



**Millennia2015 International
seminar 2011
Séminaire international 2011 de
Millennia2015**

**Foresight analysis of the 37
variables of Millennia2015 +
Session Women and eHealth
Analyse prospective des 37
variables de Millennia2015 +
Session Femmes et eSanté**

Processus de
recherche
prospective et
conférences
internationales

Liège 2008
Paris 2012
New York 2015

21 Novembre 2011 - 9h00-17h30
Salle Vendôme, Ecole des Mines - Paris

**Session WeHealth - Véronique Thouvenot, responsable du
Groupe de travail international Millennia2015 WeHealth**

Introduction de Véronique Thouvenot

Merci Marie-Anne pour ces mots très gentils car c'est pour moi un grand honneur d'être dans cette grande aventure de Millennia2015. Je voudrais juste en courte introduction rappeler comment nous avons démarré notre travail sur la variable V08 « Femmes et eSanté ». Il s'agit du premier Groupe de travail international (GTI) Millennia2015. Nous n'avions pas encore de méthodologie sur la façon de mener ce GTI. A chaque étape, nous avons construit ce groupe et écrit un guide méthodologique pour constituer des GTI de Millennia2015, il est en ligne sur le site Millennia2015 (www.millennia2015.org). Nous avons essayé de mettre les éléments essentiels d'un groupe pour voir comment méthodologiquement il doit travailler pour être en complémentarité avec l'exercice de prospective. La méthodologie que nous avons développée est là pour être améliorée et le guide doit être partagé. Je suis d'ailleurs ravie de la création des trois nouveaux GTI car nous allons désormais être quatre et nous sommes toujours plus forts à plusieurs.

Création de Millennia2015 Femmes et eSanté

Millennia2015 Femmes et eSanté (WeHealth) a été créé il y a 15 mois en août 2010. Une fois les variables définies et parallèlement à l'exercice de prospective nous avons cherché un moyen de collecter encore plus d'informations. L'idée de créer des petits groupes, des petits réseaux de personnes volontaires ayant des choses à dire sur une thématique particulière nous est alors venue à l'esprit. C'est comme cela que l'on a commencé à Namur. On suit le même schéma général du processus de recherche prospective. Nous avons collecté énormément d'informations pendant un an. Nous sommes à présent entrés dans la phase de capitalisation de la connaissance. Nous travaillons sur la variable 08 «Femmes et eSanté»: la connaissance médicale en réseau au bénéfice de tous. La santé connectée bénéficie à tous. On souhaiterait qu'il n'y ait plus personne et en particulier les femmes sur cette planète qui n'ait pas accès aux soins quand elles ont besoin.

Mais quel est notre mandat ? Quelles sont nos limites ?

La première chose à faire est de collecter toutes les informations (articles, rapports, publications, sites internet, reportages, interviews, etc) sur trois domaines : les femmes, la santé et les technologies de l'information et de la communication, les TIC.

En ce qui concerne les femmes et la santé, vous trouvez de nombreux rapports et encore plus dans le cadre des OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement). Concernant les femmes et les technologies, vous trouvez moins de ressources mais vous en trouvez tout de même et en particulier dans le secteur privé avec des entreprises telles qu'Orange bien que l'accès à cette information soit payant. Par contre quand vous rassemblez les trois domaines ensemble, nous ne trouvons pratiquement pas d'information, d'articles ou de recherche allant à la convergence de ces trois domaines là. Où sont ces femmes utilisant les TIC ? Que font-elles ? Quel est leur parcours? Nous ne le savons pas.

Nous avons donc essayé de récolter et rassembler ces informations pendant un an et nous avons développé un réseau d'environ 400 membres dans 60 pays. L'Afrique est très bien représentée, environ 50% des membres de WeHealth proviennent de pays d'Afrique. Avec Arletty Pinel, nous essayons d'avoir plus de membres d'Amérique Latine et nous en avons déjà au Guatemala, au Pérou, en Bolivie, en Uruguay, au Paraguay et au Panama. La région où nous n'avons que très peu de membres est le Moyen-Orient. Une des membres du Millennia2015 Femmes et eSanté provient du Liban mais il est très difficile d'être en contact avec les femmes dans les pays du Moyen-Orient, de savoir ce qu'elles font alors que nous savons qu'elles utilisent beaucoup les technologies.

Nous avons constitué un bureau avec une présidente : Marie-Anne et Joan Dzenowagis comme conseillère informelle et qui supervise l'ensemble du processus de recherche et d'analyse des informations.

Nous avons un comité scientifique qui nous aide à vérifier que notre méthodologie d'analyse des informations collectées est robuste. Nous avons un ensemble de critères qualitatifs car peu de données chiffrées ont été trouvées. Au sein de ce comité, nous avons Cécile Méadel et Erna Surjadi.

Nous avons aussi créé le comité méthodologique qui construit la méthode de travail avec Najet Tenoutit et Marie-Christine Desrues qui sont très actives.

Et enfin, nous avons également constitué un comité éditorial pour la relecture du rapport WeHealth, avec Ana Kotzeva, Francisco Grajales, Lilia Perez-Chavolla, Joséphine Alumanah du Nigéria, qui est une communauté très active avec plus de 10 membres qui nous envoient énormément d'informations, et Shakeel Panchoo de l'île Maurice. Ils ont participé à l'élaboration du rapport sur les premiers résultats de Millennia2015 WeHealth et je les en remercie.

Qu'est-ce que WeHealth ?

C'est le domaine d'étude à la convergence des femmes, de la santé et des technologies.

Quelles femmes cela concerne t-il ?

Millennia2015 WeHealth concerne toutes les femmes, de tous les âges, si possible les femmes les plus démunies, celles qui vivent en Mauritanie, au Nigéria, en Algérie mais aussi en France. Il s'agit des femmes de toutes les communautés avec une attention particulière sur les femmes vivant dans des camps de réfugiés. Je n'aime pas parler de catégorie mais pour le travail d'analyse, nous avons travaillé sur 4 niveaux.

- Les bénéficiaires : nous sommes toutes bénéficiaires des technologies pour la santé lorsque nous recevons des informations par SMS, lorsque nous avons accès à la télémédecine, lorsque nous utilisons les outils électroniques.
- Les femmes en tant que professionnelles de la santé qui utilisent ces technologies, les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les laborantins, les pharmaciens, les vétérinaires. N'oublions pas toutes ces personnes là qui font partie du monde de la santé ;
- Les femmes comme professionnelles des technologies. Nous avons besoin de plus de femmes en électronique et informatique afin qu'elles fabriquent des outils que l'on utilise plus intuitivement et qui correspondent mieux à nos besoins ;
- Les femmes leaders en politique et en tant que dirigeantes d'entreprise.

Sur quels types de santé nous concentrons-nous ?

Nous nous concentrons sur tous types de santé, sur toutes les maladies, sur la santé communautaire, la santé régionale et la santé internationale. Cela va des Objectifs du Millénaire pour le Développement aux soins de santé primaires. C'est aussi la promotion et la prévention.

Nous avons essayé de travailler sur des cas très particuliers, comme par exemple l'accès à l'éducation en technologie pour les femmes et les filles dans des camps de réfugiés.

De quelles technologies parlons-nous ?

Nous parlons de toutes les technologies : les téléphones portables ou internet mais aussi la radio, la télévision. Ce sont des technologies encore extrêmement importantes dans de nombreux pays y compris ici.

La méthode de travail

Quels sont nos objectifs ?

Nous avons réalisé une enquête en vue de faire une évaluation sur le rôle et la place des femmes dans les différentes catégories. Pour cela, nous avons collecté un ensemble d'informations en suivant un schéma d'action. La collecte a eu lieu d'avril à septembre 2011, ensuite l'analyse s'est faite en septembre et octobre 2011 puis la préparation du rapport s'est poursuivie en novembre 2011.

Comment avons-nous récupérer les données ?

Nous récupérons les données grâce aux rapports envoyés par nos membres. J'ai par exemple reçu un formidable rapport de sept pages non publié sur le statut des femmes, la santé et les TIC au Nigeria. Il a été écrit par une seule personne : le professeur Joséphine Alumanah de l'université de Zuka. Il sera publié sur le site de Millennium2015. Il est très bien documenté et très bien écrit. C'est le genre d'information qui n'existe nulle part ailleurs produit par une personne intéressée et compétente dans ce domaine. Nous avons aussi reçu des rapports du Liban et d'autres pays que je partagerai avec vous.

Quelle est la procédure de collecte et d'envoi d'informations ?

Les membres ne savaient pas comment envoyer l'information, nous avons alors créé une liste de mots-clés en français, anglais et espagnol pouvant les guider dans leur recherche sur internet. Nous avons élaboré un questionnaire, un guide de collecte d'informations avec un ensemble de mots-clés pour aider les membres à capter les informations pertinentes. La collecte d'informations s'est également réalisée de

manière informelle par email. Ce n'est pas parfait mais je pense que cela a contribué à la collecte des informations par les membres de WeHealth.

Lorsque nous recevons l'information, nous la classons en suivant une méthode d'analyse afin de faire le tri entre ce que nous gardons, ce qui était inexploitable et ce qui devait être approfondi. Les informations reçues devaient répondre à trois types de critères : scientifiques, techniques et éthiques. Tout ceci est noté dans le guide publié sur le site de Millennia2015.

Le premier critère de fond est que l'information doit couvrir les trois domaines de WeHealth : les femmes, la santé et les technologies. Le deuxième critère est que les informations ne doivent pas dater d'avant 2005 en raison de l'évolution rapide de la technologie. Ce qu'il se passait en 2000 n'est déjà quasiment plus valable aujourd'hui. Ensuite nous essayons de voir quel niveau de femmes cela concerne t-il le plus. En général cela rentre dans un des quatre niveaux. Tout ceci permet d'organiser l'analyse de l'information afin d'établir la future base de connaissance femmes et eSanté avec différents types d'informations : sites internet, rapports, interviews, photos, vidéos, exercice de prospective qui engloberait l'ensemble des domaines. Enfin nous arrivons à la quatrième étape qui consiste à réfléchir à comment tous ces contenus vont être utilisés par la communauté Millennia2015 WeHealth. Tout ceci est en évolution constante.

Qu'avons-nous collecté?

Nous avons recensé 36 sites internet, 26 ont été analysés et à ce stade 10 devraient être sélectionnés. Il faut savoir qu'il est très difficile de parcourir un site internet contenant des centaines de pages. Au niveau des web hits, nous en avons recensé plus de 2000, 480 ont été analysés et 132 seront intégrés à la base de connaissance. Les membres ont envoyé 33 rapports parmi lesquels 10 sont retenus. Nous avons également établi une grille de 10 questions pour les entretiens concernant l'utilisation des nouvelles technologies pour la santé et avons reçu 97 réponses. Nous avons également reçu 18 réponses à l'exercice de prospective ainsi que des photos et vidéos illustratives.

Les premiers résultats de WeHealth

J'ai essayé de synthétiser tout le travail du réseau de 400 membres et des comités en 10 points clés sur lesquels nous devons réfléchir afin de construire le plan d'action pour les femmes.

- 1- Il est absolument urgent de considérer les femmes, les technologies et la santé comme quelque chose de multidimensionnel. Nous savons qu'il existe dans de nombreux pays un ministère de la santé, un ministère des technologies et parfois un ministère focalisé sur la question des genres et des femmes. Ces ministères ne communiquent pas forcément entre eux. Il faut absolument mettre en place des mécanismes de coordination et de communication entre ces ministères au niveau national lorsqu'ils existent. Il s'agit d'une problématique de haut-niveau.
- 2- Femmes, santé et technologie, c'est la combinaison de deux fossés, le fossé du genre et celui du numérique. Cela signifie qu'il y a des pays, des continents où il n'est pas facile d'avoir accès à toutes ces technologies. Cette combinaison est dramatique car des femmes en meurent. Nous avons les technologies, nous avons l'information, nous avons les médicaments, nous savons comment les soigner mais

les femmes continuent de mourir. Elles meurent parce qu'elles n'ont accès à rien de tout cela : elles n'ont pas les médicaments, elles ne reçoivent pas l'information, elles ne sont pas transportées à temps et lorsqu'elles arrivent, elles arrivent là où elles ne devraient pas être. C'est dramatique et aujourd'hui « Femmes et eSanté » va essayer de mener des actions afin d'améliorer la situation. Cela est en lien avec les objectifs 4 et 5 des OMD.

- 3- Les ressources financières : Un téléphone portable coûte cher, la communication coûte cher, internet coûte cher. Tout cela est encore trop cher pour beaucoup de femmes qui n'ont pas d'argent ou très peu et qui ne peuvent se permettre d'investir de l'argent dans ce genre de technologies. Le coût est un problème et c'est quelque chose dont il faut parler. Il faut trouver des solutions au niveau national, régional, international pour qu'il y ait des tarifs privilégiés, des tarifs spéciaux pour les femmes vivant dans des conditions particulières.
C'est ce que j'ai dit à Istanbul lors de la conférence des Nations Unies sur les pays les moins développés: il faut créer des réseaux de communication gratuit pour les femmes vivant dans certaines circonstances telles que les catastrophes naturelles, les camps de réfugiés, les situations des guerres et de conflits afin qu'elles puissent communiquer avec les centres de santé, avec leurs familles, afin qu'elles puissent avoir accès l'information, qu'elles puissent sortir des camps de réfugiés. Il faudrait avoir une résolution mondiale de gratuité pour des conditions dramatiques là où la santé est encore plus inaccessible pour les femmes. Ce troisième point clé émerge de la compilation de ce qui a été envoyé par les membres.
- 4- Il faut que les femmes aient accès à l'éducation en technologies de l'information et de la communication.
- 5- Il faut combiner la radio, la télé et l'internet pour mieux intégrer les actions. Des messages de sensibilisation sont transmis par internet. C'est excellent mais ça ne passe ni à la radio ni à la télé. Il faut donc développer une meilleure coordination voire intégration de la télévision, de la radio, de l'internet, des téléphones portables pour avoir plus de force pour arriver là où c'est nécessaire.
- 6- La santé mobile est un outil répétitivement évoqué par les membres. Près de 90% d'entre eux déclarent être intéressés, vouloir recevoir des messages. C'est un outil en pleine expansion et cela va évidemment être un de nos champs de travail.
- 7- La langue est un aspect primordial. L'information qui arrive par SMS en anglais n'est pas toujours très utile au fin fond de la Mauritanie. C'est une problématique à traiter et en partie résolue à Millennia2015 puisque l'introduction d'Eleonora Masini *Le rôle et l'esprit de Millennia2015* a été traduit en 23 langues en une semaine. On sait que si l'on envoie des SMS pour la santé, ils seront traduits en au moins 23 langues, c'est génial.
- 8- La télémédecine est un domaine où les hommes sont majoritaires. Nous allons réfléchir à comment avoir plus de femmes en télémédecine.
- 9- Le neuvième point est celui de la nécessité de disposer de lignes gratuites pour les femmes dans les camps de réfugiés.

10- Le dixième point est un résumé des priorités de santé cités par des membres : la santé maternelle, la santé infantile, la santé familiale, le contrôle des maladies, le VIH/SIDA, le paludisme, le cancer et la vaccination.

Voilà les dix points que je voulais vous résumer. Il s'agit d'une synthèse de l'ensemble du travail mené par les membres de Millennia2015 WeHealth. C'est à partir de cela que sera élaboré le plan d'action. Vous trouverez également dans le rapport différents témoignages à partir desquels j'ai extrait les 10 points clés accompagnés de photos. Ces rapports proviennent du Bénin, du Cameroun, d'Indonésie, du Guatemala, du Népal, du Liban ou encore de Mauritanie.

Je voudrais remercier l'Organisation internationale de la Francophonie, l'UNESCO, le Millenium Project mais aussi TulaSalud, SWAN, ICAPREGI au Panama. Enfin je vous rappelle que nous avons besoin d'universités, d'étudiants, de chercheurs, de journalistes et de reporters, de fonds et du secteur privé pour atteindre nos objectifs.

Ce que je voudrais vous proposer pour finir. C'est un vrai plan d'action pour les femmes et la télémédecine pour avoir plus de femmes dans la télémédecine.

Cela se fera en deux phases.

La première phase avec la création du réseau des femmes et la télémédecine ou WeTelemed. Pour l'instant on ne sait pas où se trouvent ces femmes, ni où elles travaillent, ni où elles ont été formées. Parmi nous il y en a trois ou quatre, alors créons ce réseau sur le site de Millennia2015 et toutes ensemble nous pouvons avoir des connaissances qui travaillent dans la télémédecine et qui pourraient avoir envie de travailler avec nous et rejoindre le réseau de Millennia2015.

La deuxième étape se passera au Panama en Mars 2012, lors de la conférence sur les femmes, la santé et les technologies, organisée par l'Université Technologique du Panama, afin de créer la plateforme de connaissances de WeTelemed qui proposera un recensement des modules de formation à la télémédecine en lien avec des universités.

Mariame Touré, présidente d'AWODIAG, France

Ecouter la présentation de Véronique Thouvenot et celle de Christophe Longuet me conforte dans mes convictions qui sont de plus en plus fortes chaque jour: rien de cela ne peut être mis en place sans éducation, sans des solutions simples et évidentes. En tant qu'africaine, j'ai vu se mettre en place de nombreux projets mais en raison de leur inadéquation avec les attentes et capacités de la population, ils n'ont pas eu de succès. Je vais illustrer mon propos en prenant l'exemple de la santé mobile. Un projet américain a été mis en place dans mon village. Il était possible de recevoir des informations sur la santé via les téléphones portables mais cela n'a pas marché car comment ma grand-mère qui ne sait pas lire pouvait avoir accès à ces informations ? L'organisation a imaginé ce projet dans son bureau à Washington, l'a présenté dans un joli PowerPoint mais il manquait une chose : les personnes concernées.

Joan Dzenowagis

Pour répondre à cela, si une telle situation se produit, quel est l'impact sur la population pour le prochain projet?

Mariame Touré

Je ne peux pas parler à la place des personnes travaillant à Washington mais dans mon village, il y a eu un rejet total de tout projet. Ils ne voulaient plus entendre parler de santé mobile ou de toute mise en œuvre de projet parce que ça ne leur était pas adressé. C'est pourquoi je suis venue à nouveau venue avec cette idée, je fais en quelque sorte une campagne : vous ne pouvez pas mettre en œuvre un tel projet sans impliquer les locaux sur le terrain ou du moins sans la participation de la population de cette partie du pays. Je veux dire lors de la création de ce genre projet comme à Washington, vous devez être intelligent et vous dire "Eh bien, j'ai besoin de travailler avec quelqu'un qui vit dans cette partie reculée du monde et qui connaît bien le contexte, la culture." Après l'échec du projet, une femme originaire de mon village a eu une idée: elle a tout quitté, est revenue au village et a mis en place le même projet, mais par l'intermédiaire d'une radio locale communautaire. Les locaux ont reçu des informations sur leurs téléphones portables avec l'image d'une radio. Ma grand-mère a appris comment l'utiliser. A partir de là, elle s'est sentie concernée par le projet parce qu'ils utilisaient la langue locale en disant "il y a aujourd'hui une séance de vaccination dans ce village". Ils ne parlaient pas en français, ils ne parlaient pas l'anglais, ils parlaient dans la langue locale par le biais d'une radio communautaire locale à travers le téléphone portable. On a appris à ma grand-mère à reconnaître l'image de la radio sur l'écran du téléphone portable :

- "Connais-tu la radio ?"
- "Oui, je connais."
- "Donc regarde par ici."
- "Oh il parle !" a-t-elle dit.

A chaque réunion à laquelle je participe, je dis toujours que vous ne pouvez pas ignorer la population locale lors de la mise en œuvre d'un projet. Vous ne pouvez pas ignorer une notion absolument importante qui est de retourner à l'essentiel et rester terre à terre. J'ai écouté ces deux présentations qui m'ont fait sourire et je me suis dit que sans éducation, sans pratique, sans un peu de bon sens et sans travailler avec la population locale, peu importe le pays où vous mettez en place le projet, il y a peu de chance qu'il réussisse.

Véronique Thouvenot

Merci pour votre intervention. Pour répondre à vos commentaires, je peux vous dire que nous travaillons avec des ONG locales. Les extraits du rapport préliminaire proviennent directement de nos membres au Guatemala, en Bolivie, en Mauritanie, au Népal. Ils nous ont envoyé des rapports, des photos ou des témoignages et ont fait part de leurs besoins, leurs attentes. Ceci est notre base, notre matière pour aller au plan d'action WeHealth. Nous le construisons à partir de ce que les membres nous envoient, en nous rappelant qu'il faut rester réaliste afin d'être durable dans le pays. Ceci est la première étape de notre travail.

Transcription et traduction : Coumba Sylla