



Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Afrique de l'Ouest :

**Facteurs influençant du système de santé,
Prise en compte des aspects genre et équité,
Transfert des connaissances et utilisation des évidences**



Compte – rendu de l'atelier de validation de l'analyse de la situation

Du 18 au 20 février 2016, Hôtel les Almadies, Dakar, Sénégal

Mars 2016

Institutions organisatrices

Organisation Ouest Africaine de la Santé

Centre de Recherches pour le Développement International

Ministère la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal

Edité par : Professeur Issiaka SOMBIE et Dr Ermel JOHNSON

Mots clés : OOAS, transfert de connaissances, applications de connaissances, genre et équité, systèmes de santé

ISBN:

© Organisation Ouest Africaine de la Santé 2016

Droits de l'auteur et utilisation raisonnable

Nous sommes heureux de proposer ce compte-rendu gratuit sous licence

Vous pouvez librement partager, copier, diffuser et transmettre ce document sous réserve du respect des conditions suivantes:

L'attribution de ce document doit être effectuée selon les conditions indiquées par l'auteur ou le concédant de licence.

Ce document ne peut être utilisé à des fins commerciales

Ce document ne peut en aucun cas faire l'objet de modifications, transformations, ou ajouts.

Crédits photos : Moctar Traore

Citation proposée : SOMBIE I, Johnson E., Lokossou V., Keita N, Mongbo Y., Bouwaye A., Kambou S., Assogba L. Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Afrique de l'Ouest : Facteurs influençant du système de santé, prise en compte des aspects et équité, Transfert des connaissances et utilisation des évidences. Compte rendu de l'atelier, OOAS, 2016.

Remerciements

Le soutien financier de l'atelier a été assuré par le Consortium Canadien « Innovation pour la Santé des Mères et des Enfants d'Afrique » (ISMEA) et la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) à travers l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).

Nous adressons tout particulièrement nos remerciements à l'ensemble des participants, au rapporteur et aux interprètes de la conférence pour leur contribution et leur participation enthousiaste

Ce compte rendu de l'atelier s'appuie sur le travail du rapporteur, sous la supervision du comité d'organisation de l'atelier composé par l'OOAS, du ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal et du CRDI

Table des matières

I. CONTEXTE	11
II. OBJECTIFS	11
III. DÉROULEMENT DE L'ATELIER	12
3.1 Cérémonie d'ouverture	12
3.2 Participants et méthodologie	14
3.3 Les résultats de l'analyse de la situation	14
3.4. Messages clés, utilisateurs potentiels et approches de partage des projets financés dans les cadre de l'initiative Innovation pour la Santé des Mères et des Enfants d'Afrique	25
3.5. Possibilités de prise en compte des aspects équité, genre et système de santé dans les projets financés.....	29
3.6. Présentations des expériences de plateformes sur le transfert de connaissances en Afrique	30
3.7. Cadre de suivi-évaluation de l'initiative pour la santé des Mères et des enfants d'Afrique (IMCHA)	34
3.8 Paroles aux partenaires	36
3.9 Cérémonies de clôture	36
ANNEXES	37

Liste des acronymes

ANC	: ante natal care
BF	: Burkina Faso
CEDEAO	: Communauté des Etats de l’Afrique de l’Ouest
CGIC	: clinique de gestion de l’innovation et des connaissances
CRDI	: Centre de Recherche pour le Développement International
DGA	: Directeur Général Adjoint
EBHC	: Evidence-based Health care
EBHP	: Evidence-based Health Practice
EBM	: Evidence-Based Medicine
ECD	: Équipe Cadre du District
EIHP	: Evidence Informed Health Practice
FBR	: Financement Basé sur les Résultats
FP	: Family Planning
HBB	: Help Baby Breathing
HPRO	: Health Politic and Research Organism
IMCHA	: Innovation for Maternal Child Health in Africa
IRTs	: Implementing Research Teams
MDG	: Millenium Development Goals
MEO	: Mise en œuvre
NEP	: National Evaluation Platform
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU Femmes	: Organisation des Nations Unies
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la santé
OOP	: Out of Poket Payments
OPRS	: Organisme de Politique et de Recherche en Santé

PBG/BG	: Projet Bajenu Gox/Bajenu Gox
PCIME	: prise en charge intégré des maladies de l'enfant
PHP	: Population Health Promotion
PTFs	: Partenaires techniques et financiers en santé
SDG	: Sustainable Development Goal
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SMNE	: Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
SMNI	: Santé maternelle néonatale et Infantile
TIC	: Technologie de l'Information et de la communication
TV	: Télévision
UNFPA	: Fond des Nations Unies pour la Famille et la Population
UNICEF	: Fond des Nations Unies pour l'enfance
KTE	: Knowledge Transfer and Exchange

Liste des illustrations

Tableaux

Tableau 1 Facteurs du système de santé (Software)	17
Tableau 2 Facteurs du système de santé (hardware)	19
Tableau 3 : Facteurs contextuels	20
Tableau 4: Synthèse des messages clés attendus, les utilisateurs potentiels et les approches de partage des projets des équipes de recherche	26
Tableau 5: Synthèse des propositions d'amélioration des protocoles de recherche des projets des équipes de recherche	29
Tableau 6: principaux indicateurs du suivi des activités des équipes de recherche et des Organismes de Politiques et de Recherche en Santé.....	35

Figures

Figure 1 : Modèle PHP	15
Figure 2 : WHO's Gender Responsiveness assessment scale	16
Figure 3 : Illustration sur les urgences obstétricales	21
Figure 4: Pyramide d'hiérarchisation des données probantes.....	30
Figure 5: Modèle Evidence to action	31
Figure 6: Cadre de mise en œuvre de NEP Mali.....	33
Figure 7 : Stratégie 2 de la plateforme de de Abonyi State.....	34
Figure 8: Cadre logique de l'initiative ISMEA	34

Leçons apprises de l'atelier

Les leçons apprises de cette analyse de la situation et qui serviront d'orientation lors de l'élaboration d'interventions d'amélioration du transfert de connaissances et utilisation des données probantes sont les suivantes :

- 1) l'élaboration des documents de politiques, plans et normes et protocoles de soins en santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans les pays du projet se fait toujours avec l'implication des parties prenantes, dont les chercheurs. Il n'a cependant pas été possible de percevoir la prise en compte des données probantes ayant guidé leur élaboration.
- 2) Les capacités des parties prenantes en matière d'informatiques, de recherche et de processus d'élaboration des politiques étaient assez bonnes par contre les capacités à utiliser les évidences dans l'élaboration et la mise en œuvre des documents de politique, plan et normes et protocoles de soins étaient faibles.
- 3) Dans un processus de recherche de mise en œuvre, une amélioration était nécessaire au niveau de certains projets financés par l'ISMEA pour mieux prendre en compte les aspects équité, genre et contexte.
- 4) Des opportunités à mobiliser pour renforcer la conduite de recherche de mise en œuvre au niveau des projets et rendre l'environnement favorable au transfert des connaissances et à l'utilisation des évidences existent à travers des programmes des institutions du Système des Nations Unies, du Centre Genre de la CEDEAO, des plateformes de transfert de connaissances existantes et fonctionnelles, de la branche du Cochrane Nigéria, de certains sites web internationaux et des capacités existantes au niveau de certaines équipes de recherche.
- 5) Les espaces pouvant permettre les renforcements de capacités, le dialogue entre les différentes parties prenantes, et de soutien à l'utilisation des évidences ont été identifiés. Il s'agit : des périodes de planification, d'élaboration ou de révision des documents de politique, plans, normes et protocoles de soins, les rencontres des comités de pilotages des projets de recherche, les rencontres nationales ou régionales de l'initiative.
- 6) Des besoins exprimés par les parties prenantes et encore non disponibles comme les lois ou les règlements des services ou institutions demandant l'utilisation des évidences lors des prises de décision et des guides d'utilisation des évidences devront être pris en compte dans le futur.

Résumé

Un atelier de trois jours a été organisé pour valider les résultats obtenus de trois études dans le domaine de la santé maternelle et infantile dans 6 pays de l'espace CEDEAO à savoir : le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana, le Mali, le Nigéria et le Sénégal. Ces études étaient liées à la prise en compte des aspects genre et équité dans les politiques et programmes, à l'identification des facteurs systémiques influençant le succès des politiques et programmes et l'organisation et fonctionnement du transfert des connaissances et l'utilisation des données probantes dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, plans, normes et protocoles.

Il a été noté que plusieurs approches ont été utilisées dans les pays pour réduire les barrières géographiques, la différence du niveau d'éducation et le niveau socioéconomique ; comme la promotion des agents de santé communautaire, l'offre de services en stratégies avancées, la construction de nouvelles structures de santé, l'introduction des initiatives de réduction des coûts ou de gratuités des soins, l'éducation des femmes, la distribution gratuite des moustiquaires.

La plupart des programmes dans la région traitant de l'aspect genre étaient soit « Gender-blind » (assurance maladie, gratuité des soins) ou « Gender-sensitive » (microcrédit, vaccination, bon d'achat). Peu de programmes étaient « Gender-responsive » ou « Gender-specific » (Promotion des grands-mères, École des Maris, Navrongo Experiment). Le travail sur le genre devrait s'améliorer en prenant en compte les documents de politique sur le genre de différents pays.

Au niveau des facteurs limitant ou favorisant la Santé maternelle et infantile, une différence doit être faite entre les facteurs liés au système de santé (ressources humaines, gestion des services, mode de financement des services, information sanitaire) et les facteurs liés au contexte (état et sécurité des routes, facteurs socioculturels, économiques, éducationnels, etc.). Au niveau du système de santé, les facteurs limitants et favorisants sont les reflets l'un de l'autre. Pour chaque facteur favorisant, quatre facteurs limitants sont décrits. Il s'avère indispensable de renforcer les systèmes de santé en mettant ensemble la recherche, la prise de décision et la pratique.

Au niveau du transfert des connaissances et de l'utilisation des données probantes, l'élaboration des documents de politiques, plan, protocoles et normes au niveau des pays se fait avec l'implication de l'ensemble des parties prenantes. Mais l'utilisation des données probantes au cours du processus d'élaboration n'a pas pu être mise en évidence. Ainsi la prise de décision est basée plus sur la connaissance des experts. Il n'existe pas souvent un cadre structuré pour soutenir l'utilisation de l'évidence même si dans certains pays il existe des plateformes de partage de connaissance (service de réponse rapide, cadre de passage à l'échelle). Il est aussi ressorti une grande influence des bailleurs au cours des processus de prise de décision. Dans quelques pays, des cadres de concertation entre décideurs et chercheurs ont été identifiés, mais sont pour la plus tard du temps non fonctionnel. La culture

de l'évaluation n'est pas encore ancrée dans les pratiques dans presque tous les pays. L'analyse des compétences et des besoins pour mieux utiliser les données probantes a montré la nécessité d'un renforcement des capacités des différentes parties prenantes. Des propositions ont été faites pour améliorer la situation du transfert de connaissances et se résument comme suit (i) le renforcement des capacités sur les questions liées à l'EIHP et à l'EBHP notamment, intégration des données de la recherche dans l'élaboration des politiques de santé ; (ii) l'institution de règles administratives et de règlements permettant une allocation budgétaire pour la recherche et exige des mémorandums fondés sur des preuves et des propositions de politiques basées sur des données probantes ; (iii) la diffusion appropriée des résultats de la recherche auprès des acteurs concernés ; (iv) la promotion de l'élaboration et de l'utilisation efficaces des synthèses de données factuelles telles que les revues systématiques des résumés de politiques ; (v) la création de conditions pour l'implication des décideurs dans la recherche par le biais du renforcement des capacités, l'engagement pour la détermination des domaines de recherche basés sur des besoins ; (vi) l'institution d'un forum sur l'articulation de la recherche avec les politiques afin de favoriser une interaction appropriée entre les acteurs de la santé afin d'assurer de façon durable l'EIHP et l'EBHP au profit de la SMNI.

L'atelier a permis d'identifier les messages potentiels attendus des projets à leurs termes, les utilisateurs potentiels de ces messages et les stratégies de partage que les chercheurs se proposaient d'utiliser avec ces cibles. Ces éléments vont contribuer à l'élaboration de l'intervention régionale.

Des propositions ont été faites pour améliorer la prise en compte des aspects genre, équité, et éléments du système et du contexte dans la mise en œuvre des projets afin d'aboutir à des résultats adaptés aux besoins réels des utilisateurs.

La présentation du cadre de suivi-évaluation et des indicateurs de l'initiative a permis d'informer les équipes de recherche et l'OOAS des éléments d'information qui seront attendus de chacune d'elle au cours de l'évolution du projet.

Enfin, l'atelier a permis aux autres parties prenantes (équipes de plateformes de partage de connaissances, Système des Nations Unies) de partager les expériences réussies en Afrique de l'Ouest et de s'engager aux côtés de l'OOAS au niveau régional pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

I. CONTEXTE

L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), Institution spécialisée en matière de santé de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) a été sélectionné en 2014 pour jouer le rôle d'Organisme de Politique et de Recherche en Santé dans le cadre de l'Initiative canadienne « Innovation pour la Santé des mères des Enfants d'Afrique (ISMEA) ». Les missions de l'OOAS sont 1) de faciliter l'appropriation par les pays des projets de l'initiative, de faciliter un apprentissage mutuel entre projets et entre pays et enfin renforcer les capacités individuelles et institutionnelles dans la recherche de mise en œuvre et dans l'utilisation des données probantes dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et plans dans la sous-région ouest-africaine. Ainsi l'OOAS devra à terme faciliter le transfert des connaissances et soutenir l'utilisation des données probantes dans la mise en œuvre des politiques et plans en santé maternelle néonatale et infantile (SMNI). Pour réussir sa mission, l'OOAS a décidé au cours de la première année du projet MEP, de faire une analyse de la situation en trois axes. Le premier axe était d'analyser les forces et faiblesses actuelles du transfert des connaissances et de l'utilisation des données probantes en SMNI. Le deuxième axe était de faire le point sur les aspects d'équité et de genre et leurs prises en compte dans les politiques et plans en SMNI. Le troisième axe devrait permettre d'identifier les facteurs facilitants et limitants du système de santé en SMNI.

Cette analyse de la situation s'est déroulée de juillet 2015 à février 2016 dans les six pays de l'ISMEA en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Ghana, Mali, Nigéria et Sénégal). Six consultants nationaux et trois consultants régionaux ont été sélectionnés pour réaliser ce travail. La méthode de l'analyse de la situation a consisté en une information des responsables de la santé de la mère et des enfants des 15 pays, des revues de la littérature, des entretiens avec les parties prenantes et l'administration d'un questionnaire individuel aux parties prenantes et la tenue d'un atelier d'engagement des parties prenantes dans chaque pays. À l'issue de cette analyse de la situation, un atelier de validation a été planifié.

Cet atelier de validation de cette analyse de la situation s'est tenu du 18, au 20 février 2016 à l'hôtel des Almadies à Dakar au Sénégal. Le présent rapport fait la synthèse des discussions de cet atelier.

II. OBJECTIFS

Des travaux préliminaires d'analyse des forces et faiblesses actuelles du transfert des connaissances et de l'utilisation des données probantes en SMNI, ont permis de faire le point sur les aspects équité et genre et leur prise en compte dans les politiques et les plans stratégiques en SMNI, ainsi que l'identification des facteurs systémiques facilitants et limitants en SMNI. L'atelier qui a suivi les 18, 19 et 20 février 2016 à l'hôtel des Almadies avait pour objectif de valider cette analyse et d'identifier les interventions à mettre en œuvre pour que l'OOAS devienne agent de changement et réussisse sa mission dans le cadre de ce projet. C'est-à-dire :

- a. Valider les résultats des trois axes de l'analyse de la situation ;

- b. Assurer un renforcement des capacités dans le domaine de la planification des interventions pour renforcer le transfert des connaissances et l'utilisation des données probantes en SMNI ;
- c. Identifier les interventions et le système de suivi-évaluation à mettre en œuvre par l'OOAS ;
- d. Discuter du cadre de collaboration entre les différentes parties prenantes du projet en Afrique de l'Ouest.

III. DÉROULEMENT DE L'ATELIER

3.1 Cérémonie d'ouverture

La cérémonie d'ouverture de l'atelier a été présidée par le Directeur Général de la Santé du Ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale Dr Pape Amadou Diack. Il avait à ses côtés le Dr Laurent Assogba, Directeur Général Adjoint de l'OOAS, Mme Nathalie O'Neil représentant l'Ambassadeur du Canada au Sénégal, de Mme Sharmila Mhatre, Chef Programme Santé de la Mère et de l'enfant au sein du Centre de Recherches pour le Développement International et du Dr Stanislas Sansan KAMBOU, Directeur de la recherche et de l'Information Sanitaire à l'OOAS.



© Présidium à l'ouverture de l'atelier

Mme O'Neil a au nom de l'Ambassadeur salué la présence de tous les partenaires et a montré l'importance de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en Afrique dans la coopération canadienne. Elle a souhaité que cet atelier puisse permettre de mieux comprendre les faiblesses de la non-utilisation des données probantes lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes afin de permettre la mise en place d'une intervention adéquate. Pour le Directeur Général Adjoint de l'OOAS, Dr Laurent ASSOGBA, l'évaluation en fin 2015 des Objectifs du Millénaire pour le Développement ayant montré que l'espace CEDEAO n'a pas atteint les objectifs fixés en 2000 malgré les progrès enregistrés, « il est du devoir des

responsables de se sentir interpellés pour une meilleure planification des politiques, des plans et des programmes de santé en faveur de la mère et de l'enfant ». Il a dit tout l'engagement de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé à travailler pour rendre l'environnement favorable à l'utilisation des données probantes en SMNI. Il a souhaité que l'atelier permette d'identifier les interventions potentielles que l'OOAS pourrait mettre en œuvre dans le futur dans notre espace sous régional. Il a salué la présence des autres partenaires qui témoigne de leur engagement à travailler ensemble avec l'OOAS dans le futur. Il a terminé en remerciant la Ministre de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal d'avoir accepté d'abriter cette rencontre. À sa suite, le Directeur Général de la Santé a plaidé pour la systématisation du transfert des résultats de recherche en politique et pratique de santé. Dr Pape Amadou Diack a remercié la communauté des partenaires et plus particulièrement le Gouvernement Canadien et le CRDI pour leur soutien et l'accompagnement dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en Afrique. Cette cérémonie a été également marquée par l'hommage rendu au Directeur du Département de la recherche et du système d'information sanitaire de l'OOAS, Dr Sansan Stanislas KAMBOU qui part à la retraite après 17 années de bons et loyaux services.



© Hommage à Dr Stanislas Sansan KAMBOU.



© Photo de famille des participants.

3.2 Participants et méthodologie

Un tour de table a permis aux 76 participants de se présenter. Les participants étaient composés de trois délégués de chacun des six pays, des chercheurs de chacune des 6 Equipes de recherche présentes, des partenaires (OMS Inter pays, ONU Femmes, UNFPA, UNICEF, COCHRANE Nigeria), des sociétés savantes (Société Africaine de Gynécologie Obstétrique, Fédération des Sages-Femmes d'Afrique Francophone, Union des Sociétés et Associations Nationales de Pédiatres), des consultants OOAS, de l'équipe du CRDI et du Ministère des Affaires Mondiales du Canada, de la représentante de l'Organisme de Politique et Recherche de l'Afrique de l'Est, du personnel de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé et du rapporteur général.

La méthodologie utilisée s'est révélée très innovante. L'atelier qui s'est déroulé sous forme de plénières, de travaux de groupe et de formation, a essentiellement été marqué par la réflexion collective (brainstorming), dont une séance intensive, debout et tournante, qui aura permis de coucher sur des flipchart les avis libres et souvent divergents des participants aux origines, positions et parcours divers. Elle s'est poursuivie à la suite de nombreuses présentations par les pays, les contributions de projets phares et des communications. Révélant l'intérêt pour chaque pays de systématiser les revues exhaustives, à l'image du Nigéria et du Ghana.

3.3 Les résultats de l'analyse de la situation

a) Les aspects Genre et Equité dans les programmes de santé de mère et l'enfant

Selon la consultante Larson Beth, les questions d'équité et de genre sont importantes à prendre en compte dans les programmes de SMNE; car, permettent de savoir si les populations les plus vulnérables ont accès aux soins. Aussi, permettent-elles de comprendre en quoi la différence de sexe peut influencer l'accès des femmes aux services de santé. En dépit de discours, il y a encore des résistances dues à des facteurs socioculturels et économiques à l'accès aux soins de santé maternelle et infantile. La position sociale joue un

rôle non négligeable dans l'état de santé déterminant en fait le degré d'exposition et de vulnérabilité, ainsi que l'accès aux soins de santé. La distance au plus proche centre de santé, le niveau de revenu pouvant y être consacré et le niveau d'instruction influent de manière déterminante sur l'état de santé dans les ménages. Quant aux facteurs liés au genre, ils vont du statut différencié de l'homme et de la femme à l'organisation de la société en matière de prise en charge des femmes, des enfants, des handicapés, etc., le rôle des femmes et les relations interpersonnelles influant directement sur la santé des enfants. Alors que la distribution du pouvoir de décision dans la société est dictée par le contrôle des ressources.

L'analyse s'est basée sur une revue de la littérature et des entretiens avec des personnes clés. Elle a permis de noter que les programmes de vaccination et les programmes de soins communautaires sont les approches les plus utilisées pour réduire les inégalités d'accès aux soins.

Au niveau de la promotion de l'équité d'accès aux soins, l'analyse a été faite selon le modèle de promotion de la santé de la population¹ (PSP) de l'Agence de la santé publique du Canada (figure 1).

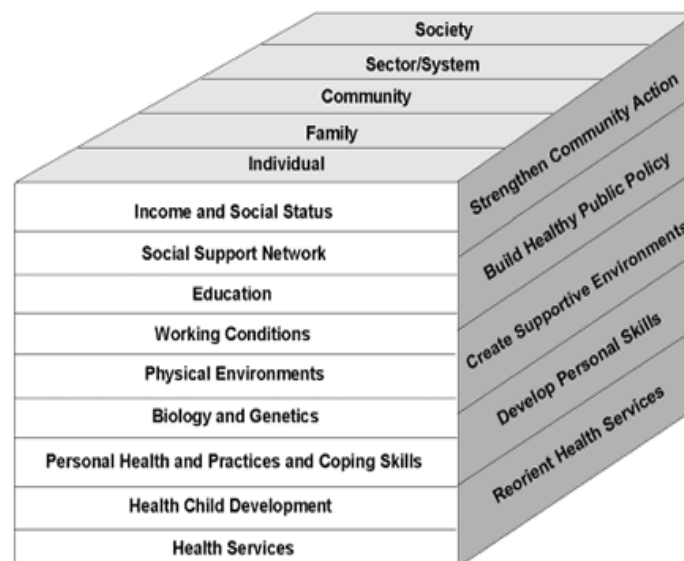


Figure 1 : Modèle PHP

Il est ressorti que plusieurs approches ont été utilisées pour réduire les barrières géographiques, la différence du niveau d'éducation et le niveau socioéconomique comme la promotion des agents de santé communautaire, l'offre de services en stratégies avancées, la construction de nouvelles structures de santé, l'introduction des initiatives de réduction des

¹ Nancy Hamilton et Tariq Bhatti, Modèle de promotion de la santé de la population, Agence de la santé publique du Canada, février 1996, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-psp/assets/longdesc/fig_desc1-fra.php#fig2

coûts ou de gratuités des soins, l'éducation des femmes, la distribution gratuite des moustiquaires. Ces initiatives touchent la lutte contre le paludisme, la prise en charge des femmes enceintes et les accouchements, la contraception, la nutrition, la vaccination, les infections respiratoires. Cependant, certains éléments comme le handicap, les besoins spécifiques des jeunes mères, des vieilles mères, des personnes sans emploi, des ménages avec femme comme chef de ménage et des travailleurs du secteur informel étaient très peu pris en compte.

L'analyse de la prise en compte des aspects genre dans les programmes a été faite selon le cadre logique développé par l'OMS (figure 2) pour la prise en compte du genre². La plupart des programmes dans la région traitant de l'aspect genre étaient soit « *Gender-blind* » (assurance maladie, gratuité des soins) ou « *Gender-sensitive* » (*microcrédit, vaccination, bon d'achat*). Peu de programmes étaient « *Gender-responsive* » ou « *Gender-specific* » (*Promotion des grands-mères, École des Maris, Navrongo Experiment*). L'idéal serait d'avoir des programmes « *Gender-transformative* » permettant d'améliorer la capacité de la prise de décision de la femme dans la société.

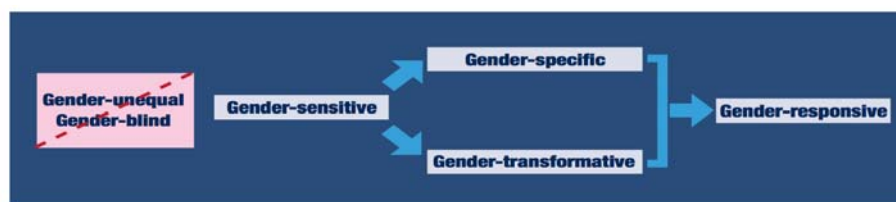


Figure 2: WHO's Gender Responsiveness Assessment Scale

Les travaux de groupe ont noté que le travail n'avait pas pris en compte des politiques ou stratégies genre des pays, les aspects liés aux nouveau-nés, la construction sociale du genre et n'a pas donné des indicateurs relatifs à la question genre dans les pays. Selon les différents participants, la situation actuelle de la prise en compte des aspects genre et équité dans les programmes pourrait s'expliquer par la faible connaissance ou la faible compréhension du concept genre et équité, les pesanteurs sociales culturelles, le faible engagement politique des pays et la faible implication des hommes dans les programmes de santé de la mère et de l'enfant. Pour améliorer la prise en compte des aspects équité et genre, les participants ont proposé le renforcement de capacités des différents acteurs, l'intégration des questions genre dans les documents de politique SMNE, l'opérationnalisation des politiques de genre dans les pays, le plaidoyer en faveur de la prise en compte de l'équité dans les interventions en santé maternelle et infantile, le développement de la culture de la prise en compte du genre, équité dans les évaluations des politiques/Stratégies et plan dans les pays et le renforcement de l'autonomisation des femmes (éducation formelle et non formelle). Pour innover dans le domaine, les participants ont proposé l'intégration du concept genre et équité dans les programmes de formation de base (écoles primaires) et dans les protocoles de recherche ; de développer l'approche paritaire, désagréger le budget national en fonction du genre, développer des programmes genre sensibles, intensifier les discriminations positives à l'équité, et au genre et promouvoir l'accompagnement systématique et obligatoire des femmes

² WHO Department of Gender, Women, Gender mainstreaming for health managers: a practical approach, 2011 146p

par leur mari au centre de santé.

b) Les facteurs liés au système de santé

Pr Irène AGYEPONG, consultante sur la question, a commencé son exposé en montrant une évolution comparative de la mortalité maternelle et infantile entre les autres régions de l'Afrique et l'Afrique de l'Ouest permettant de noter que malgré une réduction ses indicateurs restent élevés en Afrique de l'Ouest. Ensuite, elle a expliqué le système de santé comme la fondation nécessaire à une bonne mise en œuvre des programmes et des interventions. Le système de santé selon elle doit être vu comme une maison dont le toit représente l'offre des soins de prévention et de soins. Les murs représentent les valeurs au niveau du système de santé en termes de redevabilité, d'équité, d'impartialité, de justice, de droits et de responsabilité. La fondation est constituée d'une part par les piliers (hardware) du système à savoir les infrastructures, les ressources humaines, les médicaments, les financements, les consommables et le système d'information et d'autres part le software qui sont les populations, les puissances, les intérêts, la vérité, les réseaux, les processus et à la relative complexité et adaptabilité. Elle a aussi montré l'importance de faire la différence entre un facteur lié au système de santé (tableaux 1 et 2) et un facteur lié au contexte (tableau 3).

Tableau 1 Facteurs du système de santé (Software)

- Les gens comme les internes (prestataires) et des clients externes (clients)
- La réactivité des organisations et institutions de réceptivité aux besoins des clients internes
 - Le manqué de respect/ traitement respectueux
 - Le burnout (épuisement émotionnel, dépersonnalisation)
 - Loi en réduisant la motivation et renforcer les attitudes négatives
 - Certains membres du personnel ont trouvé “ la résilience interne” pour contre carrer
- Questions des clients externes – les gens comme clients
- Connaissances/sensibilisation/éducation et conseil par l'exemple
 - Signes de danger
 - Sensibilisation de la politique sur les soins gratuits dans les établissements de santé, de haut niveau de prise de conscience chez les femmes des services de soins prénatals
 - Des conseils du personnel de soins de santé aux femmes enceintes pour l'installation et la prestation
- Attentes et questions connexes, par exemple pourquoi ont-ils besoin de mentionné quand il y a une infirmière dans l'établissement communautaire
- Croyances par l'exemple
 - Inhibitions culturelles
 - Les croyances à propos des transfusions sanguines, etc.
- Les questions du genre (
 - Les femmes doivent être bien élevées et justifier les besoins non pertinents dans un processus de négociation inégal avec des possibilités de recours ambivalents
 - Les femmes peuvent souffrir des retards ou de l'exclusion des services de soins
 - La faible estime de soi des femmes et leur déséquilibre de pouvoir domestique
- La réactivité en tant que valeur manifeste dans les résultats
- Expériences des clients :
 - L'intimidation et être grondé
 - Choix limité
 - Traitement silencieux
 - Manqué d'intimité
- Attitudes négative des prestataires envers les clients.
- Disponibilité des soins de sage-femme dans les établissements de santé comme des raisons de facilité de recours aux soins
- L'équité en tant que valeur manifeste dans les résultats
- Concernant les clients (clients externe)
 - Dotation inversement lié à la pauvreté et le niveau de besoins
 - Suppression des frais disproportionnés des groupes les plus riches (Mali)

- Les femmes des groupes de revenu le plus pauvre sont moins susceptibles que les autres femmes de se faire soigner même lorsque l'assurance est disponible

- Les femmes des groupes de revenus les plus pauvres sont moins susceptibles d'être assurées, malgré l'inscription modeste et fortement subventionnée

- Les ménages les plus riches avaient plus de baisse de paiement "Out-of-pocket"

- Les riches bénéficient plus que les pauvres

- Preuve de la réduction des inégalités d'accès avec la suppression des frais d'utilisation de poche

-

- Concernant les prestataires (clients internes)

- Perception de l'inégalité dans la distribution des incitations

Tableau 2 Facteurs du système de santé (hardware)

Governance

- Les facteurs favorisant
 - Ramolissement des hiérarchies des pouvoirs institutionnelle
 - Equipe égalitariste fonctionnant par exemple dans la prise de décision et la responsabilité des résultats partagés
 - Facilitation de l'innovation locale et l'amélioration continue
 - Parties prenantes multiples, la participation à plusieurs niveaux dans la gouvernance pour améliorer la prise de décision et de responsabilité
 - Redevabilité

Médicaments et technologies

- Les pénuries, les insuffisances, la non-disponibilité des médicaments essentiels, des outils, des fournitures (y compris le sang) et des technologies
- Les problèmes d'infrastructures
- La disponibilité des équipements essentiels, des médicaments, des outils, des fournitures et des technologies
- Constructions d'infrastructures

Ressources humaines

- Facteurs affectant la motivation et l'attitude
 - Les problèmes de réactivité des clients internes
 - Matériel
 - Les mauvaises conditions de services
 - Le manque de protection au lieu de travail
 - La rémunération
 - La disponibilité/accès aux ressources (équipements, outils et fournitures, environnement de travail)
 - L'opportunité d'acquérir une formation supplémentaire était le facteur le plus important pour les étudiants, sages-femmes à décider où ils finiront par travailler
- Nombres
 - La pénurie de travailleurs de la santé dans toutes les catégories et à tous les niveaux
 - Faible mise en œuvre et gestion des délégations de tâches
 - Mauvaise répartition
 - Bonne mise en œuvre et gestion de la délégation des tâches
- Les compétences et les aptitudes (incluant la formation et le renforcement de capacités)
- Les incitations de performance et de dissuasion

Prestation des services

- Disponibilité des services
 - Manque ou indisponibilité de différents niveaux de service
 - Location/Distance des clients
- Transport
 - Faible/manque/inadéquat transport et systèmes d'ambulance
- Communication
 - Entre personnels de santé (workers) (au sein de la structure et avec les références liées)
 - Entre personnels de santé et clients
- Infrastructure des soins
 - Les défis infrastructurels affectent la qualité des soins
 - Retard à l'administration des premiers soins
 - Soins pendant le transport de référence
 - Procédure de prestation des services

Financement

- Financement inadéquat du programme
- Paiement direct des soins
- Condition de transfert d'argent
- Effet du paiement direct modifié par d'autres barrières par exemple:
 - Disponibilité du service et la perception
 - Les questions de RH

Système d'Information Sanitaire

- Qualité de l'information et la documentation dans les dossiers médicaux et les dossiers
- Les lacunes des données influencent la qualité des données pour la prise de décision et l'établissement des priorités, par exemple la faible prise de conscience de l'échelle sur la mortalité MN
- Les outils d'établissement des priorités traditionnels ne reflètent pas les avantages à long terme des interventions telles que la PF
- Faible transparence de l'information sur les budgets et les résultats
- Important potentiel pour améliorer l'accès et l'utilisation des données pour la prise de décision
- Les systèmes d'enregistrement de l'état civil
 - Obligatoire, mais mal mis en œuvre
 - Faible ressource au département des naissances et des registres de décès
 - Amélioration dans le système civil: état civil (pris en charge des audits de décès maternels)
- Communication des informations par exemple organisation d'événements d'intérêt pour créer la visibilité pour les questions

Tableau 3 : Facteurs contextuels

• Sociaux et Culturels ○ Autres influences des ménages et des membres de la communauté sur la recherche de soins et de prise de décision ○ Faible statut des femmes, le manque de contrôle sur la prise de décision et faible valeur sur l'éducation des filles ○ Résidence urbaine contre résidence urbaine ○ Religion • Economiques ○ Microéconomique—Individuel et au niveau des ménages ○ Contexte macroéconomique • Politiques ○ Transitions ○ Ideologies ○ Priorités ○ Champions • Internationaux/Mondial ○ Agendas International e.g. ODM, ODD ○ Priorités des bailleurs ○ Facteurs économiques mondiales	• Les routes et les transports en commun ○ Les routes de mauvaise qualité, parfois rendues inaccessibles; le faible réseau et la disponibilité des transports publics • Sécurité ○ e.g. Les voleurs armés de nuit affectent le transport et le temps de référence (Ghana); les conflits armés dans les régions du Nord du Mali • Communications ○ Mauvaise connectivité du réseau mobile en particulier dans les régions les plus rurales des districts ○ Barrières linguistiques • Éducation: ○ e.g. Alphabétisation (éducation des mères) prédit l'utilisation des soins de sécurisés de la maternité • Eau et assainissement • Alimentation et Nutrition
--	---

Le schéma suivant fait la synthèse des facteurs favorisant ou limitant le système de référence pour les soins obstétricaux d'urgence. On note que les facteurs du système comme les compétences, la distribution et le nombre des ressources humaines, les arrangements de financements et la qualité des soins peuvent favoriser ou limiter le transfert rapide de la femme pour des soins d'urgence. Au niveau du contexte, il a été également noté que, l'état et la sécurité des routes, les causes socioculturelles et économiques du retard à la maison peuvent aussi influencer sur le transfert rapide pour les soins d'urgence. Ces facteurs liés au système de santé et au contexte vont influencer sur le processus de prise de décision ou de mise en œuvre de la référence en termes de référence à temps avec une ambulance équipée, avec l'accompagnement d'un infirmier et avec un dossier. Ce processus de prise de décision et de mise en œuvre de la référence va produire des résultats intermédiaires comme le temps

et les conditions de la patiente à l'arrivée qui vont influencer l'état de santé finale en termes de morbidité et de mortalité.

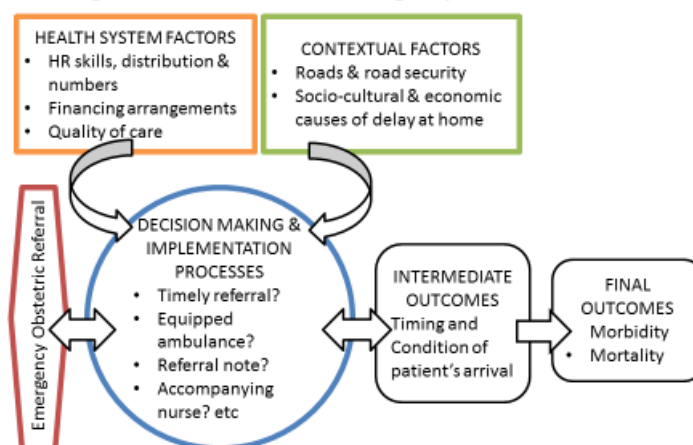


Figure 3 : Illustration sur les urgences obstétricales

Ainsi, les facteurs limitants et favorisants sont le reflet l'un de l'autre. Pour chaque facteur favorisant, quatre facteurs limitants sont décrits. Il s'avère indispensable de renforcer les systèmes de santé en mettant ensemble la recherche, la prise de décision et la pratique.

Lors des travaux de groupe, il est ressorti que la prise en compte du caractère multisectoriel la mise en œuvre de la couverture maladie universelle, la contribution des collectivités, les médicaments, laboratoire et équipements, l'analyse SIS (outils), l'insuffisance donnée sur la gouvernance et la réactualisation des données n'ont pas été prises ne compte

Les facteurs sous-jacents étaient : les tensions sociales dans le système, la survenue des épidémies, les instabilités institutionnelles, l'insécurité, les chocs, la faiblesse de la gouvernance, le faible niveau de prise de conscience des problèmes de santé, le problème de motivation, la corruption et l'impunité

Les actions prioritaires pour apporter les changements proposés sont: de développer la recherche (utilisation dans toute prise de décision), la mise en œuvre des interventions à haut impact, de dynamiser la plateforme (décideurs – chercheurs) et de répertorier, documenter et partager les bonnes pratiques

Les éléments d'innovation au niveau du système de santé étaient: le financement basé sur les résultats, la PCIME (ICATT : PCIME communautaire), la gratuité des soins, la couverture maladie universelle/mutuelle assurance maladie, l'utilisation de la télémédecine, la promotion de cadre de collaboration médecine moderne médecine traditionnelle, la médecine mobile, la délégation des tâches, le partenariat public privé).

c) le transfert de connaissances (KTE) et l'utilisation des données probantes

Le Professeur Pierre Ongolo-Zogo, consultant régional chargé de cette thématique a commencé sa présentation par des définitions pour mettre tous les participants au même niveau. En empruntant la définition de Strauss, il a dit que le transfert de connaissances est le

processus dynamique et itératif par lequel la synthèse, la dissémination, l'échange et l'utilisation éthique des connaissances permettent d'améliorer la santé et de rendre plus efficaces les services et les produits ainsi que le système de santé (Strauss et coll. 2009). Il a aussi défini le partage de connaissance comme une approche, de résolution de problèmes entre chercheurs et décideurs qui se fait à travers l'établissement de lien et d'échange. Le partage effectif de connaissance inclut une interaction entre décideurs et chercheurs et aboutit à un apprentissage mutuel à travers le processus de planification, de production, de partage et d'application des résultats existants ou nouveaux de recherche dans la prise de décision (Canadian Health Services Research Foundation). La diffusion est une propagation passive des résultats de recherche. La dissémination est un ensemble d'efforts planifié et actif pour persuader un groupe d'adopter une innovation. La mise en œuvre est un ensemble d'efforts planifié et actif pour faire accepter une innovation au sein d'une organisation. L'utilisation de la recherche est le processus par lequel une connaissance spécifique à base de recherche est mise en pratique. Enfin, l'innovation dans l'offre et l'organisation des services de santé est un nouveau lot de comportements, de routines et d'approches de travail qui a été commis à l'amélioration des résultats de santé, à l'efficacité administrative, au coût efficacité ou l'expérience des utilisateurs et qui a été mise en œuvre par des actions coordonnées et planifiées. Il a ensuite décrit la méthodologie qui a été utilisée pour réaliser le travail. Après une information des responsables des services de santé de la mère et de l'enfant, une revue de la littérature a été faite pour collecter les documents de politiques et de plans existants dans les pays afin d'analyser leur processus d'élaboration, ensuite à la recherche d'articles sur le transfert de connaissance, la prise de décision à partir des données probantes et un entretien avec des acteurs clés. La synthèse de ces résultats a été partagée au cours d'un atelier d'engagement au niveau de chaque pays. Au cours de cet atelier, les premiers résultats ont été validés et un questionnaire a été administré à tous les participants pour évaluer leurs connaissances et capacités à acquérir, évaluer, adapter et utiliser les données probantes. Au niveau de l'OOAS, un entretien a eu lieu avec le personnel pour appréhender l'utilisation des données probantes dans leur activité de tous les jours. Ensuite, un questionnaire individuel a été administré à chaque professionnel pour évaluer ses connaissances et capacités à acquérir, évaluer, adapter et utiliser les données probantes.

Il est ressorti dans tous les pays que l'élaboration des documents de politique, plan, protocoles et normes se fait avec l'implication de l'ensemble des parties prenantes. Mais, l'utilisation des données probantes au cours du processus d'élaboration n'a pas pu être mise en ; car dans la plupart des documents les références utilisées n'existent pas et l'utilisation des données probantes n'est pas expliquée. Ainsi la prise de décision est basée plus sur la connaissance des experts. Il n'existe pas souvent un cadre structuré pour soutenir l'utilisation de l'évidence même si dans certains pays il existe des plateformes de partage de connaissance (service de réponse rapide, cadre de passage à l'échelle). Il a aussi ressorti une grande influence des bailleurs au cours des processus de prise de décision. Dans quelques pays, des cadres de concertation entre décideurs et chercheurs ont été identifiés, mais sont pour la plus tard du temps non fonctionnel. La culture de l'évaluation n'est pas encore ancrée dans les pratiques dans tous les pays. L'analyse des compétences et des besoins pour mieux utiliser les données probantes a montré la nécessité d'un renforcement des capacités des différentes parties

prenantes. Les actions prioritaires pour améliorer la situation dans les pays proposés étaient l'amélioration des capacités pour la réalisation des synthèses des évidences, l'amélioration des capacités pour demander, accéder, évaluer, adapter et utiliser les données probantes, instaurer des cadres d'utilisation des données probantes pour l'élaboration des mémorandums ou requêtes, améliorer les plateformes ou mécanismes de transfert des connaissances existants dans les pays, promouvoir des procédures de délibération à base de données probantes à utiliser durant le processus de programmation et de planification et enfin faire le plaidoyer pour une meilleure utilisation des données probantes.

Au niveau de l'OOAS, il a été noté une absence d'arrangement institutionnel pour assurer une utilisation systématique des données probantes, que la prise de décision était plus basée sur les connaissances et les expériences des experts, la non-utilisation systématique des synthèses de données probantes et de la bibliothèque par les professionnels, que la politique jouait un rôle dans les prises de décision, une faible culture de l'évaluation et un besoin de renforcement des capacités dans le domaine de l'utilisation des données probantes. Il a été ressorti que la position de l'OOAS pouvait être utilisée pour la promotion de l'utilisation des données probantes à travers l'introduction des directives afin que les requêtes ou Mémorandums des pays soient élaborés avec utilisation des données probantes. Le personnel a montré toute sa disponibilité à être formée afin de pouvoir utiliser de façon systématique les données probantes. Enfin, la culture de l'évaluation pourrait être promue avec succès au sein de l'OOAS.

Les parties prenantes devant être prise en comptes au niveau des pays étaient les officiels du ministère de la Santé incluant le personnel des directions, division et unité en charge de la planification, de la recherche, de l'analyse politique, de la santé de la mère et de l'enfant, de la promotion de la santé et des différents comités délibératifs. En plus, il faudrait ajouter le personnel des institutions de recherche, des associations professionnelles, des instituts ou écoles de formation, des réseaux scientifiques et de la société civile, des ONG et de la presse.

Les principaux facteurs limitants l'élaboration de politiques de santé éclairées par des données probantes et des pratiques de santé fondées sur des preuves en matière de SMNI sont entre autres : (i) l'absence d'un moyen/d'un mécanisme systématique de promotion de l'utilisation des données de recherche dans le domaine de la SMNI ; (ii) l'insuffisance de capacités organisationnelles pour mener une recherche pouvant déboucher sur l'utilisation ; (iii) le caractère limité ou insuffisant de l'allocation budgétaire destinée à la recherche ; (iv) l'absence de politique écrite qui permet au personnel de fonder les mémorandums, les argumentations et les propositions sur des données factuelles ; (v) l'absence d'intérêt des décideurs politiques pour la recherche ; (vi) le fait que la recherche soit soumise aux règles des bailleurs de fonds ; (vii) la détermination des priorités de la recherche par les bailleurs de fonds ; (viii) la diffusion inappropriée des résultats et des données de la recherche ; et (ix) le manque de forum où chercheurs et décideurs peuvent interagir.

Les stratégies proposées pour atténuer les facteurs limitants ci-dessus comprennent : (i) le renforcement des capacités sur les questions liées à l'EIHP et à l'EBHP notamment, comment intégrer les données de la recherche dans l'élaboration des politiques de santé ; (ii) l'institution de règles administratives et de règlements permettant une allocation budgétaire

pour la recherche et exige des mémorandums fondés sur des preuves et des propositions de politiques basées sur des données probantes ; (iii) la diffusion appropriée des résultats de la recherche auprès des acteurs concernés ; (iv) la promotion de l'élaboration et de l'utilisation efficaces des synthèses de données factuelles telles que les revues systématiques des résumés de politiques ; (v) la création de conditions pour l'implication des décideurs dans la recherche par le biais du renforcement des capacités, l'engagement pour la détermination des domaines de recherche basés sur des besoins ; (vi) l'institution d'un forum sur l'articulation de la recherche avec les politiques afin de favoriser une interaction appropriée entre les acteurs de la santé afin d'assurer de façon durable l'EIHP et l'EBHP au profit de la SMNI.

Lors des travaux de groupe, les facteurs pouvant expliquer la situation actuelle du transfert de connaissance et l'utilisation des données probantes ont été identifiés. Il s'agissait de, la faible collaboration entre les administrateurs et les chercheurs (les administrateurs bloquent la diffusion rapide des connaissances), la presque absence de mécanismes et diffusion de résultats, la production de connaissances non accessibles et utilisables par les praticiens et les politiques, le faible accès aux TIC et la faible culture de partage et la tendance à retenir les connaissances.

Comme actions prioritaires pour améliorer la situation, les participants ont proposé de faire connaître toutes les plates-formes de diffusion de connaissances par pays, de promouvoir l'expérience du Nigéria en matière de revue systématique et de constitution de base de données de connaissances, de renforcer les capacités des acteurs du terrain dans la production et la diffusion de connaissances, d'accroître les opportunités des présentations des résultats de recherche et de renforcer le plaidoyer

Les innovations en transfert de connaissances proposées par les participants étaient les suivantes : utiliser les réseaux sociaux pour diffuser les connaissances, renforcer le partenariat public, privé, démocratiser l'accès aux TIC, la mise en place de comité de mise à jour des directives, le financement (privé) innovant pour la diffusion des résultats de la recherche, la promotion du courtage en connaissance (expérience du BF), la veille documentaire et la création des ministères en charge de la recherche.



© Participants en travaux de groupe

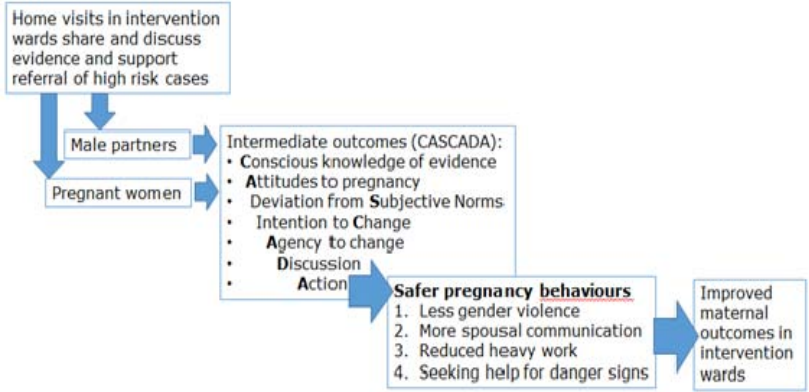
3.4. Messages clés, utilisateurs potentiels et approches de partage des projets financés dans les cadres de l'initiative Innovation pour la Santé des Mères et des Enfants d'Afrique

Les cinq équipes de recherche ont fait chacune une présentation des messages clés attendus de leurs projets de recherche, les utilisateurs potentiels et les canaux de communication qui allaient être utilisés pour partager les résultats avec les utilisateurs. Le tableau 4 ci-dessous fait la synthèse de ces résultats par projet.

Tableau 4 : Synthèse des messages clés attendus, les utilisateurs potentiels et les approches de partage des projets des équipes de recherche

Projets	Messages clés attendus	Utilisateurs potentiels / Approche de partage des résultats
Scaling up care for perinatal depression for improved maternal and infant health (SPECTRA)	- Des interventions efficaces sont disponibles près de vous - Le traitement des dépressions périnatales améliorera le bien-être ; le fonctionnement et la santé des enfants - Les praticiens peuvent être formés sur la prise en charge des dépressions périnatales basée sur les données probantes - La prestation de soins basés sur les données probantes pour la prise en charge de la dépression périnatale améliore la santé maternelle et infantile - Les interventions pour la dépression périnatale peuvent être mises en place avec les soins de santé maternelle de routine et intégrées - Un modèle perrian de soins basés sur les données probantes est disponible et réalisable - Les formations des prestataires de soins maternelles sur les interventions basées sur les données probantes pour la dépression périnatale peuvent être effectivement données par des non-spécialistes ; et les formations peuvent être intégrées au curriculum de formation existant, - Le prix de passage à échelle des services pour la dépression périnatale est connu, - Le mhGAP-IG est un outil effectif pour de soins basés sur les données probantes pour la dépression périnatale - Un modèle périn pour l'utilisation du mhGAP-IG pour le passage à échelle des services est développé.	Communauté - Activités d'engagement avec les leaders communautaires et les leaders d'opinion - Campagnes de sensibilisations publiques Utilisateurs et prestataires - Discussion sur la santé de manière routinière - Brochures d'informations Décideurs politiques et planificateurs en santé - Note de politiques à travers l'OOAS - Résumé de projet à l'intention du comité d'action en santé mentale OOAS et les autres pays - Publications - Présentations Chercheurs - Publications dans les journaux scientifiques - Communications orales lors des conférences
FBR en santé maternelle et infantile et équité au Burkina Faso et au Mali	Intérêt d'intégrer la dimension équité dans le dispositif FBR et faciliter l'accès aux soins, en particulier des plus pauvres (donc aussi agir sur la demande) → comment intégrer cette dimension - Soit articulation FBR/Ramed - Soit prévoir des indicateurs portant sur l'accès aux soins, selon modèle burkinabè	- Le courtage en connaissance sera expérimenté au Mali - Les initiatives de courtage de connaissances prévues comporteront - Un soutien financier au réseau d'expertise nationale dans la mise en œuvre du FBR (clinique de gestion et d'innovation des connaissances (CGIC)) - Pour favoriser le dialogue entre chercheurs, intervenants et décideurs des deux pays préoccupés par le FBR et l'équité, des échanges directs sont programmés - Les chercheurs rédigeront régulièrement des notes politiques pour alimenter la réflexion des décideurs - Un film documentaire sera réalisé, diffusé sur Internet et dans des conférences internationales.

		• La participation à des conférences internationales permettra de faire connaître les résultats du programme de recherche au-delà de la sous-région • Des articles scientifiques seront produits en anglais dans des revues en accès libre pour en favoriser l'accessibilité et un ouvrage collectif viendra clore le programme.
Réduire la mortalité maternelle et néonatale, à l'échelle d'une région, par une approche intégrée de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement	• Les agents de santé communautaire pratiquent de façon adéquate la réanimation du nouveau-né • Le référentiel de formation (HBB) sur la réanimation du nouveau-né est utilisé efficacement pour le transfert de compétences • Les agents de santé communautaire préviennent de façon adéquate les hémorragies du post-partum • Le référentiel de formation (HMS) sur la prise en charge des hémorragies du post-partum par le misoprostol est utilisé efficacement pour le transfert de compétences • La théorie de normalisation des processus est adaptable et fonctionnelle dans le contexte des systèmes de santé du Sénégal et du Bénin	• ECD (messages 1, 2, 3,4) Réunion, formation, atelier, rapport • Comité de pilotage, ministère santé, partenaires (message 5) Présentation, rapport • Étudiants (message 5) Présentation, Poster, Journaux
Increasing Women's Access to Skilled Care to Reduce Maternal and Perinatal Mortality in Nigeria	• Use of Antenatal care/Promoting early use of antenatal and delivery care • Information on the causes of maternal and perinatal deaths • Primary Health care as place of choice for antenatal and delivery care • Curtailing negative practices against women • Empowerment of Women	• Pregnant women and secondary gate-keepers [e.g. husbands of pregnant women] Community outlets, social media, TV and Radio • All women and their partners—including community members Community outlets, social media, TV and Radio Pregnant women, especially in rural populations Community outlets, social media, TV and Radio • Community members Community outlets, social media, TV and Radio Decisions makers
Programme Bajenu Gox** : une porte d'entrée pour soutenir une approche communautaire intégrée visant la santé de la mère et de l'enfant	• Renforcement de compétences d'une actrice communautaire en la Bajenu Gox (BG) en vue d'une valorisation de son statut et de leur leadership • Changement de comportement des bénéficiaires des services des BG en faveur de bonnes pratiques de santé de la mère et de l'enfant • Arrimage du PBG aux programmes de santé publique • Mécanismes passage à l'échelle de l'approche BG • Pérennisation du PBG	• Décideurs au niveau local (Comité de santé et ONG) : rapport de formation • BG, FAP, Décideurs, Communautés, Chercheurs, ONG : rapports d'étude, articles Décideurs, Prestataires de soins, Chercheurs, ONG : rapports d'étude • Décideurs, Prestataires de soins, chercheurs, ONG : Rapports d'études, Guide de plan de passage à l'échelle Film documentaire, Sites web • Décideurs, Prestataires de soins, chercheurs, ONG : Rapports d'études, Guide de plan de passage à l'échelle Film documentaire, Sites web

Video edutainment: impact sur la santé maternelle et infantile dans la zone du gouvernement local de l'État de BAUCHI, NIGERIA	• Amélioration en santé maternelle et infantile (morbidity et mortalité) • Une meilleure connaissance des signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement • Amélioration des soins des femmes pendant la grossesse et l'accouchement y compris le comportement et le soutien des partenaires masculins, • Amélioration de la communication entre conjoints sur les questions liées à la grossesse et à l'accouchement • Réduction de la violence conjugale en particulier la violence pendant la grossesse	• Nous allons tenir, deux réunions intermédiaires de diffusion au niveau local et deux au niveau LGA pour partager les résultats préliminaires et discuter de toute modification au processus de visites à domicile qui peuvent être nécessaires avant le début de la mise en œuvre de la vague des quartiers • Ces réunions utiliseront les rapports mensuels sur les résultats à partir des données soumises au serveur • Ce partage des résultats contribue à maintenir l'engagement des utilisateurs de la recherché dans le processus • Vers la fin du projet, nous allons rencontrer les différents ministères au niveau local et LGA pour partager et discuter les résultats, et tenir deux ateliers de diffusion pour partager les résultats avec un public plus large, y compris le gouvernement et les parties prenantes non gouvernementales • Les agents gouvernementaux qui ont participé aux ateliers de l'analyse feront partie de l'équipe de présentations dans ces ateliers de diffusion, • Les membres de l'équipe de recherche présenteront les résultats à des conférences pertinentes en Afrique et ailleurs, si possible les utilisateurs impliqués dans le processus, • Nous allons présenter des documents basés sur la recherche à la fois le processus et les conclusions aux revues scientifiques avec comité de lecture • Si le financement le permet, nous allons préférer publier dans des revues en libre accès  <pre> graph TD A[Home visits in intervention wards share and discuss evidence and support referral of high risk cases] --> B[Male partners] A --> C[Pregnant women] B --> D[Intermediate outcomes (CASCADA): • Conscious knowledge of evidence • Attitudes to pregnancy • Deviation from Subjective Norms • Intention to Change • Agency to change • Discussion • Action] C --> D D --> E[<u>Safer pregnancy behaviours</u> 1. Less gender violence 2. More spousal communication 3. Reduced heavy work 4. Seeking help for danger signs] E --> F[Improved maternal outcomes in intervention wards] </pre>
--	--	---

3.5. Possibilités de prise en compte des aspects équité, genre et système de santé dans les projets financés

Un travail de groupe dans quatre équipes a permis d'identifier avec les équipes de recherche les aspects genre, équité et système de santé qui pourraient être intégrés dans leur protocole de recherche. Ainsi une équipe Nigéria a travaillé sur les trois projets du Nigéria. La deuxième équipe Burkina Mali a travaillé sur le projet de recherche sur les financements basés sur les résultats ; la troisième équipe, Sénégal/Bénin a travaillé sur le projet « *Réduire la mortalité maternelle et néonatale, à l'échelle d'une région, par une approche intégrée de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement* » ; et la quatrième équipe Sénégal a travaillé sur le projet Bajenu Gox. Le tableau 5 fait la synthèse des propositions par projet.

Tableau 5 : Synthèse des propositions d'amélioration des protocoles de recherche des projets des équipes de recherche

Projets	Propositions	Besoins
Mise à échelle des soins pour la dépression périnatale pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile (SPECTRA)		•
FBR en santé maternelle et infantile et équité au Burkina Faso et au Mali	- Relire les outils d'observation (grille d'observation et guides d'entretien) pour avoir une visibilité sur les changements induits par le FBR en étroite relation avec le Système Santé (ressources humaines, financement et utilisation du financement, redevabilité) et les inégalités sociales liées au genre (bénéficiaires du RAMED, points de vue des utilisateurs H/F par rapport à la mise en œuvre du FBR et du RAMED.) - Partager les résultats des observations et les recommandations pour les FS dans lesquelles les données sont collectées	- Renforcement des équipes de collecte de données Mali-Burkina sur l'analyse du système de santé et le Genre (organisations d'un atelier commun Mali-Burkina avec environ 30 personnes) - Organiser des ateliers de restitutions pour ces FS (un atelier pour 30 personnes x 06 districts) - Soutenir (OAAS) la participation des équipes de recherche dans le comité de pilotage - Mettre davantage l'accent sur la participation de tous les acteurs clés de la pérennisation de l'intervention (la recherche devra s'interroger sur l'impact de l'absence de certains acteurs) dans les comités de pilotage et les autres instances de partage d'informations et de connaissance (M finances, M Développement social) - Négocier des conventions avec les parties prenantes pour faciliter la mise en œuvre de la recherche
Réduire la mortalité maternelle et néonatale, à l'échelle d'une région, par une approche intégrée de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement	•	
Programme Bajenu Gox** : une porte d'entrée pour soutenir une approche communautaire intégrée visant la santé de	- Améliorer le contenu de la formation des BG avec module santé adolescent, entrepreneuriat féminin et plaidoyer - Groupes vulnérables (handicapés, plus pauvres, les domestiques) ont accès à la BG	

la mère et de l'enfant	• Mise en place de l'association des BG • Facilitation des rapports avec le système de santé • Rapprochement Comité de santé • MEO d'activités génératrices de revenus • Mise en place du cadre de concertation local des acteurs communautaires	
Increasing Women's Access to Skilled Care to Reduce Maternal and Perinatal Mortality in Nigeria	•	
Video edutainment: impact sur la santé maternelle et infantile dans la zone du gouvernement local de l'État de BAUCHI, NIGERIA	•	

3.6. Présentations des expériences de plateformes sur le transfert de connaissances en Afrique

Trois expériences de plateformes fonctionnelles ont été présentées à travers, leurs activités, les défis et les leçons apprises. Il s'agit de :

a) *WAHO evidence-based healthcare initiative—a role for the Cochrane Collaboration and evidence synthesis presented by Professeur Martin MEREMIKWU.*

Basé à l'Université de Calabar au Nigéria, c'est le seul centre de revue systématique affilié à Cochrane dans la sous-région. La présentation a fait le point des définitions des concepts d: « 'evidence-based medicine' » (EBM), « 'evidence-based health care' » (EBHC), la pyramide de hiérarchisation des évidences (figure 9), le cadre de construction des soins de santé basés sur les données probantes.

The Evidence Pyramid

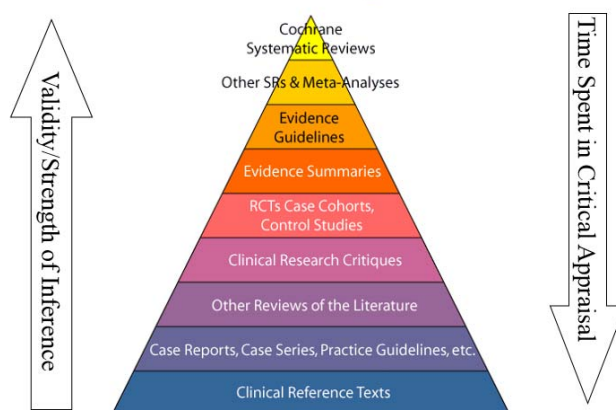


Figure 4 : Pyramide d'hiérarchisation des données probantes

Un accent particulier a été mis sur le processus de passage de données probantes à l'action à travers le « 'Evidence to action model » » (figure 10).

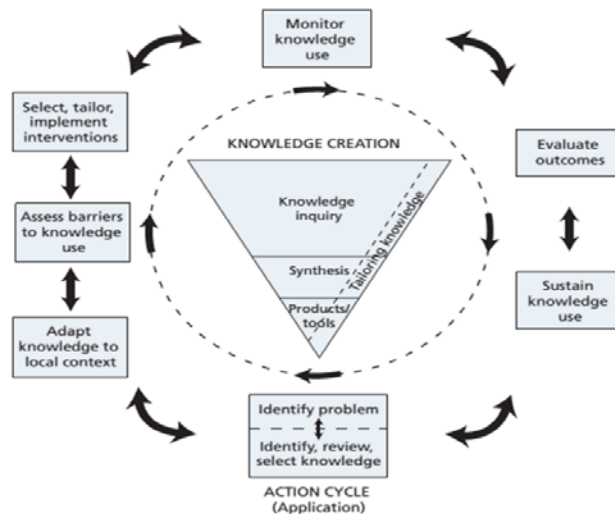


Figure 5: Modèle Evidence to action

La Collaboration Cochrane a été ensuite présentée à travers son historique, son but, son site web (<http://www.cochranelibrary.com/>). Les activités réalisées par la branche nigériane de Cochrane sont entre autres :

- La formation à la méthodologie des revues systématiques,
- La promotion des productions des données pour l'utilisation par les décideurs et les praticiens,
- Le programme de mentorat à la méthodologie de revues systématiques,
- L'octroi de bourses pour des cours en revue systématiques
- La conduite des revues systématiques

L'OOAS et Cochrane Nigeria avaient déjà mené des activités ensemble notamment :

- L'atelier sur « 'Knowledge Management for Evidence-based health in West Africa » » avec une formation certifiée de la WACS, ayant regroupé les chefs des départements de Gynécologie Obstétrique du 7-10 septembre 2009 à Calabar,
- Le « 'WACP/RCPC Evidence-based Medicine training workshop » » tenu les 8 et 9 novembre 2007 à Abuja.

Les futurs domaines d'intérêt pour un partenariat entre l'OOAS et Cochrane Nigeria sont :

- L'organisation de formations de courte durée et des ateliers de la méthodologie des revues systématiques,
- La réalisation de revues systématiques et de méta-analyse sur les problèmes de santé de la région.

- Pré-service de formation pour l'intégration de la médecine basée sur les données factuelles et le transfert de connaissances dans les curricula de formation des professionnels de santé de la sous-région,
- L'identification des priorités de revues systématiques,
- La mise en œuvre et le soutien au développement des revues systématiques
- La constitution d'un « » task force » » sous régionale pour la promotion de la prise de décision éclairée et la pratique fondée sur les données probantes.

b) Approche NEP et Prise de décisions factuelles dans le domaine de la SMNI au Mali présenté par Professeur Hamadoun SANGHO et Dr Youssoufou KEITA.

La Plateforme Nationale d'Evaluation (NEP) part du postulat selon lequel les pays doivent investir dans les interventions qui ont fait leurs preuves dans l'amélioration de la SMNE. Elle constitue une nouvelle approche rigoureuse de compilation et d'analyse des données issues de différentes sources afin que les pays puissent obtenir des réponses probantes aux questions les plus pressantes en matière de programmes et de politiques. Son mécanisme d'aide à la prise de décision factuelle est basé sur :

- a. Son organisation fait d'un comité de pilotage regroupant les principaux acteurs nationaux en SMNE (autorités nationales, PTFs, société civile),
- b. Son mode de fonctionnement en transformant tout problème de politique générale en question d'évaluation, puis fait le point sur les données disponibles, les analyse et produit des résultats qui serviront à la prise de décision,
- c. Son renforcement de capacités pour l'utilisation des outils indispensables
- d. La réponse aux questions prioritaires
- e. Par l'information régulière des décideurs et feed-back techniques,
- f. La participation aux rencontres internationales

Les résultats du 1er cycle ont été présentés et validés par les parties prenantes. Ce qui a permis au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali de faire les recommandations suivantes :

- La prise en compte des résultats de la NEP pour améliorer les plans en faveur de la santé de la mère, de l'enfant et de la nutrition suivie rigoureux de leur mise en œuvre ;
- Réfléchir sur la pérennisation de l'approche NEP et l'intégrer aux activités quotidiennes des institutions de recherche sur la SMNI & N
- Former les équipes des régions sur l'utilisation de l'outil LiST pour une aide à la planification

Par son renforcement des capacités...

Au fil des cycles, la NEP renforce les capacités pour appliquer un ensemble d'outils et de méthodes pour différents types de données qui permettront d'aborder différentes questions d'évaluation

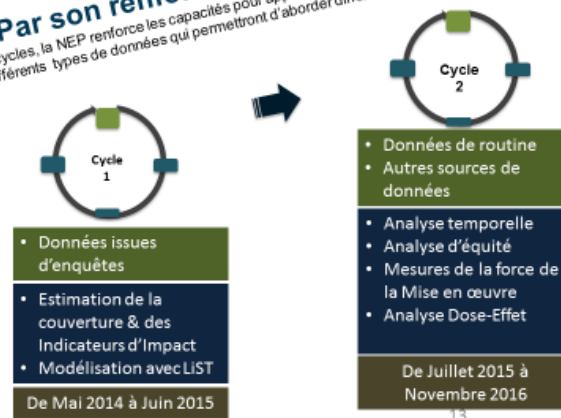


Figure 6 : Cadre de mise en œuvre de NEP Mali.

c) *Knowledge translation platform in Ebony State, Nigeria: Success story & lessons learned par Dr Jesse UNEKE.*

Le but de cette plateforme est d'améliorer le processus de décisions basées sur les données probantes en réduisant le fossé entre les chercheurs et les décideurs. Le rapprochement des chercheurs et des décideurs ainsi que la prise en compte des données factuelles dans la prise de décision constituent un véritable défi. Dix stratégies ont été développées. Ces stratégies ont permis d'avoir comme résultats :

- La production de notes de politiques
- L'organisation de trois rencontres de parties prenantes multiples
- Le développement du '*Operational Manual for Strengthening Institutional Capacity to Employ Evidence in Health Policymaking for Developing Countries: The Nigerian experience*'.
- La mise en place de « *Health Policy Advisory Committee* » dans l'Etat de Ebonyi
- L'initiation d'un programme de formation certifiante sur les politiques de santé et le système de santé à l'Université de l'État de Ebonyi à l'intention des décideurs politiques et des parties prenantes en santé clé,
- La création de « *African Institute for Health Policy and Health Systems Studies* » dans l'université de l'État de Ebonyi avec possibilité d'obtention de Licence, Master et Doctorat en politiques de santé et système de santé.
- La création d'une plateforme d'information politique au Nigeria.
- L'initiation du « *Second Programme* », qui consiste en un échange de personnel entre le Ministère de la Santé et l'Université.

Les forces et opportunités de cette expérience sont entre autres la multidisciplinarité de l'équipe, la bonne collaboration avec les décideurs, la production d'évidence basées sur les besoins décideurs et les cadres d'échanges créés. Les faiblesses et les menaces

sont représentées par le turn-over, la méconnaissance de l'utilisation des données probantes en politique et le manque de fond pour le passage à l'échelle.



Figure 7 : Stratégie 2 de la plateforme de Abonyi State University

3.7. Cadre de suivi-évaluation de l'initiative pour la santé des Mères et des enfants d'Afrique (IMCHA)

Présenté par **Ahmed Tareq Rashid**, le chargé de transfert de connaissances au niveau du CRDI. L'objectif était de donner un aperçu du cadre logique de IMCHA (fig. 11) et de présenter les indicateurs de suivi des IRTs et des OPRS ainsi que les rapports nécessaires.

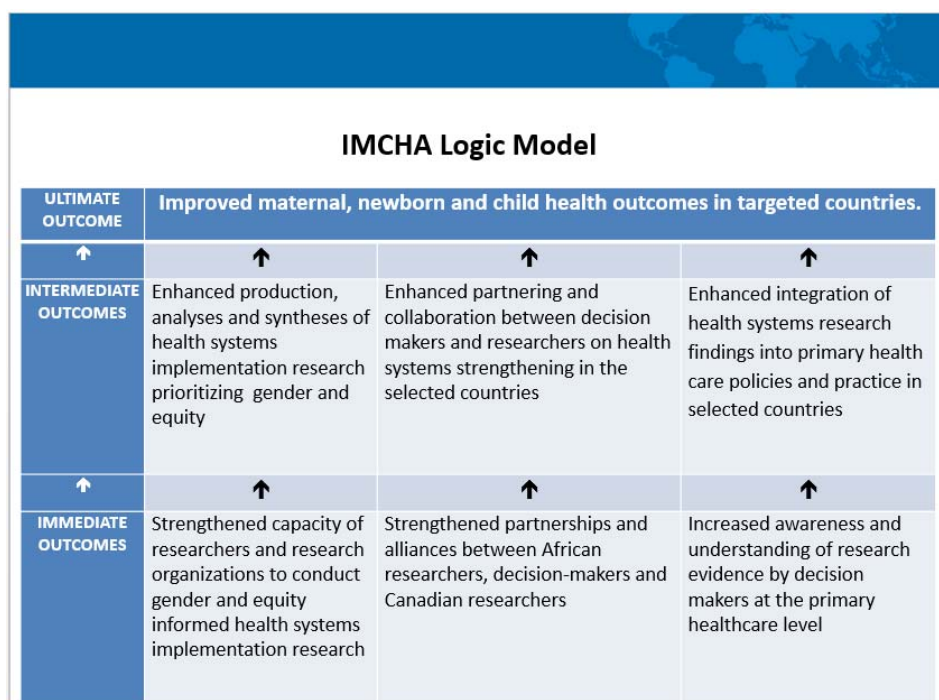


Figure 8 : Cadre logique de l'initiative ISMEA (source : CRDI)

Les principaux indicateurs d'évaluation des IRTs et OPRS (OOAS) sont en lien avec les trois résultats du cadre logiques et se résument en nombre d'activités menées en termes de recommandation aux IRTs, formations des IRTs, communications avec les IRTs, facilitations de collaborations des parties prenantes de l'initiative et le transfert de connaissances pour la promotion de la recherche et le passage à l'échelle. Ces indicateurs sont montrés au niveau du tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6 : principaux indicateurs du suivi des activités des équipes de recherche et des Organismes de Politiques et de Recherche en Santé

1. Améliorer l'analyse et la synthèse de productions sur la mise en œuvre des recherches sur les systèmes de santé orienté sur le genre et l'équité :

ERMO

- # analyses et de synthèses sur le système de santé orientée sur le genre et/ou l'équité,
- # chercheurs émergents engagés dans les équipes de recherche de mise en œuvre,
- # d'individus ayant reçu de formation/réseautage et d'opportunités d'échanges,
- # d'opportunités de synergies de recherche

OPRS

- Proportion de recommandations sur le genre et l'équité issue de l'analyse de la situation prise en compte,
- # d'opportunités de synergies de recherches,
- # d'individus/ERMO ayant reçu une formation organisée par l'OPRS (prière inclure le type de formation, réseautage et échanges procurés aux ERMO)

2. Améliorer le partenariat et la collaboration entre décideurs et chercheurs sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays,

ERMO

- # de nouveaux partenariats formés par les ERMO (prière lister)
- # d'interactions par type de décideurs/parties prenantes non membres des ERMO,
- # et types de communications entre ERMO et OPRS

OPRS

- # et types de communications entre ERMO et OPRS
- # et types de collaborations avec les décideurs/parties prenantes hors de ISMEA

3. Améliorer l'intégration des résultats de recherches sur les systèmes de santé dans les soins de santé primaires, les politiques et la pratique dans les pays sélectionnés

IRTs

- # de références aux recherches des ERMO faites par les décideurs
- # d'activités de transfert de connaissances réalisées pour la promotion de la prise en compte de la recherche pour la mise à échelle et/ou l'innovation.
- # décideurs auxquels les ERMO ont été connectés avec le soutien de l'OPRS (décrire la nature du contact)

HPRO

- # d'activités de transfert de connaissances réalisées pour la promotion de la prise en compte de la recherche pour le passage à échelle et/ou l'innovation
-

(source: CRDI)

3.8 Paroles aux partenaires

Avant la cérémonie de clôture, la parole a été donnée aux partenaires pour donner leur impression et surtout leurs perspectives sur les discussions de l'atelier. Le représentant de l'UNFPA a expliqué l'approche qu'elle prône dans la promotion du genre en Afrique de l'Ouest (approche des droits humains) et a dit toute leur disposition à travailler avec l'équipe de l'OOAS. La représentante de l'OMS a apprécié qualitativement les débats et a montré les liens entre les programmes de son institution et le contenu des débats de l'atelier. L'équipe du CRDI a dit qu'elle a été satisfaite des débats et souhaite une intervention qui va permettre d'améliorer la situation.

3.9 Cérémonies de clôture

La cérémonie de clôture, présidée par Le DGA Dr Laurent Assogba, le représentant du ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale, Dr Samba Cor Sarr, la représentante du CRDI et la représentante de l'OMS, a été l'occasion de reprendre les messages forts de ces trois journées. Avant de donner la parole aux membres du présidium, le Pr Issiaka SOMBIE, Professionnel en charge de la recherche a fait la synthèse des points clés de l'atelier en termes de résultats et de messages clés. La représentante de l'OMS a, au nom de tous les partenaires traduit leur engagement à travailler avec l'OOAS pour améliorer l'utilisation des données probantes pour une amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Le Dr Samba Corr au nom de son Ministre et tous les pays a remercié l'OOAS et le CRDI et, dit l'engagement des pays à travailler pour améliorer la situation du transfert de connaissance et l'utilisation des données probantes. L'atelier a débouché sur le plaidoyer lancé par le DGA Laurent ASSOGBA qui a invité le Président sénégalais, Président en exercice de la CEDEAO à en être le relais en direction de ses pairs-chefs d'État, notamment en ce qui concerne le renforcement des services de santé en personnel et en infrastructures, la formation et la prise en compte des données probantes dans la prise de décisions politiques. L'appel s'adresse également aux partenaires assis à la table, notamment l'OMS, le CRDI, ainsi qu'aux représentants du gouvernement canadien, du Fnuap, de toutes les parties prenantes, etc. « Nous ne devons plus voir une mère mourir en donnant la vie à cause du manque de personnel ou du sous-équipement d'une structure de santé », a dit le Dr Assogba.

ANNEXES

Termes de références de l'atelier régional de validation de l'analyse de la situation du transfert des connaissances et de l'utilisation de l'évidence, des questions genre et équité et des facteurs du système de santé favorisant et limitant l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en Afrique de l'Ouest

1. Contexte et Justification

L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a été sélectionnée en 2014 pour jouer le rôle de l'Organisme de Politique et de Recherche en Santé dans le cadre de l'initiative canadienne Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique. Les missions assignées à l'OOAS sont : 1) de faciliter l'appropriation par les pays des projets de l'initiative ; 2) de faciliter un apprentissage mutuel entre projet et entre pays et enfin ; 3) renforcer les capacités individuelles et institutionnelles dans la recherche de mise en œuvre et dans l'utilisation des données probantes dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et plans stratégiques dans la sous-région Ouest Africaine.

Ainsi, l'OOAS, à terme, devra faciliter le transfert des connaissances et soutenir l'utilisation des données probantes dans la mise en œuvre des politiques et plans stratégiques en santé maternelle néonatale et infantile (SMNI). Pour réussir sa mission, l'OOAS a décidé au cours de la première année du projet de faire une analyse de la situation en trois axes. Le premier axe était d'analyser les forces et faiblesses actuelles du transfert des connaissances et de l'utilisation des données probantes en SMNI. Le deuxième axe était de faire le point sur les aspects équité et genre et leur prise en compte dans les politiques et plans stratégiques en SMNI. Le troisième axe devrait identifier les facteurs systémiques facilitants et limitants en SMNI. Des consultants nationaux et régionaux ont été sélectionnés pour faire le travail et les différents pays ont été informés du projet au cours du forum régional des bonnes pratiques de la CEDEAO tenu en fin juillet 2015 à Ouagadougou.

Au terme de cette analyse de la situation, il est prévu d'organiser un atelier régional pour valider ces résultats et aussi permettre d'identifier les interventions à mettre en œuvre pour que l'OOAS devienne agent de changement et réussisse sa mission dans le cadre de ce projet. L'atelier est prévu à Dakar au Sénégal du 18 au 20 février 2016.

2. Objectifs de l'atelier

L'atelier doit permettre de :

- a. Valider les résultats des trois axes de l'analyse de la situation
- b. Assurer un renforcement des capacités dans le domaine de la planification (identification, mise en œuvre et évaluation) des interventions pour renforcer le transfert des connaissances et l'utilisation des données probantes en SMNI ;
- c. Identifier les interventions et le système de suivi évaluation à mettre en œuvre par l'OOAS ;
- d. Discuter du cadre de collaboration entre les différentes parties prenantes du projet en Afrique de l'Ouest.

3. Résultats attendus

- a. Les résultats des trois axes de l'analyse de la situation sont validés ;
- b. Les capacités des différentes parties prenantes sont renforcées en matière de planification dans le domaine du transfert des connaissances et de l'utilisation des données probantes en SMNI ;

- c. Les interventions et le système de suivi évaluation à mettre en œuvre par l'OOAS sont identifiés ;
- d. Le cadre de collaboration entre les différentes parties prenantes du projet en Afrique de l'Ouest est identifié.

4. Participants de l'atelier

- a. Équipe pays de trois personnes (1 responsable santé maternelle et infantile, un responsable recherche au sein du ministère de la santé et 1 chercheur en santé maternelle et infantile)
- b. Équipe de recherche (2 personnes par équipe)
- c. Équipe OOAS (DG ou DGA, DDRIS³, DDSSP⁴, DAF, PO⁵/Recherche, PO/SSP-RSS, PO/Enfant et Adolescent, PO/Mère Nouveau-né, 2PO/Assistant Recherche, PO/Expert Assistant Kfw, Documentaliste, PO/Webmaster, PO/Communication)
- d. Centre Genre de la CEDEAO (1)
- e. Consultants pays et régionaux (9)
- f. Partenaires (OMS Inter pays, ONU Femmes, UNFPA, UNICEF, JHPIEGHO)
- g. Sociétés savantes : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO), Fédération des Sages-Femmes d'Afrique Francophone (FASFAF), Cochrane Nigéria, Union des Sociétés et Associations Nationales Africaines de Pédiatres (UNAPSA)
- h. CRDI (6 personnes)
- i. Affaires mondiales Canada (Global Affairs Canada) (1)
- j. OPRS Afrique de l'Est (1)
- k. Cochrane Nigéria (1)
- l. Facilitateurs ()
- m. Rapporteur (1)

5. Méthodologie de travail

L'atelier va se dérouler sous forme de plénières, de travaux de groupe et de formation

6. Programme provisoire

Première journée (18-02-2016)		
Horaires	Activités	Personne en charge
9h00	Cérémonie d'ouverture Allocution du DG de l'OOAS Allocution de l'ambassadeur du Canada au Sénégal Discours d'ouverture du Ministre de la Santé et des Affaires sociales du Sénégal	Ministre de la Santé et des Affaires sociales du Sénégal
9h30	Pause-café et Photos	
10h00	Présentation et discussion des résultats des facteurs facilitants et limitants du système de santé (Pr Irene AGYEPONG)	Facilitateur
11h00	Présentation et discussion des résultats genre et équité (Élisabeth LARSON)	
12h00	Présentation et discussion des résultats du transfert de	

³ DDSIS : Directeur du Département de la Recherche et de l'Information Sanitaire

⁴ DDSSP : Directeur du Département des Soins de Santé Primaire

⁵ PO : Professional Officer

	connaissances et utilisation des données probantes (Pr Pierre ONGOLO-ZOGO)	
13h00	Pause déjeuner	
14h30	Travaux de groupe (Brainstorming activités et interventions possibles pour améliorer le transfert de connaissance, genre/équité, renforcement du système/contexte)	Facilitateurs
16h00	Pause-café	
16h30 -17h30	Plénière Restitution des travaux de groupe	
17h30 – 18h00	SESSION bilingue — pour les chercheurs et la bibliothécaire du CRDI	

Deuxième Jour (19-02-2016)		
Horaires	Activités	Personne en charge
8h30	Présentations des messages potentiels, cibles et plans de diffusion et de soutien à l'utilisation par les utilisateurs IRT : • IRT Bauchi (Mme Yagana Muhammad) • IRT Ibadan (Oye Gureje) • IRT WHARC (Pr Okonofua) • Equipe IRT Benin/Sénégal, (Pr Moreau) • IRT Mali/Burkina (Namory Traore) • IRT Mali/Burkina (Laurence Toure) • Sénégal ACDEV (Pr Camara)	Facilitateur
10h00	Pause-café	
10h30	Présentations des leçons, bonnes pratiques et défis des expériences de plateformes en Afrique	Facilitateurs
11h30	Renforcement des capacités sur la planification des interventions pour améliorer le transfert des connaissances et l'utilisation des données probantes	Consultant
13h00	Pause déjeuner	
14h30	Travaux de groupe : identification des interventions au niveau régional et au niveau pays avec indicateurs de suivi évaluation en prenant en compte les propositions du brainstorming	Facilitateurs
16h00	Pause-café	
16h30 -17h30	Plénière Restitution des travaux de groupe	

Troisième Jour (20-02-2016)		
Horaires	Activités	Personne en charge
8h30	Travaux de groupe par pays et équipe OOAS sur les interventions y compris les besoins de formation (équipe pays et IRTs) et le mécanisme de suivi/évaluation)	Consultant
10h00	Pause-café	
10h30-	Plénière des travaux de groupe • Benin • Burkina • Ghana • Mali	Facilitateurs

- Résultat 3 : Les activités et interventions possibles de renforcement des facteurs du système de santé et du contexte influençant la santé de la mère et de l'enfant sont recensées

Participants

Tous les participants à l'atelier sont tenus de participer aux travaux de groupe

Méthodologie

Les travaux se feront en trois groupes qui seront formés peu avant les travaux de groupe. Les groupes sont formés sans tenir compte du profil des participants. La méthode de travail consiste :

- Chaque groupe travaillera à l'atteint d'un résultat attendu. Ainsi, le groupe 1 travaillera sur le résultat 1, le groupe le résultat 2 et le groupe 3 le résultat 3.
- Un rapporteur est désigné par groupe
- Une rotation des groupes est effectuée au bout de 30 minutes sauf les rapporteurs de chaque groupe. Ainsi, le groupe 1 passe au résultat 2, le groupe 2 au résultat 3 et le groupe 3 au résultat 1.
- Avec l'aide du rapporteur, chaque groupe fait des commentaires, apports sur le nouveau sujet.
- Une deuxième rotation est faite au bout de 30 minutes pour avec le même principe.
- Le rapporteur de chaque groupe présente la production au fil du passage des différents groupes sur le résultat.

Le facilitateur de l'atelier et son équipe assurent la synthèse de la production de tous les groupes, et les rendre disponible pour les travaux du lendemain.

II- Planification des interventions au niveau régional et au niveau des pays pour le transfert de connaissances en santé de la mère et de l'enfant.

* * * * *

Justification

Le précédent travail de groupe a permis d'identifier des activités/interventions à mener pour améliorer le transfert de connaissances, la prise en compte des aspects équité/genre et des facteurs du système de santé en santé maternelle et infantile. Une bonne planification de ces interventions tant au niveau région qu'au niveau des pays et prenant en compte les aspects équité/genre et le contexte ; ainsi que des indicateurs de suivi-évaluation est nécessaire à la réussite de l'initiative.

Une planification réalisée par les principaux acteurs nationaux bénéficiaires des interventions assurerait l'appropriation et la pérennisation. Ainsi, ce travail de groupe a pour but de mettre en pratique la formation reçue sur « la planification des interventions pour améliorer le transfert de connaissances et l'utilisation des données probantes ».

Objectifs des travaux de groupe

- 4- Planifier les interventions à mener au niveau régional pour améliorer le transfert de connaissances en santé de la mère et de l'enfant
- 5- Planifier les interventions à mener au niveau des pays pour améliorer le transfert de connaissances en santé de la mère et de l'enfant
- 6- Déterminer les indicateurs de suivi-évaluation des interventions planifiées pour améliorer le transfert de connaissances au niveau régional et des pays

Résultats attendus des travaux de groupe

Au terme de ce travail de groupe, les résultats suivants sont attendus :

- Résultat 1 : les interventions pour améliorer le transfert de connaissances au niveau régional sont planifiées
- Résultat 2 : les interventions pour améliorer le transfert de connaissances au niveau des pays sont planifiées
- Résultat 3 : les indicateurs de suivi-évaluation des interventions pour améliorer le transfert de connaissances au niveau régional et des pays sont déterminés

Participants

Tous les participants à l'atelier sont tenus de participer aux travaux de groupe. Les participants travailleront par groupe (les mêmes groupes que ceux de la veille).

Méthodologie

À la recherche d'une saturation de l'information sur les sujets traités, la méthode de travail par rotation en apportant des commentaires sur le travail des autres groupes sera utilisée. Ainsi :

- Chaque groupe travaillera à l'atteint d'un résultat attendu. Ainsi, le groupe 1 travaillera sur le résultat 1, le groupe le résultat 2 et le groupe 3 le résultat 3.
- Un rapporteur est désigné par groupe
- Une rotation des groupes est effectuée au bout de 30 minutes sauf les rapporteurs de chaque groupe. Ainsi, le groupe 1 passe au résultat 2, le groupe 2 au résultat 3 et le groupe 3 au résultat 1.
- Avec l'aide du rapporteur, chaque groupe fait des commentaires, apports sur le nouveau sujet.
- Une deuxième rotation est faite au bout de 30 minutes pour avec le même principe.
- Le rapporteur de chaque groupe présente la production au fil du passage des différents groupes sur le résultat.

Le facilitateur de l'atelier et son équipe assurent la synthèse de la production de tous les groupes, et les rendre disponible pour les travaux du lendemain.

III- Interventions et mécanisme de suivi-évaluation dans chaque pays et au niveau de l'OOAS pour le transfert de connaissances en santé de la mère et de l'enfant.

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

Justification

Les différents travaux au cours de l'atelier ont conduit à l'identification et la planification des interventions pour améliorer le transfert de connaissances en santé maternelle et infantile en tenant compte des aspects d'équité/genre et des facteurs du système. Chaque pays ayant sa spécificité, il est primordial d'adapter les différentes interventions aux besoins de chaque pays. Aussi l'OOAS doit –elle adapter les interventions régionales identifiées à son contexte institutionnel.

Par ce travail de groupe, les représentants de chaque pays d'intervention du projet doivent identifier parmi les différentes interventions proposées, celles qui peuvent s'appliquer à son contexte.

Objectifs des travaux de groupe

- 7- Identifier les interventions majeures et le mécanisme de suivi-évaluation à mettre en œuvre pour le transfert de connaissances en santé maternelle et infantile dans chaque pays
- 8- Identifier les interventions majeures et le mécanisme de suivi-évaluation à mettre en œuvre pour le transfert de connaissances en santé maternelle et infantile au niveau de l'OOAS

Résultats attendus des travaux de groupe

Au terme de ce travail de groupe, les résultats suivants sont attendus :

- Résultat 1 : les interventions majeures et le mécanisme de suivi-évaluation à mettre en œuvre pour le transfert de connaissances en santé maternelle et infantile dans chaque pays sont identifiés.
- Résultat 2 : les interventions majeures et le mécanisme de suivi-évaluation à mettre en œuvre pour le transfert de connaissances en santé maternelle et infantile au niveau régional et de l'OOAS sont identifiés.

Participants

Tous les participants à l'atelier sont tenus de participer aux travaux de groupe. Les groupes seront composés des représentants de chaque pays (responsables nationaux de la santé de la mère et de l'enfant, le consultant pays, les IRTs) et des représentants des institutions présentes.

Méthodologie

Parmi les interventions proposées et planifiées lors des précédents travaux de groupe ; chaque « groupe pays » sur la base de l'analyse de la situation au niveau pays (aidé par le consultant pays) et ne tenant compte des IRTs, identifiera et planifiera les interventions

majeures à mettre en œuvre ainsi que le mécanisme de suivi-évaluation. Le rapporteur de chaque groupe présentera la synthèse de leurs travaux lors de la séance plénière.

Le facilitateur de l'atelier et son équipe assure la synthèse de la production de tous les groupes.

LISTE DES PARTICIPANTS

N° d'ordre	Pays	Nom	Fonction	Contact/Adresse
DÉLÉGATION PAYS				
1	BÉNIN	Dr Olga AGBOHOU — HOUINATO	Pédiatre, MPH, MSc en Épidémiologie Directrice de la Santé de la Mère et de l'Enfant Ministère de la Santé	(229) 97 07 42 27 oagbohoui@yahoo.fr
2		Dr Alexis BOKOSSA	Directeur de la Recherche et de la Formation ministère de la Santé	+2 299 728/95 411 002 bokale2000@yahoo.fr
3		Dr Armand GANDIGBE	Chercheur en Santé de la Mère	+2 266 609 armandgandigb@yahoo.fr
		Prof Marina MASSOUGBODJI	Membre du Comité Consultatif Régional Ancien Ministre de la Santé du Bénin	+2 299 586 massougbodji@hotmail.com
4	BURKINA FASO	Dr Moussa DADJOARI	Chargé de Programme	+2 267 019 m_dadjoari@hotmail.com
5		Dr Pierre YAMEOGO	Chargé de subvention	+226 70 26 67 39 yampite@gmail.com

6		Dr Honoré MEDA	Médecin épidémiologiste	+2 267 871 honoremeda@yahoo.fr
7	GHANA	Reginald Nii Otoo Odai	Deputy Director of Research MoH/Ghana	reggie_odai@yahoo.com
8		Ivy Frances Osei	Dep Dir RDD GHS/Ghana	ivy.osei@ghsmai.org
9		Gladys Brew	Safe Motherhood Coordinator	gbrew2001@yahoo.co.uk
10	MALI	Dr Margueritte DEMBELE	Chef Division de la Santé de la Reproduction/DNS	(+223) 76 44 22 29/66 03 12 45 coulmargueritte@yahoo.fr
11		Prof Hamadoun SANGHO	DG CRESDOS	+223 66 72 80 33 drsangho@hotmail.com
12		Dr Ousmane TOURE	INRSP	+ 223 78 12 29 91 oussou_toure@hotmail.com

13	NIGERIA	Mrs. Iyabode Olukemi SOWUNMI	Head of Research & Knowledge Management	+234-803-703-8734 kemi572003@gmail.com
14		Dr. Adeniran Olubukola FAWOLE	National Institute of Maternal & Child Health College of Medicine, University of Ibadan	+234-803-318-2802 fawoleo@yahoo.co.uk
15		Dr Abosede R. ADENIRAN	Head Child Health Division Federal Ministry of Health—Abuja	boseade4000@yahoo.com
16	SENEGAL	Dr Ousmane NDAYE	Pédiatre UCAD	oussoubane@gmail.com
17		Dr Alioune Badara TALL	Division de la survie de l'Enfant	tallalioune@yahoo.fr
18		Mme Adjariatou DIALLO DIOUF	Chef Cellule Suivi-Evaluation	adjaratou@gmail.com
19		Mr. Octave MANEL	Division de l'Alimentation et de la Nutrition	maneloctave@yahoo.fr

20		Prof Saliou DIOUF	Pédiatre chercheur à l'Institut de pédiatrie sociale	saliou_diouf2003@yahoo.fr
21		Dr Clement Diarga BASSE	Médecin/Division de la Recherche	docteurbasse@gmail.com
22		M. Idrissa SAW	DSRSE/DAN	thoarozeazur@yahoo.fr
23		Dr Mandiaye LOUME	<i>Point focal OOAS</i> Conseiller Technique n° 1 du Ministre Ministère de la Santé et de l'Action Sociale	mandiaye.loume@hotmail.com

N° d'ordre	Équipe de recherche	Nom Prénoms	Pays	Contact/Adresse
EQUIPE DE RECHERCHE/RESEARCH TEAM				
1	Projet BAJENU GOX (ONG AcDEV)	Prof Boubacar CAMARA	Sénégal	bccamra@yahoo.com
2		Dr Cheick Tidiane ATHIE	Sénégal	acdev@orange.sn
3	Projet SBC	Prof Charles MOREAU	Sénégal	ceforep@orange.sn
4		Sambar Cor SARR	Sénégal	bathie65@yahoo.fr
5		Dr Mohamed DIADHIOU	Sénégal	diadhioumohamed@yahoo.fr
6		Prof Ousmane Ndiaye	Sénégal	oussoubane@gmail.com
7		Prof Rene Xavier PERIN	Bénin	00 229) 95 81 47 69 / (00 229) 97 97 50 30 perrinx@yahoo.fr
		Dr Valentine MEDEGAN-KIKI	Bénin	+229 97395627 mvkiki@yahoo.fr
		Marie-Hélène CHOMIENNE	Canada	mh.chmoienne@uottawa.ca

8	Projet FBR Mali-Burkina	Laurence TOURE	Mali	chat@afrobonemali.net
9		Paul André SOME	Burkina Faso	paulandre.some@gmail.com
10	Projet Video Edutainment at the Doorstep: Impact on Maternal and Infant Outcomes in Toro Local Authority in Bauchi State	Mohammed Gidado YAGANA	Nigéria	mohammedyagana@yahoo.com
11		Ibrahim Adamu Gamawa	Nigéria	adamagamawa@gmail.com
12	Scaling up Care for Perinatal Depression for Improving Maternal and Infant Health	Prof OYE Gureje	Nigéria	oye_gureje@yahoo.com ogureje@comi.edu.ng
13		Mme Lola Kola	Nigéria	lola_kola2004@yahoo.com
14	Increasing Women's Access to Skilled Pregnancy Care to Reduce Maternal and Perinatal Mortality in Nigeria	Michael Ekholuenetale	Nigéria	07033019224 ; 08184776016 mic42006@gmail.com ; mic42006@yahoo.com
15		Dr. Bernard Kadio	Nigéria	+225-09-07-54-89 bkadio@yahoo.fr bkadi022@uottawa.ca

N° d'ordre	Pays	Nom Prénoms	Fonction	Contact/Adresse
CONSULTANTS				
1	Ghana	Prof Irene AGYEPONG	Consultant régional sur les facteurs du système de santé sur la SMNE	iagyepong@hotmail.com
2	Cameroun	Prof Pierre ONGOLO-ZOGO	Consultant régional sur le Transfert de connaissances	pc_ongolo@gmail.com
3	Sénégal	Dr Elisabeth LARSON	Consultante régionale sur la prise en compte des aspects Genre/Équité en SMNE	elarsol11@jhmi.edu
4	Nigéria	Dr Jesse Chigozie UNUKE	Consultant national	unekecj@yahoo.com
5	Mali	Dr Cheick Omar BAGAYOKO	Consultant national	cob281@yahoo.fr
6	Bénin	M. Amour BALOGOUN	Consultant national	amourbalogoun@yahoo.fr
7	Sénégal	Prof Mahamadou SALL	Consultant national	sallmoham@yahoo.fr
8	Ghana	Dr Aku KWAMIE	Consultant national	agkwamie@hotmail.com ; aku.kwamie@wur.nl

N° d'ordre	Pays	Nom Prénoms	Fonction	Contact/Adresse
ÉQUIPE DU CRDI/GOUVERNEMENT CANADIEN				
1	Canada	Sharmila Mhatre	Chef de programme Santé des mères et des enfants	(+1) 613-236-6163 smhatre@idrc.ca
2	Canada	Leah Mwai	Administratrice principale de programmes Santé des mères et des enfants	(+1) 613-236-6163 lmwai@idrc.ca
3	Canada	Marie-Gloriose Ingabire	Administratrice principale de programmes Santé des mères et des enfants	(+1) 613-236-6163 mingabire@idrc.ca
4	Canada	Ahmed Tareq Rashid	Administrateur de programme, Application des connaissances Santé des mères et des enfants	(+1) 613-236-6163 arashid@idrc.ca
5	Canada	Abena Mireku	Direction générale des enjeux mondiaux et du développement (MFM) Politiques et recherches en santé mondiale Affaires Mondiales Canada	(+1) 343-203-6220 abena.mireku@international.gc.ca
6	Kenya	Susan Godt	Administratrice principale de programmes Santé des mères et des enfants	+254 727 260 729 sgodt@idrc.ca
7	Sénégal	Mme O'NEIL	Représentante de l'Ambassade du Canada au Sénégal	

N° d'ordre	INSTITUTION	NOM PRÉNOMS	FONCTION	CONTACT/ADRESSE
PARTENAIRES/SOCIÉTÉ SAVANTES				
1	UNFPA	Dr Noël AZANDEGBE	Directeur du Bureau Régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WACRO)	ngom@unfpa.org
2	UNICEF	Maurice Hours	Regional Health Adviser/Conseiller Régional Santé	Tel : (+221) 33 869 58 58 — Direct : (+221) 338 695 872 Mobile : (+221) 77 819 62 88 mhours@unicef.org
3		Alain Prual	Représentant UNICEF	aprua@unicef.org
5	NEP MALI	Dr Youssoufou KEITA	Conseiller Résident de NEP Mali Représentant de la JHU au Mali	yousniga@gmail.com
6	FASFAF	Mme DICKO Fatoumata MAIGA	Présidente FASFAF	fsdickom@yahoo.fr
7	COCHRANE Nigéria	M. Martin MEREKWU	Director Cochrane Nigeria	mmeremiku@yahoo.co.uk
9	OMS/IST	Dr Olga Agbodjan Prince	CAH/OMS IST/WA	cabrald@who.int
10	OMS/IST	Fatim TALL	RWH/IST/WA OMS	tallf@who.int

N° d'ordre	Département	Nom Prénoms	Fonction	Contact/Adresse
ÉQUIPE OOAS				
1	DIRECTION GENERALE	Dr Laurent ASSOGBA	Directeur Général Adjoint	lassogba@wahooas.org
2		M. Moctar TRAORE	PO/Communication	mtraore@wahooas.org
3	DRSIS	Dr Stanislas KAMBOU	Directeur DRSIS	skambou@wahooas.org
4		Prof Issiaka SOMBIE	PO/Recherche Investigateur Principal Projet MEP	isombie@wahooas.org
5		Dr Ermel JOHNSON	PO/ Assistant Recherche Chargé de la Mise en œuvre Projet MEP	jermel@wahooas.org
6		M. Mahamadi ZONGO	PO/ Webmaster	mzongo@wahooas.org
7		Mme Aminata DAO	Documentaliste	adao@xahooas.org

8	DSSP	Dr Kofi BUSIA	Directeur DSSP	kbusia@wahooas.org
9		Dr Namoudou KEITA	PO/HSS-RSS	nkeita@wahooas.org
10		Dr Virgil LOKOSSOU	PO/ Assistant Recherche	vlokossou@wahooas.org
11		Dr Yves MONGBO	PO/EJA	ymongbo@wahooas.org
12		Dr Aissa BOUWAYE	PO/MNNE	abouwaye@wahooas.org
13	DPAT	M. Clétus ADOHINZIN	Expert Assistance Kfw	cadohinzin@wahooas.org
14	DAF	M. Lambert BOTON	Interprète	lboton@wahooas.org
15		M. Stephen AJAGBE	Interprète	sajagbe@wahooas.org