMS, Rapport de situation – maladie à virus Ebola, 2 juin 2016
[49] Entretien OMS

Le positionnement géographique des laboratoires mobiles a suivi l'évolution de l'épidémie. La pertinence du choix des sites est toutefois questionnée puisque les laboratoires mobiles seront quasi immédiatement démontés puis déplacés et installés dans des sites plus appropriés pour mieux répondre aux besoins épidémiologiques.

Pertinence

Le projet de laboratoire mobile en soutien à l'activité des CTE appuyée par la riposte française est parfaitement pertinent avec les objectifs du Plan de riposte. Le projet a su s'adapter à l'évolution des besoins exprimés par les autorités et les partenaires, en relocalisant les laboratoires selon l'évolution épidémiologique pour maintenir un maillage le plus pertinent et en étoffant les moyens humains sur un des laboratoires. L'urgence de la situation sanitaire de l'époque justifiait une sélection rapide du type de laboratoire. L'état du système de santé guinéen, l'absence de consensus sur les normes pour les laboratoires mobiles, les différents enjeux stratégiques ont aussi contribué à l'absence de définition du type de laboratoire à utiliser. Le modèle de laboratoire mobile K-Plan s'avèrera utile dans le temps de l'urgence mais moins pertinent au regard de l'évolution des besoins.

➔ Cohérence

- Le projet K-Plan est-il cohérent vis-à-vis des autres projets post-Ebola et des autres initiatives françaises ? Dans quelle mesure EF a-t-elle pu assurer la cohérence de ses interventions ?

Au niveau des moyens mobilisés par la France :

Comme évoqué dans la section « Pertinence », ce projet est surtout complémentaire des activités financées par la France de soutien aux CTE qui constituent la riposte Ebola plutôt que le post-Ebola.

Vis-à-vis des autres projets post-Ebola, on retrouve seulement **un certain degré de complémentarité avec le projet Lab-Net.** Le projet K-Plan portait sur la riposte alors que le projet Lab-Net visait un renforcement structurel des réseaux de laboratoires communautaires et de référence. Les deux répondaient à des objectifs du PRRSS avec d'un côté, le contrôle de la MVE (K-Plan) et de l'autre, le RSS du district (Lab-Net). Le premier s'inscrivait ainsi au début de l'action de relance et le deuxième dans la continuité. Au-delà de cet aspect la cohérence avec les projets post-Ebola reste modeste.

Au niveau des priorités stratégiques françaises :

La Stratégie de coopération internationale de 2012 préconise la remise à niveau des processus diagnostiques pour les maladies infectieuses. La Stratégie de la France en santé mondiale 2017-2021 recommande le développement des capacités spécialisées comme les laboratoires pour la prise en charge des patients en lien avec le RSS. Le projet de laboratoire mobile K-Plan **concrétise ou illustre ces stratégies** sans qu'il soit pour autant possible de dire qu'il procède d'une démarche stratégique cohérente sur ces plans.

Au niveau d'EF :

A noter que la création d'EF en janvier 2015 rendait difficile la possibilité de peser sur le choix du type de laboratoire même si FEI, membre d'EF, a contribué à la conception du projet K-Plan et a aussi apporté un soutien managérial au projet de laboratoire mobile European Union West Africa Mobile-Lab (EUWAM-Lab). Le rôle d'EF limitant son action à l'accompagnement de l'exécution du projet provenant d'une commande politique rendait d'autant plus difficile la remise en question des choix techniques. A partir de juillet 2015, EF reprenait le **soutien managérial de l'exploitation du EUWAM-Lab**. Le projet EUWAM-Lab était porté par le département 3S d'EF, tandis que projet K-Plan l'était par DEPSAN. Il existait des échanges d'information mais les dispositifs étaient très différents et il n'y avait pas de synergie opérationnelle.

Les **techniques utilisées et les finalités d'utilisation de ces laboratoires s'avèrent différentes** : EUWAM-Lab a pour principale finalité la formation, alors que le laboratoire K-Plan participait plus à la riposte pour consolider les activités des CTE. EUWAM-Lab a permis à l'Institut Pasteur (IP) de Paris de former 38 experts ouest-africains[50], scientifiques et personnels de maintenance au déploiement d'un laboratoire de type P3 et au diagnostic de fièvres hémorragiques virales de classe 4.

- Dans quelle mesure EF a-t-elle pu assurer la cohérence du projet K-Plan avec l'action des autres bailleurs, notamment européens et onusiens, et rechercher des complémentarités ?

En matière de laboratoire mobile, l'UE était déjà active sur le continent africain dès le début de la crise Ebola. Courant 2014, la Commission européenne intensifiait sa réponse à l'épidémie au travers de son Instrument contribuant à la Stabilité et à la Paix, en particulier avec 5 millions d'euros supplémentaires pour fournir des laboratoires mobiles pour la détection du virus ainsi que la formation du personnel de santé, au travers des projets de laboratoire mobile européen (EMLab) puis EUWAM-Lab.

Depuis 2012, avec le projet EMLab, trois unités mobiles pour le diagnostic d'agents pathogènes hautement dangereux (niveau de sécurité biologique 4) étaient déjà acquises. Le consortium EMLab, dirigé par le "Bernhard-NochtInstitut für Tropenmedizin" allemand, était composé de laboratoires des États membres (Allemagne, Italie, France, Royaume-Uni, Slovénie et Hongrie).[51]

Au début de l'épidémie d'Ebola (mars 2014), le premier de ces laboratoires mobiles avait été déployé en Guinée (Gueckedou). Les deux autres laboratoires mobiles étaient déployés au Liberia et au Nigeria.

Devant la menace croissante que représentait l'épidémie d'Ebola, l'UE, en coopération avec le réseau EMLab, d'autres services de sa Commission et les États membres, décidait de s'engager dans le nouveau projet « EUWAM-Lab », pour former davantage de spécialistes locaux et européens. Lancé début septembre 2014 et inauguré en juillet 2015, le projet EUWAM-Lab est mis en œuvre par l'Institut Pasteur Dakar, la Fondation Mérieux et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale avec le soutien managérial de FEI.

Le 31 mai 2018, EF remettait le laboratoire mobile à l'IP de Dakar au cours d'une cérémonie de clôture.[52]

50 Parmi les 38 experts, originaires de 9 pays d'Afrique francophone (Burkina Faso, Benin, Togo, Mauritanie, Cameroun, Côté d'Ivoire, Guinée, Mali et Sénégal), 9 d'entre eux ont par ailleurs suivi une formation de formateurs à Paris, afin de pouvoir elles-mêmes former d'autres personnes par la suite. https://www.expertisefrance.fr/actualite?id=708615

51 https://www.emlab.eu/

52 https://reliefweb.int/report/liberia/eu-response-ebola-outbreak-west-africa

Cohérence

Le projet est surtout complémentaire des activités financées par la France de soutien aux CTE qui constituent la riposte Ebola plutôt que le post-Ebola. Vis-à-vis des autres projets post-Ebola, on retrouve un degré de complémentarité avec le projet Lab-Net. Ce dernier visait un renforcement structurel des réseaux de laboratoires communautaires et de références, tandis que le projet K-Plan portait sur la riposte.

Le projet K-Plan s'inscrit dans les priorités françaises sans que l'on le puisse retenir comme participant au développement des capacités spécialisées des laboratoires en lien avec le RSS ou une remise à niveau des processus diagnostiques pour les maladies infectieuses.

Il existait des échanges d'information entre les deux départements d'EF, DEPSAN et 3S, gérant respectivement les projets de laboratoires mobiles K-Plan et EUWAM-Lab, néanmoins, les dispositifs étaient très différents et il n'y avait pas de synergie opérationnelle.

EF assure ou participe à la gestion de différents projets de laboratoire en Guinée – K-Plan, Lab-Net, EUWAM-Lab – qui présentent des complémentarités stratégiques sans pour autant démontrer une cohérence stratégique d'ensemble de son portefeuille ou avec les modèles

➔ Efficacité

- Dans quelle mesure le projet K-Plan mis en œuvre par EF a-t-il permis de répondre aux besoins ? Quels ont été ses principaux résultats et effets (attendus ou non) ?

Le cadre logique et le chapitre réalisation montrent que les **objectifs et la majorité des résultats attendus du projet ont été atteints**. Les laboratoires sont installés et fonctionnent dans les deux centres de santé retenus et contribuent à leur fonctionnement efficace par la mise en place effective de services de diagnostic du virus Ebola. **5725 tests y seront réalisés**.

Les difficultés rencontrées par le laboratoire mobile au CTE de Forécariah proviennent essentiellement de la disparité des méthodes de RT-PCR utilisées et par conséquence, des seuils de positivité et de négativité, donnant lieu à des rappels de patients sortis « trop tôt » des CTE sur la foi d'un *cycle threshold* (nombre de cycles pour obtenir un signal par méthode moléculaire) rendu négatif par un laboratoire, puis encore positif par un autre laboratoire, dit de référence et vice-versa. Les difficultés rencontrées servent aussi d'expérience à la communauté scientifique pour des recommandations pour uniformiser les plateformes de diagnostic virologique. [53]

Dans un contexte d'urgence et un environnement difficile avec des difficultés à trouver les RH adéquates le projet K-Plan sera réalisé selon les résultats attendus et le budget estimé.

Efficacité

Le tableau des réalisations montre que les principaux indicateurs du cadre logique ont été atteints. Dans un contexte d'urgence et un environnement difficile avec des difficultés à trouver les RH adéquates, le projet K-Plan sera réalisé selon les résultats attendus et le budget estimé.

➔ Efficience

- Dans quelle mesure l'utilisation des moyens mis à disposition dans le cadre du projet K-Plan a-t-elle été efficiente ?

[53] Denis Malvy, Bernard-Alex Gaüzère ; René Migliani. Qu'apprend-t-on de nouveau des épidémies émergentes ? Presse Med. 2019 Dec; 48(12): 1536–1550.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127531/

Le niveau de ressources pour ce projet est respecté. **Le taux d'exécution est de l'ordre de 99%**. Il n'a malheureusement pas été possible de rentrer en communication avec la société K-Plan.

Aucune extension n'a été demandée pour ce projet contrairement aux autres. Une demande de restitution par la TFE de 1160 858 euros au MEAE a eu lieu en juin 2015 avant une demande de fonds additionnels de 245.280 en août 2015 pour couvrir les frais liés au renforcement de l'équipe de biologistes dans le laboratoire Forécariah (93 355€), aux travaux de réinstallation des laboratoires mobiles (105 111€) et au recrutement d'un coordonnateur de projets en Guinée (23 434€).

5725 tests ont été réalisés pour un montant total du projet de 3,04 millions d'euros, soit une moyenne de plus de 530€ le test. Il est difficile et probablement injuste de considérer ce chiffre brut, mais il est par ailleurs compliqué et illusoire de trouver un moyen de le pondérer aux contraintes de terrain et au contexte de « no regret » qui prévalait [contexte où devant l'urgence et la gravité de la situation l'efficience des approches n'est plus un critère essentiel]

Efficience

Le projet K-Plan est réalisé dans le temps imparti avec un taux d'exécution de l'ordre de 99%.

En l'absence de données comparatives sur le coût moyen des tests par rapport aux investissements du projet pour pouvoir parler d'efficience, il semble que le coût du projet rapporté au nombre de test réalisés, malgré les contraintes de terrain et le contexte de « no regret » qui prévalait, soit conséquent, ce qui pourrait reposer la pertinence des moyens utilisés. Une durée de vie plus longue du projet de laboratoire mobile, en l'état ou sur des taches différentes, aurait permis un amortissement plus long des investissements.

Durabilité

Au moment de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, le déploiement des laboratoires mobiles a révélé parfois une inadéquation entre les capacités du pays et la technologie apportée. Les pays se font offrir des laboratoires par les agences de financement mais après ces technologies se retrouvent dans des sous-sols car non utilisées en routine par le personnel.

Le choix des investissements et donc du fournisseur devrait tenir compte de la pérennité des investissements au-delà de l'urgence mais aussi de leur pertinence aux vues des contraintes existantes – formation et disponibilité du personnel, coût des réactifs et de l'entretien, pertinence pour le long cours notamment avec les besoins pour la recherche, efficacité du matériel en situation d'urgence, et dans un environnement dégradé (accès à l'eau, à l'électricité, …), transport de réactifs à -20°C (carboglace).

Durabilité

Le projet a renforcé les capacités de réponse à l'épidémie d'Ebola au niveau national et communautaire mais seulement pendant le temps de la disponibilité des ressources du projet. Les ressources du pays à plus long terme ne sont pas disponibles pour assurer la continuité de l'utilisation de ce matériel.

Le matériel est remis aux centres de santé mais ne sera rapidement plus utilisé. Les ressources humaines formées provenant essentiellement de l'étranger il n'est pas possible de capitaliser sur les investissements en formation.

ANNEXE 3 - EVALUATION DU PROJET PREPARE

Face à la crise Ebola qui sévissait en Guinée à partir de décembre 2013, le Ministère de la Santé de la République de Guinée et la cellule de CNLE ont sollicité en 2015, l'UE et la France pour **appuyer la mise en place de huit équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte aux épidémies** (ERARE).

Début et fin du projet : Le projet a démarré en mars 2015 pour une durée initiale de 16 mois. Il a par la suite bénéficié d'une extension de 6 mois, sans dépassement budgétaire, jusqu'en novembre 2017, date de clôture officielle du projet et du transfert des ERARE pour intégration dans l'organigramme du département surveillance de l'ANSS.

Objectifs du projet **:** L'objectif général du projet PREPARE est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux épidémies de maladies infectieuses en Guinée en créant des équipes régionales multidisciplinaires de lutte contre les maladies épidémiques. Il vise plus spécifiquement à **renforcer les capacités de préparation, de prévention et de réponse aux épidémies** en Guinée par l'appui à la mise en place des huit ERARE. Le projet se veut certes, une réponse à court terme à une crise sanitaire en renforçant la réponse à Ebola en Guinée, mais constitue aussi un **outil de RSS sur le long terme** en consolidant les capacités de prévention et de préparation aux futures épidémies, améliorant ainsi la résilience du système sanitaire. Le projet s'appuie sur du personnel déjà existant au niveau des Directions Régionales de la Santé (DRS). Le projet se limite aux 8 régions plutôt qu'aux 33 préfectures par manque de visibilité financière et pour des questions de pérennité du système dans le contexte guinéen de l'époque.

Stratégies **:** Le projet s'inspire de l'ancien mécanisme de réponse rapide existant en Guinée, rattaché au Ministère de la Santé, et connu sous le nom « équipes mobiles de prévention ». L'organisation générale des équipes polyvalentes ont été développées par EF et la Sécurité civile française (SCF) en lien avec le Ministère de la santé. Le développement des protocoles et les modalités d'intervention se sont fait en collaboration avec l'OMS. La Croix Rouge et les ONG, telles que MSF, ont aussi été associées pour assurer la coordination et la transition vers le système national. Les besoins en matériel et équipements ont été identifiés par la SCF qui a fait la cartographie du matériel à acheter, identifié des fournisseurs ainsi que les lots de matériel pour le colisage en fonction des besoins.

Le projet est composé de 2 volets subdivisés en trois phases d'activités : Formation, déploiement et accompagnement des ERARE

- Volet 1 (mars 2015 – mai 2016) **: Identification et formation des 206 membres** des équipes des ERARE (24 par région et 38 à Conakry) sur 4 modules (surveillance, investigation, riposte, sensibilisation).

  Les formations théoriques de base sont organisées et dispensées par l'Institut Bioforce Développement, qui gère par ailleurs les formateurs guinéens, sous la supervision du Coordinateur du volet formation du projet.

  Les formations initiales débutent en avril 2015 par les régions de Boke et Labé et sont achevées en juillet août 2015 par la région de Conakry[54, 55].

  Les formations de phase 2 étaient à la carte. Certains participants provenaient des préfectures et non pas exclusivement des régions.

[54] Entretien Expertise France
[55] Bioforce. Rapport de formation : projet d'appui à la mise en place de 8 équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte aux épidémies(PREPARE), phase1. 05/10/2015

Tableau 10 : Liste des formations mises en œuvre par le projet PREPARE

Phase 1 : Liste des formations et partenaires associés	
Introduction théorique et organisation de la réponse	–Centre d'infectiologie Mérieux de Bamako et Croix Rouge Française
Diagnostic et prise en charge des malades	MSF Suisse
Gestion logistique et hygiène	MSF Belgique et Consultant Bioforce
Surveillance épidémiologique	InVS/ EHESP
Communication communautaire et promotion de l'hygiène	Spécialiste formation de promotion de l'hygiène - Bioforce
Techniques de formation/sensibilisation	Spécialiste ingénierie de formation- Bioforce
Phase 2 : Liste des formations des partenaires associés[56]	
Formation de formateurs	Espoir Vie Togo
Promotion de la santé	Consultant indépendant et Université de Sonfonia
Alerte et riposte aux épidémies	ANSS, CRG, Ministère santé, Solthis
Déploiement	ANSS, CRG, Solthis
Logistique	Bioforce
Premiers secours psychologiques	Ex OMS Guinée
Sensibilisation	Espoir Vie Togo

Volet 2 (à partir de juin 2016) : **Appui au déploiement,** au fonctionnement des ERARE. Le déploiement des ERARE sur Labé et Boké est appuyé par la SCF. Un retard dans la livraison du matériel de logistique pour les autres ERARE et les contraintes liées à leurs activités en France ne permettent pas à la SCF d'appuyer le déploiement des ERARE sur les autres régions. Cet appui sera fait par la FICR.

Les UPC guinéennes formées et équipés par le projet UPC-TFE appuient le déploiement par l'utilisation de moyens roulants.

- Volet 3 (à partir de juin 2016) : **Appui à** l'accompagnement des ERARE
- L'accompagnement et le suivi des équipes s'est faite par des missions de supervisions formatives. Cette phase a été mise en œuvre dans un premier temps par la SCF, puis par la Fédération International de la Croix Rouge (FICR) / Croix Rouge Guinéenne, en lien avec les autorités nationales (Ministère de la Santé guinéen ; CNLE/ANSS) avec l'appui d'EF.

Coût du projet **:** D'un coût de 5.836.475€, ce projet est co-financé par la Commission européenne à hauteur de 4.836.475€ (83%) et par le MEAE pour 1.000.000€ (17%), avec en plus une participation en nature de la France sous la forme d'une mise à disposition de la SCF (Unité n°1, Nogent le Rotrou).

Coordination et pilotage du projet :

Coordination **:** La coordination générale du projet PREPARE a été confiée à EF et ses partenaires : l'Institut Bioforce Développement, opérateur du centre de formation avec l'appui de l'INVS, et la SCF qui a participé à la conception du projet avant la création d'EF.

EF est le demandeur principal auprès de la Commission européenne et l'Institut Bioforce Développement est le codemandeur.

[56] Boforce. rapport de formation : projet d'appui à la mise en place de 8 équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte (PREPARE), phase II. 11/10/2016

Le lancement du projet PREPARE se fait sans présence d'EF sur le terrain avec une coordination à distance par un chargé de projet mais qui sera amené à changer de poste. La coordination initiale sur le terrain est faite par la SCF mais les réunions de coordination de projet ne sont pas systématiques et un manque de cohérence et d'unité du projet est perçu par les partenaires. Pour la phase II, tous les partenaires (à part la SCF) étaient sur place mais il n'y a pas eu de réunion de coordination, pas d'espace de coordination réunissant tous les partenaires.

Le projet est mis en œuvre sous la **double tutelle de la Cellule nationale de lutte contre Ebola et du Ministère de la santé guinéen**. La CNLE assure la présidence du comité de pilotage. Indépendamment du projet PREPARE, la coordination des projets de riposte Ebola et des nouveaux projets post-Ebola par la CNLE était compliquée du fait de la multiplication des acteurs et de la faiblesse du système de santé guinéen. Le Copil se réunissait tous les 6 mois et ses membres comprenaient aussi les DRS des huit régions, EF et l'UE et de façon plus épisodique selon les thématiques abordées, l'International Medical Corps (IMC), le CDC, l'Organisation internationale pour les migrations et la BM.

Pour le projet, la TFE assure un rôle de supervision jusqu'à fin juin 2015. L'Ambassade de France en Guinée assure un rôle d'appui à la coordination et à la mise en œuvre logistique des activités. La coordination du projet est dévolue à la plateforme de coordination sous l'égide de la SCF jusqu'à l'été 2015 puis cette coordination est assurée par le coordinateur santé d'EF. La coordination est faite à distance par EF au siège et par le Colonel Tissier de la SCF en Guinée. Pour certains partenaires clefs interrogés le **manque de coordination structurée et systématique** avec tous les partenaires au début du projet est perçu par certains comme un manque de cohésion du projet PREPARE. [57]

Au-delà de cette phase initiale, la plus-value du leadership et de la coordination exercée par le coordinateur santé a été appréciée par les autorités de tutelles et les partenaires[58] avec des réunions tous les mois jusqu'à la fin du déploiement des ERARE, puis tous les 3 mois jusqu'à la fin du projet.

Suivi et Evaluation du projet :

Des rapports trimestriels sont établis pour les Copils projet en Guinée qui décrivent les progrès accomplis dans la mise en œuvre du projet, ainsi que la situation financière. Ces rapports d'étapes et données sont transmis au MEAE comme supports pour les Copils des projets post-Ebola deux fois par an.

Structure organisationnelle du projet

Les acteurs :

EF : Un coordinateur de projet - appuyé par un chargé de projet au siège, et une équipe administrative. EF est en charge de la coordination des activités des différents volets, la passation des marchés pour les aspects logistiques en lien avec les recommandations d'achat de la SCF, la coordination avec les autorités guinéennes de la préparation à la transition et le suivi financier et administratif.

Les règles de passation de marchés s'alignent sur celles des partenaires financiers de ce projet, à savoir les règles de procédures publiques française et le Procedures and Practical Guide (PRAG) de la Commission Européenne. A noter qu'une dérogation au PRAG avec accord de procédures flexibles est accordée pour le projet pour faciliter la fluidité des achats. Un expert procurement spécialiste des achats était attaché à la SCF pour s'assurer que les règles publiques de passations de marchés étaient suivies.

[57] Entretien partenaire
[58] Entretien partenaires

La coordinatrice de projet, recrutée initialement pour le lancement du projet, restera en poste six mois au terme duquel son contrat ne sera pas renouvelé. Cette activité sera reprise par le coordinateur santé à partir de septembre 2015 jusqu'à la fin du projet. Le coordinateur santé en Guinée partage son temps entre tous les projets même s'il n'a officiellement que la responsabilité de la coordination de PREPARE. Le turn-over des experts a affecté le lancement du projet.

Institut Bioforce Développement : Un coordinateur pour la planification et la mise en œuvre des activités de formation (Conakry/Manéah) appuyé par un administrateur et un référent pédagogique Eau Hygiène et Assainissement à Lyon. Bioforce adapte les 6 formations initiales et les délivre. Des formations transversales complémentaires ont été développées par la suite pour répondre aux besoins des ERARE dans la phase 2 de formation.

SCF (UPC n°1 : sur financement en nature de l'Etat français) : Définition initiale du projet, du curriculum de formation de la phase 1, des besoins d'équipement et de matériel pour le déploiement des ERARE, de la logistique pour assurer le déploiement des ERARE. La coordination du projet est mise en œuvre par une plateforme de coordination avec à sa tête la SCF avec les autorités nationales et en lien avec EF. Cette plateforme intègre une équipe de 25 personnes de la sécurité civile, les partenaires guinéens, l'équipe de coordination d'EF et des expertise ponctuelles (Service de Santé des Armées, …).

A noter l'appui du Programme Alimentaire Mondial qui a mis à disposition un hangar à l'aéroport de Conakry et a fait don au projet de groupes électrogène pour les régions.

Réalisations

La gestion du projet par EF a été critiquée, au moins dans sa phase initiale, au niveau local pour les aspects de coordination avec les partenaires mais aussi au niveau du volet de passation des marchés avec des retards pour l'acquisition de matériel, ayant entrainé des délais dans les déploiements des ERARE. L'agence EF nouvellement créée ne maitrisait pas parfaitement à cette époque toutes les procédures de passation de marché auxquelles elle était astreinte. La crédibilité d'EF a pu en être affectée dans un premier temps. Des mesures correctives ont finalement été prises.

Malgré les retards pris au départ qui ont affecté le déploiement des ERARE et donc leur contribution dans la phase « urgence » de la riposte Ebola, les activités ont été finalement mises en œuvre et les objectifs ont été atteints. A la fin 2017, les ERARE représentaient le seul dispositif opérationnel en matière d'investigation et de riposte aux épidémies.

Tableau 11 : Tableau simplifié des réalisations du projet PREPARE

	Logique d'intervention	Réalisations
	Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux épidémies de maladies infectieuses en République de Guinée.	La contribution de ce projet a certes permis de répondre aux épidémies de méningite, de fièvre jaune, de coqueluche, d'hépatite, et de la maladie de charbon qui ont eu lieu en 2016. La surveillance des risques épidémiques est du ressort de l'ANSS qui déclenche les investigations des ERARE quand elle est alertée. Cependant sa portée géographique est insuffisante pour le renforcement du système national de surveillance, d'alerte et de riposte à tout type d'épidémies en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées aux épidémies de maladies infectieuses

Objectifs spécifiques	***OS :*** Renforcer les capacités de préparation, de prévention et de réponse aux épidémies en République de Guinée par l'appui à la mise en œuvre de huit équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte aux épidémies (ERARE).	À la fin 2017, les ERARE représentaient en Guinée le seul dispositif opérationnel en matière d'investigation et de riposte[59] Les ERARE sont composées d'un médecin, d'un infirmier, de deux hygiénistes et d'un biologiste pour les prélèvements
Résultats	R1– 206 professionnels de santé issus de 8 équipes régionales polyvalentes (24/région et 38 à Conakry) et 240 autres professionnels de santé sont formés à la détection, au suivi et à la prise en charge des maladies à potentiel épidémique	Ce résultat a été atteint : Un pool de 15 formateurs a été créé. 207 membres des ERARE et 319 autres professionnels de santé ont été formés à la surveillance, à l'investigation, à la riposte et à la sensibilisation aux épidémies.
	R2 – Les 8 ERARE sont déployées et dotées en matériel et équipement/logistique	Ce résultat a été atteint mais le déploiement s'est fait avec retard du fait de délais pour l'acquisition de matériel d'équipement et de logistique. Les travaux de réhabilitation de 9 locaux des DRS ont été effectués et des formations en logistiques et en gestion de crise ont eu lieu. Les véhicules, tentes et matériel médical sont livrés.
	R3 – Le fonctionnement des 8 ERARE est appuyé et suivi	Des missions de supervisions formatives, des missions conjointes de suivi et la mise en place des outils de gestion, ont été effectuées. L'appui à la transition pour prise en charge des ERARE par les autorités guinéennes se concrétise par leur intégration dans l'organigramme de l'ANSS mais des questions subsistent quant à la pérennité de ces équipes multidisciplinaires.

Exécution financière du projet PREPARE

Les chiffres présentés par EF durant le Copil de juillet 2019 sur les reliquats des projets post-Ebola (estimation au 31 décembre 2018) faisaient apparaitre un taux d'exécution prévisionnel au 31 décembre 2019 de 100%.

Le projet a fait l'objet d'audits financiers de la part d'EF, de l'UE et dernièrement de la Cour de Compte européenne. Les bilans financiers n'étaient pas disponibles au moment de la finalisation de ce rapport. Le nouvel audit demandé par la Commission Européenne fait apparaitre certaines dépenses non éligibles car le certificat d'origine pour l'importation de certains matériels n'aurait pas été demandé ou ne serait pas conforme aux procédures. EF conteste cette décision en s'appuyant sur la dérogation au PRAG obtenue auprès de la Commission Européenne dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet. Ce différent n'est pas encore tranché.

Nous présentons toutefois une analyse des coûts de fonctionnement des ERARE et d'amortissements sous l'angle des modules sur l'ensemble de la durée du projet. Pour le fonctionnement, cela comprend des interventions, les Copils, le coût des transferts d'échantillon. Cela permet d'éclairer les besoins de financement des ERARE qui sont rattachés aux DRS. Le total revient à près de 44 millions de GNC soit près de 4.400€.

Tableau 12 : Synthèse des coûts de fonctionnement/d'amortissement par module - en GNF

	Investigation	**Riposte**	**Sensibilisation**

[59] Conclusion tirée du rapport d'évaluation finale du projet d'appui à la mise en place de 8 équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte aux épidémies (PREPARE) de novembre 2017 (voir page 3)

Coûts de fonctionnement	8.980.898	9.492.298	7.962.298
Amort. Véhicules/sort	2.279.886	2.279.886	2.279.886
Amort. Tente médicale	541.667	541 667	541 667
Total	**11 802 451**	**12 313 851**	**10 783 851**

Source : Ecosan Consulting (AVENTIN L.), Évaluation finale du projet d'appui à la mise en place de 8 équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte aux épidémies (PREPARE), Novembre 2017

Évaluation du projet PREPARE selon les critères du référentiel d'évaluation

➔ Pertinence

- Dans quelle mesure le projet PREPARE constitue une réponse adaptée aux besoins de réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux épidémies de maladies infectieuses en Guinée ?

Former, équiper et accompagner le déploiement de huit ERARE était une **réponse pleinement adaptée aux attentes et objectifs des autorités guinéennes** de mettre fin, à court terme, à la grave crise sanitaire de l'épidémie du virus Ebola et exprimées dans la stratégie « zéro Ebola en 60 jours », dans le PRRSS 2015-2017 et dans la PNDS 2015-2024 : Orientation stratégique 1 « Renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence » (page 36) ; Orientation stratégique 3 « Renforcement du système national de santé ».

Le projet s'intègre également dans la perspective de la phase post-crise, visant le relèvement et le renforcement des capacités de prévention, d'investigation, de préparation d'un plan de riposte et de prise en charge rapide des cas suspects ou confirmés, dès le début, des maladies à potentiel épidémique.

Les ERARE et le projet PREPARE sont justifiés par l'ANSS[60] qui indique sur son site web que la Guinée est confrontée, depuis plusieurs décennies, à de nombreuses affections épidémiques dont la rougeole, la fièvre jaune, la méningite, la poliomyélite, le choléra, la dengue, la maladie de charbon, etc. Cependant, le système de surveillance de ces maladies à potentiel épidémique n'avait pas toujours permis une détection précoce, indispensable pour déclencher une riposte adéquate afin de contrôler, dès le début, de tels évènements de santé publique. La crise du virus Ebola de 2013-2016 n'a fait que mettre en lumière les faiblesses préexistantes du système de santé : un nombre insuffisant de travailleurs sanitaires qualifiés ;

Le Ministère guinéen en charge de la santé avait un besoin crucial de consolider son système de surveillance des maladies à potentiel épidémique en vue de le rendre opérationnel, plus efficace et plus réactif avec des équipements adaptés. L'EEC de l'OMS en 2017 conforte cette analyse en indiquant que les ERARE constituent aujourd'hui la pierre angulaire du système national de surveillance et de sécurité sanitaire.

Toutefois, la question se pose quant à la **place des ERARE dans la pyramide sanitaire**. Alors que le niveau préfectoral est la pierre angulaire du district sanitaire en Guinée, était-il pertinent de limiter l'action des équipes d'alerte et de riposte aux épidémies au niveau régional (niveau intermédiaire) de la pyramide sanitaire ?

Certes, l'urgence mais aussi le coût récurrent de fonctionnement peut justifier un positionnement limité du dispositif au niveau des 8 DRS. Cependant, dans une perspective de redressement et de renforcement du système de surveillance et, partant, du système de santé, le dispositif d'investigation,

60 https://anss-guinee.org/?page_id=2039

de préparation et de riposte rapide aux épidémies doit s'étendre aux directions préfectorales de la santé. D'ailleurs, les échanges avec un interlocuteur clé montre que la vision du ministère de la santé guinéen était d'avoir des équipes préfectorales d'alerte et de riposte aux épidémies (EPARE) - niveau périphérique - de la pyramide sanitaire.

L'ANSS[61] justifie d'ailleurs le **besoin des EPARE** sur son site web : « *Malgré tous ces dispositifs […], les ERARE étant loin de certains districts et dans le cadre de réduire notre temps de réactivité, il est nécessaire de mettre en place dans les districts sanitaires une EPARE pour renforcer les capacités d'action des directions provinciales de santé (DPS) en les dotant d'une force d'action rapide dans la gestion des alertes, des investigations et la participation à la riposte*. »

De plus, le mécanisme de réponse essentiellement bâti pour circonscrire une épidémie ou un évènement d'urgence ne trouve toute sa raison d'être que si le système est alimenté en amont. En l'absence de surveillance communautaire robuste et efficace pour capter le signal d'un évènement et de système d'information dans la pyramide sanitaire pour relayer l'information, le mécanisme des ERARE perd de son impact et de sa pertinence. Cet aspect non développé par le projet PREPARE sera toutefois repris et développé par des partenaires - OIM/Organisation internationale pour les migrations - localisés aux niveaux des préfectures de Forécariah et N'Zérékoré ainsi que pour la composante de surveillance et d'équipement communautaire (sur financement ECHO de 1 million d'euros).

Le projet PREPARE est une réponse, certes adaptée aux besoins de mécanisme de réponse et au RSS, mais sa **portée géographique est insuffisante** pour le renforcement du système national de surveillance, d'alerte et de riposte à tout type d'épidémies en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées aux épidémies de maladies infectieuses. L'intégration des ERARE dans un système cohérent rend les acquis de ce projet plus pertinents vis-à-vis du système de surveillance et de réponse.

Les contraintes logistiques et financières initiales semblent avoir limité la portée du projet au niveau des huit régions. Les DRS, principalement composées de personnels administratifs ont bénéficié des formations mais ce ne sont pas les premières lignes de front en cas d'épidémie. D'ailleurs des partenaires comme, CDC, ECHO, la BM, proposent un appui au niveau du district avec un COU au niveau préfectoral.[62]

Pertinence

Les objectifs du projet PREPARE étaient adaptés aux besoins et pertinents pour mettre fin à la crise d'Ebola mais aussi pour bâtir un système d'alerte et de riposte aux épidémies dans un cadre de renforcement du système de santé.

Les moyens étaient insuffisants pour répondre aux besoins exprimés par les autorités nationales et les partenaires locaux pour assurer le renforcement à long terme du système de surveillance épidémique et pour étoffer le système régional sur le niveau départemental qui est plus opérationnel. Toutefois, ce dernier point pourrait aussi être discuté et revisité sous l'angle de la capacité du système de santé à entretenir un système d'alerte de riposte à l'échelle régional et à l'échelle préfectoral.

Au total, le projet reste pertinent : les objectifs répondent aux besoins exprimés par les autorités nationales et l'intégration des ERARE dans un système cohérent bénéficiant d'appuis complémentaires rend les acquis de ce projet plus pertinents pour le système de surveillance et de réponse.

61 https://anss-guinee.org/?page_id=2100
62 Entretien ONG

➔ Cohérence

- Le projet PREPARE est-il cohérent vis-à-vis des autres projets Post-Ebola et des autres initiatives françaises ? Dans quelle mesure EF a-t-elle pu assurer la cohérence de ses interventions ?

Au niveau des moyens mobilisés par la France :

Le projet UPC-TFE, tout en appuyant le développement du projet UPC-FED, vise d'un point de vue stratégique à permettre aux UPC d'intégrer au plus vite le plan de riposte Ebola au plus près des foyers, pour leur permettre notamment de participer au dispositif des ERARE, en les formant et en les équipant pour remplir des missions sanitaires dans les délais les plus courts possibles.

Les **projets PREPARE et UPC-TFE sont ainsi imbriqués mais à sens unique** : c'est plutôt le projet UPC-TFE qui, ayant contribué à la formation, à l'équipement et au déploiement logistique des ERARE, est complémentaire à PREPARE. Les contraintes opérationnelles et les retards auront été tels que le projet UPC-TFE ne pourra fournir qu'un appui marginal au déploiement des ERARE. La cohérence réelle s'en trouve affectée.

Le cadre logique du projet PREPARE, en activité A.1.5, fait état de renforcement de la formation à l'hygiène hospitalière. Le cadre logique du **projet Twin-2H**, en activité A.1.2, fait état de formations et d'organisations avec les DRS et DPS de supervisions formatives en hygiène hospitalière. Les supervisions en prévention et contrôle des infections (PCI) / hygiène hospitalière des deux projets en Guinée ont été planifiées dans le budget du projet PREPARE afin d'éviter les doublons dans les financements. Cela démontre une complémentarité stratégique forte entre les deux projets, du moins pour les supervisions faites par les DRS. Malheureusement, les décalages de mise en œuvre entre les deux projets ont probablement affecté ce lien.

Au niveau des priorités stratégiques françaises :

Le projet PREPARE est conforme aux objectifs du Cadre d'intervention stratégique santé et protection sociale 2012-2014 (axe 3 : « Agir sur les déterminants environnementaux de la santé et lutter contre les épidémies ») et ceux du Cadre d'intervention régional Afrique subsaharienne 2014-2016 (objectif opérationnel 1 : Renforcement du capital humain, notamment les équipements et les compétences des systèmes de santé concernés). La santé n'était pas un secteur prioritaire du Contrat de désendettement et de développement (C2D) mais a été incluse comme secteur de concentration dans l'avenant au C2D 2013-2016, signé le 13 septembre 2014 avec la Guinée. [63]

Par ailleurs, ce projet qui s'inscrit dans une perspective de développement durable, est **conforme au document de stratégie de la France en santé mondiale 2017-2021** : priorité 1 - Renforcer les systèmes de santé tout en luttant contre les maladies et priorité 2 - Renforcer la sécurité sanitaire au niveau international… puisqu'elle repose sur un système de santé capable de prévenir, détecter et répondre aux risques.

Renforcer le système d'alerte et de riposte aux épidémies par la mise en place, la formation, l'équipement et le déploiement d'équipes ERARE dans les huit régions sanitaires est une large contribution à l'atteinte des objectifs des priorités stratégiques de la France en santé mondiale.

- Dans quelle mesure le projet PREPARE est-il complémentaire des autres projets santé d'EF en Guinée ?

En plus des cinq projets post-Ebola, DEPSAN portait également les projets du Canal 3 de l'Initiative 5% du Fonds Mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dont deux projets concernaient la Guinée dont le **Projet Réseau Sciences humaines et Sociales en Afrique de l'Ouest- SHS Ebola (**15 mars 2015 - 15 Septembre 2016 - porté par l'IRD).

[63] De plus, le document Cadre de partenariat programme (DCP) 2014-2016, signé par la Secrétaire d'État français au développement et à la Francophonie, Mme Annick Girardin, le 13 septembre 2014 à Conakry, mentionne la santé au sens large comme un secteur hors concentration.

En septembre 2014, lorsque l'épidémie d'Ebola s'est étendue à cinq pays en Afrique de l'Ouest (Guinée, Sierra Leone, Liberia, Nigeria, Sénégal), des anthropologues travaillant dans la région ont créé le réseau Ouest Africain de Sciences Humaines et Social sur Ebola qui regroupe 10 pays ouest-africains.

L'objectif du projet était de renforcer les dispositifs nationaux de lutte contre la MVE et favoriser des réponses intégrant le continuum de soins pour les trois pathologies par la prise en compte des facteurs socio-culturels basé sur des données dans quatre pays en situation pré-épidémique (Côte d'Ivoire, Bénin, Sénégal, Niger) et un pays épidémique (Guinée).

La seule activité d'envergure, a été l'organisation du colloque Ébodakar 2015, premier colloque de sciences humaines et sociales d'une telle envergure consacré à la MVE, qui a donné lieu à un premier bilan des actions et recherches réalisées.

La complémentarité avec le projet PREPARE n'est pas clairement établie sur le terrain. Rien n'indique que ce projet a permis aux ERARE d'adapter leurs interventions au contexte socio-culturel, aux us et coutumes, ni de comprendre les dynamiques sociales du rejet par la population de la réalité de la maladie, les agressions contre les équipes de mobilisation communautaires et de recherche de cas contacts, etc.

- Dans quelle mesure le projet PREPARE est-il complémentaire et apporte-t-il une plus-value par rapport aux initiatives des autres bailleurs de fonds[64] ?

Le **projet Ripost de l'AFD**, mis en œuvre par l'Agence de Médecine Préventive, vise à renforcer les compétences nationales dans les domaines de la veille et de l'alerte sanitaire, de la surveillance épidémiologique et de la recherche en santé publique. Il cherche également à améliorer la mise en réseau de ces instituts au niveau de la Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) par la création, en collaboration avec l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), du centre régional de prévention et de lutte contre la maladie. Sa mise en œuvre est postérieure à celle de PREPARE.

Les projets PREPARE et Ripost, contribuent au renforcement des capacités d'alerte et de réponse de santé publique au niveau territorial (DRS, notamment) avec des couvertures géographiques respectivement au niveau national et sous régional[65]. Ceci porte à percevoir une complémentarité entre les deux projets. La recherche de plus grandes synergies et cohérence entre les deux projets n'est reflétée ni dans les différents documents ni dans les entretiens effectués.

Du point de vue institutionnel, le co-financement entre l'UE (83%) et le MEAE (17%), a permis de boucler le budget du projet PREPARE. Les deux institutions sont, de ce point de vue, cohérentes et complémentaires pour l'atteinte de l'objectif post-Ebola du relèvement du système de santé guinéen.

64 Données tirées du rapport de la réunion téléphonique du Global Response Coalition (GERC) du 10 Octobre 2014
65 Secrétariat du gouvernement. Compte rendu réunion interministérielle du 12 mai 2015

Cohérence

On retrouve des complémentarités d'action dans les cadres logiques des projets PREPARE et UPC et Twin-2H qui reflètent une approche de cohésion au moment de la conception et de l'organisation des projets post-Ebola. Des difficultés dans la mise en œuvre et des délais dans l'exécution des projets font perdre de la cohérence au moment de l'exécution des activités.

Renforcer le système d'alerte et de riposte aux épidémies par la mise en place, la formation, l'équipement et le déploiement d'équipes ERARE dans les huit régions sanitaires est une large contribution qui relaye les priorités stratégiques françaises en matière de sécurité sanitaire dans une approche de RSS, qui néanmoins peine à bâtir sur l'existant en matière d'ancrage préfectoral ou sociétal.

Divers projets étaient portés par les pôles Initiative 5% et « Interventions en santé » du DEPSAN mais les objectifs et interventions étaient très différents et il n'y a pas eu de stratégie de synergie opérationnelle au sein du département santé d'EF pour améliorer la cohérence des interventions.

➔ Efficacité

- Dans quelle mesure le projet PREPARE a-t-il atteint de façon efficace les objectifs fixés ?

A la vue du tableau des réalisations, l'ensemble des activités prévues a été complétement réalisé. **Les objectifs du projet sont atteints et certains sont dépassés**. Selon le rapport d'évaluation final du projet PREPARE (page 15), en novembre 2017, les ERARE représentaient en Guinée le seul dispositif opérationnel en matière d'investigation et de riposte.

Depuis leur déploiement, ces équipes ERARE ont réalisé plus de 300 missions à travers le pays, à la clôture du projet en novembre 2017[66]. Le projet PREPARE a montré son efficacité notamment par la mobilisation des ERARE, décidée par les autorités guinéennes, lors de la campagne de vaccination contre la rougeole et la poliomyélite et lors de la résurgence de cas d'Ebola en mars 2016 dans le pays[67]. De plus, la Guinée est également satisfaite des effets du projet PREPARE qui a permis de répondre aux autres épidémies telles que la méningite, la fièvre jaune, la coqueluche, l'hépatite, et la maladie de charbon[68].

D'un point de vue qualitatif, des préoccupations demeuraient sur les compétences de certaines ERARE (problème soulevé pour Kankan et N'Zérékoré)[69] qui auraient mérité d'être consolidées. Il semble que ce problème de compétences soit lié au système de santé dans son ensemble et non pas de façon spécifique à ces deux régions. La gestion des RH fait face à un problème d'absentéisme fort avec un personnel âgé. Des mesures correctives sont apportées par étape par le Ministère de la santé et la mise en place de staff plus jeune mais moins expérimenté et n'ayant pas les mêmes compétences[70]. Cet aspect qualitatif n'a pas pu être exploré sur place, faute de mission de terrain.

Les modules de formation développés par la SCF et améliorés par l'institut Bioforce ne semblent pas avoir été réutilisés dans le cadre de l'épidémie d'Ebola en République Démocratique du Congo ou recyclés pour faire face à d'autres épidémies en Guinée ou ailleurs.[71]

66 Expertise France. Plaquette PREPARE
67 Lettre du CR du 1er COPIL du 08 Juin 2016
68 Ibid. Note 70.
69 Voir CR du 4e COPIL du 8 Décembre 2017
70 Entretien partenaires
71 Entretien partenaire

La qualité des compétences acquises est évaluée à l'issue des formations mais pas à distance. Le retard accusé pour la mise à disposition du matériel pourrait avoir eu un impact négatif sur les connaissances acquises. Certains ERARE ont reçu leur matériel un an après la fin de leur formation et n'ont, par conséquence, pas pu mettre en pratique certaines composantes de leur formation initiale. Les approvisionnements en urgence auraient mérité des procédures plus efficaces.[72]

Les **délais de livraison de matériels** ont impacté le déploiement et la formation pratique des ERARE. La contrainte initiale semble être la difficulté d'EF à gérer les passations de marché dans un contexte d'urgence et de complexité, malgré le recours à un expert pour faciliter et accélérer ce processus. Le vivier d'experts d'EF ne permettait alors peut-être pas de répondre à cette contrainte de façon adéquate. Des investissements et des progrès ont été réalisés par EF pour mieux appréhender les procédures de passation de marché des partenaires financiers. La question de la qualité du vivier pour un contexte d'urgence et des moyens utilisés reste posée.

Efficacité

Les indicateurs des objectifs et résultats attendus du cadre logique sont atteints. Au terme du projet en novembre 2017, les ERARE représentaient en Guinée le seul dispositif opérationnel en matière d'investigation et de riposte. Le dispositif mis en place donne satisfaction pour répondre aux autres épidémies.

Les retards accusés lors du déploiement des ERARE limitent la portée de l'efficacité du projet, initialement pour participer à la riposte Ebola mais aussi du fait d'un laps de temps trop long entre les formations théorique et pratique.

Les acquis du projet, modules de formations, modèle de renforcement des capacités de gestion des alertes et des réponses aux épidémies, ne semblent pas avoir été réutilisés sur d'autres centres des opérations.

➔ Efficience

- Dans quelle mesure les moyens alloués au projet PREPARE sont-ils à la hauteur des résultats atteints ?

Le rapport financier consolidé d'EF fait apparaitre un **taux d'absorption de 100%.** Certains des indicateurs d'activité et de résultats attendus du cadre logique – RA4 ; RA5- sont dépassés.

La mise en place de huit ERARE à 6M€ a été vue par certaines ONG comme dispendieuse et pas des plus efficientes. Cependant, les coûts d'investissement (équipements, tentes médicales, matériels et produits médicaux, véhicules) et le déploiement d'une forte équipe de formateurs de France peuvent expliquer ce niveau de budget.

D'autres partenaires ne corroborent pas cette analyse notamment en comparaison de coûts majeurs pour des activités Ebola/post-Ebola avec un impact bien moindre ou en comparaison de résultats structurants et durables.

Les délais de mobilisation des ressources - équipement devant permettre le déploiement des ERARE – ont été allongés, ce qui impacte la suite des activités en cascade et oblige à mobiliser de nouveaux partenaires. Le déroulé du projet subira une extension sans coût supplémentaire de 6 mois.

Les débuts difficiles du projet liés au fort turn-over du personnel d'EF fragilisent le suivi du projet lors de la phase de lancement. Malgré ces débuts difficiles, le système de suivi et de reporting se met en place de façon satisfaisante pour l'exécution du projet.

[72] Entretien partenaire

Efficience

Le rapport financier consolidé d'EF indique un taux d'absorption budgétaire à 100%. L'efficience du projet PREPARE est proportionnelle aux objectifs atteints, voir dépassés.

La mise en place de 8 ERARE à 6M€ a été vue par certaines ONG comme dispendieuse et pas des plus efficiente. Cependant les coûts d'investissement (équipements tentes médicales, matériels et produits médicaux, véhicules) et le déploiement d'une forte équipe de formateurs de France peuvent expliquer ce niveau de budget.

Les résultats et les acquis du projet, structurants et durables, paraissent à la mesure des sommes dépensées et ce malgré des débuts difficiles et une extension sans coût de 6 mois.

➔ Durabilité

- Dans quelle mesure la grappe de projets Post-Ebola a-t-elle eu des effets structurants sur le système de santé guinéen et sur l'atteinte des capacités principales du RSI par ce pays ?

Au niveau des Ressources Humaines :

Les ERARE sont des personnels déjà existants dans les structures sanitaires, notamment issues des DRS. Leur intégration dans la fonction publique guinéenne est en principe une assurance pour s'assurer que ces investissements humains seront pérennisés.

Pendant le projet, les personnels étaient rémunérés selon leur grille salariale de fonctionnaire, à laquelle s'ajoutait une prime. Pendant un temps, le directeur de l'ANSS a été capable de mobiliser des ressources pour couvrir ces frais additionnels, les différentes simulations pour capitaliser sur les formations, ainsi que pour l'entretien des équipements. La recherche de solutions de financement pérennes est abordée en infra à la section « Au niveau du financement ».

Une experte technique a été placée auprès du directeur de l'ANSS, notamment pour faciliter et renforcer la pérennité des ERARE[73]. Son positionnement a pu permettre de capitaliser sur les acquis des différents projets. La formation de 526 RH en santé (dont 206 ERARE et 319 autres professionnels de santé[74]) est le premier moyen à considérer, en particulier pour le renforcement et la durabilité d'un système de surveillance et de sécurité sanitaire.

La création d'un pool pour permettre au pays de disposer d'un vivier de formateurs) et de mettre à niveau des anciens ERARE peut être appréciée comme une mesure favorisant la durabilité en renouvelant le pool et les connaissances des RH.

Au niveau du matériel et équipement :

Le projet PREPARE a acquis et transféré aux ERARE, le matériel médical complet pour les quatre modules (surveillance, investigation, riposte, sensibilisation), l'équipement et la logistique (notamment 43 véhicules neufs) et des bâtiments rénovés pour rendre les équipes fonctionnelles et opérationnelles à la clôture et au transfert du projet aux autorités guinéennes. Une commande de médicaments et consommables et petits matériels a été faite par EF en octobre 2017 afin de couvrir les besoins en routine des huit ERARE pendant deux années à compter de la fin du projet[75].

73 CR du 4e COPLI du 8 Décembre 2017
74 Expertise France, Plaquette projet PREPARE, Novembre 2017
75 Selon le rapport d'évaluation finale du projet PREPARE, page 40

Cependant, le défi **reste l'appropriation, la maintenance et le renouvellement de ce dispositif** par les autorités nationales et locales et son financement.

Au niveau du financement :

L'enjeu du financement du projet PREPARE par les autorités guinéennes pour assurer une pérennité du fonctionnement des ERARE reste **particulièrement problématique**. Le dispositif ERARE semble avoir du mal à trouver un financement pour son fonctionnement par les ressources domestiques ou par les PTF[76] même si plusieurs sources de financements externes sont ou ont été à l'étude (CDC, BM, UE, Banque Africaine de Développement etc.). Le budget du Ministère de la santé est doublé de 6 à 12 milliards de francs Guinéens. L'ANSS qui a adopté le logiciel SAGE a maintenant la capacité de se faire auditer, ce qui est un gage de confiance d'investissement pour des partenaires institutionnels.

En fin de projet, un plaidoyer a été développé pour que les mécanismes de réponses régionaux et préfectoraux (ERARE et EPARE) soient budgétés.

Au niveau institutionnel et organisationnel :

L'étroite collaboration entre le Ministère de la santé guinéen, l'ANSS et EF a favorisé la pérennisation des actions[77]. Grâce à cette collaboration, les **ERARE sont ancrées dans la fonction publique**, en particulier dans l'organigramme du département surveillance de l'ANSS et dans les DRS. Elles s'intègrent ainsi dans le système national de veille et de sécurité sanitaire guinéen ; ce qui pourrait avoir pour effet une rétention durable dans leur fonction. Il reste à savoir si les nouvelles conditions salariales constituent une motivation à rester durablement à ce poste. Il sera donc intéressant de faire le point sur le personnel restant et leurs perspectives[78]. Ces éléments n'ont pas pu être vérifiés faute de mission de terrain.

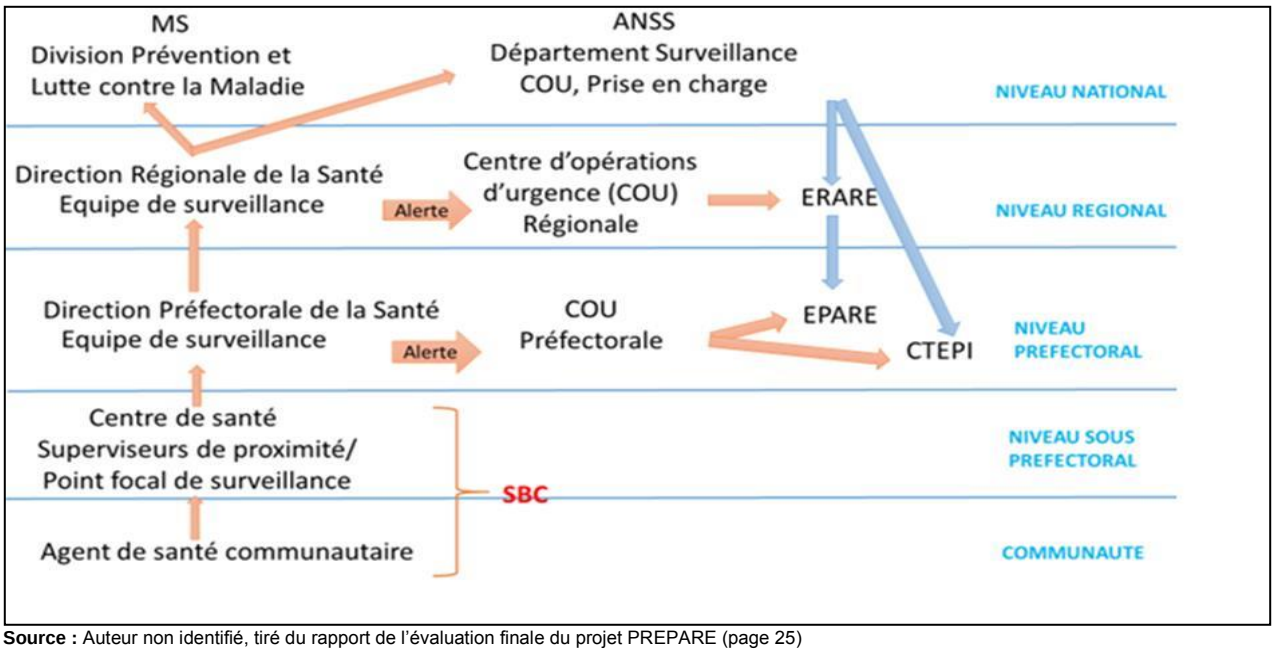
Les structures institutionnelles, comme l'ANSS, restent encore fragiles malgré des progrès considérables. Une capitalisation des investissements est nécessaire pour assurer la durabilité des acquis et conserver dans le pays des capacités d'alertes et de ripostes fonctionnelles. Cette question ne relève pas de la seule responsabilité d'EF.

Durabilité structurante sur le système de santé guinéen :

Depuis la création de l'ANSS, le système de surveillance sanitaire s'est construit progressivement avec l'appui technique et financier de plusieurs partenaires dont la France, le CDC et l'Organisation internationale pour les migrations. Les ERARE font maintenant **partie du schéma national de surveillance et de riposte**. Depuis 2017, avec l'appui de CDC, les EPARE et des équipes de surveillance à base communautaire (SBC) constituées de 17433 ASC ont été installées. Le soutien de partenaires additionnels à des équipes polyvalentes d'alerte et de riposte permet d'avancer que les investissements du projet PREPARE s'inscrivent durablement dans le temps[79].

Figure 4: Organes de l'ANSS

76 Selon le rapport d'évaluation finale du projet PREPARE, Pages 26-27 [À vérifier si la Banque mondiale, via le projet REDISSE a prévu un financement des ARARE]
77 Rapport du CR du 4e COPIL, 15 Janvier 2018.
78 Remco van de Pas, Delphin Kolie, Alexandre Delamou and Wim Van Damme (2019). « Health workforce development and retention in Guinea: a policy analysis post-Ebola », Pas et al. Human Resources for Health 17:63
79 Extrait du rapport de l'évaluation final du projet PREPARE (page 23-26) où le lecteur est ramené pour plus d'informations.



Source : Auteur non identifié, tiré du rapport de l'évaluation finale du projet PREPARE (page 25)

Durabilité sur l'atteinte des capacités essentielles du RSI :

Au terme de l'EEC de la mise en œuvre des capacités du RSI par l'OMS, il ressort les points forts en matière de surveillance en temps réel :

- Prévenir **:** Chaque DRS dispose d'une ERARE[80,81] bien entrainée avec une expérience acquise lors de la gestion de la MVE ;
- Détecter : Le pays a mis en place un système de surveillance fondé sur les directives du guide de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR) ;
- Riposter **:** Le pays a la capacité d'activer des interventions d'urgence (score 2) avec des RH disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI (Score 3). Les ERARE sont composées d'un médecin, d'un infirmier, de deux hygiénistes et d'un biologiste pour les prélèvements. De plus, l'ANSS a des capacités prouvées de déploiement de moyens médicaux sur le terrain, à travers son département logistique, […], les ERARE et les partenaires en cas d'urgence sanitaire comme la MVE, la fièvre jaune, la méningite, le choléra et la rougeole.

80 Ministère des affaires sociales et de la santé/DGS/Sous-direction Veille et Sécurité Sanitaire, Note pour Monsieur le Directeur général de la santé – Mission d'évaluation externe de la mise en œuvre du règlement sanitaire internationale en Guinée, 9 Mai 2017
81 OMS, Rapport de mission (JEE) 23 au 28 Avril 2017– Évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République de Guinée, Mai 2017

Messages clefs : Durabilité

PREPARE est un projet qui a des atouts pour s'inscrire durablement dans le temps, notamment du fait de l'intégration des ERARE dans la fonction publique et au sein du système de veille et de sécurité sanitaire de l'ANSS.

L'équipement initial des ERARE et la dotation de départ ont permis aux équipes de fonctionner pendant quelques temps après la clôture du projet mais la question financière pour les pérenniser reste posée. Plusieurs sources de financements externes sont ou ont été à l'étude. Au niveau domestique, une ligne budgétaire spécifique est demandée mais qui n'a pas encore aboutie pour une raison liée à la gouvernance du conseil d'administration de l'ANSS. Le financement stable de ce dispositif reste un défi.

La mise en place des EPARE et des SBC avec l'appui d'autres bailleurs, capitalise sur l'approche initiée par les investissements du projet.

L'EEC de 2017 fait référence aux équipes multidisciplinaires d'alerte et de riposte et note que le pays a la capacité d'activer des interventions d'urgence (score 2) avec des RH disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI (Score 3). Cette reconnaissance externe consolide l'approche initiée avec le projet.

ANNEXE 4 - EVALUATION DU PROJET UPC-TFE

La protection civile en Guinée fait face à de nombreux risques naturels, sanitaires, technologiques et industriels. Elle est par ailleurs peu formée, sous équipée, avec un sous-effectif qui maintient sa portée géographique essentiellement à Conakry (95% du territoire national non couvert) avec des moyens insuffisants[82]. Cependant, la Guinée dispose, au sein de ses formations militaires et du corps des sapeurs-pompiers, d'un personnel nombreux, parfois mal utilisé, qu'il est possible de prendre en charge dans le cadre d'une reconversion pour renforcer les UPC. Le projet de « Renforcement de l'efficacité de la Protection Civile en République de Guinée », financé par l'UE (UPC-FED) et mis en œuvre d'août 2013 à décembre 2018, consiste à renforcer la capacité structurelle de la protection civile à prendre en charge la protection des individus, des biens et de l'environnement relatif à un service public. L'objectif était de renforcer les corps d'intervention rapide de la protection civile et de rénover le corps de sapeurs-pompiers (casernes, équipement, formation).

La crise de la MVE a suscité la prise de conscience du rôle de la protection civile dans le dispositif de la riposte à Ebola. Le projet UPC-TFE permet d'allouer un appui financier pour la formation spécifique des Unité de Protection Civile à la riposte Ebola.

Objectifs : Le projet d' « Appui au déploiement des Unités de Protection Civile – UPC-TFE » vise à **permettre aux UPC d'intégrer au plus vite le plan de riposte à Ebola au plus près des foyers** en appuyant leur formation, leur équipement et leur déploiement.

Une des idées qui prévalait était d'améliorer la visibilité des UPC et donc d'utiliser des équipes non armées, en uniformes bleus distincts de ceux kaki de l'armée, comme c'était le cas en Sierra Leone, ce qui devait être mieux accepté par la population qui gardait une défiance vis-à-vis de représentants des autorités nationales.

La stratégie a évolué en fonction des besoins. **L'appui au déploiement des ERARE** est apparu dans un second temps, notamment quand la SCF du projet PREPARE, du fait de contraintes de temps, n'a pas pu terminer cette mission. Les contraintes spécifiques sur le projet UPC-TFE entraineront des retards qui empêcheront les UPC de fournir tout l'appui escompté pour le déploiement des ERARE.

En pratique, l'appui se manifestera essentiellement par la mise à disposition de véhicules de transport sécurisés pour Ebola pour l'évacuation/transport des malades, le transport du matériel des ERARE, le convoyage des prélèvements et l'appui à l'incinération des déchets contaminés. Les UPC seront aussi utilisées pour faire l'interface avec les communautés (médiation auprès des populations, interprète…) ou pour la vérification des protocoles à l'entrée des hôpitaux.

Le projet UPC-TFE contribue également au projet du UPC-FED. Ainsi, outre l'ensemble des formations dispensées, le projet comprend un important **volet équipement et infrastructure** afin de pouvoir doter ces équipes des moyens nécessaires pour intervenir. En plus de la fourniture de matériels informatiques et de transmission, des équipements et véhicules d'intervention, le projet contribue avec le projet FED à la **rénovation/construction de trois casernes** destinées à accueillir les équipes de Protection Civile dans les villes de Boké, Mamou, N'Zérékoré, celle de Kankan devant être prise en charge par les autorités guinéennes. Deux Centres Incendies et Secours (CIS) de Conakry (Tombo et Nongo) à destination des sapeurs-pompiers sont également à rénover/construire.

Bénéficiaires du projet : Les principaux bénéficiaires directs sont les agents des UPC bénéficiant du projet UPC-TFE et qui sont engagés dans le cadre de la riposte à Ebola et aux épidémies, en appui

[82] HIVERT, F. (2015). Riposte Ebola - Appui au deploiement des unités de protection civile - Argumentaire. Florent HIVERT est conseiller du Directeur Général de la Protection Civile de la République de Guinée,

des ERARE. Par effet induit, la population, défendue par les UPC, le personnel médical et toutes les entités participant directement à la riposte à Ebola sont également des bénéficiaires finaux du projet.

Stratégie du projet : Le projet a quatre volets :

- Formations complémentaires des UPC ;
- Compléments d'équipements des UPC (Véhicules, mobilier, matériels informatiques) ;
- Rénovation/construction des infrastructures à Conakry (deux CIS) et à l'intérieur du pays : Boké, Mamou, et N'zérékoré (trois casernes, une par site) pour y accueillir les UPC ;
- Déploiement des UPC auprès des huit ERARE.

Coordination et partenariat **:** EF assure la coordination du projet et s'appuie sur son partenaire technique des formations militaires de la sécurité civile **(FORMISC**)[83] pour accompagner la formation et la création d'une UPC composée de quatre unités de 100 personnes, chacune dans quatre régions en Guinée. Ces UPC ont été intégrées dans un premier temps dans les huit DRS auprès des ERARE pour aider dans les actions de sensibilisation communautaire, de suivi des populations touchées et de prise en charge des personnes contaminées. Après la crise Ebola, elles ont été installées de manière pérenne dans les quatre régions (Boké, Mamou, Kankan, N'zérékoré) afin de pouvoir agir de manière décentralisée.

Budget : Sur un financement global de 501 816 euros sur crédits MEAE, 256 891 étaient destinés à renforcer l'appui du fonds du programme européen UPC-FED alloué aux infrastructures et notamment au cofinancement de la construction de casernes UPC et du Service d'Incendie et de Secours (SIS) de Conakry.

Durée : Débuté en avril 2015, le projet était initialement prévu pour durer trois mois, mais le retard relatif au volet lié aux infrastructures du programme UPC-FED a conduit à trois extensions sans coût, reportant son achèvement au 31 août 2019.

Structure organisationnelle du projet

Les acteurs :

Le projet est suivi par le département 3S d'EF qui deviendra P2S (Paix Stabilité Sécurité) par un chargé de projet. EF assure la gestion comptable et la coordination globale du dispositif. Un chef de projet à Conakry - coopérant avec la Direction Centrale de la Sécurité et du Développement du ministère de l'Intérieur français- placé en tant que conseiller auprès du Directeur National de la Protection du Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile en Guinée, pilote le projet et en assure la coordination interinstitutionnelle.

Coordination et pilotage :

Le projet est piloté par le chef de projet depuis la Guinée. Le bureau santé d'EF à Conakry n'appuiera le projet que pour le paiement des entreprises en charge des chantiers du volet infrastructure. Là aussi la coordination ne semble pas avoir été optimale.

La coordination avec le projet UPC-TFE reste difficile, elle implique des Ministères différents – Ministère de la sante et Ministère de l'intérieur et de le décentralisation - pour lesquels la collaboration serait demandeuse de ressources mais aussi pour la coordination transversale entre les départements d'EF, DEPSAN et 3S, pour l'intégration des activités UPC-PREPARE[84]. L'organisation

83 Ministère français de l'intérieur (2015). Réception en l'honneur des militaires des unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile ayant participé à la mission Guinée 2014 [en ligne] consulté le 27 Janvier 2020 sur https://mobile.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-actualites/2015-Actualites/Reception-en-l-honneur-des-militaires-des-UIISC-ayant-participe-a-la-mission-Guinee-2014

84 Entretien EF

des pôles par thématique sans réelle organisation transversale ne facilitait pas cette coordination d'activités relevant de pôles ou départements différents –sécurité, santé.

Bilan des réalisations

Tableau 13 : Tableau simplifié des réalisations du projet UPC-TFE

	Logique d'intervention	Réalisations
Objectif Global	Permettre aux UPC d'intégrer au plus vite le plan de riposte à Ebola au plus près des foyers.	Les UPC ont intégré le plan de riposte à Ebola dans les huit DRS aux côtés des ERARE avec du retard. Le ministère de la sécurité civile a mis 3 mois[85] pour engager les UPC à l'issue de leur formation dans la lutte contre Ebola
OS1	OS 1 : appuyer le déploiement des UPC au plus près des zones où continuait de sévir l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ébola en Guinée par la création de Bases opérationnelles d'alerte et d'instruction.	L'objectif a été atteint avec un long retard d'environ 12 mois pour finaliser la construction de deux CIS à Conakry, y compris la rénovation d'un centre opérationnel d'appels. Le déploiement des UPC dans les DRS pour aider les ERARE dans les missions a connu aussi un retard de plus 3 mois. A l'exception de N'zérékoré et Kindia, les UPC ont été déployées avec un retard compris entre 11 jours et 4 mois après la déclaration de la fin d'Ebola par l'OMS le 1er Juin 2016.
Résultats 1	R1– Les UPC sont positionnées de manière pérenne au plus près de la population qu'elles défendent et sont en mesure d'appuyer les équipes médicales à l'intérieur du pays	Objectif atteint mais avec un retard considérable : Après la crise Ebola, les UPC sont installées de manière pérenne dans chacune des quatre grandes régions guinéennes afin de pouvoir agir de manière décentralisée (Conakry, Boké, Mamou et N'zérékoré). La construction de la caserne de Kankan relève de la contribution de l'État
OS2	OS2 : Fournir un appui logistique général aux ForMiSC dans le cadre de la montée en puissance des ERARE en utilisant les compétences des UPC	Cet objectif a été atteint : Les UPC ont été mises à disposition des FormiSC afin de faciliter et accélérer le déploiement logistique.
Résultats 2	R2 : La constitution de la base logistique et la réalisation des infrastructures des ERARE sont facilitées et accélérées.	Résultat atteint : Avant leur déploiement une partie des UPC fournit un appui logistique à Conakry et de Conakry vers l'intérieur du pays en avril et mai 2016.
OS3	OS3 : Permettre aux UPC de participer au dispositif des ERARE en les formant et en les équipant pour remplir des missions sanitaires dans les délais les plus courts possibles.	Cet objectif a été atteint : Les UPC ont été formées et équipées et déployées dans les équipes ERARE mais avec des délais impactant cet objectif.
Résultats 3	R3 : Les ERARE disposent d'agents des UPC formés, entrainés et équipés aptes à intervenir rapidement dans le cadre de missions sanitaires.	Résultat atteint : Les activités de formation ont toutes été réalisées. Toutes les formations prévues ont été dispensées (conduite et entretien des véhicules d'intervention, « transport sécurisé des malades », appui sanitaire général, formation aux transmissions radio).

85 HIVERT, F. (2015). Riposte Ebola - Appui au déploiement des unités de protection civile – Argumentaire, page 11

L'ensemble des activités initialement planifiées dans le cadre du projet UPC-TFE ont été exécutées. Les UPC ont été déployées et ont renforcé les ERARE (Boke, Conakry, Faranah, Kindia, Labé, Mamou et N'Zérékoré). Cependant, le résultat ultime de déployer les UPC auprès des ERARE en les intégrant au plus vite dans le plan de riposte à Ebola, au plus près des foyers, n'est pas atteint car devenu désuet. Du fait principalement des retards pour la construction des infrastructures, les déploiements des UPC n'ont eu lieu qu'entre le 12 et le 31 décembre 2016, largement après la fin d'Ebola.

On note qu'au terme de l'audit des infrastructures appuyées dans le cadre des projets UPC-TFE à Boké, Mamou et N'Zérékoré, il a été déterminé des travaux à conduire pour reprendre des malfaçons constatées (solidité des châteaux d'eau), garantir l'opérationnalisation des infrastructures (système d'électrification ou d'adduction d'eau) et en assurer l'accès (réfection de voiries).

Exécution financière

Les chiffres présentés par EF durant le Copil de juillet 2019 sur les reliquats des projets post-Ebola (estimation au 31 décembre 2018), faisait apparaitre un reliquat de 68 000€ et aucun taux d'exécution prévisionnel au 31 décembre 2019 n'était fourni.

Une dernière demande d'extension sans coût était formulée pour conduire le projet jusqu'au 31 août 2019 pour mener un audit des infrastructures pour constater dans le détail l'état des travaux conduits par les entreprises, et pour fournir du matériel additionnel aux UPC.

Ces éléments n'ont pu être étoffés sans le rapport budgétaire consolidé, non disponible au moment de la finalisation de ce rapport.

Enseignements sur la conception et l'exécution du projet

La composante du projet relative aux constructions (ligne budgétaire de 256 891 euros), prévue pour renforcer le projet UPC-FED et allouée aux constructions des casernes UPC et du SIS de Conakry a accusé des **retards conséquents**. Les sites mis à disposition à Mamou, Boké et Nzérékoré étaient des terrains nus, nécessitant une construction, plutôt que la rénovation initialement prévue. Les titres fonciers ont été obtenus tardivement. Ensuite, en l'absence de plan pour la construction d'une caserne et d'une évaluation financière du coût d'une telle construction, une mission exploratoire française a été envoyée pour assister la Direction générale de la Protection Civile dans la définition de casernements types pour la Guinée. Le rapport a défini les standards de construction des casernements et a donné un coût estimatif, permettant ainsi la recherche de financements. Faute d'un financement suffisant, le Ministère a décidé de construire entièrement le casernement des SIS à Conakry et de construire partiellement les trois autres avec l'accent mis sur les bâtiments d'opérations afin de permettre aux UPC d'être opérationnels.

Un souci constaté à la fois pendant l'exécution du projet UPC-TFE et celle du projet UPC-FED concerne **l'insuffisante appropriation du projet par les autorités guinéennes** et notamment par la Direction de la Protection civile. A ceci s'ajoute l'absence d'un budget de fonctionnement, de recyclage du personnel et d'entretien du matériel, avec comme conséquence un retour en arrière des connaissances et des capacités au point initial. De plus, l'usage détourné du matériel, déjà constaté, participe à la dégradation de ce dernier qui ne serait plus fonctionnel pour son usage initial.

Il est rapporté par ailleurs que la Direction Générale de la Protection Civile ne bénéficie pas de priorité budgétaire au sein du Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile, ce qui la mettrait dans la difficulté pour gérer le recyclage de son personnel et l'entretien de son matériel.

Evaluation du projet selon les critères du référentiel

➔ **Pertinence**

- Dans quelle mesure le projet UPC-TFE constitue-t-il une réponse adaptée aux besoins ?

Le projet UPC-TFE, en complément du projet UPC-FED, **répond aux besoins des autorités guinéennes de reformer la sécurité civile** qui s'inscrit dans le document de Stratégie nationale d'actions prioritaires[86] adoptée en mai 2014 dont une composante était le Programme d'Appui à la Réforme du Secteur de la Sécurité (PARSS3) de la République de Guinée. La composante 1 porte sur le « renforcement du pilotage stratégique et des capacités opérationnelles de la protection civile » en vue de restaurer l'autorité et la légitimité des services de sécurité civile auprès de la population, en rétablissant le contrat social entre les UPC et les communautés qu'elles sont censées protéger et en renforçant leurs capacités d'action et de professionnalisme.

Ainsi, la création des UPC répond à un besoin sécuritaire de la population guinéenne en protégeant les personnes et les biens et permet également au pays d'atteindre ses objectifs en matière de RSS.

De façon opérationnelle, **l'appui logistique à la riposte Ebola et l'action des ERARE parait pertinent**, les contraintes logistiques étant un élément conséquent pour la mise en route d'activités complexes dans des régions difficiles d'accès avec des moyens limités. L'action des UPC s'inscrit dans l'effort massif pour venir à bout de l'épidémie[87]. Permettre aux UPC de s'installer dans les casernes au plus près des foyers, c'est participer dans l'immédiateté à la riposte Ébola. L'utilisation, par exemple, des camions UNIMOG[88] des UPC pour le transport des matériels et équipements des ERARE et le déplacement des ERARE en zones rurales est aussi un élément en faveur de la pertinence du Projet UPC-TFE

Le projet a été demandé par le Ministre de la Sécurité et de la Protection Civile, sous l'impulsion du Conseiller, puis avec l'aval du conseil des ministres guinéen.

Le double objectif de renforcement du projet UPC-FED et du projet PREPARE entraine un périmètre d'action important qui n'est pas couvert par des financements adéquats ce qui questionne la pertinence des moyens.

Pertinence

Ce projet s'insère dans la Stratégie nationale d'actions prioritaires de 2014 et particulièrement dans le PARSS3 de la Guinée. Le projet est bien validé par la signature du Ministre de tutelle mais sans une réelle appropriation par celui-ci. Ce projet vient en complément du projet UPC-FED pour lequel les autorités n'avaient pas montré une forte appropriation. Il en sera de même pour le projet UPC-TFE.

De façon opérationnelle, l'appui logistique à la riposte Ebola et l'action des ERARE parait pertinent, les contraintes logistiques étant un élément conséquent pour la mise en route d'activités complexes dans des régions difficiles d'accès avec des moyens limités.

Le double objectif de renforcement du projet UPC-FED et du projet PREPARE, entraine un périmètre d'action important qui n'est pas couvert par des financements adéquats ce qui questionne la pertinence des moyens. Il n'est pas retrouvé de partenaires qui permettraient de mutualiser et rendre les investissements.

[86] https://www.civipol.fr/fr/projets/programme-dappui-la-reforme-du-secteur-de-la-securite-parss-3-mspc http://lignesdedefense.blogs.ouest-france.fr/archive/2016/03/15/la-france-a-termine-la-formation-des-4-upc-en-guinee-15829.html

[87] HIVERT, F. (2015). *Riposte Ebola - Appui au deploiement des unités de protection civile - Argumentaire (rapport narratif et budget).* **Florent HIVERT** est Conseiller du Directeur Général de la Protection Civile de la République de Guinée

[88] *Marque de Camion Mercedes tout terrain utilisé par les militaires et les pompiers*

➔ Cohérence

- Dans quelle mesure le projet UPC-TFE est-il complémentaire des autres projets post-Ebola (notamment du projet PREPARE) ?

Dans le dispositif régional de surveillance, d'alerte et de riposte aux évènements potentiellement épidémiques, le projet UPC-TFE a **permis d'appuyer les activités des ERARE** au niveau des régions, par de l'appui logistique et des UPC capables d'évacuer des malades depuis le lieu de l'intervention antiépidémique vers la structure d'accueil adaptée à la maladie (Grande noria, CTE, CTEPI, Hôpital régional) au moyen d'ambulances ou de véhicules spécialement aménagés. Il a également facilité le transport du personnel et/ou du matériel des ERARE de la capitale régionale (siège de l'ERARE) vers le lieu de l'intervention. Via des camion tactiques UNIMOG et trois minibus d'une capacité de dix passagers, les UPC peuvent aider les ERARE pour véhiculer le matériel, transporter des prélèvements vers le lieu d'analyse (laboratoire de référence) et soutenir les actions de sensibilisation (médiation, assistance des équipes de sensibilisation, actions autonomes éventuelles)[89].

Même si cette question sort des attributions de cette évaluation, il apparait que le projet UPC-TFE est **en lien avec le projet UPC-FED**. Le complément financier apporté par le projet pour poursuivre les constructions est parfaitement cohérent avec les investissements du projet FED.

Comme souligné dans le chapitre du projet PREPARE, divers projets étaient portés par les pôles 3S et « Interventions en santé » de DEPSAN, mais leurs objectifs et interventions étaient très différents et il y avait peu ou pas de synergie opérationnelle pour améliorer la cohérence des interventions. De façon étonnante, cette situation se retrouve sur le terrain où au-delà de l'échange d'informations entre les chefs de projet, on ne retrouve pas au niveau de l'exécution des projets de temps de coordination/cohésion entre les deux projets pour améliorer la cohérence.

- Dans quelle mesure le projet UPC-TFE contribue-il à atteindre les priorités stratégiques françaises en matière de RSS et de sécurité sanitaire internationale ?

La relance du système d'assistance et de secours aux populations (UPC) pour appuyer la réponse aux catastrophes sanitaires - épidémie d'Ebola ou autres - pourrait être considérée comme une approche cohérente avec les priorités françaises en matière de sécurité sanitaire internationale. Or les UPC répondent à une stratégie long terme.

Au regard des experts français engagés dans ce projet sur le plan appui, conseil, formation, logistique ce projet a permis de répondre à la priorité 4 de la stratégie en santé mondiale de la France 2017-2021 « Promouvoir l'expertise, la formation, la recherche et l'innovation française » dans son objectif 1 : Mobiliser et promouvoir l'expertise française.

- Dans quelle mesure le projet UPC-TFE est-il complémentaire des autres projets santé d'EF en Guinée et notamment avec UPC-FED ?

Le projet UPC-TFE, en consacrant une partie de son budget à la rénovation/construction des infrastructures pour les UPC, en région et à Conakry, vient rehausser l'enveloppe budgétaire du projet initial UPC-FED financé par l'UE dans le cadre du 10eme FED. En outre, il permet de construire et rénover deux CIS à Conakry et trois casernes UPC (Mamou, Boké et N'Zérékoré). Ce financement complémentaire d'UPC-TFE a complété la réalisation de bâtiments et d'infrastructures pour les UPC.

- Dans quelle mesure le projet UPC-TFE est-il complémentaire et apporte-t-il une plus-value par rapport aux initiatives des autres bailleurs de fonds ?

Le projet UPC-TFE propose une approche innovante pour compléter l'offre de réponse en période de crise sanitaire. Peu ou pas de partenaires sur place soutiennent cette approche

[89] Ibid. note 91

Ce projet a une double incidence : il est capable de servir en période épidémique de n'importe quelle nature et en temps post épidémie, il se cantonne à son rôle d'assistance et de secours aux populations. D'autre part, l'État réinvestit l'espace provincial avec un service public de sécurité au profit des populations. Enfin les UPC – avec un statut civil - sont alimentées par des ex-militaires ; ce qui est en soi une innovation[90].

Cohérence

Engager les UPC au plus près des foyers, c'est apporter leur aide et leur logistique au niveau régional pour le transport de prélèvements, le transfert des patients suspects pris en charge au niveau des centres de traitement ainsi que faciliter les opérations sanitaires. Le projet UPC-TFE est complémentaire et se fusionne presque au projet UPC-FED qu'il cofinance. La coordination entre les projets PREPARE et UPC-TFE, au niveau central et sur le terrain, ne relève pas de mécanisme systémiques mais de l'échange d'information.

Le projet UPC-FED ne relaye pas de façon explicite les stratégies françaises en matière de RSS et de SSI mais propose une approche innovante pour compléter l'offre de réponse en période de crise sanitaire. Cette approche pilote avec un possible passage à l'echelle par la suite aurait été intéressante.

➔ Efficacité

- Dans quelle mesure le projet UPC-TFE a –t-il atteint de façon efficace les objectifs fixés ?

Au terme du projet, **tous les objectifs fixés ont été atteints à travers les résultats obtenus et parfois au-delà des prévisions,** comme par exemple les trois casernes construites contre deux prévues au départ à Conakry avec deux CIS (dans le quartier Nongo de Ratoma, et à Tombo) et trois casernements à Boké, Mamou, N'zérékoré. Plus de 400 UPC ont été formées, équipées et déployées auprès des ERARE et au plus près des populations pour une lutte plus efficace dans les zones où sévissait le plus Ebola[91].

Les multiples retards et extensions sans coût ont témoigné d'un **manque d'efficacité dans la gestion de projet de réhabilitation d'infrastructure** dans un contexte d'urgence. Les procédures (DAO, conducteur de travaux, planification etc.) au sein d'EF et du département P2S semblent depuis avoir été améliorées.

- En quoi le mode opératoire choisi par EF dans le cadre du projet UPC-TFE a-t-il apporté une plus-value dans l'atteinte des résultats ?

Le mode opératoire a consisté dans l'engagement de la protection civile française dans les volets 1,2 et 3 en complément d'un militaire, coopérant expert technique, placé auprès de la Direction Générale de la sécurité Publique guinéenne pour assurer le rôle de conseil et les modalités de pérennisation du projet.

La mise en œuvre du projet UPC-TFE a été l'occasion d'engager les UPC au côté des ForMiSC. Cette façon de faire a permis le transfert d'un savoir-faire indispensable au bon fonctionnement ultérieur des ERARE à l'intérieur du pays[92]

[90] 4e COPIL du projet UPC, 10 Janvier 2017.

[91] Ibid. Note 1

[92] HIVERT, F. (2015). *Riposte Ebola - Appui au deploiement des unités de protection civile - Argumentaire (rapportnarratif et budget).* **Florent HIVERT** est Conseiller du Directeur Général de la Protection Civile de la République de Guinée, page 8

Efficacité

Les activités fixées dans le cadre logique ont été produites et les résultats obtenus. L'objectif principal faisait état d'une intégration au plus vite et au plus près des foyers. Sur la composante « au plus vite », l'efficacité n'est pas optimum, de nombreux retards grèvent l'efficacité du projet. En revanche, les UPC sont déployés au plus près des populations. L'objectif d'appuyer le déploiement des UPC au plus près des zones où continuait de sévir l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola auprès des ERARE est devenu désuet dans la mesure où à l'exception de N'zérékoré et Kindia, les UPC ont intégré les huit équipes ERARE avec un retard allant de 11 jours à 4 mois après la déclaration de la fin d'Ébola par l'OMS le 1er Juin 2016.

Les multiples retards dans l'exécution du projet et notamment dans la gestion des constructions du CIS et des casernements, comme évoqué dans le chapitre « Enseignement sur l'exécution du projet », ne plaide pas pour une démonstration d'efficacité de gestion de projet de construction/réhabilitation d'infrastructures. A noter que les difficultés étaient nombreuses et que la DGSC n'appuyait que peu l'éxéction du projet.

➔ Efficience

- Dans quelle mesure les moyens alloués au projet UPC-TFE sont-ils à la hauteur des résultats atteints ?

Plusieurs ajustements et réallocations ont été nécessaires pour en arriver aux résultats. Par exemple, on note la fusion de la ligne infrastructure d'UPC-TFE avec celle du projet européen UPC-FED dans une enveloppe globale servant à la construction des trois casernes de Mamou, Boké et N'Zérékoré, du CIS de Nongo (Conakry) et la rénovation de celui de Tombo (y compris le centre opérationnel déjà rénové). Ainsi, tous les résultats ont été atteints, dépassant parfois les prévisions comme c'est le cas du volet construction qui a permis de passer de deux casernes prévues à trois et deux CIS.

La création des UPC est modulaire et peu onéreuse à mettre en œuvre. La base de la formation est le secourisme. Les autres compétences (incendie, sauvetage déblaiement, dépollution etc.) ont pu s'acquérir au fur et à mesure de la disponibilité des ressources nécessaires (la composante bio du « module Ebola » a été mise en œuvre au déclenchement de l'épidémie alors qu'elle n'était pas prévue initialement). Le coût des matériels (souvent issu de la gamme civile : tronçonneuses, groupes électrogènes, lots d'éclairage, étais etc.) est assez bas et sans commune mesure avec celui nécessaire à des unités de police ou militaire (hormis celui de la composante incendie : les camions, échelles etc. sont chers)[93].

Le **délai de trois mois pour engager les UPC** à l'issue de leur formation dans la lutte contre Ebola grève de façon significative l'efficience de la partie initiale du projet.

[93] Lire Support du COPIL N°1 UPC-TFE du mercredi 7 juin 2015, page 4

Efficience

Les chiffres présentés par EF durant le Copil de juillet 2019 sur les reliquats des projets post-Ebola (estimation au 31 décembre 2018), faisait apparaitre un reliquat de 68 000 euros et aucun taux d'exécution prévisionnel au 31 décembre 2019 n'était fourni. Une dernière demande d'extension sans coût était formulée pour conduire le projet jusqu'au 31 août 2019.

Les délais comme celui de trois mois pour engager les UPC à l'issue de leur formation mais aussi ceux liés aux réhabilitations grèvent de façon significative l'efficience du projet en retardant la finalisation des constructions et le déploiement des UPC. Les surcoûts liés aux réhabilitations nécessitent des adaptations budgétaires, une modification à la baisse du nombre de réhabilitations pour rester dans l'enveloppe budgétaire.

Le projet UPC-TFE abondant au projet UPC-FED, l'efficience du projet UPC devrait être évaluée en un seul bloc plutôt que sous l'angle du projet UPC-TFE seul.

➔ Durabilité

- Dans quelle mesure le projet UPC-TFE a-t-il eu des effets structurants sur le système de santé guinéen et sur l'atteinte des capacités principales du RSI ?

Le projet UPC-TFE est un projet venu combler un vide dans le domaine de la protection civile guinéenne. Ses acquis sont indéniables et pourront bénéficier à la population. Pour la durabilité, le projet, au-delà de sa contribution initiale à la riposte Ebola en appui aux ERARE, devait **contribuer au dispositif de surveillance destiné à éviter toute résurgence de l'épidémie ou l'apparition d'une autre**[94].

On note aussi que la Direction Centrale de la Sécurité et du Développement du Ministère de l'Intérieur français continue à affecter un coopérant auprès du Ministère de la Sécurité et de la Protection civile, ce qui constitue un gage de plaidoyer pour capitaliser sur les acquis du projet.

La prise de conscience des enjeux liés au renforcement de la protection civile et de son importance dans le dispositif sécuritaire en Guinée (en tant que "deuxième pilier" du MSPC) a tardé à se concrétiser et les appuis donnés par l'UE et les autres PTF en la matière ont souffert initialement d'un déficit d'appropriation. Cette appropriation est désormais en très nette amélioration.[95]

L'UE appuie le développement de la Protection Civile dans le cadre du PARSS3, avec une gestion directe par la société de conseil et de service du Ministère de l'Intérieur français - CIVIPOL Conseil ; et par une gestion indirecte par UNOPS.

Le renforcement de cet axe se fait au travers d'un appui à l'Ecole nationale de la police et de la protection civile.

La protection civile en constitue un des deux axes d'intervention, et prévoit :

- Le renforcement des capacités opérationnelles des UPC avec la construction de la deuxième phase des casernes des UPC de Boké, Mamou et N'zérékoré ;
- Un appui à la mise en place des documents régissant la protection civile en Guinée ;
- Des formations opérationnelles.

La conservation du savoir-faire acquis lors de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola est spécifiquement stipulée dans le projet PARSS3.

[94] Note 70

[95] PARSS3, Annexe 1, Action pour le programme d'appui à la réforme du secteur de sécurité en Guinée. https://www.gtai.de/resource/blob/36200/3e71a98c39a74e16848ae61a9f35b112/pro201708145000-data.pdf

Il est rapporté que les personnels UPC, utilisés pendant la période Ebola pour vérifier le lavage des mains à l'entrée des structures de soins, sont mobilisés pour contrôler l'application de mesures barrières à l'entrée des hôpitaux lors de la crise de Covid-19.

- Quels ont été les moyens déployés par EF pour assurer la durabilité du projet ?

Le projet en soi est un **instrument innovant** mis à disposition de la Guinée par EF à plusieurs égards : Construire ou rénover trois casernes UPC de façon pérenne à Boké, Mamou, N'zérékoré et deux CIS à Conakry (y compris le centre opérationnel des appels) pour accueillir plus de 400 UPC formées, équipées dont une partie a intégré les huit équipes ERARE pour les aider dans la lutte contre Ebola est en soi un instrument pérenne.

De plus, l'appui ayant permis l'adoption de textes dotant les membres des UPC d'un statut particulier et leur recrutement à la fonction publique constituent des moyens qui pourraient contribuer à l'attrait de la profession et à la rétention de ces RH en fonction.

Enfin, un travail de sensibilisation des différentes parties prenantes auprès des autorités pour qu'elles s'approprient ces UPC et les populations est à mettre à l'actif de la durabilité du projet. Une évolution politique plus récente laisse à penser que la Guinée s'approprie la plus-value potentielle des UPC. Dans ce contexte favorable, l'UE finance au travers de deux opérateurs des activités qui viennent capitaliser sur les investissements des projets UPC y compris UPC-TFE.

Durabilité

La réhabilitation de trois casernes UPC et deux CIS à Conakry (y compris le centre opérationnel des appels) pour accueillir les UPC formées, équipées est en soi un investissement qui s'inscrit dans le long terme.

L'insuffisance d'appropriation du projet par les autorités guinéennes et notamment par la Direction Générale de la Protection civile qui prévalait pendant l'exécution du projet semble avoir trouvé une réponse positive récente qui favorise un investissement par l'UE capitalisant sur les formations et les réhabilitations des infrastructures. Les problèmes de gouvernance et de financement qui ont été des freins importants pour l'exécution du projet pourraient avoir trouvé des réponses en faveur d'activités durables pour ces services de secours qui pourront s'inscrire dans une réponse aux crises sanitaires.

ANNEXE 5 - EVALUATION DES CINQ PROJETS POST-EBOLA : LAB-NET

Le projet Lab-Net visait à **renforcer le dispositif national de réseaux de laboratoires de surveillance et de diagnostic** en Guinée. C'est un projet stratégique qui rappelle l'importance de la production de données sanitaires et de leur gestion. L'appropriation des données par les guinéens est de ce point de vue, dès la conception du projet, une dimension fondamentale. De même, la nature et la qualité des liens qu'EF tisse avec les autorités guinéennes sont primordiales

A noter l'existence préalable d'un réseau national de laboratoires mis en place dans le domaine des épidémies de paludisme, de choléra et de méningite (REGUILAB : réseau Guinéen de laboratoires).

L'idée du projet provient d'une demande du président Alpha Condé au président François Hollande en 2015 de développer un IP en Guinée. Il n'existait alors pas de plan de développement d'un tel institut au niveau du réseau des IP. L'AFD est chargée de développer un plan de financement pour l'IP de Guinée. Le projet Lab-Net permet d'appuyer le renforcement des capacités des laboratoires de référence qui rentrent dans les taches de l'IP de Guinée, en initiant le volet formation. Le projet se développe autour des approches stratégiques des deux partenaires, l'IP pour le renforcement des laboratoires de références dans le cadre du mandat de l'IP de Guinée et la Fondation Mérieux pour la poursuite des activités entreprises avec le projet RESAOLAB.

Début et fin du projet : Le projet a débuté en mai 2015 pour 24 mois. Il a été prolongé en avril 2017 suite à une première extension de 12 mois puis d'une seconde de 8 mois à partir de mai 2018, pour une fin de projet en décembre 2018.

Bénéficiaires : Les bénéficiaires directs du projet sont les professionnels de santé des laboratoires des structures publiques de soins, des laboratoires communautaires ou de référence mais aussi spécialisés[96]. Il s'agit de près de 450 personnels de santé, techniciens, experts techniques des laboratoires de diagnostic de la MVE. L'IP de Guinée à Conakry bénéficie aussi d'un centre de formation provisoire. L'accès à des modules de formation de la fondation Mérieux en ligne sur le portail GLOBE élargit le nombre de bénéficiaires.

Coût du projet : Ce projet porte sur 3,1 millions d'euros pour deux volets complémentaires et une activité d'appui à la mise en place d'une infrastructure de formation que Pasteur doit utiliser pour son plan de formation dans le cadre de l'établissement en Guinée.

Coordination : Le projet Lab-Net est opéré par un consortium composé d'EF (chef de file) et des partenaires techniques du projet identifié par la TFE, l'IP et la Fondation Mérieux. Dans cette configuration, EF a un rôle d'ensemblier et s'appuie sur ses partenaires pour le rythme de mise en œuvre et de reporting des activités.

Ce projet s'inscrit dans un principe de coordination avec les autres initiatives et partenaires tels que l'AFD et le projet Labogui, ainsi qu'en appui et en complément de l'investissement de l'AFD. Une réelle stratégie de positionnement entre cette dernière et EF sur les questions de laboratoire ne semble pas dessinée au moment de la mise en œuvre du projet Lab-Net. Le budget proposé à EF ainsi que le contexte d'élaboration en période post-Ebola contraignent son positionnement stratégique.

[96] Liste des laboratoires de référence par Ministère de tutelle. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Institut National de Santé Publique (INSP) de Conakry ; Laboratoire de référence des mycobactéries du CHU Ignace Deen de Conakry. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique : Laboratoire des Fièvres hémorragiques virales (CHU Donka) ; Centre National de formation et de Recherche en Santé Rurale de Maférinyah ; Institut de recherche en Biologie Appliquée de Kindia ; Institut supérieur de Technologie de Mamou ; Centre de Recherche et de valorisation des plantes médicinales de Dubreka ; Institut supérieur des Sciences et Médecine Vétérinaires de Dalaba. Ministère de l'Elevage et des Productions Animales; Laboratoire central de diagnostic Vétérinaires de Conakry. Autre : Laboratoire K-Plan d'Ignace Deen.

Le premier volet du projet consiste en un état des lieux et un plan d'action pour le réseau de laboratoires de routine et de référence. Le deuxième volet est essentiellement un volet de formation. Les curricula de formation pour les structures de routine et de référence sont développés par les partenaires et validés par la Direction des Etablissements Hospitaliers et d'Hygiène Hospitalière (DEHHH) du Ministère de la santé.

Le centre de formation est développé par la réhabilitation d'un laboratoire de l'Université de Gamel Abdel Nasser (sous la tutelle du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique). Initialement, l'IP était maitre d'ouvrage pour la réhabilitation du laboratoire notamment pour s'assurer que le cahier des charges techniques était respecté. Mais l'IP en Guinée n'ayant pas de reconnaissance officielle, EF assurera la maitrise d'ouvrage déléguée alors que ses compétences, ses procédures de suivi de construction n'étaient pas encore en place.

Pendant la durée de la mise en œuvre du projet, la nécessité de renforcer la coordination entre les acteurs français intervenant dans le champ du laboratoire en Guinée et dans la sous-région sera régulièrement évoquée. Les enjeux liés au laboratoire en Guinée et dans la sous-région Ouest-Africaine restent complexes et stratégiques. La France, à travers son soutien à plusieurs opérateurs français, dont ses deux opérateurs publics (AFD et EF), des instituts de recherche (INSERM, IRD, IP, etc.), des ONG, garde un rôle prépondérant dans ce champ. Ce rôle doit toutefois être mieux coordonné et davantage valorisé. Le MEAE organise donc à cet effet une 1ere réunion « Laboratoire » à Paris à l'automne 2017, et une 2eme devait être organisée en Guinée à l'invitation de l'Ambassade de France et du Ministère de la santé guinéen afin de valoriser les actions soutenues par la France dans ce champ en Guinée. Ces tentatives d'organisation de la réponse française en matière de laboratoire n'aboutissent pas. **Le milieu du laboratoire reste très concurrentiel**, l'environnement institutionnel guinéen n'est pas assez structuré pour imposer sa ligne directrice et chaque intervenant veut montrer sa propre légitimité.[97] la mise en œuvre du projet se fait dans un environnement très concurrentiel et un cadre institutionnel peu favorable.

Structure organisationnelle du projet

Les acteurs :

EF : Un chef de projet EF basé à Paris assure un appui administratif et financier ainsi que la coordination avec l'IP et la Fondation Mérieux. Il établit les rapports d'activité sur base de l'analyse de la mise en œuvre et de l'atteinte des objectifs et assure le suivi comptable et budgétaire. Il est important de noter le fort turn-over des chargés de projet, au nombre de quatre en deux ans. Le post, supprimé en novembre 2016, sera réoccupé sur contrat à durée déterminée à temps partiel, puis géré par une chargée de projet, déjà à temps plein sur un autre projet. Le coordinateur santé et de l'équipe d'EF en Guinée assurent un appui « non officiel ».

Ce projet est mis en œuvre sans coordinateur de projet EF sur place. Il semble que les contraintes initiales aient poussé EF à limiter les RH sur ce poste qui n'étaient donc pas en capacité de coordonner et d'appuyer de façon optimale des institutions comme l'IP ou la Fondation Mérieux. L'arrivée du coordinateur santé en Guinée, à partir de septembre 2015 permettra à EF de se remettre au centre du dispositif mais avec un mandat limité. Le rôle d'ensemblier qu'EF devait jouer semble-t-il n'a pas été financé. Ces difficultés et contraintes ont certainement eu un impact négatif sur le pilotage du consortium, l'intégration dans le système de santé Guinéen et la coordination.

Le cadre contractuel est un contrat de consortium établi avec les partenaires qui définit les obligations des uns et des autres. Des conventions de financements sont aussi établies avec les partenaires. Aucune gestion de l'expertise n'est portée par EF qui ne sera que peu impliqué dans les relations

[97] Entretien EF

avec les autorités guinéennes ou françaises pour ce projet (pas de chargé de projet, pas d'expert sur place, pas de légitimité pour la remise en cause des activités de l'IP et de la Fondation).

Fondation Mérieux (FMX) : Huit personnes, dont un chargé de projet, une responsable du bureau, un médecin pour les évaluations, basés en Guinée. Des consultants provenant du vivier de la Fondation enrichissent l'équipe, notamment pour la phase initiale d'évaluation. A noter que le projet RESAOLAB, appuyé par l'AFD (appui à la gouvernance du diagnostic biologique), venait de rentrer dans sa deuxième phase avec entre autres une extension de ses activités en Guinée.

IP : Cinq personnes dont un chargé de projet à 50% (suivi des formations et aide logistique et administrative) et le directeur de l'IP en Guinée (poste ETI). L'IP de Guinée est sous la tutelle du Ministère de l'Enseignement secondaire et de la recherche scientifique avec des collaborations avec les Ministères de la santé, de l'élevage, et de l'agriculture.

Les chargés de projet de la FMX et d'IP mettent en œuvre les activités définies dans le cadre du Plan opérationnel du projet, ils produisent un rapport mensuel d'activité pour le chef de projet. Ils sont directement en le lien avec les autorités nationales avec pour objectif la facilitation de l'inscription du projet dans les stratégies nationales guinéennes.

Coordination et pilotage du projet :

Pilotage : La chef de projet EF coordonne et anime sur le terrain le Copil du projet, toutefois présidé par la Direction National de la Pharmacie et du Laboratoire (DNPL) du Ministère de la santé, par le Pr Lakys. Au début du projet, il n'existe pas de direction spécifique du Laboratoire.

A noter que l'absence de coordinateur de projet en capacité de coordonner des institutions comme la Fondation Mérieux et l'IP aboutit à créer une somme d'activités complémentaires sans que pour autant une synergie ou un effet catalytique d'une composante sur l'autre ne puisse être démontré en matière d'efficacité ou de durabilité.

Des tensions internes au Ministère de la santé liées à ce problème de gouvernance pour les laboratoires gênent le bon déroulé initial du projet.[98] Les entretiens avec les partenaires et les différents rapports de Copils montrent une direction DNPL initialement peu engagée dans le projet.

Coordination : Chaque institution partenaire assure la coordination des activités sous sa responsabilité. La coordination avec les autres initiatives/partenaires au niveau national et de la sous-région se fait à travers un mécanisme de coordination interne à EF ainsi que la participation à des comités de coordination. Au début du projet quelques réunions formelles mais par la suite la coordination est plutôt ad hoc et bilatérale : pas de réunion de point d'étape en dehors de la préparation des Copils.

Les partenaires du projet assurent leur coordination respective avec la DNLP. La coordination du projet est appuyée par le coordinateur santé EF en Guinée, au début par des réunions formelles puis de façon ad hoc selon les besoins. L'ambassade de France et le COCAC sont parfois sollicités pour faciliter la coordination interne.

La coordination directe entre la Fondation Mérieux et l'IP se fait de longue date entre ces deux partenaires. A noter que cette entente et cette complémentarité vient de se concrétiser par la création d'une Alliance Pasteur-Mérieux internationale pour renforcer les systèmes de santé publique des pays à ressources limitées et la préparation à la réponse aux épidémies face à une menace infectieuse qui prend de nouvelles formes.[99]

Réalisations

Le niveau d'appropriation par la partie guinéenne des réalisations de ce projet était fléché comme particulièrement important. Pendant l'exécution du projet et d'après les différents entretiens menés

[98] Entretien partenaires
[99] https://www.pasteur.fr/fr/espace-presse/documents-presse/creation-alliance-pasteur-merieux-international

avec les interlocuteurs clés, le niveau d'appropriation était modeste. La cartographie et les analyses initiales ont été utilisées par le Ministère. Les enjeux liés à la réalisation du centre de formation temporaire et la multiplicité des ministères impliqués y ont peut-être contribué. L'absence de coordinateur de projet pose la question de la pertinence de cette stratégie adoptée par EF.

Les activités liées à l'objectif spécifique 1 d'élaboration d'un plan d'action suite à un état des lieux sont accomplies en accord avec les objectifs du cadre logique, même si les entretiens montrent que les cartographies et les résultats de l'évaluation ont tardé à être diffusés. [100]

Une partie des besoins identifiés, comme le renforcement des capacités notamment par des transferts de compétences et l'amélioration de la sécurité du personnel de laboratoire, est couverte par l'objectif spécifique 2 du projet LAB-NET. L'état des lieux a également servi pour la conception de nouveaux projets, tels que le projet LABOGUI[101] financé par l'AFD et est finalement utilisé par la DNLP pour démontrer les besoins à de nouveaux partenaires potentiels. Le niveau de formation initiale notamment pour les aspects pratiques est faible, même dans les laboratoires de référence.

Les formations pratiques et les bourses d'étude permettent d'amorcer une amélioration technique pour un panel large de compétences. Des laboratoires spécialisés en santé animale bénéficient d'un appui – comme prémices d'une composante « Une Seule Santé ».

Le tableau 10 suivant résume les principales réalisations du projet.

Tableau 14 : Tableau simplifié des réalisations du projet Lab-Net

	Logique d'intervention	Réalisations
Objectif global	Renforcer le dispositif de laboratoires de surveillance et de diagnostic en Guinée en se reposant sur le réseau national	Le réseau national de laboratoire de surveillance et de diagnostic est renforcé.
Objectifs spécifiques	OS1 : Elaborer un plan d'action avec les autorités guinéennes suite à un état des lieux des laboratoires de Guinée et de leurs besoins	La cartographie des laboratoires de Guinée et leur niveau d'expertise est disponible et est utilisé par le Département National du Laboratoire, mais tardivement.
	OS2 : Renforcer les capacités des laboratoires de Guinée afin de fournir un diagnostic de qualité et une surveillance des laboratoires efficace face aux épidémies	Une série de formations a été dispensée par la Fondation Mérieux et l'IP et des bourses d'études sont en cours au moment de cette évaluation. Des livrables ont accusés de retards et certains ont été exécutés par d'autres partenaires sans que le réajustement des coûts soit justifié.

[100] Entretien MEAE COCA

[101] Projet de 7€ million - Appui à 30 laboratoires préfectoraux et régionaux – eau, électricité, rénovation, rationalisation des approvisionnements, gestion des déchets, manuel national de bonnes pratiques ; amélioration des pratiques des professionnels de laboratoires par réhabilitation de l'Ecole nationale de la santé de Kindia ; formation continue ; matériel informatique pour gestion des laboratoires

Résultats	O1R1- Une cartographie des laboratoires de Guinée et de leurs différents niveaux d'expertise est disponible	La cartographie est disponible. La gestion informatisée des cartographies est mise en place avec l'organisation IMC.
	O1R2 – Le circuit des prélèvements est sécurisé et optimisé entre les laboratoires pour une surveillance des pathogènes prioritaires en Guinée	Le document portant sur le circuit des prélèvements sécurisés et optimisés entre les laboratoires a été rédigé par la Georgetown University (GWU). La Fondation Mérieux s'est chargée d'en faire la diffusion lors des formations sur le terrain.
	O1R3 – Un plan opérationnel du réseau de laboratoires de surveillance est établi avec les acteurs de la santé locale et proposé aux autorités locales	Le livrable attendu 'Plan Opérationnel' n'est pas rendu mais fait partie des objectifs du projet Labogui en lien avec le travail fait par le projet Lab-Net.
	O1R4 – Un système de communication fonctionnel au sein du réseau des laboratoires/système de santé est proposé.	L'idée initiale a évolué depuis le début du projet (entretien, pas de trace écrite) avec une tentative de lier cette surveillance au système DHIS2. Ce projet est resté à l'état de concept, les capacités du Ministère de la santé ne permettant pas pour l'instant d'absorber cette technologie.
	O2R1 - Les capacités du personnel des laboratoires sont renforcées en termes de connaissances sur les infections type MVE et les normes de sécurité O2R2 - Les capacités du personnel de santé des laboratoires de diagnostic sont renforcées pour fournir un diagnostic différentiel de première ligne	500 professionnels de laboratoire formés par la Fondation Mérieux et l'IP à travers : - 17 sessions de formation à la biosécurité, bio sûreté et au référencement des échantillons de cas suspects pour les cas de maladies à potentiel épidémique, dont une formation de formateurs ; (Fondation Mérieux) - 2 sessions de formation à la biologie moléculaire appliquée à la détection génétique et sérologique des pathogènes (IP) - 7 bourses d'études (IP)
	O2R3 - Un système d'assurance qualité est initié en Guinée	- Module de formation développé et les cours délivrés ; - Lab-Net finance pour un an la poursuite de la participation de 10 laboratoires au programme EEQ de RESAOLAB
	O2R4 - Le personnel de santé des laboratoires en charge des analyses des échantillons suspects est protégé	15 sessions de formation à la biosécurité, bio sûreté et au référencement des échantillons de cas suspects pour les cas de maladies à potentiel épidémique, dont une formation de formateurs ; du matériel de protection est distribué. Les aspects de gestion de stock ne sont pas renseignés.
	O2R5 - Les laboratoires sont équipés en matériel sécurisé nécessaire au transport des échantillons suspects vers les laboratoires de référence.	Les formations sont délivrées ; le matériel de transport sécurisé est livré mais les aspects de gestion de stock ne sont pas informés
	O2R6 - Le fonctionnement des laboratoires de	Les formations sont délivrées, le petit matériel

	référence impliqués dans le diagnostic est amélioré par la mise en place des procédures standardisées opérationnelles	de laboratoire est livré mais les visites de suivi pour la supervision ne sont pas renseignées. Activités complémentaires par Labogui évoquées.
	O2R7 – Une infrastructure de formation spécialisée dans les techniques de laboratoire et d'initiation à la recherche est disponible	Le centre de formation est livré dans les locaux de l'Université Gamal Abdel Nasser mais l'exécution de cette activité aura nécessité des ressources en temps et financières au-delà de ce qui était initialement prévu.

Source : Expertise France/MEAE, Demande d'extension sans coût de 8 Mois – Projet Lab-Net, Avril 2018

Pour le résultat O1R2 « Optimiser et sécuriser le circuit des prélèvements », des partenariats ont été recherchés avec les acteurs impliqués (en particulier GWU) pour une surveillance des pathogènes prioritaires en Guinée.

Pour le système de communication fonctionnel (O1R4), l'idée initiale était que la surveillance électronique puisse être liée au système DHIS2. Ce projet est resté à l'état de concept, les capacités du Ministère de la santé ne permettant pas pour l'instant d'absorber cette technologie. Toutefois, une gestion informatisée des cartographies est mise en place avec l'organisation IMC.

L'activité de réhabilitation d'une infrastructure de formation spécialisée dans les techniques de laboratoire et d'initiation de recherche a, quant à elle, pris du retard. La réhabilitation du centre théorique et technique a été plus longue et plus couteuse que prévue, des travaux supplémentaires ont dû être concédés, d'autres ont dû être retirés d'entreprises titulaires du contrat initial, des frais divers ayant été mal été anticipés. Ce retard est en partie lié à un problème de redevabilité entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique qui revendiquent la tutelle de cette composante du projet dans un contexte de coordination complexe.[102] Le devenir du centre de formation et de son équipement reste à éclaircir auprès du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique et de l'IP de Guinée. La pérennité de ce centre de formation n'est pas garantie. L'IP de Guinée devrait, lui, voir le jour sur une parcelle jouxtant l'Université Gamal Abdel Nasser à la fin 2020 pour une capacité fonctionnelle pleine seulement à l'été 2021.

Le projet Lab-Net a contribué au plaidoyer pour la **création d'un département autonome du Laboratoire au sein du Ministère de la santé** pour mieux porter les priorités des laboratoires. Une ligne budgétaire y est maintenant spécifiquement assignée.

Indépendamment des délais observés, il est intéressant de noter que le laboratoire Pasteur qui préfigure l'IP de Guinée prend déjà toute sa place dans le diagnostic du nouveau SARS-CoV-2. Le laboratoire a été un des premiers, avec l'équipe russe à Kindia, à pouvoir offrir ce type de diagnostic à la population guinéenne dès Février 2020.

Exécution financière

La situation des comptes à la fin de l'exercice 2018 et la validation des comptes par expert-comptable ne nous ont pas encore été fournies[103].

Des livrables ont accusés des retards et certains ont été exécutés par d'autres partenaires sans que le réajustement des coûts soit justifié.

[102] Entretien MEAE

[103] A l'issue de la consolidation financière et de la clôture comptable qui a eu lieu le 26 février 2019), le taux d'exécution du projet serait de l'ordre de 100%. L'audit financier prévu pour le mois de mars 2019, après réception du rapport final (technique et financier) est attendu.

Les chiffres présentés par EF durant le Copil de juillet 2019 sur les reliquats des projets post-Ebola (estimation au 31 décembre 2018), faisait apparaitre un reliquat définitif de 24 708 euros et un taux d'exécution prévisionnel au 31 décembre 2019 de 99,79%.

Evaluation du projet selon les critères du référentiel

➔ Pertinence

- Dans quelle mesure le projet Lab-Net mis en œuvre par EF a-t-il constitué une réponse adaptée aux besoins ?

La première version du PRRSS en date du 15 janvier 2015 retient comme axe stratégique l'amélioration de l'offre de soins. Le RSS du district avec notamment le renforcement des capacités diagnostiques des structures, en particulier dans le domaine du laboratoire y est clairement stipulé. La formation intégrée du personnel des laboratoires de référence ainsi que l'achat d'équipements pour les laboratoires conventionnels et de virologie sont également intégrés dans ce plan.

Le PRRSS d'avril 2015[104] fait état de la très faible densité en laboratoires d'analyse biomédicale qui a joué un rôle dans le retard d'établissement des premiers diagnostics. Cette faiblesse du secteur public n'est compensée ni par un secteur privé performant, ni par des services à base communautaire efficaces.

Pour les aspects liés au renforcement du système national de santé, les objectifs et les moyens déployés sont en adéquation avec l'orientation stratégique 3 du PNDS et l'action prioritaire d'améliorer la formation initiale et continue des personnels des structures de santé, du système de transfusion, des laboratoires de biologie médicale sur l'utilisation rationnelle des produits de santé.

Pertinence

Le projet Lab-Net répond aux objectifs du PRRSS (2015-2017) et du PNDS. L'approche du projet avec dans un premier temps un état des lieux à l'échelle nationale, l'élaboration d'un Plan d'action puis le renforcement des capacités apparait elle aussi pertinente.

La pertinence des moyens déployés, notamment pour la composante de renforcement des capacités parait moins forte au regard des besoins et des capacités du pays. Les moyens pour la formation et la soutenabilité versus ceux utilisés pour le développement de la salle de formation paraissent moins évidents.

➔ Cohérence

- Le projet lab-Net a-t-il été cohérent avec les autres projets post-Ebola et vis-à-vis des autres initiatives françaises ?

Au niveau des moyens mobilisés pour les projets Post-Ebola, **la cohérence et la complémentarité avec le projet de laboratoire mobile K-Plan** a déjà été évoquée. On rappelle que le projet K-Plan portait sur la riposte alors que le projet Lab-Net visait un renforcement structurel des réseaux de laboratoires publics, communautaires et de référence. Les deux répondaient à des objectifs du PRRSS avec d'un côté le contrôle de la MVE et de l'autre, le RSS du district. A ce titre-là, il existe une complémentarité des projets.

La cohérence potentielle entre le renforcement du réseau de laboratoires de référence du projet Lab-Net et les activités des laboratoires mobiles K-Plan n'a pas été exploitée (utilisation des expertises

[104] Ministère de la santé République de Guinée. Plan de relance du système de santé (2015-2017). Avril 2015.

conjointes, utilisation des structures de laboratoire conjointes etc.). Les contextes différents de développement de ces projets justifient probablement cette absence de recherche de cohérence. Il est rappelé que la conception des projets relève des prérogatives de la TFE, qu'EF venait de voir le jour au moment du lancement du projet et enfin qu'il n'y avait pas d'expertise technique spécifique au sein des organisations constituant EF.

Le milieu du laboratoire très concurrentiel, l'absence de positionnement fort du Ministère (à l'époque le département du laboratoire n'était qu'une sous-direction faiblement dotée), l'absence de coordinateur de projet EF en capacité de coordonner des institutions comme la Fondation Mérieux et l'IP aboutissent à créer une **somme d'activités complémentaires sans que pour autant une synergie ou un effet catalytique d'une composante sur l'autre ne puisse être démontré en matière d'efficacité ou de durabilité**. Dans ce contexte concurrentiel chaque intervenant voulait démontrer sa propre légitimité et avait un positionnement personnel.[105]

Autres initiatives françaises :

Le projet Lab-Net s'inscrit dans la **continuité d'action du projet RESAOLAB financé par l'AFD** et porté par la Fondation Mérieux. Ce projet à dimension sous régionale venait de débuter en Guinée, en 2013, au moment du début de la crise Ebola. Il s'inscrit dans une dynamique de renforcement de la gouvernance, dont le plaidoyer se traduira en 2018 par la création d'un département autonome au sein du Ministère de la Santé, mais aussi par la réhabilitation du Centre de formation continue du personnel de laboratoire (dans l'enceinte de l'Institut de Perfectionnement des Professionnels de Santé à Conakry[106]). Une troisième phase de projet pour un montant de 8,6 millions d'euros est signée en octobre 2019 entre l'AFD et la fondation Mérieux.

Le **projet Labogui financé par l'AFD** à hauteur de 7 millions d'euros et mis en œuvre par la Fondation Mérieux a été lancé en janvier 2018 pour trois ans. Le projet apporte un appui à 30 laboratoires préfectoraux et régionaux[107]. Il est présenté comme s'inscrivant dans la continuité et la complémentarité avec le projet Lab-Net[108,109].

Tous ces projets illustrent la masse critique que les investissements de la France constituent sur cette problématique en Guinée. Des tentatives d'organisation de la réponse française en matière de laboratoire n'aboutissent pas[110]. A noter qu'en 2018 le Ministère de la Santé se dote d'un Département National du Laboratoire avec donc un découplage d'avec le département de la Pharmacie (ex Département National de la Pharmacie et du Laboratoire) et une probable meilleure gouvernance.

<u>Cohérence au niveau des priorités stratégiques françaises</u> **:** Au moment de la conception du projet, le cadre stratégique de la coopération française de 2012 s'applique et la remise à niveau des processus diagnostiques pour les maladies infectieuses y est spécifiquement énoncée de même que l'opérateur Fondation Mérieux. La nouvelle stratégie de la France en Santé mondiale 2017-2021 couvre la fin de la mise en œuvre du projet (décembre 2018) et s'articule autour de quatre priorités dont le RSS et souhaite prendre en compte les défaillances des systèmes y compris les RH. **Le projet Lab-Net relaye donc les priorités françaises**.

105 Entretien EF.

106 La fondation Mérieux appui aussi le centre de formation de Kindia par une dotation en équipement.

107 Amélioration des conditions d'exercice de la biologie médicale ; Professionnalisation de la gestion des laboratoires et amélioration des pratiques des agents- Appui eau, électricité, rénovation, rationalisation des approvisionnements, gestion des déchets, manuel national de bonnes pratiques ; amélioration des pratiques des professionnels de laboratoires par réhabilitation de l'Ecole nationale de la santé de Kindia ; formation continue ; matériel informatique pour gestion des laboratoires.

108 Expertise France. 2eme Comité de pilotage des projets post Ebola portés par Expertise France sur financement MEADI. 7décembre 2016.

109 Expertise France. 3eme Comité de pilotage des projets portés par Expertise France sur financement MAEDI. 7 juin 2017.

110 Entretien EF

Cohérence interne pour les activités dont EF avait la charge **:** Pour les trois activités de laboratoire (Lab-Net, K-Plan, EUWAM-Lab), EF n'assure que la coordination et le soutien managérial des projets. Les partenaires techniques assurent quant à eux les formations et les aspects techniques. Le projet EUWAM-Lab était porté par le département 3S d'EF alors que les deux autres projets l'étaient par le DEPSAN. Il existait des échanges d'information mais les dispositifs étaient très différents et il n'y avait **pas de synergie opérationnelle**.

A noter que dans le cadre de l'Initiative 5% portée par le département santé d'EF une évaluation portant sur l'évaluation des laboratoires VIH/Tuberculose a été suspendu dans l'attente du résultat de l'évaluation du réseau des laboratoires (cartographie).

- Dans quelle mesure EF a-t-elle pu assurer la cohérence de Lab-Netavec les projets ou initiatives des autres bailleurs ?

Dans l'exécution du projet, il est apparu que certaines activités fléchées dans le projet Lab-Net étaient aussi prévues dans des projets portés par les organisations américaines IMC et GWU, notamment pour l'amélioration du circuit des prélèvements entre laboratoires, ou par le projet Labogui de l'AFD pour la mise en place de procédures standardisées opérationnelles. Pour éviter des doublons et améliorer la coordination, ces activités ont été portées par ces autres projets.

A notre connaissance, il n'existe pas de projet spécifique d'appui au réseau de laboratoire, porté par l'UE, autre que celui des laboratoires mobiles déjà développé dans le chapitre relatif aux projets de laboratoires mobile K-Plan. Le projet d'Appui à la Santé en République de Guinée (PASA) de l'UE, avec un cofinancement de la France, visait, entre autres et pour ce qui concerne les laboratoires, à rendre disponible dans les structures de santé tous les services requis, notamment ceux relatifs aux activités du laboratoire et d'imagerie. En pratique, l'appui du PASA pour les laboratoires s'est surtout situé sur : la réhabilitation de formations sanitaires et la mise à jour et mise en œuvre de la réglementation et de la politique pharmaceutique. De plus, il a permis la fonctionnalité des instances de contrôle de la qualité et du laboratoire. Les activités des deux projets apparaissent cohérentes et complémentaires.

D'autres investissements sur les laboratoires sont intervenus, notamment par le Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme, la Coopération japonaise et russe. La coordination avec ces projets ne semble pas avoir été portée par le Ministère de la Santé.

Cohérence

Au niveau des moyens mobilisés pour les projets Post-Ebola, le projet de laboratoire mobile K-Plan et Lab-Net sont cohérents et mutuellement complémentaires.

Le projet Labogui est présenté comme s'inscrivant dans la continuité du projet Lab-Net et les deux sont complémentarité au niveau opérationnel ; Labogui s'alimentant de Lab-Net au niveau de la planification opérationnelle.

Le projet Lab-Net concrétise les priorités françaises en matière de RSS et certaines activités se prolongent et/ou sont développées au travers d'une autre initiative française, le projet Labogui. Cette cohérence apparait circonstancielle et aurait mérité d'être explicitée et pilotée pour mieux capitaliser sur les investissements français.

Pour les activités de laboratoire dont EF avait la charge, l'agence n'assure que la coordination et le soutien managérial des projets. Les projets étaient portés par deux départements d'EF différents. Il existait des échanges d'information mais les dispositifs étaient différents et il n'y avait pas de synergie opérationnelle.

Pour éviter des doublons et améliorer la coordination entre projets, certaines activités prévues par le projet Lab-Net sont développées et exécutées en coordination ou par d'autres projets ou d'autres partenaires.

Efficacité

Le tableau des réalisations montre que **globalement les objectifs du projet ont été atteints et en ce sens le projet a été efficace.**

L'activité liée au développement du centre de formation a accusé des retards qui paraissent en partie liés à la modalité d'intervention de ce projet dans laquelle EF est chef de file d'un Consortium composé de deux partenaires techniques. Comme évoqué précédemment, il est rappelé que le statut initial d'EF ne prévoyait pas d'activité de maitrise d'ouvrage mais que devant l'impossibilité pour l'IP d'assurer cette fonction du fait de son absence de statut, EF assurera le rôle de maitrise d'ouvrage déléguée, comme solution alternative. La convention tripartite entre les deux ministères concernés et EF (maitrise d'ouvrage déléguée), a pris du temps dans sa mise en place.

Le **calibrage des RH pour faire fonctionner le projet est questionné** par les partenaires. La rotation des chargés de projet au sein d'EF, leur charge de travail trop grande malgré une bonne volonté jamais remise en question, l'absence de compétence et d'expertise dans les domaines concernés, sont autant de facteurs limitants qui ont grevé le bon déroulé de ce projet.[111] On rappelle toutefois que les indicateurs du projet sont finalement atteints.

L'efficacité du projet peut aussi être jugée au travers de l'impact (de sa contribution ou non) sur la mise en œuvre des capacités essentielles du RSI. Dans le rapport de l'EEC de Guinée de 2017, on y retrouve les indicateurs et résultats suivants :

Tableau 15 : Efficacité du projet selon les capacités essentielles du RSI

Domaine	Indicateurs	Résultat
Sécurité et sûreté Biologiques	P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles.	2
	P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de	2

[111] Entretien partenaire

	la sûreté biologiques	
Système national de laboratoires	D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires.	3
	D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons.	3
	D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.	2
	D.1.4 Système de qualité des laboratoires.	2

Les objectifs, résultats et activités du projet auraient dû contribuer à l'accomplissement de ces indicateurs. L'analyse des résultats de l'EEC de la mise en œuvre des capacités essentielles du RSI montre un niveau d'achèvement « développé » (3 – les attributs sont en place mais la pérennité n'est pas assurée) ou « limité » (2- les attributs des capacités sont en cours de développement).

On retrouve dans les mesures prioritaires recommandées par l'EEC, l'élaboration d'une politique et une stratégie nationale des laboratoires notamment pour une meilleure coordination avec la santé animale mais aussi la mise en place d'un système harmonisé et fonctionnel pour l'acheminement sécurisé des échantillons du niveau périphérique vers le niveau central. La note de 3 est attribuée à cet indicateur notamment parce qu'il existe un système national d'acheminement des échantillons concernant les maladies sous surveillance avec un appui des partenaires mais qu'il existe plusieurs systèmes d'acheminement des échantillons du niveau périphérique vers le niveau central.

La contribution du projet aux différents indicateurs – impliquant aussi des formations sur la biosécurité, l'approche « Une Seule Santé », le circuit de prélèvement des échantillons sécurisés - n'apporte à ce stade qu'une réponse et un éclairage parcellaire à la question de l'efficacité du projet.

A noter aussi que les partenaires de mise en œuvre du projet ne sont pas cités dans ce rapport (recherche mots clefs- France, Expertise Internationale, AFD, Fondation Mérieux, Institut Pasteur) contrairement à d'autres partenaires internationaux.

De plus le projet, dans la continuité des investissements entrepris par le projet RESAOLAB, aura contribué à améliorer la gouvernance des réseaux de laboratoires avec la création d'un département du laboratoire au sein du Ministère de la santé, autonome du département de la Pharmacie, à partir de 2018 avec à sa tête le docteur Bah. La reconnaissance de ce département reste à consolider, cette avancée restant fragile.[112]

Efficacité

Les objectifs et résultats du projet ont dans la majorité des cas été réalisés et en ce sens le projet peut être considéré comme efficace. Dans le détail, certaines activités ont pris du retard et d'autres n'ont pas abouti aux résultats escomptés. Le calibrage des RH pour faire fonctionner le projet est questionné.

La contribution du projet au développement des capacités essentielles du RSI reste difficile à apprécier à l'analyse des résultats de l'EEC, mais des activités du projet alimentent les attributs des capacités essentielles du RSI correspondantes.

Efficience

Les entreprises de construction accusent des **retards dans l'exécution des travaux** qui aboutissent à des ajustements et des surcoûts.

[112] Entretien EF.

Le projet à fait face à deux demandes d'extension de durée, l'une de 12 mois et l'autre de 8 mois qui démontre un manque d'efficience des ressources engagées. Les difficultés liées à la mise en œuvre du centre de formation de l'IP de Guinée semblent en être la principale source. Les modalités ont dû être révisées avec la formalisation de la maitrise d'ouvrage déléguée confiée par l'IP à EF pour la réhabilitation du laboratoire, du fait d'une double tutelle ministérielle en Guinée : Ministère de la santé et Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique/Faculté de médecine dans laquelle est localisé le laboratoire.

Les délais de mobilisation de ressources ont été considérés comme longs par certains partenaires, tout en étant vus comme normaux du fait des procédures administratives auxquelles EF est soumise. Ces procédures d'achat sont difficilement adaptables au fonctionnement opérationnel et institutionnel du consortium.

Des livrables ont accusés des retards et certains ont été exécutés par d'autres partenaires sans que le réajustement des coûts ne soit justifié.

L'analyse isolée de l'efficience du projet Lab-Net devrait être repensée de façon plus large pour apprécier les coûts des investissements qui s'intègrent dans un continuum plus long englobant RESAOLAB et se poursuivant avec LABOGUI.

Efficience

Des livrables ont accusé des retards et certains ont été exécutés par d'autres partenaires sans que le réajustement des coûts ne soit justifié, des surcouts pour le budget de la réhabilitation du centre de formation grèvent l'efficience du projet.

➔ Durabilité

- Dans quelle mesure le projet Lab-Net a-t-il eu des effets structurants sur le système de santé guinéen et sur l'atteinte des capacités principales du RSI par ce pays ?

Il est rappelé que, dans la conception du projet ainsi qu'au niveau des objectifs, **l'appropriation des données par les guinéens** était considérée comme une dimension fondamentale du projet. La qualité et la nature des liens qu'EF pouvait tisser avec les autorités guinéennes étaient considérées comme primordiales. L'appropriation par les guinéens des données est un facteur important de durabilité.

Les résultats, cartographies et évaluation des besoins sont, au moins initialement peu utilisés par le Ministère de la santé et la division laboratoire de la DNPL.[113] Une nouvelle Direction Nationale du Laboratoire voit le jour en 2018. Il apparait que depuis cette date, les acquis du projet sont mieux valorisés par les autorités nationales ce qui représente un atout pour la pérennité des investissements.

Cette nouvelle direction est aussi le fruit du plaidoyer porté par les acteurs du projet Lab-Net qui se situe dans la continuité du projet RESAOLAB. L'amélioration de la gouvernance pour le secteur du laboratoire est une opportunité d'une meilleure stratégie et d'investissements plus pérennes pouvant bâtir sur les acquis du projet Lab-Net.

Le projet contribue à renforcer la capacité en RH avec un volet formation pour les laboratoires communautaires et de référence ; les composantes de « système d'information et de suivi » et de

[113] Entretien MEAE

« système d'approvisionnement » prévues par le projet n'atteignent pas tous les résultats escomptés. Les effets structurants sur le système de santé contribueront à rendre pérenne les investissements.

Le centre de formation, qui préfigure l'IP de Guinée, propose des activités et des services de formation qui s'inscrivent dans un temps plus long que celui du seul projet Lab-Net. L'avenir de l'infrastructure qui a profité de la réhabilitation est plus incertain. Il est évoqué que le centre de formation puisse abriter d'autres formations pour le bénéfice de l'UGAN mais cela reste hypothétique en l'absence de plan stratégique et de financement prévus à cet effet.

Les effets structurants du projet Lab-Net sur l'atteinte des capacités essentielles du RSI en Guinée sont évoqués dans la section « Efficacité » de ce chapitre. La contribution du projet à différents indicateurs du RSI – formations sur la biosécurité, amorce à l'approche « Une Seule Santé », appui au circuit de prélèvement des échantillons sécurisés - est certaine mais reste difficilement quantifiable.

Dès le deuxième Copil en décembre 2016, le projet Labogui de l'AFD était présenté comme s'inscrivant dans la continuité et la complémentarité avec le projet LABNET, ce qui en aurait assuré une certaine pérennité pour la composante de biologie médicale. Le projet LABNET aurait été conçu comme un tremplin du projet Labogui de l'AFD (et complémentaire au projet RESAOLAB). De ce point de vue, EF n'envisageait pas de poursuivre la recherche de financements sur la problématique du laboratoire.

Durabilité

Les autorités nationales s'approprient peu le projet Lab-Net. La composante liée à la réhabilitation d'un centre de formation qui préfigure l'IP de Guinée attire plus l'attention. Les composantes du projet dépendent de ministère de tutelles différentes.

Même si EF ne poursuit pas la recherche de financements sur la problématique du laboratoire, les investissements faits pour le projet Lab-Net trouvent un écho dans le continuum d'investissements de l'AFD en amont et en aval (RESAOLAB et LABOGUI) mais aussi par le futur IP de Guinée.

Le projet a des effets structurants sur le système de santé guinéen particulièrement sur la composante formation des RH. La gouvernance du secteur des laboratoires est améliorée par la création d'un Département National du Laboratoire qui a bénéficié d'un plaidoyer par les acteurs du projet. Le projet a aussi contribué à l'atteinte de capacités essentielles du RSI.

ANNEXE 6 - EVALUATION DES CINQ PROJETS POST-EBOLA : TWIN 2H

A la suite du décès de plus de 509 membres du personnel soignant[114], le rôle des établissements de soins, dépourvus de produits de base, d'équipements et de personnels formés à l'hygiène hospitalière, a été identifié comme accélérateur des épidémies d'Ebola dans leur phase initiale de diffusion. C'est ainsi que suite aux réflexions menées dans le cadre du processus « Ebola Recovery Assessement », le projet de **renforcement des capacités en matière de PCI et d'hygiène hospitalière**, **par le biais de partenariats hospitaliers** pour la sécurité des patients et des soignants, a vu le jour faisant de l'hygiène hospitalière un facteur clef de la sécurité des patients, du personnel soignant, et du contrôle des épidémies.

Pendant la crise Ebola, de nombreux partenaires proposent leurs protocoles de soins, de protection contre les infections et d'hygiène hospitalière. Le cadre opérationnel proposé par le programme des Partenariats africains pour la sécurité des patients (APPS) mis en place par l'OMS comprend l'utilisation de partenariats hospitaliers, l'amélioration des procédures et le partage des bonnes pratiques avec les autres institutions.[115]

Objectifs du projet : L'objectif général de ce projet est de renforcer les capacités de structures de soins en matière d'hygiène et de gestion des risques infectieux au travers de partenariats hospitaliers et associatifs durables entre le Nord et le Sud.

Bénéficiaires **:** Les principaux bénéficiaires sont les professionnels de santé et personnels des hôpitaux nationaux et régionaux, les centres de santé communautaires, les acteurs en charge de la gouvernance du secteur de la santé (Ministère de la santé au niveau central, régional et préfectoral) et ultimement, les usagers des structures hospitalières et les populations avoisinant les sites.

Stratégies : Le projet s'est déroulé en deux phases en Guinée et au Libéria (phase d'urgence et phase de déploiement) et porte sur 4 volets :

- L'appui à une meilleure gouvernance des systèmes de santé en matière d'hygiène hospitalière ;
- La formation in situ par le compagnonnage, le tutorat et la supervision d'Équipes Opérationnelles d'Hygiène Hospitalière (EOHH) ;
- La mise en place des conditions matérielles (tri, eau/assainissement et médiation) à l'application des protocoles ;
- La collecte, le suivi et l'évaluation des indicateurs d'hygiène hospitalière.

La phase d'urgence en Guinée concerne les hôpitaux de Donka et Ignace Deen à Conakry à travers un appui des hôpitaux de bordeaux et de Libourne. Une approche pilote autour de Fraternité Médicale Guinée (FMG) comme centre de santé communautaire de référence sur l'hygiène pour les centres de santé du secteur privé et communautaire a été développée.

Coûts du projet **:** 3 millions d'euros financés par le MEAE.

Durée **:** Prévu pour une période initiale de 30 mois, le projet a duré 3 ans et 5 mois (d'avril 2015 à septembre 2018), soit 42 mois comprenant une première extension sans coût, d'octobre 2017 à mars 2018 puis une 2eme d'avril à septembre 2018.

114 Source : Ebola situation report, OMS, 15 juillet 2015

115 https://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/en/

Coordination **:** Porté par EF, le projet est mis en œuvre en Guinée et au Libéria, en s'appuyant sur un panel de partenariats hospitaliers entre des hôpitaux du Nord et des Hôpitaux du Sud qui préexistaient au projet Twin-2H.

Pour les hôpitaux où ce type de compagnonnage préexistait, un jumelage classique a été proposé, comme par exemple pour Conakry (avec les Hospices Civiles de Lyon) en Guinée ou à Monrovia au Libéria (avec le CHU de Rennes). Dans le cas où aucun partenariat hospitalier n'existait, un partenariat avec des ONG a été mis en place, par exemple avec Solthis, WAHA[116] ou les Enfants de l'Air en Guinée qui ont dispensé l'activité en suivant les protocoles de soins réécrits et validés par la DEHHH. Pour ces organisations, il n'y a pas eu de formation spécifique mais plutôt un accompagnement de la structure par l'experte EF du projet.

Initialement prévu dans quatre pays (Guinée ; Libéria, Ghana, Cameroun) et sur seize sites, le projet est finalement formaté pour en couvrir quinze, en Guinée et au Liberia, du fait de l'absence de partenaire financier additionnel[117]. Les activités et partenariats ont été faits en deux phases, une d'urgence de 6 mois (d'avril 2015 à septembre 2015), et l'autre initialement de 24 mois de déploiement à partir d'octobre 2015 mais qui se poursuivra avec deux extensions jusqu'à la fin du projet en septembre 2018.

Les sites sélectionnés et les partenaires sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 16 : Sites et partenaires de mise en œuvre du projet Twin-2H

GUINEE	
Conakry –Donka Hôpital national	Phase d'urgence - CHU Bordeaux, CH Libourne
Conakry –Kipé Hôpital national	Phase d'urgence - CHU Bordeaux, CH Libourne
Conakry -Ignace Deen Hôpital national	Hospices Civils de Lyon
Conakry – FMG Centre de santé communautaire	Hospices Civils de Lyon
Boké- Hôpital régional	WAHA
Labé - Hôpital régional	CHU Strasbourg
Forécariah – Hôpital préfectoral	WAHA
Kankan - Hôpital régional	Enfants de l'Aïr
Kankan - hôpital préfectoral de Siguiri	Enfants de l'Aïr
N'Zérékoré - Hôpital régional	SOLTHIS
N'Zérékoré - Hôpital préfectoral de Guéckédou	SOLTHIS
LIBERIA	
Monrovia – Redemption	CHU Rennes
Monrovia – JFK (Annex for Tuberculosis)	CHU Rennes
Grand bassa – Buchanan	CHU Rennes/ AEE/Irlande
Monrovia – Communauté et ONG Positive Living Association (PLA)	CHU Rennes

Des conventions de financement sont établies avec les partenaires de mise en œuvre.

Cas particuliers :

- Pour la Guinée **:** A la demande du Ministère de la santé guinéen, un axe d'intervention auprès de centres de santé privés (confessionnel, communautaire ou privé) est proposé. L'ONG FMG s'occupe de six centres de santé et bénéficie d'un contrat de subvention pour la mise en œuvre des activités ainsi que d'un appui technique de l'expert technique EF du projet et l'expert en charge du « concernement ». Le centre de santé FMG qui s'occupait de VIH, de la tuberculose et de l'accouchement se voit donc proposer des activités de formation de soignants pour

[116] On rappelle que certains partenaires sont suggérés par la TFE.
[117] Demande faite auprès de l'UE à Bruxelles et de la GIZ

accompagner la mise en œuvre de protocoles d'hygiène hospitalière – utilisation de gants, de masque et de solutions hydroalcooliques (SHA) – dans des centres de santé communautaires.

- Pour le Liberia : On rappelle que le CHU de Bichat, partenaire historique via l'organisation Esther, n'a pas pu poursuivre sa coopération pour ce projet au Libéria par manque de disponibilité.

  Au départ trois régions sanitaires et quatre hôpitaux sont concernés, Monrovia (JFK et Redemption hospitals), Grand Bassa County et Bomi County. A la demande du Ministère de la santé en septembre 2016, les sites hospitaliers retenus seront au nombre de trois (Redemption, JFK et Buchanan de Grand Bassa), le site de Bomi étant remplacé par une approche communautaire de l'hygiène portée par l'ONG libérienne Positive Living Association (PLA) sur la base d'un travail initié historiquement par ESTHER sur financement du Canal 3 de l'initiative 5% d'EF en lien avec les enjeux du VIH, en particulier sur le lien entre hôpital et réseau communautaire.

En Guinée, les activités de PCI et d'Hygiène hospitalière sont coordonnées par la DEHHH du Ministère de la santé. Pendant la crise Ebola et au sortir de celle-ci, beaucoup de partenaires intervenaient au niveau de différentes structures de soins en PCI/Hygiène hospitalière, parfois la même structure abritait deux partenaires avec deux approches différentes comme à Kankan où les Enfants de l'Aïr et JHPIEGO opèrent.

Pour les sites de Boké et Forécariah en Guinée appuyés par l'ONG WAHA et pour ceux de N'Zérékoré et Guékedou appuyés par l'ONG Solthis, le partenariat sera arrêté en 2016. Les frais de gestion (jugés élevés) supportés par le projet pour ces ONG n'ont plus été acceptés. Le contrôle technique du projet a été par la suite assuré par des missions perlées de deux médecins guinéens qui ont bénéficié plus tard de bourses d'études pour l'obtention du Diplôme Universitaire d'Hygiène Hospitalière de Bobo Dioulasso et par le coaching de l'experte en Hygiène Hospitalière.

Pour la deuxième extension sans coût au regard de la nature et des objectifs de la phase d'extension, et du disponible budgétaire, les partenariats avec les ONG et les missions de compagnonnage hospitalier en Guinée n'ont pas été reconduits. Ainsi, suite au retrait des ONG Solthis et WAHA, des missions d'appuis techniques sur site ont été effectuées par l'experte en hygiène hospitalière et les deux médecins guinéens.

Structure organisationnelle du projet

Les acteurs :

Au **siège d'EF,** un chargé de projet assure le suivi et la coordination de l'ensemble du projet.

Guinée : Un chef de projet sera sur site mais seulement à partir de juin 2016 et l'experte technique internationale a pris service début septembre. Ce n'est qu'en octobre 2016 que l'équipe EF est au complet sur ce projet. L'experte technique est en poste en Guinée en continu depuis 2016 jusqu'en 2020 au moment de cette évaluation. Elle accompagne l'ensemble de la démarche en continu. Au départ du fait des différents délais, elle a dû rattraper la mise en œuvre des activités. Le poste de chef de projet n'a pas été pourvu en continu. Un deuxième logisticien est attaché au projet Twin 2H en plus de celui pour le projet PREPARE.

On rappelle que le budget de fonctionnement et l'équipe du bureau santé d'EF en Guinée reposent sur la mutualisation des moyens et des financements des projets. Quatre projets étaient mis en œuvre jusqu'à fin 2017 en Guinée sur crédits d'intervention : PREPARE, LABNET, TWIN2H.

A partir de 2018, avec l'arrêt du 1er projet (PREPARE) et la diminution du financement sur les crédits d'intervention, les RH seront adaptées de façon progressive avec des fonctions de coordination du

projet TWIN2H qui seront assurées par l'experte, sous la supervision du coordinateur du bureau santé[118].

Libéria : Une coordinatrice santé Initiative 5%/Twin 2H et une assistante administrative et financière assurent le suivi de la mise en œuvre du projet au Libéria.

Coordination et pilotage du projet :

La coordination de ce projet était un défi car regroupant une dizaine d'établissements de soins de capacités différentes, dans plusieurs régions, des partenaires de mise en œuvre d'horizons et de capacités divers avec un cadre normatif qui ne préexistait pas, et des partenaires qui avaient des approches et des outils différents.

La **bonne coordination entre EF, JHPIEGO et l'OMS et le leadership exercé par le Ministère de la santé** semblent être à l'origine de la dynamique de collaboration qui s'est mise en place et a facilité l'harmonisation et la cohérence d'ensemble du projet.

En Guinée, la DEHHH assure la présidence du Copil du projet avec les partenaires. La qualité de l'expertise technique et la présence de long terme de l'experte semblent avoir créé un lien de confiance avec la DEHH. Cette crédibilité tient probablement au fait du poste en présentiel sur du long terme, de la qualité de son expertise technique ainsi qu'à la personnalité de l'experte, une personne dont la crédibilité est reconnue.

Les modalités opératoires et les coûts des partenaires de TWIN-2H présentaient des différences importantes. C'est notamment le cas entre les ONG Solthis, WAHA et les Enfants de l'Air. En effet, cette dernière mobilise un réseau d'experts non payés (hormis le billet d'avion et les per diem) et la politique de l'ONG est de consacrer tous les financements aux bénéficiaires : elle est donc plus proche dans son fonctionnement d'un partenariat hospitalier.

Le choix des partenaires s'est fait sur la base de leur présence antérieure à la crise Ebola, ce qui garantit un meilleur ancrage auprès des autorités sanitaires régionales et un lien de confiance déjà établi entre les équipes, mais Solthis et WAHA sont des ONG avec des frais de structures plus importants. WAHA a été introduite dans le projet TWIN 2H à la demande de la TFE. Quant à Solthis, elle a été introduite dans le projet sur demande de la TFE d'étendre TWIN-2H sur les sites d'intervention du Canal 3 qu'elle appuyait déjà. Le budget ne permettant pas d'étendre dans le temps les actions de WAHA et de Solthis au-delà des 6 mois prévus, les activités de l'ONG WAHA ont pris fin sur les sites de Boké et Forécariah, en juin 2016 et le partenariat avec Solthis s'est arrêté, le 31 décembre 2017. Leurs activités ont été redéployées et les deux médecins guinéens qui en étaient responsables sont restés mobilisés en tant que prestataires de services pour poursuivre et pérenniser la démarche initiée.

Suivi et reporting du projet :

Pas de point de démarrage ni de point d'étape fixé, en partie parce que les retards du départ devaient être rattrapés ce qui a occasionné un manque de disponibilité de la part d'EF mais aussi des partenaires.

Bilan des réalisations

La gouvernance en matière de PCI et d'hygiène hospitalière au niveau national et au sein des structures de santé a été renforcée par la mise à jour des documents normatif et de politique en PCI y compris le cadre de redevabilité. **Toutes les activités majeures du projet ont été réalisées**.

[118] Expertise France. Rapport d'étape ; Projet Twin 2H en République de Guinée et au Libéria. Copil du 6 mars 2019. Date du reporting : avril 2015- 30 septembre 2018-Expertise France.

L'état des lieux, les formations pratiques sur sites, les compagnonnages ont eu lieu. Du personnel est envoyé en formation pour un Diplôme universitaire d'hygiène hospitalière. Des **Comités d'hygiène et de sécurité (CHS)**, avec en leur sein des Points focaux, qui pourraient préfigurer des EOHH, sont formés. Des **sessions de « concernement »** conduites pour impliquer le personnel de santé et lui faire prendre conscience de l'enjeu de l'hygiène hospitalière sont délivrées.

L'activité A.2.1 n'a pas été réalisée. Elle est porte sur des ateliers nationaux de présentation du projet (appropriation) et de programmation des activités. Elle n'a pas pu se faire du fait du contexte institutionnel (non-nomination du ministre de la santé au moment du début du projet).

En ce qui concerne le circuit de triage, à part des formations réalisées sur la médiation des conflits dans la file de tri, sur deux hôpitaux de Conakry –Donka, Igance Deen- pendant la phase d'urgence suite à des évaluations, le projet n'a pas réalisé d'activité pour améliorer ou mettre en place les circuits de triage des patients dans les 15 sites du projet. Il semble que cette activité a été laissée à d'autres partenaires mais aucun document ni rapport en notre possession ne nous permet d'attester cette assertion.

Tableau 17: Tableau simplifié des réalisations du projet

	Logique d'intervention	Réalisations
Objectif global	Contribuer à la reconstruction durable des capacités des systèmes de santé à fournir des soins de qualité, en particulier sur l'hygiène et la sécurité des soignants et des patients.	Le projet, au travers de deux approches différentes en Guinée et au Liberia, a contribué à renforcer les capacités des systèmes en matière d''hygiène et de sécurité des soignants et des patients. Des difficultés sont rencontrées pour rendre ces investissements durables, des activités sont rapidement en sommeils sur certains sites.
Objectifs spécifiques	Renforcer les capacités de 16 structures sanitaires (CHU, hôpitaux préfectoraux et centres de santé) en matière d'hygiène et de gestion des risques infectieux en Guinée et au Libéria	Le projet a été réduit de 16 à 15 sites sanitaires. En Guinée, les capacités de structures sanitaires ont été améliorées, la gouvernance du système de santé en matière d'hygiène et de sécurité est renforcée, des formations sont délivrées et les conditions d'hygiène sont améliorées : l'hygiène hospitalière s'améliore. Des activités n'ont pas abouti, les EOHH ont été remplacées par les CHS, les circuits de triage des patients ne sont pas tous opérationnels, des CHS sont non fonctionnels 1 an après la fin du projet
Résultats	R1 : La gouvernance des systèmes de santé en matière d'hygiène hospitalière est renforcée	En Guinée : Validation du document de politique nationale de PCI ; Document de Normes et procédures en PCI ; Actualisation du guide de suivi et évaluation de la politique nationale en hygiène/PCI (cadre de redevabilité). Le Ministère de la santé guinéen a modifié son organigramme : la Direction des établissements hospitaliers devient la DEHH. Des points focaux PCI/Hygiène hospitalière dans les services de soins sont formés et appuient les CHS. A la fin du projet les CHS sont tous fonctionnels mais certains ne fonctionnent plus un an après la fin du projet.
	R2 : Les connaissances, les attitudes et les pratiques d'hygiène et de PCI sont renforcées	Guinée : L'état des lieux, les formations pratiques sur sites, compagnonnage ont eu lieu. Du personnel est envoyé en formation pour un diplôme universitaire d'hygiène hospitalière. Des Points focaux au sein des CHS, qui pourraient préfigurer des EOHH, sont formés. Des sessions de « concernement » conduites pour impliquer le personnel de santé et le faire se sentir concerné /prendre conscience de l'enjeu de l'HH sont délivrées.

		Au Liberia : En plus de l'évaluation de l'impact des messages d'hygiène de PLA sur le retour aux soins des patients atteint du VIH avec le projet du Canal 3 de EF, des travaux ont été réalisés à partir de juin 2018 sur les 3 sites, (réhabilitation des bâtiments principaux de TB Annex, rénovation de la salle de soins prénatale à Buchanan, et rénovation des urgences et de la salle de soins à l'hôpital de Redemption).
	R3 : Les mesures et les conditions d'hygiène dans les structures sanitaires ciblées sont améliorées	Des travaux de réhabilitation et d'assainissement ont eu lieu ; Acquisition d'équipements d'aide à la pratique de soins (chariot de ménage, instrument chirurgicaux, linges stériles pour les blocs opératoires, etc.) et d'intrants de première nécessité pour l'hygiène des mains ; Les circuits de triage des patients ne sont pas pérennes face à la dernière crise sanitaire en date.
	R4 : Un système de suivi et d'évaluation de l'hygiène hospitalière sur les sites est fonctionnel	Le système de surveillance avec renseignement des indicateurs est suivi sur tous les sites pendant le projet. Les indicateurs PCI et l'ICSHA sont intégrés dans le guide « Cadre et suivi évaluation du programme national PCI » ; Le dispositif n'est en revanche pas pérenne, les indicateurs ne sont plus collectés au terme du projet, malgré leur intégration dans système électronique national d'information sanitaire - DHIS2.

Enseignements sur la conception et mise en œuvre du projet

Un démarrage complexe dans les deux pays et un long retard au Liberia :

Le projet a connu un début difficile et complexe tant dans la mise en œuvre, le mode opératoire que dans la coordination. Le projet Twin-2H a connu un **démarrage à double vitesse en Guinée et au Liberia**. Démarré en avril 2015 en Guinée (qui représente près de 80% du budget), sur une phase d'urgence, sans doute, là où la demande politique de la France a été la plus forte, ce projet a pris plusieurs mois de retard dans sa mise en œuvre, principalement dû à [119] :

- Le redimensionnement du projet en Guinée et au Libéria, avec réduction du nombre de sites ;
- La remise en cause, par le Ministère de la santé du Libéria, du choix des sites et des orientations stratégiques du projet ;
- Un désistement[120], en 2016 du CHU de Bichat, partenaire hospitalier historique au Liberia, faute de disponibilité de son personnel. En juin 2016, on notait un retard estimé à 12 mois[121] ;
- L'intérêt du Ministère de la santé Libérien pour une évaluation de l'impact des messages d'hygiène sur le retour aux soins des personnes vivant avec le VIH, dans la continuité des actions initiées dans le cadre du Canal 3 et en plus de la demande de réduction à trois sites hospitaliers. Les activités de ce volet communautaire ont démarré en septembre 2017 et se sont terminées en mars 2018. Elles ont été mises en œuvre par l'ONG PLA auprès d'une communauté qui fréquente l'hôpital de Redemption ;
- La mise en place tardive en Guinée de l'équipe locale du projet Twin 2H, progressivement de juin à septembre 2016[122] ;
- Un retard au démarrage de l'ONG Solthis, partenaire du projet en Guinée (signature tardive de la convention financière ; délai important dans le recrutement du chef de projet) ;
- Le choix de deux approches différentes concernant la mise en œuvre d'un des objectifs initiaux du projet[123] par la Guinée et le Libéria (cf. infra efficacité).

[119] Rapport 2e COPIL Ébola, 7 Décembre 2016
[120] Rapport du 1er COPIL Ebola, 15 Juin 2016
[121] Rapport 2e COPIL Ébola, 7 Décembre 2016
[122] Rapport 2e COPIL Ébola, 7 Décembre 2016

Exécution financière du projet TWIN-2H

Les chiffres présentés par EF durant le Copil de juillet 2019 sur les reliquats des projets post-Ebola (estimation au 31 décembre 2018), faisait apparaitre un reliquat définitif de 24 508 euros et un taux d'exécution prévisionnel au 31 décembre 2019 de 99%.

Perspectives

Différents rapports de Copil évoquent des projets de partenaires financiers pour lesquels EF pourraient être sélectionné pour assurer un passage à échelle de l'hygiène hospitalière telle que développée en Guinée avec le projet :

- Volet sur l'intégration de la PCI dans le paquet d'activités des centres de santé du pays du programme de l'UNICEF « Eau assainissement et PCI » ;
- Projet PCI développé par l'OMS[124] ;
- Intérêt de l'AFD pour le passage à échelle de TWIN-2H[125].

Evaluation du projet selon les critères du référentiel

➔ Pertinence

- Dans quelle mesure le projet TWIN 2H a-t-il permis de répondre aux besoins en termes d'hygiène et de sécurité des soignants et des patients ?

Le projet TWIN 2H **répond aux faiblesses identifiées des systèmes de santé** au Liberia et en Guinée dans les évaluations de l'OMS[126] et de l'UE[127] faites en 2014 et 2015 qui relèvent :

- Une offre de service de santé globalement désorganisée (fermeture de services, personnel infecté, personnel détourné vers d'autres activités, défiance des usagers) ;
- L'absence de connaissances des professionnels de santé en PCI et hygiène, de formation initiale et de personnel dédié à l'hygiène hospitalière ;
- Une faible intégration par les systèmes d'informations sanitaires des données sur les PCI ;
- Un circuit d'approvisionnement des intrants dysfonctionnels et des professionnels démunis de matériel de protection, pour eux-mêmes et pour les patients et leurs familles ;
- Le manque de financement pour la construction durable de capacités sur l'hygiène en milieu de soins (eau, déchets, assainissement, stérilisation etc.) ;
- Des politiques nationales d'hygiène hospitalière inadaptées ou peu/pas mises en œuvre, avec une faiblesse dans le suivi, des supervisions régionales et des responsables opérationnels dans les hôpitaux peu formés, et avec un leadership insuffisant.

La promotion de l'hygiène au niveau des communautés, le passage à l'échelle du Paquet d'Activité du centre de santé incluant l'Hygiène, et pour les hôpitaux de district et régionaux le renforcement des comités d'hygiène pour la PCI, sont autant de points référencés dans le PRRSS d'avril 2015 du Ministère de la Santé.

Le projet TWIN-2H **s'inscrit dans les objectifs du programme des APPS** qui vise à :

- Construire et renforcer les partenariats entre les hôpitaux d'Afrique et d'Europe, en se concentrant sur la sécurité des patients ;
- Mettre en œuvre des améliorations dans le domaine de la sécurité des patients dans chaque hôpital du partenariat ;
- Favoriser la diffusion des améliorations sur la sécurité des patients à travers chaque pays.

---

[123] Rapport 2e COPIL Ébola, 7 Décembre 2016

[124] Cf. notes de réunion du 4e COPIL (page 5) et du 5e COPIL (page 4)

[125] Ibid. note 8

[126] OMS. (2014). Health Systems situation in Guinea, Liberia and Sierra Leone - Ebola and Health Systems meeting - Geneva, December 10-11-2014.

[127] Cf. Note succincte de présentation du projet TWIN-2H. page 4

En effet, le projet s'appuie sur un modèle de partenariats hospitaliers Nord-Sud pour la prévention des infections associées aux soins afin d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins et la PCI en établissement de santé.

Pertinence

La crise Ebola a mis en exergue l'importance de l'hygiène hospitalière pour protéger les personnels soignants et les patients et ainsi éviter que les établissements de santé ne soient pas une source de transmission de maladies.

L'hygiène hospitalière est peu spécifiée et priorisée dans les documents cadres du Ministère de la santé en 2015, notamment dans le PRRSS mais cette composante de la lutte contre les infections et les épidémies répond aux besoins exprimés par les partenaires et elle met aussi l'accent sur la résilience du système de santé en améliorant l'hygiène hospitalière, la PCI.

➔ Cohérence

- Dans quelle mesure le projet Twin-2H est-il complémentaire des autres projets Post-Ebola ?

Comme évoqué avec le projet PREPARE, celui-ci porte l'activité de formation et d'organisation, avec les DRS et DPS, des supervisions formatives en hygiène hospitalière du projet Twin-2H (A1.2). Sur ce plan, les deux projets sont complémentaires et **les activités de PREPARE d'hygiène hospitalière sur les DRS établissent une complémentarité stratégique** forte entre les deux projets. Les décalages de mise en œuvre entre les deux projets ont probablement affecté ce lien.

- Dans quelle mesure le projet Twin-2H contribue-il à atteindre les objectifs fixés par la Stratégie mondiale en santé de la France 2017-2021 ?

Le projet Twin-2H s'inscrit dans la priorité 1 de la Stratégie mondiale en santé de la France 2017-2021 « Renforcer les systèmes de santé tout en luttant contre les maladies. » et dans la priorité 2 « Renforcer la sécurité sanitaire au niveau international… »). Pour la priorité 1, le projet relaye l'appui à un système de santé de qualité accessible et abordable pour tous et le développement de politiques de prévention.

Pour la priorité 2 du renforcement de la sécurité sanitaire, l'approche reste centrée sur le risque infectieux mais avec un renforcement de la gouvernance pour l'exercice des fonctions du Département DEHHH du Ministère de la santé.

Par ailleurs, et partant du fait que le financement français est en grande partie une réallocation du C2D guinéen, Twin-2H est conforme aux priorités de ce mécanisme, avec la santé comme nouveau secteur de concentration inclus dans l'avenant au C2D 2013-2016 signé le 13 septembre 2014 avec la Guinée.

- Dans quelle mesure le projet Twin-2H est-il complémentaire des autres projets santé d'EF en Guinée ?

Dans le cadre du Canal 3 de l'Initiative 5% du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme le **projet « Continuité des Soins VIH et Tuberculose en contexte Ebola »** (1er mars 2015 – 31 décembre 2015 - porté par Solthis) était mis en œuvre en Guinée et au Liberia.

L'objectif du projet était de contribuer à limiter l'impact négatif de l'épidémie de MVE sur la continuité des soins du VIH et de la Tuberculose en Guinée. En Guinée, avec ses partenaires[128], Solthis a

[128] GERES – Groupe d'étude sur le risque d'Exposition des soignants – pour le volet hygiène hospitalière; le réseau des PVVIH de guinée; le réseau des femmes infectées de guinée, ONUSIDA, le CLNS et le programme national de prise en charge sanitaire des IST/VIH/SIDA

assuré la continuité des soins VIH dans 23 centres de santé, prenant en charge plus de 70% des patients de la file active, par la gestion de l'interruption de traitement et l'adaptation de la prise en charge. Les activités ont consisté, dans les sites VIH et tuberculose, à former 170 personnels de santé et de laboratoire aux mesures d'hygiène, de protection et sécurité en contexte d'Ebola, à former 100 agents de santé et des agents communautaires associatifs à la recherche active des patients « perdus de vue ».

Au Liberia, il avait notamment pour but d'assurer le retour aux soins des patients atteints du VIH et ceux co-infectés VIH/tuberculose, de renforcer les capacités des équipes par des formations, ainsi que d'améliorer les connaissances communautaires sur le virus Ebola et les pratiques d'hygiène, tout en renforçant la prise en charge psychosociale des patients VIH et tuberculose.

La coordination entre les projets Twin-2H et Canal 3 n'a pas été mis en évidence alors que les deux projets traitaient des problématiques proches et étaient portés par le département santé d'EF, mais dans deux pôles différents. Là encore les diverses contraintes et l'insuffisance d'organisation interne transversale – simplement un échange d'information – ont limité la cohérence d'ensemble des activités d'EF.

On le constate qu'il existe des objectifs similaires entre les projets du Canal 3 Solthis et le projet Twin-2H : la prévention et le contrôle des infections par la formation des soignants, des pharmaciens et des usagers à l'hygiène hospitalière, la mise à disposition d'intrants, de matériels de protection ainsi que l'appui à la gestion des stocks. Par ces initiatives, ces deux projets contribuent à la qualité des soins, à la sécurité des soignants et des patients et au renforcement des systèmes nationaux de santé.

- Dans quelle mesure le projet Twin-2H est-il complémentaire et apporte-t-il une plus-value par rapport aux initiatives des autres bailleurs de fonds ?

En termes d'hygiène hospitalière pendant et dans les suites immédiates de la crise Ebola, de nombreux partenaires proposaient et exécutaient des protocoles d'hygiène et de PCI spécifiques. EF, en collaboration avec l'organisation JHPIEGO et le bureau local de l'OMS, **renforce la gouvernance et le cadre normatif de l'hygiène hospitalière en uniformisant les procédure**s : rédaction du guide PCI pour les hôpitaux, cadre de suivi/évaluation de la PCI. L'OMS contribue aussi au renforcement des compétences et des attitudes pour le personnel et les usagers - concernement - ainsi qu'à l'amélioration de l'environnement.

Cohérence

Des complémentarités entre les projets PREPARE et Twin-2H existent. Ce dernier s'intègre par ailleurs dans les priorités françaises pour un système de santé de qualité accessible et abordable pour tous, de développement de politiques de prévention et de renforcement de la sécurité sanitaire.

La coordination entre les projets Twin-2H et Canal 3 n'a pas été mise en évidence alors que les deux projets traitaient des problématiques proches et étaient portés par DEPSAN, mais dans deux pôles différents. Là encore les différentes contraintes et l'insuffisance d'organisation interne transversale ont limité la synergie d'ensemble des activités d'EF et la possibilité de capitaliser sur les acquis des uns des autres.

EF, en collaboration avec l'organisation JHPIEGO et le bureau local de l'OMS, renforce la gouvernance et le cadre normatif de l'hygiène hospitalière en uniformisant les procédures tout en s'appuyant sur une approche innovante basée sur le compagnonnage.

Le projet trouve une autre valeur ajoutée et une innovation par des séances de « concernement » pour obtenir des changements de comportement des professionnels de santé et des usagers de l'hôpital.

➔ Efficacité

- Dans quelle mesure le projet Twin-2H a-t-il atteint les objectifs fixés ?

L'objectif du projet Twin-2H a été atteint en Guinée tel que prévu par les indicateurs du cadre logique. **Au Liberia, ce sont des objectifs modifiés qui ont été atteints.**

L'absence de mission sur le terrain et la pandémie de Covid-19 compliquent le plan de recueil de données en Guinée et au Libéria. Les informations sur les résultats au Libéria restent parcellaires.

Le tableau des réalisations montre que la **plupart des objectifs ont été atteints, même si certains l'ont été avec du retard**. Le projet a contribué à la reconstruction des capacités du système en matière d'hygiène et de sécurité des soignants et des patients.

La Guinée et le Liberia ont choisi des approches différentes pour ce qui concerne les EOHH (identification et formation des points focaux, formation des Comités d'hygiène, soutien au fonctionnement des CHS et des EOHH) qui devaient préfigurer la formation et la création d'un corps de métier d'hygiéniste dans la pyramide sanitaire.

Cette approche n'a pas été retenue au Liberia. Les autorités libériennes ont estimé que la PCI et l'hygiène hospitalière faisaient déjà partie intégrante des processus de soins des personnels soignants et que des équipes de suivi de la PCI étaient déjà engagées dans les structures de soins et qu'il ne serait pas utile de créer un corps d'hygiéniste supplémentaire. Elles ont toutefois choisi, dans un premier temps, de faire l'évaluation de la qualité et de l'effet des messages d'hygiène et de prévention lancés par le réseau des personnes vivant avec le VIH du Liberia sur le retour en soins de ces dernières et de leur entourage communautaire. Dans une seconde étape, l'accent a été mis sur les activités communautaires de sensibilisation, notamment pour des communautés avoisinantes de l'hôpital de Buchanan, sur l'hygiène dans les ménages et dans les centres de santé, en plus des activités de compagnonnage prévues.

La Guinée a fait le choix de créer des référents PCI spécialisés dans les CHS (pour des paramédicaux dans un 1er temps) et de débuter ainsi un embryon d'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le temps que la DEHHH identifie le poste et leur dédie une activité à temps plein. Quant au Liberia, le choix est fait d'intégrer l'hygiène comme une composante de la qualité des soins et qui de ce fait doit être portée par chaque professionnel de santé, quel que soit sa fonction ou son rôle dans la prise en charge des patients.

Les points focaux (un dans chaque service), sont la courroie de transmission entre les membres des services et les CHS afin d'observer et faire remonter toute information de manquement aux règles PCI. Ce « duo » CHS-Point focal PCI préfigure la mise en place d'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière. Cette orientation n'a pas été retenue et ni réalisée au Liberia.

Les ateliers de « concernement » pour le changement de comportements : un réel succès et une valeur ajoutée en Guinée[129] **:**
Le « concernement » est à double entrée : le fait de se sentir concerné par une situation mais aussi surtout le fait d'agir face à cette situation. Ces ateliers ont connu un réel succès auprès des soignants, des responsables hospitaliers et sanitaires. Ce qui a eu comme conséquence d'inclure le module sur le « concernement » dans les curricula de formation PCI des agents de santé en Guinée.

- <u>En quoi le mode opératoire choisi par EF dans le cadre du projet TWIN 2H, et notamment le concept de jumelage, a–t-il apporté une plus-value dans l'atteinte des résultats (compagnonnage, tutorat et supervision) ?</u>

Sous la coordination technique d'EF, le modèle innovant proposé par le projet est celui du partenariat hospitalier à l'heure où toute expertise technique est véhiculée par des acteurs tels que les ONG, les consultants, les bureaux d'études, les universités. La principale valeur ajoutée des partenariats hospitaliers repose sur la nature de l'appui : le compagnonnage, tutorat, formation, la continuité, la confiance entre partenaires, le caractère multiforme du partenariat entre les partenaires français allemands et irlandais de l'Alliance Esther européen et leurs pairs d'Afrique de l'Ouest.

Ce mode opératoire suit les recommandations de l'OMS pour des APPS avec la création de compagnonnage, tutorat et formations in situ pour des pairs du Sud par ceux du Nord. Cela a permis de créer et former les CHS et les EOHH avec une **forte valeur ajoutée notamment sur le « concernement ».**

Le choix des ONG partenaires s'est fait sur leur présence antérieure à la crise Ebola, ce qui a garanti un **meilleur ancrage auprès des populations et autorités sanitaires locales**.

La juxtaposition d'acteurs hospitaliers du Nord compétents en matière d'hygiène, dans leur contexte d'exercice, avec des acteurs associatifs plutôt compétents en matière d'intégration dans le contexte local aurait pu, avec une coordination renforcée, assurer la complémentarité d'expertise en santé et en développement, telle que souhaitée dans la Circulaire du 15 mai 2018 relative à la mobilisation des départements ministériels et des établissements qui leurs sont rattachés en faveur de l'expertise technique internationale. Par ailleurs, le projet trouve une autre valeur ajoutée dans les séances de « concernement » sur les sites bénéficiaires[130, 131]. Ce travail sur les changements de comportement des professionnels de santé et des usagers de l'hôpital, véritable innovation mise en œuvre par le projet, s'est traduit par la production du guide sur le « concernement », incorporé dans la politique nationale guinéenne sur la PCI.

[129] Ibid.note Op. citée
[130] Selon les notes de réunion du 5e COPIL du 6 mars 2019.
[131] Entretien partenaire

Valorisation de l'expertise et des acquis :

Un ensemble de communications scientifiques et de présentations sur le projet, ses résultats et performances a été fait lors de conférences internationales, auprès des bailleurs et avec les autorités nationales. Les principales communications réalisées sont :

- Congrès national de la SF2H (Nice, 2017) : Approche de l'ICSHA en république de Guinée (S Segot-Chicq) :
- Atelier de formation PCI pendant les épidémies et les urgences sanitaires dans l'espace CEDAO (2017) ;
- Congrès de la SF2H (Montpellier, 2018) : Prévalence des IAS (Dr A Kpoghomou) et introduction à l'ICSHA (Dr Sano) ;
- 40èmes journées régionales d'hygiène hospitalière et de prévention des IAS (Bordeaux, 2018) : Mains sans frontière (S Segot-Chicq ;
- Journées mondiales de l'hygiène des mains (2017/2018) ;
- Conférence à l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry avec le CHU de Strasbourg (2018) : bilan activités de PCI à ID, enquêtes de prévalence.

Efficacité

Le tableau des réalisations montre que la plupart des objectifs ont été réalisés même si certains l'ont été avec du retard.

Le projet contribue à renforcer les capacités matérielles et humaines de structures sanitaires sur l'hygiène et la PCI, par le soutien à la gouvernance de l'hôpital dans le champ de l'hygiène et au renforcement du système d'information sanitaire. Ces hôpitaux diffusent leurs acquis et savoir-faire auprès de leurs structures périphériques.

Par ailleurs, à travers la participation des usagers aux organes de gouvernance de l'hôpital (notamment, les comités d'hygiène), le projet a contribué à renouer des liens de confiance entre système de santé et usagers.

➔ Efficience

- Dans quelle mesure les moyens alloués au projet TWIN 2H sont-ils à la hauteur des résultats atteints ?

L'ensemble des activités, (en considérant la replanification du projet au Liberia) ont été exécutées. L'analyse du rapport financier estimé par la DAF d'EF à près de 99% (Copil juillet 2019) permet de conclure de l'efficience par rapport aux résultats atteints par le projet. Si l'on considère l'ajout de 25 000 euros pour la capitalisation prévue en 2019, l'exécution budgétaire devrait se situer au tour de 100%.

Pour le suivi de la mise en œuvre du projet, les contrats de certains prestataires n'ont pas été renouvelés car jugés trop chers par rapport aux autres fournissant la même prestation. La poursuite du suivi technique du projet s'est faite avec des prestataires de services –médecins titulaires d'un diplôme universitaire d'hygiéniste- sur les sites de Boké, Forécariah et en Guinée forestière.

Le suivi du projet et le reporting sont inégaux entre la Guinée et le Liberia. Les rapports d'étape pour le projet Twin-2H ne donnent que peu de détail sur les achèvements et les réalisations au Liberia.

Efficience

L'analyse du rapport financier final d'EF au 30 Septembre 2018 indique une consommation budgétaire de 99%.

La question de l'efficience reste difficile à trancher en l'absence de modèle de référence. On constate toutefois qu'EF cherche à compresser les coûts des prestataires, quand ceux-ci apparaissent trop élevés, tout en prenant des mesures pour maintenir la qualité de l'exécution.

Le modèle mis en oeuvre avec deux pays adoptant deux stratégies spécifiques ne favorise pas l'efficience – multiplication des coûts administratifs, pas de mutualisation des expertises mais démultiplication, moins d'impact pour le dialogue politique etc. – quand les budgets limitent la portée des activités. En deça d'un certains seuil la concentration et la consolidation des activités parait plus efficiente.

➔ Durabilité

- Dans quelle mesure le projet Twin-2H s'inscrit-il dans le temps ?

En Guinée, il existe une politique de prévention et de lutte contre les infections dans tous les établissements de santé avec des lignes directrices pour la protection des agents de santé contre les infections associées aux soins de santé[132].

Sur le plan institutionnel, l'ancrage de la mise en œuvre des activités du projet Twin-2H avec la Direction des Établissements Hospitaliers et de l'Hygiène hospitalière du Ministère de la santé est un gage de durabilité car cette Direction est engagée sur ce projet.

Le projet s'appuie sur des partenaires déjà préexistants au projet et qui vraisemblablement continueront à la fin de ce projet.

Sous le lead du Ministère de la Santé et de l'OMS, et en coordination avec les partenaires (Jhpiego, EF), un mémorandum rédigé en février 2018, a servi à porter le plaidoyer sur la question de la pérennité des actions entreprises depuis 2015 (parmi lesquelles la nécessité d'avoir des temps dédiés en PCI dans les structures sanitaires, de maintenir la continuité de la mission des CHS, d'assurer les conditions matérielles à la bonne application des mesures PCI, d'assurer la disponibilité des intrants pour la fabrication de la SHA).

Des journées nationales CHS pour l'appropriation et la promotion du projet ont été organisées : la première journée s'est tenue en juin 2018 à Conakry (36 participants). Elle avait pour objectif de favoriser la mise en réseau des CHS au niveau national. Elle a également été l'occasion pour les participants de partager les outils utilisés, comme le plan d'action opérationnel ou les quick-audits. Cette rencontre a aussi été l'occasion de réactiver le réseau REGUIPIR (réseau guinéen de PCI et de RAM).

Malgré toutes ces actions, nos interlocuteurs en Guinée indiquent qu'**après le retrait d'EF, certains sites fonctionnement mieux que d'autres**[133]. Sur les sites fonctionnels, les CHS se réunissent

[132] OMS, Guinée JEE 2017, page 2

régulièrement, et les points focaux des services et les groupes de travail sont toujours actifs. En plus du leadership affirmé dans ces structures, il est à noter que les sites de Kankan, d'Ignace Deen et le Centre médical communal de Matam ont en commun d'avoir chacun en son sein un hygiéniste formé au DU de Bobo Dioulasso par EF sur le projet. Dans les autres sites, les activités sont en veilleuse et les CHS, les points focaux et les comités de travail ont cessé leurs activités.

De plus, sur tous les sites depuis la fin du projet, il n'y a plus eu d'enquête sur l'indicateur de prévalence (IAS), ni sur l'indicateur de suivi des infections de sites opératoires collecté initialement par le projet. Quant à l'indicateur de l'utilisation des SHA, il semble que celles-ci continuent d'être utilisées mais que l'approvisionnement est irrégulier.

Des interlocuteurs clés rapportent également l'absence de triage pour les patients suspects de COVID-19 sur le site de Madou. Ce site n'était pas sélectionné par le projet mais l'activité A3.1 prévoyait la mise en place de circuits de triage des patients dans l'ensemble des sites du projet avec l'idée d'un passage à l'échelle.

La pérennisation de ce projet reste un défi majeur pour l'État guinéen. D'un point de vue organisationnel, il s'agit de veiller au fonctionnement des CHS en assurant leurs sources de financement, pour qu'ils assurent leur rôle de pilotage mais aussi de collecte des indicateurs, de formation et d'accompagnement à l'amélioration des pratiques des professionnels de santé. D'un point de vue matériel, il s'agit en effet d'assurer un approvisionnement continu en produits et consommables essentiels à l'hygiène hospitalière, mais aussi de garantir la maintenance ou le renouvellement des infrastructures et des équipements.

Ces défis sont de taille. La recherche de financements pérennes auprès des autres bailleurs, notamment, l'UNICEF, l'OMS ou l'AFD pourrait permettre de relancer ce projet majeur, qui compte comme l'une des réponses post-Ebola emblématiques de la France en Guinée.

La contribution du projet Twin-2H a eu des effets structurants sur le système de santé et sur la mise en œuvre du RSI en Guinée :

Pour le système de santé, on note la contribution des experts du projet à l'élaboration, en collaboration avec l'organisation JHPIEGO et le bureau local de l'OMS, des procédures nationales d'hygiène hospitalière. On rappelle que le premier résultat attendu du projet était de renforcer la gouvernance des systèmes en matière d'hygiène hospitalière en standardisant les protocoles de PCI/hygiène hospitalière et en appuyant les DRS et DPS dans les activités de supervision formatives. Les RH ont été formées sur site et le fonctionnement des CHS ont été soutenus.

Pour le RSI, ces apports peuvent être retrouvés au niveau de certains domaines qui ont été évalué lors de l'EEC de 2017. Plusieurs indicateurs regroupés dans le tableau suivant mettent en lumière des atouts et des pratiques exemplaires auxquelles le projet Twin-2H a contribué.

Tableau 18 : Domaines, indicateurs et résultats du RSI en lien avec les activités du projet Twin 2H

Résistance aux antimicrobiens	P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé	2
Sécurité et sûreté biologiques	P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques	2

Pour l'indicateur P3.3, l'EEC de 2017 retrouve au niveau des atouts et des pratiques exemplaires :

- L'existence de directives de protection des agents de santé contre les infections associées aux soins ;

[133] Hôpital régional de Kankan, hôpital préfectoral de Siguiri, Hôpital Préfectoral de Forécariah, Hôpital régional de N'Zérekoré, CHU Ignace Deen et CHU Donka avec leurs 5 CMC – FMG

- L'existence de supervisions formatives régulières et l'évaluation annuelle de la performance des structures sanitaires en hygiène hospitalière ;
- La mise en place du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et du Comité d'Hygiène de Sécurité des Conditions de Travail ;
- La formation du personnel de santé en PCI.

Il y est aussi signalé la nécessité de redynamiser les comités d'hygiène dans les structures sanitaires. Pour l'indicateur P6.2, la formation régulière des agents de santé en PCI est jugée comme un atout.

- Quels ont été les moyens déployés par EF pour assurer la durabilité du projet ?

En plus des capacités matérielles et humaines renforcées et des équipes d'hygiène installées dans chaque centre de santé du projet, EF a mis en place quelques moyens visibles en Guinée et au Libéria, notamment :

En Guinée :

- Des réhabilitations sur les sites d'Ignace Deen, de Boké et de Forécariah et dotation en consommables et petits équipements, des réhabilitations de salles (maternité, gynéco obstétrique, bloc...) :
- Sur les 5 centres de santé de l'ONG FMG, des travaux de réhabilitation pour améliorer l'hygiène, en plus des dotations en équipements et consommables d'hygiène ;
- Formation à la production de SHA : EF a contribué au projet des hôpitaux Universitaires de Genève initié en mars 2015, en collaboration avec l'OMS, pour la formation à la production de SHA, réalisée sur 10 structures hospitalières. EF a aussi effectué la promotion de l'emploie des SHA en milieu des soins. L'avantage de la SHA est sa plus grande efficacité et rapidité, une meilleure tolérance, une grande accessibilité et facilité d'utilisation ;
- Le paramétrage de DHIS2 pour prendre en compte les indicateurs du projet ;
- La mise en place des outils de collecte de ces indicateurs, dont les deux principaux produits par le projet sont intégrés dans l'outil de monitoring déployé avec l'appui technique de la GIZ.

Au Liberia :

- Réhabilitation des bâtiments principaux de TB Annex ;
- Rénovation de la salle de soins prénatale à Buchanan ;
- Rénovation des urgences et de la salle de soins à l'hôpital de Rédemption).

Durabilité

Au-delà des objectifs propres au projet, EF a mis en place des moyens structurels, institutionnels et systémiques en Guinée, pour assurer la durabilité du projet mais sans un financement pérenne. La durabilité financière reste en effet encore fragile. Les retours récents d'information, en période de début d'épidémie de COVID-19, montrent un suivi inégal des activités entre les sites. Le recueil des indicateurs est défaillant et l'approvisionnement en SHA serait irrégulier.

Le projet aura malgré tout eu des effets structurants sur le système de santé notamment dans sa contribution à l'élaboration des procédures d'hygiène hospitalière, au plaidoyer et au fonctionnement d'EOHH, à la formation du personnel et au renforcement de l'approvisionnement.

Le projet Twin-2H contribue aussi à certains indicateurs du RSI pour i) la sécurité et la sureté biologique et ii) la résistance aux antibiotiques.

ANNEXE 7 – ANALYSE DES RETARDS SUBIS ET LEURS IMPACTS

L'analyse des cinq projets fait apparaître des retards multiples que nous nous proposons d'étudier de façon plus spécifique.

A l'exception du projet K-Plan qui a été réalisé dans le temps imparti, les quatre autres projets ont tous subi des retards et bénéficié d'extensions sans coût qui démontrent un manque d'efficience des ressources engagées.

Dans le tableau suivant, on retrouve les principaux délais subis par les projets et les principales causes qui semblent en être responsable.

Tableau 19 : Délais et Causes

Retards des livrables	Causes structurelles et Impacts des retards
Lab-Net : Débuté en mai 2015, il se termine en décembre 2018 après deux extensions sans coût. Devant l'impossibilité pour l'IP de jouer le rôle de maîtrise d'ouvrage du fait de son absence de statut, 'EF assurera le rôle de maitrise d'ouvrage déléguée. La convention tripartite entre les 2 ministères concernés et EF (maitrise d'ouvrage déléguée), a pris du temps dans sa mise en place. Le projet a accusé des retards lors de mise en place de l'infrastructure de formation spécialisée. La réhabilitation de ce centre est plus longue et plus couteuse que prévu. Des travaux supplémentaires ont dû être concédés, d'autres ont dû être retirés d'entreprises titulaires du contrat initial, des frais divers sont mal anticipés. Ce retard est en partie lié à un problème de redevabilité entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique qui revendiquent la tutelle de cette composante du projet dans un contexte de coordination complexe. Sur le terrain**,** les entreprises de construction accusent des retards dans l'exécution des travaux qui aboutissent à des ajustements et surcoûts pour l'exécution de ceux-ci.	Problème d'analyse et d'anticipation du cadre juridique au moment de la conception du projet qui reflète un niveau des RH inadéquat. Problème de coordination dans un contexte complexe de plusieurs tutelles institutionnelles. Absence de coordinateur de projet d'EF sur place pour relayer la coordination auprès des autorités et/ou défaut d'expertise pour mener les travaux de réhabilitation Manque de RH qualifiées pour anticiper, suivre l'exécution des travaux de réhabilitation dans le contexte local. **Impact :** Les retards et les frais divers sont mal anticipés et rendent les réhabilitations plus couteuses que prévu.
TWIN-2H : Ce projet a connu un début difficile et complexe et a pris plusieurs mois de retard dû au l'installation tardive de l'équipe locale d'EF pour le projet (septembre 2016). On note aussi un retard dans le démarrage avec l'ONG Solthis, un des partenaires du projet en Guinée forestière (signature tardive de la convention de financement ; délai important dans le recrutement du chef de projet) et un temps long au Liberia pour s'accorder avec les autorités sur le choix des sites et des orientations stratégiques.	Le montage de ce projet complexe est contrarié au départ par un redimensionnement nécessaire du fait de l'absence de partenaire financier, de modification des objectifs selon les pays et de partenaires opérationnels insuffisants. On retient la faiblesse ou le caractère inadéquat du portefeuille de ressources humaines sur cette période à mettre en parallèle d'un manque de ressources financières

	adéquates. **Impact :** Le projet s'est achevé sans dépassement des coûts initiaux.
PREPARE : Démarré en mars 2015 pour une durée initiale de 16 mois, le projet s'est achevé en novembre 2017 après une extension sans coût d'environ 15 mois. Le projet a débuté dans le temps avec la SCF. Difficulté initiale d'EF à gérer les procédures de passations de marché dans un contexte d'urgence et complexe malgré l'utilisation d'un expert pour faciliter et accélérer ce processus a occasionné un retard dans la livraison du matériel de logistique pour les six autres ERARE, retardant ainsi le déploiement du reste des ERARE dans les autres régions. Certains ERARE ont reçu leur matériel un an après la fin de leur formation ce qui fait qu'ils n'ont pas pu mettre en pratique certaines composantes de leur formation initiale.	Procédures de passation de marché, dans un contexte d'urgence, non maitrisées. Portefeuille d'experts non adéquat et/ou manque de ressource financière pour mobiliser l'expertise adéquate Période de création de l'agence avec tous les protocoles et procédures pas encore maitrisés. **Impact** : Les retards occasionnés ont un impact sur l'efficacité du projet.
UPC-TFE : Les délais comme celui de 3 mois pour engager les UPC à l'issue de leur formation mais aussi ceux de plusieurs mois liés aux réhabilitations grèvent de façon significative l'efficience du projet en retardant la finalisation des constructions et le déploiement des UPC.	Manque de RH qualifiées pour anticiper, suivre l'exécution des travaux de réhabilitation dans le contexte local. Ces ressources manquantes au sein d'EF, au siège et sur place en Guinée, n'auraient probablement pas eu besoin d'être un temps plein sur ce seul poste. Le manque d'appropriation par les autorités nationales de santé contribue à ces délais à répétition et ce malgré la présence d'un assistant technique conseiller auprès du Directeur National de la Protection Civile. **Impact :** Les surcoûts liés aux réhabilitations ont nécessité des adaptations budgétaires, une modification à la baisse du nombre de réhabilitation pour rester dans l'enveloppe budgétaire.

Impact des délais sur l'efficience des projets, voire sur l'efficacité, mais les projets aboutissent néanmoins ;

Manque de personnel qualifié à EF concernant la réhabilitation/construction de bâtiments (compétence technique couplée de compétences de terrain pour anticiper la qualité attendue, servir de conseil aux institutions le cas échéant, mieux appréhender la qualité des prestataires locaux, élaboration de spécifications, etc.) pour appréhender des TDR crédibles, sur une durée raisonnable. Les entretiens avec le département P2S montrent que cette analyse est partagée et que celui-ci s'est doté de compétences en interne pour mener à bien d'autres missions de ce type. Ces compétences auraient dû être mutualisées entre les départements d'EF.

Manque de maitrise, dans un contexte d'urgence, des procédures des appels d'offres et des passations de marché, différentes selon les bailleurs de fonds. Dans une certaine mesure, la maitrise des règles, procédures et guides pratiques par le personnel d'EF ou par les experts recrutés

à cet effet, est insuffisante, au moins en début de projet. On note aussi que certaines procédures sont longues quelle qu'en soit leur maitrise, auquel cas une meilleure appréhension et anticipation de ces contraintes aurait pu mener à une meilleure coordination des phases des projets. Les entretiens avec EF et le DEPSAN montrent des investissements en RH pour renforcer la connaissance des procédures de la Commission Européenne.

ANNEXE 8 – MEMBRES DU GROUPE DE REFERENCE

- Pr Didier HOUSSIN, président du groupe de référence, président français du Comité d'experts de l'OMS ;
- Joan VALADOU, Sous-directeur du développement humain au MEAE ;
- André FURCO, Conseiller santé au MEAE ;
- Véronique PICARD-BARREIX, Responsable du projet d'évaluation au MEAE ;
- Daniel WISCHNEWSKI, Responsable de la supervision d'EF au MEAE ;
- Caroline COMITI, Responsable du pôle appui technique chez EF ;
- Valérie THOMAS, Députée, membre de la Commission affaires étrangères de l'Assemblée ;
- Frédéric LE MARCIS, Directeur de recherche à l'IRD ;
- Éric SATTIN, Chef de mission ;
- Maryse SIMONET-CAMARA, Experte associée ;
- Félix BROU, Expert international en évaluation ;
- Xavier LANNUZEL, Directeur du CREDES ;
- Céline ARNOLD, Cheffe de projet au CREDES.

ANNEXE 9 : LISTE DES DOCUMENTS/PUBLICATIONS

9.1. Sites consultés

- Expertise France : https://www.expertisefrance.fr/
- European Mobile Laboratory Project : https://www.emlab.eu/
- ANSS Guinée : https://anss-guinee.org/
- Réseau SHS : https://shsebola.hypotheses.org
- Solthis : https://www.solthis.org/
- Institut Pasteur : https://www.pasteur.fr

9.2. Documents consultés

- Accord de partenariat de novembre 2015 et document stratégique conjoint de juin 2017
- Aventin Laurent, Rapport d'évaluation finale du projet d'appui à la mise en place de 8 équipes régionales polyvalentes d'alerte et de riposte aux épidémies (PREPARE), Novembre 2017
- Buffet Christophe, « De l'urgence à la résilience : changements de cadrage », Humanitaire, n°38, 2014 (URL : http://journals.openedition.org/humanitaire/2970)
- CAD-OCDE.. Des meilleures critères pour des des meilleures évaluations - Définitions adaptées et Principes d'utilisation, 10 Décembre 2019 (URL : www.oecd.org: http://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/criteres-adaptees-evaluation-dec-2019.pdf)
- Comité interministériel de la coopération internationale et du développement, Relevé de décisions, du 31 juillet 2013
- Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID), Relevé de conclusions, 8 février 2018
- Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID), Relevé de conclusions, 30 novembre 2016
- Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID), Relevé de conclusions, 31 juillet 2013
- Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. « S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé », Rapport de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique, 2016
- Conseil Européen, Deuxième rapport de M. Christos Stylianides, coordinateur de l'Union européenne pour la lutte contre le virus Ebola au Conseil européen, 18 Mars 2015
- Curtis David et Martin Bévalot, Rapport d'évaluation transversale du Canal 3 initiative 5% d'Expertise France, Septembre 2016
- Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, Paris, 2 Mars 2005 http://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/declarationdeparissurlefficacitedelaide.htm
- Expertise France, Contrat d'objectifs et de moyens pour la période 2016-2018 en l'Etat et Expertise France, 25 Août 2016
- Expertise France, Note succincte de présentation du projet TWIN-2H, Octobre 2018 (URL : https://expertisefrance.fr/en/fiche-projet?id=717777)
- Expertise France, Plaquette projet PREPARE, Novembre 2017
- Expertise France, Proposition de projet pour une demande de financement du projet LAB-NET, 10 Avril 2015

- Expertise France, Rapport d'activités et d'exécution financière – Projet de mise en place de deux laboratoires mobiles pour le diagnostic d'Ebola en République de Guinée sur financement du MEADI, 3 Mai 2016
- Expertise France, Rapport d'activité 2015, 2015 (URL : https://www.expertisefrance.fr/documents/20182/248668/Rapport-dactivité-Initiative-5PC-2015.pdf/6c0cc015-62ab-4ddf-88e7-97e7ed4da87d)
- Expertise France, Rapport TWIN-2H, point d'étape, Mars 2018
- Expertise France/MEAE, Demande d'extension sans coût de 8 Mois – Projet Lab-Net, Avril 2018
- G7, Déclaration des chefs d'Etat et de gouvernement Elmau 2015
- Gaüzere B.A. et Al., Apport d'un laboratoire dans la prise en charge des patients atteints de la maladie à virus Ebola et dans la formation des personnels soignants : expérience du Centre de traitement d'Ebola de Forécariah (Guinée) en 2015, Bull. Soc. Pathol. Exot, 2016
- GERC, Rapport de la réunion téléphonique du Global Response Coalition (GERC), 10 Octobre 2014
- GHSA Steering Group Secretariat/Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland, GHSA Preparation Task Force Team/Ministry of Health and Welfare, Sejong, Korea : « Round-up of GHSA Steering Group and Action Packages in 2015 », Osong Public Health Res Perspect, n°6, 2015.
- Gouvernement de la République Française, Premier Ministre, Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale (SGDSN). Plan national de prévention et de lutte « maladie à virus Ebola »,12 Novembre 2014.
- HIVERT, F. , Riposte Ebola - Appui au deploiement des unités de protection civile – Argumentaire, 2015
- HOUSSIN D, « La coopération sanitaire international abolie par Ebola ? », Institut français des relations internationales, pp 85-95, 2014
- IHR Review Commitee, Progress report on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response, 22 Mars 2016
- IOM, New Funding Mechanisms for Sustainable Health Security in Guinea, 21 Janvier 2020 (URL : https://www.iom.int/news/new-funding-mechanisms-sustainable-health-security-guinea)
- Jacques D A, N et Al, Prevention of HIV spread during the Ebola outbreak in Guinea, The Lancet, 385, 11 Avril 2015 (URL : https://solthis.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-Prevention-of-HIV-spread-during-the-Ebola-outbreak-in-Guinea.pdf)
- Laura Kanji, « Hidden Dangers: The Implications of the Global Health Security Agenda » Harvard International Review, 15 Avril 2016 (URL : https://isnblog.ethz.ch/security/hidden-dangers-the-implications-of-the-global-health-security-agenda)
- Leuenberger D et Al, « Impact of the Ebola Epidemic on HIV Care in Macenta, Forest Guinea, 2014", Conference on retroviruses and opportunistic infections (CROI), Février 2015 (URL : http://www.croiconference.org/sessions/impact-ebola-epidemic-hiv-care-macenta-forest-guinea-2014)
- LOI n° 2014-773 du 7 juillet 2014 d'orientation et de programmation relative à la politique de développement et de solidarité internationale, NOR: MAEX1325199L, Version consolidée au 22 février 2018
- Loi n°2014-773 du 7 juillet 2014 ; Décret n°2014-1656 du 29 décembre 2014
- MAEDI « Mise en œuvre de la stratégie française d'aide au développement (2014-2015) », 2.3.3 L'action de la France en faveur de la lutte contre l'épidémie Ebola., p58, 2015 (URL : https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000417.pdf)
- MAEE, Ministère des Finances et de l'Economie, France Coopération Internationale, Agence Française de Développement : « Plan d'action français pour l'efficacité de l'aide », aout 2008.
- MEAE, Compte-rendu du Comité de pilotage (Copil) du projet UPC-TFE, 10 Janvier 2017
- MEAE, Compte-rendu du Comité de pilotage (Copil) du projet UPC-TFE, 24 Mai 2017
- MEAE, Compte-rendu du Comité de pilotage (Copil) du projet UPC-TFE, 7 Juin 2015

- MEAE, Compte-rendu du Comité de pilotage (Copil) du projet UPC-TFE, 8 Décembre 2017
- MEAE, La stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé, 2012
- MEAE, Position française sur le concept « One Health/Une seule santé », 2011
- MEAE, Réponse de la France à la crise Ebola, 4ème trimestre 2014, 2014
- MEAE/DDD/HUMA, Allocation de crédits à Expertise France pour la mise en œuvre de projets post-Ebola financés par le Ministère des affaires étrangères et du développement international : protocole de mise en œuvre, version finale juillet 2016.
- MEAE/DDD/HUMA, Compte-rendu du Comité de pilotage (Copil) des projets mis en œuvre par Expertise France et financés par le MAEDI, 7 Décembre 2016.
- MEAE/DDD/HUMA, Compte-rendu du Comité de pilotage (Copil) des projets post-Ebola mis en œuvre par Expertise France et financés par le MAEDI, 15 Juin 2017
- MEAE/DDD/HUMA, Compte-rendu du Comité de pilotage (Copil) des projets post-Ebola mis en œuvre par Expertise France et financés par le MAEDI, 8 Juin 2017
- MEAE/DDD/HUMA, Compte-rendu du Comité de pilotage (Copil) des projets post-Ebola mis en œuvre par Expertise France et financés par le MAEDI, 8 Décembre 2017
- MEAE/DDD/HUMA, Compte-rendu du Comité de pilotage (Copil) des projets post-Ebola mis en œuvre par Expertise France et financés par le MAEDI, 15 Janvier 2018
- MEAE/DDD/HUMA, Compte-rendu du Comité de pilotage (Copil) des projets mis en œuvre par Expertise France et financés par le MAEDI, 15 Juin 2016
- MEAE/DDD/HUMA, Compte-rendu du Comité de pilotage (Copil) des projets mis en œuvre par Expertise France et financés par le MAEDI, 6 mars 2019.
- MEAE/DDD/HUMA/PSM, La France et la sécurité sanitaire internationale, 20 Juin 2018
- MEAE/DGM, Appel d'Offre : Cahier des clauses techniques particulières du 04/03/2019. Evaluation des projets post-Ebola visés par le protocole d'accord entre le Ministère de l'Europe et des affaires étrangères et Expertise France (2015-2018), Mars 2019
- MEAE/DGM, La stratégie de la France en santé mondiale, 16 Mars 2017
- Médecins Sans Frontières, Le prix de l'oubli de l'oubli – Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marche de lutte mondiale contre le VIH, 2016 (URL : https://www.msf.fr/sites/default/files/2016_04_hiv_full_report_fr_link_low.pdf)
- Médecins Sans Frontières, Le prix de l'oubli de l'oubli – Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marche de lutte mondiale contre le VIH, Avril 2016. (URL : www.msf.fr: https://www.msf.fr/sites/default/files/2016_04_hiv_full_report_fr_link_low.pdf)
- Migliani René, Congrès de la Société de pathologie exotique Ebola, « 3 ans après : Les grandes questions », Paris, Mardi 8 novembre 2016
- Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'intérieur. CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGS/DUS/BOP/DGAC/DGITM/DGSCGC/2014/249 du 18 août 2014 relative à la mise en œuvre du décret n°2013-30 du 9 janvier 2013 relatif à la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International, Date d'application : 18 août 2014, NOR : AFSP1419896C
- Ministère de la Défense/Service de santé des armées – Dr DAMPIERRE, CAT 01 – Session commune SFMC, Les leçons d'Ebola, 4 Février 2016
- Ministère de la santé de Guinée, Plan de relance du système de santé 2015-2017, Avril 2015
- Ministère des affaires sociales et de la santé/DGS/Sous-direction Veille et Sécurité Sanitaire, Note pour Monsieur le Directeur général de la santé – Mission d'évaluation externe de la mise en œuvre du règlement sanitaire internationale en Guinée, 9 Mai 2017
- Ministère du Plan de Guinée, Enquête Démographie et de Santé, 2012

- Nations Unies / Assemblée Générale, Projet de document final du Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015, 12 Août 2015
- Nations Unies / Assemblée Générale, Résolution adoptée par l'Assemblée générale du 19 Septembre 2014, 23 Septembre 2014
- Nations Unies / Conseil de Sécurité, Résolution 2177, 18 Septembre 2014
- OMS, Ebola Response -Guinea - Report to Africa Developement Bank - Period of activites: Oct.2014 - Apr 2015, 2015.
- OMS, Ebola Response -Guinea - Report to African Developement Bank - Period of activites: Oct.2014 - Apr 2015, 2015 (URL : https://www.afdb.org/fr/topics-and-sectors/topics/ebola)
- OMS, Ebola situation report, 15 juillet 2015
- OMS, Feuille de route pour la riposte à Ebola, rapport de situation N° 1 du 29 Août 2014, 2014
- OMS, Gouvernement de la République Française, accord entre l'Organisation Mondiale de la Santé et le Gouvernement de la République Française pour un partenariat renforcé pour la période 2014-2019
- OMS, Health Systems situation in Guinea, Liberia and Sierra Leone – Ebola and Health Systems meeting – Geneva, 10 Décembre 2014
- OMS, Mission report September 2016 – Joint external evaluation of IHR core capacities of the Republic of Liberia, Septembre 2016
- OMS, Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, 2010 (URL : http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf
- OMS, Organisation Ouest-Africaine de la Santé, Banque Africaine de Développement, Banque mondiale : « High-level meeting on building resilient systems for health in Ebola-affected countries ; Report of meeting held 10-11 December 2014 in Geneva, Switzerland », Décembre 2014
- OMS, Plan de riposte stratégique de l'OMS – Flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, 2015
- OMS, Rapport de mission (JEE) 23 au 28 Avril 2017– Évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République de Guinée, Mai 2017
- OMS, Rapport de situation – maladie à virus Ebola, 2 juin 2016
- OMS, Rapport du Conseil exécutif sur ses cent trente-cinquième et cent trente-sixième sessions et sur sa session extraordinaire sur Ebola, Soixante-huitième assemblée mondiale de la santé A68/2 Point 2 de l'ordre du jour provisoire, 15 mai 2015
- OMS, Rapport du « Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, Juillet 2015. (URL: https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-fr.pdf)
- OMS, Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, Juillet 2015
- OMS, Règlement sanitaire international 2005 – Deuxième édition, 2008
- OMS, soixante huitième assemblée mondiale de la santé, résolutions et décisions WHA68(10) « Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire du Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola » Genève, 18-26 mai 2015
- OMS, soixante neuvième assemblée mondiale de la santé, résolutions et décisions Décision WHA69(9) : « Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire » Genève, 23-28 Mai 2016
- OMS, Stratégie Ebola – Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutter évaluation, Août 2014
- OMS. Ebola Response -Guinea - Report to Africa Developement Bank - Period of activites: Oct.2014 - Apr 2015, 2015

- Secrétariat Général de la Défense et de Sécurité Nationale (SGDSN), Plan National de Prévention et de Lutte « Maladie à Virus Ebola », Document d'aide à la préparation et à la décision, n°600/SGDSN/PSE/PSN du 12 novembre 2014 (URL : http://www.sgdsn.gouv.fr/uploads/2017/03/plan-ebola-new.pdf)
- Premier Ministre, Circulaire du 15 mai 2018 relative à la mobilisation des départements ministériels et des établissements qui leurs sont rattachés en faveur de l'expertise technique internationale, 2018
- Programme d'Action d'Accra, Accras, 4 septembre 2008.
- Rapport cour des comptes - France coopération Internationale et France Expertise Internationale, Juillet 2016.
- Représentation permanente de la France auprès de l'ONU à Genève et des organisations internationales en Suisse, Diffusion Restreinte, Note « Ebola / Premiers enseignements à retirer de la crise / Débat public de l'IHEID (Genève) » 17 Novembre 2014
- Pierre Salignon and Adrien Absolu, « L'action de l'État français en Guinée : envers et par-delà Ebola », Humanitaire, 40 | 2015, 52-63, mis en ligne le 15 April 2015, URL : http://journals.openedition.org/humanitaire/3138
- Sameen Siddiqi & Al, «Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance", Health Policy, Volume 90, Issue 1, Avril 2009
- Secrétaire Général du Gouvernement de la République Française, Compte-rendu de la réunion interministérielle du 12/05/2015 « Réponse à l'épidémie d'Ebola en Afrique – point budgétaire », 12 Juin 2015
- Secrétaire Général du Gouvernement de la République Française, Compte-rendu de la réunion interministérielle du 29/07/2019 « Etat du plan Guinée Ebola », 29 Juillet 2019
- Secrétariat du gouvernement, Compte rendu réunion interministérielle du 12 mai 2015, Mai 2015
- Secrétariat Général du Gouvernement, République Française, « Compte rendu de la réunion interministérielle tenue le mercredi 4 février 2015 à 18 heures sous la présidence de Mme Tagliana, conseillère santé autonomie au cabinet du premier Ministre – objet : réorientation du plan Ebola », diffusé le 11 février 2015.
- Sénat, Rapport d'information sénatorial sur la poursuite de la réforme de l'expertise internationale française pour la session ordinaire de 2017-2018 ; janvier 2018
- Standley CJ et Al, Creating a National Specimen Referral System in Guinea: Lessons. From Initial Development and Implementation.Public Health 7:83, 2019
- UNICEF, Ebola : objectif zéro, pour les communautés, pour les enfants et l'avenir, Mars 2015
- Union du fleuve Mano, Conférence Internationale sur le Virus Ebola, Document de plaidoyer pour l'union du fleuve Mano : stratégies de relèvement après Ebola, 2015
- Union européenne, "The EU response to the Ebola outbreak in West Africa", 29 Septembre 2014
- Van de Pas Remco et Al, « Health workforce development and retention in Guinea: a policy analysis post-Ebola », Pas et al. Human Resources for Health 17:63, 2019

9.3. Articles de presse liant les crises sanitaires Ebola et COVID-19

- Akosa, A ; Agyeman ; Laar, A. ; Ofori-Asenso. *Will COVID-19 be a litmus test for post-Ebola sub-Saharan Africa?*. Journal of Medical Virology, 2020.
- Bobin, F. *Coronavirus : pourquoi l'Afrique résiste mieux que le reste du monde*. Le monde Afrique Santé, 2020.
- Boum, Y. *Face au Covid-19, comment s'en sort (vraiment) l'Afrique ?.* France Culture, 2020.
- Brugnara L ; Pervilhac, C ; Kohler, F. *Quality improvement of health systems in an epidemic context: A framework based on lessons from the Ebola virus disease outbreak in West Africa*. The International Journal of Health planning and management, 2019

- Diarra, A. *Coronavirus* : *la Guinée capitalise sur son expérience de l'épidémie Ebola*. Le Monde, 2020.
- Delfraissy, J. et multiples contributeurs, *DOSSIER EBOLA : 2014-2015, « une crise sanitaire majeure. Pourquoi ? Quelles leçons ? » dont l'article : « Les enseignements de l'épidémie d'Ébola pour une meilleure préparation aux urgences ».* Santé Publique, vol 29, n°4, 2017.
- Delfraissy J. ; Augier, A. ; Roques, S. ; Kieny M. *Quelles leçons tirer de la gestion de la crise Ebola ?.* France Culture, 2015.
- Eboko, F. *L'Afrique a gardé la mémoire d'Ebola*. Le Point, 2020.
- Guibal, Claude. *Face au Covid-10, les leçons d'Ebola*. France Culture, 2020.
- Guilbaud, A. *Le système sanitaire international face à l'épidémie d'Ebola*. La Vie des idées, 2014.
- Hiribarren, V. *Le coronavirus depuis la terre d'Ébola : leçons apprises, réflexivité et population en Guinée*. Libération, 2020.
- Keïta-Diop, M. *Les sciences sociales dans la riposte contre covid-19 en Guinée. Vision Guinée*, 2020.
- Maltais, S. *La gestion résiliente des crises sanitaires dans les États fragiles : étude de la crise d'Ebola en Guinée* (Thèse de doctorat). Ottawa, Canada, 2019.
- Malvy D. ; Gaüzère A. ; Migliani, R. *Qu'apprend-t-on de nouveau des épidémies émergentes ?.* Presse Médicale, 2019.
- Mbaye, E. ; Kone, S. ; Mboup. O. *Évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ebola.* Santé Publique, 2017.
- Moeti, M. *Comment les leçons tirées d'Ebola aident l'Afrique à répondre au COVID-19*. Afrique Renouveau, 2020.
- Nguyen, V. Ebola : Leçon d'une épidémie. *Esprit : Revue Internationale*, 2015.
- Okoli, A. *Contre le coronavirus, ne répétons pas les mêmes erreurs que face à Ebola*. Le Temps, 2020.
- Okoli, A. *Coronavirus : alerte maximale pour protéger l'Afrique Ebola au Nigéria*. Les Echos, 2020.
- Piot P. ; Soka, M. ; Spencer J. *Emergent threats: lessons learnt from Ebola*. International Health, 2019.
- Rantrua, S. *Covid-19 : Afrique, vous avez dit mystère ?.* Le Point Afrique, 2020.
- Richards, P. *Se préparer pour le Covid-19 en Afrique*. LiberationAfrica4, 2020.
- Richards P. *What Might Africa Teach the World? Covid-19 and Ebola Virus Disease Compared*. African Arguments, 2020.
- Robert V. ; De Grandi, M. *L'Afrique tire les leçons d'Ebola pour se protéger du coronavirus*. Les Echos, 2020.
- Editeur SyndiGate Media Inc. *Armed with lessons from Ebola, Africa braces for Covid-19*. Business Daily, 2020.
- Nations Unies (département de la communication globale). *COVID-19 : l'ONU veut tirer les leçons d'Ebola en Afrique*. ONU, 2020.
- Représentant pour l'Afrique d'Epicentre MSF, *Ebola : « Isoler les contacts des cas déclarés a été déterminant »*. La Croix, 2020.