

# **RAPPORT FINAL DU PROJET**

## **Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale Phase 2 (PRESSMN2) au Sénégal**

Dr Marie Khemess NGOM/NDIAYE/ Directrice du Projet

Dr Omar SARR/Chef du Projet

Mme Miho GOTO/Chef conseillère du Projet

Date de soumission: 19/ 02/2018

HM
JR
18-032

## **I. Information générale sur le Projet**

**1. Pays :** Sénégal

**2. Titre du Projet :** Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale Phase 2 (PRESSMN2)

**3. Durée du Projet :**

- Période prévue : 15 Novembre 2012 au 14 Novembre 2017
- Période actuelle : 15 Novembre 2012 au 13 Mars 2018

**4. Contexte**

Au Sénégal, le taux de mortalité maternelle et celui de la mortalité néonatale sont situés à des niveaux encore élevés et sont respectivement estimés à 392 décès pour 100,000 naissances vivantes et à 29 décès pour 1,000 naissances. Le taux d'accouchements assistés est estimé à 65,3% (EDS V, 2010). Cette situation constituant une préoccupation majeure pour le Gouvernement du Sénégal, celui-ci a initié et mis en œuvre plusieurs stratégies, notamment la feuille de route de lutte contre la mortalité maternelle.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et la JICA ont mis en place le projet intitulé « Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale (PRESSMN) » dans les régions de Tambacounda et Kédougou de janvier 2009 à décembre 2011.

Cette première phase du projet a permis d'obtenir des acquis significatifs, à savoir :

- intégration des concepts de « Soins humanisés » et de « Continuum des soins » dans le plan stratégique de la santé reproductive ainsi que dans le Document de Politiques, normes et protocoles (PNP) du Sénégal,
- définition d'un Modèle sénégalais de soins humanisés pour la mère et le nouveau-né pendant l'accouchement,
- élaboration d'un manuel de mise en œuvre du modèle,
- élaboration d'outils de communication et d'un plan de formation sur les soins humanisés pour les prestataires.

Compte tenu du grand intérêt manifesté par les techniciens de santé et les populations et considérant les importants acquis des activités de ce projet, le Gouvernement du Sénégal a déposé la requête pour instaurer une deuxième phase du PRESSMN pour capitaliser les acquis de la première phase, vulgariser le modèle dans tout le pays, et contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé

maternelle et néonatale.

Le PRESSMN Phase 2 constituera également un élément important du programme de coopération de la JICA pour le Sénégal, dans le sens qu'il sera enchâssé au sein même du programme nommé « Renforcement du système de la santé », et de l'Enjeu prioritaire de développement défini comme « Renforcement des services sociaux fondamentaux », d'où sa pertinence.

## 5. Objectif

- **Objectif global du Projet :** Les taux de mortalité maternels et néonataux sont réduits à travers l'amélioration des services de santé maternelle et néonatale au Sénégal.
- **Objectif du Projet :** Le passage à l'échelle du modèle PRESSMN est réalisée au niveau national.

## 6. Agence de mise en œuvre

- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (Le Cabinet, Direction générale de la Santé esp. Direction chargée de la santé de la mère et de l'enfant, Direction des Ressources Humaines, et l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS))

# II. Résultats du Projet

## 1 Résultats du Projet

### 1.1 Intrants fournis par la JICA

#### (1) Montant global

- Budget pour les activités du projet

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (Prévu jusqu'à Mars)
Activité (y compris de dotation des matériels ASL)	9,391,426	136,635,919	264,626,143	191,824,643	244,625,594	140,979,543	54,405,739
Équipement (Voitures, Photocopieuse et les b ébé-mannequins)	51,900,000	7,932,864	0	13,502,073	1,492,228	1,859,744	0
Consultant (Etude de base, mi- parcours, et finale) (Activité dans RM Ziguinchor)		19,335,000			24,769,331	21,836,964	57,342,644
<b>Total</b>	<b>61,291,426</b>	<b>163,903,783</b>	<b>264,626,143</b>	<b>205,326,716</b>	<b>270,887,153</b>	<b>164,676,251</b>	<b>111,748,383</b>
<b>GRAND TOTAL</b>							<b>1,242,459,855</b>

FCFA

(2) Envoi d'experts

- Experts japonais à long terme (au total 5 personnes durant la période du projet)

Liste nominative	Poste de Responsabilité	Durée
Dr SUGIURA Yasuo	Conseiller Principal	De Novembre 2012 à Novembre 2013
Mme GOTO Miho	Conseiller principal du projet	De décembre 2012 à Mars 2018
	Conseiller en Gestion des soins d'accouchement/Intérimaire	De Juin 2014 à juin 2015
	Conseiller en Gestion des soins d'accouchement	De décembre 2012 à Mai 2014
Mme IINO Yuka	Coordinatrice du projet	De novembre 2013 à mai 2016
Mme NAKAKUBO Yuko	Coordinatrice du projet	De mai 2016 à Mars 2018
Mme FUKUSHIMA Kanako	Conseiller en Gestion des soins d'accouchement	De avril 2015 à Octobre 2017

- Experts japonais à court terme

Liste nominative	Poste du Responsabilité	Durée
Mme NAKAZATO Ayako	IEC	1 <sup>er</sup> décembre 2012 au mars 2013
Dr MURAKAMI Hitoshi	Enquête de base : préparation des éléments du protocole de recherche	Juillet 2013
Mme NAKAZATO Ayako	IEC	Aout-octobre 2013
Dr IKEDA Noriaki	Gestion de la formation	Novembre 2013
Dr MURAKAMI Hitoshi	Enquête de base : gestion de l'enquête sur le terrain	Décembre 2013
Dr AWAZAWA Toshiki	Gestion de la formation	Décembre 2013
Dr IKEDA Noriaki	Gestion de la formation : Développement du module sur la démarche qualité 5S/Kaizen/TQM	Juin 2014
Dr IKEDA Noriaki	Gestion de la formation : Evaluation sur le contenu du module et de la grille de supervision	Janvier 2015
Mme KIKUCHI Hiroko	Gestion de la formation : Formation des formateurs pour trois nouvelles régions	Février 2017
Dr MATSUI Mitsuaki	Conseil et soutien au processus d'élaboration du protocole et des questionnaires de l'enquête finale du PRESSMN	De 07 au 20 Juin 2017

- Missions de conseil pour le PRESSMN

Liste nominative	Objectif de la mission	Durée
Dr KAMIA Yasuhiko	Orientation sur l'étude d'impact	De 18 au 25 février 2013

Dr INOE Hiromi, Mme HASEGAWA Mitsuko	Appui de la formation des formateurs : partage de l'expérience sur l'accouchement à style libre à l'hôpital Général Shonan Kamakura	De 15 au 20 septembre 2013
Mr KOBAYASHI Mme ABIKO Yu et Dr NAKASA Tamotsu	Modification du PDM et PO du PRESSMN et signature du PV sur les changements du PDM et PO.	De 25 au 30 avril 2014
Dr SHIMIZU Takayuki	Appui pour l'enquête à mi-parcours	De 30 janvier au 12 février 2016

▪ Mission d'évaluation à mi-parcours

Liste nominative	Poste de Responsabilité	Durée	Structure Localité
Mme YAMAGATA Ritsuko	Chef de la mission	12-18 juin 2016	Chef de la Division Santé II, Département du Développement Humain de la JICA Siège
Mme KANO Takako	Coordinatrice	7-17 juin 2016	Division Santé II, Département du Développement Humain de la JICA Siège
Dr OKABAYASHI Hironori	Chef de la mission d'évaluation	7-17 juin 2016	Chef de la Division du Développement la Santé et la Médecine, Division de Service Expert
Mme IINO Yuka	Experte en Planification et Evaluation/ Santé Maternelle et Infantile	5-18 juin 2016	Division Santé II, Département du Développement Humain de la JICA Siège

▪ Mission d'évaluation finale

Liste nominative	Poste de Responsabilité	Durée	Structure Localité
Mme YAMAGATA Ritsuko	Chef de la mission	11-24 Février 2018	Chef de la Division Santé II, Département du Développement Humain de la JICA Siège
M TOGAWA Shoichi	Coordinateur	11-23 Février 2018	Division Santé II, Département du Développement Humain de la JICA Siège
Dr OKABAYASHI Hironori	Chef de la mission d'évaluation	11-23 Février 2018	Chef de la Division du Développement la Santé et la Médecine, Division de Service Expert
Mme SATO Mari	Experte en Santé Maternelle et Infantile	2-21 Février 2018	Soins Maternels, École Supérieure de Médecine, Université de Tohoku

▪ **Equipe locale du PRESSMN**

Equipe	Liste nominative	Poste de Responsabilité
Equipe principale	Mme Maimouna Seck HAIDARA	Assistante Administrative/Technique
	Mme Deguène CISSE	Assistante Administrative/Logistique
	Mr Mamadou COULIBALY	Chauffeur/Adjoint Assistant
	Mr Babacar DIALLO	Chauffeur du projet
	Mr Soulé BA	Chauffeur du projet
Equipe d'appui	Mme Binéta DIAW	Assistante Administrative
	Mr Abdoulaye DIAW	Chauffeur du projet
	Mr Antoine DIADHIOU	Chauffeur du projet
	Mr Ibrahima NIANG	Chauffeur du projet
	Mr Samba TOUNKARA	Chauffeur du projet

(3) Formation dans un pays tiers ou au Japon

- Trente et un (31) homologues sénégalais sont envoyés en formation au Japon dans le cadre des activités du projet.  
(Voir l'annexe)

(4) Machines et Equipements

- Véhicules automobiles mis à la disposition du projet (02) ; 51, 900,000 FCFA
- Bébés mannequins achetés au Japon et mis à disposition au niveau des quatorze (14) régions et sept (07) CRFS / Au total : 1, 848,000 Yen soit 9, 586,909 FCFA
- Photocopieuses (02) ; 15, 200,000 FCFA
- Matériel bureautique et électronique mis à la disposition du projet (Montant est compris dans les frais d'activité ci-dessous)

(5) Frais d'activités et de fonctionnement du projet

- Montant total durant de la période du projet ; 1,242,459,855 FCA (Voir l'annexe, Le montant de l'année de 2018 et le montant prévu. Ce montant inclure le montant des matériels et des équipements ci-dessus)

**1.2 Intrants fournis par le Sénégal**

(1) Ressources fournies par le Ministère de la santé et de l'action social

▪ **Au niveau National**

Liste nominative	Poste de Responsabilité au niveau	Rôle/responsabilité dans cadre
------------------	-----------------------------------	--------------------------------

	central du MSAS	du projet
Dr Papa Amadou DIACK,	Directeur Général de la Santé (DGS)	Directeur du PRESSMN
Dr Marie Khemess NGOM		
Dr Bocar Mamadou DAFF.	Directeur de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE)	Chef du PRESSMN/DSRSE
Dr Omar Sarr		
Pr Mariame Guèye BA	Chef de la Division de la Santé de la Mère et du Nouveau-né (DSMNN)	Assistance technique Conseillère pédagogique du PRESSMN
Dr Dembo GUIRASSY	Gynécologue-Obstétricien/DSMNN Coordinatrice Santé de la Reproduction à la Division Santé de la Mère et du Nouveau-né (DSMNN)	Assistance technique Appui des activités sur le terrain pour le PRESSMN Assistance technique Appui des activités sur le terrain pour le PRESSMN
Mme Seyni KONTE		
Mme Rokhy DRAME		
Mme Binty TOURE		
Mme Adama SANOKHO		
Mme Coumba DIEYE		
Mme Sokhna BOYE		

▪ **Au niveau Régions** pour l'Exécution technique des activités du projet

➤ Mise en œuvre du PRESSMN2 en 2014 (Régions du premier groupe)

Région	Liste nominative	Poste de Responsabilité au niveau régional du MSAS
DAKAR	Dr Marie Khemess NGOM	Médecin Chef de région
	Dr Ndeye Magatte Ndome NDIAYE	Médecin Chef du District centre
	Dr Aïchatou BARRY	Médecin Chef du District de Diamniadio
FATICK	Dr Mahamadou TRAORE	Médecin Chef de région
	Dr Bassirou NDIR	Médecin Chef de District de Fatick
KOLDA	Dr Barnabé GNING	Médecin Chef de région
	Dr Abdoulaye MANGANE	Médecin Chef du District de Kolda
KEDOUGOU	Dr Abib NDIAYE	Médecin Chef de région
	Dr Mamadou SARR	Médecin Chef du District de Kédougou
TAMBACOUNDA	Dr Adrien SONKO	Médecin Chef de région
	Dr Babacar GUEYE	Médecin Chef du District de Koumpentoum
	Dr Amadou Mbaye DIOUF	Médecin Chef du District de Maka Colibantang

➤ Mise en œuvre du PRESSMN2 en 2015 (Régions du premier groupe)

Région	Liste nominative	Poste de Responsabilité au niveau régional du MSAS
DIOURBEL	Dr Masserigne NDIAYE	Médecin Chef de région
	Dr Jacques NDOUR	Médecin Chef du District Bambey
SAINT LOUIS	Dr Kalidou KONTE	Médecin Chef de région
	Dr Seynabou NDIAYE	Médecin Chef de District de Sant Louis
MATAM	Dr Doudou SENE	Médecin Chef de région
	Dr Niéne SECK	Médecin Chef du District de Kolda

➤ Mise en œuvre du PRESSMN2 en 2016 (Régions du premier groupe)

Région	Liste nominative	Poste de Responsabilité au niveau régional du MSAS
THIES	Dr El Hadji Malick NDIAYE	Médecin Chef de région
	Dr Mamadou Moustapha DIOP	Médecin Chef du District Thiès
KAOLACK	Dr Balla Mbacké MBOUP	Médecin Chef de région
	Dr Alassane NDIAYE	Médecin Chef du District Nioro
KAFFRINE	Dr Amadou DOUCOURE	Médecin Chef de région
	Dr Elhadji Thierno Mbengue	Médecin Chef du District de Kaffrine

➤ Mise en œuvre du PRESSMN2 en 2017 (Régions du premier groupe)

Région	Liste nominative	Poste de Responsabilité au niveau régional du MSAS
ZIGUINCHOR	Dr Maodo Malick DIOP	Médecin Chef de région
	Dr Jean Jacques MALOMAR	Médecin Chef du District Ziguinchor
LOUGA	Dr Amadou Touty NDIAYE	Médecin Chef de région
	Dr Mamadou Thioro MBAYE	Médecin Chef du District Nioro
SEDHIOU	Dr Amadou Yéri CAMARA	Médecin Chef de région
	Dr Malick ANNE	Médecin Chef du District de Kaffrine

(2) Disposition des bureaux

- Des bureaux appropriés
- D'eau, électricité et téléphone fixe dans les bureaux
- Des renseignements sur les services médicaux et le soutien pour y accéder
- La lettre de créance ou la carte d'identification pour les Experts de la JICA

(3) Contribution par la partie sénégalaise

- Planifiée au CCC du mois d'Avril 2014

Montant total de la partie sénégalaise durant du projet est 28.827.368 FCFA.

- Contribution par la partie sénégalaise planifiée au CCC du mois d'Avril 2014  
La partie sénégalaise s'est engagée à prendre les mesures nécessaires pour mobiliser le Budget Consolidé d'investissement (BCI) pour le Projet, tel que formulé pendant la réunion du CCC en Avril 2014 (le montant est de 65 millions FCFA pour l'année 2014 autant que possible, et de 100 millions FCFA pour l'année 2015). Cependant, le budget n'était pas toujours disponible à temps pour l'exécution des activités à cause de la lourdeur des procédures de passation des marchés Publics au Sénégal. L'accès au BCI est très compliqué et les lignes budgétaires établies présentent beaucoup de restrictions pour le financement des activités. Ainsi, le montant de la contribution avec le BCI de Janvier 2014 à Mai 2016 était à 18.659.814 FCFA.

En considération des difficultés rencontrées dans le suivi et l'exécution du BCI, les deux parties ont décidé que la contribution par la partie sénégalaise serait



prise sans distinction du budget sénégalais à partir du mois de Juin 2016.

▪ Contribution par la partie sénégalaise planifiée au CCC du mois de Juin 2016  
La partie sénégalaise s'est engagée à contribuer en 2017 pour un montant de 13 millions F CFA pour la mise en œuvre du projet dans la région de Sédhiou. Ce montant est destiné aux activités suivantes: ① la visite de sites, ② la cérémonie de lancement officiel, ③ la formation du personnel qualifié, ④ la formation du personnel non qualifié, ⑤ l'orientation du personnel de santé local et ⑥ les deux (02) supervisions. Ces activités ont été réalisées avec un montant total de 10.167.554 FCFA y compris la prise en charge des agents de la DSRSE devant appuyer ces activités. La différence entre le montant prévu et le montant réel exécuté est due au fait que la 2<sup>ème</sup> supervision a été remplacée par l'enquête des prestataires, qui a nécessité moins de dépenses.

Pour les deux autres régions (Louga et Ziguinchor), la partie sénégalaise s'est aussi engagée à prendre en charge le carburant et les perdiems des agents du niveau central du MSAS. Ces contributions ont été réalisées par le budget sénégalais (Les détails se référer à l'Annexe 4-2) .

#### (4) Autres

La partie sénégalaise (MSAS) a contribué sur les outils de communication à travers le Plan de sécurisation des produits d'importance vitale pour la santé de la mère et de l'enfant en collaboration avec l'OMS, pour un montant total de 38,500,000 FCFA. Ce montant a permis de confectionner: ① de Blouses (médecins, sages-femmes, matrones), ② Tabliers pour le personnel de santé, ③ affiches et dépliants (communautaire, personnel de santé), ④ Carte-conseil.

### 1.3 Activités (Voir le document Monitoring sheet 3-2.xlsx)

Les activités prévues sont réalisés comme ci-dessous.

▪ **Résultat 1: La structure de coordination nationale du modèle PRESMN est établie et fonctionnelle au MSAS.**

- Activité1.1 : Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a effectué une étude de base en décembre 2013, une étude à mi-parcours en mars 2016 et une étude finale du mois de septembre au mois de décembre 2017.
- Activité1.2 : Le MSAS a organisé dix (10) rencontres du "Groupe de Travail Elargi".
- Activité1.3 : Le MSAS a élaboré et validé la stratégie de vulgarisation du modèle PRESSMN lors du GTE du 09 septembre 2013, et aussi le

modèle PRESSNM est intégré dans le plan SRMNIA 2016-2020.

- Activité 1.4 : Le MSAS a mis en place un paquet de mise en œuvre du modèle PRESSMN.
- Activité 1.5 : Le MSAS a organisé cinq rencontres du GTE en vue de partager et vulgariser le modèle PRESSMN auprès des RM.
- Activité 1.6 : Le MSAS a organisé cinq sessions de formation des formateurs pour les RM.
- Activité 1.7 : Le MSAS a organisé les supervisions des 14 RM qui avaient mis en œuvre le modèle PRESSMN. (examen par les pairs entre les régions : non applicable au Sénégal).

▪ **Résultat 2: La structure de coordination régionale du modèle PRESSMN est établie et fonctionnelle et les 14 Régions mettent en œuvre le modèle PRESSMN.**

- Activité 2.1 : Les quatorze (14) RM qui ont mis en œuvre le modèle PRESSMN ont organisé des ateliers de sensibilisation sur le modèle auprès des autorités régionales, des collectivités locales, des comités de santé, des professionnels de santé et des professionnels de la communication.
- Activité 2.2 : Les quatorze (14) RM qui ont mis en œuvre le modèle PRESSMN ont organisé la formation des prestataires auprès des "Unités Pilotes". Les sept (07) RM qui ont organisé les Formations pour les nouveaux prestataires qualifiés des sites pilotes.
- Activité 2.3 : Des activités de supervision régulières ont été menées dans les "Unités Pilotes" au niveau de quatorze (14) régions où le modèle PRESSMN est mis en œuvre.
- Activité 2.4 : Les quatorze (14) régions médicales ont intégré les activités du PRESSMN dans leurs PTA respectifs.

▪ **Résultat 3: Le modèle PRESSMN est intégré dans les curricula des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et des Sages-femmes d'État (SFE).**

- Activité 3.1 : Le MSAS et l'ENDSS ont organisé des ateliers pour mobiliser les parties prenantes en vue d'intégrer le modèle PRESSMN dans les curricula des IDE et des SFE. Le MSAS et l'ENDSS ont organisé 02 ateliers d'orientation des enseignants en vue de l'intégration du modèle PRESSMN dans la formation des IDE et des SFE au niveau des CRFS des différentes régions (du 25-28 octobre 2016 et du 08-11 novembre 2016). Les sept (07) CRFS ont été dotés en équipements

d'accouchement à style libre pour l'apprentissage de leurs élèves.

- Activité 3.2 : Le MSAS/DRH/Division de la formation a organisé un atelier de finalisation du guide d'intégration des programmes de santé dans les curricula de formation des IDE et des SFE. Le MSAS, la FMPO/CGO/CEA-SAMEF ont organisé un atelier d'intégration des programmes de santé dans les curricula de formation des Médecins DES en spécialisation Gynécologie-Obstétrique.

▪ **Résultat 4: Les effets du modèle PRESSMN sont évalués par des études.**

- Activité 4.1 : Le MSAS a élaboré un protocole d'enquête et un protocole d'étude finale sur le PRESSMN.
- Activité 4.2 : Le MSAS a effectué une étude de base en décembre 2013, une étude à mi-parcours en mars 2016 et une étude finale du mois de septembre au mois de décembre 2017.
- Activité 4.3 : Le MSAS a partagé les expériences et les résultats acquis lors des rencontres nationales et internationales. Le MSAS a partagé les expériences et les résultats acquis à travers les études :
  - ✧ Dakar;
    - 7eme édition Festi'vert : Du 07 au 09 juin 2013
    - SISDAK: juin 2014, juillet 2015
    - Atelier international de partage de l'expérience du PRESSMN: décembre 2014, septembre 2015, Février 2018
    - Congrès ASGO : mai 2014, octobre 2016
    - Colloque international "Les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence: vingt-ans après" 26 - 27 avril 2017
    - Journée internationale des Sage Femmes: le 05 Mars 2016 et 2017
    - 4èmes Journées Internationales Francophones pour la Qualité et la Sécurité des Soins de l'AFQUARIS & 1ères Rencontres Hospitalières de l'ASASS : du 06 au 08 Avril 2017
    - Atelier sur l'amélioration de la qualité des soins maternelle et néonatale : du 17 au 20 juillet 2017
  - ✧ Ghana
    - Congrès International "EMBRASE" : février 2016
  - ✧ Côte d'Ivoire
    - 2ème Forum de l'OOAS sur les bonnes pratiques en santé: août 2016

## 2 Réalisations du projet

### 2.1 Résultats et indicateurs

Résultats	Indicateurs objectivement vérifiables	Etat d'avancement	Documents vérifiables
1. La structure de coordination nationale du modèle PRESSMN est établie et fonctionnelle au MSAS.	1(1) Le modèle PRESSMN est validé par le Comité de passage à l'échelle.	Le document de passage à l'échelle a été soumis au comité.	Document de passage à l'échelle
	1(2) Le modèle PRESSMN est intégré dans le plan de travail annuel de la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant et dans les documents cadres (PNP, Plan stratégique de la santé de la reproduction, etc.).	Le modèle PRESSMN a été intégré dans le plan de travail annuel de la DSRSE et dans les PNP.	PTA, PNP, Plan SRMNIA, Dossier d'investissement
	1(3) La stratégie pour la vulgarisation et l'extension du modèle PRESSMN est définie.	Le paquet de mise en œuvre du modèle PRESSMN a été validé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapport atelier de planification des activités du PRESSMN pour sa phase d'extension du 06 au 08 mai 2013 à Thiès</li> <li>▪ Compte rendu du GTE du 25 novembre 2014</li> </ul>
2. La structure de coordination régionale du modèle PRESSMN est établie et fonctionnelle dans les 14 Régions Médicales.	2(1) Nombre de Régions Médicales qui ont intégré le modèle PRESSMN dans leurs Plans de Travail Annuel (PTA).	L'ensemble des 14 régions ont intégré le modèle PRESSMN dans leurs Plans de Travail Annuel (PTA).	Notes ministérielles sur l'intégration du modèle PRESSMN dans les plans de travail annuels des régions
	2(2) Nombre de Régions Médicales qui ont élaboré le plan de vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN au niveau régional, conformément à la stratégie pour la vulgarisation et l'extension du modèle PRESSMN élaborée par l'activité 1-3 du Projet.	les 14 régions ont déjà démarré la mise en œuvre du modèle PRESSMN sur la base de leur plan d'action.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Notes ministérielles pour le démarrage de la mise en œuvre du modèle PRESSMN</li> <li>▪ Plan d'action des régions</li> </ul>
	2(3) Nombre de RM qui ont sélectionné les "Unités Pilotes"	les 14 régions ont sélectionné leurs "Unités Pilotes"	Présentation faites lors du lancement officiel de chaque région
	2(4) Nombre de RM qui ont effectué la formation pour les "Unités Pilotes"	les 14 régions ont effectué les formations des prestataires des "Unités Pilotes"	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapports formations</li> <li>▪ fiche de suivi du projet (1)</li> </ul>

Résultats	Indicateurs objectivement vérifiables	Etat d'avancement	Documents vérifiables
3. Le modèle PRESSMN est intégré dans les curricula des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et des Sages-femmes d'État (SFE).	3. Validation des curricula des IDE et SFE intégrant le modèle PRESSMN	Le modèle PRESSMN a été intégré dans les curricula de l'ENDSS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guide d'intégration des politiques, normes et protocoles des programmes dans les curricula des écoles de formation de base des infirmiers et sages-femmes.</li> <li>▪ Rapports formation ENDSS</li> </ul>
4. Les effets du modèle PRESSMN sont évalués par des études.	4. Une étude de l'évaluation d'impact sur l'efficacité du modèle PRESSMN est effectuée.	Une étude d'impact sur l'efficacité du modèle PRESSMN a été effectuée.	Rapport consultant

## 2.2 But du projet et indicateurs

### ▪ Etat d'avancement des objectifs Global du projet

**Objectifs Global du projet :** Le MMR et le NMR sont réduits à travers l'amélioration des services de santé maternelle et néonatale au Sénégal.

Indicateurs	2010-2011	2016
1. Taux de mortalité maternelle	392	315
2. Taux de mortalité néonatale	29	19
3. Taux d'utilisation de la consultation prénatale (CPN)	50%	48.1%
4. Proportion d'accouchements effectués dans les structures sanitaires	71.3%	76.9%
5. Proportion d'accouchements effectués par du personnel qualifié	65%	59.1%
6. Taux de consultation post natale (CPoN)	50.5%	75.6%

### ▪ Etat d'avancement des objectifs du projet

**Objectif du Projet :** Le passage à l'échelle du modèle PRESSMN est réalisée au niveau national.

**Indicateur 1.** Niveau de satisfaction des femmes dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN;

- › les résultats de l'enquête finale du projet ont montré que le degré de satisfaction des femmes ayant accouché est supérieur dans les unités d'intervention. Parmi les 17 questions administrées, 09 ont montré une différence statistiquement significative entre unité d'intervention et unité de contrôle. Il s'agit de : « Accueil au moment de l'examen » 91% pour l'unité de contrôle et 93% pour l'unité d'intervention ; « Fréquence à laquelle les explications sont données par les prestataires » 51% pour l'unité de contrôle et 62% pour l'unité d'intervention ; « Autorisation d'un accompagnant dans la salle pendant le travail et l'accouchement » 16% pour l'unité de contrôle et

43% pour l'unité d'intervention ; « Aménagement de la salle d'accouchement pour plus de confort » 80% pour l'unité de contrôle et 86% pour l'unité d'intervention; « Respect de l'intimité pendant le travail et l'accouchement » 87% pour l'unité de contrôle et 91% pour l'unité d'intervention; « Respect des positions désirées pendant le travail et l'accouchement » 78% pour l'unité de contrôle et 88% pour l'unité d'intervention ; « Sentiment de solitude ressenti pendant le travail et l'accouchement (à aucun moment)» 73% pour l'unité de contrôle et 82% pour l'unité d'intervention; « Disponibilité du prestataire pour la prise en charge de vos besoins émotionnels» 85% pour l'unité de contrôle et 88% pour l'unité d'intervention; «Disponibilité du prestataire pour la prise en charge vos besoins physiques » 86% pour l'unité de contrôle et 89% pour l'unité d'intervention (Tableau ).

**Tableau. Degré de satisfaction des femmes ayant accouché**

Items	U C	UI	Pearson chi2(1)	
Accueil au moment de l'examen	91	93	0.04	*
Fréquence à laquelle les explications sont données par les prestataires	51	62	0.00	**
Explication sur déroulement du travail et de l'accouchement	82	85	0.06	
Autorisation d'un accompagnant dans la salle pendant le travail et l'accouchement	16	43	0.00	**
Propreté dans les salles de travail et d'accouchement	89	91	0.06	
Aménagement de la salle d'accouchement pour plus de confort	80	86	0.00	**
Respect de l'intimité pendant le travail et l'accouchement	87	91	0.00	**
Respect des positions désirées pendant le travail et l'accouchement	78	88	0.00	**
Objet de violence verbale pendant le travail et l'accouchement (aucun)	91	92	0.37	
Violence physique pendant le travail et l'accouchement (aucun)	95	95	0.58	
Négligence pendant le travail et l'accouchement (aucun)	87	88	0.28	
Sentiment de solitude ressenti pendant le travail et l'accouchement (aucun)	73	82	0.00	**
Disponibilité du prestataire pour la prise en charge vos besoins émotionnels	85	88	0.01	**
Disponibilité du prestataire pour la prise en charge vos besoins physiques	86	89	0.01	**
Réponses à vos besoins durant le travail en temps réel	88	89	0.23	
Satisfaction par rapport aux soins reçus lors de votre dernier accouchement	96	96	0.32	
Probabilité de revenir dans cet établissement pour un autre accouchement	95	96	0.16	

\*\*:<0.01\*:<0.05

## **Indicateur 2.** Niveau de satisfaction professionnelle des prestataires exerçant dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN

- Les résultats ont montré que le degré de satisfaction des prestataires est supérieur dans les unités d'intervention. Parmi les 17 questions administrées, 04 ont montré une différence statistiquement significative entre unité d'intervention et unité de contrôle. Il s'agit de : « compliments des populations pour votre travail » 88% pour l'unité de contrôle et 97% pour l'unité

d'intervention ; « propreté de votre service » 52% pour l'unité de contrôle et 73% pour l'unité d'intervention ; « aménagement de la salle d'accouchement » 30% pour l'unité de contrôle et 65% pour l'unité d'intervention ; « décision clinique basée sur les preuves scientifiques » 65% pour l'unité de contrôle et 84% pour l'unité d'intervention (Tableau ).

**Tableau. Degré de satisfaction des prestataires**

Items	UC	UI	Pearson chi2
			P=(adj)
Reconnaissance de la communauté pour votre structure	88	95	
Compliments des populations pour votre travail	88	97	**
Propreté de votre service	52	73	**
Aménagement de la salle d'accouchement	30	65	**
Organisation de votre cadre de travail	45	56	
Collaboration entre le personnel dans votre structure	92	93	
Votre rôle au sein de votre équipe	92	96	
Communication avec vos patients	86	91	
Décision clinique basée sur les preuves scientifiques	65	84	**
Administration des soins aux patients	94	98	
Aise dans les différentes étapes de l'accouchement	89	86	
Confiance des patientes	96	99	
Rapport avec les patientes et les accompagnants	91	95	
Rapports avec les agents communautaires	93	93	
Soutien des autorités locales	40	53	

\*\*:<0.01\*:<0.05

### **Indicateur 3.** Nombre de prestataires utilisant les soins basés sur les preuves a augmenté

- Les résultats de l'étude ont montré que sur les 14 éléments évalués, relatifs aux soins basés sur les preuves, les prestataires exerçant dans les unités d'intervention sont plus satisfaits de leur pratique des soins avec un minimum de 70% et maximum de 97%, contrairement aux prestataires des unités de contrôle chez qui on note un minimum de 38% et maximum de 73%

**Tableau. Evaluation globale des Soins de santé maternelle et néonatale basés sur les preuves**

Indicateurs	UI		UC		t	p
	(n=138)		(n=135)			
	Mean	SD	Mean	SD		
Conditions de l'accouchement	83	20.5	58	27.2	-8.6	0.00 **
Accueil	97	12.0	59	28.8	-14.1	0.00 **
Bilan	85	17.8	61	27.4	-8.4	0.00 **
Soins pendant le travail	79	20.7	38	27.1	-13.9	0.00 **
Soins pendant la première phase du travail	79	2.0	59	2.7	-6.1	0.00 **
Remplissage du partogramme	85	26.3	69	36.1	-4.0	0.00 **
Soins pendant la deuxième phase du travail	83	20.5	65	30.0	-5.7	0.00 **
Soins pendant la troisième phase du travail	85	25.8	73	36.0	-3.4	0.00 **
Soins à la mère après l'accouchement	81	23.8	61	30.1	-6.1	0.00 **

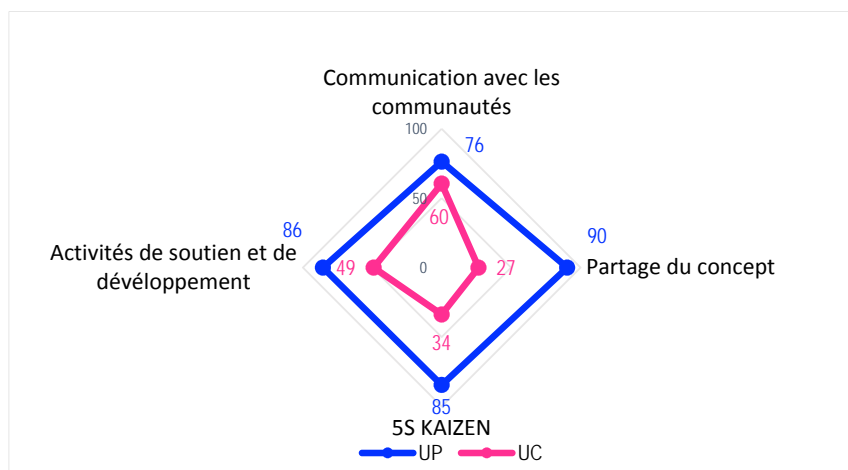
Cas d'évacuation	84	32.8	66	39.2	-4.0	0.00	**
Surveillance et soins immédiats aux nouveau-nés	89	16.4	72	-6.2	-6.2	0.00	**
Allaitement maternel immédiat et exclusif	81	20.6	65	31.1	-5.0	0.00	**
Surveillance des nouveau-nés avant la sortie de l'hôpital	70	28.6	44	30.3	-7.2	0.00	**
Informations et conseils aux mères	82	21.3	56	30.9	-8.2	0.00	**

\*\*:<0.01\*:<0.05

#### Indicateur 4. Niveau de mise en œuvre de chaque composante du modèle PRESSMN a augmenté

- Les résultats ont montré que le taux de mise en œuvre de chaque composante du modèle PRESSMN est meilleur dans les unités d'intervention. Il s'agit de : « Communication avec la communauté » 60% pour l'unité de contrôle et 76% pour l'unité d'intervention ; « Partage du concept "Soins Humanisés" avec les collectivités locales » 27% pour l'unité de contrôle et 90% pour l'unité d'intervention ; « Amélioration du milieu de travail avec l'approche "5S" » 34% pour l'unité de contrôle et 85% pour l'unité d'intervention ; « Activités de soutien par les collectivités locales pour le développement » 49% pour l'unité de contrôle et 86% pour l'unité d'intervention (**Graphique**)

Graphique. Niveau de mise en œuvre de chaque composante du modèle PRESSMN



### 3. Historique de la modification du PDM

#### 3.1 PDM version 0

Il a été validé dans le procès-verbal du 30 Août 2012 pour une durée de quatre (04) ans.

#### 3.2 PDM version 1

Il a été validé le 29 Avril 2014, avec la prolongation de la durée du projet et la



modification des indicateurs.

- Prolongation de la durée du projet :

La durée du projet a été prolongée d'un an (une durée totale de 5 ans) dans le but d'atteindre l'objectif du projet.

- Modification des indicateurs pour l'objectif du projet

Les indicateurs 1 et 2 ont été formulés de telle sorte qu'il est possible d'étendre le projet en partant du district pilote (un centre de santé+ 3 postes de santé) vers d'autres districts sanitaires au sein de la région. Il est toutefois utile de réviser ces indicateurs à la baisse afin de les atteindre à la fin du projet.

D'autre part, les parties Japonaise et Sénégalaise ont convenu de reformuler les 4 indicateurs proposés afin de prendre en compte l'idée qui ressort des indicateurs 1 et 2.

Avant	Indicateurs révisés
1 <sup>er</sup> indicateur : 7 des 10 Districts sanitaires mettent en œuvre le modèle PRESSMN dans les régions de Tambacounda et Kédougou	Dans 14 des 76 Districts sanitaires au niveau des 14 régions où le modèle PRESSMN est mis en œuvre, des indicateurs y compris les suivants sont renseignés : - Nombre d'accouchements effectué dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN augmente de 20% - Nombre de femmes ayant reçu les 4 CPN selon les normes augmente de 20% dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN
2 <sup>ème</sup> indicateur : 22 des 66 Districts sanitaires mettent en œuvre le modèle PRESSMN dans les 12 régions à part Tambacounda et Kédougou	
3 <sup>ème</sup> indicateur : Nombre d'accouchements effectués dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN augmente de 20% en moyenne	
4 <sup>ème</sup> indicateur : Nombre de femmes recevant la quatrième consultation prénatale (CPN) augmente de 20% en moyenne dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN	

- Modification des indicateurs concernant le résultat attendu 2

L'indicateur stipulant « l'adoption de la stratégie de vulgarisation et d'extension » est censé être atteint à l'issue de l'activité 2-4 « Les RM organisent des ateliers pour élaborer un plan de vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN au niveau régional ». Il est donc nécessaire de modifier l'expression de l'indicateur afin de clarifier ce qui est attendu comme résultat dans les régions médicales.

Avant	Indicateurs révisés
2 <sup>ème</sup> indicateur : Nombre de Régions médicales qui ont adopté la stratégie de vulgarisation et d'extension du modèle	2 <sup>ème</sup> indicateur : Nombre de Régions médicales qui ont élaboré le plan de vulgarisation et d'extension du modèle

PRESSMN.	PRESSMN au niveau régional au plus tard un an après la mise en œuvre du modèle PRESSMN dans l'unité pilote, conformément à la stratégie de vulgarisation et d'extension du modèle PRESSMN élaborée par l'activité 1-3 du Projet.
----------	--

▪ **Modification des indicateurs pour les indicateurs du résultat attendu 4**

Le résultat attendu 4 vise à évaluer les effets du modèle PRESSMN avant la fin du Projet, et à contribuer éventuellement à l'extension du modèle dans l'ensemble du pays, voir la sous-région sub-saharienne. Pour ce faire, il est nécessaire de proposer des indicateurs qui puissent mesurer si une telle évaluation des effets est effectuée ; ce qui amène les deux parties à trouver un indicateur qui remplacera les quatre actuels.

Avant	Indicateurs révisés
<p><u>1er indicateur</u> : Nombre d'études réalisées.</p> <p><u>2ème indicateur</u> : Nombre de publication des constats sur l'efficacité du modèle PRESSMN sur le site web du MSAS</p> <p><u>3ème indicateur</u> : Nombre de présentation des résultats d'études d'impact du modèle PRESSMN à des conférences académiques</p> <p><u>4ème indicateur</u> : Nombre de publication des résultats d'études d'impact du modèle PRESSMN sur des journaux académiques</p>	<p>Une étude de l'évaluation d'impact sur l'efficacité du modèle PRESSMN est effectuée dans les 3 régions où l'unité contrôle est mise en place (Kolda, Dakar, Fatick)</p>

### 3.3 PDM version 2

Il a été validé le 31 Mai 2017, avec la prolongation de la durée du projet et la modification des indicateurs.

▪ **Prolongation de la durée du projet**

La durée du projet a été prolongée de quatre (04) mois, ce qui fait que le projet prendra fin le 13 Mars 2018, pour permettre l'évaluation finale de l'impact du Projet dans toutes les régions d'intervention.

▪ **Modification des indicateurs pour l'objectif du projet**

Ils ont été modifiés car étant influencés par des facteurs externes qui peuvent entraîner des biais dans les résultats du Projet. (Voir 2-1 et PDM dans l'annexe)

Avant	Indicateurs révisés
(1) 14 des 76 Districts Sanitaires (DS) mettent en œuvre le modèle PRESSMN dans les 14 Régions	Au moins 1 DS dans les 14 régions mettant en œuvre le modèle PRESSMN a atteint les indicateurs suivants
(2) Nombre d'accouchements effectués dans les structures sanitaires appliquant le modèle	Supprimé

PRESSMN augmente de 20% en moyenne.	
(3) Nombre de femmes recevant les quatre consultations prénatales (CPN) selon les normes augmente de 20% en moyenne dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN.	Supprimé
(4) Le degré de satisfaction des femmes est élevé dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN. (augmentation de xx points)	(1) Niveau de satisfaction des femmes augmente dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN
(Nouvel indicateur proposé)	(2) Niveau de satisfaction professionnelle des prestataires exerçant dans les structures sanitaires appliquant le modèle PRESSMN
(Nouvel indicateur proposé)	(3) Nombre de prestataires utilisant les soins basés sur les preuves a augmenté
(Nouvel indicateur proposé)	(4) Niveau de mise en œuvre de chaque composante du modèle PRESSMN a augmenté
Raison: les indicateurs (2) et (3) de l'objectif du projet dans le cadre logique du Projet (PDM) version 1 pouvaient être influencés directement ou indirectement par d'autres actions/facteurs indépendants du projet. La mesure de l'indicateur(4) version 1 était difficile parce qu'une enquête de base n'a pas été faite dans 9 des 14 régions.	

#### 4. Autres

##### 4.1 Résultats des considérations environnementales et sociales

NON APPLICABLE

##### 4.2 Résultats des considérations sur le genre / le maintien de la paix / la réduction de la pauvreté

NON APPLICABLE

### III. Résultats de l'examen conjoint

#### 1. Résultats de l'examen fondés sur les critères d'évaluation du DAC

##### (1) Pertinence

- Haut niveau de pertinence car l'approche du modèle PRESSMN est en adéquation avec les stratégies du PNDS 2009/2018 et du plan stratégique intégré de la sante maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents/jeunes 2016-2020.

##### (2) Effectivité

- Haut niveau d'effectivité car les résultats attendus sur les indicateurs d'objectif du projet ont été atteints

##### (3) Efficacité

- Niveau d'efficacité moyen dû au manque d'organisation dans la mise en œuvre des activités après le démarrage du projet mais aussi à l'absence, à un moment donné, d'un conseiller principal de projet (expert japonais)

(4) **Impact**

- Niveau satisfaisant car le modèle PRESSMN a contribué à l'amélioration des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale à travers l'amélioration de la qualité des soins et l'utilisation des services.

(5) **Durabilité** : Niveau satisfaisant

- Système : Intégration du modèle PRESSMN dans les politiques et stratégies nationales (PNP, SRMNIA, etc...)
- Technique : enrôlement d'au moins une unité pilote par région et formation des ECR/ECD cibles
- Finance : intégration du modèle PRESSMN dans le Dossier d'Investissement

**2. Facteurs influant sur la mise en œuvre et les résultats**

**(1) Leadership et organisation de mise en œuvre du projet**

Pendant cette seconde phase du projet, des difficultés ont été notées dans la gestion des activités. Des divergences liées aux modalités de prises de charge de la JICA (perdiems des acteurs), ont été notées. Les raisons étaient liées à l'écart noté entre les conditions de la JICA et celles des autres PTF présents dans le pays.

Ceci a fait qu'il y a eu beaucoup de retard dans le démarrage effectif des activités au niveau des régions.

Le chef de la Division de la Santé de Mère et du Nouveau-Né a été désignée comme point focal du PRESSMN avec pour mission d'apporter un encadrement technique aux différentes activités.

Aussi la JICA et le MSAS ont dû statuer sur de nouvelles règles de prise en charge pour solutionner ce facteur bloquant que constituait les indemnisations des prestataires et autres agents.

En conclusion, il est recommandé à l'entame d'un nouveau projet de :

- désigner un point focal, pour booster la mise en œuvre des différentes activités
- trouver un consensus sur les différentes modalités de prise en charge des agents du MSAS qui participent aux activités

**(2) Stratégies pour la vulgarisation du modèle PRESSMN**

Avec le retard enregistré dans le démarrage effectif des activités du projet, les 5 premières régions n'ont pu être enrôlées qu'à partir de 2014 (un an après démarrage du projet).

Malgré cela, la partie Sénégalaise avait souhaité enrôler les 9 autres régions en 2015 pour ensuite faire une enquête finale en 2016 et clôturer le projet en 2017; ceci sans tenir compte des contraintes liées aux ressources humaines, financières mais aussi au facteur temps.

S'agissant des **ressources financières**, des difficultés d'accès au BCI ont été notées et ceci a fait que la JICA a dû prendre en charge la presque totalité des financements pour les 5 premières régions. C'est ainsi, que pendant la réunion du CCC de 2014, les deux parties se sont accordées sur la proposition d'enrôler les 9 régions restante de façon graduelle (3 régions par an), avec une prolongation de la durée du projet jusqu'en 2017.

Pour ce qui est des **ressources humaines**, l'effectif de la division de la santé de mère et du nouveau-né ne permettait pas d'appuyer toutes les activités du projet. Ceci a donc causé beaucoup de retard dans l'exécution des activités C'est ainsi que la partie sénégalaise a fait savoir qu'avec la mutualisation ce problème pouvait être réglé car, en plus des formateurs du niveau central, le projet pourrait bénéficier de l'appui des formateurs des régions et de l'ENDSS s'il y a une planification concertée.

En ce qui concerne le facteur temps, il était fortement lié au contenu du paquet de mise en œuvre qui exigeait la mobilisation des membres de la division et des experts pendant une durée non négligeable. C'est ainsi qu'en 2014, il a été proposé une révision du paquet de mise en œuvre.

La recommandation sur la stratégie de vulgarisation est qu'il faut une planification concertée avec mobilisation de la masse critique de tout le personnel impliqué dans la phase 2.

### **(3) Contribution par la partie sénégalaise**

Chaque année, chaque direction doit, avant le moins de juin déposer une requête de planification de budget au niveau de la DAGE pour avoir l'approbation du Ministère des finances.

Durant cette phase du projet, beaucoup de difficultés ont été notées dans l'utilisation du BCI. En effet, les lignes budgétaires définies dans le BCI contenaient de nombreuses restrictions quant à l'organisation des activités.

Pendant le CCC de 2017, une réorganisation de la contribution a été faite pour les 3 dernières régions. La partie sénégalaise a contribué pour la mise en œuvre du modèle en utilisant le budget consolidé d'investissement alloué à ce programme.

#### **(4) Organisation de l'enquête**

Au début du projet, beaucoup de temps a été consacré aux discussions pour prouver un consensus sur la nécessité d'organiser une enquête dans les autres régions.

La qualité de l'enquête dépend des aptitudes du consultant choisi et du suivi assuré par la partie sénégalaise. Aussi, le choix de l'étude doit systématiquement répondre aux besoins du MSAS pour qu'un suivi rapproché de l'enquête et des résultats soit effectué. Pour cette phase, le suivi des études a quasiment été laissé aux experts du projet et à la JICA.

Ainsi, avant le démarrage d'un nouveau projet, la JICA doit considérer les éventuels besoins du MSAS et chercher à trouver un consensus sur la mise en œuvre éventuelle.

### **3. Evaluation des résultats du projet/ gestion du risque**

Restriction dans les zones d'intervention des expertes du projet pour des raisons de sécurité (les expertes japonaises n'étaient pas autorisées à se rendre dans le sud du pays alors que le projet y dispose d'unités pilotes), ce qui fait que la mise en œuvre dans cette zone a été planifiée en 2017 dans l'espoir de réduire le niveau de risque.

### **4. Leçons apprises**

- Organisation des rencontres du GTE
- Modèle d'approche complète intégrant dans sa mise en œuvre une bonne implication des prestataires, des collectivités locales et de la communauté.
- Intégration du modèle PRESSMN dans les stratégies nationales : SRMNIA, Dossier d'Investissement
- Partage des effets du PRESSMN lors des rencontres internationales
- Extension et pérennisation du modèle PRESSMN dans une région en se basant sur les expériences de l'unité pilote (orienter le personnel nouvellement affecté en utilisant les formateurs sur place).
- Etablir le lien avec la formation initiale des SF et médecins pour en faire bénéficier aux différentes structures

## **IV. Pour la réalisation des objectifs généraux après l'achèvement du projet**

### **1. Perspectives pour l'atteinte de l'objectif global**

Le modèle PRESSMN a contribué à l'amélioration des indicateurs de mortalité maternelle et néonatale à travers l'extension de la mise en œuvre à l'ensemble des points de prestations de service du pays.

## **2. Plan opérationnel et structure de mise en œuvre par la partie Sénégalaise pour atteindre l'objectif global**

Compte tenu de l'apport du PRESSMN dans le système de santé et de son importance dans le plan intégré SRMNIA, il est recommandé au cours de l'extension du modèle PRESSMN dans sa phase 3 (2019-2023) :

- Le maintien des 5 composantes du modèle PRESSMN dans le design du Projet
- L'intégration des services et du continuum de soins pour la santé maternelle et néonatale dans la révision du paquet d'interventions
- La contextualisation du modèle PRESSMN en intégrant la couverture maladie universelle (CMU) pour l'accès aux soins de qualité, en établissant un lien avec le projet CMU de la JICA
- L'intégration des activités du PRESSMN 3 dans les plans de travail annuels des 14 régions et de la DSME
- Le maintien de l'intégration du Modèle PRESSMN dans la formation initiale (théorique et pratique) des personnels de santé

## **3. Recommandations**

En vue d'assurer le démarrage du PRESSMN 3 en 2019, les activités suivantes sont retenues :

- Arrivée d'une mission du siège de la JICA en octobre 2018 pour planifier la Phase 3 du PRESSMN (activités et organisation de la mise en œuvre)
- Organiser un atelier avec le support de la JICA, pour la révision de la composante «Pratique des soins» prenant en compte le continuum de soins dans PRESSMN 3
- Tenir des rencontres pour établir les liens entre la phase 3 du PRESSMN et le projet de la JICA sur l'appui à la couverture maladie universelle
- Entre mars et décembre 2018, appuyer les districts sanitaires dans la diffusion des spots en contractualisant avec les radios locales pour maintenir la communication avec les communautés sur le modèle PRESSMN, pendant cette phase transitoire
- Pendant la phase 3, les autres partenaires techniques et financiers (cluster SRMNIA) pourront s'adjoindre à la JICA pour enrôler d'autres districts