



Document de retour d'expérience	
Domaine thématique	Évaluations de l'impact et du résultat
Description	Ce document de retour d'expérience passe en revue les récentes études ayant évalué et attribué des changements de la couverture de traitement de la pneumonie, du paludisme et de la diarrhée aux programmes de PEC-C.
Organismes contribuant à ce retour d'expérience	L'UNICEF et Save the Children
Contexte <p>Les évaluations des programmes de PEC-C devraient prendre en compte le degré de contribution des PEC-C à un élargissement général de l'accès et de la couverture du traitement ainsi qu'à sa rapidité, ce qui informerait sur la façon dont les programmes peuvent être améliorés. À ces fins, les évaluations doivent s'articuler autour de théories du changement, doivent poser des questions d'évaluation claires, doivent avoir recours aux méthodologies adaptées et doivent se composer d'unités d'analyse reflétant la zone géographique de la mise en œuvre, de méthodes solides et de sources multiples de données de programme et de contexte de qualité et reflétant la période précédant la mise en œuvre, la période de la mise en œuvre et celle la suivant.</p> <p>Aussi bien les gestionnaires de programmes que les chercheurs partent en général du principe que la performance d'un programme de PEC-C résulte d'une théorie du changement et que certaines caractéristiques des programmes sont liées à des taux de traitement plus élevés et par conséquent à une couverture étendue. Il a particulièrement été prêté attention à la formation adéquate, à la supervision suffisante et aux médicaments et aux fournitures nécessaires. Cependant, d'autres caractéristiques peuvent avoir un effet sur les taux de traitement, parmi lesquels le rapport du nombre d'ASC au nombre d'enfants, la répartition géographique des ASC, le fait qu'ils soient rémunérés ou non, le fait qu'ils soient issus de la communauté dans laquelle ils travaillent ou non, la facturation d'honoraires, la qualité des services, les activités de génération de la demande, la recherche active de cas et le fonctionnement général du système de soins. La plupart des évaluations n'ont malheureusement pas pris toutes ces caractéristiques en compte. Dans les cas où elles ont été mesurées, cela n'a pas été fait de façon standardisée. En conséquence, il n'y a que peu d'informations disponibles sur l'importance relative de ces caractéristiques sur les taux et la couverture des traitements.</p>	
Méthode de documentation <p>L'équipe a tout d'abord procédé à une recherche de la littérature publiée au sujet du résultat des programmes de PEC-C. Bien que plusieurs évaluations aient été réalisées en Asie, elles sont peu nombreuses pour l'Afrique. Les principaux organismes internationaux travaillant sur la PEC-C et les universités connues pour leur implication dans l'évaluation de la PEC-C ont par conséquent été contactés, de façon à dresser une liste de toutes les évaluations de PEC-C conduites en Afrique depuis 2000. Il en a été identifié 22. Il a été demandé au principal chercheur de chacune des évaluations de compléter une feuille de calcul excel standardisée à propos des caractéristiques de leur évaluation et des programmes évalués. Les informations rapportées et analysées portaient sur les thèmes suivants :</p>	

théories du changement, questions d'évaluation claires, méthodologies adaptées, unités d'analyse reflétant la zone géographique de la mise en œuvre, méthodes solides et sources multiples de données de programme et de contexte de qualité et reflétant la période précédant la mise en œuvre, la période de la mise en œuvre et celle la suivant.

Stratégies réussies

Les caractéristiques suivantes étaient généralement présentes dans les évaluations ayant su attribuer des changements dans l'accès ou la couverture aux programmes de PEC-C.

- **Le programme et l'évaluation étaient basés sur une théorie du changement** ou sur un autre modèle conceptuel dressant un schéma de causalité par le biais duquel les activités du programme étaient censé entraîner les changements souhaités.
- La **question d'évaluation était claire**(l'impact de la PEC-C sur la couverture des trois maladies, l'impact de la PEC-C sur la rapidité du traitement, par exemple).
- En fonction de la question d'évaluation, le recours à des méthodologies **comportant des zones de comparaison n'ayant pas mis en œuvre la PEC-C s'est avéré utile dans les cas où la zone de comparaison était semblable à la zone d'intervention**, où aucune activité de PEC-C n'y était véritablement mise en œuvre, et où les informations de contexte et les données de suivi étaient collectées avec les données des enquêtes initiales et finales. Cependant, en raison de la rapidité des efforts de déploiement dans de nombreux pays, d'autres méthodologies (tels qu'une évaluation par étapes, des évaluations avant/après, une plate-forme d'évaluation, des évaluations réalistes) peuvent s'avérer plus adaptées.
- Les **sources de données utilisées étaient multiples**, et comprenaient :
 - des enquêtes initiales et finales sur les ménages ;
 - des données de suivi de routine, fournies par les ASC et les superviseurs par le biais de formulaires standardisés ;
 - des données de suivi de routine fournies par les établissements sanitaires de la même zone que le programme de PEC-C de façon à améliorer la compréhension de l'impact de la PEC-C sur les traitements des établissements sanitaires ;
 - les données d'enquêtes quantitatives fournies par les ASC et les superviseurs afin de valider les données de routine ;
 - des données qualitatives fournies par les ASC, les superviseurs, les pourvoyeurs de soins et le personnel des établissements sanitaires et permettant d'évaluer l'acceptation et les barrières à l'utilisation du traitement ;
 - les données de contexte sur les facteurs pouvant affecter la performance du programme ou son résultat, tels que des flambées épidémiques, des troubles sociaux, des catastrophes nationales, des ruptures de stocks de produits de base ainsi que l'existence d'autres programmes de santé desservant la même communauté.
- Les **données collectées reflétaient l'unité d'analyse** en ce qui concerne :
 - la zone du programme de PEC-C. Les enquêtes sur les ménages ont été réalisées dans les divisions de la zone dans laquelle la PEC-C a lieu, plutôt que dans l'unité géographique de soins dont elle fait partie. (Par exemple, si la PEC-C couvre uniquement les zones difficilement accessibles d'un district, il faut pouvoir décomposer les données d'enquête portant sur le district dans son ensemble pour obtenir des informations sur les divisions de la zone couvertes par la PEC-C.) C'est également le cas pour les données de suivi de routine.
 - la source du traitement. Les données d'enquête comme les données de routine comprenaient des informations sur la source du traitement (établissement sanitaire ou ASC, par exemple) de façon à pouvoir les décomposer dans l'analyse.

- Les **données étaient fiables et de bonne qualité** (collectées par des personnes formées, avec des instruments de collecte testés et révisés, informations complètes, par exemple).
- Les **données étaient représentatives de la période précédant la mise en œuvre ainsi que de celle de la mise en œuvre**, donnant la possibilité de réaliser l'enquête finale suffisamment longtemps après la mise en œuvre.

Stratégies peu réussies

Les caractéristiques suivantes étaient généralement présentes dans les évaluations n'ayant pas su attribuer les changements dans l'accès ou la couverture aux programmes de PEC-C.

- **Absence de plan d'évaluation préalablement conçu.**
- **Méthodologie inadaptée à la question d'évaluation.** Certaines des évaluations avaient des zones de comparaison différentes des zones d'intervention. D'autres évaluations avaient collecté des données qui n'étaient pas propres à la division de la zone couverte par la PEC-C. Par ailleurs, certaines études passaient directement à la mesure du taux de mortalité sans qu'aucunes données de couverture n'aient été collectées.
- **Utilisation d'une zone de comparaison dans laquelle la PEC-C était partiellement en place (ASC traitant deux maladies) ou dans laquelle les ASC traitaient une maladie.** Ceci n'a pas permis de répondre à la question de l'impact de la PEC-C totale.
- **Absence de sources multiples de données.** Certaines évaluations ne comprenaient aucunes données de suivi de routine des établissements sanitaires ou aucunes données qualitatives/de contexte. Les informations sur les raisons pour lesquelles les personnes n'avaient pas accès aux services sont particulièrement importantes pour comprendre les faibles taux d'utilisation de certains programmes.
- **Définitions et interprétation de certains indicateurs différentes selon les études.** Cela s'est avéré particulièrement le cas pour la définition d'une rupture de stock, ainsi que pour la façon dont les taux de supervision étaient mesurés selon les évaluations.
- **Numérateur et dénominateur utilisés pour l'évaluation de la couverture différents selon les études,** en particulier en ce qui concerne la proportion de personnes ayant obtenu un traitement des ASC.
- **Réalisation de l'évaluation finale alors que le programme n'était pas encore entièrement mis en œuvre.** Certaines évaluations ont été réalisées alors que le programme était en place depuis moins d'un an.

Retour d'expérience

Les évaluations des programmes de PEC-C en Afrique ont été conçues pour répondre à diverses questions autres que l'effet de la PEC-C sur la couverture de traitement. Ces études ont utilisées des méthodes différentes et ont par ailleurs analysé et collecté les indicateurs essentiels de façon différente. Certaines d'entre elles ont été réalisées préalablement à la mise en œuvre complète de la PEC-C et se sont avérées de qualité variable. Il est par conséquent difficile de tirer des conclusions définitives pour tous les programmes. Il est cependant possible d'identifier un certain nombre de retours d'expérience :

- Il est nécessaire d'avoir un **plan d'évaluation clair** et comprenant une question précisément définie, et ce préalablement au lancement d'un programme de PEC-C.
- Les **définitions des indicateurs, des numérateurs et des dénominateurs devraient être standardisées** dans les études et devraient être clairement renseignées lors de la rédaction des résultats de l'évaluation.
- Les **mesures initiales et finales de la couverture** se fondant sur des enquêtes sur les ménages devraient être effectuées dans les zones évaluées et devraient comporter des informations

propres à la division de la zone dans laquelle la PEC-C est en place.

- Il est nécessaire d'accorder du temps à la **mise en œuvre complète du programme** (un an au minimum) avant de réaliser une analyse finale.
- **Les zones de comparaison ne devraient être utilisées que s'il existe des zones d'intervention et de non-intervention semblables et que toutes les données peuvent être collectées dans les deux zones.** D'autres modèles d'étude, tels que l'évaluation par étapes, l'analyse contrefactuelle et l'étude avant/après la mise en œuvre, peuvent être envisagés en fonction de la question d'évaluation.
- Il est important de **valider les indicateurs de couverture** des enquêtes sur les ménages utilisées dans ces évaluations, pour déterminer s'ils reflètent précisément la couverture de la PEC-C (décider, par exemple, si un rappel de deux semaines est suffisant, si les personnes interrogées savent ce qu'est un ASC, etc.).
- Des **données de contexte** doivent être collectées pour comprendre les résultats des programmes.
- Des données permettant de comprendre **pourquoi les services ne sont pas utilisés** doivent également être incluses à l'évaluation.
- L'équipe d'évaluation devrait être composée de **chercheurs expérimentés** disposant de compétences en enquêtes quantitatives et qualitatives.
- Si l'évaluation par des partenaires extérieurs a son importance, elle doit être réalisée **en collaboration** avec les partenaires de la mise en œuvre de façon à pouvoir rassembler toutes les sources de données nécessaires à une évaluation complète.
- En raison de la rapidité des changements dans l'environnement des soins de santé, il pourra s'avérer nécessaire de **modifier les évaluations au cours de celles-ci, de façon à s'adapter à ces changements.**
- Il est nécessaire de procéder à des évaluations supplémentaires en Afrique et de les publier. Les **récentes évaluations** réalisées en Afrique doivent être publiées dans des publications spécialisées et soumises à des comités de lecture.
- Au moins une **évaluation plurinationale standardisée** devrait être réalisée en Afrique.
- Une fois cette évaluation plurinationale réalisée en Afrique, et lorsque des évaluations supplémentaires auront été réalisées dans des pays individuels, les programmes de PEC-C devraient **se concentrer sur le suivi** de façon à ce que les caractéristiques de programmes correspondent aux résultats des évaluations.