



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 dans la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans à des interventions particulières d'une variété de programmes de PEC-C.
Organismes contribuant à ce retour d'expérience	Malaria Consortium, Johns Hopkins University
Contexte <p>Les programmes de PEC-C interviennent dans la prévention directe des décès liés aux maladies mortelles courantes dans les communautés aux ressources limitées. On peut pour cette raison présumer que les programmes de PEC-C auront pour conséquence des taux de mortalité moindres. Pour le démontrer, il faut cependant envisager trois ensembles d'hypothèses. Pour commencer, le programme doit être mené de façon suffisamment intensive pour avoir un impact au niveau de la population. La théorie du changement de programme de PEC-C indique que pour avoir un impact sur la mortalité, un changement conséquent doit survenir dans la proportion d'enfants malades dans la population cible recevant un traitement rapide, efficace et sûr. Pour obtenir l'élargissement de la couverture de traitement, l'utilisation des nouveaux prestataires doit être élevée et la qualité de leurs services suffisante et fiable. Le nombre de prestataires de PEC-C en activité doit de plus être suffisant de façon à avoir considérablement augmenté la densité globale des points de prestation de services. Ces conditions préalables n'ont pas toujours été remplies. Ensuite, le programme de PEC-C doit être conçu de façon adaptée au contexte et doit comprendre des traitements pour tous les principaux états de santé graves, des médicaments adaptés à la région, un ciblage efficace des enfants véritablement en danger de mort et un relatif défaut de prestataires alternatifs. Cet ensemble d'hypothèses n'a également pas été validé par tous les programmes, nombre d'entre eux continuant d'utiliser le co-trimoxazole dans le traitement des pneumonies, par exemple, malgré les preuves importantes de résistance bactérienne au co-trimoxazole. Enfin, les méthodes d'évaluation de l'impact de la mortalité doivent être fiables, précises et généralisables. C'est cette troisième hypothèse qui est avant tout évaluée dans cette étude.</p>	
Méthode de documentation <p>Une analyse systématique de la littérature publiée au sujet de l'impact sur la mortalité des programmes de PEC-C a permis d'identifier une étude antérieure (Christopher et al., 2011) qui résume les informations d'un essai randomisé contrôlé et de plusieurs essais pilotes de très petite échelle. Les personnes mettant en œuvre tous les programmes à grande échelle et les études de recherche conduites en Afrique depuis 2000 ont été contactées. En vue de cette étude, le champ a été limité aux études comprenant des données sur la mortalité pour la période de mise en œuvre du programme à proprement parler <i>ainsi que</i> pour une période la précédant, de durée et de saisonnalité identiques. Par ailleurs, ont été prises en compte seules les études dans lesquelles existait un groupe de comparaison (sans programme) pour lequel la mortalité était renseignée sur des périodes de temps identiques (de façon à tirer des conclusions sur l'impact net des programmes de PEC-C au-delà des</p>	

tendances habituelles de mortalité relevant d'autres interventions). Les études dans lesquelles seuls quelques prestataires avaient été formés n'ont pas été examinées, apportant probablement peu d'informations quant à l'impact de programmes nationaux ou régionaux à grande échelle.

Sur huit pays, quatre études de recherche et sept évaluations de programmes à grande échelle ont été identifiées pour l'analyse. Les chercheurs de ces études ont fourni pour nouvelle analyse des données d'évaluation standardisées. Comme début de période de mise en œuvre, il a été choisi le moment où au moins 80 % des prestataires de PEC-C avaient été formés et proposaient ces services. Pour ce qui est de la fin de la mise en œuvre, c'est – de la suspension du programme ou de la fin de la collecte de données sur la mortalité – l'événement qui a eu lieu en premier qui a été pris en compte. Dans tous les cas, le résultat pris en considération était le taux de mortalité chez les enfants de 2 mois à 5 ans, mesuré en nombre de décès pour mille personnes-années à risque. Les résultats ont été résumés par le biais d'une méta-analyse et de techniques de méta-régression standards, les analyses de sensibilité ayant recours à différents systèmes de pondération.

Stratégies réussies

Les stratégies suivantes se sont avérées contribuer à l'attribution de changements dans la mortalité à des programmes de PEC-C.

- La collecte de données sur la mortalité ayant recours aux **historiques détaillés des accouchements** constitue une approche encourageante à l'évaluation des programmes de PEC-C. La raison étant que les données des historiques des accouchements, collectées à un moment précis vers la fin de la période de mise en œuvre du programme, permettent de reconstituer l'évolution de la mortalité dans la population cible sur les deux dernières décennies au moins, et offrent la possibilité de se concentrer sur des périodes plus précises. La possibilité de comprendre la situation de la mortalité avant que le programme de PEC-C ne soit lancé permet de mieux interpréter une étude ou les résultats d'une évaluation ; le fait que les données d'avant-mise en œuvre et de la période de mise en œuvre soient toutes collectées auprès des mêmes foyers offre de bonnes propriétés statistiques.
- Dans les études de recherche, l'intervention a été lancée dans un **ensemble de zones géographiques de petite taille** plutôt que dans quelques zones importantes (des districts, par exemple). Ces petites communautés ont ensuite été comparées à des zones de comparaison (sans programme) semblables. Cette stratégie a permis de tirer des conclusions relativement nettes sur l'impact probable de la même intervention réalisée sur une population à plus grande échelle. Par ailleurs, les groupes d'intervention et de comparaison avaient en général des niveaux semblables de mortalité avant le programme.
- Certaines études incluaient la collecte d'un **ensemble de données complet** comprenant non seulement la mortalité mais aussi les changements dans la couverture de traitement (aussi bien pour les interventions de PEC-C comme pour les autres interventions) et des données détaillées d'utilisation de programme. Ceci a largement facilité l'interprétation des résultats sur la mortalité.

Stratégies peu réussies

Les stratégies suivantes se sont avérées constituer des obstacles à l'attribution de changements dans la mortalité à des programmes de PEC-C.

- La collecte des historiques des accouchements parmi les populations très peu instruites implique **une supervision intensive** du processus de collecte des données, ce qui ne s'est pas toujours avéré le cas. Étant donné qu'il est difficile de déceler la mauvaise qualité des données de mortalité une fois qu'elles ont été collectées, il a fallu entièrement présumer de la vraisemblance des niveaux de mortalité initialement évalués. Il est cependant probable que des données de relative mauvaise qualité aient pu réussir à ce teste relativement peu sensible. Ne permettant pas de se

concentrer sur une période de temps précise ni de définir une tranche d'âge spécifique, les méthodes indirectes d'évaluation de la mortalité ne sont pas utiles. La surveillance démographique potentielle n'est pas toujours en mesure de saisir les décès des enfants les plus jeunes.

- Différents **défauts élémentaires dans la conception de l'évaluation** étaient présents dans la plupart des études, rendant difficiles les conclusions d'après les résultats. Les zones de comparaison initiales étaient notablement différentes de celles d'intervention et/ou le programme ne touchait qu'un nombre réduit de sites au sein de zones géographiques étendues, ne permettant pas d'exclure l'influence des changements caractéristiques à la zone et/ou les zones de comparaison bénéficiaient également d'une certaine forme de PEC-C ou d'une intervention semblable. Dans plusieurs cas, le programme mis en place dans les zones d'intervention différait tellement du modèle standard de PEC-C que la valeur de la comparaison des études doit être remise en cause.
- La mortalité infantile étant peu fréquente, pratiquement aucune des études n'était en fait **en mesure de constater un impact du programme important sur le plan statistique**. Les calculs de puissance statistique, qui constituent une étape élémentaire du développement d'un plan d'évaluation, ont soit été tout simplement omis, soit ils étaient basés sur des hypothèses obsolètes ou largement trop optimistes ou encore ils ne prenaient pas en compte le modèle d'évaluation. De plus, les périodes d'exposition aux programmes étaient beaucoup trop courtes pour permettre d'enregistrer un nombre de décès suffisant parmi la population étudiée et/ou elles ne laissaient pas assez de temps aux populations ciblées pour qu'elles s'habituent à utiliser les nouveaux prestataires. Par conséquent, *des quantités considérables de ressources d'évaluation ont été gaspillées dans des études qui n'avaient aucunement la possibilité d'atteindre son objectif principal de démonstration des impacts de programmes sur la mortalité.*
- Les programmes ont été conduits dans des zones aux **systèmes de santé en rapide évolution et dans des contextes épidémiologiques**. Ainsi ils ne valident souvent plus les hypothèses fondamentales nécessaires pour la démonstration de l'impact sur la mortalité.

Retour d'expérience

- **Les impacts sur la mortalité des programmes récemment mis en œuvre diffèrent considérablement**, allant d'une diminution de 76 % de la mortalité (statistiquement significatif) à une augmentation de 43 % (statistiquement non significatif) et avec une réduction moyenne de 21 %. Nous estimons que ces variations manifestes sont la conséquence de programmes et de modèles d'évaluation inadaptés.
- La mesure du taux de mortalité est une activité pointue qui demande des interviewers bien formés, une supervision étroite des enquêtes sur le terrain et surtout des échantillons d'enquête colossaux. **Les bailleurs de fonds et les gouvernements sponsorisant les évaluations de PEC-C ne devraient pas exiger une évaluation directe de la mortalité s'ils ne sont pas disposés à investir les ressources nécessaires.**
- Les résultats de la PEC-C sont un enchaînement logique : il faut des services de qualité très utilisés pour obtenir une couverture étendue du traitement sûr, efficace et rapide des enfants malades, et il faut une couverture étendue du traitement sûr, efficace et rapide des enfants malades pour obtenir une réduction du taux de mortalité. La mesure du taux de mortalité ne doit pas être entreprise si les autres conditions préalables ne sont pas déjà remplies. D'une façon générale, **les résultats sur le taux de mortalité ne devraient pas être envisagés pour les programmes dont la mise en œuvre durera probablement moins de deux ans.**
- En raison de systèmes de santé en rapide évolution et de contextes épidémiologiques, **il est**

nettement plus facile d'interpréter des données sur la mortalité si des données complémentaires sur la couverture de traitement, l'utilisation du programme et d'autres variables contextuelles sont également collectées.

- **Les considérations de modèles de programmes vont souvent à l'encontre des postulats élémentaires d'une bonne évaluation.** Un programme a par exemple décidé de lancer la PEC-C dans deux districts et de comparer leurs taux de mortalité avec celui d'un district de comparaison. La documentation sur les évaluation admet pourtant que cette comparaison « 2 contre 1 » génère des résultats inexploitable. De la même façon, le fait d'engager des programmes dans les zones aux taux de mortalité les plus élevés implique forcément des zones de comparaison initiales pas réellement comparables, ce qui entraîne de grandes difficultés lors de l'interprétation ultérieure des résultats.
- Lorsque le contexte d'évaluation n'est pas fiable, les **historiques détaillés des accouchements – ou, mieux encore, les historiques des grossesses – constituent un mode idéal de collecte de données sur la mortalité des enfants.** Ils doivent être analysés par cloisonnement des décès et des personnes-années à risque au sein de périodes à séquences multiples. Une même enquête sur les historiques des accouchements peut générer des informations aussi bien pour la période de mise en œuvre du programme que pour la période la précédant.