



EMPOWERING  
DEVELOPMENT

**PROJET D'APPUI AU PROGRAMME NATIONAL  
DE SANTE MENTALE  
PHASE 2**

**RAPPORT ANNUEL**

**ANNEE 2009**





## Table des matières

<b>1</b>	<b>Fiche projet</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Situation actuelle en bref</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Bilan de la planification des activités</b> .....	<b>11</b>
	3.1 <i>Aperçu des activités</i> .....	11
	3.2 <i>Analyse de la planification des activités</i> .....	38
<b>4</b>	<b>Bilan des finances</b> .....	<b>39</b>
	4.1 <i>Aperçu des dépenses par rapport au planning 2009</i> .....	39
	4.2 <i>Analyse du planning financier</i> .....	42
<b>5</b>	<b>Suivi des indicateurs a travers le cadre logique</b> .....	<b>43</b>
	5.1 <i>Objectif spécifique</i> .....	43
	5.2 <i>Résultats</i> .....	45
<b>6</b>	<b>Appréciation des critères de suivi</b> .....	<b>58</b>
	6.1 <i>Efficienc</i> e.....	58
	6.2 <i>Efficacit</i> é .....	59
	6.3 <i>Durabilit</i> é.....	61
<b>7</b>	<b>Nouveau planning (année n+1)</b> .....	<b>63</b>
	7.1 <i>Planning des activités de l'année 2009</i> .....	63
	7.2 <i>Planning financier de l'année 2009</i> .....	65
<b>8</b>	<b>Conclusions</b> .....	<b>67</b>
<b>9</b>	<b>Avis de la SMCL</b> .....	<b>67</b>
<b>10</b>	<b>Annexes</b> .....	<b>1</b>
	<i>Mesure des indicateurs</i> .....	1
	10.1 <i>Check-list Efficienc</i> e .....	1
	10.2 <i>Check-list Efficacit</i> é.....	1
	10.3 <i>Check-list Durabilit</i> é .....	1
	<b>Aperçu des marchés publics</b> .....	<b>8</b>

# 1 FICHE PROJET

## Dénomination du Projet :

- En français : *Projet d'Appui au Programme National de Santé Mentale – Phase 2*
- En abrégé : *APNSM 2*

**Tableau 1 : caractéristiques du Projet**

<b>Secteur (CAD)</b>	Santé – 12220
<b>Numéro d'intervention DGCD</b>	NI 18345/12
<b>Code Navision CTB</b>	RWA 0403112
<b>Date de signature de la convention spécifique</b>	29 novembre 2004
<b>Date de signature de la CMO</b>	07 octobre 2005
<b>Date de démarrage</b>	Janvier 2006 (budget reçu en avril 2006)
<b>Date de fin de Projet</b>	28 novembre 2010
<b>Ministère de tutelle</b>	Ministère de la Santé du Rwanda
<b>Contrepartie exécutive</b>	Programme National de Santé Mentale
<b>Assistance technique</b>	60 h/m

## Objectif général

La santé mentale de la population rwandaise est améliorée.

## Objectif spécifique

Les soins de santé mentale sont assurés et intégrés dans les structures de santé mentale décentralisées en s'appuyant sur un Programme National de Santé Mentale (PNSM) renforcé.

## Résultats

- Résultat 1 : La création de 6 « pôles opérationnels en santé mentale »
- Résultat 2 : Le renforcement des structures de référence nationale en santé mentale
- Résultat 3 : Le renforcement des capacités opérationnelles du « Desk Santé Mentale »
- Résultat 4 : La formation d'un noyau initial de spécialistes rwandais en psychiatrie
- Résultat 5 : La formation en santé mentale de diverses catégories d'agents de santé
- Résultat 6 : La conduite d'activités de recherche
- Résultat 7 : La disponibilité des psychotropes

**Bénéficiaires**

Les malades mentaux, les individus psycho traumatisés, les groupes en situation de vulnérabilité et de souffrance psychique, personnels de santé mentale, intervenants auprès de personnes vulnérables, la Direction Technique du Programme National de Santé Mentale

**Localisation géographique du projet**

*Principalement :*

- Rayonnement national à travers l'appui au Programme National de Santé Mentale (Minisanté)
- Kigali : Appui des structures nationales de référence en santé mentale
- 6 Districts à travers l'appui de 6 Hôpitaux de District (Nyamata, Ruhengeri, Nyanza, Remera, Kibuye, Kibungo)

*Egalement :*

- Activités de supervision des services de santé mentale au niveau de 37 hôpitaux de district à travers le *territoire national*.
- Activités de formation des personnels de santé au *niveau national*
- Actions de sensibilisation au *niveau national*

**Budget en Euro :****Tableau 2 : Budget du Projet**

<b>Contribution</b>	<b>Montant en Euro</b>
<b>Contribution Belge</b>	
Régie	1.152.474,38
Cogestion	1.607.571,30
Total contribution Belge sans la formulation (Budget sur FIT)	2.760.045,68
(A) Total contribution Belge avec la formulation	<b>2.790.620,68</b>
<b>(B) Contribution du pays partenaire</b>	<b>788.120,00</b>
<b>Budget total (A+B)</b>	<b>3.578.740,68</b>

Mode de gestion : Mixte = Régie + Cogestion

### **Managers en charge du projet**

Directrice de l'Intervention :

Yvonne KAYITESHONGA

Claire Nancy MISAGO (quand la première est en formation)

Délégué à la Cogestion

Dr Achour AIT MOHAND

### **Composition du SMCL**

Ministre de la Santé, Président

Ministre des Finances et la Planification Economique, Ordonnateur du Projet

Ministre des Affaires Etrangères et de la Coopération

Représentant Résident de la CTB, Coordonnateur du projet

Direction du projet, assure le secrétariat

## 2 SITUATION ACTUELLE EN BREF

### Principales évolutions dans le secteur

**A-** Le Rwanda a entrepris au cours de cette année avec l'ensemble des partenaires de développement une réflexion sur la « division du travail » dans le domaine de la coopération au développement dans le but d'obtenir une meilleure efficacité de l'aide et coordination des partenaires. Un travail interne la Coopération Belge visant la détermination des secteurs prioritaires, sur la base d'une évaluation objective, a été mené avec la participation de tous les projets en cours. Le secteur de la santé figure parmi les trois secteurs prioritaires retenus et qui seront ciblés par la Coopération Belge au Rwanda ; ce qui permettra sûrement la poursuite de l'appui aux interventions de santé mentale ; problème de santé prioritaire au Rwanda.

**B –** L'année 2009 a connu le démarrage du deuxième plan stratégique du secteur de la santé (Health Sector Strategic Plan – HSSP II).

Malgré le fait que la santé mentale ne soit pas citée de façon « explicite » dans ce plan comme domaine d'intervention prioritaire, celle-ci a été reprise lors de toutes les réunions du Ministère de la Santé concernant les priorités de santé et durant les rassemblements et réunions des partenaires de développement dans le domaine de la santé, comme ***une priorité de santé publique*** et comme ***programme à renforcer***. Ceci fait suite au travail de plaidoyer fait par le Programme National de Santé Mentale, appuyé par le Projet, ainsi qu'à un excellent travail effectué par les membres de la CTB et de l'Ambassade de Belgique siégeant au niveau des structures de concertation et de coordination des partenaires de développement dans le domaine de la santé au Rwanda. Ce fait est important vue

- l'ampleur des problèmes de santé mentale et leur répercussion sur la société
- l'insuffisance des financements destinés spécifiquement à la prise en charge des problèmes de santé mentale.

**C –** Le Ministère de la santé a lancé une réflexion sur la prise en charge des problèmes de santé liés à la transition épidémiologique et particulièrement l'élaboration d'une politique et d'un plan de prise en charge des maladies non transmissibles. Le Projet, la Coopération Belge en général, ont participé aux débats. La santé mentale est retenue parmi le « *paquet de maladies non transmissibles* » à cibler à tous les niveaux des centres de santé et HD.

La démarche d'intégration des soins de santé mentale dans le système de santé mené par le programme national, appuyé par le Projet, est citée comme exemple à suivre par les autorités du Minisanté.

### **Evolutions à l'échelon du projet**

A – Appui de la *décentralisation et l'intégration des soins de santé mentale* :

- Poursuite du programme de supervision couvrant tous les services de santé mentale existant à travers le pays (37 au cours de l'année 2009). Ces services sont répartis en 6 régions de supervision, chaque région étant supervisée par une même équipe. Un dispositif de suivi des superviseurs et des supervisions est également mis en place.
- Poursuite du programme de supervision des personnels des structures nationales de référence en santé mentale avec une meilleure organisation et régularité des sessions de supervision
- Poursuite de l'appui en médicaments

**B - Renforcement des capacités** : la majorité des interventions et des dépenses sont consacrées à ce sujet sous forme d'appui, à travers une assistance technique permanente, à la direction du programme national de santé mentale, appui de la formation spécialisée en psychiatrie et spécialisation en psychologie clinique, encadrement des programmes de supervision, formation continue de divers professionnels de santé mentale visant une meilleure intégration des activités de santé mentale, appui à la coordination, etc.

C – Appui au dispositif de *prise en charge psychologique des victimes du génocide* durant les cérémonies de commémoration du génocide ; dispositif qui donne des résultats satisfaisants en termes d'amélioration de l'organisation et de la qualité des interventions

D – Le Projet a fait l'objet de la *MTR au mois de juin 2009*, au trois quart de sa durée initiale prévue. Les principales recommandations faites par l'équipe d'évaluation pour la Direction du Projet sont :

- Décentraliser davantage en renforçant l'autorité et les responsabilités des districts comme niveau principal de la décentralisation:
  - a. Impliquer les médecins des HD/POSM plus dans les soins santé mentale en terme de formation, sensibilisation, suivi, supervision
  - b. Impliquer les médecins chefs des POSM plus dans la gestion des POSM y compris le recouvrement des coûts, le PBF, les psychotropes, les rapports
  - c. Renforcer l'intégration de la commande des psychotropes au niveau HD
  - d. Sensibiliser et former les centres de santé dans leur rôle en santé mentale
  - e. Décentraliser l'appui à la formation et l'encadrement des animateurs de santé
  
- Nécessité de renforcement des actions dans les champs de la prévention et des interventions psychosociales en identifiant et en associant d'autres structures et intervenants ; par ex. les associations, les animateurs de santé, les structures communautaires 'naturelles' comme l'église, les écoles, les groupements de femmes et jeunes, etc.
  
- Renforcer les instruments et structures devant conduire la consolidation de la politique nationale, particulièrement la coordination intersectorielle et l'évaluation du PNSM.
  
- Renforcer la structure de la direction du programme national de santé mentale (comme proposé pour le RBC) et séparer clairement (ou alléger) les tâches administratives et techniques au niveau de l'assistance technique.
  
- Poursuivre l'intégration des indicateurs clés de la performance en santé mentale dans le système du FBP / PBF afin d'assurer la pérennité davantage. Echanger les expériences avec les programmes de HealthNet TPO au Burundi et Soudan.

- Harmoniser les systèmes d'information santé mentale (données) au niveau des POSM et des hôpitaux de district et faciliter l'intégration des données essentielles dans le système SIS de l'hôpital de district.
  
- Accélérer le taux d'exécution par :
  - a. l'utilisation (d'une partie) du budget des psychotropes pour une activité alternative liée aux médicaments (par ex. la recherche sur la prescription rationnelle des psychotropes ou sur la qualité des médicaments) ou autres composantes.
  - b. la promotion de la recherche via des structures existantes (universités, associations, POSM)
  - c. la logique de responsabiliser et déléguer davantage
  
- Plaidoyer pour l'intégration de la santé mentale dans la formation universitaire des médecins (incorporer la santé mentale dans le curriculum).

***Recommandations pour la CTB-HQ et Kigali :***

- Assurer que la santé mentale reste visiblement intégrée dans les nouveaux projets santé de la CTB (Projet de la CTB Minisanté 4 : Appui Institutionnel et Renforcement Sanitaire de la Ville de Kigali).
  
- Promouvoir quelques indicateurs PBF santé mentale dans les nouveaux projets.
  
- Intéresser d'autres bailleurs à la santé mentale par une visibilité renforcée :
  - a. publier quelques documents/articles basés sur la documentation des interventions lors des commémorations du Deuil National, la décentralisation vers les districts, l'assurance de qualité à travers les supervisions etc. ;
  - b. mettre la santé mentale sur l'agenda du Groupe de Partenaires au Développement ;
  - c. créer un Groupe de Travail en Santé Mentale ;

## 3 BILAN DE LA PLANIFICATION DES ACTIVITES

### 3.1 Aperçu des activités

#### **Résultat 1 : Six pôles opérationnels en santé mentale (POSM) sont fonctionnels**

La mise en place des POSM a pour but, à travers une expérience pilote, la décentralisation des soins de santé mentale et le renforcement de l'intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé ; et ceci à travers la création de services spécialisés en santé mentale avec des lits spécifiques à cette activité au niveau de certains hôpitaux des districts.

Les POSM sont situés au niveau des hôpitaux suivants : *Nyamata, Nyanza, Ruhengeri, Kibuye, Kibungo, Kibagabag-Kigali*. Ce dernier HD, bien que prévu, n'abrite pas à ce jour de POSM. Durant l'année 2009, le projet a appuyé l'*HD de Gihundwe*, érigé en POSM, sur une recommandation du comité de concertation.

La logique de la création de ces POSM a pour objectif d'aboutir à l'existence de « pôles » d'excellence, en matière d'intervention dans le domaine des soins et de la formation à un niveau décentralisé en renforçant les équipes activant au niveau des POSM et également afin de diminuer les transferts vers les structures de référence nationale.

En plus d'assurer des activités de consultation et d'hospitalisation dans une logique de gestion de crise, ceux-ci ont également pour missions la formation, la supervision et la coordination de l'action des acteurs locaux de la santé mentale de la zone de rayonnement de chaque POSM.

L'appui du Projet l'opération de constitution des POSM comprend

- *la réhabilitation des locaux : opération achevée*
- *l'équipement des services cliniques : opération achevée*
- *la supervision clinique des équipes : activité régulière, en cours*
- *les médicaments psychotropes : activité régulière, en cours*
- *le financement de l'organisation et de l'appui technique des réunions trimestrielles de Pôles : opération en cours : activité régulière*
- *la formation continue : activité régulière*
- *l'appui technique et méthodologique : activité régulière*

Durant la période sous revue, les principales activités engagées concernant ce résultat sont :

## **1 – Projet de construction d'un service de santé mentale à l'HD Kibagabaga**

L'ensemble des travaux de réhabilitation prévus par le DTF du Projet dans quatre hôpitaux de districts ont été réalisés : Ruhengeri, Kibungo, Nyanza, Nyamata. L'hôpital de KIBAGABAGA siège du 6ème POSM prévu n'a pas mis à disposition de locaux. Ainsi le Projet :

- procède à l'appui d'un 6ème POSM en accord avec le Comité de Concertation = POSM de Gihundwe, actuellement en construction avec l'appui des HUG de Genève (Suisse)
- envisage, avec l'autorisation du Comité de Concertation, de construire un service à l'hôpital de KIBAGABAGA : terrain identifié, accord de la direction obtenu, lancement DAO en cours

## **2 – Equipement des locaux**

Les opérations d'équipement des différents services ont coûté moins cher que prévu. Le montant restant sur cette ligne budgétaire est de 9821 Euro. Le Projet a programmé le financement de l'achat d'un matériel audio visuel pour tous les services de santé mentale (y compris le service de santé mentale de Gihundwe) afin de permettre à ces services d'engager des activités d'ergothérapie et de prise en charge de groupe.

## **3 - Coordination locale : Organisation des réunions trimestrielles des acteurs locaux de santé mentale**

Dans une logique de coordination des activités de santé mentale dans leurs zones de rayonnement, 4 POSM (Kibuye, Nyamata, Kibungo, Nyanza) ont organisé régulièrement leurs réunions trimestrielles de Pôle. Ces réunions permettent la rencontre des professionnels et l'échange d'information et d'expériences entre eux ainsi que la programmation de diverses activités permettant le partage des ressources et d'éviter les dédoublements d'activités. Ces réunions ont été ainsi des occasions pour planifier et organiser certains événements importants dans la région, comme la coordination et l'organisation des interventions psychologiques durant le Deuil National, la commémoration de la Journée Mondiale de la Santé Mentale, la programmation de la formation des agents de santé communautaire, etc. Au fur et à mesure, les responsables des POSM arrivent à faire une carte des acteurs de santé mentale présents dans leurs régions respectives et arrivent à travailler avec les autorités locales qui sont associées aux différentes réunions (District, Police).

Les réunions sont dirigées par les équipes des POSM. Toutes les réunions sont appuyées par un superviseur venant des structures nationales de référence en santé mentale faisant partie de la zone de supervision dont fait partie le POSM. Le but étant de renforcer la qualité des interventions par un professionnel du niveau central et d'utiliser toutes les informations recueillies lors des supervisions pour renforcer les activités et les interventions.

Le POSM de Kibuye a commencé à se réunir en groupe d'Intervision. Cette réunion des professionnels se fait entre deux réunions trimestrielles des acteurs locaux.

En remarque nous signalons que le coût des réunions trimestrielles, financées sur la ligne budgétaire correspondante (A\_01\_04), revient moins cher que prévu.

#### **4 – Quelques indicateurs et observations sur le fonctionnement des POSM**

##### *Appréciation générale :*

- 05 POSM/06 prévus sont « fonctionnels » avec des niveaux différents. Un POSM additionnel appuyé.

##### *Indicateurs d'évaluation des POSM :*

- Réhabilitation de 4/4 services de SM = achevée fin 2007 et début 2008 : Nyanza, Nyamata, Kibungo, Ruhengeri
- Equipement de 4/4 POSM : opération achevée en 2008
- Tous les 6 POSM (y compris Gihundwe) assurent des **activités de consultation et d'hospitalisation**
- **Activités de consultation et d'hospitalisation** : En 2009, pour la période de janvier à septembre, les 6 POSM fonctionnels appuyés par le projet (voir tableau) ont :
  - effectué **9836** consultations et
  - assuré localement, sans transfert vers les structures nationales de référence, **619** hospitalisations ;

**Tableau 3: Statistiques des activités des POSM en 2009**  
(période de janvier à septembre 2009)

Indicateurs	POSM						
	Ruhengeri	Kibuye	Gihundwe	Kibungo	Nyamata	Nyanza	Total
Nombre de consultations	1846	1960	1811	1671	1189	1359	<b>9836</b>
Nouveaux cas parmi eux	407	212	369	323	169	429	<b>1909</b>
Proportion nouveaux cas	22%	11%	20%	19%	14%	32%	<b>19%</b>
Anciens cas	1439	1748	1442	1348	1020	930	<b>7927</b>
Nombre d'hospitalisations	131	141	119	103	93	32	<b>619</b>
Proportion des hospitalisations par rapport au nombre de patients reçus	7%	7%	7%	6%	8%	2%	<b>6%</b>
Transferts vers structures de référence	24	32	10	28	12	37	<b>143</b>
Proportion de transfert par rapport nombre de patients reçus	1%	2%	1%	2%	1%	3%	<b>2%</b>

- Degré *d'intégration des activités*: celui-ci est jugé satisfaisant
  - 19% de nouveaux cas (1 patient sur 5)
  - Les prises en charges en ambulatoire, à titre externe sont privilégiées (seulement, en moyenne 6% d'hospitalisation des cas reçus)
  - Les prises en charges locales en hospitalisation sont privilégiées (seulement en moyenne 2% de patients transférés vers les structures nationales de référence)
- 5 POSM/7 ont achevé la formation des *Infirmiers des centres de santé* selon
  - \* une programmation commune élaboré avec les responsables des POSM
  - \* un module élaboré par le projet et révisé régulièrement : Kibuye, Nyamata, Kibungo, Ruhengeri, Gihundwe
  - \* un programme des sessions assuré par des formateurs locaux (agents des POSM) et des formateurs du niveau central choisis parmi les superviseurs des régions concernées.

- Prise en charge des *stagiaires* : 6 POSM (sauf Remera-Kigali) ont accueilli 50 stagiaires infirmiers et psychologues en 2009
- Actions visant la coordination des acteurs locaux de santé mentale : 4 POSM (Kibuye, Nyamata, Kibungo, Nyanza) ont organisé des réunions trimestrielles de Pôle avec l'appui du projet
- Actions de sensibilisation: Actions de sensibilisation lors de la célébration de la commémoration Deuil National. Les agents des POSM interviennent également régulièrement au niveau des écoles

En conclusion:

- La majorité des consultants sont pris en charge au niveau du district. Une des preuves de l'efficacité de la décentralisation.
- Les POSM jouent de plus un rôle important dans la coordination des intervenants en santé mentale dans leur zone de rayonnement. Les réunions trimestrielles décentralisées ont renforcé l'échange, l'orientation des cas vers les POSM et la concertation et coordination surtout pendant la période de la commémoration du deuil national.

**Points d'attention:**

- Aucun POSM n'a pu compléter son **équipe soignante** telles que prévue par le projet. Cependant ce qui est actuellement préconisé pour pallier à cela:
  - ➔ un médecin généraliste de l'hôpital de Kibungo a été formé et bénéficié d'un stage clinique et exerce à mi temps au niveau du service de santé mentale
  - ➔ dans le cadre du renforcement des services de santé mentale des HD, le projet formera 3 médecins généralistes par HD (deux médecins par HD sont déjà formés sur les 3 en 2009) et 2 infirmiers généralistes (action achevée en 2009). Ceci :
    - \* augmentera les capacités du personnel des HD dans le domaine de santé mentale,
    - \* améliorera l'intégration des soins de santé mentale au niveau des HD
    - \* d'améliorera la psychiatrie de liaison
    - \* aidera le service de santé mentale à assurer la continuité des soins de santé mentale au sein de l'HD

Tableau 4: Etat du personnel au niveau des POSM

	POSM	Personnels disponibles	Personnels manquants	Observations
1	NYANZA	1 ISM	1 ISM 1 psychologue 1 MG à mi temps	Existence d'un plan discuté avec l'HD pour pallier à ce fait
2	RUHENGARI	2 ISM	1 psychologue 1 MG à mi temps	Programmation de stage d'un mois pour 1 MG
3	NYAMATA	2 ISM	1 psychologue 1 MG à mi temps	Programmation de stage d'un mois pour 1 MG
4	KIBUNGO	2 ISM 1 MG à mi temps	1 psychologue	
5	KIBUYE	2 ISM	1 psychologue 1 MG à mi temps	Programmation de stage d'un mois pour 1 MG
6	KIBAGABAGA	2 ISM	-	Non fonctionnel
7	Gihundwe	2 ISM	1 psychologue 1 MG à mi temps	En construction sur un financement des HUG de

- L'hôpital de Kibagabaga (Remera) ne dispose pas de locaux pour la santé mentale.
  - ➔ Appui d'un 6ème POSM = POSM de Gihundwe (avec l'accord du comité de concertation)
  - ➔ le projet est en discussion avec la direction de l'hôpital pour la construction d'un service de santé mentale à l'hôpital de Kibagabaga
- Aucun hôpital site d'accueil des POSM n'a intégré la santé mentale dans le programme général des supervisions des CS.
  - ➔ Le projet propose l'intégration d'indicateurs de santé mentale dans le cadre des évaluations des centres de santé, effectuées dans le cadre du PBF. Les indicateurs retenus provisoirement sont :
    - \* Nombre d'épileptiques présentant des crises tonico cloniques généralisées pris en charge au niveau des centres de santé
    - \* Prise en charge des urgences psychiatriques et Nombre de patients référés aux services de santé mentale des HD dans de bonnes conditions.
 Ces indicateurs sont à discuter avec les responsables de la cellule PBF du Minisauté en en vue de leur intégration dans les indicateurs généraux d'évaluation des CS ce qui garantira l'intégration de la santé mentale dans le programme général des supervisions des centres de santé et permettra une appropriation de cette activité à ce niveau des

soins. Conséquences :

- \* obligation probable pour le projet de contribuer au financement de cette activité.
- \* nécessité de garantir la pérennisation de cette activité après la fin du projet : le projet compte entamer des discussions avec les responsables du futur projet Minisanté 4 dès son lancement

## 5 - Résumé des indicateurs du cadre logique (DTF) du projet

**Tableau 5: Résumé des indicateurs du résultat 1**

Résultat 1	Six pôles opérationnels en santé mentale (POSM) sont fonctionnels	
	Indicateur	Acquis
R1.1	# de consultations	Total de consultations externes dont % cas nouveaux = voir tableau ci dessus
R1.2	# de hospitalisations	Total de hospitalisations = % de toutes les consultations= voir tableau ci dessus
R1.3	Supervisions cliniques	Supervision clinique réalisée dans 37 Hôpitaux de district (y compris les POSM)
R1.4	Supervision SM des CS par les ISM	Aucun HD n'a intégré la supervision SM des CS dans son programme = voir propositions du projet
R1.5	Coordination des actions locales en SM	4 POSM activités de coordination des acteurs locaux
R1.6	Formation et encadrement animateurs de santé	4 POSM ont terminé la formation de 2225 animateurs > chiffre prévu. Recyclage des animateurs dans 2 zones de rayonnement Reste à former animateurs à Ruhengeri et compléter à Nyanza
R1.7	Accueil de stagiaires	5 POSM ont accueilli un total de 50 stagiaires en 2009

## **Résultat 2 : L'offre de soins et les capacités d'appui des structures de référence nationale sont renforcées**

La décentralisation et l'intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé s'appuient sur des structures de référence nationale renforcées. L'appui du projet comprend *le renforcement et la diversification de l'offre de soins de ces structures, particulièrement par le lancement d'un centre de jour au SCPS de Kigali, ainsi que la supervision clinique des professionnels qui y exercent et une assistance technique effective.*

Les principales activités engagées sont :

### **1 – Activités de supervision**

Ces activités sont menées à l'échelle nationale et visent :

- les professionnels de santé mentale des deux structures nationales de référence du pays
- les professionnels de santé mentale exerçant au niveau de tous les services de santé mentale au niveau national, situés au niveau des hôpitaux des Districts

La supervision exercée aux deux niveaux est de type pédagogique à visée formative ayant pour objectifs généraux :

- le renforcement des capacités des participants en matière de connaissances, diagnostic et de prise en charge des troubles mentaux et du suivi des patients
- l'amélioration de la qualité des soins et des interventions dans le domaine de la santé mentale, au niveau des structures nationales de référence et services de santé mentale des hôpitaux des Districts.

Cette activité est rendue particulièrement nécessaire du fait de la présence d'un personnel composé d'infirmiers spécialisés en psychiatrie exerçant au niveau des structures de santé. En effet le système de soins de santé mentale au Rwanda s'appuie jusqu'à présent sur un nombre restreint de médecins généralistes, les infirmiers spécialisés en santé mentale et les infirmiers généralistes formés affectés en santé mentale.

### **1– 1 Supervision des personnels des structures de référence nationale en santé mentale**

- *A - Supervision clinique des personnels soignants des structures nationales de référence : SCPS et HNP Ndera*

Celle-ci se déroule une fois par semaine, chaque mercredi après midi. Les sessions de supervision sont assurées par le Dr Naasson Munyandamutsa et par le

Dr Achour AIT MOHAND, psychiatre, Délégué à la Cogestion du projet. Cette supervision est de type pédagogique à visée formative se déroulant autour de la discussion d'un cas clinique proposé de façon respectueuse par l'une des équipes des structures nationales de référence. Elle concerne un groupe fixe, celui des personnels infirmiers et médecins des 2 structures nationales de référence auquel se joint occasionnellement les stagiaires médecins et psychologues nationaux et étrangers en stage au SCPS et HNP Ndera ainsi que les infirmiers en santé mentale en formation au KHI. Cette supervision est rendue obligatoire pour les promotions des étudiants en Master en psychologie clinique de l'UNR

La session de supervision comprend les temps suivants :

- \* une présentation d'un cas clinique (réel) qui se termine toujours par une proposition, par le présentateur, d'une ou plusieurs problématiques soumises à discussion par le groupe de supervision et les superviseurs,
- \* une intervention brève sur des questionnements visant des clarifications sur le contenu de la présentation et un complément d'information sur le/la patient(e) présenté(e),
- \* une discussion sur la forme générale de la présentation et la terminologie utilisée,
- \* l'analyse sémiologique
- \* une discussion sur la démarche diagnostic et les diagnostics proposés
- \* des propositions de pistes de solutions sur les problématiques soumises à la discussion
- \* une réflexion générale sur le projet thérapeutique

Les sessions de supervision sont également des occasions pour repérer certains domaines à appuyer par d'autres méthodes, notamment des conférences spécifiques sur certains thèmes et des guides.

Indicateur : *Pour la période sous revue l'organisation de cette supervision a été régulière et n'a connu que rarement des interruptions correspondant aux périodes de congé.*

- ***B - Supervision des activités cliniques de psychiatrie et de neurologie du SCPS :***  
Cette supervision est rendue nécessaire du fait que cette structure ne dispose pas de médecins spécialisés dans le domaine. Elle comporte une supervision des consultations et un encadrement de l'équipe soignante. La supervision est assurée une fois par semaine par des consultants pris en charge par le projet:

- le Dr Naasson Munyandamutsa, psychiatre-psychothérapeute, qui assure également une consultation clinique au SCPS.
- le Dr Sibera Fidèle, neurologue, qui assure également une consultation clinique au SCPS

## **1 - 2 Supervision des services de santé mentale des hôpitaux de District**

Le projet supervise tous les services de santé mentale du pays situés dans les HD. Cette activité, lancée en 2007, est assurée par le personnel des structures de référence nationale et est totalement prise en charge par le projet.

### *Le dispositif général des supervisions*

Six zones de supervision ont été créées, organisées autour des POSM existants : NYANZA, NYAMATA, RUHENGERI, KIBUNGO, GIHUNDWE, KIBUYE.

Chaque zone, composée de plusieurs HD, est supervisée par la même équipe pluridisciplinaire. Cette dernière est composée par un médecin, deux infirmiers ou bien un infirmier et un psychologue clinicien.

La supervision se déroule pendant deux journées consécutives :

- La première journée est consacrée uniquement à la supervision clinique de l'équipe de santé mentale d'un hôpital, appelé « hôpital cible »
- La deuxième journée est consacrée à une activité de groupe et cible tous les soignants qui exercent au niveau de la zone de supervision

*La première journée*, concerne la *supervision en situation ainsi qu'à l'examen du fonctionnement et de l'organisation des services de santé mentale*. Elle cible trois grands domaines et est consacrée à :

- examiner le fonctionnement et l'organisation du service de « l'hôpital cible » à travers :
  - l'analyse de la collaboration avec la direction,
  - l'examen de l'intégration du service de santé mentale au sein de l'hôpital,
  - l'organisation des consultations,
  - l'accueil des patients par l'équipe soignante,
  - la mise en place et la tenue des registres et des dossiers des patients

L'équipe de supervision est chargée de rapporter les différents manques et éléments positifs et d'en débattre avec l'équipe soignante, et parfois avec la direction de l'hôpital, dans un but de recherche de solutions localement.

Le postulat, ici, est, en agissant sur l'organisation des services de soins et en les améliorant on aboutirait à une amélioration de la qualité des services adressés aux patients

- observer l'équipe en situation d'exercice clinique et interagir avec elle : les superviseurs, après la permission des praticiens, assistent aux consultations de l'équipe et interagissent avec les membres sur l'accueil des patients, la manière de mener l'examen mental, les prescriptions médicamenteuses et psychothérapeutiques, les attitudes des professionnels développées face aux patients, les difficultés face au cas clinique, etc.
- L'équipe des superviseurs est également chargé d'examiner avec l'équipe en place les difficultés rencontrées avec les patients hospitalisés et si nécessaire, pratiquer un tour de salle avec l'équipe de santé mentale.

**La deuxième journée** dite de « *supervision clinique* » est destinée à des échanges autour d'un cas clinique présenté par un soignant de l'hôpital cible. Cette deuxième journée rassemble tous les infirmiers en santé mentale des services de santé mentale des HD de la zone de supervision.

Cette manière d'exercer la supervision a pour autres caractéristiques

- le déplacement de professionnels d'un niveau supérieur du système vers le niveau suivant pour y exercer des activités (ici des activités de supervision) intégrées du service visité
- de créer et de renforcer les liens et les échanges entre les différents intervenants d'une zone géographique

Les temps des sessions de supervision sont les mêmes qui sont pratiqués au niveau central décrits plus haut.

Au terme de chaque supervision, l'équipe de supervision remet un rapport de son intervention à la direction du PNSMS, selon un canevas pré établi.

**Evaluation des supervisions** : A la fin de chaque mois, tous les superviseurs se rassemblent lors d'une réunion de concertation avec la direction du PNSM et de l'APNSM2. Durant cette séance sont discutés le déroulement général des supervisions, les différentes remarques et

données recueillis dans les HD visités et les voies d'amélioration des supervisions et du fonctionnement des différents services.

**Indicateurs** : Pour la période sous revue,

- Tout le programme tracé a été réalisé.
- Une évaluation générale des supervisions de l'année 2009 a été pratiquée ainsi qu'un rapport général rédigé

Pour l'année 2010, il est prévu de poursuivre les supervisions après une réunion d'information qui aura lieu avec les superviseurs. Le Projet continuera d'appuyer la supervision de l'ensemble des hôpitaux ayant une activité de santé mentale.

## **2 – Appui technique à l'équipe soignante de l'HNP Ndera**

Cet appui est réalisé chaque mercredi par le Dr Achour AIT MOHAND, Délégué à la Cogestion du Projet en appui à l'équipe clinique de « *l'unité des malades en crise* » dont les objectifs sont :

- l'étude et avis concernant des cas soumis par l'équipe soignante
- une réflexion sur les aspects organisationnels de l'unité et ses relations avec les autres unités de l'hôpital
- l'appui des ISM, d'un MG stagiaire et autres stagiaires affectés à l'unité

## **3 – Contribution à la mise en place d'un projet de prise en charge psycho sociale des zones frappées par le séisme dans la région de Rusizi en février 2008, projet qui sera appuyé par l'Unicef**

- Identification des contours généraux du projet
- Formulation d'une problématique pour une recherche visant l'étude besoins au niveau de ces régions
- Formulation des termes de référence pour une consultance pour la réalisation de cette recherche

## **4 - Contribution à la mise en place d'un projet d'implantation d'activités de santé mentale au niveau de l'HD de Kabutare par DED - Coopération Allemande**

- Mise à disposition des éléments du contexte santé mentale et état d'avancement de la mise en œuvre de la politique de santé mentale par le PNSM
- Contribution à l'identification du projet et appui technique à la mise en place du projet localement

## 5 – Différentes réunions de coordination et de concertation avec des partenaires impliqués dans un appui santé mentale ou bien souhaitant s’impliquer dans un tel appui :

Le but est de donner des informations sur la santé mentale au Rwanda, de permettre une orientation équitable de l’aide à travers le territoire, de préciser les éléments de la politique nationale et des standards nationaux, particulièrement de la politique de décentralisation et d’arriver à une coordination des interventions.

## 6 – Mises au point pratiques dans le cadre du recyclage professionnel du personnel des structures nationales de référence en santé mentale

## 7 - Contribution aux frais de fonctionnement du SCPS et du centre de jour du Service de Consultations Psychosociales (SCPS)

Achat de matériels divers, prise en charge du carburant, entretien et réparations du véhicule ambulance acheté par le projet pour le centre de jour

## 8 – Résumé des indicateurs du cadre logique du projet

**Tableau 6: Résumé des indicateurs du résultat 2**

Résultat 2	L’offre de soins et les capacités d’appui des structures de référence nationale sont renforcées	
	Indicateur	Acquis
R2.8a	Existence psychiatrie de liaison au CHUK	Pas achevé. Intégré dans les discussions avec le projet Appui Ville de Kigali
R2.8b	Existence psychiatrie d’urgence au CHUK	Idem
R2.9	Existence d’un Centre de Jour au SCPS	Pas de locaux à disposition du projet : locaux adjacents au SCPS appartenant au PNL pas obtenus. Cependant un local au SCPS réhabilité + construction d’une salle d’attente des patients → capacité d’accueil du SCPS doublée, par la création de 5 bureaux.
R2.10	Supervision clinique des centres nationaux de référence	- Supervision hebdomadaire régulière et continue. - Non prévu mais financé : encadrement des activités de neurologie et de psychiatrie au niveau du SCPS dépourvu de spécialistes
R2.11	Supervision des POSM	Au-delà, Supervisions cliniques au niveau de 37 hôpitaux de district

\*\*\*\* La phase II du projet vise un appui à *la politique nationale de santé mentale* du Rwanda. Celui-ci se fait principalement par le renforcement du Programme National de Santé Mentale réalisé via

- Le renforcement des capacités opérationnelles de la Direction de Santé Mentale
- La formation de spécialistes rwandais en psychiatrie
- La formation en santé mentale de diverses catégories d'agents de santé
- La conduite d'activités de recherche
- La disponibilité des psychotropes
- La sensibilisation de la population à la santé mentale
- La bonne gestion du projet d'appui

### **Résultat 3 : Les capacités opérationnelles de la direction de santé mentale sont renforcées**

Chaque année le PNSM coordonne l'intervention médico-psychologique pendant les commémorations du deuil national. Pour l'année 2009, le Projet a appuyé les activités suivantes :

- Prise en charge des intervenants,
- Actions de sensibilisation (production et diffusion d'un spot radio, impression de dépliants),
- Actions de formation,
- Frais de fonctionnement (carburant, frais de communication, etc.)

Dans ce cadre, la DI du projet a contribué à la coordination mise en place par le PNSM du Minisanté à travers un appui à :

- La réflexion et l'appui technique et méthodologique à l'organisation ayant abouti à la mise en place du cadre organisationnel de la prise en charge des victimes de crises émotionnelles et de PTSD
- La coordination de la formation et l'élaboration du document de formation des infirmiers des centres de santé de Kigali pendant 2 jours sur le thème de « *l'intervention psychologique auprès des victimes de violences* », afin de renforcer la prise en charge des victimes au niveau des hôpitaux et centres de santé de Kigali
- La coordination de la formation et l'élaboration du document de formation des aidants (mouvement associatif et Croix Rouge Rwandaise)

- La Formation des intervenants du niveau central (HNP Ndera, SCPS et KHI) ayant assuré la couverture médico-psychologique des lieux de commémoration et assuré la prise en charge au niveau des structures nationales de référence
- La collecte de la documentation sur l'intervention psychologique auprès des victimes des psychotraumatismes, distribuée aux intervenants
- La mise en place d'outils d'évaluation des interventions.

Les résultats de ces activités sont :

- L'intégration des interventions au niveau des structures de santé générales
- Le renforcement des capacités de l'encadrement en santé mentale visant la prise en charge des personnes présentant des crises émotionnelles et autres conséquences psychologiques durant les cérémonies et périodes de commémoration.
- le renforcement de la qualité de prise en charge des crises émotionnelles et autres conséquences psychologiques chez les victimes durant la période du deuil national
- de réduire la pression sur les structures de santé mentale de référence, réservées dans le dispositif aux personnes en souffrance nécessitant une prise en charge spécialisée

Dans ce sens et dans le cadre du dispositif générale de prise en charge un encadrement systématique des grands lieux de commémoration par des professionnels de santé mentale avec pour mission de prendre en charge les personnes sur site et des critères précis d'identification des personnes à orienter vers les structures de santé. *Cette méthodologie d'intervention a permis à chaque fois la prise en charge de la majorité des victimes sur les lieux de commémoration sans orientation vers une structure de santé (80% en 2008 et en 2009 à Kigali)*

**Tableau 7: quelques résultats de l'intervention en 2009**

<b>Structures nationales de référence</b>	<b>Nombre</b>
SCPS	45
NDERA	21
<b>Total Structures nationales de référence (Kigali)</b>	<b>66</b>
<b>Lieux de commémoration Kigali</b>	<b>320</b>
<b>Hôpitaux de Districts</b>	<b>1121</b>

## 2 – Organisation du séminaire annuel d'évaluation des activités du Programme National de Santé Mentale

Il s'agit d'une réunion de programmation regroupant, dans un but participatif et d'échanges, la coordination du PNSM, plusieurs acteurs nationaux en santé mentale : ONG, associations ayant des activités de santé mentale ainsi que des représentants des structures nationales de référence et des POSM.

Les résultats de ce séminaire de deux jours sont :

- Evaluation avec l'ensemble des acteurs des activités de l'année 2009
- L'élaboration d'un plan d'action du PNSM pour l'année 2010

**3 – Assistance technique opérationnelle :** l'assistance technique est totalement intégrée et fait partie de l'équipe du Programme National de Santé Mentale. Son siège est situé au Ministère de la Santé au siège du Programme National de Santé Mentale. Intervention sur diverses questions en collaboration avec la coordination de la santé mentale. A titre d'exemple:

- Appui à la planification, la programmation et la coordination des activités
- Intégration de la santé mentale dans le système d'information sanitaire
- Contribution à l'évaluation des services de santé mentale
- Appui à la formation - Encadrement et programmation des supervisions
- Harmonisation des pratiques en santé mentale
- Evaluation des besoins en psychotropes
- Suivi des projets santé mentale
- Coordination et concertation avec les partenaires impliqués dans un appui à la santé mentale
- Contribution au rapportage du projet à divers institutions et Contribution à la gestion opérationnelle du projet - Avis divers

## 4 – Contribution aux frais de fonctionnement de la Direction de Santé Mentale

Achat de matériels divers, frais de fonctionnement divers

## 5 – Résumé des indicateurs du cadre logique du projet

Tableau 8: Résumé des indicateurs du résultat 3

Résultat 3	Les capacités opérationnelles de la direction de santé mentale sont renforcées	
	Indicateur	Acquis
R3.12	Edition, adoption et diffusion de plans annuels d'action	Plans annuels et programmations annuelles réalisés chaque année.

**Résultat 4 : Bourses d'études de spécialisation à l'étranger**

Cinq boursiers étaient en études de spécialisation à l'étranger durant l'année 2009 sur un financement du Projet :

**Tableau 9 : boursiers pris en charge par le Projet**

Boursier	Institution d'origine	Etudes	Situation
Jean Damascène IYAMUREMYI : infirmier A0	SCPS	Etudes de master Université du Kwazulu Natal en Afrique du Sud	Fin d'études A rejoint son poste de travail en avril 2009
Yvonne KAYITESHONGA : psychologue clinicienne	SCPS	Etudes de Doctorat, l'Université Paris VIII, France.	3 <sup>ème</sup> année d'études
Dr Charles MUDENGE	SCPS	Spécialisation en psychiatrie, Université de Nairobi, Kenya	Fin d'études A rejoint son poste de travail en octobre 2009
Dr Xavier BUTOTO	HNP Ndera	Spécialisation en psychiatrie, Université de Dakar, Sénégal	Fin d'études prévue en 2010
Dr Shadrac NGAMIJE	KMH	Spécialisation en psychiatrie, Université de Nairobi, Kenya	Fin d'études A rejoint son poste de travail en septembre 2009
Autres			
7 infirmiers	HNP Ndera SCPS	3 <sup>ème</sup> cycle sciences infirmières	Fin d'études en 2007

Ces bourses sont attribuées dans le cadre du Renforcement des capacités des structures nationales de référence par la spécialisation du personnel

**Résumé des indicateurs du cadre logique du projet****Tableau 10: Résumé des indicateurs du résultat 4**

Résultat 4	Bourses d'études de spécialisation à l'étranger	
	Indicateur	Acquis
R4.13	Nombre de psychiatres diplômés	3 psychiatres bénéficiaires d'une bourse à l'étranger 7 infirmiers bénéficiaires d'une bourse à l'étranger 1 psychologue clinique bénéficiaire d'une bourse à l'étranger
R4.14	# psychiatres diplômés et rentrés au pays	2 psychiatres rentrés du Kenya en 2009 1 psychiatre rentrera du Sénégal en 2010 7 infirmiers SM A0 rentrés
R4.15	# psychiatres diplômés et rentrés au pays et en activité	4 infirmiers A0 rentrés et en activité 3 infirmiers rentrés qui ont déjà quitté leur position. 2 psychiatres rentrés du Kenya en 2009 et en activité

## **Résultat 5 : Activités de formation**

### **1 – Deuil National : Formation des praticiens du niveau central à Intervention psychologique d’urgence**

Il s’agit d’une formation briefing des intervenants au niveau central et des responsables des organisations faisant partie de la coordination de l’intervention. D’une durée d’un jour et animée par l’assistant technique du Projet, cette formation a pour but la préparation des intervenants à la prise en charge des victimes présentant des troubles psychotraumatiques et autres troubles psychiques durant les commémorations à travers :

- Une mise au point sur l’organisation des interventions et de l’assistance aux victimes, les niveaux d’intervention et leur spécificité
- Une mise au point sur l’intervention psychologique d’urgence et les troubles psychotraumatiques
- Les gestes et attitudes à développer lors des interventions
- le recueil des données sur le terrain

Un CD contenant les présentations de la formation ainsi qu’une documentation sur les psychotraumatismes et l’intervention psychologique d’urgence a été distribué à tous les participants.

### **2 – Deuil National : Formation et briefing des responsables des services de santé mentale de 33 HD**

Il s’agit d’une formation et d’un briefing des responsables des services de santé mentale de 33 HD. D’une durée d’un jour et animée par l’assistant technique du Projet, cette formation a pour but la préparation des intervenants à la prise en charge des victimes présentant des troubles psychotraumatiques et autres troubles psychiques durant les commémorations à travers :

- Une mise au point sur l’organisation des interventions et de l’assistance aux victimes, les niveaux d’intervention et leur spécificité
- Une mise au point sur l’intervention psychologique d’urgence et les troubles psychotraumatiques
- Les gestes et attitudes à développer lors des interventions
- le recueil des données sur le terrain

Le but de cette formation est aussi d'engager le même dispositif de prise en charge au niveau des Districts en harmonisant partout les pratiques et méthodes d'intervention.

Un CD contenant les présentations de la formation ainsi qu'une documentation sur les psychotraumatismes et l'intervention psychologique d'urgence a été distribué à tous les participants.

### **3 – Deuil National : Formation des infirmiers des Centres de santé de Kigali à la prise en charge des victimes de psychotrauma (voir plus haut prise en charge durant le deuil national)**

Formation de 60 infirmiers des centres de santé de Kigali pendant 2 jours sur le thème de l'intervention psychologique auprès des victimes de violences, afin de renforcer la prise en charge des victimes au niveau des hôpitaux et centres de santé de Kigali.

Le but de cette formation est le renforcement des connaissances des personnels et des structures de santé dans leur mission d'accueil des victimes présentant des troubles psychotraumatiques et autres troubles psychiques durant les commémorations avec pour objectifs:

- Connaître les signes de l'état de stress post traumatique (PTSD) et son évolution
- Acquérir des attitudes efficaces dans l'aide aux victimes
- Maîtriser les principes généraux de l'intervention auprès des victimes

Résultats attendus :

- Identification et compréhension des signes de l'état de stress post traumatique (PTSD) et de son évolution
- Maîtrise des principes généraux de l'intervention auprès des victimes et ceci par niveaux d'intervention du système de santé
- Adoption d'attitudes efficaces dans l'aide aux victimes

### **4 – Deuil National : Formation des aidants**

#### ***4-1 : Formation de 50 membres de l'association des enfants rescapés du Génocide AEERG.***

Ces membres sont tous volontaires durant la période des commémorations et interviennent particulièrement en milieu étudiant où ils encadrent les lieux de commémoration spécifiques aux étudiants.

Le but de cette formation est le renforcement des capacités d'intervention sur le terrain, particulièrement en milieu étudiantin, milieu à risque, auprès des victimes présentant des troubles psychotraumatiques et autres troubles psychiques durant les commémorations avec pour objectifs :

- Sensibiliser les participants sur les troubles psychiques post traumatiques
- Développer chez les participants des attitudes d'aide efficaces lors des interventions sur les lieux de commémoration

#### ***4-2 : Formation des volontaires de la Croix Rouge Rwandaise***

Le but de cette formation est le renforcement des capacités d'intervention sur le terrain, sur les lieux de commémoration avec pour objectifs :

- Sensibiliser les participants sur les troubles psychiques post traumatiques
- Développer chez les participants des attitudes d'aide efficaces lors des interventions sur les lieux de commémoration
- Amélioration de la coordination

Pour chaque catégorie de formation il a été prévu :

- une réunion avec les formateurs : Les objectifs de la formation, Elaboration du programme de formation et des supports de formation
- Elaboration et distribution d'un document – support de formation

***Le but général de toutes ces formations est l'intégration de cette intervention dans le système de santé général***

**Tableau 11 : Récapitulatif des formations exécutées en appui aux interventions lors des commémorations du Deuil National 2009**

Formations	Durée	Nombre de participants
<i>Formations des aidants</i> <b>Volontaires de la Croix Rouge Rwandaise</b>	2 jours	<b>40</b>
	2 jours	<b>40</b>
<b>Infirmiers des centres de santé et services des urgences des hôpitaux de la ville de Kigali</b>	2 jours	<b>30</b>
	2 jours	<b>30</b>
<i>Formations des aidants</i> <b>Membres de l'association de l'AERG</b>	2 jours	<b>50</b>
Briefing des responsables des services de santé mentale de tous les services de santé mentale des HD	1jour	<b>39</b>
Briefing des intervenants au niveau central et des responsables des organisations faisant partie de la coordination de l'intervention	½ journée	<b>23</b>

### **5 - Participation à la formation des anciens lauréats du KHI**

Il s'agit d'une activité annuelle s'adressant aux lauréats du KHI travaillant sur tout le territoire national. Elle se déroule à Ndera et s'étale sur une semaine. La session de 2009 a ciblé le recyclage de 30 ISM de tout le pays. L'assistant technique du Projet a apporté un appui à la conception du programme de formation et assuré une journée de formation sur les 5 jours qu'a duré la formation.

### **6 – Formation des infirmiers des centres de santé**

256 infirmiers des centres de santé ont été formés durant l'année 2009 au niveau des zones de rayonnement des POSM.

Le but de la formation étant le renforcement des capacités des infirmiers et l'intégration des soins de santé mentale dans les CS

Tableau 12 : Récapitulatif des formations des infirmiers des centres de santé

POSM	Nbre de centre santé concernés	Centres de santé – 4 infirmiers par centre de santé	Infirmiers Hôpital, prison, Camps réfugiés	Total à former	Infirmiers formés jusqu'au 30 septembre 2009
<b>Kibuye</b>	9	36	18	54	43
<b>Nyanza</b>	13	52	10	52	Programmation Q1 2010
<b>Kibungo</b>	12	48	12	60	60
<b>Nyamata</b>	12	48	12	60	53
<b>Ruhengeri</b>	11	44	14	58	60
<b>Gihundwe</b>	5	15	18	33	40
<b>Total à former</b>	<b>62</b>	<b>243</b>	<b>74</b>	<b>327</b>	<b>256</b>

## 7 – Formation des médecins généralistes des HD

77 MG des HD ont été formés dans le but d'appuyer les services de santé mentale des HD et d'accélérer l'intégration des soins de santé mentale au niveau des HD

### Objectifs de la formation

- Connaître les principales maladies mentales : leur diagnostic et principales étapes de leur prise en charge
- Reconnaître les principales situations d'urgence et connaître les conduites à tenir face à ces situations
- Maîtriser les principes généraux de l'examen mental
- Connaître les médicaments psychotropes et les interventions psychothérapeutiques de base

### Résultats attendus

- Identification et compréhension des signes des principales maladies mentales et leur prise en charge
- Maîtrise des principes généraux de l'examen mental
- Maîtrise des principes généraux de l'intervention dans les situations d'urgence

- Prescription des psychotropes en toute sécurité
- Suivi des patients atteints de troubles mentaux et orientation dans de bonnes conditions vers le niveau supérieur
- Pouvoir assurer le leadership du service de santé mentale dans les hôpitaux respectifs
- Une initiation à la mise en place de la psychiatrie de liaison dans les hôpitaux de districts.

## **8 – Formation des infirmiers généralistes des HD**

74 infirmiers généralistes des HD ont été formés dans le but d'appuyer les services de santé mentale des HD, d'accélérer l'intégration des soins de santé mentale au niveau des HD et de renforcer la continuité des soins au sein de l'HD : gardes, salles d'hospitalisation, etc.

Parmi ces infirmiers généralistes figurent des superviseurs des CS faisant partie de l'équipe de supervision des HD.

## **9 – Autres formations**

- Financement d'une formation en counselling 1 mois pour un MG du SCPS ;
- Stage 1 mois en psychiatrie pour 1 médecin du POSM Kibungo ;
- Stage 1 mois en psychiatrie pour 1 médecin et une infirmière en santé mentale de l'HD Butaro
- Financement d'une Formation en vue de lutter contre l'épuisement professionnel (capacitar) pour une infirmière SCPS
- Deux séances de formation continue sur les conduites suicidaires pour l'équipe soignante du SCPS

## 10 - Résumé des indicateurs du cadre logique du projet

Le projet a dépassé dans l'exécution les objectifs prévus par le DTF

**Tableau 13: Résumé des indicateurs du résultat 5**

Résultat 5	Activités de formation	
	Indicateur	Acquis
R5.16	# de médecins des POSM formés	Formation de deux médecins généralistes
R5.17	# d'animateurs formés	2225 formés. Plus que prévus
R5.18	# de médecins de district formés	77 médecins formés sur la PEC des problèmes de SM
R5.19	# de superviseurs de district formés	74 infirmiers formés en NOVEMBRE 2009 sur la PEC des problèmes de SM
R5.20	# d'infirmiers des CS formés	256 /350 prévus Infirmiers CS sont sensibilisés et formés en maîtrise de l'accueil et de l'examen des patients ; répondre à l'urgence psychiatrique; PEC des troubles mentaux communs ; procédures et critères transfert ;
	Autres	Voir rapports d'exécution du projet

### **Résultat 6 : Recherche : Des activités de recherche sont menées par le projet ou financé par lui**

- La direction du projet a fait partie du Comité de Pilotage de l'enquête nationale sur la prévalence du psychotrauma et troubles commorbides au Rwanda commanditée par le PNSM a commandité. Les résultats de l'étude ont été rendus publics début Octobre 2009.
- La direction du Projet a débuté les consultations auprès des institutions universitaires en vue d'obtenir leur collaboration dans la réalisation de cette activité. Les négociations avec l'Ecole de Santé Publique sont avancées. Les problématiques suivantes feront l'objet des premiers sujets de recherche :
  - o L'organisation des soins de santé mentale au niveau de la ville de Kigali
  - o Suivi de l'efficacité de la sensibilisation par la radio
  - o Suivi de l'adhérence au traitement d'épilepsie

## Résumé des indicateurs du cadre logique du projet

Tableau 14: Résumé des indicateurs du résultat 6

	Indicateur	Acquis
R6.21	# recherches opérationnelles ou recherches actions menées par le projet	Une recherche en milieu scolaire sur la prise en charge des effets des psychotraumatismes et l'encadrement dans le milieu scolaire Existence de projets de recherche
R6.22	# de contrats de recherche terminés ou en cours	Pas de contrat. Une requête de financement pas financé – trop cher.

### **Résultat 7 : Les médicaments psychotropes sont disponibles**

- Poursuite de l'appui des hôpitaux de districts et des services de référence par une distribution régulière des psychotropes
- Elaboration des besoins annuels et prévisions pour l'importation des médicaments psychotropes
- Signature d'une convention d'approvisionnement spécifique avec la Camerwa avec expression des besoins annuels
  
- Concernant la pérennisation et la durabilité de l'activité le projet est en discussion avec la camerwa pour la constitution *d'un fond permanent pour l'approvisionnement des HD en médicaments psychotropes*. Ce fond sera constitué par le montant restant actuellement sur la ligne « approvisionnement en psychotropes » du projet et sera alimenté par la vente des psychotropes aux HD (et éventuellement d'autres bailleurs ou projets à l'avenir)

## Résumé des indicateurs du cadre logique du projet

Tableau 15: Résumé des indicateurs du résultat 7

Résultat 7	Les médicaments psychotropes sont disponibles	
	Indicateur	Acquis
R7.23	Quantité de psychotropes commandée et livrée	Il existe une liste de commande y compris pour toute l'année 2010
R7.24	# de POSM ayant intégré leur approvisionnement en psychotropes dans le circuit normal	Les rapports de supervisions incluent l'information
R7.25	# de médecins et superviseurs de district ayant bénéficié d'un recyclage en gestion des médicaments	Les programmes de formation incluent cette donnée pour la formation de tous les professionnels de santé
R7.26	# et détail des initiatives de tout ordre concourant à la prescription rationnelle des psychotropes	Intégré dans la supervision mensuelle des HD/POSM et des structures de référence.
R7.27	[si possible] # rupture de stock dans les POSM	L'information sur les ruptures est incluse dans les rapports de supervision

### Résultat 8 : La sensibilisation de la population à la santé mentale

**1 - Emissions radiophoniques hebdomadaires :** celles-ci ont pour but la sensibilisation de la population à la santé mentale.

- Organisation : contrat avec une journaliste consultante du Projet pour la réalisation des émissions, contrat pour la production des émissions et contrat avec l'ORINFOR pour leur diffusion à la Radio. Les émissions sont diffusées à la radio nationale selon une fréquence hebdomadaire et les thématiques sont adaptées à certaines occasions (journée mondiale de santé mentale, deuil national, etc.).
- Le Projet finance la conception et la diffusion de 4 émissions mensuellement sur des thèmes de santé mentale à la radio nationale.

### **2 - Appui à la célébration de la journée mondiale de la santé mentale 2008**

Le projet a appuyé l'organisation et le financement de toutes les activités de la célébration de la Journée Mondiale de la Santé Mentale organisées par le Programme National de Santé Mentale.

Le programme a comporté plusieurs actions de sensibilisation qui ont ciblé la population, les professionnels de santé et responsables politiques : conférences, émissions radiophoniques, dépliants, banderoles.

Les activités de la semaine de célébration ont bénéficié d'une couverture médiatique exceptionnelle avec des commentaires globalement positifs sur le travail Programme National de Santé Mentale et des actions du Minisanté.

La cérémonie nationale générale de la célébration a eu lieu au POSM de Kibuyé a été présidée par Monsieur le Ministre de la Santé en présence de plusieurs directeurs du Minisanté, des autorités du district de Karongi, de la Province et de la population de Kibuye venue nombreuse.

Plusieurs POSM ont réalisé des activités de sensibilisation

### 3 - Sensibilisation à l'occasion de la célébration du deuil national

Elaboration et multiplication de dépliants d'information et de sensibilisation ainsi que la production et la diffusion d'un spot radiophonique à l'occasion de la célébration du deuil national. Cible : population générale

### Résumé des indicateurs du cadre logique du projet

**Tableau 16: Résumé des indicateurs du résultat 8**

	Indicateur	Acquis
R8.28	Nombre d'émissions de radio	4 émissions par mois
R8.29	Nombre de spots de TV	2
R8.30	Nombre de supports de matériel didactique et de vulgarisation produits	Multiplication de documents à l'occasion de la commémoration du deuil national et la célébration de la journée mondiale de la santé mentale ; émissions radio supplémentaires et thématiques lors de la période de commémoration du deuil national et célébration de la journée mondiale de la santé mentale

**Résultat 9 : La bonne gestion du projet d'appui est assurée**

- Rémunération du personnel lié au projet
- Couverture des frais de fonctionnement des véhicules et du bureau du Projet
- Planification des activités et leur budgétisation
- Réunions hebdomadaires de l'équipe du Projet
- Consultations permanentes entre les responsables du Projet
- Au mois de novembre 2009 : participation du Délégué à la Cogestion au séminaire organisé par « Because Health » en Belgique sur le thème des « couvertures universelles – au-delà des chiffres ».
- MTR du projet

### 3.2 Analyse de la planification des activités

- La majorité des activités programmées ont été réalisées. Parfois l'équipe du Projet a dû répondre à des demandes non programmées et parfois en urgence, car jugées nécessaires.
- Poursuite du programme de supervision des structures nationales de référence et des HD
- Rattrapage du retard dans la formation des intervenants - celles-ci ont été mieux préparées dans la logique d'intégration des activités de santé mentale
- Meilleur approvisionnement en médicaments psychotropes depuis la signature d'une convention d'approvisionnement avec la Camerwa ; cependant la Camerwa n'arrive toujours pas à assurer toutes les commandes.

## 4 BILAN DES FINANCES

### 4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning 2009

#### A - Dépenses VS planifications trimestrielles

Mode	Planification financière Q1 2009			Planification financière Q2 2009			Planification financière Q3 2009			Planification financière Q4 2009		
	Montant planifié en EURO *1000	Montant dépensé en EURO *1000	% exécution	Montant planifié en EURO *1000	Montant dépensé en EURO *1000	% exécution	Montant planifié en EURO *1000	Montant dépensé en EURO *1000	% exécution	Montant planifié en EURO *1000	Montant dépensé en EURO *1000	% exécution
Régie	37,90	51,26	135	67,30	39	58	56,50	32,18	55	64,70	58,41	90
Cogestion	69,61	37,42	54	71,50	57,84	81	96,62	110,81	115	118,30	122,79	104
<b>Total</b>	<b>107,51</b>	<b>88,68</b>	<b>82</b>	<b>138,8</b>	<b>96,84</b>	<b>70</b>	<b>153,12</b>	<b>142,90</b>	<b>93</b>	<b>183</b>	<b>181,20</b>	<b>99</b>

(\*) *Planification de référence = planification pour chaque trimestre correspondant*

**B - Taux d'exécution annuel du projet : montants planifiés par mode VS dépenses par mode – selon planification financière de référence Q1 année 2009**

<b>Mode</b>	<b>Montant planifié 2009 (EURO*1000)</b>	<b>Dépenses 2009 (EURO*1000)</b>	<b>Taux d'exécution 2009</b>
<b>Régie</b>	<b>164,30</b>	<b>180,86</b>	<b>110</b>
<b>Cogestion</b>	<b>277,72</b>	<b>328,90</b>	<b>118</b>
<b>Total</b>	<b>442,02</b>	<b>509,76</b>	<b>115</b>

*(\*) Planification de référence Q1\_2009*

## C - Dépenses du projet par composante en 2009

Composantes du projet	Montant total en Euro alloué dans le budget global du projet 2005 – 2010 Contribution Belge (EURO*1000)	Dépenses totales cumulées du projet depuis son lancement : 01/01/06 au 31/12/2009	Dépenses de la période du 1er janvier au 31 décembre 2009	Tx exécution Global	Obs
Création des pôles opérationnels de santé mentale - POSM	270,21	201.113,04	15.508,99	74	LB renforcée
Offres des soins de santé et capacités des structures de référence renforcées	144,01	154.318,85	51.398,26	78	-
Capacités Opérationnelles de la Direction de santé mentale renforcées	221,80	101.998,01	46.710,13	63	-
Formation spécialisée en bourses d'études à l'étranger	377,47	333.303,17	36.065,10	88	-
Formation en santé mentale des diverses catégories de Professionnels	160,35	132.416,76	92.456,98	67	LB renforcée
Activités de recherche	27,50	1.210,41	304,37	4	–
Disponibilité des médicaments psychotropes	522,56	145.793,59	60.930,23	28	–
Sensibilisation de la population à la santé mentale	116,67	66.276,37	17.824,32	77	–
Gestion du projet (assistance technique incluse)	919,48	572.726,17	188.534,77	62	–
<b>TOTAL</b>	<b>2.760,05</b>	<b>1.709.156,37</b>	<b>509.733,14</b>	<b>62</b>	–

**D - Taux d'exécution global du projet au 31/12/2009**

<b>Mode</b>	<b>Budget Global du projet 2006-2010 Contribution Belge</b>	<b>Dépenses totales du Projet cumulées du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 310 décembre 2008</b>	<b>Taux d'exécution global (%) décembre 2008</b>
<b>Régie</b>	<b>1.152.474,38</b>	<b>798.545,74</b>	<b>69</b>
<b>Cogestion</b>	<b>1.607.571,30</b>	<b>910.610,63</b>	<b>57</b>
<b>Total</b>	<b>2.760 045,00</b>	<b>1.709.156,37</b>	<b>62</b>

**4.2 Analyse du planning financier**

- Toutes les planifications trimestrielles ont eu une exécution « satisfaisante »
- Pour cette année le projet dépensé 115% des montants planifiés en Q1\_2009.
- Les plus grands montants ont été alloués aux renforcements des capacités

## 5 SUIVI DES INDICATEURS A TRAVERS LE CADRE LOGIQUE

### 5.1 Objectif spécifique

LOGIQUE DE L'INTERVENTION	INDICATEURS (DTF)	ÉVOLUTION	OBSERVATIONS
<p><b>Objectif spécifique</b></p> <p><b>Les soins de santé mentale sont assurés et intégrés dans les structures de santé mentale décentralisées (a) en s'appuyant sur un Programme National de Santé Mentale (PNSM) renforcé (b).</b></p>	<p>1 - Les soins de santé mentale sont décentralisés au moins dans les 6 « Pôles opérationnels en santé mentale »</p>	<p>05 POSM sont « fonctionnels » avec des niveaux différents</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'hôpital de KIBAGABAGA siège du 6<sup>ème</sup> POSM prévu n'a pas mis à disposition de locaux</li> <li>• Le projet : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appuie un 6ème POSM = POSM de Gihundwe</li> <li>- Projette de construire un service à l'hôpital de KIBAGABAGA : terrain détermine, accord de la direction obtenu, lancement DAO en cours</li> </ul> </li> <li>• Rapports d'activités des POSM : disponibles</li> <li>• Appui de la décentralisation à travers la supervision et la formation et l'approvisionnement des psychotropes</li> <li>• Projet attentif à répondre aux besoins – flexibilité</li> </ul>

	<p>2 - Le « Desk <i>Santé Mentale</i> » maîtrise effectivement la mise en œuvre de la politique de santé mentale</p>	<p>Le « Desk <i>Santé Mentale</i> » n'existe plus dans l'organigramme du Minisanté. Remplacé par une « <i>coordination</i> » siégeant au SCPS ayant repris les mêmes missions.</p> <p>La maîtrise de la mise en œuvre de la politique de santé mentale par la « <i>coordination</i> » : difficile à mesurer à travers des indicateurs objectifs</p>	<p>Le second indicateur « le desk maîtrise effectivement la mise en œuvre de la politique de santé mentale » pour mesurer le renforcement du PNSM n'est pas SMART.</p> <p><b><u>Éléments d'évaluation pouvant refléter cet indicateur à travers les actions du Desk santé mentale:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existence d'un plan stratégique jusqu'en 2012 pour le développement la santé mentale au Rwanda</li> <li>2. Existence d'un plan de décentralisation des soins de SM;</li> <li>3. Existence d'un projet de mise en place de départements spécifiques à l'intérieur de la direction de santé mentale avec organigramme et TDR pour chaque département dans le cadre du projet du Rwanda Biomedical Center</li> <li>4. Existence d'un plan d'action annuel</li> <li>5. Existence de rapports annuels de la coordination de santé mentale</li> <li>6. Suivi et coordination des bailleurs et des organisations intervenant en santé mentale</li> <li>7. Utilisation rationnelle des ressources financières et matérielles mises à disposition par le Projet et autres partenaires par le Desk</li> <li>8. Dispositif de soins pour faire face aux conséquences des psycho traumatismes lors des commémorations annuelles du génocide mis en place annuellement;</li> <li>9. Evaluation des services de santé mentale et suivi régulier de leurs activités (rapports existants)</li> <li>10. Concertation régulière avec les responsables des services de santé mentale</li> <li>11. Existence d'un plan de capacity building : spécialisation des ressources humaines, formation, supervisions formatives</li> <li>12. Formations organisées en s'appuyant sur les structures académiques du pays : KHI, faculté de psychologie</li> </ol>
--	--	---	--

## 5.2 Résultats

LOGIQUE DE L'INTERVENTION	INDICATEURS DTF PROJET	ÉVALUATION	OBSERVATIONS
<p><b>R1 - Six pôles opérationnels en santé mentale (POSM) sont fonctionnels</b></p>	<p>Les POSM remplissent leurs 7 fonctions  <b>Voir commentaires résultat 1 dans chapitre « activités » page 12</b></p> <p>1) Consultations de santé mentale</p> <p>2) Hospitalisation en santé mentale :</p>	<p>Rapports des POSM : existent</p> <p>1) six POSM assurent des consultations de santé mentale (y compris Kibagabaga) : <b>9836 consultations dont 1909 nouveaux cas</b></p> <p>2) cinq sur 5 POSM assurent une activité d'hospitalisation en santé mentale avec leurs propres lits.  - 01 POSM hospitalise au niveau d'autres services médicaux (Kibagabaga)  - <b>619</b> hospitalisations assurées de janvier à septembre 2009</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opération de réhabilitation de 4 POSM sur 4 : achevée</li> <li>2. Equipement des POSM : achevé</li> <li>3. Aucun POSM n'a procédé aux recrutements nécessaires pour compléter les équipes</li> <li>4. Le POSM de Kibakabaga n'a pas mis de locaux à la disposition du Projet</li> <li>5. Le projet soutient un 6ème POSM situé à l'hôpital de Gihundwe et compte construire un service au niveau de l'hôpital de Kibakabaga (procédures en cours)</li> <li>6. Rapport d'activité global des POSM : existe</li> <li>7. Autre propositions mises en pratique : voir à partir de la page 12</li> </ol> <p>— (voir tabl. 3 page 15)</p> <p>— (voir tabl. 3 page 15)</p>

	<p>3) Supervision clinique des POSM Egalement supervisions cliniques au niveau de 37 hôpitaux de district <b>→ objectif prévu par DTF largement dépassé en quantité et qualité</b></p> <p>4) Supervision en santé mentale des infirmiers des centres de santé</p> <p>5) Coordination de l'action des acteurs locaux de la santé mentale</p>	<p>3) Tous les POSM font l'objet d'une supervision clinique : voir plus bas le calendrier des supervisions et les HD concernés</p> <p>4) Aucun hôpital de district siège de POSM n'a intégré la supervision en santé mentale des centres de santé dans son programme de supervision.</p> <p>4 POSM sur 6 (y compris Gihundwe) ont procédé à la formation d'infirmiers des centres de santé</p> <p>5) 04 sur 6 POSM ont engagé des activités de coordination de l'action des acteurs locaux de la santé mentale (5 POSM si on intègre Gihundwe)</p>	<p>- Le Projet a entrepris en 2009 des supervisions cliniques au niveau de 37 hôpitaux de district qui ont des activités de santé mentale (objectif prévu par DTF dépassé en quantité et qualité)</p> <p>- Résistance des directions des hôpitaux de district d'intégrer la supervision en santé mentale des centres de santé dans leur programme de supervision. Le projet va continuer les discussions pour intégrer des indicateurs de santé mentale dans les supervisions pratiquées par les HD et soutenues par le programme PBF</p> <p>Nyanza : programmation en Q1 2010</p> <p>Rapports des réunions trimestriels : existent Cadre particulièrement utile et efficace dans le cadre de l'organisation des interventions lors des commémorations du Deuil National, la célébration de la journée mondiale de la santé mentale et la coordination des actions de sensibilisation</p>
--	---	--	---



LOGIQUE DE L'INTERVENTION	INDICATEURS DTF	ÉVALUATION	OBSERVATIONS
<p><b>R2 - L'offre de soins et les capacités d'appui des structures de référence nationale sont renforcées</b></p>	<p>8) Existence d'activités de psychiatrie de liaison au CHUK</p> <p>9) Existence d'une prise en charge des urgences psychiatriques au CHUK</p> <p>9) Existence d'un centre de jour au SCPS</p> <p>10) Supervision clinique des centres nationaux de référence</p>	<p>- Activité pas encore installée</p> <p>- Activité pas encore installée</p> <p>- le Projet n'a pas obtenu les locaux nécessaires pour mener cette action. Il a procédé à une extension des capacités d'accueil du SCPS pour la prise en charge des patients. Cette <b>capacité d'accueil a doublé</b></p> <p>- Activité installée : <b>Supervision formative hebdomadaire régulière et continue</b></p> <p><b>Non prévu par le DTF:</b> le projet appui un <i>encadrement des activités de neurologie et de psychiatrie au niveau du SCPS</i>, structure de référence en SM car dépourvu de spécialistes</p>	<p>- (8) et (9) activité proposée à être menée dans le projet de coopération rwando-belge qui appuie la ville de Kigali (plus logique à notre sens)</p> <p>- le projet a régulièrement formé les infirmiers des urgences du CHUK</p> <p>- le projet a réhabilité un local au SCPS qui avait des difficultés pour accueillir les patients à cause d'un manque de bureaux et l'exiguïté des lieux d'attente des patients.</p> <p>L'opération de réhabilitation menée par le Projet a permis une augmentation significative des capacités d'accueil de cette structure par la création de 05 bureaux pouvant servir de lieux de consultation, un espace de réception et un espace servant de salle d'attente pour les patients. A signaler que cette opération n'était prévue car le projet devait à l'origine récupérer des locaux adjacents au SCPS et appartenant au PNILP pour le centre de jour.</p> <p>- contrat avec un consultant psychiatre</p> <p>- contrat avec un consultant neurologue</p>

	11) Superviser les POSM :	<p>- Le Projet entreprend des supervisions cliniques au niveau de 37 hôpitaux de district qui ont des activités de santé mentale : <b>voir plus bas calendrier des supervisions de l'année 2009</b></p> <p>➔ l'objectif prévu par le DTF, largement dépassé en quantité et dans son esprit</p>	<p><b>Remarques et suggestion d'indicateurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il s'agit d'un appui important à la décentralisation des soins</li> <li>- rapports de supervision : existent</li> <li>- rapport annuel d'évaluation des supervisions 2009 : existe</li> </ul>
--	---------------------------	--	--

LOGIQUE DE L'INTERVENTION	INDICATEURS DTF	EVALUATION	OBSERVATIONS
<b>R3 - Les capacités opérationnelles du « Desk Santé Mentale » sont renforcées</b>	12) Edition, adoption et diffusion de Plans annuels d'action	- Plans annuels d'action : réalisés chaque année	<p><b>Remarques et suggestion d'indicateurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui technique, méthodologique, en planification et programmation, aux activités de la direction de santé mentale du minisanté ➔ assistance technique intégrée dans le staff de la direction de santé mentale</li> <li>- appui technique, méthodologique et en planification et programmation et appui financier dans le cadre des interventions psychologiques lors des commémorations du Deuil national</li> <li>- Appui à la conception et la mise en œuvre de la formation des professionnels de santé</li> <li>- appui au suivi des services de santé mentale décentralisés</li> <li>- Appui à l'encadrement et l'évaluation des activités de supervision des services de référence nationale et services périphériques de santé mentale</li> <li>- Appui à la stratégie de décentralisation et d'intégration des soins de santé mentale</li> </ul> <p><b>Ces activités, importantes, ne sont pas explicités dans le DTF</b></p>

LOGIQUE DE L'INTERVENTION	INDICATEURS DTF	EVALUATION	OBSERVATIONS
<b>R4 - Le pays dispose d'un noyau initial de psychiatres rwandais nouvellement formés</b>	13) Nombre de psychiatres diplômés 14) Nombre de psychiatres diplômés et rentrés au pays 15) Nombre de psychiatres diplômés rentrés au pays et en activité	Le projet a donné 13 bourses d'études au lieu de 5	<b>Voir le tableau 9 récapitulatif des formations en spécialisation et état d'avancement des étudiants</b>
<b>R5 - Tous les publics cibles des activités de formation ont reçu la formation ou la sensibilisation prévue</b>	<p><b>Objectifs de formation prévus par DTF largement dépassés dans l'exécution</b>  <b>Observations et autres indicateurs :</b> Le projet n'a pas respecté les catégories prévues par le DTF :</p> <p>→ Le DTF ne prévoit pas la formation des <i>psychologues et du personnel soignant du niveau central</i> où pourtant existe une demande réelle</p> <p>→ le projet a appuyé plusieurs activités de formation à ce niveau impliquant des <i>infirmiers de santé mentale, des médecins généralistes et des psychologues et souvent des stagiaires des structures de référence.</i></p> <p>→ Ces activités sont importantes pour l'appui à la décentralisation et les supervisions qui ne peuvent se faire si le niveau central est lui-même carencé</p> <p>→ le Projet a appuyé les formations dans le cadre des <b>interventions psychologiques lors des commémorations du Deuil national.</b> Une des activités principales de la direction de la santé mentale du Minisanté</p> <p>→ le projet a ciblé également le mouvement associatif et a répondu à des demandes de formation venant des praticiens eux mêmes</p>	<b>Voir le document spécifique joint faisant une mise au point sur les formations appuyées par le Projet.</b>	<b>Voir à partir de la page 27</b>

		<b>Formations réalisées avec l'appui de formateurs du niveau central et les institutions académiques</b>	
	16) Nombre de médecins des POSM formés	- 2 médecins généralistes et une infirmière ont suivi un stage d'un mois au niveau des structures de référence en Santé Mentale à Kigali	- programmation progressive des stages
	17) Nombre d'animateurs formés	- 2 225 animateurs de santé formés : objectif DTF dépassé	- formations assurées avec l'appui de formateurs du niveau central sous la responsabilité des formateurs locaux et des directions des HD respectifs
	18) Nombre de médecins de district formés	- 77 MG formés en SM	2 autres sessions programmées en Q1 2010
	19) Nombre de superviseurs de district formés	- Le projet a décidé de donner la priorité pour la formation des infirmiers généralistes des HD : 74 ont été formés	Autres sessions programmées en Q1 2010
	20) Nombre d'infirmiers des CS formés	256 / 327 infirmiers prévus des CS des POSM sont formés sauf POSM Nyanza	Formation des Infirmiers POSM Nyanza : programmation Q1 2010

LOGIQUE DE L'INTERVENTION	INDICATEURS DTF	EVALUATION	OBSERVATIONS
<p><b>R6 - Des activités de recherche sont menées par le projet ou financées par lui</b></p>	<p>21) Nombre de recherches opérationnelles ou de recherches actions menées par le projet</p> <p>22) Nombre de contrats de recherche terminés ou en cours</p>	<p>- une recherche effectuée en milieu scolaire sur les psycho trauma</p> <p><b>Contacts avec l'école de santé publique pour l'exécution de 3 projets de recherche en 2010</b></p>	<p><b>Conception de la recherche action par le projet :</b></p> <p>De nombreuses activités menées ou appuyées par le projet sont d'authentiques recherches opérationnelles, cependant non suivies de publications par le manque de temps à y consacrer. Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La décentralisation des soins</li> <li>• Les activités de supervisions et leur suivi</li> <li>• Le dispositif d'intervention psychologique mis en place chaque année lors des commémorations du Deuil national</li> <li>• La coordination locale des activités de santé mentale au niveau des POSM</li> <li>• L'expérience des POSM</li> </ul> <p>Toutes ces activités sont assurées et documentées.</p> <p>Et à chaque étape de notre travail, le processus de décision a été influencé et guidé par les résultats de l'étape précédente bien documentée.</p>

LOGIQUE DE L'INTERVENTION	INDICATEURS DTF	EVALUATION	OBSERVATIONS
<b>R7 – Les médicaments psychotropes sont disponibles</b>	23) Quantité de psychotropes commandée et livrée 24) Nombre de POSM ayant intégré leur approvisionnement en psychotropes dans le circuit normal d'approvisionnement 25) Nombre de médecins et superviseurs de district ayant bénéficié d'un recyclage en gestion des médicaments  26) Nombre et détail des initiatives de tout ordre concourant à la prescription rationnelle des psychotropes 27) [Si possible] Nombre de rupture de stock des psychotropes dans les POSM	(23) et (24) et (25) Activité intégrée dans : - les activités de supervision des hôpitaux de district et supervision du personnel du niveau central, - formation continue du personnel du niveau central et des HD  (26) et (27) Figurent dans le rapport de supervision pour chaque hôpital de district supervisé	<u>Autres indicateurs</u> - Supervision hôpitaux de district → supervision en situation : Participation des superviseurs aux consultations des personnels supervisés ainsi que présentation de cas permettent des discussions sur les logiques de prescription  - Signature d'une convention avec la Camerwa visant à assurer un meilleur approvisionnement  - Collaboration avec un pharmacien qualifié du SCPS pour l'élaboration des besoins et le suivi des stocks et qualité des médicaments  - Discussions avec la Camerwa pour la constitution d'un fond permanent pour l'approvisionnement en psychotropes
<b>R8 - La sensibilisation de la population est poursuivie</b>	28) Nombre d'émissions de radio 29) Nombre de spots de télévision 30) Nombre de supports de matériel didactique et de vulgarisation produits	- 4 émissions par mois  - Multiplication de documents à l'occasion de la commémoration du deuil national et la célébration de la journée mondiale de la santé mentale	- émissions radio supplémentaires et thématiques lors de la période de commémoration du deuil national et célébration de la journée mondiale de la santé mentale

Tableau des formations appuyées par le projet

Intitulé de la formation	Durée	Bénéficiaires
<b>2006</b>		
Initiation à la maîtrise de passation des tests psychologiques	1 semaine	12 Psychologues et stagiaires SCPS, HNP Ndera
Identification des besoins en formation des intervenants des associations intervenants dans le champ de la santé mentale	1 journée	15 Membres des associations intervenants en SM
<b>2007</b>		
Intervention médicopsychologique d'urgence durant la commémoration du Deuil National	1 journée	19 Responsables d'organisations de PeC et coordinateurs d'intervention
Les conduites suicidaires	1 journée	Conseillers en trauma de plusieurs organisations et associations
La supervision clinique des services de santé mentale, adaptée aux Hôpitaux de District	1 journée	18 Superviseurs du niveau de référence nationale
Prévention de la consommation de drogues et des toxicomanies	8 x 1.5 heures	13 personnels et stagiaires du SCPS
Prévention de la consommation de drogues et des toxicomanies	8 x 1.5 heures	50 personnels et stagiaires de HNP Ndera
Actualisation des forces vitales humaine – lutte contre le burn out professionnel	3 jours	Ensemble du personnel SCPS
Actualisation des forces vitales humaine – lutte contre le burn out professionnel	3 jours	Ensemble du personnel HNP Ndera
<b>2008</b>		
Intervention médicopsychologique d'urgence durant la commémoration du Deuil National	1 journée	25 Responsables d'organisations de PeC et coordinateurs d'intervention
La supervision clinique des services de santé mentale <i>Séminaire de démarrage des supervisions de l'année 2008</i> )	1 journée	18 superviseurs du niveau de référence nationale
Psycho pharmacothérapie – <i>Module intégré dans la formation du Master de Psychologie Clinique –UNR</i>	5 x 1 journée	15 psychologues en cours de Master de psychologie clinique à UNR
Intervention médicopsychologique d'urgence durant la commémoration du Deuil National	2 jours	68 infirmiers CS et services d'urgence des HD de la ville de Kigali
Formation des anciens lauréats du KHI	2 jours	30 infirmiers en santé mentale
Intervention médicopsychologique d'urgence durant la commémoration du Deuil National	1 jour	58 aidants - membres de l'association AEERG
Les troubles psychiques au décours des catastrophes et leur prise en charge - <i>après le tremblement de terre- Cyangugu</i>	0.5 journée	50 soignants de structures nationales de référence, enseignants KHI et stagiaires
Actualisation des forces vitales humaine – lutte contre le burnout professionnel <i>Appui au SCPS</i>	3 jours	Ensemble du personnel SCPS

Actualisation des forces vitales humaine – lutte contre le burnout professionnel <i>Appui au SCPS</i>	3 jours	Ensemble du personnel HNP Ndera
Sessions de mise au point théoriques suivies de débats en appui à la supervision	5 sessions	personnels des structures nationales de référence
Mises au point pratiques dans le cadre du recyclage durant la supervision hebdomadaire	Ponctuel	Personnel soignant du SCPS
Appui à l'organisation de séminaires scientifiques sur <i>Exercice de mémoire et psychotrauma /Du trauma à la reconstruction</i>	2 séminaires	60 et 100 professionnels, associations, responsables politiques
<b>2009</b>		
Intervention médicopsychologique d'urgence durant la commémoration du Deuil National	2 x 2 jours	2 x 40 volontaires de la Croix Rouge rwandaise
Intervention médicopsychologique d'urgence durant la commémoration du Deuil National	2 x 2 jours	2x 30Infirmiers des CS et service d'urgences des hôpitaux de Kigali
Intervention médicopsychologique d'urgence durant la commémoration du Deuil National	2 jours	50 Aidants membres association AERG
Intervention médicopsychologique d'urgence durant la commémoration du Deuil National	1 jour	Infirmiers responsables des services SM des HD
Intervention médicopsychologique d'urgence durant la commémoration du Deuil National	1 jour	Responsables des organisations et structures de SM impliquées dans la PeC
Formation des infirmiers des CS par les POSM	5 jours par zone POSM	256 infirmiers des 327 prévus couvrant CS, HD, prison et C réfugiés
Formations additionnelles avec autres financements : (i) formation en counselling 1 mois-1 personne SCPS ; stage 1 mois en psychiatrie pour 1 médecin du POSM Kibungo ; 2 séances sur les conduites suicidaires pour l'équipe SCPS		
2225 animateurs de santé communautaire ont été formés au cours du projet dans 4/6 zone de rayonnement des POSM (Kibungo, Kibuye, Nyamata et Nyanza). A Kibuye et Nyamata les animateurs ont eu des recyclages en 2009		
12 personnes ont reçu une bourse pour la spécialisation : 3 médecins en psychiatrie ; 7 infirmiers en 2 <sup>ème</sup> cycle sciences infirmières (tous rentrés) 1 infirmier Master (rentré) et 1 psychologue clinique : Master puis Doctorat.		
- 77 MG formés et 74 infirmiers généralistes des HD dans la logique de l'intégration des soins de santé mentale		

## Calendrier des supervisions année 2009

Zone de supervision	Hôpitaux de district	Date		
Ruhengeri	Butaro	16 et 17/02/2009	13 et 14 aout 2009	
	Muhororo	16 et 17/03/2009	7 et 8 septembre 2009	
	Ruhengeri	20 et 21 avril 2009	5 et 6 octobre 2009	
	Gisenyi	18 et 19 mai 2009	2 et 3 novembre 2009	
	Kabaya	15 et 16 juin 2009		
	Nemba	13 et 14 juillet 2009		
Nyamata	Nyamata	19 et 20/02/2009	8 et 9 octobre 2009	
	KMH (Kanombe)	19 et 20/03/2009	5 et 6 novembre 2009	
	Byumba	23 et 24 avril 2009		
	KPH	21 et 22 mai 2009		
	Ruli	18 et 19 juin 2009		
	Rutongo	16 et 17 juillet 2009		
	Kibagabaga	17 et 18 aout 2009		
	Remera Rukoma	10 et 11 septembre 2009		
Nyanza	Nyanza	23 et 24/02/2009	15 et 16 octobre 2009	
	CHUB	23 et 24/03/2009	12 et 13 novembre 2009	
	Gakoma	27 et 28 avril 2009		
	Gitwe	25 et 26 mai 2009		
	Caraes-Butare	22 et 23 juin 2009		
	Kabutare	20 et 21 juillet 2009		
	Kabgayi	20 et 21 aout 2009		
	Kibilizi	17 et 18 septembre 2009		

<b>Kibungo</b>	<b>Kibungo</b>	<b>26 et 27/02/2009</b>	<b>20 et 21 aout 2009</b>	
	<b>Gahini</b>	<b>26 et 27/03/2009</b>	<b>21 et 22 septembre 2009</b>	
	<b>Nyagatare</b>	<b>04 et 05 mai 2009</b>	<b>19 et 20 octobre 2009</b>	
	<b>Rwinkwavu</b>	<b>1 et 2 juin 2009</b>	<b>16 et 17 novembre 2009</b>	
	<b>Rwamagana</b>	<b>29 et 30 juin 2009</b>		
	<b>Kirehe</b>	<b>23 et 24 juillet 2009</b>		
<b>Cyangugu</b>	<b>Mibilzi</b>	<b>5 et 06/03/2009</b>	<b>30 et 31 juillet 2009</b>	
	<b>Gihundwe</b>	<b>30 et 31/03/2009</b>	<b>27 et 28 aout 2009</b>	
	<b>Kigeme</b>	<b>7 et 8 mai 2009</b>	<b>24 et 25 septembre 2009</b>	
	<b>Kibogora</b>	<b>4 et 5 juin 2009</b>	<b>22 et 23 octobre 2009</b>	
	<b>Bushenge</b>	<b>2 et 3 juillet 2009</b>	<b>19 et 20 novembre 2009</b>	
<b>Kibuye</b>	<b>Kibuye</b>	<b>9 et 10/03/2009</b>	<b>6 et 7 juillet 2009</b>	<b>26 et 27 octobre 2009</b>
	<b>Mugonero</b>	<b>02 et 03/04/2009</b>	<b>3 et 4 aout 2009</b>	<b>23 et 24 novembre 2009</b>
	<b>Kilinda</b>	<b>11 et 12 mai 2009</b>	<b>31 aout et 1 septembre 2009</b>	
	<b>Murunda</b>	<b>8 et 9 juin 2009</b>	<b>28 et 29 septemebre 2009</b>	

## 6 APPRECIATION DES CRITERES DE SUIVI

### 6.1 Efficience

5 POSM sur 6 sont fonctionnels au cours de cette année. Un retard est signalé pour le recrutement des professionnels devant compléter les équipes des POSM. Ceci entrave la réalisation de leurs missions et provoque des retards dans la réalisation des activités.

Le POSM de Kibagabaga n'est pas encore fonctionnel à cause d'une indisponibilité de locaux pourtant prévus lors de la formulation du Projet.

Malgré cela le projet a imaginé et entrepris des solutions pour se rapprocher des objectifs prévus ;

La qualité des interventions est une préoccupation du Projet.

- pour la formation des animateurs de santé et des infirmiers des centres de santé, les équipes des POSM ont été renforcées par des éléments du niveau central afin de garantir la qualité des messages véhiculés,
- le projet supervise tous les services de santé mentale du pays. Ces services sont repartis en six régions et chaque région est supervisée par la même équipe composée d'un médecin et de deux infirmiers en santé mentale. les modalités et le programme de supervision, son encadrement et son suivi sont faits
- Supervision clinique de tous les professionnels des structures nationales de référence
- Encadrement de l'équipe soignante et des consultations cliniques du SCPS car celui-ci ne disposant pas de médecins spécialistes.
- Formations diverses

Le projet a répondu à des demandes importantes, parfois urgentes en termes d'intervention et de formation de certaines catégories professionnelles non prévues par le DTF mais très importantes pour la concrétisation de l'objectif spécifique du projet

Les fonds du projet mis à la disposition du PNSM sont à notre avis bien gérés et utilisés de façon rationnelle et objective. De nombreuses interventions sont revenues moins chères et les fonds restants utilisés à d'autres actions. Tous les rapportages effectués par le projet ont été jugés « corrects »

***Ci-dessous les commentaires contenus dans la MTR du projet, juin 2009, concernant l'efficience***

*Gestion des ressources financières*

La concordance entre le cadre logique, les plans annuels et l'exécution est faible. Certaines activités ont été mises en œuvre avec moins de moyens financiers que prévus et certaines activités ne sont pas exécutées du tout. Les rapports d'exécution ne suivent pas les plans annuels préétablis. Par conséquent, il est difficile de mesurer l'efficacité et même l'efficacé.

Cependant, la coordination a initié diverses activités qui n'étaient pas inclus dans le DTF mais sont plutôt basés sur les demandes et problèmes locaux qui se présentent lors de l'exécution. L'ensemble des activités liées aux commémorations du Deuil National, les formations sur demande au niveau central, les consultations cliniques de l'AT et d'autres initiatives n'étaient pas prévus dans le DTF.

On aurait pu gérer les ressources financières disponibles de façon plus optimale par:

- un suivi plus rigoureux de la cohérence entre les activités planifiées et exécutées (et rapportées) et si nécessaire une concertation au niveau du Comité de concertation afin de trouver des solutions qui permettraient d'accélérer le taux d'exécution.
- une plus grande décentralisation des ressources financières en commanditant certaines activités comme la recherche et la formation/sensibilisation des médecins (chefs) des districts ou par le financement de quelques initiatives de formation, de recherche ou de sensibilisation, donc en mobilisant et responsabilisant davantage les ressources humaines existantes.

*Gestion des ressources humaines*

Le personnel prévu dans le DTF est au complet mais pas vraiment stabilisé. Par ailleurs, le constat est que l'Assistant Technique est impliqué dans des tâches administratives et logistiques vu la disponibilité limitée de la coordinatrice qui est souvent sollicitée pour accomplir d'autres obligations notamment s'occuper du SCPS. Il va sans dire que des ressources humaines supplémentaires (ou une plus grande disponibilité) sont nécessaires afin d'assurer un taux d'exécution plus élevé et une plus grande disponibilité de l'Assistant Technique selon ses TdR.

*La gestion des biens et des équipements*

La direction vient de déménager et est encore en train de s'installer dans les nouveaux bureaux. Les biens et les équipements semblent généralement bien gérés. Sauf les motos pour les POSM qui n'ont pas été achetées.

Il y a eu des retards dans la mise en œuvre de certaines activités. Toutefois les contraintes toutefois n'ont pas été nécessairement sous contrôle de la coordination. Développer les POSM y compris la réhabilitation des bâtiments et le recrutement du personnel est tout un processus de sensibilisation, de négociation, de suivi logistique, etc. Il semble justifié que ce processus a demandé plus de temps que prévu. La planification hebdomadaire, mensuelle et annuelle ne paraît pas harmonisée. Le suivi des résultats dans les rapports annuels est fait selon les indicateurs présentés dans le *cadre logique*. Toutefois, les rapports d'exécution ne présentent pas les résultats escomptés ce qui empêche la comparaison entre le plan et l'exécution.

## 6.2 Efficacité

Le projet est entièrement intégré au Programme National de Santé Mentale. Toutes les activités engagées sont concertées avec le partenaire.

L'assistant technique du projet appuie le Programme National de Santé Mentale dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé mentale.

Le manque d'un personnel en nombre et en qualité influence la qualité des interventions

L'importance des tâches administratives et gestionnaires freine les apports de l'assistance technique dans le domaine de la santé mentale.

*Ci-dessous les commentaires contenus dans la MTR du projet, juin 2009, concernant l'efficacité*

Objectif spécifique : Les soins de santé mentale sont assurés et intégrés dans les structures de santé mentale décentralisées en s'appuyant sur un PNSM renforcé

Depuis le début du projet, beaucoup de choses ont été réalisées : l'ouverture des 6 POSM dans quatre coins du pays, la formation universitaire du noyau central, les sensibilisations et formations des infirmiers psychiatriques et des animateurs de santé, la supervision du niveau central et du district etc. Cependant, la décentralisation du système de santé mentale n'a pas encore couvert tous les niveaux du système de santé primaire. Il n'y a pas de couverture nationale en termes d'accessibilité et de qualité de soins de santé mentale. L'accès aux soins de santé mentale (de qualité) est assuré du niveau tertiaire jusqu'au niveau des Hôpitaux de Districts dont 95% ont développé un service de santé mentale, particulièrement des services ambulatoires, externes, fournis par des infirmiers ou parfois des médecins formés et sensibilisés par le niveau central à Kigali.

Le personnel des CS a été sensibilisé sur la santé mentale et est plus à l'écoute des malades mentaux et des épileptiques qu'avant le démarrage du projet mais les CS n'ont pas accès aux psychotropes et à la supervision clinique. Leur rôle primaire est celui d'orienter les cas vers les HD, les POSM ou vers les structures nationales de référence.

La décentralisation sera effective lorsque les médecins (chef) des hôpitaux de districts sont impliqués dans les formations et dans les supervisions organisées par la coordination. Le constat est que les services de santé mentale ne figurent nulle part dans l'organigramme de l'hôpital.

Lors d'un entretien avec un médecin directeur il nous dit : « Avec la formation Universitaire reçue, je ne dirais pas que je connais grand-chose en psychiatrie. Nous n'avons eu que deux crédits au cours du cursus universitaire. Alors, à chaque fois que le médecin rencontre un cas qui présente des symptômes bizarres nous l'envoyons directement chez l'infirmier et on ne cherche même pas à savoir ce qui s'est passé par la suite. Je ne peux pas m'aventurer dans des choses que je ne comprends pas. » A partir de cette illustration, il est clair que la décentralisation doit passer par la formation des médecins de district. Avec une certaine connaissance en matière de santé mentale ils vont beaucoup plus s'impliquer dans ce domaine. Le recrutement d'une équipe complète dépend aussi des médecins chefs qui ont souvent d'autres priorités pour le budget limité de l'hôpital.

Il faudra beaucoup plus mobiliser les POSM pour atteindre les Centres de santé et la communauté via les agents de santé. Il est étonnant que dans la nouvelle politique de la santé communautaire élaborée en 2009, la santé mentale ne figure nulle part. Or, on ne parlera de la décentralisation et de l'intégration de la santé mentale que si les concepts sont d'abord pensés et intégrés au niveau politique.

La supervision du personnel exerçant au niveau central (structures de référence nationale en santé mentale) ainsi que la supervision du personnel de santé mentale exerçant au niveau des POSM et des hôpitaux de Districts est opérationnel, régulier et bien structuré. Elle offre un outil efficace pour l'amélioration des soins de santé mentale.

Au niveau central, le personnel de HNP-Ndera et du SCPS, les associations et ONG bénéficient d'une supervision clinique hebdomadaire par le consultant psychiatre Dr. Naasson et l'AT Dr. Achour. Cette supervision, fort bien appréciée paraît essentielle pour l'assurance de la qualité de soins. Parfois les étudiants de Master du département de psychologie clinique de l'Université Nationale du Rwanda participent à cette supervision formative continue.

Suite :

La supervision du niveau des hôpitaux des Districts est mensuelle et prévue par une équipe permanente de l'hôpital psychiatrique de Ndera et du service de consultations psychosociales. La supervision se fait en deux temps : le premier jour, il est question de superviser un hôpital de district ciblée en avance. Le deuxième jour, la supervision porte sur l'intervision rassemblant tous les services des hôpitaux de district de la zone du POSM. Il va sans dire que c'est une approche pertinente dans le contexte d'un projet pilote. Mais l'approche ne s'inscrit pas tout à fait dans la politique de décentralisation. De façon complémentaire ou alternative, on pourrait :

- Responsabiliser les POSM en mettant en place un dispositif d'échanges entre eux et surtout en encourageant leurs initiatives quant à la sensibilisation et la formation au niveau des Centres de Santé et de la communauté.
- Renforcer les structures de la société civile en encourageant leurs différentes actions dans la communauté dans la mesure du possible en finançant quelques initiatives de formation et de sensibilisation.

La supervision du niveau des centres de santé n'est pas encore réalisée. Quelques titulaires des CS et une partie des infirmiers ont été sensibilisés à la santé mentale, l'écoute attentive et le mode de transfert vers les HD, les POSM ou vers les structures de sante mentale de référence.

L'efficacité au niveau des résultats escomptés est couverte dans paragraphe 4.1.

La documentation sur les résultats en termes de qualité et quantité est d'ailleurs de très bonne qualité. L'assistant technique fournit un appui très fort dans ce domaine de rapportage et documentation, analyse des données etc. ... ainsi il contribue à l'enrichissement des archives du PNSM.

## 6.3 Durabilité

Le projet est totalement intégré au Programme National de Santé Mentale et participe donc directement au développement de cette discipline dans le pays. Il est important de signaler la rentrée progressive d'éléments formés et qualifiés qui peuvent assurer le même rôle.

Le projet prend en charge toutes les activités de supervision des professionnels de santé mentale et leur formation permettant le renforcement de leur capacité et autonomie progressif dans leur travail.

L'activité au niveau district est prise en charge par l'HD (recrutement et paiement des salaires du personnel). Il existe également une autonomie des structures nationales de référence.

Le projet participe à l'approvisionnement en médicaments psychotropes des services de santé mentale de tout le pays. Il projette la mise en place d'un fond de roulement permanent pour les psychotropes au niveau de la Camerwa qui se nourrirait de la vente subventionnée des médicaments aux HD. Certains services qui s'approvisionnent sur leur propre compte.

La poursuite du développement de la santé mentale dans le pays nécessite cependant comme pour de nombreux programmes de santé, le maintien de moyens financiers renforcés.

***Ci-dessous les commentaires contenus dans la MTR du projet, juin 2009, concernant la durabilité***

<p><i>L'abandon maximal de toute composante d'approche verticale est un grand défi.... (DTF 2005)</i></p> <p>La question de la durabilité est étroitement liée à l'<u>intégration</u> de la santé mentale dans les services de santé décentralisés, donc ultimement dans le PMA et le PCA. La direction se rend compte de l'urgence d'un plaidoyer pour cette intégration et la poursuivra avant la fin du projet en collaboration étroite avec le projet Minisanté4.</p> <p>La <u>pérennité financière</u> va bénéficier de la mise en place du système des <u>mutuelles</u>. La couverture des soins par la mutuelle comprend tous les services et médicaments offerts par les centres de santé (paquet minimum d'activités « PMA »<sup>18</sup>) et tous les services et actes au niveau de l'hôpital (paquet complémentaire d'activités « PCA »<sup>19</sup>) excepté la chirurgie esthétique (hors accident) et les prothèses. La santé mentale est couverte par les mutuelles. Comme énoncé dans le point 2, depuis septembre 2006, le ministère de la Santé a fixé la cotisation obligatoire à 1.000 Frw par personne et par an (sauf pour les nouveau-nés) avec une adhésion familiale obligatoire depuis le mois de janvier 2007.</p> <p>Vu l'autonomie progressif des districts il reste à voir dans quelle mesure la SM sera considérée comme une vraie priorité dans la gestion du budget disponible. Le recrutement de personnel paraît déjà un problème depuis le début de la phase II. Les districts ne considèrent pas prioritaire d'engager un psychologue et médecin à mi-temps pour les soins santé mentale. Il faudra encore plus former et sensibiliser les médecins et arranger plus de stages des psychologues dans les POSM et autres HD.</p> <p><u>Pérennité technique</u></p> <p>Une capacité adéquate en termes de ressources humaines compétentes en santé mentale est indispensable pour la pérennité des achèvements et une décentralisation efficace. Au niveau central cette capacité est établie au fur et à mesure et sera complétée par l'implication des boursiers. Pour ces derniers un contrat et des termes de référence des leurs retour sont essentiels, ainsi que le suivi</p> <p>du contrat. Au niveau des districts et POSM il faudra encore renforcer plus les médecins et les infirmiers par la formation et l'implication effective.</p> <p>Six infirmiers sont revenus au cours de l'année passée. Parmi eux 3 infirmiers ont déjà quitté les structures de la santé mentale et menacent la pérennité.</p> <p>L'implication des structures nationales de formation et des structures universitaires médicales est faible (CHUK, CHUB, Université). La santé mentale est peu intégrée dans le premier cycle de formation et il faudra développer davantage la psychiatrie d'urgence et la psychiatrie de liaison dans le CHUK et CHUB.</p> <p>L'intégration doit se faire aussi dans la tête des gens et dans la mentalité de la communauté rwandaise.</p>
---

## 7 NOUVEAU PLANNING (ANNEE N+1)

### 7.1 Planning des activités de l'année 2009

#### PLA N D'ACTION 2010

ACTIVITES	T1	T2	T3	T4
<b>Résultat 1 : Six pôles opérationnels en santé mentale sont fonctionnels</b>				
1.1 Visite des pôles et évaluation des besoins	x	x	x	x
1.2 Fournir le personnel	x	x		
1.4 Fournir l'équipement supplémentaire		x		
1.5 Construire POSM Kibagabaga	x	x	x	x
1.6 Organiser les réunions trimestrielles des acteurs locaux	x	x	x	x
<b>Résultat 2 : L'offre de soins et les capacités d'appui des structures de référence nationales sont renforcées</b>				
2.1 Réunions avec CHUK	x	x	x	x
2.2 Créer une activité de psychiatrie de liaison du CHUK en association PS VK	x	x	x	x
2.3 Rendre le CHUK opérationnel en psychiatrie d'urgence en association PS VK	x	x	x	x
2.4 Appuyer centre de jour au SCPS de Kigali	x	x	x	x
2.5 Assurer les supervisions cliniques des S.R.	x	x	x	x
<b>Résultat 3 : Les capacités opérationnelles De la direction de Santé mentale sont renforcées</b>				
3.1 Fournir une assistance technique	x	x	x	x
3.2 Renforcer l'équipement				
<i>Payer la prime d'assurance véhicule</i>	-	x	-	
<i>Assurer l'entretien</i>	X	x	x	x
<i>Fournir le carburant</i>	X	x	x	x
Rédiger un plan annuel d'action (séminaire annuel)	X	-	-	
Editer l'annuaire des intervenants en SM	-	X	X	
3.6 Organiser une réunion semestrielle des POSM	-	x	-	X
3.7 Abonnement à Internet	x	x	x	x
<b>Résultat 4 : Le pays dispose d'un noyau initial de cinq psychiatres rwandais nouvellement formés ou en voie de formation</b>				
4.1 Formation spécialisée à l'étranger	x	x	x	x
<b>Résultat 5 : Tous les publics cibles des activités de formation ont reçu la formation ou la sensibilisation prévue</b>				
5. 1 Former les animateurs de santé de POSM Ruhengeri		x		
5. 2 Former médecins des POSM	-	x	-	x
5. 3 Former les médecins de district	-	x	-	x
5.4 Former les superviseurs de district	-	x	-	x
4. 5 Former les infirmiers des centres de santé	X			
<b>Résultat 6 : Activités de recherche</b>				
6.1 Mettre au point un recueil d'information	x	x	x	x
6.2 Entreprendre une recherche au sein du projet	x	x	x	x
6.3 Entreprendre des recherches sur contrats	x	x	x	x

<b>Résultat 7 : Les médicaments psychotropes sont disponibles</b>				
Importer et distribuer les psychotropes	X	X	X	X
Favoriser la prescription rationnelle des psychotropes	X	X	X	X
<b>Résultat 8 : La sensibilisation de la population à la santé mentale est réalisée</b>				
8.1 Poursuivre les émissions radiophoniques	X	X	X	X
8.2 Editer brochures et dépliants	-	X	-	X
<b>Résultat 9 : La bonne gestion du projet d'appui est assurée</b>				
9.1 Assurer la cogestion de l'intervention	X	X	X	X
9.2 Rémunérer le personnel lié au projet	X	X	X	X
9.3 Couvrir les frais de bureau du projet	X	X	X	X
9.4 Couvrir les frais de fonctionnement de 2 véhicules				
9.4.1 Payer la prime d'assurance	X	-	-	-
9.4.2 Assurer l'entretien	X	X	X	X
9.4.3 Payer le carburant	X	X	X	X
9.5 Assurer un audit financier annuel	-	-	X	-

## 7.2 Planning financier de l'année 2009

Ligne budgétaire	Mode	Budget	Q1	Q2	Q3	Q4	Total
A Appui au Programme National de Santé Mentale		1.840,57	78,65	106,34	81,91	79,90	346,81
01 6 pôles opérationnels en santé mentale (POSM) fonctionnels		270,21	5,04	25,20	2,20	2,30	34,75
01 Réhabilitation des locaux	COGEST	166,67	4,00	0,00	0,00	0,10	4,10
02 Equiper les locaux	COGEST	35,83	0,04	1,20	1,20	1,20	3,64
03 Fournir les moyens de déplacement	COGEST	34,38	0,00	23,00	0,00	0,00	23,00
04 Organiser les réunions des acteurs locaux	COGEST	33,33	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
02 Offre de soins et capacités des structures de référence renforcées		144,01	9,60	12,10	11,60	11,60	44,90
01 Fournir l'équipement	COGEST	32,36	1,00	1,00	0,50	0,50	3,00
02 Assurer le fonctionnement des structures	COGEST	36,32	3,00	3,00	3,00	3,00	12,00
03 Assurer les supervisions cliniques des SR	COGEST	26,67	2,60	2,60	2,60	2,60	10,40
04 Superviser les POSM	COGEST	48,67	3,00	5,50	5,50	5,50	19,50
03 Capacités opérationnelles du desk santé mentale renforcées		221,80	13,80	45,04	7,90	10,00	76,74
01 Assurer un suivi scientifique	COGEST	124,55	4,00	4,00	4,00	4,00	16,00
02 Contribuer à l'équipement et au fonctionnement du desk	COGEST	83,40	9,00	40,00	3,00	3,00	55,00
03 Organiser le séminaire annuel sur le plan annuel d'action	COGEST	9,24	0,40	0,04	0,40	2,00	2,84
04 Organiser les réunions semestrielles des POSM	COGEST	4,62	0,40	1,00	0,50	1,00	2,90
04 Noyau de 5 psychiatres nouvellement formés ou en formation		377,47	12,00	12,00	7,00	17,00	48,00
01 Bourses et formation à l'étranger de 5 médecins en psychiatrie	REGIE	377,47	12,00	12,00	7,00	17,00	48,00
05 Publics cibles formés ou sensibilisés		160,35	7,00	7,00	8,00	6,00	28,00
01 Former 36 médecins des POSM (2 sessions)	COGEST	16,25	2,00	2,00	2,00	2,00	8,00
02 Former 2000 animateurs de santé (40 sessions)	COGEST	90,00	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00
03 Former 90 médecins de district (6 sessions)	COGEST	12,50	2,00	1,00	2,00	1,00	6,00
04 Former 60 superviseurs de district (4 sessions)	COGEST	7,08	0,00	2,00	1,00	1,00	4,00
05 Former 350 infirmiers des centres de santé (14 sessions)	COGEST	34,51	2,00	1,00	2,00	1,00	6,00
06 Activités de recherche		27,50	0,00	0,00	4,00	0,00	4,00
01 Entreprendre des recherches sur contrats externes (36 ho-mois)	COGEST	27,50	0,00	0,00	4,00	0,00	4,00
07 Médicaments psychotropes disponibles et prescrits correctement		522,56	30,00	0,00	40,00	30,00	100,00
01 Importer et distribuer les médicaments psychotropes	COGEST	522,56	30,00	0,00	40,00	30,00	100,00

08 Population sensibilisée à la santé mentale		116,67	1,21	5,00	1,21	3,00	10,42
01 Poursuivre les émissions radiophoniques	COGEST	108,33	1,20	4,00	1,20	2,00	8,40
02 Editer brochures, dépliants, inventaires	COGEST	8,33	0,01	1,00	0,01	1,00	2,02
Z General Means		919,48	42,30	36,00	32,20	36,50	147,01
01 General Means		919,48	42,30	36,00	32,20	36,50	147,01
01 Assistance technique internationale	REGIE	750,00	25,90	30,30	26,50	30,90	113,60
02 Frais de personnel de l'Unité de gestion du Projet	COGEST	80,10	3,50	3,50	3,50	3,50	14,00
03 Frais de bureau de l'Unité de gestion du Projet	COGEST	8,33	0,20	0,20	0,20	0,10	0,70
04 Frais de déplacement (2 véhicules)	COGEST	30,35	2,00	2,00	2,00	2,00	8,00
05 Réunions internationales et séminaires	COGEST	12,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
06 Suivi CTB	REGIE	10,00	9,70	0,00	0,00	0,00	9,70
07 Audits financiers	COGEST	13,19	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
08 Evaluation extene finale	REGIE	15,00					
09 TVA porte en compte	COGEST	0,00					
10 TVA porte en compte	REGIE	0,00					
Total en Euro* 1000		2.760,05	120,95	142,35	114,12	116,41	493,82

## 8 CONCLUSIONS

Le projet mettra encore cette année l'accent sur

- la dynamisation de l'activité des POSM en introduisant une supervision par les psychiatres formés par le projet
- formation continue des personnels de terrain dans une logique d'intégration des soins de santé mentale
- Une meilleure maîtrise dans l'approvisionnement en psychotropes en mettant en place un fond de roulement en psychotropes
- Une plus grande attention à l'évaluation des indicateurs de résultats et également à mieux les affiner afin de les rendre plus opérationnels
- L'engagement d'une stratégie de retrait de l'assistance technique qui ne sera pas renouvelée

## 9 AVIS DE LA SMCL

## 10 ANNEXES

### Mesure des indicateurs

10.1 Check-list Efficience

10.2 Check-list Efficacité

10.3 Check-list Durabilité

L'efficience se réfère à la manière dont les ressources de l'intervention de coopération sont converties au moyen des activités du projet pour atteindre les résultats escomptés.

À remplir par le Projet

1. Données factuelles sur les indicateurs de résultats:	% de réalisation escomptée	% réel de réalisation	différence*
Indicateurs pour le Résultat 1	NA	NA	
Indicateurs pour le Résultat 2	NA	NA	
Indicateurs pour le Résultat 3	NA	NA	
Indicateurs pour le Résultat 4	NA	NA	
Indicateurs pour le Résultat 5	NA	NA	
Indicateurs pour le Résultat 6	NA	NA	
Indicateurs pour le Résultat 7	NA	NA	

\* (% de réalisation escomptée - % réel de réalisation)

**NA : Pour ce point, prière de se référer au contenu du rapport dans ses parties sur "les activités" et "cadre logique" qui reprennent nos observations et suggestions sur les indicateurs, les réalisations et taux de réalisation**

2. Réalisation des résultats se référant aux indicateurs.	Oui	Non	NA
Ces indicateurs sont-ils formulés de façon 'SMART'?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les indicateurs font-ils l'objet d'un suivi?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe-t-il une base de comparaison pour chaque indicateur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3. Données factuelles sur les activités:	La mise en oeuvre avance comme prévu	La mise en oeuvre est retardée	La mise en oeuvre a de l'avance	Explication
pour le Résultat 1	OUI			
pour le Résultat 2	OUI			
pour le Résultat 3		OUI		
pour le Résultat 4	OUI			
pour le Résultat 5	OUI			
pour le Résultat 6		OUI		
pour le Résultat 7		OUI		

4. Les activités sont mises en oeuvre comme prévu.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il faudra plus de temps pour réaliser certaines activités	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certaines activités peuvent être mises en oeuvre dans un délai plus court	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout délai encouru sera rattrapé avant la fin du projet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout écart détecté influencera considérablement l'atteinte des résultats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. La qualité générale des activités du projet est jugée:

satisfaisante

suffisante

problématique

6. Les activités contribuent-elles à l'atteinte des résultats planifiés?  
Dans le cas contraire, expliquez pourquoi:

7. Est-il possible de planifier les activités de manière plus optimale?  
Le cas échéant, expliquez de quelle manière:

8. Données factuelles sur les dépenses:	% du budget total	% du budget annuel	date de la dernière modif.	Explication	% de la programmation financière année X
pour le Résultat 1	74	103	2009		LB RENFORCEE
pour le Résultat 2	78	115			
pour le Résultat 3	63	84			
pour le Résultat 4	88	88	2007		LB RENFORCEE
pour le Résultat 5	67	356	2009		LB RENFORCEE
pour le Résultat 6	4	8			
pour le Résultat 7	28	67			
pour le Résultat 8	77	200	2009		
pour le Résultat 9	62	128	2009		
Budget total	62	115			

		Oui	Non	NA
9. Les ressources financières sont gérées comme prévu.				
	Certains coûts estimés ne suffisent pas; des ressources suppl. sont nécessaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Il reste d'importants moyens financiers; ceux-ci doivent être replanifiés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Certains risques financiers ont été identifiés par rapport aux dépenses (crédits,...)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les risques financiers détectés sont sous contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Les activités pourraient être mises en oeuvre avec moins de moyens financier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La contribution du partenaire est respectée en termes financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Est-il possible de gérer les ressources financières de façon plus optimale? Le cas échéant, expliquez de quelle manière:				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Les ressources humaines sont gérées comme prévu.				
	Le personnel du projet est au complet	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le personnel du projet n'est pas stabilisé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le personnel prévu ne suffit pas; des ressources suppl. sont nécessaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Certains membres du personnel exécutent des tâches non conformes à leurs description de fonction	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les activités pourraient être mises en oeuvre avec moins de moyens humains	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Il existe un équilibre femmes/hommes au sein du personnel du projet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Est-il possible de gérer les ressources humaines de manière plus optimale? Le cas échéant, expliquez de quelle manière:				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Les biens et les équipements sont gérés comme prévu.				
	L'équipement a été inventorié et assuré	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D'importantes quantités de biens ne seront pas utilisées	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Biens et équipement insuffisants; des ressources suppl. sont nécessaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Certains équipement ou biens ne sont pas adaptés aux conditions/a une utilisation locales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Est-il possible de gérer les biens et équipements de façon plus optimale? Le cas échéant, expliquez de quelle manière:				
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. La structure organisationnelle du projet est jugée:				
	satisfaisante	<input checked="" type="checkbox"/>		
	suffisante	<input type="checkbox"/>		
	problématique	<input type="checkbox"/>		
17. Tout problème inattendu de planification a-t-il pu être résolu? Le cas échéant, expliquez comment le planning a été adapté:				
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. L'effcience du projet peut-elle être améliorée? Le cas échéant, expliquez de quelle manière:				
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enseignements tirés</b>				
<b>Best practices</b>				
<b>Recommandations</b>				

L'efficacité évalue si les résultats du projet sont atteints et s'ils contribuent à la réalisation de l'objectif spécifique. Elle vérifie si les changements survenus dans la zone du projet sont attribuables au projet même. Elle évalue également si les bénéficiaires utilisent les résultats apportés par le projet.

À remplir par le Projet		Oui	Non	NA
En ce qui concerne les indicateurs de l'objectif spécifique :				
Existe-t-il des indicateurs pour l'objectif spécifique?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les indicateurs de l'objectif spécifique sont-ils SMART?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les indicateurs de l'objectif spécifique font-ils l'objet d'un suivi?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existe-t-il une base de comparaison?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Les indicateurs de l'objectif spécifique sont-ils atteints?	% de réalisation escomptée	% réel de réalisation	différence*	
Indicateur 1	NA	NA		
Indicateur 2	NA	NA		
Indicateur 3	NA	NA		
Indicateur 4	NA	NA		
* (% de réalisation escomptée - % réel de réalisation)				
Voir commentaires sur la partie "cadre logique"				
3. L'objectif spécifique sera-t-il réalisé uniquement grâce aux résultats	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Les résultats s'assortissent-ils d'effets secondaires?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Y a-t-il des effets secondaires; influencent-ils l'objectif spécifique?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
de manière positive	de manière négative			
5. Des facteurs extérieurs influencent-ils l'objectif spécifique?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
de manière positive	de manière négative			
6. Quelles sont les caractéristiques des bénéficiaires impliqués dans le projet?	pauvres, mieux nantis, hommes, femmes, ... expliquez: Voir fiche projet page 5			
7. Les groupes qui bénéficie(nt) de l'objectif spécifique sont:	intentionnels, non intentionnels, ... expliquez:			
8. Les bénéficiaires ont-ils accès aux résultats fournis par le projet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dans le cas contraire, expliquez pourquoi (pour les résultats en question):				
9. Les bénéficiaires utilisent-ils les résultats fournis par le projet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dans le cas contraire, expliquez pourquoi (pour les résultats en question):				

10. Les bénéficiaires sont-ils satisfaits des résultats fournis par le projet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le cas contraire, expliquez pourquoi:			
11. L'exécution du projet répond-elle:			
- aux problèmes des bénéficiaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aux priorités des bénéficiaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Les solutions proposées résolvent-elles les problèmes des bénéficiaires?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enseignements tirés			
Best practices			
Recommandations			

La durabilité se réfère à la probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention de coopération au développement après le retrait de l'aide du donateur.

## À remplir par le Projet

Oui

Non

NA

1. L'instance partenaire participe-t-elle de manière active à:

rapportage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prise de décisions	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
planning des activités	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestion financière	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mise en oeuvre du projet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
monitoring et évaluation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestion des ressources humaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
gestion des ressources matérielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

2. Des ressources et capacités sont-elles mise à disposition pour préserver et reproduire les résultats?

Ressources humaines	<input checked="" type="checkbox"/>
Ressources financières	<input checked="" type="checkbox"/>
Équipement	<input checked="" type="checkbox"/>

3. L'instance partenaire prend-elle les dispositions requises pour reprendre le

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Existe-t-il un plan d'intégration du projet dans l'instance partenaire?

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Le Projet est totalement intégré dans le Programme national de santé mentale

5. Le projet assure-t-il une formation institutionnelle aux instances partenaires?

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Le personnel formé reste-t-il en place?

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Le projet renforce-t-il les capacités des organisations en ce qui concerne?

Gestion de systèmes	<input checked="" type="checkbox"/>
Gestion des processus	<input checked="" type="checkbox"/>
Transfert de connaissances	<input checked="" type="checkbox"/>
Networking	<input checked="" type="checkbox"/>

8. Le projet veille-t-il au renforcement nécessaire des capacités des individus en ce qui concerne?

Transfert de connaissances	<input checked="" type="checkbox"/>
Échange d'expériences	<input checked="" type="checkbox"/>
Échange de valeurs	<input checked="" type="checkbox"/>
Empowerment	<input type="checkbox"/>
Networking	<input checked="" type="checkbox"/>

9. Le projet est-il appuyé par les instances locales suivantes?			
	Instances politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Instances partenaires	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Instances de la société civile	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Instances culturelles (religieuses, ethniques, traditionnelles,...)	<input type="checkbox"/>	
10. Les modalités d'aide renforcent-elles la durabilité?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Les modalités d'exécution renforcent-elles la durabilité?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Le projet contribue-t-il à la durabilité dans les dimensions suivantes?			
	Politique (politique de santé mentale)	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Sociale	<input type="checkbox"/>	
	Institutionnelle	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Organisationnelle	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Culturelle	<input type="checkbox"/>	
	Économique	<input type="checkbox"/>	
	Technique	<input checked="" type="checkbox"/>	
13. Le projet est-il assorti de conditions posées par le donateur?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Le cas échéant, ces conditions sont-elles déduites des stratégies nationales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Le projet respecte-t-il le principe de l'aide déliée?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. L'instance partenaire respecte-t-elle sa contribution?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Remarques</b>	Pour le point 15: Il s'agit du recrutement d'un personnel additionnel pour les équipes des POSM ainsi que de la mise à la disposition du Projet de locaux: SCPS, Kibagabaga		

## APERÇU DES MARCHES PUBLICS

Réhabilitation de la toilette du SCPS	
<i>Mode de passation du marché</i>	: Appel d'offres restreint
<i>Date de début du contrat</i>	: Avril 2009
<i>Nom du sous-contractant (ou firme)</i>	: CREDI
<i>Objet du contrat</i>	: Réhabilitation de la toilette du SCPS
<i>Coût du contrat</i>	: 2.725.699,00 FRW
<i>Durée du contrat</i>	: 21jours
<i>Observations</i>	
SCPS-CDJ: renouvellement assurance pour véhicule GP 672A	
<i>Mode de passation du marché</i>	: Appel d'offres restreint
<i>Date de début du contrat</i>	: Janvier 2009
<i>Nom du sous-contractant (ou firme)</i>	: CORAR
<i>Objet du contrat</i>	: SCPS-CDJ: renouvellement assurance pour GP 672A
<i>Coût du contrat</i>	: 692.000,00 FRW
<i>Durée du contrat</i>	: Immédiat
<i>Observations</i>	
renouvellement assurance pour véhicule GP 416A	
<i>Mode de passation du marché</i>	: Appel d'offres restreint
<i>Date de début du contrat</i>	: Janvier 2009
<i>Nom du sous-contractant (ou firme)</i>	: SONARWA
<i>Objet du contrat</i>	: Paiement renouvellement assurance pour GP 416A
<i>Coût du contrat</i>	: 295.750,00 Frw
<i>Durée du contrat</i>	: Immédiat
<i>Observations</i>	
Paiement renouvellement assurance pour GP 417 A	
<i>Mode de passation du marché</i>	: Appel d'offres restreint
<i>Date de début du contrat</i>	: Janvier 2009
<i>Nom du sous-contractant (ou firme)</i>	: SONARWA
<i>Objet du contrat</i>	: Paiement renouvellement assurance pour GP 417 A
<i>Coût du contrat</i>	: 295.750,00FRW
<i>Durée du contrat</i>	: 1 semaine
<i>Observations</i>	