



Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant en Afrique de l'Ouest: Déterminants liés aux Systèmes de Santé, Aspects Genre et Équité, Transfert-Echange des Connaissances



Compte – rendu de l'atelier de validation

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

Mars 2016

Institutions organisatrices

1. Organisation Ouest Africaine de la Santé
2. Centre de Recherches pour le Développement International
3. Ministère la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal

Mots clés:

Santé maternelle, santé néonatale, santé infantile, CEDEAO, systèmes de santé, genre, équité, recherche, transfert-échange des connaissances, recherche de mise en œuvre

ISBN:

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.

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 » et la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest à travers l'Organisation Ouest Africaine de la Santé.

Nous remercions de manière particulière l'ensemble des participants, le rapporteur et les interprètes de cet atelier pour leur participation enthousiaste et leurs contributions édifiantes.

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

Table des Matières

Remerciements	3
Liste des Acronymes.....	5
Leçons apprises de l'atelier	6
Résumé	7
I. Contexte	9
II. Objectifs	10
III. Déroulement de l'atelier	11
i. Cérémonie d'ouverture	11
ii. Participants et méthodologie	12
iii. Résultats de l'analyse de la situation	12
iv. Attentes vis-à-vis des équipes de recherche de mise en œuvre (IRT) de l'initiative Innovation pour la Santé des Mères et des Enfants d'Afrique...21	
v. Propositions pour la meilleure prise en compte des aspects équité, genre et système de santé dans les projets	24
vi. Expériences de plateformes de transfert-échange de connaissances dans l'espace CEDEAO	25
vii. Cadre de suivi-évaluation de l'Initiative IMCHA	28
viii. Paroles aux partenaires.....	30
ix. Cérémonie de clôture	30

Liste des Acronymes

Leçons apprises de l'atelier

Au terme de l'atelier portant restitution et validation des résultats de l'analyse de la situation des déterminants liés aux systèmes de santé, des aspects genre et équité et du transfert-application des connaissances en matière de SMNE dans les pays cibles du projet MEP, les leçons suivantes vont orienter la conception d'une intervention d'amélioration :

- 1) L'élaboration des documents de politiques, stratégies, normes et protocoles de soins en SMNE se fait toujours à travers des processus consultatifs impliquant diverses parties prenantes dont les chercheurs. Cependant, le processus d'intégration des preuves scientifiques ou données probantes lors de ces consultations n'est ni transparent ni systématique.
- 2) Les capacités des parties prenantes en matière de technologie de l'information et de la communication, de recherche et de processus d'élaboration des politiques sont remarquables cependant que les capacités à intégrer les données probantes pertinentes lors de l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, stratégies, normes et protocoles de soins sont approximatives.
- 3) Les équipes menant des projets de recherche de mise en œuvre doivent davantage tenir compte des déterminants liés aux systèmes de santé et les aspects équité et genre.
- 4) Les opportunités à mobiliser pour améliorer la conduite des projets de recherche de mise en œuvre et rendre l'environnement propice au transfert-application des connaissances probantes existent à travers divers programmes des organismes du Système des Nations Unies, du Centre Genre de la CEDEAO, des plateformes fonctionnelles de transfert de connaissances, du Centre Cochrane Nigéria, des ressources documentaires internationales et des équipes de recherche.
- 5) Les espaces et circonstances propices au renforcement de capacités, au dialogue entre les parties prenantes, et au transfert-application des connaissances sont les périodes de planification stratégique, d'élaboration ou de révision des documents de politiques, stratégies, normes et protocoles de soins, les rencontres des comités de pilotages des projets de recherche et les rencontres à l'échelle nationale et régionale à l'instar des réunions d'experts et des Assemblées des Ministres de la Santé de l'OOAS.
- 6) Les déterminants critiques liés aux systèmes de santé identifiés par les participants s'inscrivent dans la gouvernance approximative des systèmes de santé et se manifestent entre autres à travers l'absence de cadre légal et réglementaire rendant systématique le recours aux données probantes, la faible valorisation de l'évaluation des performances et du principe de redevabilité et, l'absence de lignes directrices explicitant l'intégration des données probantes lors de la prise de décision en matière de santé en général et de SMNE en particulier.

Résumé

Un atelier de trois jours a été organisé pour restituer et valider les résultats de trois études commanditées par l'OOAS dans le cadre de l'analyse situationnelle de la SMNE dans six pays de l'espace CEDEAO cibles du projet MEP (Benin, Burkina Faso, Ghana, Mali, Nigéria et Sénégal). Ces études portaient sur la prise en compte des aspects genre et équité dans les politiques et programmes de SMNI, les déterminants de la performance des politiques et programmes de SMNI liés aux systèmes de santé ainsi que l'organisation et fonctionnement du transfert-application des connaissances dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, stratégies, normes et protocoles de SMNE.

En matière d'équité, il est ressorti 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.

En matière d'approche genre, la plupart des programmes de SMNE dans la région étaient "Gender-blind" (assurance santé, gratuité des soins) ou "Gender-sensitive" (micro-crédit, vaccination, bon d'achats). Quelques programmes étaient "Gender-responsive" ou "Gender-specific" (Promotion des Grands-mères, Ecole des Maris, Navrongo Experiment). L'analyse situationnelle sur le genre devrait s'améliorer en prenant en compte les documents de politique genre dans des différents pays et une meilleure exploitation des ressources du Centre Genre de la CEDEAO.

Les déterminants de la performance des programmes de SMNE liés aux systèmes de santé sont de deux ordres : les facteurs spécifiques du secteur de la santé (gouvernance, ressources humaines, organisation et gestion des services de santé, accès à la technologie sanitaire et aux médicaments et vaccins, modes de financement des services et information sanitaire) et les facteurs contextuels (état et sécurité du réseau routier, aspects socioculturels, aspects économiques, aspects éducationnels, etc.). Au niveau du secteur de la santé, les facteurs limitant et favorisant 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.

En matière de transfert-application des connaissances, l'élaboration des documents de politiques, stratégies, normes et protocoles de soins dans les pays se fait à travers des processus consultatifs impliquant diverses parties prenantes dont les chercheurs. Cependant, le recours et l'intégration des données probantes lors de ces consultations n'ont pas été élucidés. Ainsi la prise de décision repose davantage sur l'expertise des consultants et les connaissances tacites des participants invités aux consultations. Il n'existe pas de cadre structuré pérenne pour soutenir l'utilisation des données probantes dans les programmes de SMNE. Des plateformes de partage de données probantes et des cadres de concertation entre décideurs et chercheurs identifiés fonctionnent de manière épisodique (service de réponse rapide, cadre de passage à l'échelle). L'influence remarquable des bailleurs dans la prise de décision est perceptible dans tous les pays. La culture et la pratique évaluatives ne sont pas encore ancrées dans les six pays cibles du projet MEP à l'exception du Ghana. L'analyse des compétences et des besoins pour mieux utiliser les données probantes note la nécessité de renforcer les capacités des parties prenantes.

Les propositions pour améliorer le transfert-application des connaissances sont les suivantes : (i) renforcer les capacités des acteurs sur les questions liées à la prise de décision en santé éclairée par les données probantes notamment comment intégrer ces dernières dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, stratégies, normes et protocoles; (ii) instituer des règles législatives et administratives permettant une allocation budgétaire pour la recherche et exigeant que tous les mémos et propositions de politiques, stratégies, normes et protocoles soient éclairés par des données probantes; (iii) diffuser de manière appropriée les résultats de la recherche auprès des acteurs concernés; (iv) promouvoir l'élaboration et l'utilisation des synthèses de données probantes à l'instar des revues systématiques et des notes d'information stratégique; (v) créer les conditions propices pour l'implication des décideurs dans la recherche par le biais du renforcement des capacités, l'engagement pour la définition des priorités sur la base des besoins du secteur de la santé; (vi) instituer un forum chercheurs-décideurs politiques en SMNE afin de stimuler une interaction appropriée et pérenne en faveur de la prise de décision éclairée dans les programmes de SMNE.

L'interaction entre l'équipe du projet MEP, les équipes de recherche de mise en œuvre (IRTs) et les parties prenantes a permis d'identifier les attentes prioritaires vis-à-vis des projets de recherche en termes de messages, d'utilisateurs potentiels de ces messages et de stratégies efficaces de transfert-échange des connaissances. Ces éléments vont contribuer à l'élaboration de l'intervention régionale. De même, des propositions ont été faites pour améliorer la prise en compte des aspects genre et équité d'une part et les déterminants liés au secteur de la santé et les déterminants contextuels d'autre part dans la conduite des projets de recherche de mise en œuvre dans le but ultime d'améliorer le niveau d'appropriation de ces derniers et de leurs résultats par les premiers concernés dans les pays.

La présentation et les échanges portant sur le cadre de suivi évaluation et des indicateurs de l'initiative ont édifié les équipes de recherche et l'OOAS sur les éléments d'information attendus de chaque partenaire durant le projet.

Enfin, cet atelier a servi de forum d'interaction et d'engagement des diverses parties prenantes régionales en faveur de la SMNI.

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 et des Enfants d'Afrique». Les missions de l'OOAS sont de faciliter l'appropriation par les pays des projets de l'initiative, de faciliter un apprentissage mutuel entre projet 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 à terme l'OOAS devra faciliter le transfert des connaissances et soutenir l'utilisation des données probantes dans la mise en œuvre des politiques et plans en santé maternelle et infantile. 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 santé maternelle et infantile. Le deuxième axe était de faire le point sur les aspects équité et genre et leur prise en compte dans les politiques et plans en santé maternelle et infantile. Le troisième axe devrait permettre d'identifier les facteurs facilitants et limitants du système de santé en santé maternelle et infantile.

Cette analyse de la situation s'est déroulée de juillet 2015 à février 2016 dans les six pays de l'Initiative 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. A 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 plans stratégiques en SMNI, ainsi que d'identifier les facteurs systémiques facilitants et limitant en SMNI. L'atelier qui a suivi les 18, 19 et 20 février 2016 à l'hôtel 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

i. 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.

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 santé maternelle. 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 du Sénégal pour avoir accepté d'abriter cette rencontre. A 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.

ii. Participants et méthodologie

Les participants se sont présentés. Soixante seize participants ont été enregistré, il s'agissait 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 Globales 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 été marqué par la réflexion collective (brainstorming), dont une séance intensive, debout et tournante, qui aura permis de coucher sur 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.

iii. Résultats de l'analyse de la situation

a) Aspects Genre et Équité dans les programmes de SMNI

Selon la consultante Larson Beth, les questions d'équité et de genre sont importantes à prendre en compte dans les programmes de SMNI car elles permettent de savoir si les populations les plus vulnérables ont accès aux soins. Aussi, elles permettent de comprendre en quoi la différence de sexe peut influencer l'accès des femmes aux services de santé. En effet, en dépit de discours, il y a encore des résistances dues à des facteurs socioculturels et économiques à l'accès aux soins de SMNI. 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 Population Health Promotion (PHP) du Public Health Agency of Canada (figure 1).

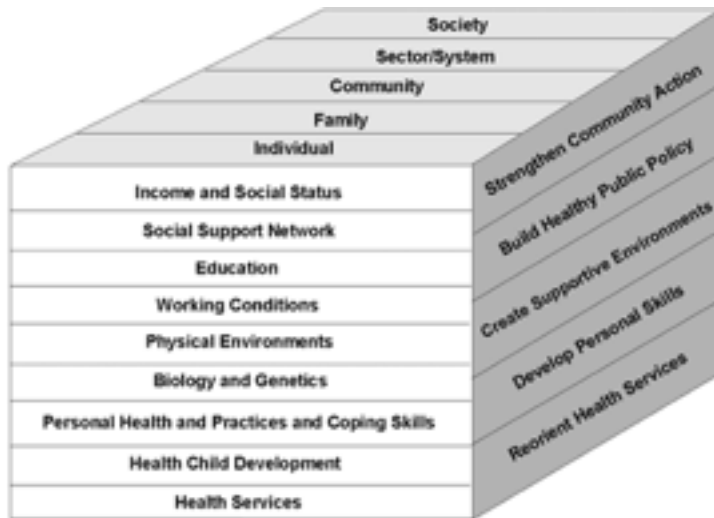


Figure 1: Modèle PHP

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 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 genre. La plupart des programmes dans la région traitant de l'aspect genre étaient soit "Gender-blind" (assurance santé, gratuité des soins) ou "Gender-sensitive" (micros crédit, vaccination, bon d'achats). Peu programmes étaient "Gender-responsive" ou "Gender-specific" (Promotion des Grands-mères, Ecole 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.

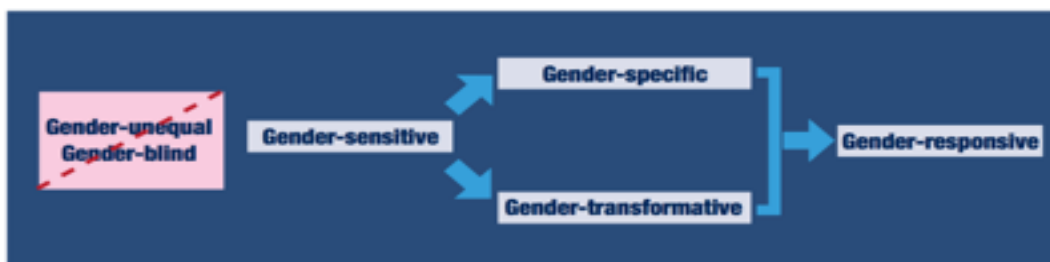


Figure 2: WHO Gender Responsiveness assessment scale

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 aussi n'a pas fourni des indicateurs relatifs à la

question genre dans les pays. Selon les 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 compréhension du concept genre et équité, les pesanteurs socioculturelles, le faible engagement politique des pays et la faible implication des hommes dans les programmes de SMNE.

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 genre dans les pays, le plaidoyer en faveur de la prise en compte de l'équité dans les interventions en SMNE, le développement de la culture de la prise en compte du genre, équité dans les évaluations des politiques/stratégies et plans dans les pays et le renforcement de l'autonomisation des femmes (éducation formelle et non formelle).

Pour innover dans ce domaine, les participants ont proposé l'intégration du concept genre, équité dans les programmes de formation de base (écoles primaires) et dans les protocoles de recherche ; le développement de l'approche paritaire ; la désagrégation des budgets nationaux en fonction du genre ; le développement de programmes sensibles au genre ; l'intensification des initiatives de discriminations positives équité et genre ; et la promotion de l'accompagnement systématique et obligatoire des femmes par leur mari au centre de santé.

b) Les facteurs liés au système de santé

Pr Irène Agyepong, consultant sur la question a commencé son exposé en montrant une évolution comparative de la mortalité maternelle et infantile entre l'Afrique de l'Ouest et les autres régions de l'Afrique 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)

- People as internal (providers) and external customers (clients)
- Responsiveness of organizations and institutions to responsiveness needs of internal customers
 - Lack of respect /respectful treatment
 - Burnout (Emotional exhaustion, Depersonalization)
 - Act by reducing motivation and reinforcing negative attitudes
 - Some staff found “internal resilience” to counteract
- External customer issues – People as clients
- Knowledge /Awareness/Education and counselling e.g.
 - danger symptoms
 - Awareness of policy on free delivery care at the health facility, high level of awareness among women of ANC services
 - Health care staff advice to pregnant women to delivery at facility
- Expectations and related issues e.g. why they need to be referred when there is a nurse in the community facility
- Beliefs e.g.
 - Cultural inhibitions
 - Beliefs about blood transfusions etc. etc.
- Gender issues (*another group is studying this in detail)
 - Women must be well-behaved and justify less obvious needs in an unequal bargaining process with ambivalent recourse opportunities
 - Women may suffer delays in or exclusion from healthcare
 - Women’s low self-esteem and their domestic power imbalance
- Responsiveness as value manifested in outcome
- Client experiences of:
 - intimidation and being scolded
 - limited choices
 - “silent” treatment
 - lack of privacy
- Negative provider attitude towards clients e.g. Poor skilled birth attendant attitude as reasons to use home birth and refuse skilled attendant
- Availability of caring midwives at health facilities as reasons for facility based care seeking
- Equity as value manifested in outcome
- In relation to clients (external customers)
 - Staffing inversely related to poverty and level of need
 - Fee removal disproportionately benefiting the wealthier groups. (Mali)
 - Women in the poorest income group less likely than other women to seek care even when insurance is available.
 - Women in the poorest income group are less likely to be insured, despite the modest and heavily subsidized enrolment
 - The richest households had more decline in out-of-pocket payments
 - The rich benefited more than the poor
 - Evidence of reductions in inequalities of access with removal of out of pocket user fees
- In relation to providers (internal customers)
 - Perceived inequity in distribution of incentives

Tableau 2 : Facteurs du système de santé (hardware)

Governance

- Conducive factors
 - Softened institutional power hierarchies
 - Egalitarian team functioning e.g. shared decision making and responsibility for results
 - Facilitation of local innovation and continuous improvement
 - Multi-stakeholder, multi-level participation in governance to improve decision-making and accountability

Medicines and technologies

- Shortages, inadequacies, non-availability of essential medicines, tools, supplies and technologies
- Infrastructure problems
- Availability of essential equipment, medicines, tools, supplies and technologies
- Construction of infrastructure

Human resources

- Factors affecting motivation and attitude
 - Internal customer responsiveness issues (see under software)
 - Hardware
 - Poor conditions of service - Lack of work place protection - Remuneration - Availability /access to resources (equipment, tools and supplies, work environment)
 - An opportunity to gain additional education was the most important factor for midwifery students in deciding where they would eventually work
- Numbers
 - Shortages of health care workers in all categories and at all levels
 - Poorly implemented and managed task shifting - Mal-distribution
 - Well implemented and managed task shifting (appropriate capacity building, supervision, support)
- Competence and skills (include training and capacity building)
- Performance Incentives and disincentives

Services deliveries

- Service Availability
 - Lack or availability of various levels of service - Location /Distance from clients
- Transportation
 - Poor/lack /inappropriate transportation and ambulance systems
- Communication
 - Between health workers (within facility, referral related) - Between health workers and clients
- Care in facility
 - Infrastructure challenges affecting care
 - Delays in care on arrival
 - Care during referral transportation
 - Service delivery procedures

Financing

- Inadequate program financing
- Out of pocket payments (OOP)
- Conditional Cash transfers
- Effect of OOP modified by other barriers e.g.
 - Service availability and perceived quality
 - HR issues

Health Information System

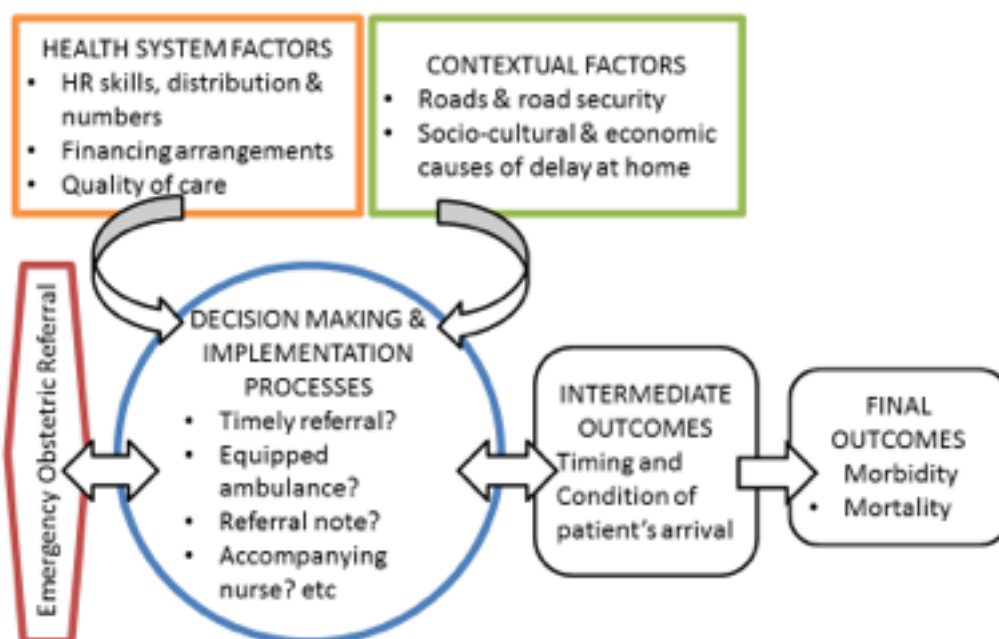
- Quality of information & documentation in medical files and records
- Gaps in data influences the quality of data for decision making and priority setting e.g. low awareness of scale on MN mortality
- Traditional priority setting tools do not reflect long term benefits of preventive interventions such as FP
- Low transparency of information on budgets and outcomes
- Significant potential to improve access to and use of data for decision making
- Vital Registration systems
 - Mandatory but is implemented poorly
 - Under-resourced Department of Births and Deaths Registry
 - Improvement in the civil registration /vital statistics system (supports maternal death audits)
- Communicating information e.g. Organization of attention generating events to create visibility for issues

Tableau 3 : Facteurs contextuels

- **Social and Cultural**
 - Other household and community members influences on care seeking and decision making
 - Low status of women, lack of control over decision making, low value on girls education
 - Rural versus Urban residence
 - Religion
- **Economic**
 - Microeconomic – Individual and household SES
 - Macroeconomic context
- **Political**
 - Transitions
 - Ideologies
 - Priorities
 - Champions
- **International /Global**
 - International agendas e.g. MDG, SDG
 - Donor priorities
 - Global Economic factors
- **Roads and public transport**
 - Poor quality roads, sometimes rendered inaccessible; Poor public transport availability and networks
- **Security**
 - e.g. armed robbers at night affect referral transportation and time (Ghana); Armed conflict in Northern regions of Mali
- **Communications**
 - Poor mobile network connectivity especially in the more rural parts of the district
 - Language barriers
- **Education:**
 - e.g. Literacy (mothers education) predicted use of safe motherhood care
- **Water and Sanitation**
- **Food and Nutrition**

Le schéma suivant fait la synthèse des facteurs favorisants ou limitants 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, on note également 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 sur l'état de santé finale en termes de morbidité et de mortalité.

Figure 9: Illustration with Emergency Obstetric Referral



32

Ainsi, les facteurs limitant et favorisant 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.

Lors des travaux de groupe, il est ressorti que la prise en compte de la multisectorialité, la mise en œuvre de la couverture maladie universelle, la contribution des collectivités, les médicaments, laboratoire et équipements, l'analyse SIS (outils), l'insuffisance données sur la gouvernance et la réactualisation des données n'ont pas été prise 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 sont le développement de la recherche et de la documentation des bonnes pratiques ainsi que et l'utilisation des données probantes dans la prise de décision, la mise en œuvre des interventions à haut impact, la dynamisation des plateformes décideurs – chercheurs.

Les éléments remarquables d'innovation sont le financement basé sur les résultats, la PCIME communautaire, la gratuité des soins, la couverture maladie universelle, l'utilisation de la télémédecine, la promotion de cadre de collaboration médecine moderne médecine traditionnelle, la médecine mobile, la délégation des tâches et le partenariat public privé.

c) Transfert de connaissances et Utilisation des données probantes

Pr Pierre Ongolo-Zogo consultant régional pour cette thématique a commencé sa présentation par des définitions pour mettre tous les participants au même niveau. Le transfert-échange 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 al (2009)). Le partage de connaissances est une approche de résolution de problème entre chercheurs et décideurs 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 nouveau de recherche dans la prise de décision (Fondation Canadienne pour la Recherche sur les Services de Santé). La diffusion est dite 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 œuvre en pratique. Enfin l'innovation dans l'offre et l'organisation des services de santé est un nouvel assortiment de comportements, de routines et d'approches de travail adoptés pour améliorer les résultats de santé, l'efficacité administrative, le coût efficacité ou l'expérience des utilisateurs et mis en œuvre par des actions coordonnées et planifiées.

L'approche méthodologique utilisée pour réaliser ce travail a combiné des interviews avec les responsables des services de santé de la mère et de l'enfant, une revue de la littérature faite pour collecter les documents de politiques et plans existants dans les pays afin de d'analyser leur processus d'élaboration, ensuite à la recherche d'article 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 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 politiques, stratégies, normes et protocoles 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 élucidée. Dans la plupart des documents, les références scientifiques n'existent pas toujours et l'utilisation des données probantes n'est pas explicite. Ainsi la prise de décision est davantage basée sur la connaissance des experts. Il existe rarement un cadre structuré pour soutenir le recours systématique aux données probantes 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 lors des processus de prise de décision. Dans quelques pays, des cadres de concertation entre décideurs et chercheurs ont été identifiés mais sont la plupart du temps non fonctionnel. La culture et la pratique de l'évaluation ne sont pas encore ancrées dans les pays à l'exception du Ghana. L'analyse des compétences et des besoins pour

mieux utiliser les données probantes ont montré la nécessité d'un renforcement des capacités des différentes parties prenantes.

Les actions prioritaires pour améliorer la situation dans les pays étaient entre autres: (i) l'amélioration des capacités pour préparer des synthèses de données probantes à l'instar des revues systématiques et des notes d'information stratégique ; (ii) le renforcement des capacités pour demander, accéder, évaluer, adapter et utiliser les données probantes ; (iii) l'instauration des cadres réglementaires et lignes directrices pour le recours systématiques aux données probantes lors de l'élaboration des mémos ou requêtes ; (iv) le soutien aux plateformes de transfert-échange des connaissances existants dans les pays notamment pour promouvoir des processus consultatifs ou délibératifs éclairés par les données probantes durant le processus de programmation et de planification stratégique ; et (v) le plaidoyer pour une meilleure utilisation des données probantes

Au niveau de l'OOAS, la phase diagnostique a relevé entre autres: (i) une absence de dispositions institutionnelles pour garantir le recours systématique et transparent aux données probantes ; (ii) la prise de décision davantage basée sur les connaissances des experts ; (iii) la non utilisation systématique des synthèses de données probantes et de la bibliothèque par les professionnels ; (iv) l'influence remarquable des considérations politiques dans la prise de décision ; (v) un faible ancrage d'une culture et des pratiques d'évaluation et ; (vi) un besoin exprimé de renforcement des capacités dans le domaine de l'utilisation des données probantes.

La position de l'OOAS pourrait être utilisée pour booster le transfert-échange des données probantes à travers l'introduction des directives afin que les requêtes ou memos des pays soient élaborées à partir des données probantes. Le personnel a montré toute sa disponibilité être formé dans les sujets portant sur la prise de décision éclairée par les données probantes. Enfin la culture et les pratiques de l'évaluation pourraient être promues avec succès au sein de l'OOAS.

Les parties prenantes cibles au niveau des pays sont premièrement les officiels du Ministère de la Santé incluant le personnel des directions, divisions et unités en charge de la planification, de la recherche, de l'analyse politique, de la SMNE, de la promotion de la santé et des différents comités délibératifs ; ensuite le personnel des institutions de recherche, des associations professionnelles, des instituts ou écoles de formation, des réseaux scientifiques et enfin ; les organisations de la société civile, les ONG et les professionnels des médias et de la communication.

Les principaux facteurs limitant l'élaboration de politiques de santé éclairées par des données probantes et des pratiques de santé fondées sur des preuves en matière de SMNE 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 SMNE; (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 permette au personnel de fonder les mémos, 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 la prise de décision éclairée par les données probantes l'élaboration et la mise en œuvre des

politiques, stratégies, normes et protocoles de SMNE; (ii) l'institution de règles administratives et de directives permettant une allocation budgétaire pour la recherche et exige des mémos fondées sur des preuves et des propositions de politiques éclairées par les 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 effective des synthèses de données factuelles à l'instar des revues systématiques et des notes d'information stratégique; (v) la création de conditions propice pour l'implication des décideurs dans la recherche par le biais du renforcement des capacités, l'engagement dans la définition des priorités de recherche basés sur les besoins réels du secteur de la santé; (vi) l'institution d'un forum favorisant une interaction appropriée entre les acteurs de la santé afin d'assurer de façon durable la prise de décision éclairée par les données probantes au profit de la SMNE.

Les travaux de groupe ont identifiés les facteurs sous jacents de la situation actuelle du transfert-échange de connaissances. Il s'agit de la faible collaboration entre les administratifs et les chercheurs (certains administrateurs bloquent la diffusion rapide des connaissances), la presque absence de mécanismes de dissémination de résultats, la production de connaissances difficilement 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 plateformes de diffusion de connaissances par pays, de promouvoir l'expérience du Nigéria en matière de revues systématiques 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 suivantes ont été proposées : utiliser les réseaux sociaux pour diffuser les connaissances, renforcer le partenariat public-privé, démocratiser l'accès aux TIC, mettre en place des comités d'élaboration des directives, explorer des modalités de financement innovant pour la diffusion des résultats de la recherche, promouvoir le courtage de connaissances et la veille documentaire.

iv. Attentes vis-à-vis des équipes de recherche de mise en œuvre (IRT) 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 utilisé pour partager les résultats avec les utilisateurs. Le tableau 4 ci-dessous fait la synthèse de ces résultats par projet.

Tableau 4 : Synthèse des attentes, utilisateurs potentiels et approches de partage vis-à-vis des projets de recherche de mise en oeuvre

Projets	Messages clés attendus	Utilisateurs Potentiels /Approche de partage des résultats
<p>Scaling up care for perinatal depression for improved maternal and infant health (SPECTRA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effective interventions are available close to you • Treatment of perinatal depression will improve wellbeing, functional, and infant outcome • Providers can be trained to deliver evidence-based intervention for perinatal depression • Delivery of evidence-based intervention for perinatal depression improves maternal and infant outcomes • Intervention for perinatal depression can be delivered within routine and integrated maternal care • Sustainable model for delivery evidence-based intervention is available and feasible • The training of maternal care providers on evidence-based intervention for perinatal depression can be delivered effectively by non-specialists and the training can be integrated into existing curriculum • The cost of scaling up service for perinatal depression is known • mhGAP-IG is an effective tool for delivering evidence based intervention for perinatal depression • A sustainable model for using the mhGAP-IG to scale up service has been developed 	<p>Community</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagement activities with community leaders and opinion leaders • Public enlightenment campaigns <p>Users and caregivers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Routine facility-based health talks • Information leaflets <p>Policy makers and health planners</p> <ul style="list-style-type: none"> • Policy briefs through WAHO • Project briefs to the Mental Health Action Committee <p>WHO and other countries</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publications • Presentations <p>Researchers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publications in academic journals • Presentations at conferences
<p>FBR en santé maternelle et infantile et équité au Burkina Faso et au Mali</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • Intégrer cette dimension soit par une articulation FBR / Ramed, soit prévoir des indicateurs portant sur l'accès aux soins, selon modèle burkinabè 	<ul style="list-style-type: none"> • 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) est pr • 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 policy brief 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.
<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • ECD (messages 1, 2, 3,4) <p>Réunion, formation, atelier, rapport</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité de pilotage, Ministère santé, partenaires (message 5) <p>Présentation, rapport</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etudiants (message 5) <p>Présentation, Poster, Journaux</p>

v. Propositions pour la meilleure prise en compte des aspects équité, genre et système de santé dans les projets

Quatre groupes ont réfléchi pour identifier les aspects genre, équité et système de santé à intégrer dans les projets: un groupe portait sur les trois projets du Nigéria, un groupe Burkina/Mali sur le financement basé sur les résultats, un groupe Sénégal/Bénin 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 un groupe Sénégal sur le projet Banguou Gox. Le tableau 5 fait la synthèse des propositions par projet.

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

Projets	Propositions	Besoins
Scaling up care for perinatal depression for improved maternal and infant health	NA	NA
FBR en santé maternelle et infantile et équité au Burkina Faso et au Mali	<ul style="list-style-type: none"> 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 recommandations pour les FS dans lesquelles les données sont collectées 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 (Finances, 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	RAS	RAS
Programme Bajenu Gox: une porte d'entrée pour soutenir une approche communautaire intégrée visant la santé de la mère et de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer le contenu de la formation des BG avec module santé adolescents, entrepreneuriat féminin et plaidoyer Groupes vulnérables (handicapés, plus pauvres, les domestiques) ont accès à la BG Mise en place de l'association des BG Facilitation des rapports avec le système de santé Rapprochement Comité de santé MEO Activité Génératrice de Revenu Mise en place du cadre de concertation local des acteurs communautaires 	RAS
Increasing Women's Access to Skilled Care to Reduce Maternal and Perinatal Mortality in Nigeria	RAS	RAS
Video edutainment: impact on infant and maternal outcomes in Toro local government area of Bauchi state Nigeria	RAS	RAS

vi. Expériences de plateformes de transfert-échange de connaissances dans l'espace CEDEAO

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

1. **WAHO evidence-based healthcare initiative – a role for the Cochrane Collaboration and evidence synthesis Prof Martin MEREMIKU**

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 de evidence-based medicine (EBM), evidence-based health care (EBHC), la pyramide d'hierarchisation des évidences (figure 9), le cadre de construction des soins de santé basés sur les données probantes.



Figure 4: Pyramide d'hierarchisation 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).

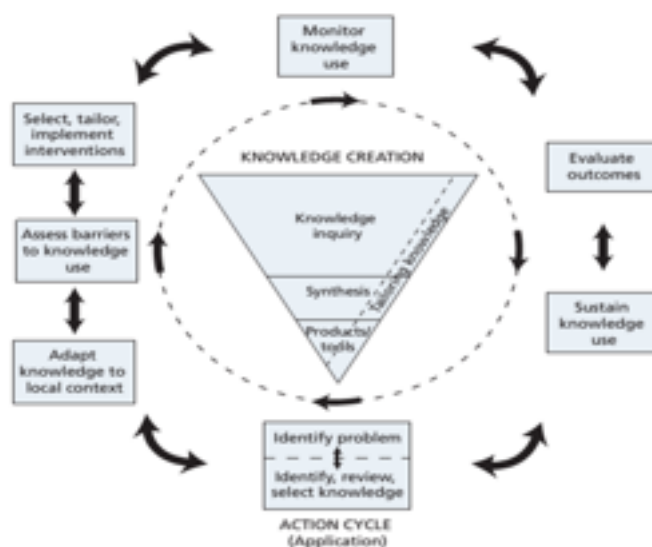


Figure 5: Cadre conceptuel des connaissances à l'action

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/RCPCH 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 taskforce sous régionale pour la promotion de la prise de décision éclairée et la pratique fondée sur les données probantes.

2. Approche NEP et Prise de décision dans la SMNE au Mali présenté par Prof Hamadoun SANGHO et Dr Youssoufou KEITA

La Plateforme Nationale d'Evaluation (NEP¹) 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 factuelles est basé sur :

- Son organisation fait d'un comité de pilotage regroupant les principaux acteurs nationaux en SMNE (autorités nationales, PTFs, société civile),
- 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,

¹ NEP: National Evaluation Platform

- Son renforcement de capacités pour l'utilisation des outils indispensables
- La réponse aux questions prioritaires
- Par l'information régulière des décideurs et feedbacks techniques,
- La participation aux rencontres internationales

Les résultats du 1^{er} cycle ont été validés par les autorités nationales du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali.

3. Knowledge translation platform in Ebonyi 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. Les dix stratégies développées ont permis d'avoir comme résultats :

- La production de notes de politiques
- L'organisation de trois rencontres de parties prenantes multiples
- Le développement d'un Operational Manual for Strengthening Institutional Capacity to Employ Evidence in Health Policymaking for Developing Countries: The Nigeria experience
- La mise en place de Health Policy Advisory Committee dans l'Etat de Ebonyi
- L'initiation d'un programme de formation certifiant sur les politiques de santé et le système de santé à l'Université de l'Etat de Ebonyi à l'intention des décideurs politiques et des parties prenante en santé clés,
- La création de African Institute for Health Policy and Health Systems Studies dans l'université de l'Etat 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 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.

vii. Cadre de suivi-évaluation de l'Initiative IMCHA

L'objectif était d'échanger sur le cadre logique IMCHA (fig. 11) et de présenter les indicateurs de suivi des IRTs et des OPRS ainsi que les rapports nécessaires.

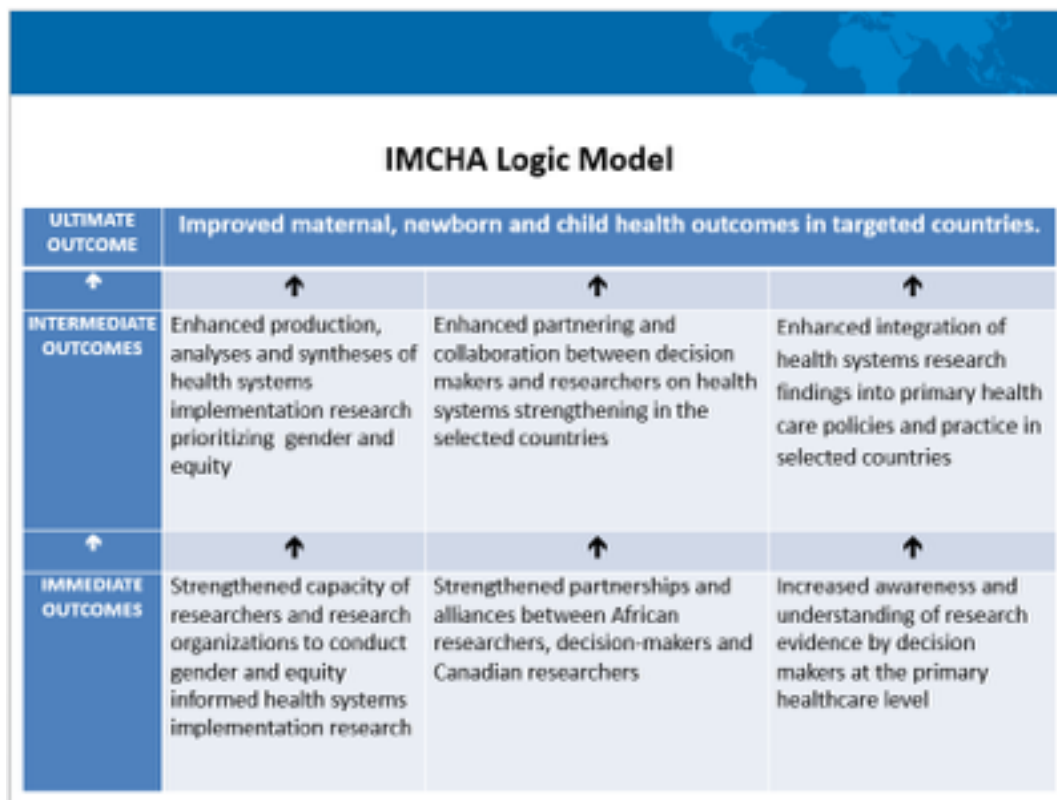


Figure 11: Cadre logique de l'initiative ISMEA (source : CRDI)

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. Enhanced production analysis and synthesis of health systems implementation research prioritizing gender and equity

IRTs

- # of health systems analysis and synthesis that is gender and/or equity focused
- # of emerging researchers involved in the IRT research
- # of individuals who received training/networking and exchange opportunities
- # of synergistic research opportunities

HPRO

- Proportion of recommendations from situational analysis on gender and equity acted upon
- # of synergistic research opportunities
- # of individuals/IRTs who received training organized by HPRO (please include type of training, networking and exchange provided to IRTs)

2. Enhanced partnering and collaboration between decision makers and researchers on health systems strengthening in the selected countries.

IRTs

- # of new partnerships formed by IRTs (please list)
- # of interactions by type of decision-makers/stakeholders who are not part of the IRT
- # and type of communication between IRT and HPRO

HPRO

- # and type of communication between IRT and HPRO
- # and type of collaboration with decision-makers/stakeholders outside of IMCHA

3. Enhanced integration of health systems research findings into primary health care policies and practice in selected countries

IRTs

- # of references to IRT research by decision-makers
- # of knowledge translation activities aimed at promoting research uptake for scale and/or innovation
- # of decision-makers IRTs have been connected to with the support of HPRO (describe the nature of the contact)

HPRO

- # of knowledge translation activities aimed at promoting research uptake for scale and/or innovation

(Source : CRDI)

viii. 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

ix. Cérémonie 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'Etat, 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.