

2016

Principes fondamentaux de la **recherche en matière de mise en œuvre**

MEASURE Evaluation Implementation Research Technical Working Group

MS-12-55-FR

2016

Principes fondamentaux de la **recherche en matière de mise en œuvre**

MEASURE Evaluation Implementation Research Technical Working Group

MS-12-55-FR

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en œuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International ; John Snow, Inc. ; Management Sciences for Health ; Palladium ; et l'Université Tulane. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis. MS-12-55 FR



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Table des matières

Principes fondamentaux de la recherche en matière de mise en œuvre	5
Sous-module 1: La définition de la recherche en matière de mise en œuvre	7
Le but de la RMO	8
Les caractéristiques déterminantes de la RMO	11
La RMO, ce qu'elle est et n'est pas	13
Le processus de la mise en œuvre	16
Les défis de la mise en œuvre	20
Les questions liées à la RMO	22
Sous-module 2 : Les cadres de la RMO	25
Les cadres de la RMO	26
La sélection des cadres	28
Sous-module 3 : Des questions et applications de la RMO	30
L'identification des contraintes liées à la RMO	31
La formulation des questions de RMO	35
La hiérarchisation des questions de RMO	37
L'implication des parties prenantes dans la RMO	41
La diffusion des résultats de la RMO	43
Prochaines étapes : Examen final et certificat	45
Références	46
Annexes.....	52
Annexe 1.1: Autres définitions scientifiques dans la mise en œuvre de l'utilisation	52
Annexe 1.2: L'importance de la fidélité dans le processus de la mise en œuvre	55
Annexe 1.3: L'Initiative pour la planification et les services sanitaires au niveau de la communauté	55

Annexe 1.5: Exemples de questions liées au VIH IR	58
Annexe 1.6: Questions pour IR différents Types	58
Annexe 1.7: Questions et projets exemple IR	59
Annexe 1.8: La diffusion des innovations	62
Annexe 1.9: Cadre de la science de la mise en œuvre PEPFAR	64
Annexe 1.10: Cadre REP des CDC	65
Annexe 1.11: Cadre du passage à l'échelle ExpandNet	66
Annexe 1.12: Cadre RE-AIM	67
Annexe 1.13: Critères CORRECT (ExpandNet)	67
Annexe 1.14: Liste de contrôle extensibilité (Management Systems International)	68
Annexe 1.15: Evaluabilité (Robert Wood Johnson Foundation)	68
Annexe 1.16: Viabilité (CDC)	69
Annexe 1.17: Tableau de contraintes pour améliorer l'accès aux Interventions sanitaires prioritaires	69
Annexe 1.18: Questions pour IR différents Types	71
Annexe 1.19: La mortalité maternelle au Nigeria	71
Annexe 1.20: Initiative de vaccin anti-Hib GAVI au Pakistan	72
Annexe 1.21: Les décisions RMO dans les services de PTME	73
Annexe 1.22: Tableau de besoins en matière d'information	74
Connaissance vérifier les réponses	77
Examen final	83
Glossaire	87
Lexique	93

Principes fondamentaux de la recherche en matière de mise en œuvre

Veillez prendre un moment pour réfléchir aux réalités suivantes :

Chaque année, plus de 8 millions d'enfants meurent de causes évitables, dont la diarrhée, la pneumonie, la rougeole, le paludisme, le VIH/sida, la malnutrition et les causes entraînant des décès néonataux [1]. Pour l'ensemble de ces causes, des interventions peu coûteuses, fondées sur des preuves, sont disponibles sous une forme ou une autre.

8 millions de cas de pneumonie et de méningite et 371 000 de décès par an sont attribués à des pathologies à Hib. Des vaccins anti-Hib sûrs et efficaces sont disponibles depuis les années 1980, et là où le vaccin a été adopté, son utilisation systématique a conduit à la quasi-élimination des pathologies à Hib [2]. L'insuffisance des infrastructures et un manque de coordination empêchent l'adoption du vaccin dans de nombreux pays.

Aujourd'hui, plus que jamais, le secteur de la santé publique est doté d'interventions efficaces et d'une expérience des moyens pratiques d'adapter ces interventions aux contextes locaux [3]. La recherche en matière de mise en œuvre (RMO) se penche sur des stratégies pour utiliser les connaissances et adapter les innovations afin de créer des programmes durables capables de trouver des solutions aux problèmes sanitaires pour un plus grand nombre de personnes. La RMO vise à traduire nos connaissances en actions et en techniques.

But

Ce module, *Principes fondamentaux de la recherche en matière de mise en œuvre*, est une introduction au vocabulaire, aux concepts, aux outils et aux stratégies utilisés dans la RMO. Il se veut une orientation pratique et utile à la RMO pour les chercheurs et les responsables de la mise en œuvre des programmes.

Objectifs

Après avoir terminé le cours, les apprenants seront en mesure de comprendre les termes-clés de la RMO et d'identifier ses concepts de base, ses cadres de recherche et ses volets de programmes, ainsi que des questions appropriées dans le domaine. Les objectifs spécifiques sont :

- Identifier les caractéristiques de la RMO
- Décrire la mise en œuvre et le passage à l'échelle et expliquer la relation de la RMO à

ces processus

- Classer les questions et la recherche connexe qui se situent dans le domaine de la RMO
- Résumer les caractéristiques du cadre de recherche et identifier les stratégies pour les appliquer à la RMO
- Reconnaître comment la RMO s'applique à des problèmes de mise en œuvre différents
- Classer les priorités en matière de RMO dans les demandes de subvention
- Etablir une liste des rôles des différents intervenants dans la RMO et identifier les moyens appropriés pour intégrer les parties prenantes à la planification de la RMO et à la communication et diffusion des résultats

Temps requis

Environ 2-3 heures

Public

- Participants aux formations à la recherche en matière de mise en œuvre organisées par l'USAID en 2012 (la réussite du présent cours en ligne a été une condition préalable à la participation à ces formations)
- Chercheurs et personnel des programmes qui envisagent ou réalisent de la recherche en matière de mise en œuvre
- Personnes qui désirent une introduction à la RMO

Table des matières

Sous-module 1 La définition de la recherche en matière de mise en œuvre

Sous-module 2 Les cadres de la RMO

Sous-module 3 Des questions et applications de la RMO

[1] [Jones, G., Steketee, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. A., Morris, S. S., & Bellagio Child Survival Study Group. \(2003\). How many child deaths can we prevent this year? Lancet, 362\(9377\), 65-71.](#)

[2] [Hajjeh, R. \(2011\). Accelerating introduction of new vaccines: Barriers to introduction and lessons learned from the recent haemophilus influenzae type b vaccine experience. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences, 366\(1579\), 2827-2832.](#)

[3] [Jones, G., Steketee, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. A., Morris, S. S., & Bellagio Child Survival Study Group. \(2003\). How many child deaths can we prevent this year? Lancet, 362\(9377\), 65-71.](#)

Sous-module 1: La définition de la recherche en matière de mise en œuvre

Objectifs

- Identifier le but et la fonction de la recherche en matière de mise en œuvre (RMO)
- Identifier les caractéristiques de la RMO qui coïncident avec les définitions utilisées actuellement
- Différencier la RMO des autres formes de recherche et d'activités d'évaluation
- Comprendre le rôle de la RMO dans le processus de la mise en œuvre
- Différencier les problèmes susceptibles d'être résolus grâce à la RMO des problèmes pour lesquels la RMO serait inappropriée
- Identifier des questions pertinentes en ce qui concerne la RMO
- Sommaire

Le but de la RMO

- Les caractéristiques déterminantes de la RMO
- La RMO, ce qu'elle est et n'est pas
- Le processus de la mise en œuvre
- Les défis de la mise en œuvre
- Les questions liées à la RMO

Le but de la RMO

« La science de la mise en œuvre est l'étude des méthodes qui visent à améliorer l'adoption et la mise en œuvre des résultats de la recherche et la traduction de ceux-ci en pratiques systématiques et courantes (l'écart entre savoir et faire ou entre les preuves et la mise en œuvre des programmes) [4]. »

La RMO repose sur l'importance, en matière de santé publique, d'appliquer ce que nous savons déjà afin d'obtenir des avantages sanitaires à long terme qui sont à notre portée. Une étude réalisée par Jones et al. montre qu'environ les deux tiers des décès d'enfants pourraient être évités grâce à des interventions qui sont aujourd'hui disponibles et qui pourraient être mises en œuvre dans des pays à faible revenu à des niveaux élevés de couverture de la population [5]. Dans leur analyse de la recherche translationnelle, Kottke et al. utilisent le terme « optimisation de la pratique grâce à la recherche [6] ». C'est une bonne façon de concevoir la RMO, qui porte sur les défis au croisement de la recherche et de la pratique en santé publique. Selon à Leroy et al., « le principal défi aujourd'hui est de traduire ce que nous savons déjà en action ; d'apporter les interventions que nous avons en main à [ceux] qui en ont besoin [7] ». Face au décroissement du financement disponible pour les objectifs à court terme et les projets pilotes, la RMO s'efforce de relever ce défi et de mettre l'accent sur les objectifs à long terme, la durabilité et le passage à l'échelle. La RMO vise à intégrer les interventions et conclusions de recherche factuelles à la pratique et à la politique sanitaires. Ainsi, la RMO applique les résultats des études et essais d'efficacité théoriques à des contextes réels, afin d'obtenir des informations pour guider le passage à l'échelle et la durabilité. La politique et la recherche en matière de tabagisme constituent un exemple.

Exemple de défis stratégiques auxquels la RMO fait face : la politique antitabagisme

Le contrôle, la cessation et la prévention du tabagisme sont abordés à travers une gamme d'interventions et de politiques. Récemment, ces politiques ont compris une taxation renforcée des produits du tabac et l'interdiction de fumer dans les espaces commerciaux et publics.

Ces politiques ont connu divers degrés de succès, en fonction du soutien dont elles bénéficient et des obstacles auxquels elles font face. Pour la RMO, les politiques approuvées avec des mécanismes de financement ou d'exécution insuffisants constituent des défis politiques classiques.

Si la politique ou l'intervention en elle-même s'est avérée efficace, la mise en œuvre n'atteint pas les résultats escomptés. Quelque part, un aspect de la mise en œuvre ou du contexte local entrave la réussite de la politique telle qu'elle est écrite.

La RMO permet d'explorer ces lacunes et d'améliorer la capacité de la politique à faire évoluer les comportements de tabagisme.

La fonction la RMO comprend...

- L'identification des problèmes de mise en œuvre qui entravent l'accès aux interventions et à la prestation de services, ainsi que facilité d'utilisation des interventions basées sur des données et leurs principaux déterminants
- Le développement et l'expérimentation des solutions pratiques à de tels problèmes qui sont spécifiques aux environnements et aux systèmes de santé particuliers ou qui abordent un problème fréquent dans une région
- L'identification de comment les interventions, outils et services factuels doivent être modifiés pour avoir un impact sanitaire durable dans des contextes réels, y compris les pays à revenu faible et moyen
- La détermination de comment mieux intégrer des solutions pratiques aux systèmes de santé et faciliter leur mise en œuvre à grande échelle, ainsi que leur évaluation et modification

Des exemples de projets de RMO et des questions de recherche se trouvent à la page 14 du document disponible [ici](#) (en anglais).

La RMO se penche sur les facteurs qui touchent à l'adaptation et l'adoption des interventions sanitaires basées sur des preuves. Même les meilleures interventions ont été adaptées progressivement. Si les résultats indiquent qu'un programme ne correspond pas au contexte, qu'il ne sera viable qu'avec des modifications majeures, ou que des adaptations mineures seront suffisantes, il s'agit là de constats utiles et bénéfiques. Une RMO réussie intègre ces résultats à la pratique, améliorant ainsi la mise en œuvre du programme. Ce succès s'appuie souvent sur le soutien des parties prenantes et des décideurs. Engager les intervenants dès le début est donc essentiel à la réussite de l'intégration des résultats de la RMO.

Message global à retenir : La RMO utilise des connaissances contextuelles pour étudier les processus afin d'améliorer la pratique. Elle applique les conclusions et méthodes de recherche aux contextes réels. Le résultat d'un projet réussi de RMO est l'intégration des résultats à la pratique ou politique.

-
- [4] [Padian, N. S., Holmes, C. B., McCoy, S. I., Lyerla, R., Bouey, P. D., & Goosby, E. P. \(2011\). Implementation science for the US president's emergency plan for AIDS relief \(PEPFAR\). Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 56\(3\), 199-203.](#)
- [5] [Jones, G., Steketee, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. A., Morris, S. S., & Bellagio Child Survival Study Group. \(2003\). How many child deaths can we prevent this year? Lancet, 362\(9377\), 65-71.](#)
- [6] [Kottke, T. E., Solberg, L. I., Nelson, A. F., Belcher, D. W., Caplan, W., Green, L. W., et al. \(2008\). Optimizing practice through research: A new perspective to solve an old problem. Annals of Family Medicine, 6\(5\), 459-462.](#)
- [7] [Leroy, J. L., Habicht, J. P., Pelto, G., & Bertozzi, S. M. \(2007\). Current priorities in health research funding and lack of impact on the number of child deaths per year. American Journal of Public Health, 97\(2\), 219-223.](#)

La RMO réussie...

- A. Doit appuyer les données existantes
- B. Intègre les conclusions à la politique ou à la pratique
- C. Recourt à des méthodes novatrices
- D. S'appuie sur des programmes qui ont fait preuve d'un certain succès
- E. Obtient du financement pour poursuivre les travaux

Les caractéristiques déterminantes de la RMO

Les nombreuses définitions acceptées de la RMO varient selon la région, la discipline et l'organisation. Voici deux acceptions courantes :

- La recherche en matière de mise en œuvre est l'étude scientifique des méthodes qui favorisent **l'adoption systématique et l'utilisation courante des résultats de recherche et d'autres pratiques factuelles** [grâce à l'élaboration et évaluation des solutions pratiques aux problèmes fondamentaux qui reviennent souvent dans la mise en œuvre de ces interventions] et, partant, l'amélioration de la qualité et l'efficacité des services et soins sanitaires [8, 9].
- La recherche en matière de mise en œuvre est l'étude scientifique des méthodes qui favorisent **l'intégration des résultats de la recherche et des interventions basées sur des données à la politique et pratique de la santé** [10].

Vous trouverez d'autres définitions [ici \(Annexe 1.1\)](#). Avant de commencer votre recherche, choisissez la définition qui correspond le mieux à vos besoins et à ceux de votre bailleur. Malgré les différences entre les définitions, celles-ci partagent des caractéristiques déterminantes. En voici quelques exemples :

La RMO est...	Applications pratiques
systématique	• L'étude systématique de comment un ensemble d'activités précis intègre une intervention basée sur des données de santé publique dans un contexte spécifique et de comment les résultats sanitaires varient d'une collectivité à l'autre • Maintient en équilibre la pertinence et la rigueur, en respectant strictement les normes de la recherche scientifique
multidisciplinaire	• Permet l'analyse des facteurs biologiques, sociaux, économiques, politiques, systémiques et environnementaux ayant une incidence sur la mise en œuvre • Favorise les collaborations interdisciplinaires entre les chercheurs en sciences du comportement et sciences sociales, les cliniciens, les épidémiologistes, les statisticiens, les ingénieurs, les analystes commerciaux, les décideurs et les parties prenantes

contextuelle	• Convient aux spécificités et besoins locaux • Génère des connaissances généralisables qui peuvent être appliquées dans des contextes différents • Culture, communauté
complexe	• Dynamique et adaptative • Multi-échelle : se produit à plusieurs niveaux des systèmes de santé et pratiques communautaires • Facilite l'analyse des politiques et programmes multi-composants • Non linéaire, itératif, en évolution constante • Permet d'aborder les problèmes complexes et importants (voir ici pour une discussion en anglais de ces difficultés) • Comprend de nombreuses variables, ce qui peut entraîner des conséquences involontaires

Message global à retenir : Ces aspects de la RMO (son caractère systématique, multidisciplinaire, contextuel et complexe) sont d'une importance capitale pour sa définition. La sélection d'une définition spécifique peut être déterminé par le bailleur.

[8] [Eccles M, Grimshaw J, Walker A, Johnston M, Pitts N: Changing the behaviour of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. J Clin Epidemiol 2005, 58:107-112](#)

[9] [Eccles, M. P., Hrisos, S., Francis, J. J., Steen, N., Bosch, M., & Johnston, M. \(2009\). Can the collective intentions of individual professionals within healthcare teams predict the team's performance: Developing methods and theory. Implementation Science : IS, 4, 24.](#)

[10] [National Institutes of Health Fogarty International Center. Implementation Science Information and Resources. http://www.fic.nih.gov/RESEARCHTOPICS/Pages/ImplementationScience.aspx](http://www.fic.nih.gov/RESEARCHTOPICS/Pages/ImplementationScience.aspx)

Des adjectifs suivants, lequel ne décrit pas la RMO ?

- A. Systématique
- B. Multidisciplinaire
- C. Contextuelle
- D. Complexe
- E. De routine

La RMO, ce qu'elle est et n'est pas

La RMO comporte l'analyse des obstacles et contraintes, l'identification des solutions éventuelles à ces obstacles, l'expérimentation des solutions et l'intégration de celles-ci. La RMO aborde les questions de faisabilité, de rentabilité, de durabilité, de maintien de la de santé, d'acceptabilité, d'équité, de couverture, d'accès et de la conformité des programmes et des interventions aux normes.

En résumé, la RMO est

- Systématique
- Multidisciplinaire
- Contextuelle
- Complexe
- La RMO n'est pas

La recherche opérationnelle appliquée de routine

- La recherche biomédicale de base (la découverte d'une nouvelle voie génétique, la recherche étiologique, etc.)
- Un premier essai d'efficacité ou des essais qui cherchent à répliquer l'efficacité d'une intervention dans un contexte directif et contrôlé
- L'établissement des rapports de routine sur les progrès réalisés par un programme

Il convient de noter que, si les activités de suivi-évaluation (SE) sont une composante importante de la RMO, le SE et la RMO ne sont pas la même chose. La RMO ne désigne pas la prestation des programmes habituelle ou « business as usual » (statu quo). Pour mieux comprendre la différence entre la RMO et d'autres types de recherche, prenons l'exemple d'une carence en zinc et la diarrhée. Les questions de recherche sont les suivantes :

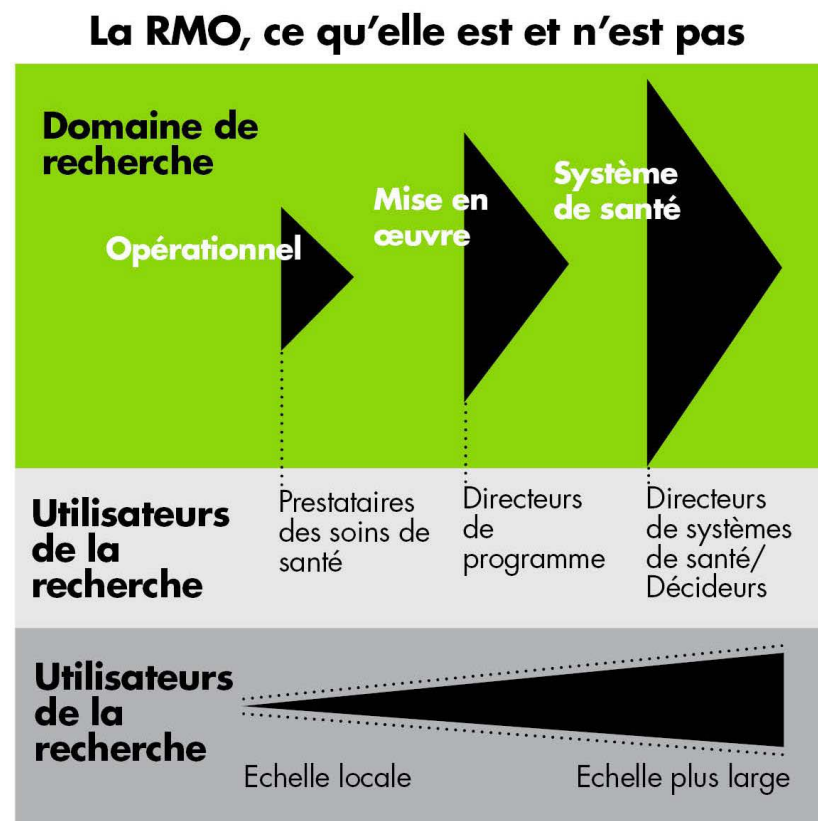
- Recherche épidémiologique : Quelle est la relation entre une carence en zinc et la gravité de la diarrhée ?
- Recherche sur l'efficacité clinique : Quel est l'effet sur la diarrhée du zinc comme traitement d'appoint ?
- Recherche sur l'efficacité du programme : Quel est l'effet d'un programme de promotion du zinc comme traitement d'appoint de la diarrhée ?
- Recherche en matière de mise en œuvre : Comment surmonter les obstacles au passage à l'échelle des programmes de promotion du zinc afin d'aider tous les enfants atteints de diarrhée ?

La recherche épidémiologique est utilisée tout d'abord pour établir une association entre le zinc et la diarrhée. Ensuite, la recherche sur l'efficacité clinique examine les effets du traitement au zinc sur

les résultats sanitaires. La recherche sur l'efficacité du programme cherche à établir à quel point une intervention ou un programme donné augmente l'utilisation du traitement au zinc. Jusqu'ici, toutes ces questions de recherche visent à déterminer s'il existe ou non un effet ou une association entre l'exposition et les résultats. La RMO constitue une application pratique des résultats de recherches antérieures, afin d'examiner les stratégies de mise en œuvre qui vise à porter la couverture du programme et du traitement à une plus grande échelle.

Il ne faut pas confondre la RMO et la recherche opérationnelle ou la recherche sur les systèmes de santé, même si ces trois catégories de recherche se chevauchent. Il peut s'avérer utile de considérer ces différents types de recherche comme un continuum qui va de l'échelle locale et spécifique aux échelles plus vastes. La RMO relie les extrémités cette gamme.

- La recherche opérationnelle s'applique à un contexte spécifique, local et clairement défini.
- La recherche en matière de mise en œuvre commence par un contexte spécifique et applique les résultats à des contextes plus vastes grâce au passage à l'échelle et à d'autres processus de mise en œuvre.
- La recherche sur les systèmes de santé met l'accent sur le contexte plus vaste, s'appliquant à de nombreux contextes dans l'ensemble du système.



L'exemple suivant applique la gamme des domaines de recherche à une intervention en matière de circoncision masculine conçue pour réduire la transmission du VIH en Afrique :

La circoncision masculine : le passage à l'échelle en Afrique orientale et australe

En réponse aux études qui démontrent que la circoncision masculine (CM) réduit le risque de transmission du VIH dans certains contextes spécifiques, les pays d'Afrique orientale et australe élargissent la prestation et la couverture des services de CM. La prestation de cette intervention fondée sur des preuves crée des possibilités de recherche opérationnelle, de recherche en matière de mise en œuvre et de recherche sur les systèmes de santé.

- Question de recherche opérationnelle : Quels sites devrait-on cibler pour la prestation des services de CM en Afrique orientale ?
- Question de RMO : Comment améliorer l'accès aux services de CM chez les populations qui n'en bénéficient pas actuellement ?
- Question de recherche sur les systèmes de santé : Quel a été l'impact sur les systèmes de santé fragiles du passage à l'échelle rapide des programmes de CM ?

Message global à retenir : La RMO n'est pas un terme générique qui désigne les activités liées au suivi-évaluation des programmes. Au contraire, la RMO a pour but de résoudre les défis de la mise en œuvre afin que les programmes puissent être élargis ou mis en œuvre de façon optimale dans des situations et contextes différents.

Des thèmes de recherche suivants, lequel s'inscrit dans le cadre de la RMO ?

- A. Les activités de suivi-évaluation systématiques
- B. Les essais randomisés pour déterminer l'efficacité
- C. Les questions de recherche sur les systèmes de santé
- D. Les études d'efficacité pour évaluer les conséquences inattendues des programmes
- E. La recherche formative pour établir la distribution d'une maladie dans une région donnée

Le processus de la mise en œuvre

Étant donné que la RMO doit s'adapter et s'incorporer aux programmes de mise en œuvre et avoir une influence sur ceux-ci, il est impératif de comprendre le processus de la mise en œuvre. Encourager l'implication des parties prenantes (nous y reviendrons) est essentiel à la mise en œuvre et à la RMO. L'implication des intervenants devrait commencer le plus tôt possible et continuer pendant toute la durée de la mise en œuvre.

La mise en œuvre est l'utilisation de stratégies qui visent à adopter, adapter et intégrer des interventions et politiques sanitaires fondées sur des preuves, en faisant évoluer des modes de pratique dans des contextes spécifiques. Autrement dit, la mise en œuvre est un ensemble spécifié d'activités et de politiques destinées à être mises en pratique. L'apport des parties prenantes sera précieux à chaque étape de l'ensemble de ces activités et politiques. La RMO permet d'étudier ces activités grâce à un processus itératif continu (et non pas un événement ponctuel) et peut se réaliser à plusieurs niveaux, dont ceux des praticiens, de l'agence ou de la communauté.

Une réussite parfaite de la mise en œuvre est rare du premier coup -- au fur et à mesure que les connaissances sont acquises, des adaptations seront nécessaires. La RMO facilite la compréhension des obstacles qui entravent la mise en œuvre dans des environnements différents.

La création d'une **fidélité** programmatique suffisante est un défi que l'on rencontre fréquemment dans la mise en œuvre. Il est essentiel d'équilibrer la fidélité et l'adéquation. La fidélité est le maintien des principes- et éléments-clés ; l'adéquation est l'adaptation à la culture locale. L'établissement de cet équilibre est tout l'art de la science de la mise en œuvre. Si l'adaptation au contexte est importante, il ne faut pas oublier que tout ce qui est mis en œuvre doit être mesuré. Pour plus d'informations sur l'importance de la fidélité, voir [ici \(Annexe 1.2\)](#). Les aspects suivants de la fidélité sont pertinents à la mise en œuvre et la RMO : [11]

- La fidélité de la mise en œuvre d'un programme est la mesure de sa prestation au niveau prévu.
- La fidélité de la mise en œuvre a une incidence sur la crédibilité et l'utilité de la recherche.
- Un niveau élevé d'adhésion à une intervention, ou à ses composants essentiels, n'est pas atteint facilement. Les facteurs qui influent sur le degré de fidélité de la mise en œuvre sont la complexité de l'intervention, la qualité de la prestation, le niveau de formation des prestataires et la sensibilité des participants.
- Mesurer la fidélité de la mise en œuvre facilite notre compréhension de comment et pourquoi une intervention fonctionne, et dans quelle mesure les résultats sont susceptibles d'amélioration. La fidélité de la mise en œuvre devrait donc être évaluée dans le cadre de toute étude RMO.

Le passage à l'échelle est un aspect de la RMO qui touche à l'équité, à la durabilité et au maintien de la santé. Il vise à « élargir la couverture des services fondés sur des données de la recherche expérimentale, afin d'améliorer les résultats sanitaires chez la population cible ». Son objectif principal est de proposer « plus de services de qualité à plus de personnes dans une zone géographique plus vaste, de façon plus rapide, plus équitable et plus durable ». Un exemple au Ghana de la planification communautaire en matière de santé et du passage à l'échelle des services est disponible [ici \(Annexe 1.3\)](#).

Le passage à l'échelle n'est ni souhaitable, ni possible pour toutes les interventions de santé. La décision de passer à l'échelle ou non devrait prendre en compte les éléments suivants :

- La taille du programme, les ressources nécessaires et l'ampleur de l'effet attendu
- Les éléments de preuve disponibles
- Les évaluations éventuelles de la durabilité
- L'adéquation de l'intervention à la population générale et au contexte socioculturel

En outre, les interventions passées à l'échelle ne devraient pas toujours durer indéfiniment. Certaines interventions ont une vie utile limitée. Par exemple, un programme de vaccination peut avoir une couverture limitée et nécessiter un passage à l'échelle. L'élargissement des efforts afin d'atteindre une couverture nécessaire est approprié pendant une période limitée. Une fois le seuil de couverture atteint, la poursuite du programme à l'échelle plus vaste n'est ni utile ni durable. Le programme peut alors retourner à ses niveaux de maintenance de routine. Pour le cadre détaillé du passage à l'échelle d'ExpandNet, voir [ici \(Annexe 1.4\)](#).

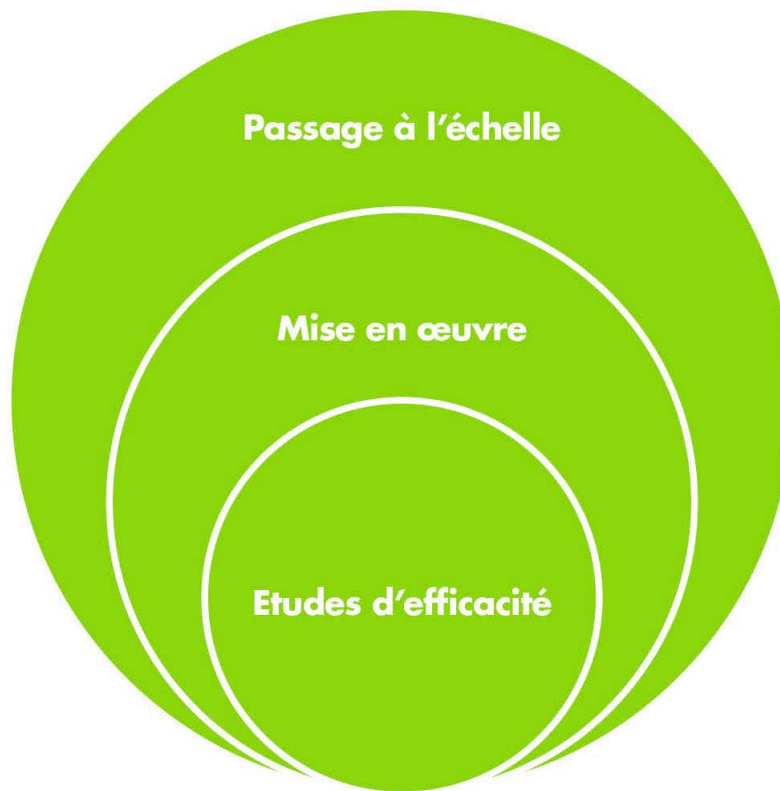
Des défis se présentent souvent dans la planification et la mise en œuvre d'un passage à l'échelle. En voici quelques exemples :

- La création d'un environnement qui favorise la flexibilité dans le processus du passage à l'échelle
- La mobilisation de ressources suffisantes et l'assurance qu'elles seront en place pour la mise en œuvre
- La prise en compte des orientations, mandats et capacités, parfois contradictoires, des parties prenantes
- L'élaboration de systèmes d'information sanitaire robustes pour le suivi-évaluation de la mise en œuvre
- L'amélioration des capacités et infrastructures institutionnelles pour que celles-ci soient capables d'appuyer le passage à l'échelle des efforts du programme ou de les orienter vers le maintien de la santé (dans les domaines de la communication, de la logistique, du transport, de la fourniture de médicaments, etc.)
- Les externalités et conséquences inattendues

- Un dimensionnement du programme suffisant à appuyer le passage à l'échelle ou à atteindre le niveau d'intervention souhaité

L'impact limité de nombreuses interventions sanitaires prometteuses sur le fardeau des maladies dans les pays à revenu faible et intermédiaire résulte du fait que les problèmes de mise en œuvre n'ont pas été identifiés et traités en temps opportun. Par exemple, l'impact des moustiquaires imprégnées d'insecticide sur le taux de paludisme a été réduit parce que les essais d'efficacité n'ont pas été suivis d'une RMO sur le passage à l'échelle. Il est essentiel d'inclure la RMO comme extension de la phase de l'étude d'efficacité lors de l'essai d'une nouvelle intervention.

Le processus de la mise en œuvre



Message global à retenir : La RMO peut améliorer la pratique de la mise en œuvre en facilitant la compréhension des obstacles à la mise en œuvre et en proposant des stratégies systématiques pour les surmonter. Certaines interventions ne se pretent pas au passage à l'échelle.

[11] [Carroll, C., M. Patterson, S. Wood, A. Booth, J. Rick and S. Balain A conceptual framework for implementation fidelity. Implementation Science 2007.](#)

La RMO nous permet d'étudier systématiquement les défis auxquels la mise en œuvre fait face. Une intervention pour réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes a fait baisser les taux de grossesse, mais la violence au foyer et les complications liées à l'avortement augmentent dans la zone de prestation du programme. De quel type de défi en matière de mise en œuvre s'agit-il ?

- A. La réalisation d'une fidélité programmatique suffisante
- B. Les conséquences et externalités inattendues
- C. L'amélioration des capacités et infrastructures institutionnelles afin d'appuyer le passage à l'échelle
- D. La mobilisation de ressources adéquates
- E. Un dimensionnement du programme qui favorise la durabilité

Les défis de la mise en œuvre

Tout comme la RMO elle-même, les défis que la RMO cherche à résoudre sont systématiques, multidisciplinaires, contextuelles et complexes. En voici des exemples :

- Le passage à l'échelle
- La durabilité et le maintien de la santé
- La réplication
- L'intégration programmatique
- L'équité
- L'efficacité, le rapport coût-efficacité et l'impact réels
- L'efficience
- Les conséquences inattendues

Exemples de problèmes qui se prêtent à une résolution par la RMO :

- L'identification des facteurs gestionnels, administratifs, culturels, sociaux, comportementaux et autres qui entravent la mise en œuvre efficace
- L'expérimentation de nouvelles approches plus efficaces et efficaces à la programmation (la délégation des tâches, etc.)
- L'identification et la résolution plus rapides ou équitables des problèmes programmatiques
- Le soutien aux décideurs et gestionnaires de programme dans la prise de décisions basée sur des données
- L'amélioration de la qualité et du rendement des programmes à l'aide de méthodes scientifiquement valables
- L'accompagnement du personnel de programme dans la compréhension de comment leurs programmes fonctionnent et comment on peut les améliorer

Ce ne sont ici que quelques exemples des problèmes que la RMO s'efforce de résoudre – nous les aborderons plus en détail dans le sous-module 3. Il faut souligner que tous ces problèmes se posent au sein des programmes et que la RMO vise à trouver des solutions pragmatiques à ces problèmes ou à les améliorer grâce à des stratégies qu'on pourra appliquer à de futures pratiques de mise en œuvre. Nous pouvons concevoir ces problèmes comme intégrés aux programmes – *ils y commencent et ils s'y terminent*.

Message global à retenir : Par nature, les problèmes que la RMO cherche à résoudre touchent à des facteurs contextuels au sein des programmes qui empêchent leur mise en œuvre.

Les problèmes que la RMO cherche à résoudre se distinguent des problèmes qu'aborde d'autres domaines de recherche, car ces premiers sont toujours...

- A. Spécifiques
- B. Liés aux populations mal desservies
- C. Intégrés aux programmes
- D. Interdisciplinaires
- E. Basés sur la recherche antérieure

Les questions liées à la RMO

Lorsque vous menez votre propre RMO, n'oubliez pas que la question détermine les méthodes et le but détermine le cadre. Les questions de RMO portent sur la conception, la mise en œuvre et les résultats des programmes. La RMO nous fait demander également « Y a-t-il des conséquences inattendues ? » et « Pourquoi cela se passe-t-il de cette manière ? ». Les questions suivantes sont issues des principaux goulets d'étranglement auxquels font face les personnes qui mettent en œuvre des programmes.

Défi	Question de RMO
Passage à l'échelle	Comment améliorer la couverture et l'utilisation d'une intervention qui a fait ses preuves afin d'atteindre les objectifs fixés ?
	Comment passer un programme à l'échelle afin d'atteindre des populations ou des régions plus vastes ?
Durabilité	Pourquoi des programmes établis perdent-ils de l'efficacité au fil du temps ?
	Comment atteindre la durabilité ou le maintien de la santé ?
Réplication et robustesse	Pourquoi les programmes testés présentent-ils des effets inattendus lorsqu'ils sont transférés à un nouveau contexte ou appliqués à un nouveau problème ?
	Pourquoi les programmes testés ne fonctionnent-ils pas lorsqu'ils sont transférés à de nouveaux contextes ? Pourquoi fonctionnent-ils dans certains contextes et pas d'autres ?
Intégration des programmes	Comment améliorer la mise en œuvre afin de garantir la reproductibilité ?
	Comment intégrer et mener de façon efficace des interventions multiples au sein des systèmes de santé ?
	Comment mener les interventions afin de garantir l'intégration ?

Equité	Comment rendre plus équitable la prestation d'un programme ou service dans des contextes où les ressources financières et humaines sont faibles, ou dans un milieu où les normes culturelles et sociales influent sur les comportements de recours aux soins de santé ? Quel est l'impact de l'intervention en matière de race, classe, éducation, sexe, âge, géographie (urbaine-rurale) et d'autres facteurs pertinents ?
Efficacité réelle	Le programme a-t-il des conséquences inattendues (positives ou négatives) ? Dans quelles conditions le programme fonctionne-t-il ? L'intervention (outil, stratégie) vaut-elle la peine ? Vaut-elle le coût ? Le programme a-t-il l'impact recherché en matière de santé publique ?

Pour des exemples de questions de RMO, liées au VIH, sur lesquelles travaille le Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC), voir [le tableau 1 \(Annexe 1.5\)](#).

Pour des exemples de questions se rapportant à différents types de RMO, voir [le tableau 2 \(Annexe 1.6\)](#).

Pour des questions de RMO portant sur des problèmes divers de santé publique, voir [le tableau 3 \(Annexe 1.7\)](#).

Message global à retenir : Les questions que pose la RMO sont suscitées par des problèmes de mise en œuvre et devraient être formulées pour orienter une recherche pragmatique en collaboration avec les parties prenantes.

Veillez sélectionner le meilleur exemple d'une question de RMO.

- A. Quel est l'effet du zinc comme traitement d'appoint pour la diarrhée ?
- B. Quel est l'effet de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide sur l'incidence du paludisme chez les populations vulnérables ?
- C. Comment assurer le traitement antituberculeux de façon efficace dans les zones rurales ?
- D. Un programme de sensibilisation sanitaire augmente-t-il l'accès aux traitements antirétroviraux ?

Sous-module 2 : Les cadres de la RMO

Objectifs

- Identifier les éléments essentiels qui se retrouvent dans tous les cadres présentés
- Identifier des critères pertinents à la sélection d'un cadre lié à la RMO

Sommaire

- Les cadres de la RMO
- La sélection des cadres

Les cadres de la RMO

Il existe de nombreux cadres à la recherche en matière de mise en œuvre. Selon le contexte dans lequel que vous travaillez, certains cadres peuvent s'avérer plus utiles que d'autres. Si les cadres présentent des variations dans certains aspects, beaucoup d'entre eux ont également des caractéristiques communes. En voici quelques exemples :

- Une efficacité confirmée – une intervention fondée sur des preuves qui a démontré son efficacité
- Une efficacité confirmée – la prestation de services au moindre coût et de la manière la plus durable
- Le contexte – les déterminants locaux de l'adoption du programme et de son impact
- La mise en œuvre – un plan pour la mise en œuvre, l'adaptation, l'innovation et la diffusion
- La durabilité – évaluée à travers le suivi-évaluation et les impacts
- L'apport des parties prenantes – l'implication des intervenants dès le début et tout au long du processus

Les cadres facilitent l'élaboration des questions de recherche et peuvent orienter votre façon de concevoir votre travail. Dans ce cours préparatoire, nous allons considérer les cinq cadres suivants. Des informations complémentaires sur chaque cadre sont disponibles par le biais des hyperliens.

- **La diffusion des innovations (Annexe 1.8):** Ce modèle représente le contexte dans lequel s'effectue la RMO. La théorie de la diffusion de l'innovation, élaborée par Rogers à partir des études naturalistes dans des pays et domaines de contenu différents, est la plus précoce et la plus largement appliquée. Selon ce cadre, le taux auquel se diffuse une innovation est une fonction de l'intervention elle-même et du contexte dans lequel elle est mise en œuvre.
- **Cadre de la science de la mise en œuvre PEPFAR (Annexe 1.9):** Ce cadre est une représentation organisationnelle de la recherche en matière de mise en œuvre. Il intègre le suivi, l'évaluation, la recherche opérationnelle et l'évaluation des impacts.
- **Cadre REP des CDC (Annexe 1.10):** Ce cadre précise les étapes nécessaires pour maximiser la fidélité à des interventions efficaces tout en permettant des possibilités de flexibilité (c'est-à-dire, la participation de la communauté) pour maximiser la transférabilité.
- **Cadre du passage à l'échelle ExpandNet (Annexe 1.11):** Ce cadre identifie les conditions qui favorisent la réussite, formule les choix stratégiques essentiels au passage à l'échelle et met en lumière les actions qui renforcent le potentiel de succès et de durabilité.

- **Cadre RE-AIM (Annexe 1.12):** Ce cadre de recherche utile est axé sur la validité externe, qui peut renforcer les adoptions durables et la mise en œuvre des interventions efficaces, généralisables, équitables et fondées sur des preuves.

Nous avons choisi de présenter les cadres ci-dessus parce qu'ils sont utilisés fréquemment dans la RMO. Les paramètres de votre programme peuvent vous amener à envisager un cadre qui ne se trouve pas dans cette liste. Voici des exemples de cadres supplémentaires (les sites Web sont en anglais) :

- [Community Toolbox \(Boîte à outils communautaire\):](#)
- [Consolidated Framework for Implementation Research \(CFIR, Cadre consolidé pour la RMO\) :](#)
- [Promoting Action on Research Implementation in Health Services \(PARIHS\) Framework \(Cadre de promotion de l'action sur la mise en oeuvre de la recherche dans les services de santé\) :](#)
- [Quality Enhancement Research Initiative \(QUERI, Initiative pour l'amélioration de la qualité de la recherche\):](#)
- [The Role of Organizational Research in Implementing Evidence-Based Practice \(Le rôle de la recherche organisationnelle dans les mise en oeuvre des pratiques fondées sur les données\) :](#)
[série QUERI:](#)
- [Greenhalgh : Diffusion of Innovations in Service Organizations : Systematic Review and Recommendations \(La diffusion des innovations dans les organismes des services : une revue systématique et des recommandations\):](#)
- [Ward : Developing a Framework for Transferring Knowledge into Action : A Thematic Analysis of the Literature \(L'élaboration d'un cadre pour la traduction des connaissances en action : une analyse thématique de la documentation\)](#)

Quel que soit le cadre que vous choisissiez, il sera essentiel...

- A. De le respecter strictement et de maintenir ses composantes-clés
- B. De n'utiliser que les composants qui sont bénéfiques à votre recherche
- C. De modifier votre contexte pour l'adapter à chaque composante du cadre
- D. De ne tenir aucun compte du contexte lorsque vous travaillez dans un cadre
- E. De modifier le cadre pour l'adapter à vos méthodes

La sélection des cadres

Votre choix du cadre à utiliser dans votre recherche sera orienté par votre objectif. Dans certains cas, un bailleur recommandera un cadre spécifique. Avant de sélectionner un cadre, consultez l'annonce de financement pour voir si une telle recommandation a été faite. N'oubliez pas que les cadres peuvent orienter vos questions et votre processus en matière de RMO. Les cadres de mise en œuvre vous aideront surtout dans les phases de mise en œuvre, tandis que les cadres de RMO seront plus utiles pour l'évaluation. Quel que soit le cadre que vous choisissiez, il est important de le suivre de près et de façon systématique.

Un cadre est un outil pour obtenir des résultats plus pertinents et significatifs. Voici d'autres outils qui facilitent l'évaluation des défis de la mise en œuvre. Ces outils peuvent vous aider à choisir une intervention, avant d'investir beaucoup de temps et d'argent.

Critères CORRECT (ExpandNet) - Annexe 1.13

Les innovations qui répondent aux critères CORRECT (Correct, Observable, Relevant, Relative advantage, Easy to install and understand, Compatible, Testable -- c'est-à-dire qui sont correctes, observables, pertinents, relativement avantageux, facile à installer et à comprendre, compatibles et vérifiables) se prêtent le plus facilement à un passage à l'échelle réussi.

Liste de contrôle extensibilité (Management Systems International) - Annexe 1.14

Cet aide-mémoire facilite la priorisation des solutions alternatives et l'identification des actions qui simplifieront le processus du passage à l'échelle. Cette liste de contrôle n'est pas une fiche de score qui détermine ce qu'on peut passer à l'échelle, mais elle peut guider l'analyse des questions pertinentes au passage à l'échelle.

Évaluabilité (Robert Wood Johnson Foundation) - Annexe 1.15

Les évaluations de l'évaluabilité sont des évaluations préalables qui permettent d'apporter les modifications nécessaires avant la mise en œuvre à grande échelle. Dans le secteur de la santé publique, les évaluations de l'évaluabilité facilitent la formulation d'une question de recherche et l'identification d'un but précis, qui à leur tour exerceront une influence sur les méthodes et la sélection du cadre.

Viabilité (CDC) - Annexe 1.16

En santé publique, la viabilité est la mesure dans laquelle un programme est viable dans le monde réel. La viabilité à elle seule ne garantit pas l'efficacité de l'intervention, mais dans le monde réel, la viabilité est essentielle à la réussite globale de l'intervention. Quelle que soit l'efficacité d'une intervention, celle-ci doit être pratique, adaptée à la capacité des organisations communautaires pour la mise en œuvre et acceptable pour les clients et les exécutants, afin d'assurer la survie dans une communauté.

La réflexion à ces questions peut vous éviter de futurs problèmes de mise en œuvre. Ces outils peuvent vous aider à déterminer si votre intervention se prête au passage à l'échelle ou à la pérennisation.

Message global à retenir : Le choix d'un cadre approprié à la RMO dépend de l'objectif de la recherche, aux paramètres de financement et aux déterminants contextuels.

Des éléments suivants, lequel est plus susceptible de déterminer votre choix du cadre à utiliser ?

- A. La méthodologie prévue
- B. Le calendrier et la logistique
- C. Le contexte et la culture
- D. L'objectif et le bailleur de fonds
- E. Le soutien politique et la préférence des parties prenantes

Sous-module 3 : Des questions et applications de la RMO

Objectifs

- Identifier quatre approches à l'identification des problèmes de RMO
- Identifier trois méthodes à la formulation des questions de RMO
- Identifier sept critères pour la hiérarchisation des questions et problèmes de RMO
- Identifier les principales parties prenantes et stratégies potentielles pour les impliquer dans la RMO

Sommaire

- L'identification des contraintes liées à la RMO
- La formulation des questions de RMO
- La hiérarchisation des questions de RMO
- L'implication des parties prenantes dans la RMO
- La diffusion des résultats de la RMO

L'identification des contraintes liées à la RMO

Dans le processus de la mise en œuvre, des problèmes peuvent survenir à des moments et endroits différents, et pour de nombreuses raisons. Les outils que nous avons discutés jusqu'ici vous aideront à prévoir les défis de la mise en œuvre. Pour des exemples de contraintes liées à la mise en œuvre qui sont fréquentes et propres aux défis d'accès, voir [ici \(Annexe 1.17\)](#). Pour des informations sur des contraintes propres au passage à l'échelle, voir [ici](#).

Des contraintes RMO au passage à l'échelle : le financement, l'accès des parties prenantes à l'information à des niveaux différents, le manque de soutien politique, des changements fréquents de personnel ou de politique à tout niveau, le manque d'animateurs qualifiés, l'influence et les relations entre eux des différents niveaux contextuels (individuel, organisationnel, communautaire, politique)

Source : [Yano, EM. Scale-Up and Spread. Présentation, Training Institute for Dissemination and Implementation Research in Health..](#)

Prenons l'exemple des interventions qui utilisent des accoucheuses qualifiées pour répondre aux objectifs du Millénaire pour le développement visant à améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. Le tableau ci-dessous montre comment l'identification des contraintes peut améliorer la prestation et l'efficacité d'une intervention :

Niveau de contrainte	Types de contraintes	Interventions possibles
Communauté/ménage	Perceptions des accoucheuses qualifiées, prise de décision	Promotion au niveau communautaire des services et des modifications de comportement afin de renforcer la demande de services
Prestation de services de santé	Pénurie de personnel qualifié et répartition de celui-ci (par sexe approprié) Approvisionnement adéquat en médicaments et fournitures médicales Manque d'équipement et d'infrastructure	Délégation des tâches et redistribution du personnel
Politique du secteur de la santé et gestion stratégique	Systèmes d'emploi, processus d'approvisionnement	Délégation des tâches et redistribution du personnel

Politiques publiques touchant à des secteurs divers	Faible disponibilité de communication Mauvaise infrastructure de transport	Contrôle et suivi de la qualité Bons de transport
Caractéristiques environnementales et contextuelles	Corruption, faiblesse du gouvernement Barrières géographiques	Transparence Bons de transport

Source : [Tran, N. Global Applications of Implementation Research. Présentation, Training Institute for Dissemination and Implementation Research in Health..](#)

L'identification des problèmes de mise en œuvre ci-dessus, et d'autres encore, est essentielle à l'amélioration de la prestation des programmes. Voici quatre approches à l'identification des contraintes liées à la RMO :

I. Analyse systématique afin d'identifier des contraintes liées à la RMO

II. Discussion avec les parties prenantes concernées

III. Suivi de routine des activités du secteur de la santé

IV. Des réunions annuelles consacrées à l'examen du secteur de la santé

I. Analyse systématique afin d'identifier des contraintes liées à la RMO

1. Permettre aux chercheurs et aux parties prenantes d'évaluer les connaissances actuelles de façon critique, de partager ces connaissances et d'identifier les lacunes que les projets de RMO devraient combler
2. Préciser la contrainte et les facteurs qui peuvent y contribuer
3. Faciliter les décisions concernant l'orientation et la portée de la RMO en démontrant le rôle qu'elle peut jouer dans la réalisation des objectifs précis du projet

La consultation des outils suivants peut faciliter votre propre analyse systématique : The Cochrane Collaboration; Realist Review - A New Method of Systematic Review Designed for Complex Policy Interventions; RE-AIM Situation Analysis Tool ; RE-AIM Self-Quiz Tool ; Implementation Science for the US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)

II. Discussion avec les parties prenantes concernées

Les commentaires des parties prenantes constituent un élément essentiel de la RMO, et il est préférable d'impliquer ces partenaires dès le début et tout au long du processus. Pour bien identifi-

er les contraintes liées à la RMO, il est essentiel de faciliter une discussion avec toutes les parties prenantes concernées au début de la mise en œuvre pour répertorier les contraintes qu'auxquelles elles sont confrontées.

1. Préciser et décrire la contrainte
2. Quantifier et donner des détails sur la contrainte
3. Identifier les facteurs qui contribuent à la contrainte et comment ils y sont liés

Afin d'illustrer comment faciliter une discussion efficace avec les parties prenantes, nous prendrons l'exemple de la lutte contre la tuberculose :

1. Préciser et décrire la contrainte : Aider les parties prenantes à formuler leurs contraintes correctement. Les formulations doivent être précises et sans ambiguïté. Une bonne définition de contrainte est exhaustive et exclusive -- elle dit tout l'essentiel sans plus.

- Une discussion de la lutte contre la tuberculose avec les parties prenantes peut identifier comme contrainte le taux de défaillance croissant des patients atteints de tuberculose (c'est-à-dire, ceux dont le traitement a été interrompu). Les causes possibles comprennent une mauvaise gestion des services de santé, une stigmatisation sociale associée à la tuberculose ou des attitudes négatives des travailleurs de la santé envers les patients atteints de tuberculose.

2. Quantifier et donner des détails sur la contrainte : Aider les parties prenantes à quantifier la contrainte et fournir des détails sur ses conséquences.

- Si les parties prenantes de la lutte contre la tuberculose identifient comme une contrainte un taux de défaillance croissant, ils devraient fournir des détails sur l'ampleur du problème et identifier les régions les plus touchées, les domaines où le taux de conformité risque d'être le plus faible, les personnes les plus touchées et les conséquences du problème. Les conséquences d'un taux de défaillance croissant chez les patients atteints de tuberculose comprennent des augmentations de la morbidité, des décès, du gaspillage des ressources, du développement de multirésistances, etc.

3. Identifier les facteurs qui contribuent à la contrainte : Une fois que ces facteurs ont été identifiés, clarifier le rapport entre la contrainte et les facteurs qui y contribuent.

- Un taux de défaillance croissant chez les patients atteints de tuberculose peut résulter d'une mauvaise formation du personnel. Une formation inadéquate peut avoir d'autres résultats, tels que des documents de formation insuffisants en matière de lutte contre la tuberculose, une compréhension limitée du traitement de la part des patients ou une incapacité de fournir des

conseils systématiques aux patients. En tant qu'obstacles à la compréhension de la part des patients des exigences du traitement, ces facteurs peuvent provoquer un taux de défaillance élevé.

III. Suivi de routine des activités du secteur de la santé

Les équipes de gestion de la santé suivent systématiquement leurs activités. Grâce au suivi, le niveau national identifie les contraintes au niveau régional, le niveau régional identifie les contraintes au niveau du district et le niveau du district identifie les contraintes au niveau du sous-district.

IV. Réunions annuelles consacrées à l'examen du secteur de la santé

Les équipes de gestion de la santé et les directeurs de programme évaluent leur rendement par rapport aux objectifs du secteur de la santé, tout en identifiant les causes d'un mauvais rendement ou d'autres résultats. Les questions qui restent sans réponse constituent des contraintes possibles à la RMO. Voici des exemples des questions qui peuvent surgir :

- Santé maternelle et infantile : Pourquoi les femmes n'utilisent-elles pas pleinement les soins de santé maternelle gratuits, y compris les soins prénatals et l'assistance qualifiée à l'accouchement ?
- Accès financier aux soins de santé : Pourquoi le taux de couverture d'assurance-maladie a-t-il diminué malgré les avantages évidents de l'assurance ?
- Santé des adolescents : Pourquoi le taux de grossesse chez les adolescentes augmente-t-il alors que le taux global de fécondité des autres groupes d'âge est en baisse ?

Message global à retenir : Lorsqu'on identifie les contraintes liées à la RMO, il est important d'impliquer dès le début toutes les parties prenantes possibles. Il faut prendre en compte de nombreuses sources d'information, de nombreux points de vue différents et les causes profondes du problème. Il faut également redoubler les efforts pour impliquer les acteurs et les groupes qu'on n'a pas associés au processus historiquement.

Lors de l'identification d'un problème de RMO, les chercheurs ne devraient collaborer qu'avec les parties prenantes expérimentées dans la recherche, afin de s'assurer que le problème est faisable et bien défini pour une utilisation dans un contexte de recherche.

- A. Vrai
- B. Faux

La formulation des questions de RMO

Une fois le problème de la mise en œuvre identifié, il faudra formuler une question qui aborde ce problème. La formulation d'une question de RMO entraîne une réflexion aux questions suivantes :

- Quelle serait la meilleure manière d'y répondre ?
- Comment pourrait-on y répondre, de façon réaliste ?
- Quelles données sont disponibles ? Quelles données manquent encore ?
- Quels aspects peut-on contrôler ?

On trouve les réponses à ces questions en réfléchissant à la conception, à la mesure et à l'évaluation de l'étude. Pour plus d'informations et des méthodes de recherche, voir ici (document en anglais).

Nous nous pencherons sur les trois façons suivantes de formuler des questions de RMO :

1. Description de la situation sanitaire pertinente

- L'ampleur du problème
- La répartition des besoins de santé de la population
- Les facteurs de risque du problème
- Le niveau de sensibilisation au problème
- Les profils d'utilisation des services
- Le rapport coût-efficacité des autres interventions

2. Evaluation des interventions en cours et de l'accès à celles-ci

- La couverture des besoins de santé prioritaires
- La couverture des groupes cibles
- L'acceptabilité des services
- La qualité des services
- Le rapport coût-efficacité des interventions disponibles et potentielles
- L'impact sur la santé de l'intervention
- La durabilité

3. Analyse des causes possibles des cibles manquées

- La disponibilité
- L'accessibilité
- L'acceptabilité
- L'abordabilité
- Le caractère inapproprié de l'intervention pour des sous-groupes-clés
- La durabilité (financière et institutionnelle)

Votre approche à la formulation d'une question de RMO dépendra du contexte et de la disponibilité des informations. N'oubliez pas que les problèmes de RMO sont intégrées aux programmes – ils

commencent dans les programmes et ils s'y terminent. Pour formuler des questions de RMO, il faut donc impliquer les parties prenantes du programme dès le début. La façon dont vous formulez votre question catalysera vos méthodes de recherche. Voici des sources utiles à la formulation des questions de RMO :

- Les rapports d'évaluation ou sur l'évolution des activités des programmes en matière de suivi-évaluation
- La documentation médicale, les méta-analyses et les revues de la littérature médicales
- Les congrès et réunions scientifiques
- De nouvelles idées issues des recherches antérieures ou des études qualitatives formatives (entretiens, etc.)
- Les rapports annuels des bailleurs de fonds
- Les questions posées par le personnel du programme et les étudiants
- Les documents locaux – rapports sur l'évolution des programmes, thèses, mémoires, actes de séminaires, etc.
- L'analyse des données SIG afin d'identifier la situation géographique et la distribution des problèmes

Ressources : **Tableau de questions de RMO (Annexe 1.18:)**

Qui doit être impliqué dans la formulation des questions de RMO ?

- A. Les chercheurs
- B. Le personnel et les gestionnaires de programme
- C. Les décideurs politiques
- D. Les professionnels de la santé
- E. Tous les acteurs indiqués ci-dessus

La hiérarchisation des questions de RMO

Un programme peut susciter de multiples questions et problèmes de mise en œuvre de façon simultanée. Le résultat peut être très difficile à gérer. Il est donc important de hiérarchiser les questions de RMO afin d'assurer l'efficacité et la pratique responsable de la RMO. Les sept critères suivants vous aideront à prioriser les questions de RMO.

Critères	Considérations
Pertinence	Quelle est l'ampleur (et l'étendue) du problème ? Qui est touché par le problème ? Quelle est la gravité du problème ? Si le problème n'est pas endigué, existe-t-il une possibilité de propagation ? Qui considère qu'il s'agit d'un problème ? Le problème est-il un fardeau pour le système de santé ? Quelle est la gravité de ce fardeau ? Quel est l'impact économique de ce problème sur la population ?
Duplication des efforts évitée	Ce problème (ou cette question) a-t-il été étudié avant ? Existe-t-il des interventions qui ont résolu ce problème de manière efficace ? Dans l'affirmative, existe-t-il des questions majeures qui méritent des recherches plus poussées ? Mon contexte est-il tellement différent que je ne peux pas utiliser les résultats de la recherche antérieure en matière d'intervention ?

Urgence du besoin	Les décideurs, les responsables de la mise en œuvre et les prestataires des soins de santé ont-ils un besoin urgent des résultats ? Un retard dans la livraison des résultats risque-t-il de provoquer un changement de cap, une prise en charge de nouvelles interventions ou un arrêt des activités ?
Acceptabilité politique	Il est conseillé d'étudier les problèmes de mise en œuvre d'intérêt élevé et ceux que les autorités locales ou nationales ont pris en charge Les résultats des études sur des problèmes critiques qui bénéficient du soutien politique sont plus susceptibles d'être mis en œuvre. Les études des problèmes de mise en œuvre politiquement acceptés peuvent souvent compter sur l'implication des décideurs.
Faisabilité	Quel est le niveau de complexité de la recherche ? Existe-t-il des ressources suffisantes pour réaliser l'étude ? Est-il possible de mener l'étude et d'en publier les conclusions dans les 12 à 36 mois ?
Applicabilité des résultats ou des recommandations	Quelle est la probabilité que les recommandations soient adoptées ? Comment utiliserait-on les résultats pour améliorer la santé et les soins de santé ? Des ressources sont-elles disponibles pour mettre en œuvre les recommandations ?
Acceptabilité éthique	A quel point ceux qui seront étudiés acceptent-ils la recherche ? Le groupe ciblé partage-t-il le problème de mise en œuvre ? Peut-on obtenir le consentement éclairé des sujets de recherche ? La condition des sujets sera-t-elle prise en compte ? Les résultats seront-ils partagés avec les sujets de l'étude ? Code de déontologie en matière de santé publique (en anglais)

Ces critères sont particulièrement utiles dans la rédaction de propositions ou demandes d'autorisation de mener de la RMO. Vous pouvez choisir éventuellement de mettre l'accent sur des critères précis basés sur les paramètres fournis par votre bailleur de fonds.

Des conseils supplémentaires sur la préparation d'une proposition de RMO pour le Fonds mondial sont disponibles [ici](#) (document en anglais). Pour plus d'informations sur les possibilités de financement de l'USAID pour les projets en matière de RMO, voir la déclaration [ici](#) (en anglais).

Bien que les méthodes de recherche spécifiques dépassent le cadre de ce cours, il est utile de réfléchir à la conception, à la mesure, aux sources des données et aux techniques d'évaluation de votre étude lorsque vous formulez et hiérarchisez vos questions de RMO. Il existe des méthodes de recherche diverses qui vous permettront de répondre aux questions et de résoudre les problèmes de RMO.

Les **essais pragmatiques** conviennent souvent à la RMO. Ils sont conçus pour vous permettre de comprendre si une intervention fonctionne dans les conditions normales de la « vie réelle » (par opposition aux conditions idéales). Ils facilitent l'évaluation de l'efficacité et de la faisabilité, en mettant l'accent sur la portée, la généralisabilité (à des milieux, personnels et sous-groupes divers), le contexte, la réplication et la transparence. Pour des informations complémentaires sur les essais pragmatiques, voir [ici](#) (document en anglais).

Les **méthodes mixtes**, qui combinent des sources de données quantitatives et qualitatives, enrichissent souvent les résultats d'une recherche qui dépend du contexte. Idéalement, lorsqu'on utilise des méthodes mixtes, la vue d'ensemble acquise grâce à l'utilisation simultanée de sources multiples sera supérieur à la somme de ses parties. Ces sources d'information peuvent inclure l'abstraction des dossier médicaux, les enquêtes de préférence auprès des parties prenantes, les données au niveau communautaire, les entretiens, etc. Des informations supplémentaires sur les méthodes mixtes sont disponibles [ici](#) (document en anglais).

Message global à retenir : La complexité de la RMO nécessite une hiérarchisation de ses questions. L'utilisation de critères systématiques permet de garantir que nous agissons de manière responsable en répondant aux priorités de la RMO.

Lors d'une réunion des parties prenantes consacrée à l'identification des défis en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, les participants mettent en avant deux barrières. Premièrement, beaucoup de femmes dans les zones rurales n'accouchent pas dans les établissements sanitaires. Deuxièmement, certaines femmes ne subiront un test de dépistage qu'avec l'autorisation de leur partenaire. Les parties prenantes ont choisi de mettre l'accent sur l'accouchement dans les établissements sanitaires parce que cela touche davantage de femmes. De quel critère de hiérarchisation s'agit-il dans cet exemple ?

- A. Pertinence
- B. Urgence du besoin
- C. Non duplication des efforts
- D. Faisabilité
- E. Acceptabilité politique

L'implication des parties prenantes dans la RMO

Pour faire participer les parties prenantes dès le début, gardez à l'esprit le dicton, « Sachez dès le départ où vous voulez aller. » La RMO s'appuie sur de nombreux points de vue ; il est donc important d'obtenir la collaboration d'un grand nombre de personnes. Voici quelques principes qui vous permettront d'impliquer les parties prenantes :

- Communiquer avec les parties prenantes dès le début et tout au long de l'intervention pour encourager leur implication
- Encourager l'implication des groupes sous-représentés et des acteurs avec des perspectives multiples
- Formuler les questions d'une manière qui concorde avec la mission et les valeurs des parties prenantes
- Les parties prenantes sont des sources précieuses d'information qui peuvent vous relier à d'autres parties prenantes

Les collaborations avec les parties prenantes donnent lieu à des échanges d'informations dans les deux sens. Les parties prenantes offrent aux chercheurs leurs perspectives sur les problèmes de mise en œuvre, les facteurs contextuels, les contraintes, les actifs, etc. Les parties prenantes sont une ressource précieuse tout au long du processus, surtout pendant la phase de recherche formative, lorsqu'on identifie les questions liées à la RMO. Dans l'autre sens, les chercheurs fournissent des informations aux parties prenantes pour orienter leur prise de décision. Voir [ici \(Annexe 1.19\)](#) pour un exemple de collaboration avec les parties prenantes dans le contexte de la lutte contre la mortalité maternelle au Nigeria.

L'implication des parties prenantes est indispensable à toute RMO, bien que cette implication puisse revêtir des formes variées selon le genre d'étude en question. Tout travail qui vise à changer ou à mettre en œuvre une politique dépend fortement du soutien des parties prenantes. La coordination entre les différents partenaires- ou parties prenantes-clés est essentielle à la mise en œuvre d'une politique. Si les parties prenantes et les analystes ne sont pas impliqués dès le départ, il sera presque impossible de mettre en œuvre un changement de politique par la suite. Prenez le temps au début d'identifier les décideurs et les parties prenantes les plus pertinents, et veillez à leur implication tout au long du processus. Ce faisant, vous augmenterez de beaucoup la probabilité que votre RMO réussisse et que les conclusions de la politique soient intégrées. Pour un exemple qui montre l'utilité des efforts pour encourager l'implication des parties prenantes, dans le contexte d'une initiative de vaccination réussie au Pakistan, voir [ici \(Annexe 1.20\)](#).

Message global à retenir : La réalisation de la RMO exige l'implication de nombreuses parties prenantes dès le début et tout au long du processus. « Sachez dès le départ où vous voulez aller. »

Quand est-ce important d'impliquer les parties prenantes ?

- A. Après que vous avez examiné les résultats préliminaires pour savoir quels parties prenantes sont les plus importantes
- B. Juste avant de diffuser les résultats, afin que les parties prenantes soient prêtes à les recevoir
- C. Au début, avant vous soyez accablé par les activités de recherche
- D. Dès le début et souvent, en restant en contact tout au long du processus
- E. L'implication des parties prenantes est nécessaire uniquement pour la RMO axée sur les politiques

La diffusion des résultats de la RMO

La diffusion des informations est une stratégie qui vise à intégrer les conclusions de la RMO à la pratique par le biais de décisions politiques et programmatiques. Les données sont diffusées pour répondre aux questions politiques et programmatiques et pour éclairer les décisions quant aux changements à apporter à la mise en œuvre d'un programme. Même les résultats « négatifs » sont utiles, nous évitant d'investir dans une intervention qui n'est pas efficace. Toute intervention ne mérite pas d'être poursuivie, et il est tout aussi important de savoir quelles interventions ne sont pas durables que de savoir quelles le sont. Tous les résultats (positifs et négatifs) doivent donc être diffusés.

La diffusion doit suivre une stratégie bien planifiée. Les nouvelles technologies et les médias sociaux (Facebook, Twitter, MHealth, EHealth, etc.) peuvent servir de base à des stratégies de diffusion efficaces. De meilleurs plans de diffusion renforcent l'impact de la RMO. Voici quelques avantages qui se rattachent à la diffusion des résultats :

- Le renforcement des programmes
- L'implication des parties prenantes
- La certitude, lorsqu'on prend une décision qui vise à renforcer un programme, que cette décision sera fondée sur les données
- Le plaidoyer pour des ressources supplémentaires
- Des politiques et passages à l'échelle éclairés
- Le renforcement des leçons apprises globales

Nous diffusons les informations aux parties prenantes pour qu'elles les utilisent dans la prise de décisions. Pour un exemple de décisions de RMO dans le contexte de la prévention de la transmission mère-enfant, voir [ici \(Annexe 1.21\)](#). Les questions suivantes peuvent orienter votre choix des parties prenantes à cibler pour la diffusion de l'information :^[12]

- Qui bénéficiera des données, et quelles sont les questions auxquelles ils cherchent une réponse ?
- Qui possède de l'influence et des ressources qui peuvent appuyer ce projet ?
- Qui faut-il cibler afin de mettre en œuvre l'intervention ou traduire en action les données ?
- Qui sera touché directement ou indirectement par le résultat de cette initiative ?
- Qui soutiendra notre plan ? Qui s'y opposera ? Pourquoi ? Comment y faire face ?
- Comment pouvons-nous mettre à profit leurs perspectives ou apaiser leurs objections ?

Les parties prenantes ont des besoins en information différents parce qu'ils prennent des décisions de nature différente. Lorsque vous cherchez à déterminer les besoins en information des parties prenantes, réfléchissez aux objectifs de la stratégie de communication, aux publics ciblés, aux voies de communication appropriées et à comment vous allez évaluer l'utilisation de l'information. Un tableau des besoins en information spécifiques est disponible [ici \(Annexe 1.22\)](#).

Message global à retenir : La diffusion de l'information est un moyen de mettre en politique et en pratique les résultats de la RMO. La diffusion efficace doit donc être planifiée et adaptée aux besoins des parties prenantes.

[12] Foreit, K, Moreland, S., Lafond, A. *Data Demand and Information Use in the Health Sector Strategies and Tools. MEASURE Evaluation, Carolina Population Center. University of North Carolina at Chapel Hill. 2006.*

Des possibilités suivantes, laquelle n'est pas un bienfait de la diffusion de l'information ?

- A. L'implication des parties prenantes
- B. Des décisions fondées sur les données qui améliorent les programmes
- C. Le plaidoyer pour des ressources supplémentaires
- D. Le renforcement des leçons apprises globales
- E. L'amélioration de la réputation du programme grâce à une diffusion sélective des résultats

Prochaines étapes : Examen final et certificat

Vous avez maintenant terminé toutes les unités de ce cours, Principes fondamentaux de la recherche en matière de mise en œuvre. Pour voir les références, veuillez cliquer sur le lien à gauche.

Pour terminer le cours et obtenir un certificat, voici les démarches qu'il vous reste à faire :

1. Cliquez [ici](#) ou sur le lien « Final Exam » dans le panneau à gauche pour passer l'examen final. Pour terminer le cours, il faut obtenir un score d'au moins 13 points (80 % de bonnes réponses). Vous pouvez repasser l'examen final autant de fois que vous le souhaitez.
2. Cliquez [ici](#) ou sur le lien « Feedback » dans le panneau à gauche pour répondre à un court sondage.
3. Cliquez [ici](#) et sur le lien « Print Certificate » pour imprimer votre certificat de cours.

Références

Bloom, N. P., & Chatterji, a. K. (2009). « Mise à l'échelle d'entreprise impact social. » California Management Review 51 (3): 114-133.

Centers for Disease Control et prévention, programme mondial VIH/sida. (2010). Science de la mise en œuvre. Disponible à : <http://www.cdc.gov/globalaids/support-Evidence-based-programming/Implementation-science.html>.

Chen, H. T. (2010). « L'approche Bottom-Up à validité intégrative : une nouvelle Perspective pour l'évaluation des programmes. » Évaluation et planification de programme 33 (3): 205-14.

Chen, H.T. (2010). "Évaluation axée sur la théorie : cadre conceptuel, méthodologie et Application." Présentation.

Carroll, C., M. Patterson, S. Wood, A. Booth, Rick J. et S. Balain. (2007) « un cadre conceptuel pour la fidélité de la mise en œuvre. » Science de la mise en œuvre 02:40.

Cooley, L. et R. Kohl. (2006). Scaling Up — de la Vision à changement à grande échelle : un cadre de gestion pour les praticiens. Washington, DC: Management Systems International. Sous la direction de Rachel Glass

Damschroder, J. L., Aron, C. d., R. E., Keith, Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). « Favoriser la mise en œuvre des résultats de recherche de services de santé en pratique : un cadre consolidé pour faire avancer la science de la mise en œuvre. » Science de la mise en œuvre 04:50.

Dearing J.W. (2008). « Évolution de la théorie de diffusion et de diffusion ». J Public Health Manag Pract 14 (2): 99-108.

Eccles, M. P., Hrisos, s., Francis, j., Steen, N., Bosch, M., & Johnston, M. (2009). "Les intentions collectives de professionnels individuels au sein d'équipes de soins ne peuvent prédire les performances de l'équipe : élaboration de méthodes et la théorie." Science de la mise en œuvre 04:24.

Eccles, député et B.S. Mittman. (2006) « Bienvenue à la Science de la mise en œuvre. » Science de la mise en œuvre 1 (1): 1-3.

Eccles, M, J Grimshaw, Walker A, M Johnston, Pitts N. (2005). « Changer le comportement des professionnels de la santé : l'utilisation de la théorie dans la promotion de l'adoption des résultats de la recherche. » J Clin Epidemiol 58:107-112.

Fogarty International Center, National Institutes of Health. (2010). « bénéficiaires Fogarty emploient science de la mise en œuvre pour réduire la mortalité maternelle au Nigeria. »

Foreit, K, S. Moreland, S. et Lafond A., (2006). Demande de données et l'utilisation de renseignements dans le secteur de la santé : cadre conceptuel. Évaluation de la mesure, Carolina Population Center. University of North Carolina at Chapel Hill.

Foreit, K, S. Moreland, S., r. Lafond, (2006). Demande de données et l'utilisation de renseignements dans le secteur de la santé : stratégies et outils. Évaluation de la mesure, Carolina Population Center. University of North Carolina at Chapel Hill.

Gaglio, R. B. et R. Glasgow (2011). « Évaluation approches pour la diffusion et de la recherche de la mise en œuvre. » Dans Diffusion et mise en œuvre. New York : Oxford University Press.

Glasgow, R. Essais pragmatiques 101. Présentation, Institut de formation pour la diffusion et la mise en œuvre recherche en santé.

R.E. de Glasgow, T.M. et S.M. Boles. (1999). « évaluation de l'impact de santé publique des interventions de promotion de la santé : le cadre re-AIM. » Am J Public Health 9:1322-7. Examen.

Fonds mondial. (2011). Liste de contrôle global Fund Grant IR. Genève : Fonds mondial.

Gonsalves, J. et R. Armonia. (2000). Scaling Up : Pouvons nous apporter plus d'avantages à plus de gens plus rapidement ? Sommaire exécutif. International Institute of Rural Reconstruction, Food and agriculture Organisation des Nations Unies. Atelier.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. et paon, r. (2005). Scénarios de recherche dans la diffusion de l'innovation : une approche méthodique méta-récit. Sciences sociales & médecine 61 (2): 417-430.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). « Diffusion des innovations dans les organismes : étude méthodique et recommandations. » La revue trimestrielle Milbank 82 (4): 581-629.

Hajjeh, R. (2011). « Accélérer l'introduction de nouveaux vaccins : obstacles à l'introduction et les leçons tirées de l'expérience de vaccin haemophilus influenzae type b récente. » *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Sciences biologiques* 366(1579) : 2827-2832.

Hanson, K., M. Kent Ranson, V. Oliveira-Cruz et r. Mills. (2003). « élargir l'accès aux interventions sanitaires prioritaires : un cadre pour comprendre les contraintes de mise à l'échelle vers le haut. » *Journal du développement International* 15: 1-14.

Helfrich, C. D., Damschroder, J. L., Hagedorn, J. H., Daggett, G. S., samb, A., Ritchie, M., et coll. (2010). « Une synthèse critique de la littérature sur l'action de promotion sur l'application de la recherche dans le cadre de services (PARIHS) santé ». *Science de la mise en œuvre* 5: 82.

Jones, G., Steketee, R. W., noir, R. E., Blandine, Z. A., Morris, S. S., & Bellagio. (2003). « les décès d'enfants combien peut-on prévenir cette année? » *Lancet* 362 (9377): 65-71.

Juan Díaz, J., Simmons, R., Díaz, M., Cabral, F. (2007). « Chapitre 8: une approche pédagogique innovante au renforcement des capacités et l'intensification des services de santé génésique en Amérique latine. » Dans *Intensification de la prestation des services de santé : des pilotes innovations politiques et programmes*. Edité par Simmons, R., Fajans, P., Ghiron, L. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Kilbourne, A., Neumann, M., Pincus, H., Bauer, M., & décrochage, R. (2007). « Mise en œuvre d'interventions fondées sur des preuves dans les soins de santé : application du cadre reproduisant des programmes efficaces. » *Science de la mise en œuvre* 2 (1): 42.

Kottke, Solberg, L. I., Nelson, F. A., T. E., Belcher, D. w., Caplan, w., Green, L. w., et coll. (2008). « Optimisation pratique grâce à la recherche : nouvelles perspectives pour résoudre un vieux problème. » *Annals of Family Medicine* 6 (5): 459-462.

Kraft JM, Mezoff JS, Sogolow ED, Mme Neumann, Thomas PA (2000). « un modèle de transfert de technologie pour des interventions efficaces de VIH/sida : science et pratique. " *AIDS Educ Prev*. 12 (5 Suppl): 7-20.

Leroy, J. L., Habicht, J. P., Pelto, G. et Bertozzi, S. M. (2007). « Les priorités actuelles de financement de la recherche en santé et de l'absence d'impact sur le nombre de décès d'enfants par an ». *American Journal of Public Health* 97 (2): 219-223.

Leviton, L. C., Khan, K. L., Rog, D., d., N. et coton, D. (2010). « Évaluation de l'évaluabilité afin d'améliorer les pratiques, les programmes et politiques de santé publique. » *Examen annuel de la santé publique* 31 : 213-233.

McQueen L, BS Mittman, Demakis JG. (2004). « Présentation de l'Initiative de recherche Veterans Health Administration (VHA) qualité Enhancement (QUERI) ». J Am Med Assoc d'informer 11:339-343.

Instituts nationaux de santé Fogarty International Center. Ressources et Information scientifique mise en œuvre. <http://www.FIC.nih.gov/RESEARCTOPICS/pages/ImplementationScience.aspx>

Nyonator, FK., Aubry, BA., Awoonor-Williams, JK., Phillips, JF., Jones, TC. (2007). « chapitre 5: intensification de la réussite du projet expérimental avec l'initiative de planification de la santé et des Services communautaires au Ghana. » Dans Intensification de la prestation des services de santé : des pilotes innovations politiques et programmes. Edité par Simmons, R., Fajans, P., Ghiron, L. Genève : qui.

Nyonator, F. K., Awoonor-Williams, K. J., Phillips, J. F., Jones, T. C., & Miller, R. A. (2005). « Le Ghana community-based health services de planification et initiative pour amplifier l'innovation prestation de service. » Health Policy and Planning 20 (1): 25-34.

Padian, N. S., C.B. Holmes, S.C. McCoy, R. Lyerla., Bouey, D. P., & Goosby, P. E. (2011). « Science de la mise en œuvre de plan d'urgence du président américain pour le sida (PEPFAR). » Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 56 (3): 199-203.

R Pawson, Greenhalgh T, Harvey G et Walshe K. (2005). « Examen réaliste : une nouvelle méthode de revue systématique conçu pour des interventions stratégiques complexes. » Journal of Health Services Research and Policy 10:S21-S39.

Principes de la pratique éthique de la santé publique. Version 2.2. Société de direction de la santé publique. 2002.

Proctor E et D. Chambers Design, mesure et évaluation. Présentation, Institut de formation pour la diffusion et la mise en œuvre recherche en santé.

Remme, J. H., Adam, t., Becerra-Posada, F., Arcangues, C., Devlin, M., Gardner, c., et coll. (2010). « Définir la recherche visant à améliorer les systèmes de santé. » PLoS Medicine 7 (11): e1001000.

EM de Rogers. (2003). Diffusion des Innovations. 5e édition. New York : Liberté de la presse.

Sanders, D. et A. Haines. (2006). « Recherche de mise en œuvre est nécessaire pour atteindre les objectifs de santé internationaux. » PLoS Med 3 (6): e186.

Simmons, R., Shiffman, J. (2007). « Chapitre 1: intensifier les innovations en matière de services de santé : un cadre d'action. » Dans Intensification de la prestation des services de santé : des pilotes innovations politiques et programmes. Edité par Simmons, R., Fajans, P., Ghiron, L. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Docile et méchants problèmes. Centre d'apprentissage professionnel et de développement. Disponible à : <http://www.Open.AC.uk/cpdtasters/GB052/index.htm>

TRAN, N. Applications globales de recherche mise en œuvre. Présentation, Institut de formation pour la diffusion et la mise en œuvre recherche en santé.

UCSF Science clinique & translationnelle. Formation en science de l'application et la diffusion 2011-2012. http://CTSI.UCSF.edu/Files/IDS_Brochure_2011.pdf.

Ward, V, maison, A et Hamer, s. (2009). « Élaboration d'un cadre pour le transfert des connaissances en action : une analyse thématique de la littérature. » J Health Serv Res Policy 14:156-164.

Werner, A. (2004). Un Guide à la recherche de la mise en œuvre. Washington, DC: The Urban Institute Press.

Woolf, S. H., & Johnson, R. E. (2007). « Elle se désintéresse manifestement la fidélité de la prestation des soins de santé coûte vies. » American Journal of Public Health 97(10) : 1732-3 ; auteur réponse 1733.

Woolf, S. H., & Johnson, R. E. (2005). « Le point d'équilibre : quand les progrès de la médecine sont moins importants qu'améliorer la fidélité avec laquelle ils sont livrés. » Annals of Family Medicine 3 (6): 545-552.

Organisation mondiale de la santé (2010). Neuf étapes pour élaborer une stratégie d'intensification. Genève : qui.

Organisation mondiale de la santé (2009). Directives pratiques pour intensifier les innovations en matière de services de santé. Genève : qui.

World Health Organisation/ExpandNet (2007). Directives pratiques pour intensifier les innovations en matière de services de santé. Edité par Simmons, R. et Fajans, P. Genève : qui.

QUI. (2003). Cadre conceptuel et opérationnel pour la mise en œuvre dans les TDR. Geneva : World Health Organization, au nom du Programme spécial de recherche et de formation en 2003 de maladies tropicales.

Yano, EM. Intensification et propagation. Présentation, Institut de formation pour la diffusion et la mise en œuvre recherche en santé.

Yano EM. (2008). « le rôle de la recherche organisationnelle mise en oeuvre pratique factuelle : QUERI série. » Science de la mise en œuvre 03:29.

Annexes

Annexe 1.1: Autres définitions scientifiques dans la mise en œuvre de l'utilisation

Définition	Source
La science de la mise en œuvre est l'étude scientifique des méthodes qui favorisent l'intégration à la politique et pratique sanitaire des conclusions de la recherche et des interventions basées sur les données. Elle vise une meilleure compréhension du comportement des professionnels de la santé et du personnel auxiliaire, des organismes de santé, des consommateurs des soins de santé et des décideurs dans leur contexte en tant que variables-clés de l'adoption et de la mise en œuvre réussies des interventions basées sur les données.	Fogarty International Center/Prix international de la recherche et de la formation clinique, opérationnelle et en matière des services de santé

La mise en œuvre est l'utilisation des stratégies qui visent l'adoption et l'intégration des interventions basées sur les données et le changement des modes de pratique au sein de contextes précis. La recherche sur la mise en œuvre évalue le niveau auquel les interventions sanitaires cadrent avec les contextes réels des systèmes de santé publique et de médecine clinique. (La dissémination est la distribution ciblée des informations et des documents d'intervention à des prestataires au sein des systèmes de soins de santé publique ou de médecine clinique. Le but est de disséminer les connaissances et les interventions connexes basées sur les données. La recherche sur la dissémination se porte sur comment les interventions cadrent avec les contextes réels des systèmes de santé publique et de médecine clinique.)	National Institutes of Mental Health Congrès sur la dissémination et la mise en œuvre
La science de la mise en œuvre est toute recherche qui produit des connaissances (données, conclusions, information, etc.) susceptibles d'améliorer la mise en œuvre des programmes (leur efficacité, efficience, qualité, accessibilité, passage à l'échelle, durabilité, etc.), que le type de recherche (conception, méthodologie, approche) s'inscrive ou non dans la catégorie de recherche opérationnelle.	Organisation mondiale de la Santé Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
La recherche en matière de mise en œuvre, une sous-catégorie de la recherche sur les services de santé, porte sur comment renforcer l'adoption et la mise en œuvre réussie des interventions et politiques basées sur les données et identifiées au cours de la décennie précédente à travers des études systématiques.	Sanders D, Haines A (2006). Implementation research is needed to achieve international health goals. PLoS Med 3 (6) : e186.

La recherche en matière de mise en œuvre s'emploie comme terme générique pour désigner la recherche qui répond à la question, « Qu'est-ce qui se passe ? » dans la conception, la mise en œuvre, l'administration, les opérations, les services et les résultats des programmes sociaux. Les études sur la mise en œuvre peuvent se donner des buts multiples, dont l'appui de l'étude d'impact grâce à une description de la nature précise du programme expérimenté et l'explication du profil des conclusions par rapport à l'impact au fil du temps ou dans les différents sites.	Werner A (2004). A Guide to Implementation Research. Washington, DC : Urban Institute Press.
La recherche en matière de mise en œuvre est l'étude scientifique des méthodes qui favorisent l'adoption systématique des conclusions des recherches et d'autres pratiques basées sur les données comme pratiques de routine. Elle vise ainsi l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de santé. Elle comprend l'étude des influences sur le comportement des professionnels et des organismes de santé.	Eccles MP, Mittman BS (2006). Welcome to implementation science. Implementation Science 1 (1) : 1-3.

Annexe 1.2: L'importance de la fidélité dans le processus de la mise en œuvre

La recherche financée par les bailleurs se donne souvent pour objectif des avancées technologiques dans le domaine du traitement. Mais des études convaincantes démontrent que ces avancées ont peu de chances de réaliser des bénéfices aussi importants que ceux apportés par l'amélioration de la fidélité.[13] Selon une analyse des interventions en faveur des enfants dans 42 pays à faible revenu, l'amélioration de la fidélité sauverait presque 3 fois plus de vies que la fourniture des médicaments ou des soins nouveaux. [14, 15] Dans de nombreux pays à faible revenu, la recherche sur la mortalité infantile est toujours axée sur l'amélioration de la technologie ; on accorde moins d'importance aux principes de la RMO tels que la prestation, l'utilisation et la durabilité. Un changement de cap vers ces principes de la RMO peut améliorer considérablement les profils de santé de ces pays.

[13] [Woolf, S. H., & Johnson, R. E. \(2005\). The break-even point When medical advances are less important than improving the fidelity with which they are delivered. Annals of Family Medicine, 3\(6\), 545-552.](#)

[14] [Leroy, J. L., Habicht, J. P., Pelto, G., & Bertozzi, S. M. \(2007\). Current priorities in health research funding and lack of impact on the number of child deaths per year. American Journal of Public Health, 97\(2\), 219-223.](#)

[15] [Woolf, S. H., & Johnson, R. E. \(2007\). Inattention to the fidelity of health care delivery is costing lives. American Journal of Public Health, 97\(10\), 1732-3 author reply 1733.](#)

Annexe 1.3: L'Initiative pour la planification et les services sanitaires au niveau de la communauté [16, 17, 18]

L'Initiative pour la planification et les services sanitaires au niveau de la communauté (Community-Based Health Planning and Services, CHPS), au Ghana, est un exemple d'une stratégie de passage à l'échelle qui a visé à faire d'un essai sur le terrain un programme national. Pour surmonter la complexité du changement exigé de l'organisation, il faut apporter des changements progressivement, en petites unités gérables. Les essais pilotes sont utiles, non seulement pendant la phase expérimentale, mais également au cours du passage à l'échelle. Les essais pilotes favorisent l'acquisition d'une expérience du processus de changement et permettent au nouveau système d'organisation de s'adapter aux réalités locales. L'essai expérimental d'origine, Navrongo, et le site de réplique Nkwanta ont apporté des preuves scientifiques et fourni des sites où des équipes de mise en œuvre pouvaient voir le modèle en action. L'initiative CHPS utilise des stratégies testées pendant l'expérience réussie de Navrongo afin d'orienter des réformes de la santé nationales qui mobilisent les bénévoles, les ressources et les organismes culturels pour appuyer les soins de santé primaires au niveau de la communauté. Le diagramme ci-dessous illustre la progression des essais sur le terrain au passage à l'échelle.

Etapes dans le processus du passage à l'échelle

Etape	Etape débat sur la politique et projet pilote 1990-1993	Essai Navrongo 1994-2000	Validation Nkwanta 1998-2002	Passage à l'échelle nationale (CHPS) 2000–aujourd'hui
Question	Qu'est-ce qui est approprié ?	Est-ce que ça marche ?	Peut-on le valider ?	Le passage à l'échelle progresse-t-il ?
Approche	Micro-pilote et recherche sociale	Essai factoriel	Recherche opérationnelle	Evaluation quantitative et qualitative du système
Produit	Modèles alternatifs	Système réussi	Consensus pour le changement	Programme changé

[16] [Nyonator, F. K., Awoonor-Williams, J. K., Phillips, J. F., Jones, T. C., & Miller, R. A. \(2005\). The Ghana community-based health planning and services initiative for scaling up service delivery innovation. Health Policy and Planning, 20\(1\), 25-34.](#)

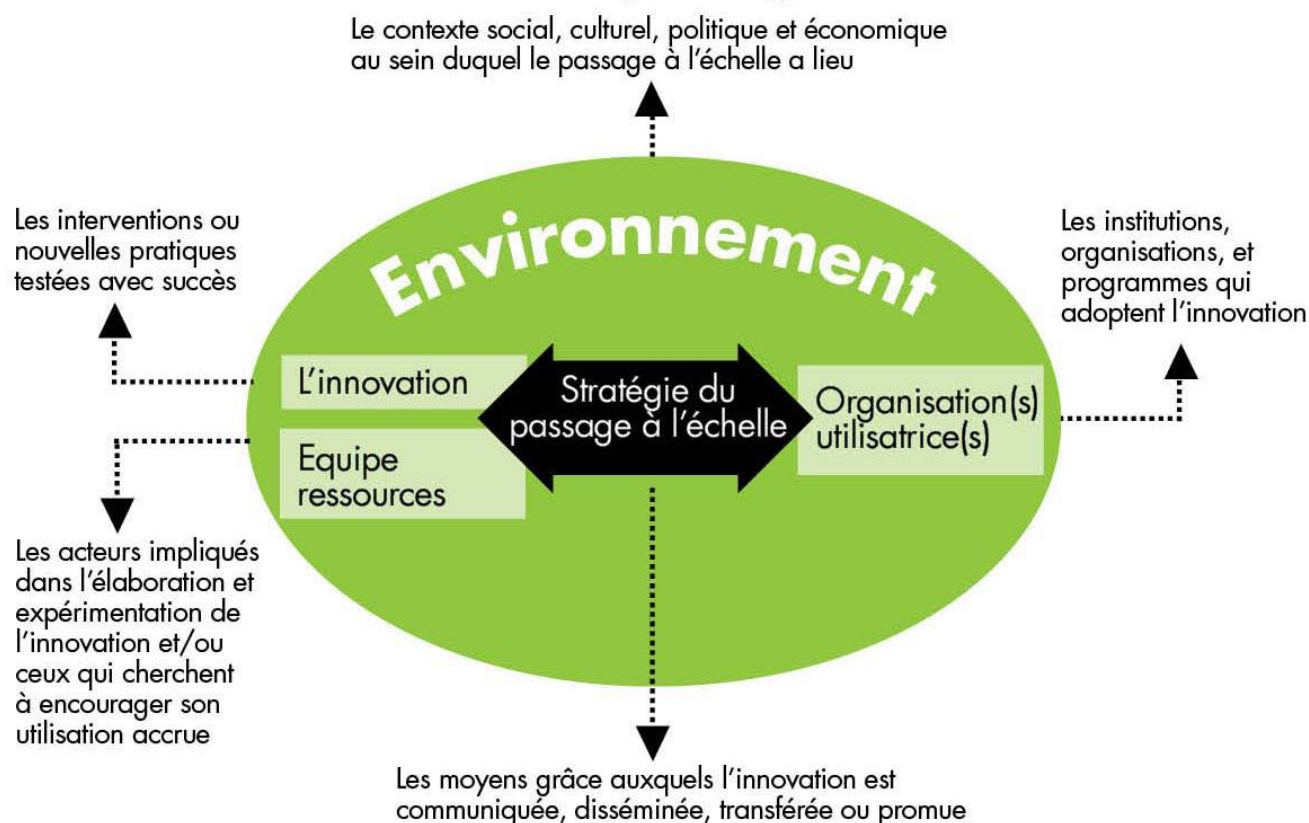
[17] [World Health Organization/ExpandNet \(2009\). Practical guidance for scaling up health service innovations. Edited by Simmons, R. and Fajans, P. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.](#)

[18] [Nyonator, FK., Akosa, BA., Awoonor-Williams, JK., Phillips, JF., Jones, TC. Chapter 5 Scaling up experimental project success with the Community-based Health Planning and Services initiative in Ghana. Scaling up health service delivery from pilot innovations to policies and programmes. World Health Organization. Edited by Simmons, R., Fajans, P., Ghiron, L.](#)

Annexe 1.4: Cadre du passage à l'échelle

Le passage à l'échelle a de multiples dimensions (institutionnelles, spatiales, économiques, temporelles et technologiques) qui relient de nombreuses parties prenantes, chacun avec des perspectives qui lui sont propres. Le cadre du passage à l'échelle utilisé par ExpandNet [19] illustre les multiples aspects impliqués dans ce processus. Nous l'avons choisi parce qu'il est bien connu, largement utilisé et approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé. Nous parlerons davantage du cadre d'ExpandNet dans le sous-module 2.

Les éléments du passage à l'échelle



Le passage à l'échelle peut se réaliser en empruntant trois chemins d'organisation différents [20] :

1. Le passage à l'échelle d'un essai pilote au sein de l'organisation qui l'a élaboré.
2. La réplique par des entités autres que l'organisation qui a élaboré l'essai pilote ou l'intervention modèle, ou par des entités dans des contextes différents, ou pour des problèmes différents.
3. La diffusion spontanée des idées ou pratiques, en grande partie de leur plein gré.

[19] [World Health Organization/ExpandNet \(2009\). Practical guidance for scaling up health service innovations. Edited by Simmons, R. and Fajans, P. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.](#)

[20] [TDR Frameworks](#)

Annexe 1.5: Exemples de questions liées au VIH IR

Des exemples précis de questions liées au VIH IR que la CDC travaille à adressed sont ci-dessous.[21]

Domaine de recherche	Question RMO
Prévention du VIH/SIDA	Comment renforcer l'adoption des interventions de prévention disponibles chez les couples dont un partenaire est séropositif et l'autre séronégatif ?
Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	Comment optimiser des approches efficaces à l'alimentation et nutrition des nourrissons chez les enfants exposés au VIH afin de maximiser la PTME et la survie de l'enfant débarrassé du VIH ?
Traitement et soins du VIH	Quelle intervention a le meilleur rapport coût-efficacité en termes de réduction de la mortalité précoce chez les patients qui commencent un traitement antirétroviral ?
Systèmes de santé	Quels sont les effets de la délégation des tâches (le transfert des tâches d'une catégorie de travailleur de la santé à une autre, par exemple d'un médecin à une infirmière) dans les domaines de la prévention, des soins et du traitement sur la qualité, les résultats et le rapport coût-efficacité ?

[21] [CDC, Implementation science, disponible ici.](#)

Annexe 1.6: Questions pour IR différents Types

Type de RMO	Echantillon de questions RMO
Evaluation des besoins	• Quelles questions et interventions ont démontré leur efficacité ? • Quels facteurs contextuels contribuent au succès ou à la réussite des interventions identifiées ? • Quels sont les impacts possibles des politiques existantes sur l'intervention ? • Quels sont les besoins et priorités des diverses parties prenantes et de la population ciblée ?
Recherche formative	• Comment et dans quelle mesure les facteurs contextuels et culturels ont-ils un impact sur le changement souhaité ? • Quels facteurs entravent ou facilitent la prestation de l'intervention ? • Quelles adaptations faudra-t-il apporter afin de réaliser le but ? • Quels changements faudra-t-il apporter au protocole afin de faire ces modifications ?

Etude d'efficacité	• L'intervention a-t-elle fait plus de bien que de mal lorsqu'elle a été menée dans des conditions réelles ? • L'intervention (ou le programme) atteint-elle ses objectifs dans des conditions typiques ? • Pour qui l'intervention était-elle efficace et pour qui ne l'était-elle pas ? • Dans quelles conditions ou dans quel contexte l'intervention s'avère-t-elle efficace ?
Diffusion	• Quelle est la structure sociale du système, de la communauté ou de l'organisation sur lequel nous cherchons à avoir un impact ? • Quels genres d'informations ou de modalités de prestation et d'accès sont efficaces pour les différents groupes ciblés ? • Comment exploiter la technologie ou les réseaux existants afin de garantir une diffusion aussi large que possible ?

Annexe 1.7: Questions et projets exemple IR

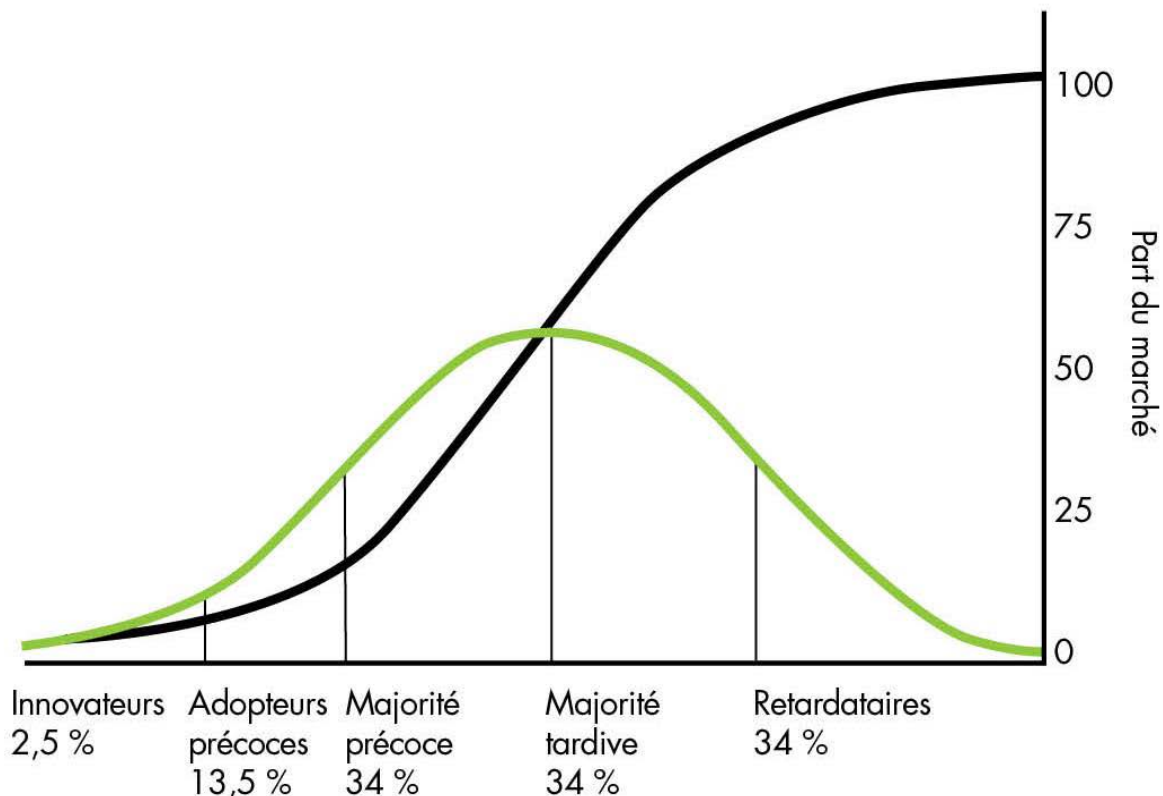
Titre du projet	Question principale de la recherche
Passage à l'échelle de la prise en charge efficace du paludisme à domicile	• Quels facteurs entravent/favorisent le passage à l'échelle de la prise en charge du paludisme à domicile ? • Quel est le système de distribution le plus rentable et durable à grande échelle ? • Quels facteurs déterminent la durabilité ? • Quelles adaptations sont nécessaires pour les campagnes d'information et d'éducation dans des zones urbaines ? • La prise en charge à domicile est-elle tout aussi faisable/acceptable quand on utilise des médicaments plus efficaces/chers ?

Prise en charge intégrée des fièvres infantiles au niveau communautaire	• Une intervention intégrée contre le paludisme et la pneumonie chez les enfants est-elle faible dans les communautés ? La trouvent-elles acceptable ? • Comment la mettre en œuvre afin de maximiser la couverture et l'adhésion des soignants ? • Comment rendre l'intervention durable ?
Stratégies et impacts de l'utilisation de l'artésunate rectale dans des zones où le paludisme est fortement endémique	• A domicile ou au niveau communautaire, comment et où mettre le médicament à disposition afin de maximiser l'accès ? • Quelle formation/supervision faut-il prévoir des personnes qui diagnostiquent, traitent, donnent des conseils de référence et suivent le traitement ? • Quelle éducation sanitaire appuie les conseils en matière de référence et de traitement ?
Passage à l'échelle d'« Immunisation Plus » avec UNICEF dans 4 pays d'Afrique de l'Ouest	• Quels sont les effets de l'ajout du traitement préventif intermittent chez les nourrissons (TPIn) sur l'acceptabilité du programme élargi d'immunisation (PEI) et sur l'observance du PEI, y compris la couverture de celui-ci ? Comment optimiser le TPIn ? • Quel est le rapport coût-efficacité du TPIn ?
Stratégies d'intégration de prévention de la lèpre aux services habituelles de santé publique	• Quelles sont les barrières principales à l'intégration des services contre la lèpre et quelles solutions possibles peuvent rendre durables des niveaux adéquats d'accès, de détection des cas, d'observance, de prévention du handicap et de référence ?
Stratégies rentables de diffusion de nouveaux médicaments contre la leishmaniose viscérale	• Quels sont les moyens les plus appropriés et rentables de détecter les patients, fournir la miltefosine aux groupes les plus touchés et garantir des niveaux élevés d'observance ?
Stratégies de fourniture de médicaments contre la filariose lymphatique dans les zones urbaines	• Quelles sont les raisons principales de la couverture faible du traitement dans les zones urbaines ? • Une stratégie de développement et partenariat communautaire peut-elle surmonter ces obstacles ?

Stratégies de prise en charge durable et abordable du lymphœdème et de l'adéno-lymphagite (ADL) associée	• Comment passer à l'échelle des méthodes simples de prise en charge du lymphœdème et de l'ADL ? • Dans quelle mesure d'autres stratégies sont-elles faisables, rentables et durables ?
Prestation intégrée sous directives communautaires des interventions contre les principaux problèmes de santé en Afrique	• Le traitement sous directives communautaires constitue-t-il une approche faisable et efficace à la prestation intégrée des interventions basées dans les communautés ? • Quels sont les avantages et les inconvénients, et quelles modifications faut-il y apporter ?
Stratégies de diffusion améliorée du praziquantel au niveau communautaire	• Comment passer à l'échelle le traitement au praziquantel dans les différentes régions endémiques de l'Afrique ? • Dans quelle mesure l'utilisation des mécanismes existants est-elle faisable/rentable ?
Passage à l'échelle de la cartographie de la schistosomiase urinaire dans le but de contrôler la maladie au niveau national	• Comment impliquer le système éducatif dans la cartographie de la schistosomiase grâce à l'utilisation du questionnaire d'urine rouge ? • Quelle stratégie d'analyse cartographique/spatiale faut-il utiliser ?

Pour des informations supplémentaires sur ce tableau, voir la page 14 du document disponible [ici](#)

La théorie de la diffusion des innovations



Dans la RMO, une innovation est un outil (un vaccin, médicament ou diagnostic), une intervention, une stratégie, une politique, une ligne directrice ou un protocole nouveau ou amélioré. La théorie de la diffusion des innovations élaborée par Rogers est la plus ancienne et la plus largement appliquée [22]. Elle a été développée à partir des études naturalistes qui s'appliquaient à différents pays et domaines de contenu et provenaient de la recherche agricole. Selon ce cadre, le taux auquel se diffuse une innovation est une fonction de l'intervention elle-même et du contexte dans lequel elle est mise en œuvre. Les quatre éléments essentiels à la diffusion des innovations sont les suivants :

1. L'innovation – les caractéristiques qui influent sur la diffusion

- **Avantage relatif** : L'innovation est-elle perçue comme mieux que la pratique actuelle ?
- **Compatibilité** : L'innovation est-elle perçue comme compatible avec les valeurs existantes, les expériences et les besoins des unités adoptrices potentielles ?
- **Complexité** : L'innovation est-elle perçue comme difficile à comprendre et à utiliser ?
- **Essayabilité** : L'innovation peut-elle être expérimentée de manière limitée ?
- **Observabilité** : Les résultats de l'innovation sont-ils observables ?

2. Les voies de communication – un modèle en deux phases

- Etape 1 : Sensibilisation aux innovations dans les médias
- Etape 2 : Changements de comportement par le biais de réseaux interpersonnels

3. Les adopteurs – la modélisation par adopteurs quasi-pairs mène à l'imitation par adopteurs potentiels

- Innovateurs
 - o Pleins d'initiative et imaginatifs
- Adopteurs précoces
 - o Possèdent les moyens d'être au courant des innovations
 - o Possèdent les moyens de prendre des décisions éclairées quant à l'adoption des innovations
 - o Sont des leaders d'opinion
 - o Ont généralement un taux rapide d'adoption
- Majorité précoce
 - o Font confiance aux opinions des adopteurs précoces
 - o Responsables de la normativisation de l'innovation
- Majorité tardive
 - o Ressentent une pression normative de se plier à l'adoption par la majorité précoce
 - o Aiment la conformité
 - o Ont peur de perdre leur statut social
- Retardataires
 - o Traditionnels, socialement isolés, opposants
 - o Se méfient de l'innovation
 - o Ont généralement un taux lent d'adoption

4. Temps – le taux d'adoption

- Le temps requis pour achever le processus de décision en matière de l'innovation varie selon la catégorie d'adopteur et sa rapidité relative d'adoption (voir figure ci-dessus)

Des informations supplémentaires sur la diffusion des innovations sont disponibles ici : [Evolution of Diffusion and Dissemination Theory](#).

[22] Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. 5e éd. New York : Free Press, 2003.

Annexe 1.9: Cadre de la science de la mise en œuvre PEPFAR

Le cadre de science de la mise en œuvre du PEPFAR (Plan d'urgence du Président des Etats-Unis de lutte contre le sida) est conçu pour fournir la structure, la rigueur et la diversité méthodologique et la production de connaissances nécessaires pour répondre aux besoins du programme PEPFAR et de la communauté internationale. Il intègre le suivi et l'évaluation, la recherche opérationnelle et l'évaluation des impacts (y compris les analyses de modélisation et de rapport coût-efficacité).

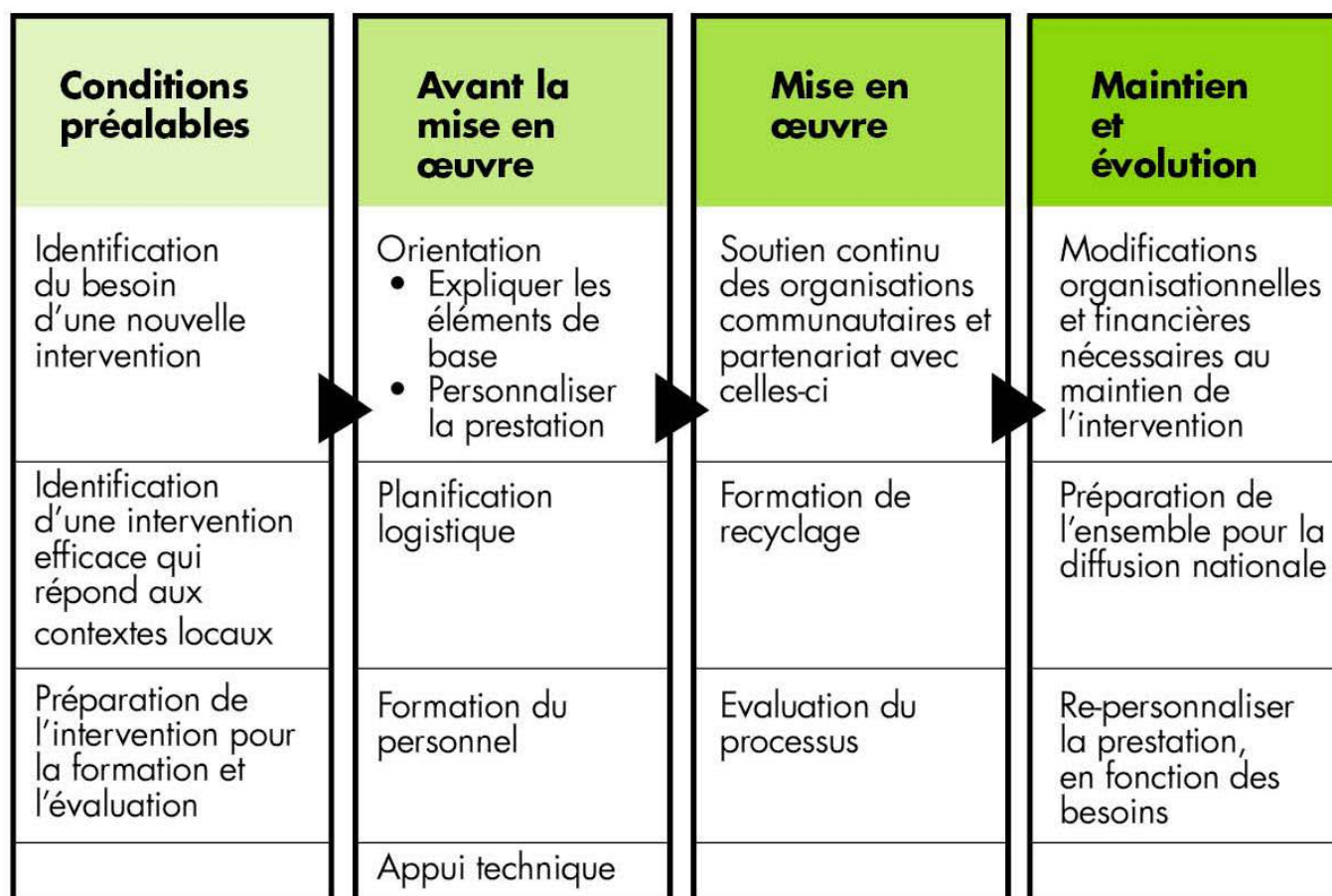
Les activités de suivi-évaluation renforcent l'efficacité et l'efficience des programmes, ainsi que leur durabilité, leur appropriation par les pays et leur intégration.

La recherche opérationnelle met l'accent sur le renforcement de l'efficience de la mise en œuvre et les aspects opérationnels d'un programme précis, permettant aux planificateurs de concevoir, mettre en œuvre et tester des solutions afin d'améliorer la prestation des programmes. La recherche opérationnelle utilise souvent la modélisation mathématique pour améliorer le processus décisionnel en matière d'allocation des ressources.

L'évaluation des impacts compare les changements observés dans les résultats d'un programme précis à ce qui serait arrivé si le programme n'avait pas été mis en place (le scénario contrefactuel). Cela sert également à évaluer des efficacités comparatives et le rapport coût-efficacité des différents programmes.

Pour des informations supplémentaires sur le cadre du PEPFAR, voir [ici](#).

Modèle conceptuel: La technologie du transfert de la mise en œuvre



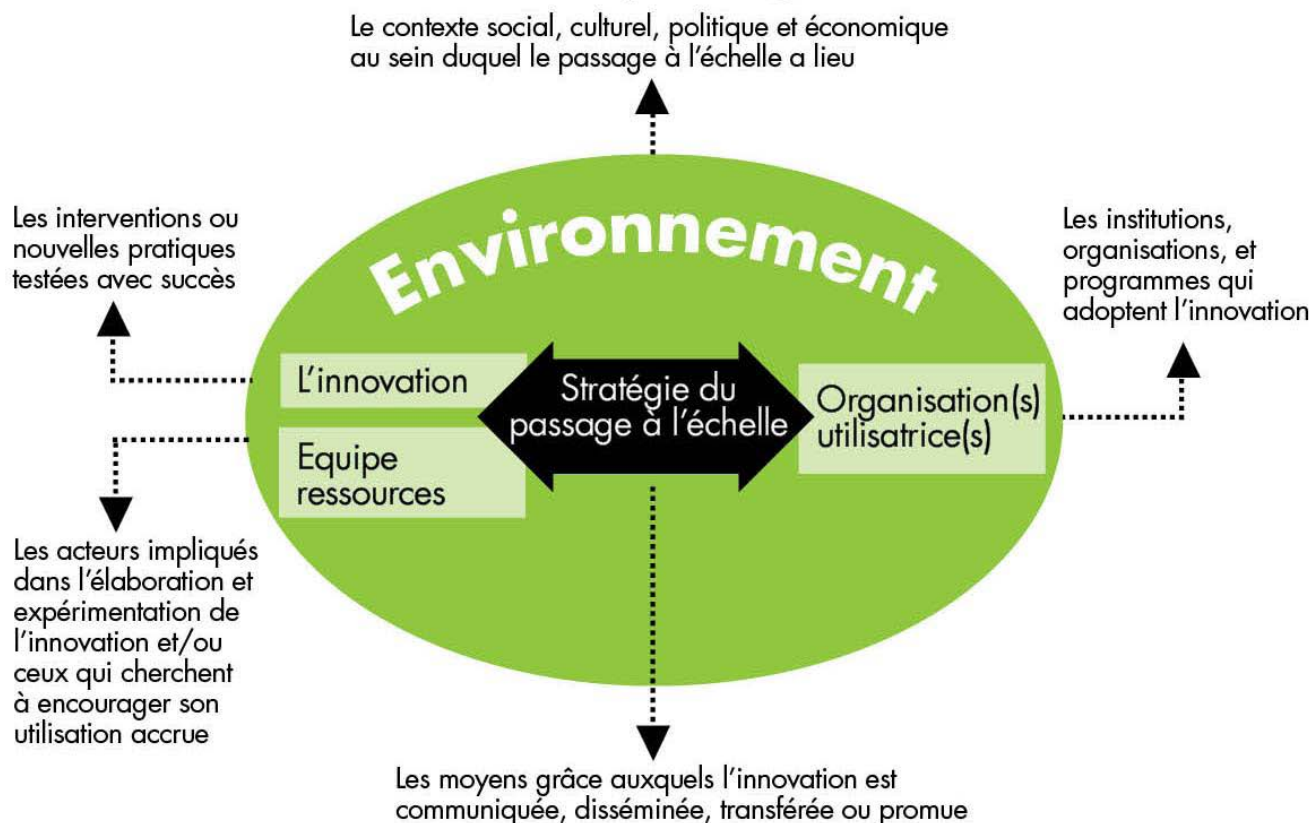
La Réplication des programmes efficaces (REP) est un projet des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) qui identifie et crée des paquets d'interventions de prévention du VIH/sida qui ont démontré leur efficacité dans la réduction des comportements à risque ou l'encouragement des comportements plus sûrs. Le projet permet ainsi d'élaborer des stratégies systématiques et efficaces de diffusion des interventions contre le VIH.

La REP précise les étapes nécessaires pour maximiser la fidélité aux interventions efficaces tout en permettant des possibilités de flexibilité (c'est-à-dire, de la collaboration communautaire) pour maximiser la transférabilité. Le cadre REP est composé de quatre éléments principaux, qu'on retrouve dans le diagramme ci-dessus.

Des informations supplémentaires sur le cadre REP sont disponibles [ici](#).

Annexe 1.11: Cadre du passage à l'échelle ExpandNet

Les éléments du passage à l'échelle



Le cadre ExpandNet est destiné à... [23]

- Engager une réflexion sur le passage à l'échelle
- Identifier les conditions qui favorisent le succès
- Formuler les choix stratégiques essentiels au passage à l'échelle
- Mettre en lumière les actions qui renforcent les chances de succès et de durabilité

Le passage à l'échelle exige une adaptation stratégique aux aspects divers du contexte/milieu. Voici quelques exemples de domaines où l'on peut faire le choix stratégique de passer à l'échelle :

- Le type de passage à l'échelle à poursuivre (expansion, réplique, diversification)
- Les approches à la diffusion et au plaidoyer
- L'organisation du processus du passage à l'échelle
- Les coûts du passage à l'échelle et la mobilisation des ressources nécessaires pour l'appuyer
- Le suivi-évaluation

Des informations supplémentaires sur le cadre ExpandNet sont disponibles [ici](#).

[23] [World Health Organization/ExpandNet \(2009\). Practical guidance for scaling up health service innovations. Edited by Simmons, R. and Fajans, P. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.](#)

Annexe 1.12: Cadre RE-AIM

Le but du cadre RE-AIM ('réorienter', Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance -- portée, efficacité, adoption, mise en œuvre, maintien) est d'encourager les planificateurs de programmes, les évaluateurs, les lecteurs des articles de revues savantes, les bailleurs de fonds et les décideurs politiques à prêter plus d'attention aux éléments essentiels des programmes. Parmi ces éléments se trouve la validité externe, qui peut renforcer l'adoption et la mise en œuvre durables des interventions efficaces, généralisables, équitables et fondées sur des preuves [24].

Les cinq aspects-clés de la traduction de la recherche en action sont les suivants :

- L'atteinte de la population ciblée
- L'efficacité pratique ou théorique, y compris des conséquences inattendues et l'équité des résultats
- L'adoption dans les contextes ciblés ou par les institutions et les agents prestataires
- La mise en œuvre, la cohérence et les coûts de la prestation de l'intervention
- Le maintien dans la durée des effets de l'intervention chez les personnes et dans les contextes donnés

Pour des informations supplémentaires sur le cadre RE-AIM, voir [ici](#).

[24] [Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions the RE-AIM framework. Am J Public Health. 1999 Sep89\(9\)1322-7. Critique.](#)

Annexe 1.13: Critères CORRECT (ExpandNet)

Les innovations qui répondent aux critères CORRECT suivants se prêtent le plus facilement à un passage à l'échelle réussi. Elles sont...

- Crédibles – basés sur des données probantes ou préconisés par des personnes ou institutions respectées
- Observables – permettent aux utilisateurs potentiels de voir résultats dans la pratique
- Pertinents - facilitent la résolution des problèmes persistants ou fortement ressentis
- Relativement avantageux – par rapport aux pratiques existantes, ce qui convainc les utilisateurs potentiels que les avantages valent les coûts de la mise en œuvre
- Faciles à installer et à comprendre – et non complexes et compliqués
- Compatibles avec les valeurs établies des utilisateurs potentiels et s'inscrivent dans les programmes et les contextes plus larges
- Testables – sans engager les utilisateurs potentiels à terminer l'adoption avant que les résultats soient observés

Pour plus d'informations sur ExpandNet (en anglais), voir [ici](#).

Pour des précisions sur les critères CORRECT, veuillez consulter la page 20 du document.

Annexe 1.14: Liste de contrôle extensibilité (Management Systems International)

Les programmes qu'on intensifie avec succès se caractérisent souvent par leur utilisation d'une technologie claire et reproductible et par leur autoproduction des ressources financières nécessaires à l'expansion. L'évaluation de votre programme oriente vos décisions quant à si et comment passer à l'échelle. Cette liste de contrôle facilite la priorisation des solutions alternatives et l'identification des actions qui simplifieront le processus du passage à l'échelle. Cet aide-mémoire n'est pas une fiche de score selon laquelle on détermine ce qu'on va passer à l'échelle, mais elle peut guider l'analyse des questions pertinentes au passage à l'échelle.

Pour des informations supplémentaires sur la liste de contrôle extensibilité, veuillez consulter la page 22 du document (en anglais) disponible [ici](#).

Annexe 1.15: Évaluabilité (Robert Wood Johnson Foundation)

Les évaluations de l'évaluabilité sont des évaluations préalables qui permettent d'apporter les modifications nécessaires avant la mise en œuvre à grande échelle. Dans le secteur de la santé publique, les évaluations de l'évaluabilité facilitent également...

- La communication de commentaires rapides et constructifs au personnel du programme
- L'élaboration d'objectifs clairs qui soutiennent la planification et l'assurance de la santé publique de base
- L'amélioration de la démonstration des exigences en matière de rapports
- La traduction de la recherche en pratique grâce à l'évaluation de pratiques fondées sur des preuves dans de nouveaux contextes et pour de nouvelles populations
- La traduction de la recherche en pratique grâce à l'identification d'approches prometteuses permettant d'atteindre les objectifs en matière de santé publique

Cet outil peut faciliter la formulation d'une question de recherche et l'identification d'un but précis, qui à leur tour exerceront une influence sur les méthodes et la sélection du cadre.

Pour des informations supplémentaires, voir [ici](#) (document en anglais).

Annexe 1.16: Viabilité (CDC)

En santé publique, la viabilité est la mesure dans laquelle un programme est viable dans le monde réel. Les cinq aspects ci-dessous sont évalués par les parties prenantes et les chercheurs afin de déterminer la viabilité de l'intervention.

- **Pratique** : Les praticiens peuvent-ils mettre en œuvre un programme de façon adéquate ? Le programme est-il approprié pour la gestion par une structure de prestation de service, telle qu'un dispensaire ?
- **Abordable** : Les décideurs trouvent-ils que l'intervention est abordable ?
- **Approprié** : Le programme peut-il recruter des clients sans avoir à les rembourser ? Possède-t-il une justification claire qui relie l'intervention aux résultats escomptés ? Les intervenants trouvent-ils que l'intervention atténue leurs problèmes ou améliore leur bien-être ?
- **Evaluable** : Peut-on évaluer l'intervention facilement ?
- **Utile** : Les parties prenantes observent-elles ou expérimentent-elles des progrès dans la résolution d'un problème ?

Pour des informations supplémentaires, veuillez consulter le document suivant : [Theory-Driven Evaluation Conceptual Framework, Methodology, and Application](#)

Annexe 1.17: Tableau de contraintes pour améliorer l'accès aux Interventions sanitaires prioritaires [25]

Niveau de contrainte	Genre de contrainte
I. Niveau de la communauté et des ménages	• Demande insuffisante des interventions efficaces • Barrières (physiques, financières, sociales) à l'utilisation des interventions efficaces
II. Niveau de la prestation des services de santé	• Pénurie de personnel ayant les qualifications nécessaires, distribution de celui-ci • Insuffisances en matière d'accompagnement technique, gestion et supervision du programme • Approvisionnement insuffisant en médicaments et fournitures médicales • Pénurie de matériel et d'infrastructure, y compris une mauvaise accessibilité des services de santé

III. Niveau de la politique du secteur de la santé et niveau de la gestion stratégique	• Systèmes de planification et gestion faibles et trop centralisés • Politiques en matière de médicaments et système d'approvisionnement faibles • Régulation inadéquate des secteurs pharmaceutiques et privés et pratiques industrielles abusives • Insuffisance des incitations à utiliser les intrants de façon efficiente et de répondre aux besoins et préférences des utilisateurs • Dépendance du financement des bailleurs, ce qui réduit la flexibilité et le sentiment d'appropriation • Pratiques des bailleurs nuisibles aux politiques nationales
IV. Politiques publiques dans tous les secteurs	• Bureaucratie gouvernementale (règles et rémunération dictées par la fonction publique, système de gestion centralisé, réformes de la fonction publique) • Disponibilité faible de l'infrastructure du transport
V. Caractéristiques environnementales et contextuelles	Gouvernance et cadre politique global • Corruption, gouvernement faible, état de droit faible et manque de capacité de faire exécuter les contrats • Instabilité et insécurité politique • Faible priorité accordée aux secteurs publics • Structures de responsabilité publiques faibles • Absence de presse indépendante Environnement physique • Prédisposition climatique et géographique aux maladies • Environnement physique ne se prête pas à la prestation des services

[25] [*Hanson, K., Kent Ranson, M., Oliveira-Cruz, V., Mills, A. Élargir l'accès aux interventions sanitaires prioritaires un cadre pour comprendre les contraintes de mise à l'échelle vers le haut. Journal du développement International, 15, 1-14 \(2003\).*](#)

Annexe 1.18: Questions pour IR différents Types

Type de RMO	Echantillon de questions RMO
Evaluation des besoins	• Quelles questions et interventions ont démontré leur efficacité ? • Quels facteurs contextuels contribuent au succès ou à la réussite des interventions identifiées ? • Quels sont les impacts possibles des politiques existantes sur l'intervention ? • Quels sont les besoins et priorités des diverses parties prenantes et de la population ciblée ?
Recherche formative	• Comment et dans quelle mesure les facteurs contextuels et culturels ont-ils un impact sur le changement souhaité ? • Quels facteurs entravent ou facilitent la prestation de l'intervention ? • Quelles adaptations faudra-t-il apporter afin de réaliser le but ? • Quels changements faudra-t-il apporter au protocole afin de faire ces modifications ?
Etude d'efficacité	• L'intervention a-t-elle fait plus de bien que de mal lorsqu'elle a été menée dans des conditions réelles ? • L'intervention (ou le programme) atteint-elle ses objectifs dans des conditions typiques ? • Pour qui l'intervention était-elle efficace et pour qui ne l'était-elle pas ? • Dans quelles conditions ou dans quel contexte l'intervention s'avère-t-elle efficace ?
Diffusion	• Quelle est la structure sociale du système, de la communauté ou de l'organisation sur lequel nous cherchons à avoir un impact ? • Quels genres d'informations ou de modalités de prestation et d'accès sont efficaces pour les différents groupes ciblés ? • Comment exploiter la technologie ou les réseaux existants afin de garantir une diffusion aussi large que possible ?

Annexe 1.19: La mortalité maternelle au Nigeria [26]

Au Nigeria on a cherché à réduire la mortalité maternelle et les blessures liées à l'accouchement en visant des facteurs divers qui en sont responsables. Ces facteurs comprennent une inefficacité au niveau du gouvernement, le manque de ressources accordées aux hôpitaux, les inégalités entre les sexes, les pressions qui poussent les filles à se marier tôt et à avoir de nombreux enfants, la préférence pour l'accouchement à la maison et une méfiance des services de planification familiale. La collaboration des chercheurs rattachés à des universités nigérianes et américaines est administrée par un groupe consultatif nigérian composé de chercheurs, de médecins et d'autres experts. En outre, des recherches communautaires appuyées par le projet ont permis de créer un partenariat

avec les associations des parents d'élèves, les écoles et les lieux de culte au niveau des villages, dans le but de favoriser l'éducation des filles et relever l'âge du mariage.

La collaboration a déjà eu un impact : elle a permis de lancer de nouveaux médicaments pour réduire les saignements post-partum, de corriger certaines limitations de l'infrastructure et d'encourager la scolarisation des filles. Les chercheurs ont également trouvé que si le manque d'électricité dans les zones rurales constitue un obstacle sévère à la prestation des soins par les hôpitaux, cette situation a mené à l'élaboration de systèmes d'énergie solaire que maintenant alimentent des réfrigérateurs de banques de sang, des appareils à ultrasons, des équipements de communication et l'éclairage des blocs opératoires. La réussite de chaque volet du programme exige l'implication des parties prenantes des gouvernements locaux et nationaux, des instituts de recherche, des hôpitaux, des écoles et des lieux de culte. Dans le contexte de cet exemple nigérian, la culture locale définit certaines contraintes critiques liées à la mise en œuvre ; en impliquant des parties prenantes diverses, les administrateurs de programme ont su surmonter ces obstacles.

[26] *Pour des informations supplémentaires sur la lutte contre la mortalité maternelle au Nigeria, voir [ici](#) (document en anglais).*

Annexe 1.20: Initiative de vaccin anti-Hib GAVI au Pakistan [27]

L'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib) est une cause fréquente de méningite et de pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans dans les pays en voie de développement. En 2006, une équipe de l'Initiative pour un vaccin anti-Hib s'est rendue au Pakistan et s'est entretenu avec les principaux responsables des ministères de la Santé, des Finances et de la Planification et du Développement. Alors que le ministère de la Santé était au courant des avantages sanitaires du vaccin, les autres ministères n'étaient pas bien renseignés sur la maladie et sur le rôle potentiel du vaccin dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Après que l'équipe de l'Initiative pour un vaccin anti-Hib a expliqué les coûts sanitaires et sociaux de la maladie, ainsi que les avantages de la prévention, le personnel du ministère de la Planification et du Développement a commencé à plaider pour l'adoption du vaccin. Les trois ministères ont joué un rôle important dans la prise de décision finale. Dans ce processus, l'équipe de l'Initiative pour un vaccin anti-Hib a réuni des responsables importants et travaillé en étroite collaboration avec les pédiatres et les agents de vaccination dans le pays, en transmettant des messages clairs et cohérents.

[27] [*Hajjeh, R. \(2011\). Accelerating Introduction of New Vaccines : Barriers to Introduction and Lessons Learned from the Recent Haemophilus Influenzae Type B Vaccine Experience. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences, 366\(1579\), 2827-2832.*](#)

Annexe 1.21: Les décisions RMO dans les services de PTME

Le tableau suivant fournit des exemples de décisions RMO dans le domaine des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) [28] [29].

Suivi et correction en cours de route d'un programme continu de PTME

Point de départ	Décisions concernant la poursuite du programme
Données	Indicateurs de suivi du programme PTME sur le plan de suivi du programme
Décisions et utilisation des données	Évaluation de la réalisation par le projet des objectifs du programme ; nécessité ou non de corrections en cours de route des stratégies du programme
Outils/approche DDUI (demande de données et utilisation de l'information)	En relation avec le plan de suivi du rendement (PSR) du programme, une approche DDUI comporte l'utilisation du calendrier de décision pour relier les données PSR aux changements de stratégies programmatiques ; une évaluation des contraintes à l'utilisation des données peut s'effectuer afin de déterminer quelles sortes d'assistance en matière de renforcement des capacités seraient utiles (techniques d'analyse de données, etc.). L'évaluation DDUI peut identifier d'autres approches en matière d'assistance technique.
Résultat attendu	Une stratégie PTME révisée en fonction des données de suivi

[28] Foreit, K, Moreland, S., Lafond, A. *Data Demand and Information Use in the Health Sector Conceptual Framework*. MEASURE Evaluation, Carolina Population Center. University of North Carolina at Chapel Hill. 2006.

[29] Foreit, K, Moreland, S., Lafond, A. *Data Demand and Information Use in the Health Sector Strategies and Tools*. MEASURE Evaluation, Carolina Population Center. University of North Carolina at Chapel Hill. 2006.

Annexe 1.22: Tableau de besoins en matière d'information

Les parties prenantes diverses apportent des perspectives et des ressources différentes. Elles ont également des exigences et restrictions différentes lorsqu'il s'agit de prendre des décisions. Si vous vous familiarisez dès le début avec leurs besoins en matière d'information, vos efforts seront d'autant plus éclairés et efficaces.

Groupe de parties prenantes	Besoins en matière d'information	Voies de communication
Décideurs et responsables du gouvernement	Disponibilité limitée Expertise technique limitée/familiarité limitée avec la matière du projet Impliqués dans des décisions relatives à la politique, à l'allocation des ressources, à la planification stratégique Informations concises qui en indiquent le résultat financier	Ateliers de diffusion, rencontres en personne, forums politiques, notes d'information politique, sommaires exécutifs, sites Web publics
Gestionnaires de programme	Utilisent les informations dans l'élaboration, la planification et l'amélioration des programmes, ainsi que les décisions opérationnelles Informations détaillées ayant un rapport direct avec leur domaine de responsabilité	Rapports mensuels/trimestriels, rapports sommaires, sommaires exécutifs, présentations audiovisuelles

Groupes de la société civile	Utilisent la recherche fondée sur les données dans leurs plaidoyers pour des politiques, programmes et questions spécifiques Recherche orientée vers l'action Langage clair (éviter le jargon)	Fiches d'information, prospectus, présentations audiovisuelles
Secteur privé	Recommandations claires, actions à entreprendre Documents et recommandations axés sur les aspects financiers	Fiches d'information, présentations audiovisuelles, déclarations d'appui politique
Médias d'information	Utilisent des informations issues de la recherche pour sensibiliser le public aux questions en matière de santé Thème doit être très pertinent à leur public et/ou actuel	Réseautage avec des journalistes, réunions de diffusion, communiqués de presse
Bailleurs de fonds	Évaluent typiquement la responsabilité et l'efficacité des programmes et orientent les décisions d'investissement Type d'information nécessaire varie	Communications personnelles, rapports de recherche, présentations audiovisuelles

Chercheurs, organismes internationaux	Utilisent les informations à des fins stratégiques ; les informations doivent être présentées de façon concise, avec des recommandations pertinentes aux efforts en cours ou futurs Responsables de programme connaissent les questions programmatiques Rapport intégral de recherche en plus d'une présentation audiovisuelle	Articles évalués par des pairs, bases de données de recherche, présentations orales et par affiche, sites Web, CD-ROM
--	--	---

Lorsque vous aurez déterminé quelles informations sont pertinentes à un groupe de parties prenantes, il vous faudra une stratégie pour communiquer ces informations. Des stratégies de communication efficaces prennent en compte les consignes suivantes :

- Connaissez bien vos parties prenantes
- Tous les résultats n'ont pas la même importance pour toutes les parties prenantes
- Les messages-clés adaptés à chaque public maximisent leurs effets

Connaissance vérifier les réponses

Sous-module 1 La définition de la recherche en matière de mise en œuvre

Titre: Le but de la RMO

Q: La RMO réussie...

- A. Doit appuyer les données existantes
- B. Intègre les conclusions à la politique ou à la pratique**
- C. Recourt à des méthodes novatrices
- D. S'appuie sur des programmes qui ont fait preuve d'un certain succès
- E. Obtient du financement pour poursuivre les travaux

A: Le résultat d'un projet réussi de IR est l'intégration des résultats en pratique ou politique. IR utilise des connaissances contextuelles pour étudier les processus afin d'améliorer la pratique. Elle s'applique de résultats de recherche et méthodes aux paramètres et aux contextes du monde réel.

Titre: Les caractéristiques déterminantes de la RMO

Q: Des adjectifs suivants, lequel ne décrit pas la RMO ?

- A. Systématique
- B. Multidisciplinaire
- C. Contextuelle
- D. Complexe
- E. De routine**

A: De routine

Titre: La RMO, ce qu'elle est et n'est pas

Q: Des thèmes de recherche suivants, lequel s'inscrit dans le cadre de la RMO ?

- A. Les activités de suivi-évaluation systématiques
- B. Les essais randomisés pour déterminer l'efficacité
- C. Les questions de recherche sur les systèmes de santé

D. Les études d'efficacité pour évaluer les conséquences inattendues des programmes

- E. La recherche formative pour établir la distribution d'une maladie dans une région donnée

A: Les études d'efficacité pour évaluer les conséquences inattendues des programmes

Titre: Le processus de la mise en œuvre

Q: La RMO nous permet d'étudier systématiquement les défis auxquels la mise en œuvre fait face. Une intervention pour réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes a fait baisser les taux de grossesse, mais la violence au foyer et les complications liées à l'avortement augmentent dans la zone de prestation du programme. De quel type de défi en matière de mise en œuvre s'agit-il ?

- A. La réalisation d'une fidélité programmatique suffisante
- B. **Les conséquences et externalités inattendues**
- C. L'amélioration des capacités et infrastructures institutionnelles afin d'appuyer le passage à l'échelle
- D. La mobilisation de ressources adéquates
- E. Un dimensionnement du programme qui favorise la durabilité

A: Les conséquences et externalités inattendues

Titre: Les défis de la mise en œuvre

Q: Les problèmes que la RMO cherche à résoudre se distinguent des problèmes qu'abordent d'autres domaines de recherche, car ces premiers sont toujours...

- A. Spécifiques
- B. Liés aux populations mal desservies
- C. **Intégrés aux programmes**
- D. Interdisciplinaires
- E. Basés sur la recherche antérieure

A: Intégrés aux programmes

Titre: Les questions liées à la RMO

Q: Veuillez sélectionner le meilleur exemple d'une question de RMO.

- A. Quel est l'effet du zinc comme traitement d'appoint pour la diarrhée ?
- B. Quel est l'effet de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide sur l'incidence du paludisme chez les populations vulnérables ?
- C. Comment assurer le traitement antituberculeux de façon efficace dans les zones rurales ?**
- D. Un programme de sensibilisation sanitaire augmente-t-il l'accès aux traitements antirétroviraux ?

A: Comment assurer le traitement antituberculeux de façon efficace dans les zones rurales ?

Sous-module 2 Les cadres de la RMO

Titre: Les cadres de la RMO

Q: Quel que soit le cadre que vous choisissiez, il sera essentiel...

- A. De le respecter strictement et de maintenir ses composantes-clés**
- B. De n'utiliser que les composants qui sont bénéfiques à votre recherche
- C. De modifier votre contexte pour l'adapter à chaque composante du cadre
- D. De ne tenir aucun compte du contexte lorsque vous travaillez dans un cadre
- E. De modifier le cadre pour l'adapter à vos méthodes

A: De le respecter strictement et de maintenir ses composantes-clés

Titre: La sélection des cadres

Q: Des éléments suivants, lequel est plus susceptible de déterminer votre choix du cadre à utiliser ?

- A. La méthodologie prévue
- B. Le calendrier et la logistique
- C. Le contexte et la culture
- D. L'objectif et le bailleur de fonds**
- E. Le soutien politique et la préférence des parties prenantes

A: L'objectif et le bailleur de fonds

Titre: La sélection des cadres

Q: Lors de l'identification d'un problème de RMO, les chercheurs ne devraient collaborer qu'avec les parties prenantes expérimentés dans la recherche, afin de s'assurer que le problème est faisable et bien défini pour une utilisation dans un contexte de recherche.

- A. Vrai
- B. **Faux**

A: FAUX, Lors de l'identification des problèmes de IR, il est important de faire participer les intervenants au début et un ratisser large, compte tenu des nombreuses sources d'information, de nombreux points de vue différents et les causes profondes du problème. Il faudrait inclure

Titre: La formulation des questions de RMO

Q: Qui doit être impliqué dans la formulation des questions de RMO ?

- A. Les chercheurs
- B. Le personnel et les gestionnaires de programme
- C. Les décideurs politiques
- D. Les professionnels de la santé
- E. **Tous les acteurs indiqués ci-dessus**

A: Tout ce qui précède, y compris les perspectives autant que possible. IR questions devraient être identifiées grâce à l'analyse de la situation et de la preuve, répondant aux besoins des décideurs, des gestionnaires et des professionnels de la santé. N'oubliez pas que les problèmes de l'IR sont programme incorporé – ils commencent et se terminent dans les programmes. Donc, faire participer les intervenants du programme dès le début à formuler des questions IR.

Titre: La hiérarchisation des questions de RMO

Q: Lors d'une réunion des parties prenantes consacrée à l'identification des défis en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, les participants mettent en avant deux barrières. Premièrement, beaucoup de femmes dans les zones rurales n'accouchent pas dans les établissements sanitaires. Deuxièmement, certaines femmes ne subiront un test de dépistage qu'avec l'autorisation de leur partenaire. Les parties prenantes ont choisi de mettre l'accent sur l'accouchement dans les établissements sanitaires parce que cela touche davantage de femmes. De quel critère de hiérarchisation s'agit-il dans cet exemple ?

- A. **Pertinence**
- B. Urgence du besoin
- C. Non duplication des efforts
- D. Faisabilité
- E. Acceptabilité politique

A: Pertinence

Titre: L'implication des parties prenantes dans la RMO

Q: Quand est-ce important d'impliquer les parties prenantes ?

- A. **Après que vous avez examiné les résultats préliminaires pour savoir quels parties prenantes sont les plus importantes**
- B. Juste avant de diffuser les résultats, afin que les parties prenantes soient prêtes à les recevoir
- C. Au début, avant vous soyez accablé par les activités de recherche
- D. Dès le début et souvent, en restant en contact tout au long du processus
- E. L'implication des parties prenantes est nécessaire uniquement pour la RMO axée sur les politiques

A: Tôt et souvent. Les intervenants devraient être impliqués dès le début, pour aider à identifier les problèmes et d'élaborer une question. Elles devraient rester impliqués tout au long du processus. Participation des intervenants, commencer par la fin en tête.

Titre: La diffusion des résultats de la RMO

Q: Des possibilités suivantes, laquelle n'est pas un bienfait de la diffusion de l'information ?

- A. L'implication des parties prenantes
- B. Des décisions fondées sur les données qui améliorent les programmes
- C. Le plaidoyer pour des ressources supplémentaires
- D. Le renforcement des leçons apprises globales
- E. L'amélioration de la réputation du programme grâce à une diffusion sélective des résultats

A: L'amélioration de la réputation du programme grâce à une diffusion sélective des résultats

Examen final

1. Des ensembles de caractéristiques suivants, lequel correspond le mieux à la RMO ?
 - A. Efficacy, Effectiveness, Systèmes de santé, Opérations
 - B. Systématique, Multidisciplinaire, Contextuelle, Complexe
 - C. A fait ses preuves, Fondée sur les données, Rentable, Intégrée aux programmes
 - D. De routine, Suivi, Evaluation, Passage à l'échelle

2. Des questions de recherche suivantes, laquelle est intégrée aux programmes ?
 - A. La thérapie par réhydratation orale est-elle distribuée de manière équitable dans les pays à faible revenu ?
 - B. Quelles sous-populations manquent d'accès aux services de planification familiale ?
 - C. Comment un programme communautaire d'information sur l'allaitement peut-il atteindre davantage de mères célibataires ?
 - D. Le traitement standard de la tuberculose est-il efficace ?
 - E. Quelle thérapie antirétrovirale empêche de manière la plus efficace la transmission mère-enfant du VIH ?

3. La RMO réussie intègre les conclusions à la pratique ou à la politique. Des exemples suivants, lequel illustre l'intégration des conclusions à la pratique ou à la politique ?
 - A. Un essai clinique ne révèle aucun effet du traitement ; le traitement fait donc l'objet d'essais supplémentaires avant d'être mis sur le marché.
 - B. Le gouvernement ajoute un nouveau vaccin efficace contre le choléra à sa liste de vaccins que les enfants doivent obligatoirement recevoir avant de pouvoir s'inscrire à l'école.
 - C. Les rappels SMS sont testés comme nouvelle intervention pour améliorer l'observance des thérapies antirétrovirales.
 - D. Un programme d'éducation nutritionnelle marche bien à son échelle actuelle, et n'est donc pas intensifié.
 - E. Un bailleur anonyme fournit des préservatifs gratuits pour la distribution dans les centres de santé locaux.

4. La RMO produit parfois des résultats inattendus ou négatifs sur un programme ou une politique. Des énoncés suivants concernant la RMO et les résultats négatifs, choisissez celui qui est EXACT.
- A. Il faut minimiser les résultats négatifs afin d'éviter qu'on cesse de financer le programme.
 - B. Les résultats négatifs peuvent avoir de l'importance, et la décision de les diffuser ou non devrait relever des décideurs politiques.
 - C. Les résultats négatifs sont généralement la faute du chercheur et ne devraient pas être diffusés avant un deuxième essai.
 - D. Les résultats négatifs sont importants et utiles. Il faut les diffuser pour qu'ils puissent éclairer la prise de décisions.
 - E. Les résultats négatifs sapent la confiance du public dans la recherche, et ils ne devraient donc pas être publiés.
5. La RMO aborde de nombreuses questions différentes en matière de prestation de programmes. Des domaines suivants, lequel n'est pas pertinent à la RMO ?
- A. La durabilité et le maintien de la santé
 - B. L'intégration des programmes
 - C. L'équité
 - D. L'efficacité de la mise en œuvre
 - E. L'efficacité, la rentabilité et l'impact réels
6. La mesure dans laquelle un programme peut réussir dans des contextes réels est connue sous le nom de...
- A. La faisabilité
 - B. L'efficacité
 - C. L'application pratique
 - D. La viabilité
 - E. L'utilité
7. Les cadres de recherche sont utiles pour
- A. Identifier des programmes que vous étudierez grâce à la RMO
 - B. Trouver des bailleurs de fonds
 - C. Formuler des questions de recherche
 - D. Prévoir les défis dans la réalisation de la RMO
 - E. Identifier les parties prenantes pertinentes

8. Des énoncés suivants, lequel décrit le mieux le domaine de la recherche en matière de mise en œuvre ?
- A. La RMO se concentre sur un milieu et un contexte précis, local et clairement défini.
 - B. La RMO prend comme point de départ un contexte précis et applique les conclusions à des contextes plus larges par le biais du passage à l'échelle et d'autres procédés de la mise en œuvre.
 - C. La RMO se concentre sur un contexte plus large et englobe de nombreux milieux dans un système.
 - D. La RMO s'efforce de trouver des solutions utiles et axées sur l'action à n'importe laquelle échelle.
9. Lorsqu'on décide si un programme se prête au passage à l'échelle, il faut prendre en compte...
- A. Les parties prenantes avec lesquelles on a déjà des relations
 - B. La taille et les ressources du programme, les preuves disponibles, la durabilité et l'adéquation
 - C. Les conditions économiques et autres qui affectent le financement des programmes
 - D. Le soutien politique et la popularité de la question
 - E. La mesure dans laquelle la question est innovatrice
10. La question de RMO « Pourquoi les programmes établis perdent-ils de l'efficacité au fil du temps ? » aborde quel défi en matière de mise en œuvre ?
- A. Le passage à l'échelle
 - B. La durabilité
 - C. La réplication et la robustesse
 - D. L'intégration des programmes
 - E. L'équité
 - F. L'efficacité réelle
11. Quel cadre de recherche est considéré comme étant le plus utilisé et ayant défini le contexte original de la RMO ?
- A. La théorie de la diffusion des innovations
 - B. Le cadre de la science de la mise en œuvre PEPFAR
 - C. Le cadre REP des CDC
 - D. Le cadre du passage à l'échelle ExpandNet
 - E. Le cadre RE-AIM

12. Des approches suivantes, laquelle n'est pas recommandée pour l'identification d'un problème de RMO ?

- A. L'analyse systématique
- B. La discussion avec les parties prenantes concernées
- C. L'examen des essais d'efficacité infructueux
- D. Le suivi de routine des activités du secteur de la santé
- E. Les réunions annuelles consacrées à l'évaluation du secteur de la santé

13. La réalisation d'une fidélité programmatique suffisante est un défi qu'on rencontre souvent dans la mise en œuvre. Des énoncés suivants, lequel ne décrit pas la fidélité en matière de mise en œuvre ?

- A. La fidélité est le niveau d'adhérence à une intervention, ou à ses composants essentiels
- B. La fidélité est la franchise avec les parties prenantes en ce qui concerne les conclusions, quelles que soient les répercussions
- C. La fidélité est la mesure dans laquelle un programme est livré comme prévu
- D. La fidélité devrait être évaluée dans toute étude de RMO
- E. La fidélité influe sur la crédibilité et l'utilité de la RMO

14. Des caractéristiques suivantes, laquelle ne se trouve pas dans la majorité des cadres de recherche ?

- A. L'efficacité prouvée – une intervention fondée sur les preuves qui a démontré son efficacité
- B. Le contexte – facteurs déterminants de l'adoption et l'impact des programmes
- C. La durabilité – évaluée grâce au suivi et à l'évaluation, et selon les impacts
- D. Le précédent – ce programme et cette solution ont déjà été testés, et la recherche a donc de grandes chances de réussir
- E. Les contributions des parties prenantes – l'implication des parties prenantes dès le début et tout au long du processus

15. Lorsqu'ils essaient d'identifier un problème de RMO, les chercheurs se réunissent avec des gestionnaires de programme, des décideurs politiques, des utilisateurs finaux et des dirigeants locaux afin d'entendre leurs perspectives. Il s'agit d'un exemple...

- A. De l'externalisation
- B. Des essais pilotes
- C. De la diffusion de l'information
- D. De l'implication des parties prenantes
- E. De la recherche fondée sur les données

Glossaire

Terme	Définition
Acceptabilité	L'impression chez les parties prenantes qu'une pratique, une innovation ou un service donné est agréable, acceptable ou satisfaisant. L'acceptabilité doit s'évaluer en fonction de la connaissance ou l'expérience directe de la partie prenante des aspects divers de l'invention qu'il s'agit de mettre en œuvre, tels que son contenu, sa complexité, son niveau de confort, etc. Il s'agit ici de l'acceptabilité sociale, c'est-à-dire l'acceptabilité de l'intervention dans le contexte de la culture de la sociale dans laquelle travaillent les utilisateurs. (OMS)
Accès (aux services de santé)	Les perceptions et expériences des gens quant à la facilité d'accès des services de santé—la distance à parcourir, le temps du trajet et la convivialité. (OMS)
Barrière	Les soins de santé sont plus ou moins « accessibles » en fonction de la présence ou absence de barrières. Les barrières physiques sont liées à la quantité de services disponibles et la distance qu'il faut parcourir pour les atteindre, etc. Les barrières économiques ou financières sont liées au coût de la recherche et de l'obtention des soins par rapport aux revenus d'un patient ou d'un ménage. Une augmentation du prix des médicaments ou des soins peut limiter l'accès des membres de ce ménage aux soins de santé. Les barrières financières comprennent également les coûts indirects tels que le transport, l'absence du lieu de travail et les frais de garde des enfants. Les politiques gouvernementales en matière de financement de la santé ont un impact sur les barrières financières. Les barrières culturelles sont liées aux perceptions sociales ou communautaires des soins de santé et comprennent la discrimination perçue ou réelle de la part des fournisseurs de soins, les obstacles de la langue, etc. (OMS)

Centre de soins obstétriques d'urgence primaires	Les centres de soins obstétriques d'urgence primaires devraient fournir les soins suivants : 1. L'administration parentérale des antibiotiques 2. Les traitements d'éclampsie (la fourniture d'anticonvulsivants) 3. L'administration parentérale des ocytociques 4. L'accouchement assisté par voie basse (à la ventouse) 5. L'extraction manuelle du placenta et l'extraction des produits de contraception non évacués (OMS)
Complexe	Dynamique, avec une grande capacité d'adaptation ; multi-échelle ; se produit à des niveaux multiples des systèmes de soins sanitaires et des pratiques communautaires ; permet d'analyser des programmes et politiques aux composants multiples ; non linéaire, itératif, en évolution constante ; s'applique à des problèmes importants et complexes ; comporte de nombreuses variables et entraîne des conséquences imprévues
Conformité	Répond aux exigences officielles.
Contextuel	Pertinent aux caractéristiques et besoins spécifiques locaux ; produit des connaissances généralisables qui peuvent s'appliquer à des contextes différents ; culture, communauté
Rapport coût-efficacité	Analyse coût-efficacité – Semblable à l'analyse coût-bénéfice, mais s'utilise quand les bénéfices ne peuvent pas être évalués en termes financiers ou monétaires. Combien d'argent vaut une année de vie supplémentaire ? (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)
Couverture	L'étendue de l'interaction entre le service et les personnes auxquelles il est destiné. La couverture ne doit pas se limiter à un aspect particulier de la prestation du service mais va de l'allocation des ressources à la réalisation de l'objectif fixé. (OMS)
Taux de défaillance	Renvoie souvent aux patients dont le traitement a été interrompu pendant une certaine période ou qui n'ont pas respecté leur schéma thérapeutique.
Efficacité	Le fait, pour un médicament ou un autre traitement, d'avoir l'effet désiré dans les conditions de la vie réelle. Pour une étude d'efficacité, la question qui s'impose est si un médicament est efficace quand on l'utilise de la manière que font la majorité des personnes. Un traitement est efficace si l'état de santé de la majorité des personnes souffrant de la maladie s'améliore s'ils le suivent. (AHRQ)

Efficiencia	Le fait, pour un médicament ou un autre traitement, d'avoir l'effet désiré dans les meilleures conditions possible. Dans une étude d'efficacité, les participants sont sélectionnés soigneusement, et les chercheurs ont la possibilité de s'assurer qu'on prend et conserve le médicament correctement. Les participants à l'étude différent peut-être d'autres personnes du grand public qui souffrent de la maladie. Un traitement efficace dans les meilleures conditions n'aura peut-être pas le même effet chez un autre groupe de personnes avec la même maladie. (AHRQ)
Equité	L'inéquité – par opposition à l'inégalité – a une dimension morale ou éthique qui renvoie à des différences évitables et injustes des conditions ou états de santé. De façon idéale, l'équité sanitaire implique que tout le monde doit bénéficier d'une possibilité équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé. De manière plus pragmatique, elle suppose que, dans la mesure du possible, personne ne devrait être défavorisé dans la réalisation de ce potentiel (OMS EURO, 1985). De manière plus succincte, la poursuite de l'équité cherche à créer une égalité des chances en matière de santé et à ramener les inégalités sanitaires au niveau le plus bas possible (Whitehead, 1990). L'évaluation des impacts sur la santé est généralement étayée par un système de valeurs explicite et une recherche de justice sociale dans laquelle joue un rôle-clé, de manière que non seulement les inégalités mais aussi bien les inéquités de santé sont évaluées et corrigées, dans la mesure du possible (OMS).
Intervention fondée sur des données	La base de données est un ensemble d'informations, tirées des analyses statistiques de routine, études publiées et littérature grise, qui nous renseigne sur l'état des connaissances en matière de facteurs qui influent sur la santé. Par exemple, dans le domaine du logement et de la santé, de nombreuses études ont démontré les liens qui existent entre un logement humide et froid et les maladies respiratoires et, de plus en plus, les liens entre un logement de bonne qualité et la qualité de vie. (OMS)
Validité externe	La mesure dans laquelle les études de recherche clinique s'appliquent à des populations plus larges. Une étude de recherche possède une validité externe si on peut généraliser ses résultats à l'ensemble de la population. (AHRQ)

Faisabilité	La réalisabilité ou non d'une intervention étant donné des conditions et critères précis. Voici des exemples de variables fréquentes de la faisabilité : le coût et les ressources économiques disponibles dans la zone ou communauté nécessaires à la mise en œuvre du programme ; les règles organisationnelles qui risquent d'entraver la mise en œuvre et la réalisation des objectifs, telles que les lois, la déontologie, etc. ; et la réceptivité des agences parallèles, coopératives ou divergentes dans la communauté, qui sera nécessaire au maintien de la productivité du nouveau programme. (OMS)
Fidélité de la mise en œuvre	L'évaluation, lors d'une étude d'efficacité ou d'efficacités, de la mise en œuvre d'une intervention par rapport à sa conception d'origine. (O'Donnell, 2008)
Maintien de la santé	Une "health maintenance organization" (HMO, équivalent américain d'une organisation de soins de santé intégrés français) fournit ou organise la gestion intégrée des soins de santé pour les régimes d'assurance-maladie (qu'ils soient financés par le gouvernement, l'employeur ou le bénéficiaire), pour les particuliers et pour d'autres entités. Elle sert de liaison avec les prestataires des soins (hôpitaux, médecins, etc.), qui sont payés d'avance.
Résultats sanitaires	Lorsqu'on évalue le rendement des services de santé, il est conseillé d'utiliser des indicateurs objectifs. En voici plusieurs: la mort, la maladie, les handicaps, les malaises, le dérangement et l'insatisfaction. (Last, 2007)
Mise en œuvre	Le processus d'exécuter une décision ou un plan.
Recherche en matière de mise en œuvre (RMO)	L'étude des méthodes visant à améliorer l'utilisation, la mise en œuvre et la traduction des conclusions des recherches en pratiques fréquentes et de routine (l'écart entre le savoir et l'action ou entre les preuves et les programmes) (Padian, 2011)
Mortalité maternelle	La mort d'une femme pendant la grossesse ou dans les 42 jours après la fin d'une grossesse, indépendamment de la durée de la grossesse et de comment celle-ci s'est terminée. (Last, 2007)

Suivi-évaluation	Le suivi est le processus de suivre des événements. Par exemple, le suivi d'un projet peut comporter le décompte des personnes qui entrent en contact avec le projet pendant une période donnée ou le compte rendu de comment le programme est administré et développé. L'évaluation entraîne un jugement quant à la réussite du programme, c'est-à-dire la mesure dans laquelle le projet a atteint ses objectifs de départ. Le « processus » (les activités) et les « résultats » (ce qui est produit, par exemple, les changements dans la santé des personnes ciblées par le projet) sont tous les deux susceptibles d'être suivis et évalués. (WHO)
Multidisciplinaire	Se dit de l'analyse des facteurs biologiques, sociaux, économiques, politiques, systémiques et environnementaux qui ont un impact sur la mise en œuvre. Sont multidisciplinaires les collaborations entre les chercheurs en sciences sociales et comportementalistes, les cliniciens, les épidémiologistes, les statisticiens, les ingénieurs, les analystes commerciaux, les décideurs et les parties prenantes.
Réplication	La répétition d'une étude, avec des modalités et dans des conditions identiques, afin de vérifier que les mêmes résultats sont obtenus (généralement par un chercheur différent). (Scott, 2012)
Robustesse	La robustesse est l'ampleur de l'incertitude qu'une intervention donnée peut tolérer. (Last, 2007)
Passage à l'échelle	Le passage à l'échelle dans le secteur de la santé signifie « faire quelque chose en grand pour améliorer un aspect donné de la santé d'une population ». On peut passer à l'échelle les entrées (inputs), les sorties (outputs, telles que l'accès, l'ampleur, la qualité, l'efficacité) ; les résultats (la couverture, l'utilisation) ou l'impact (une réduction de la morbidité ou de la mortalité). (OMS)
Parties prenantes	Des personnes ou des organismes qui sont impliqués dans le programme, qui s'intéressent aux résultats de l'évaluation et/ou qui sont concernés par l'utilisation de ceux-ci. (CDC)
Durabilité	La capacité de continuer les services du programme à un niveau qui assure la prévention et le traitement continu d'un problème de santé après la cessation de la majeure partie de l'assistance financière, gestionnelle et technique de la part d'un bailleur de fonds externe. (LaPelle, 2006)

Systématique	Une étude systématique évalue comment un ensemble précis d'activités intègre une intervention de santé publique au sein de contextes précis et comment les résultats sanitaires varient selon les communautés. Une telle étude tient en équilibre la pertinence et la rigueur et observe strictement les normes de la recherche scientifique.
Délégation des tâches	La délégation des tâches est le nom que l'on donne au processus selon lequel les tâches sont confiées, lorsque cela est jugé approprié, à des travailleurs de la santé moins spécialisés. En réorganisant ainsi les responsabilités, la délégation des tâches constitue une technique viable pour améliorer la couverture des soins de santé grâce à une utilisation plus efficiente des ressources humaines déjà disponibles et grâce à une augmentation rapide de la capacité en attendant l'élargissement des programmes de formation et de rétention du personnel. (OMS)
Transférabilité	La mesure dans laquelle l'efficacité observée d'une intervention applicable peut être obtenue dans un autre contexte. (Cambon, 2012)

Lexique

English	français
assisted vaginal delivery	accouchement assisté par voie basse (seems to be more common than « accouchement vaginal assisté »)
barrier (to health care)	barrière (rather than “obstacle” or “entrave”)
birth attendants (see SBA)	accoucheuses (gender has to be indicated in French)
cost-effectiveness	rapport coût-efficacité
defaulter rates	taux de défaillance
delivery (of a program)	prestation
effectiveness (see efficiency)	efficacité
efficiency (see effectiveness)	efficience
evidence-based approach, evidence-based practice, evidence-based intervention	approche factuelle, pratique factuelle, intervention fondée sur des données
funding organization	bailleur (de fonds)
goal (see objective, purpose)	but
health facility	établissement sanitaire
health-seeking behavior	comportement de recours aux soins (de santé)
Hib disease (Haemophilus influenzae type b)	maladie à Hib (Haemophilus influenzae)
implementation research (IR)	recherche en matière de mise en œuvre (RMO)
implementation science	science de la mise en œuvre
objective (see goal, purpose)	objectif
program implementers	responsables de la mise en œuvre (des programmes)
purpose (see goal, objective)	but
SBA (skilled birth attendants)	accoucheuses qualifiées
scale-up (n.)	passage à l'échelle
scaling (of a program)	dimensionnement
sustainability judgments	évaluations de la durabilité

take-home message	message global à retenir
task shifting	délégation des tâches
uptake	adoption

MEASURE Evaluation

University of North Carolina at Chapel Hill
400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill NC 27517 USA

P: +1 919-445-9350

F: +1 919-445-9353

E: measure@unc.edu

www.measureevaluation.org

eCourse available for download:

<http://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-12-55-fr>

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en œuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International ; John Snow, Inc. ; Management Sciences for Health ; Palladium ; et l'Université Tulane. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas forcément les vues de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis. MS-12-55 FR



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

