

Version française v1

BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN OEUVRE



Introduction à la recherche de mise en œuvre

Olumide Ogundahunsi et Margaret Gyapong

INTRODUCTION A LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE	ii
Public cible de cette boîte à outils	3
Pertinence de la RMO pour améliorer l'accessibilité et la mise en place des interventions	3
Objectif de cette boîte à outils	7
Équipe de recherche	8
Activités d'auto-évaluation et de réflexion	12

INTRODUCTION A LA RECHERCHE DE MISE EN ŒUVRE

Le lien étroit entre la santé et le développement humain est bien reconnu. Des vies saines influencent et façonnent l'évolution générale du développement durable. Les maladies, l'accès inadéquat aux technologies de la santé telles que les médicaments, les vaccins, les diagnostics et équipements, et la mauvaise mise en œuvre des politiques de santé, tous entravent les progrès dans leur ensemble. Le Programme de Développement Durable à l'horizon 2030 reconnaît cette relation fondamentale. L'objectif de développement durable numéro 3 (ODD3)¹ reflète l'ambition mondiale de mettre fin, d'ici 2030, à certaines des principales épidémies liées à la pauvreté, notamment la tuberculose (TB), le paludisme et les maladies tropicales négligées (MTN). À leur tour, les objectifs sous-jacents soulignent la nécessité d'une couverture sanitaire universelle pour tous les citoyens, et de systèmes de santé plus robustes qui permettent l'accès aux services et technologies de santé essentiels. En approfondissant encore, on voit que l'objectif ODD3 appelle à plus de recherche et développement (R & D) sur de nouveaux médicaments, diagnostics et vaccins : ceci avec le but de promouvoir des innovations critiques qui comblent les lacunes actuelles dans les soins de santé et de maintenir les programmes nationaux à une longueur d'avance des épidémies toujours en mouvement.

L'introduction de façon optimale d'interventions et de technologies sanitaires nouvelles et / ou éprouvées - y compris la garantie d'accès, de prestation et d'utilisation - est essentielle pour obtenir de bons résultats en matière de santé et, au final, pour le bien-être des populations. Trop souvent, ce n'est malheureusement pas le cas. Par exemple, une nouvelle technologie sanitaire ou une intervention qui s'avère efficace dans des contextes d'essais cliniques strictement contrôlés peut ne pas être aussi efficace



lorsqu'elle est utilisée dans des contextes de système de santé « sur le terrain », en particulier dans des contextes fragiles ou à ressources limitées.

*L'introduction de façon optimale d'interventions et de technologies
sanitaires nouvelles et / ou éprouvées - y compris la garantie d'accès,
de prestation et d'utilisation - est essentielle pour obtenir de bons
résultats en matière de santé et, au final, pour le bien-être des
populations.*



Au cours du développement d'une intervention, l'accent est mis sur une mise en œuvre « authentique » : c'est-à-dire une stricte adhésion à un protocole d'étude dans des conditions soigneusement contrôlées et suivies, y compris le suivi des participants (le cas échéant), pour assurer l'efficacité de l'intervention et sa fidélité de mise en œuvre. Cependant, lorsque l'intervention est ensuite déployée dans le système de santé, l'efficacité devient l'objectif primordial et peut parfois être améliorée par étant adaptée à des contextes spécifiques.



Le déploiement à grande échelle d'une intervention dans un système de santé peut donc rencontrer des obstacles imprévus quant à son adoption et à sa pénétration. Ces obstacles sont souvent liés à des lacunes dans l'identification précises et la contextualisation des caractéristiques régionales, nationales ou propres à la communauté, ainsi qu'à des insuffisances pour s'y préparer ou pour y remédier. Ces obstacles spécifiques au contexte peuvent être dus à l'environnement physique, aux contextes socio-économiques et culturels, ainsi qu'aux systèmes de santé et aux caractéristiques des utilisateurs. Le fait de ne pas identifier et éliminer ces obstacles avant le déploiement à grande échelle d'une nouvelle technologie entraîne des pertes considérables pour le système de santé, ainsi qu'une perte de confiance dans la technologie de la part de la population cible et des autres parties prenantes².

La recherche de mise en œuvre (RMO) vise d'abord à identifier puis à éliminer ces obstacles.

Qu'est-ce que la recherche de mise en œuvre ?

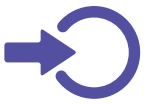
L'importance de la recherche en vue de l'identification de solutions et de possibilités pour surmonter les obstacles à la mise en œuvre dans les systèmes et programmes de santé est largement reconnue. Cette forme de recherche concerne les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre, identifie les approches optimales dans un cadre spécifique et favorise l'adoption des résultats de la recherche. En fin de compte, cela permet d'améliorer les soins de santé et leur prestation.

Bien que la RMO ait été définie de diverses manières par différentes institutions, les interprétations habituelles se concentrent sur une approche systématique pour comprendre et surmonter les obstacles à une mise en œuvre efficace et de qualité des interventions, stratégies et politiques de santé. La RMO répond à la demande et les questions de recherche sous-jacentes sont articulées autour des besoins identifiés par les parties prenantes et les exécutants concernés, eux-mêmes intégrés dans le contexte local. D'une façon unique, les réalisateurs de programmes font partie intégrante du processus de recherche lui-même.

La RMO est une approche systématique pour reconnaître, comprendre et s'attaquer aux goulots d'étranglement des systèmes de santé et de la mise en œuvre, pour identifier les possibilités de mise en œuvre optimales dans un contexte donné et pour promouvoir l'adoption des résultats de la recherche dans les politiques et la pratique.



La RMO a été appliquée pour augmenter l'efficacité des moustiquaires utilisées pour réduire le paludisme en Afrique, pour lutter contre l'augmentation de la tuberculose multi-résistante en Europe de l'Est, pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Afrique du Sud, et pour veiller à ce que l'ivermectine soit distribuée à 60 millions d'Africains pour lutter contre l'onchocercose (cécité des rivières). C'est une forme de recherche essentielle et très performante qui identifie les obstacles à la mise en œuvre dans un contexte donné, aide à concevoir et à mettre en place des stratégies pour y faire face, et aboutit à de meilleurs résultats en santé.



Public cible de cette boîte à outils

Tout d'abord, la RMO est un travail d'équipe. Il faut que des personnes ayant des compétences, des expériences et des antécédents différents et complémentaires se réunissent pour résoudre ensemble un problème de mise en œuvre. Une équipe de projet de RMO peut inclure des prestataires de soins, des gestionnaires de programmes, des chercheurs, des décideurs et d'autres parties prenantes telles que des groupes de la société civile, des organisations non gouvernementales, les médias et d'autres personnes intéressées ou impactées par le processus de RMO et ses résultats.

Les modules de cette boîte à outils ciblent spécifiquement les prestataires de soins en santé, les chercheurs, les décideurs, les gestionnaires de programmes, et les administrateurs et prennent en considération leurs différents niveaux de participation à un projet type de RMO.



Pertinence de la RMO pour améliorer l'accessibilité et la mise en place des interventions

La RMO conçue de manière appropriée peut aider à exécuter et à appliquer les interventions plus efficacement et avec un impact plus important. L'accent mis sur la RMO est de plus en plus important car la communauté de la santé mondiale est mise au défi d'optimiser la mise en place sur le terrain d'interventions reconnues (c'est-à-dire en dehors d'un environnement expérimental contrôlé associé aux essais cliniques ou aux études de preuve de concept). Dans de nombreux contextes, cela nécessite des approches innovantes pour atteindre les populations et optimiser les prestations. Des interventions pouvant être efficaces dans un certain contexte peuvent avoir un effet réduit dans d'autres contextes en raison d'une variété de facteurs spécifiques à une situation donnée. En d'autres termes, de nombreuses technologies de la santé testées et efficaces (médicaments, vaccins, diagnostics et appareillage) peuvent, pour diverses raisons, perdre de leur efficacité au sein d'un système de santé (voir encadré).



Résumé de l'initiative « Tester, Traiter, Suivre » du paludisme

Après plusieurs études de laboratoire et cliniques, la validité des tests de diagnostic rapide (TDR) a été établie, les reconnaissant comme des tests efficaces pour l'identification rapide de l'infection paludéenne. Les TDR contre le paludisme sont devenus un élément important des tests de diagnostic du paludisme pour la prise en charge clinique des maladies fébriles.

En 2012, l'OMS a lancé l'initiative « T3 » (en anglais « Test, Treat, Track » c'est-à-dire « Tester, Traiter, Suivre »), ancrage des principaux messages politiques des recommandations de l'OMS - sur les tests diagnostiques, le traitement et la surveillance du paludisme - ainsi chaque cas suspect de paludisme doit être testé ; chaque cas confirmé doit être traité avec un médicament antipaludique de qualité garantie ; et tous les cas doivent être suivis grâce à un système de surveillance rapide et précis³. En conséquence, les TDR doivent être déployés dans le système de santé comme base de la prise en charge des cas de paludisme.

T3



Test / Tester. Treat / Traiter. Track / Suivre.

Dans de nombreux contextes, cependant, et en raison de plusieurs facteurs liés au système de santé et aux patients, l'utilisation des TDR n'a pas été aussi efficace que prévu. Par exemple, les tests peuvent ne pas être disponibles dans les établissements de santé qui en ont besoin. Même dans les établissements où ils sont disponibles, certains patients peuvent ne pas avoir accès aux installations sanitaires, et donc au test (parce qu'ils ne peuvent pas atteindre l'établissement). Les prestataires peuvent ne pas toujours se conformer aux résultats du TDR et traiter les cas suspects de paludisme uniquement sur la base de symptômes cliniques. Les patients peuvent également décider de s'auto-traiter pour le paludisme malgré les résultats négatifs du TDR. Pris ensemble, de tels facteurs peuvent rendre inefficace un test efficace, augmentant ainsi les coûts, et compromettre les résultats en matière de santé dans le contexte complexe et réel du système de santé.

**Les tests rapides
ne sont pas disponibles**

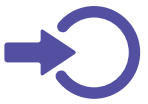
**Les patients n'ont pas accès
aux structures sanitaires**

**Les prestataires ne se
conforment pas aux résultats
des tests**

**Les patients s'auto-traitent
malgré les résultats**

Potentiel d'efficacité

Efficacité réduite



Une intervention qui s'est révélée efficace dans un contexte d'essai peut ne pas donner les résultats escomptés dans un système de santé donné en raison de facteurs contextuels importants, tels que l'accessibilité et / ou l'acceptabilité, le respect des recommandations des prestataires de soins et l'observance des patients. Les gestionnaires du système de santé ont un contrôle limité, variable et difficile à prévoir sur les comportements des prestataires et des patients, ainsi que sur d'autres aspects tels que la compréhension par les gestionnaires des processus de mise en œuvre. De cette manière, les interventions efficaces deviennent généralement moins efficaces lorsqu'elles sont déployées dans des environnements réels.

Figure 1: Influence des facteurs du système de santé sur l'efficacité et l'impact de l'intervention⁴



La RMO est une approche systématique pour reconnaître, comprendre et résoudre de tels goulets d'étranglement dans le système et la mise en œuvre, pour identifier les options de mise en œuvre optimales dans un cadre donné et pour promouvoir l'adoption des résultats de recherche dans les politiques et les pratiques. La RMO répond à la demande et les questions de recherche sous-jacentes sont formulées selon les besoins identifiés par les parties prenantes et / ou les responsables de la mise en œuvre dans le système de santé.

La RMO répond à la demande et les questions de recherche sous-jacentes sont formulées selon les besoins identifiés par les parties prenantes et / ou les responsables de la mise en œuvre dans le système de santé.





Les éléments essentiels pour mener la RMO de façon utile comprennent :

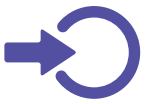
- Une bonne compréhension de l'intervention envisagée (par exemple, identifier les éléments considérés comme essentiels et ceux qui pourraient être modifiés sans compromettre les objectifs ou la performance de l'intervention).
- Une solide compréhension de la manière dont l'intervention doit être dispensée dans un système de santé donné (processus de mise en œuvre), en accordant une attention particulière aux modifications motivées par un besoin perçu d'adaptation à un contexte local spécifique.
- Identification et engagement précoce et continu des parties prenantes essentielles, y compris la communauté elle-même.
- Un système de suivi qui suit tous changements dans le processus de mise en œuvre, vérifie les écarts par rapport au plan d'origine et documente avec précision tous les processus clés.

Étude de cas 1

Identification des obstacles liés à l'accessibilité aux services de prise en charge communautaire intégrée des cas

Contexte : La prise en charge communautaire intégrée (PECi) est une stratégie axée sur l'équité adoptée par l'OMS / UNICEF pour améliorer l'accessibilité aux services de traitement essentiel pour les enfants. En 2010, le gouvernement d'Éthiopie a utilisé son programme d'agents de vulgarisation sanitaire (AVS) pour étendre la stratégie de lutte contre les maladies infantiles à l'ensemble du pays. Cependant, après deux ans, l'utilisation des AVS est restée faible malgré la présence d'une stratégie de mise en place des services axée sur la minimisation de plusieurs obstacles habituels liés au coût, à la distance et à la qualité des services. Par exemple, les agents de vulgarisation sanitaire ont été formés, les agents de santé communautaires bénévoles ont été déployés dans les villages, et les enfants de moins de cinq ans ont reçu des soins de santé gratuits. En outre, les activités de mobilisation communautaire et d'éducation des AVS faisaient partie d'initiatives nationales existantes en matière de santé infantile visant à promouvoir l'engagement communautaire et la viabilité du programme. Des recherches ont été entreprises pour élucider les perceptions et les expériences des soignants et pour mieux comprendre l'utilisation apparemment faible des services de la PECi. Les paramètres utilisés pour définir l'accessibilité étaient la disponibilité des prestataires qualifiés de soins de santé, la disponibilité des produits de santé dans les centres de santé, l'accessibilité géographique ; l'abordabilité économique des services, et l'acceptabilité des prestataires et des services.

Des évaluations ethnographiques rapides ont été menées sur huit zones d'influence de centres sanitaires ruraux dans la région de Jimma & West Hararghe, à l'aide de groupes de discussion et d'entretiens approfondis. Les groupes de discussion se sont concentrés sur les normes sociales de la sollicitation de soins et sur les perceptions de la communauté concernant les services médicaux d'urgence et les services de la PECi. Les entretiens approfondis se sont concentrés sur les expériences de soins des soignants au cours de la maladie la plus récente d'un enfant, y compris les perceptions relatives aux obstacles ou éléments facilitants, aux AVS fournissant les services de PECi aux centres de santé. Les participants à l'étude étaient des mères, des pères, des AVS, et des agents de santé communautaires.

**Étude de cas 1****Identification des obstacles liés à l'accessibilité aux services de prise en charge communautaire intégrée des cas**

Résultats : Les AVS étaient fréquemment absents. Bien que les services soient gratuits, de nombreux soignants ne pouvaient pas accéder aux services en raison des coûts sociaux et de transport associés. Les longues distances jusqu'aux centres de santé, les terrains accidentés et les transports inadéquats rendaient les centres de santé souvent inaccessibles. Le manque d'appropriation de l'initiative au sein des centres de santé à cause d'agents AVS indifférents, le manque de confiance dans la qualité des soins fournis et le manque de pouvoir décisionnel du soignant concernant les choix de soins pour leur enfant ont également été cités comme facteurs prohibitifs. De plus, les soignants avaient une connaissance limitée des maladies de l'enfant et des services fournis dans les centres de santé.

Conclusions : En dépit de politiques de santé encourageantes et favorables, l'utilisation des services de la PECi était sous-optimale en raison de problèmes au niveau du personnel et systémique.

Enseignements : Des approches novatrices sont nécessaires pour relever les défis identifiés, pour réduire les obstacles et promouvoir l'utilisation des services de PECi pour tous les soignants et les enfants qui en ont besoin.

Source : Shaw B et al. Access to integrated community case management of childhood illnesses services in rural Ethiopia: A qualitative study of the perspectives and experiences of caregivers. Health Policy and Planning. 2015 ; Nov 24:czv115.

Objectif de cette boîte à outils

Cette boîte à outils est une aide pratique pour épauler la RMO. Elle est conçue pour guider ceux qui entreprennent la RMO et pour aider la formation d'équipes de recherche multidisciplinaires.

La boîte à outils aide les équipes de RMO à :

- Appliquer un processus structuré pour identifier les goulets d'étranglement et les obstacles à la mise en œuvre de programme (le « problème ») dans le système / la communauté de la santé ;
- Contextualiser le problème ;
- Identifier et impliquer les parties prenantes pertinentes ;
- Formuler des questions de recherche appropriées ;
- Déterminer un plan d'étude approprié ;
- Articuler une proposition de recherche qui explore les questions de recherche et y répond ;
- Mettre en œuvre et suivre le projet de manière crédible ;
- Réinjecter les solutions / les adaptations dans le système de santé, et,
- Communiquer efficacement tout au long du processus⁵.

De nombreux concepts présentés dans la boîte à outils sont transversaux et interdépendants et se retrouvent dans les différents modules.



À la base, la RMO est collaborative : de la phase initiale d'identification des problèmes à la diffusion des résultats de recherche, la collaboration entre l'équipe de recherche, les parties prenantes concernées et le personnel de santé est essentielle. Une constitution et composition adaptée de l'équipe de RMO contribue à encourager et à faciliter la collaboration en réunissant des personnes représentant différentes disciplines et ayant différents atouts et bases de connaissance. L'approche multidisciplinaire de la RMO est essentielle tout au long du processus, des premières étapes d'identification des goulots d'étranglement, au choix de la conception de l'étude et des méthodes de recherche, à la réalisation du projet de recherche, jusqu'à la communication des résultats.

De par sa nature, la RMO implique que les équipes de recherche doivent rester dynamiques, flexibles et adaptables dans leurs perspectives. Contrairement à d'autres formes de recherche, la RMO est un processus continu qui exige un retour constant des résultats vers l'équipe, vers la conception de l'étude et, finalement, vers les systèmes de santé, ce qui permet à chacun d'adapter l'intervention si nécessaire.

Parce que la RMO considère les conditions réelles, elle doit être adaptable.

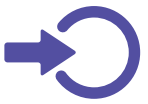
Il se peut que les gens ne viennent pas au travail, que les pluies aient un impact sur la mise en place des services ou que la livraison du matériel soit retardée. Les équipes de RMO doivent être disposées et capables d'adapter leurs projets pour répondre à ces éventualités.



La boîte à outils n'est pas un cours de formation sur la RMO et n'offre pas de réflexions approfondies sur les définitions ou les différents cadres théoriques utilisés en science de la mise en œuvre⁶. L'objectif général est de faciliter la recherche pratique visant à l'optimisation des interventions pour améliorer la santé.

Équipe de recherche

L'équipe de recherche réunie pour répondre à une question de RMO spécifique ou à un problème de mise en œuvre doit refléter l'éventail complet des disciplines requises pour aborder les questions de recherche associées. Les membres de l'équipe ont des rôles variés, ils peuvent travailler dans divers secteurs (par exemple, la santé, la finance, la planification, le milieu universitaire, etc.) et ont probablement des antécédents très différents. La diversité des disciplines et des rôles est un atout pour comprendre un problème de mise en œuvre et développer des solutions pour le résoudre. Parce que la formation en santé publique conventionnelle ne prépare généralement pas les chercheurs, les praticiens, les prestataires ou les décideurs aux types de partenariat et aux approches interdisciplinaires essentielles pour la RMO, cette boîte à outils comprend une section dédiée à la formation des équipes. Elle aborde les caractéristiques et les concepts de base nécessaires pour établir une équipe de recherche réussie. Considérant le fait que certains membres de l'équipe peuvent avoir une connaissance limitée de la RMO et une



capacité limitée à formuler des questions de recherche pertinentes ou à concevoir, diriger, gérer et interpréter les résultats de recherche pour les répercuter dans le système de santé, la boîte à outils fournit des conseils sur la dynamique d'équipe et ses moteurs pour former des équipes efficaces et durables.

VOIR

SECTION-CONSTRUIRE
UNE ÉQUIPE DE RMO

La RMO est un travail d'équipe. L'équipe de RMO idéale est multidisciplinaire, avec des compétences, antécédents et expérience adaptés pour élaborer une proposition de recherche, planifier et mobiliser des ressources essentielles et mener l'étude dont les différents aspects sont reflétés dans la composition de l'équipe.

message clé



Suivre le cours de formation en ligne ouverte à tous (FLOT) (en anglais « Massive Open online course » ou MOOC) sur la recherche de mise en œuvre est une condition préalable pour tous les membres de l'équipe. Si vous n'avez pas encore participé à ce cours MOOC, vous devez le faire avant d'utiliser cette boîte à outils.

VOIR

'MOOC SUR
LA RMO'

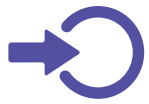


Étude de cas 2 Caractéristiques clé de la recherche de mise en œuvre

Contexte : Comparée à d'autres domaines de recherche, la recherche sur la mise en œuvre (RMO) est axée sur la demande et les questions de recherche sont basées sur les besoins identifiés par les responsables de la mise en œuvre dans le système de santé. Elle est spécifique au contexte et tient compte des influences culturelles et communautaires. De plus, bien que la RMO soit dynamique et adaptative, elle se déroule dans des environnements réels et il n'y a aucune tentative d'influencer le cadre dans lequel l'intervention se déroule. Il y a un dialogue avec les parties prenantes concernées, y compris les bénéficiaires. Étant donné que la RMO s'intéresse particulièrement aux utilisateurs de la recherche et pas seulement à la production de connaissances, elle vise à promouvoir l'adoption des résultats de la recherche dans les pratiques de routine. Le processus d'application des connaissances est favorisé par la participation active des acteurs concernés dans l'identification, la conception et l'exécution de la recherche et ne doit pas être utilisé uniquement comme moyen de diffusion des résultats de l'étude.

Exemple d'un projet de RMO : Pour documenter un traitement médicamenteux de masse (TMM) contre la filariose lymphatique dans deux districts indonésiens, un outil de sondage micro-narratif a été développé pour capturer les expériences des membres de la communauté sur le traitement de masse et pour identifier les environnements sociaux où l'administration des médicaments et l'observance se produisaient au mieux. L'objectif du projet était d'améliorer la couverture et l'observance du TMM pour l'élimination de la filariose lymphatique dans deux districts dits de « finalisation ». Il s'agissait d'une étude en trois phases comprenant une enquête de référence, une mise en œuvre des recommandations identifiées et une enquête finale. L'approche systématique a débuté avec la collaboration de l'équipe de recherche multidisciplinaire avec les parties prenantes et les responsables de la mise en œuvre du programme afin d'identifier les obstacles liés à la distribution du TMM. Les parties prenantes concernées ont été impliquées dans la sélection des sites d'étude, le développement de l'outil d'enquête, l'analyse des enquêtes de référence et finale, la diffusion des résultats de recherche et des recommandations qui en découlaient, la diffusion des résultats de recherche et l'identification des actions pour améliorer l'administration et l'accessibilité.

Les obstacles à une couverture efficace du TMM qui ont été identifiés étaient les suivants : les hommes et les jeunes de 15 à 24 ans manquaient d'informations appropriées sur le programme ; des idées fausses sur la sécurité des médicaments étaient courantes ; les critères d'inadmissibilité n'étaient pas clairs ; et il y avait un nombre de points de distribution limités. Les résultats ont été discutés avec les parties prenantes concernées puis des recommandations et des interventions réalisables ont été exécutées en utilisant les structures existantes du système de santé. Les interventions recommandées ont été mises en œuvre dans le contexte sociodémographique local. Par exemple, les médias sociaux et les SMS ont été utilisés pour atteindre les jeunes, un message spécifique a été développé pour les personnes « systématiquement non-observantes », et des organigrammes ont été produits pour guider les distributeurs de médicaments. Les critères de non-éligibilité ont été adaptés au contexte local. Des messages spécifiques portant sur la sécurité des médicaments, les procédures de prise de médicaments, les informations sur la non-éligibilité, les avantages de l'observance pour tous et où s'adresser pour obtenir de l'aide, ont été soigneusement décrits sur l'emballage des médicaments. Les deux districts qui étaient responsables de la mise en œuvre des recommandations identifiées et de l'enquête finale ont montré une amélioration de la couverture du TMM.



Étude de cas 2 Caractéristiques clé de la recherche de mise en œuvre

Conclusion : La recherche menée était axée sur la demande et les conclusions ont été utilisées par les services de santé locaux pour améliorer la mise en place et l'accessibilité aux services de TMM. De plus, la recherche n'a pas influencé les services de santé de routine. La participation active a renforcé l'appropriation des parties prenantes et leur a permis de mobiliser des ressources locales et des réseaux pertinents pour promouvoir l'adoption de médicaments et améliorer l'observance.

Enseignements : Le profil de l'équipe de recherche doit refléter les compétences requises pour relever un problème de mise en œuvre et l'équipe doit engager activement les parties prenantes pertinentes pour mieux comprendre le contexte dans lequel l'intervention se produit.

Source : Krentel A et al. Improving Coverage and Compliance in Mass Drug Administration for the Elimination of LF in Two 'Endgame' Districts in Indonesia Using Micronarrative Surveys. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2016; 10 (11) : e0005027. doi :10.1371/journal.pntd.0005027.

Étude de cas 3 Pérenniser la PTME dans des conditions réelles : Enjeux du suivi continu de la santé de la mère et du nourrisson (Mother Infant Retention for Health- MIR4Health)

Contexte : Bien que les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant aient augmenté en Afrique subsaharienne au cours de la dernière décennie, avec le dépistage du VIH et le traitement antirétroviral allant en s'améliorant, le maintien à long terme des soins de PTME reste un défi. Le Kenya, un des pays de la région confrontés à cet obstacle, s'est engagé à éliminer les nouvelles infections pédiatriques au VIH. En 2014, le pays avait une prévalence nationale du VIH de 5,6%, ce qui inclut environ 75 000 femmes vivant avec le VIH qui sont enceintes chaque année.

Bien que le test du VIH pendant la grossesse soit effectué à plus de 90%, seulement 64% des nourrissons exposés au VIH ont reçu un traitement ART pour la PTME. Pour augmenter la proportion de nourrissons protégés contre l'exposition au VIH, il faut faire face aux obstacles qui empêchent les femmes pendant leur grossesse puis avec leurs nourrissons d'être identifiées puis connectées et référées aux services de soins et suivies par ceux-ci.

Cette étude (MIR4Health) a été financée par le *National Institutes of Health* (NIH) des États-Unis et le plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida (President's Emergency Plan for AIDS Relief - PEPFAR) et l'*Implementation Science Alliance*. Une intervention combinée a été conçue pour réduire la perte de suivi des femmes qui entrent dans les services de PTME dans dix établissements de santé au Kenya en utilisant une approche d'essai randomisé individuel. L'objectif était d'évaluer l'efficacité du niveau de soins avec un suivi actif des patientes vivant avec le VIH d'abord pendant la grossesse puis avec leurs nourrissons pendant six mois post-partum. Le niveau de soins comprenait les services de soins prénataux et les services de VIH, tandis que l'intervention dispensée par les conseillers non professionnels comprenait quatre composantes supplémentaires : éducation sanitaire individualisée ; soutien à la rétention et à l'observance ; rappels des rendez-vous par SMS ; suivi et traçage des visites manquées à la clinique. Des données de routine et des questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'étude. Les résultats de l'étude ont mis en évidence que les complications durant la grossesse, les décès de nourrissons et le transfert hors établissements spécifiques augmentaient la perte de suivi chez les femmes et les nourrissons en soins de PTME.



Étude de cas 3

Pérenniser la PTME dans des conditions réelles : Enjeux du suivi continu de la santé de la mère et du nourrisson (Mother Infant Retention for Health- MIR4Health)

Conclusion : Cette étude a fait face à plusieurs réalités de terrain, typiques de la recherche de mise en œuvre. L'étude MIR4H a été confrontée à des défis réels - retards de financement, grève des professionnels de santé, pénurie de trousse de dépistage rapide du VIH, adoption lente de nouvelles directives sur le VIH - qui ont entraîné des retards évidents et ont eu pour résultat une adaptation de la mise en œuvre du projet.

Enseignements : La recherche sur la mise en œuvre doit pouvoir s'adapter à tous les défis.

Source : Fayorsey R. N. et al. Mother and infant retention for health (MIR4Health) : Study design, adaptations, and challenges with PMTCT implementation science research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2016 ; 72 : Supplément2.

Activités d'auto-évaluation et de réflexion

Une évaluation du niveau actuel de sensibilisation et de maîtrise des compétences pertinentes pour la RMO est essentielle pour utiliser efficacement cette boîte à outils. Idéalement, cette évaluation est réalisée conjointement par les membres de l'équipe de recherche mais elle peut également être utilisée individuellement par les membres de l'équipe.

Cette autoévaluation des compétences de base au sein de l'équipe aidera l'équipe à sélectionner et à se concentrer sur les compétences qui doivent être renforcées. Remplissez la matrice ci-dessous (Tableau 1). En utilisant une simple approche OUI / NON, indiquez le niveau actuel de sensibilisation et de compétence de l'équipe dans chacun des dix domaines spécifiés.

Répétez de nouveau cette évaluation chaque fois que l'équipe complète les modules successifs de la boîte à outils. Comparez les réponses des équipes aux évaluations précédentes pour évaluer les connaissances et la confiance acquises dans chaque module.

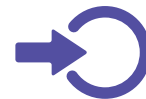


Tableau 1 : Cadre d'auto-évaluation pour la sensibilisation et la compétence en matière de RMO

Compétence / expertise	absente	intermédiaire	maîtrisée
Contextualiser des problèmes de RMO			
Former une équipe			
Appliquer les concepts de RMO			
Développer une proposition de RMO			
Concevoir un projet de RMO, collecter et analyser les données			
Méthodes qualitatives			
Méthodes quantitatives			
Planifier un projet RMO			
Conduire et assurer le suivi d'un projet de RMO			
Communiquer les résultats de RMO et les répercuter			



ACTIVITÉ DE RÉFLEXION

Après avoir terminé l'auto-évaluation initiale, identifier et sélectionner des modules spécifiques dans la boîte à outils sur lesquels les membres de l'équipe doivent se concentrer, ainsi que le niveau de détail nécessaire à considérer pour atteindre la maîtrise de compétence.



Références

1. SDG 3 : Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. New York : United Nations; 2017 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>, accessed 16 October 2017). En Français : Objectifs de développement durable, ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>, Accessed 21 Feb. 2018).
2. Status report 2017: Access and Delivery Partnership (ADP). New York: United Nations Development Programme; 2017. (http://adphealth.org/upload/resource/ADP_Status_Report_2017.pdf, accessed 16 October 2017).
3. Guidelines for the treatment of malaria. Third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/>, accessed 16 October 2017).
4. Adapted from de Savigny D. and Kuepfer I. (2015). Phase IV Studies. In: Field Trials of Health Interventions: A Toolbox. 3rd Edition. Eds. Smith P.G., Morrow R.H., Ross D.A. Chapter 22. Oxford: Oxford University Press ; 2015.
5. En réalité certaines étapes se produisent simultanément.
6. For further reading and in-depth discussion on IR see: Implementation research in health: a practical guide. Geneva: World Health Organization ; 2013 (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/implementationresearchguide/en/>, accessed 16 October 2017).