



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

ANALYSE AVANCÉE POUR LA PRISE DE DÉCISION ET L'ACTION REPOSANT SUR LES DONNÉES

Présentateur: Peter Tendoh
Tebon, Conseiller Senior de Suivi
et Évaluation, ASAP II

Date: 18 Janvier 2024

ASAPII

ACCELERATING SUPPORT TO ADVANCED LOCAL PARTNERS II

QUELQUES REMARQUES

1. Bienvenue aux partenaires locaux – **Veillez mentionner votre institution et pays dans la boîte de discussion.**
2. Utilisez la boîte de **questions-réponses** pour poser des questions et la boîte de discussion pour répondre aux questions posées par les présentateurs.
3. Nous avons des **sondages** pendant le webinaire aujourd'hui. Ils apparaîtront sur votre écran.
4. La présentation du webinaire d'aujourd'hui sera sauvegardée sur le site web de l'ASAP à l'adresse **www.intrahealth.org/asap-resources**



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Préparer rapidement les partenaires locaux pour qu'ils aient les capacités et des ressources nécessaires pour servir de partenaires principaux pour la programmation de l'USAID/PEPFAR, conformément aux procédures de l'USAID et du PEPFAR, pour la mise en œuvre du programme PEPFAR au cours des exercices 2022 et 2023.

70% du financement PEPFAR de l'USAID aux partenaires principaux locaux.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

1. Soutenir les partenaires locaux lorsqu'ils se préparent à recevoir des fonds du PEPFAR en tant que partenaire principal de l'USAID, afin de se conformer aux réglementations.
2. Préparer les partenaires des pays à gérer, mettre en œuvre et assurer le suivi et à maintenir la qualité et la performance des programmes PEPFAR.

ASAPII

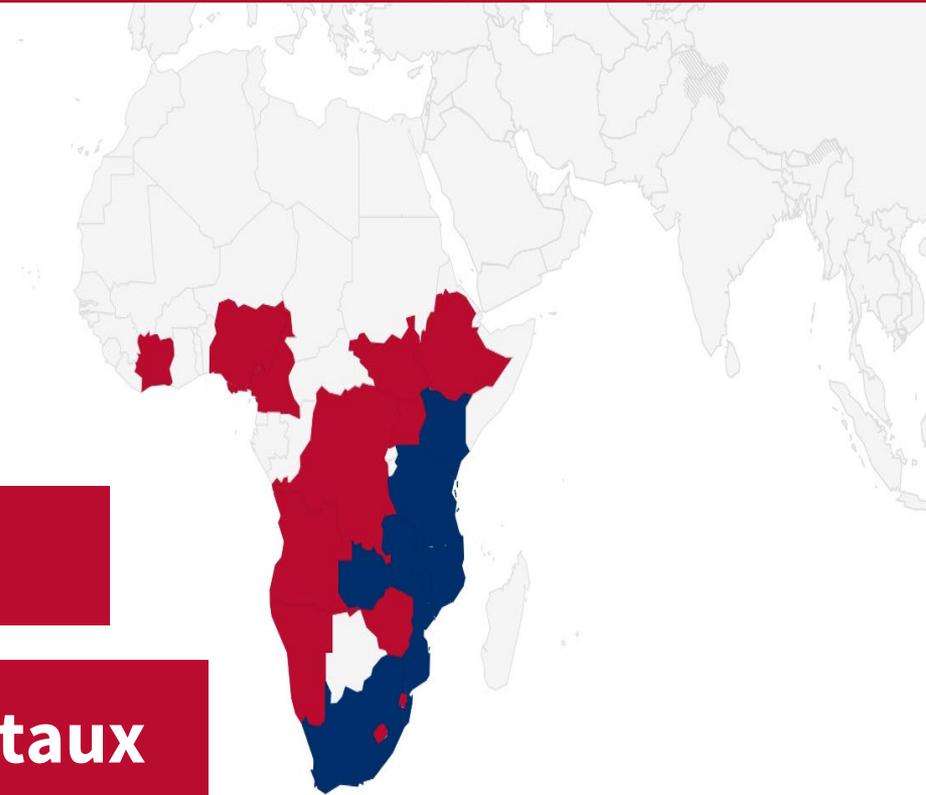
ACCELERATING SUPPORT TO ADVANCED LOCAL PARTNERS II

RÉSULTATS CLÉS - ASAP I & II

**ASAP a soutenu
126 organisations
dans 18 pays**

113 organisations partenaires

13 partenaires gouvernementaux



ASAP II-PAYS PRIS EN CHARGE

Angola

Cameroun

Côte d'Ivoire

RDC

eSwatini

Éthiopie

Lesotho

Malawi

Namibia

Nigeria

Sud Soudan

Ouganda

Zimbabwe

ASAP I

pays supplémentaires:

Kenya

Mozambique

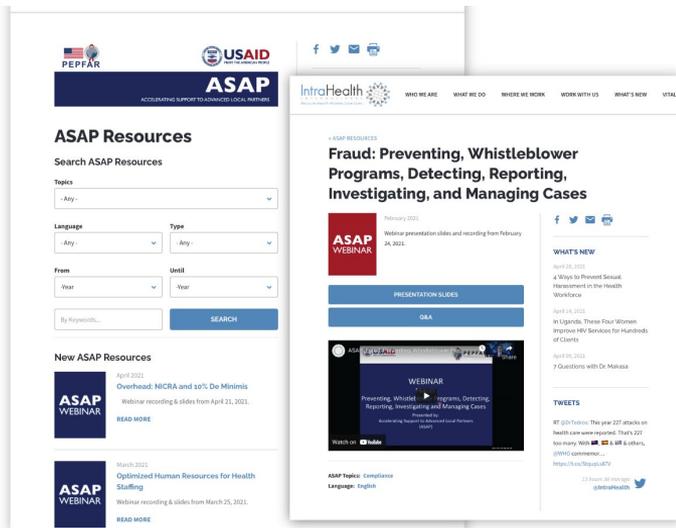
Afrique du Sud

Tanzanie

Zambie

**18 PAYS
AU
TOTAL**

WEBINAIRES À LA DEMANDE



The screenshot displays the ASAP Resources website interface. At the top, logos for USAID and PEPFAR are visible, along with the ASAP logo and the tagline 'ACCELERATING SUPPORT TO ADVANCED LOCAL PARTNERS'. Below the header, there is a search bar and several filters: 'Topics' (set to '-Any-'), 'Language' (set to '-Any-'), 'Type' (set to '-Any-'), 'From' (set to 'Year'), and 'Until' (set to 'Year'). A 'SEARCH' button is located below the filters. Under the 'New ASAP Resources' section, three webinar entries are listed:

- April 8, 2021: Overhead: NICRA and so's De Minimis**
Webinar recording & slides from April 21, 2021.
[READ MORE](#)
- March 20, 2021: Optimized Human Resources for Health Staffing**
Webinar recording & slides from March 25, 2021.
[READ MORE](#)
- February 2021: Fraud: Preventing, Whistleblower Programs, Detecting, Reporting, Investigating, and Managing Cases**
Webinar presentation slides and recording from February 24, 2021.
[PRESENTATION SLIDES](#)
[GSA](#)

The right-hand side of the screenshot shows a 'WHAT'S NEW' section with three items:

- April 16, 2021: 4 Ways to Prevent Sexual Harassment in the Health Workplace**
- April 14, 2021: In Uganda, These Four Women Improve HIV Services for Hundreds of Clients**
- April 09, 2021: 7 Questions with Dr. Malissa**

Below this is a 'TWEETS' section with one tweet from @USAID:

RT @USAID: The year 2021 attacks on health care were reported. That's 2021 opportunity. Join @USAID & @PEPFAR to address @WHO's @WHOCommComm...
[https://t.co/8p2p2u1a7k](#)

At the bottom, it says 'ASAP Topics: Contraception' and 'Language: English'.

USAID/ASAP a diffusé **100 webinaires** pour plus de **21 000 participants** dans **76 pays**.

Retrouvez les précédents webinaires sur la page Web d'ASAP www.intrahealth.org/asap-resources

DISPONIBLES EN 3 LANGUES

Vous pouvez choisir
votre **langue ou votre
sujet.**

Des webinaires en
**français, en anglais et
en portugais**

Topics

- Any -

Language

- Any -

Type

- Any -

From

-Year

Until

-Year

By Keywords...

SEARCH

**Télécharger la
présentation en pdf.
Regarder
l'enregistrement du
webinaire.**

Writing Abstracts



July 2021

Webinar recording and presentation notes from July 8, 2021.

PRESENTATION SLIDES



WHAT'S NEW

July 26, 2021

What Does It Take to Keep HIV Services Available in Tanzania during COVID-19?

July 08, 2021

Quality Improvement: The Quiet Hero of Global Health Programs

July 02, 2021

New Regional Advisors Will Guide Frontline Health Workers Coalition's Policy and Advocacy Work

TWEETS

Safina meets w/ expectant mothers (who often walk 5+ kms to see her) during #COVID19. Our

CE QUE NOUS ALLONS COUVRIR

- Vue d'ensemble de l'analyse des données
 - Analyse descriptive
 - Analyse avancée (prédictive)
- Modélisation abstraite pour les prédictions
- Aperçu des processus de données
- Exigences en matière d'analyse avancée et avantages
- Traduction des modèles en actions (exemples)
- Étude de cas

POURQUOI L'ANALYSE DES DONNÉES EST-ELLE NÉCESSAIRE ? VALEUR AJOUTÉE AUX

- PEPFAR « veille à ce que chaque dollar soit utilisé de manière optimale afin d'avoir un impact par le biais de politiques fondées sur des données ».
- L'analyse des données n'est pas un élément utile, c'est une nécessité pour assurer une allocation budgétaire, une planification et une programmation plus efficaces.

Analyse des données

Générer des informations et des conseils à l'aide d'analyses descriptives, diagnostiques, prédictives et prescriptives.

Descriptive [tableau de bord, diapositives, rapports]

- **Ce qui s'est** déjà passé ? Surveiller la tendance/le modèle de performance du programme
- **Pourquoi** cela s'est produit (diagnostic/analyse approfondie/analyse descriptive avancée)
- **Où des** ajustements ou des ressources sont-ils nécessaires
- **Avancée [Analyse prédictive et prescriptive (modélisation)]**
 - Identifier les facteurs de causalité et leur contribution (par exemple, l'interruption du traitement par le client, la non-suppression de la charge virale du VIH, la séropositivité).
 - Utile lorsqu'il existe de nombreux facteurs/variables explicatives à analyser :
 - Par exemple, l'âge, le sexe, le lieu, la distance par rapport à l'établissement de santé, l'emploi, le niveau d'éducation, les effets secondaires, les comorbidités, les troubles mentaux, le nombre moyen de jours de retard, le nombre de fois où le client est en retard/interruption du traitement, la cohabitation/la situation matrimoniale, la religion, le transport.
 - Capacité à expliquer les différentes raisons d'une situation donnée. (**Pourquoi**)
 - Le pourquoi peut ensuite être traduit en action



ANALYSE DESCRIPTIVE : RAPPORTS AUTOMATISÉS SUR LES INDICATEURS MER/NON-MER

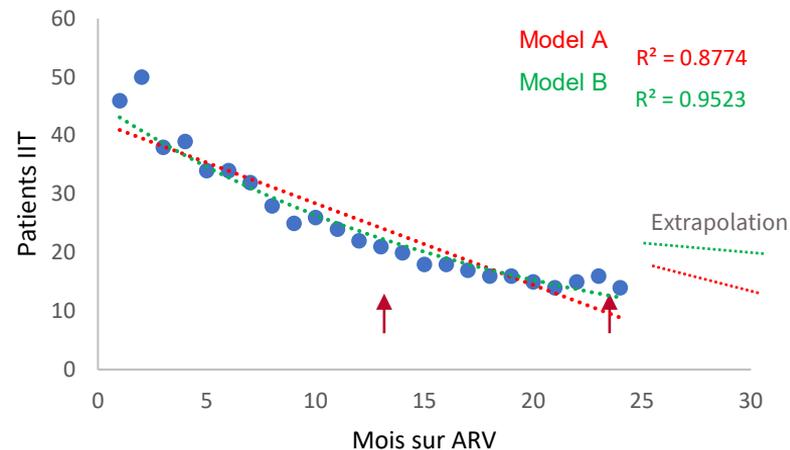
- Tous les programmes sont évalués/notés en fonction de la performance d'un ensemble particulier d'indicateurs - Directive MER
 - Deux niveaux de MER :
 - 1: Non-composite
 - HTS_TST, HTS_TST_POS, TX_NEW, TX_CURR
 - 2: Composite : besoin de calcul
 - Rendement = $\text{HTS_TST_POS} / \text{HTS_TST} * 100$
 - Lien au traitement = $\text{TX_NEW} / \text{HTS_TST_POS} * 100$
 - TX_PVLS = # patients sur TAR et dont la charge virale est supprimée / # Patients avec un résultat de charge virale documenté au cours des 12 derniers mois * 100
- Requis vs non requis quotidien/hebdomadaire/mensuel
 - Les indicateurs non requis donnent des indications sur les lacunes du programme.
 - Par exemple : Requis : TX_PVLS (%) est obligatoire. Non requis : lacunes dans l'indicateur de base, à savoir le nombre de personnes sous TAR qui ont été testées (le dénominateur).
- Analyse descriptive et rapports à haute fréquence
 - Amélioration de la communication
 - Présentent la situation quotidiennes - forum de discussion quotidienne/hebdomadaire avec différentes parties prenantes
 - Alerte des IP sur le problème - met en évidence le premier niveau de danger concernant la performance (par exemple, 7% de rendement la semaine dernière contre 3% cette semaine).
 - Peut être automatisé par une seule personne
 - Réduction des erreurs
 - Réduction des effectifs
 - Rapports statiques ou interactifs (tableau de bord)

ANALYSE PRÉDICTIVE/AVANCÉE: QU'EST-CE QUE C'EST?

- L'analyse prédictive utilise des modèles statistiques
- Le modèle à droite présente une caractéristique (mois sous TAR) qui peut être représentée sur un graphique en 2D. Toutefois, les modèles peuvent comporter un nombre pratiquement infini de caractéristiques qui ne sont pas toujours faciles à représenter par des moyens conventionnels.
- Dans quelle mesure un modèle s'adapte-t-il aux données ?
 - La sélection du modèle (essayer différents modèles et choisir le mieux adapté - en général) a un impact sur la capacité à prédire avec précision un résultat.
 - Pour les séries chronologiques, l'extrapolation devient nécessaire (peut être fortement influencée par le choix du modèle).
 - Il y a d'autres considérations concernant la modélisation, dont beaucoup peuvent être spécifiques à un domaine.
 - Par exemple, la dispensation multi mensuelle (DMM) de 6 mois est prescrite aux patients dont la CV a été supprimée. Par conséquent, la dispensation de 6 DMM peut être en corrélation à une CV supprimée, mais elle n'est pas indépendante du résultat (la corrélation n'implique pas la causalité).

Exemple de modèle prédictif avec une variable dépendante (nombre de patients dont le traitement a été interrompu) et une variable indépendante (nombre de mois sous TAR).

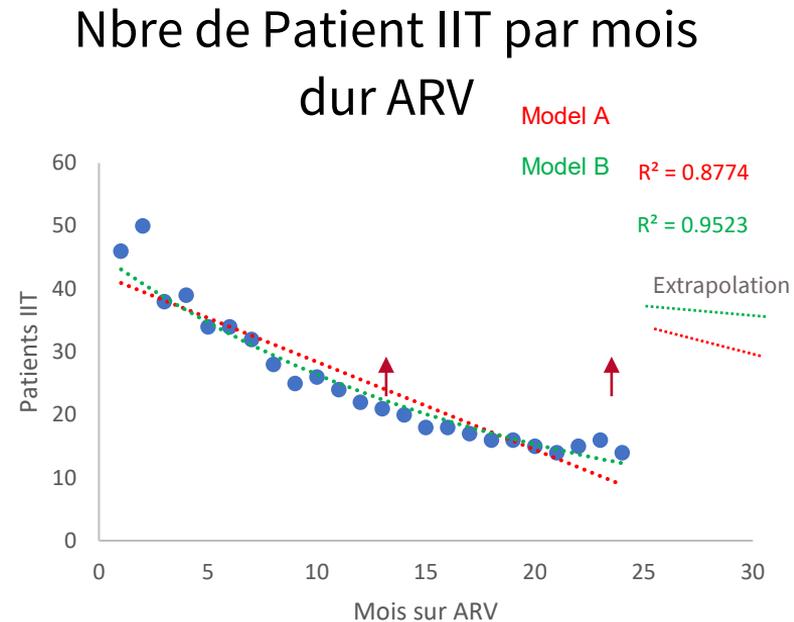
Nbre de Patient IIT par mois dur ARV



Un modèle peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation des valeurs, ou une fausse prédiction des résultats.

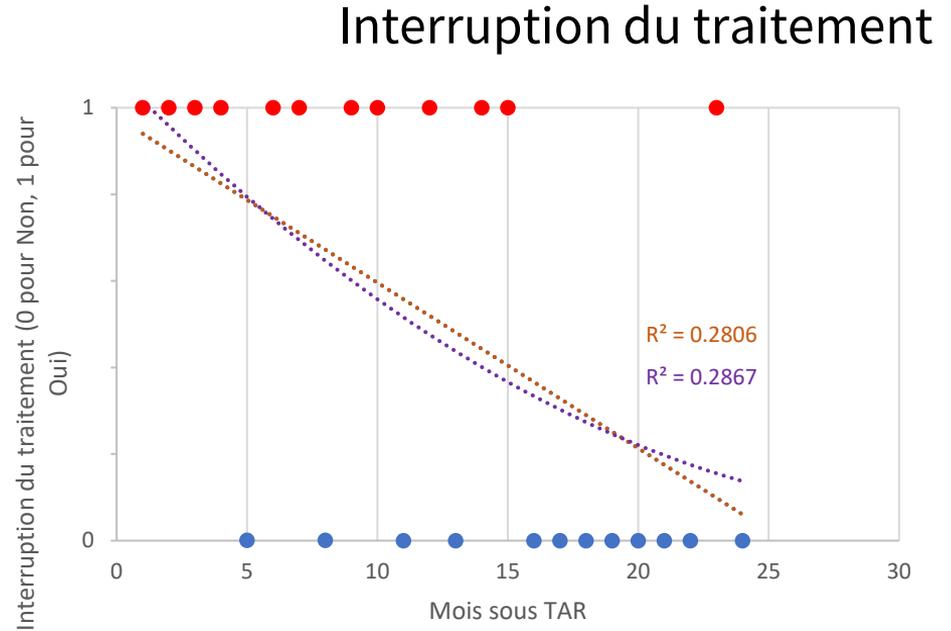
QUESTION : SÉLECTIONNEZ LA BONNE RÉPONSE

- A. Le modèle A sous-estime à 13 mois les clients sous TAR et surestime à 23 mois les clients sous TAR
- B. Le modèle A surestime à 13 mois sous TAR et sous-estime à 23 mois sous TAR
- C. Le modèle B n'est pas aussi bon que le modèle A
- D. Le modèle A est meilleur que le modèle B pour l'extrapolation



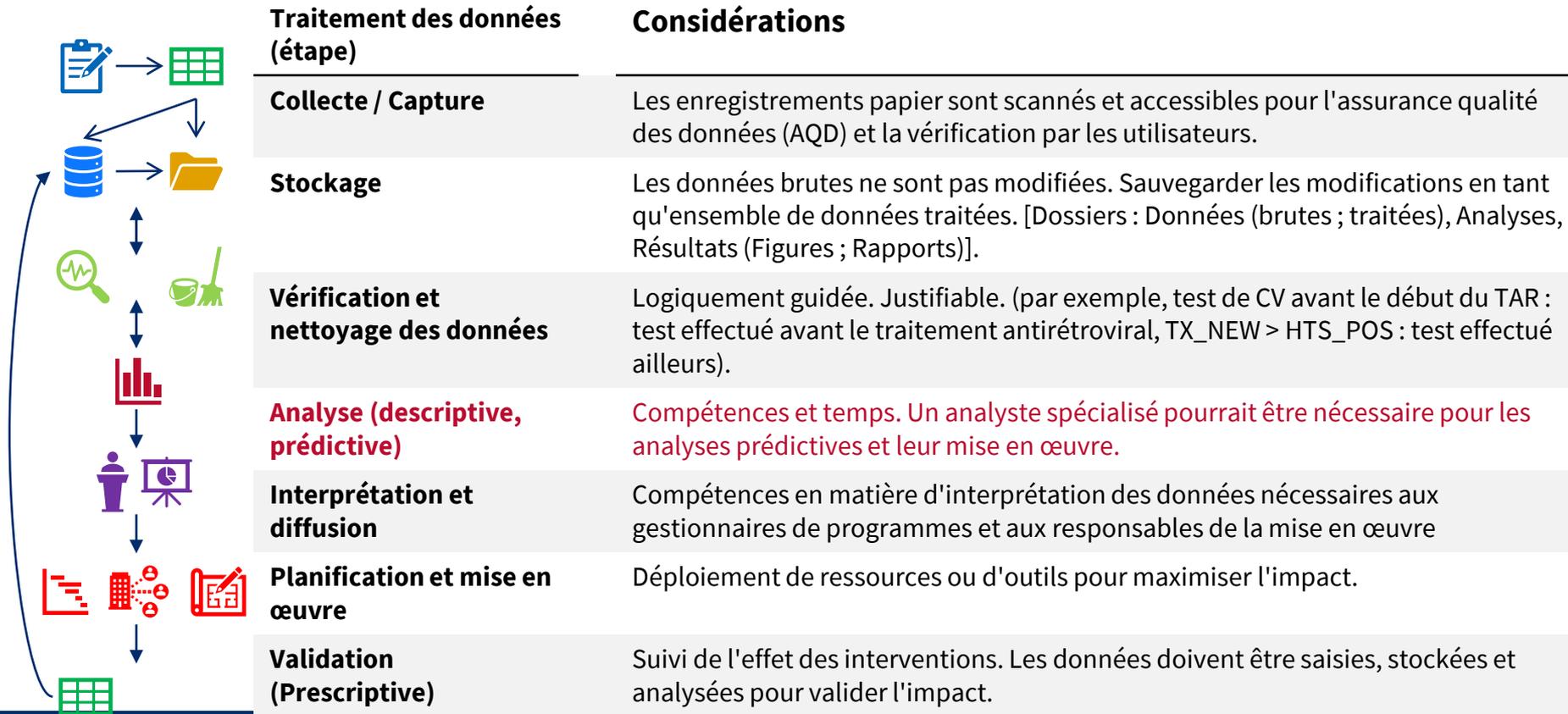
MODÈLE DE CLASSIFICATION (LOGIT)

- Pour un modèle de classification (résultat binaire - Oui/Non) Des valeurs numériques sont attribuées
 - 0 pour non
 - 1 pour oui
- Le seuil de prédiction aura un impact sur le nombre de prédictions correctes/incorrectes.



Session questions et réponses

DONNÉES-APERÇU DU PROCESSUS ET CONSIDÉRATIONS



QUELLES SONT LES EXIGENCES EN MATIÈRE D'ANALYSE AVANCÉE ET QUELS EN SONT LES AVANTAGES ?

Exigences :

- Personnes qualifiées - pour effectuer des analyses statistiques, des analyses descriptives et prédictives, des analyses par composante, analyse par dimension, etc.
- Formation à l'interprétation des analyses
- Données au niveau du patient
- Grandes bases des données
 - Plus d'observations, c'est-à-dire de dossiers de patients, et
 - Plus de variables explicatives (par exemple, données démographiques, localisation, éducation, etc.)

Avantages : données pour les plans d'action (quelle est l'action à entreprendre ?)

- Obtenir des informations sur un problème clé
 - En savoir plus sur les raisons d'un problème - pour planifier une intervention rentable
- Choisir des analyses à faire à fin d'impacter les actions du programme
- Intervention ciblée et adaptée (aux individus) pour résoudre les problèmes
- Évaluer l'impact - à court terme et à long terme (affiner/revoir et améliorer l'intervention)
- Standardiser les interventions efficaces dans tous les programmes
- Améliorer les résultats pour les patients

ANALYSE AVANCÉE DES DONNÉES POUR L'ACTION

Peut être appliquée à n'importe quelle étape de la cascade/du programme de lutte contre le VIH (et autres maladies)

- Mobilisation pour le dépistage du VIH (avec les ressources limitées pour les campagnes de dépistage)
- Interruption du traitement (anticiper les clients à risque d'interruption du traitement en vue d'une intervention préemptive)
- Suppression de la CV (identifier les clients qui risquent de ne pas bien adhérer au traitement en si les résultats de tests de CV ne sont pas à jour).
- Tout autre résultat du patient faisant l'objet d'un suivi

Considérations :

- Certains modèles statistiques sont plus performants que d'autres et des efforts supplémentaires peuvent être nécessaires. Toutefois, des modèles moins performants peuvent être suffisants pour anticiper les individus présentant un risque très élevé.
- Un meilleur modèle peut ne pas être nécessaire si les ressources sont insuffisantes pour, par exemple, offrir des conseils renforcés pour l'observance à toutes les personnes à risque d'interruption du traitement.
 - Régression logistique - probablement le modèle le plus utilisé

EXEMPLES

Intervention générale

- L'objectif était de savoir si la DMM pouvait améliorer l'adhérence des patients.

Dispensation plurimensuelle d'un traitement antirétroviral d'une durée maximale de 6 mois au Malawi et en Zambie (INTERVAL) : des essais sur un échantillon aléatoire des patients sur ARV

- Raisons pour l'expansion de la DMM à 6 mois au Malawi et en Zambie

Hoffman, R. M., Moyo, C., Balakasi, K. T., Siwale, Z., Hubbard, J., Bardon, A., ... & Rosen, S. (2021). Multithmonth dispensing of up to 6 months of antiretroviral therapy in Malawi and Zambia (INTERVAL): a cluster-randomised, non-blinded, non-inferiority trial. *The Lancet Global Health*, 9(5), e628-e638.

- Méthodes rentables de mise en œuvre d'un programme
- Plus d'informations conduisent à plus d'actions et à de meilleurs résultats pour les patients
- Programmation et intervention ciblées
- Responsabilisation de l'argent dépensé
- Évaluation de l'impact de l'intervention
- Mise à l'échelle et réduction des interventions
- Est-il utile de poursuivre un programme ?

Intervention ciblée

- Le programme APACE cherchait à anticiper ceux qui manqueraient leur rendez-vous ou les patients avec les charges virales détectables

Utilisations des méthodes atomisées et de la modélisation prédictive à la rétention et à la suppression de la charge virale dans les cohortes de traitement du VIH en Afrique du Sud

- Utilisations des modèles prédictifs pour anticiper les patients qui pourraient interrompre le traitement ou avoir la charge virale détectable: Informations requise pour une programmation préemptif du VIH
- A ouvert la voie à une programmation préventive de lutte contre le VIH

Maskew, M., Sharpey-Schafer, K., De Voux, L., Crompton, T., Bor, J., Rennick, M., ... & Pisa, P. (2022). Applying machine learning and predictive modeling to retention and viral suppression in South African HIV treatment cohorts. *Scientific reports*, 12(1), 1-10.

Session questions et réponses

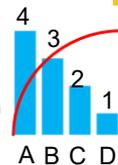
ÉTUDE DE CAS :

Problème?

- Le chef de projet signale l'augmentation des cas de l'interruption aux traitements ARV
- Comment relever ce défi ?
 - Mener une analyse descriptive pour étudier l'occurrence des interruptions du traitement
 - Mettre en place un tableau de bord
 - Identifier les groupes les plus à risque d'interruption du traitement en vue d'une intervention préventive (c'est-à-dire counseling avant l'interruption du traitement).

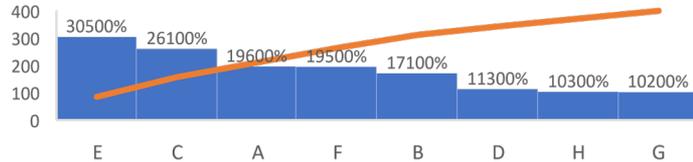
TABLEAU DE BORD / ANALYSE DESCRIPTIVE

- Répartition des interruptions de traitement
- Hiérarchisation des efforts (principe de Pareto)
 - Suppose que « quelques causes vitales » (~ 20 %) sont responsables de 80 % du résultat/problème (par exemple, 20 % des formations sanitaires sont responsables de 80 % des interruptions de traitement)
 - Utile pour orienter les interventions ciblées afin d'optimiser l'utilisation des ressources
 - Identifier et cibler les groupes (formation sanitaire, groupes démographiques, etc.) pour l'intervention
- Des stratégies peuvent être formulées en fonction des observations
 - Orienter la mise en œuvre du programme

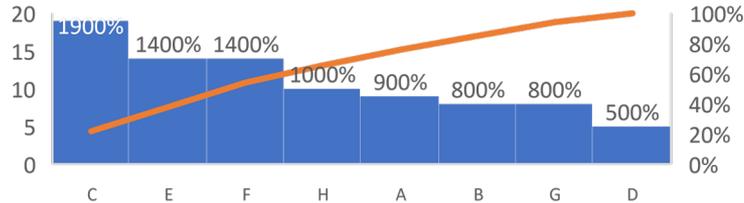


SITUATIONS DES CAS SOUS ARV DANS LES FORMATION SANITAIRE PRIORITAIRES

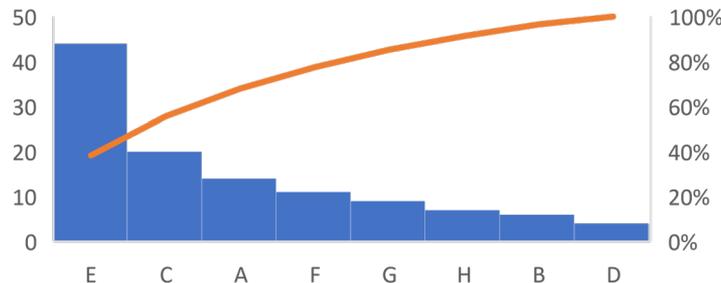
Cas sous ARV



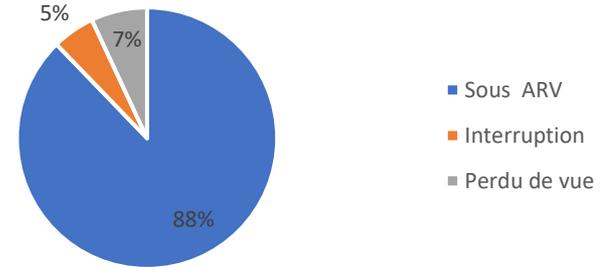
Cas avec interruption



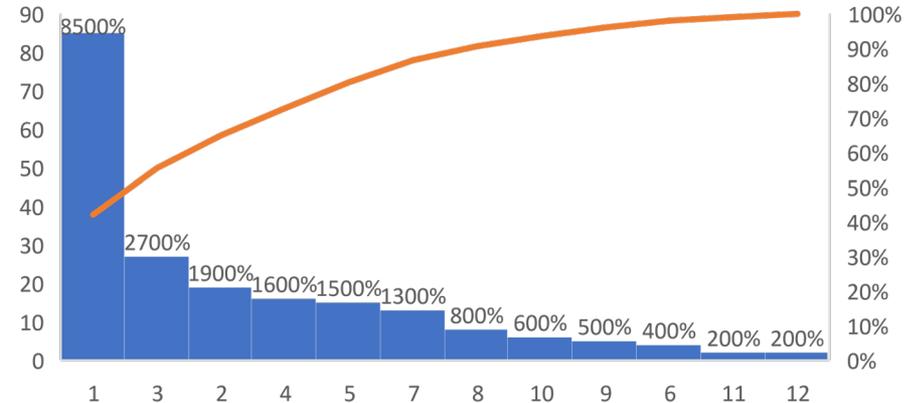
Cas des Perdu de vue



Devenu des cas sous ARV

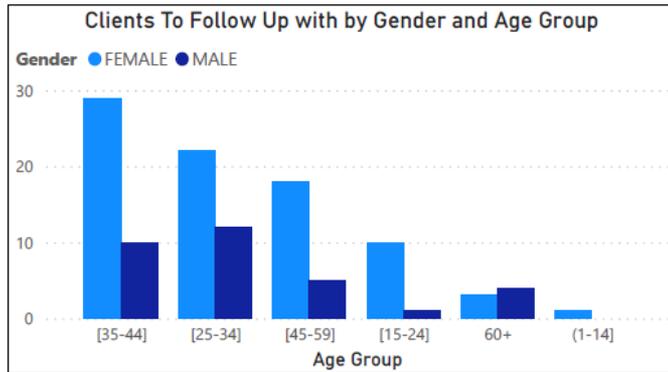
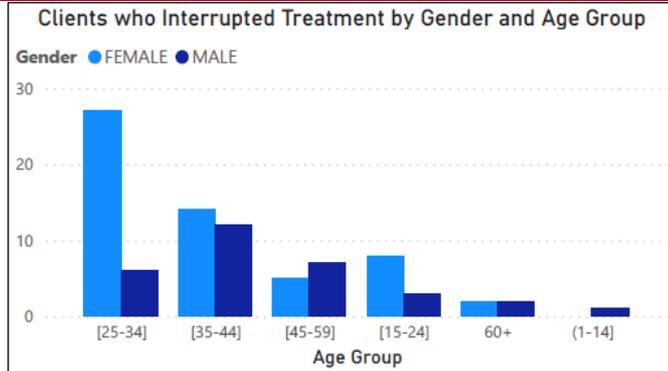


IIT, PDV et nombre d'années sous ARV



- Le fait de savoir quels formations sanitaires accueillent le plus grand nombre de clients peut guider le déploiement de ressources limitée
- Le fait de savoir quels formations sanitaires ont le plus grand nombre de clients dont le traitement a été interrompu :
 - **Établissements de santé C et E**
 - Permet d'identifier les formations sanitaires où des conseils renforcés pour l'observance peuvent être nécessaires
 - **Assurer le suivi avec (formations sanitaires E)**
 - Permet d'identifier les formations sanitaires qui pourraient utiliser un centre d'appel ou une plateforme SMS de rappel pour les clients
- Cela explique-t-il quelles sont les caractéristiques (âge, sexe, années de traitement, etc.) des clients qui sont associées à l'interruption de traitement ?
 - Non. Vous avez peut-être une idée, mais il faut enquêter sur ce point.
 - En d'autres termes, il faut procéder à une analyse descriptive des données pour comprendre pourquoi ou qu'est-ce qui peut contribuer à un taux élevé d'interruption du traitement ou de référence.

GROUPES CIBLES ET CONSIDÉRATIONS STRATÉGIQUES

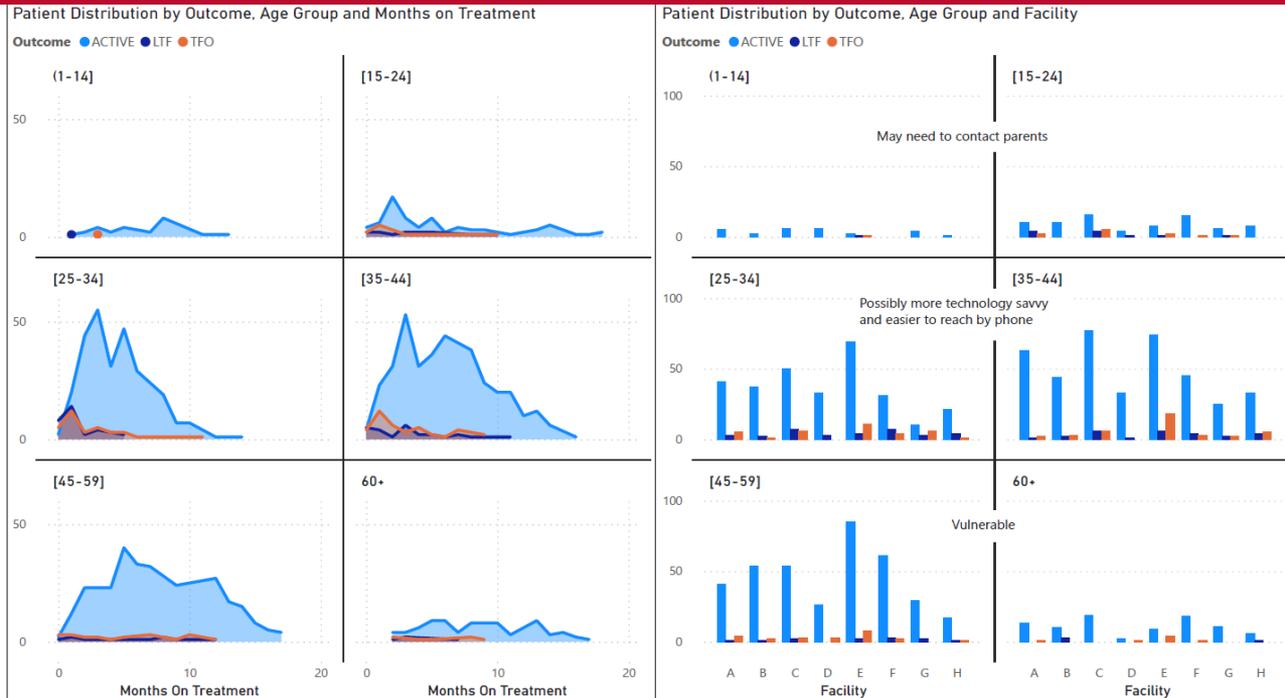


- Examinons quelques variables supplémentaires
 - Groupe d'âge et genre
 - Nous pouvons maintenant constater que la plupart des clients dont le traitement a été interrompu ou qui ont été référés sont des **femmes** âgées de **25 à 44 ans**.
 - Nous pouvons rappeler que les établissements de santé C et E ont enregistré le plus grand nombre d'interruption de traitement/référence.
 - Et que les interruptions de traitement/références se produisent le plus souvent chez les clients traités **depuis moins d'un an**.

Question : que se passe-t-il pour une personne âgée de 45 à 59 ans ?

- A) Supposons qu'elle présente le même profil d'interruption de traitement que les autres groupes.
 - B) Supposons que la probabilité d'une interruption de traitement est faible, comme l'indique l'analyse descriptive pour le groupe d'âge.
 - C) Continuer l'analyse à travers d'autres variables afin d'étudier l'interruption du traitement pour le groupe d'âge.
- Si nous ne disposons que de 4 **variables explicatives** ((sexe, âge, établissement et années de traitement), nous pouvons examiner les 3 autres variables.

ANALYSES APPROFONDIES



- L'analyse approfondie révèle que la durée du TAR n'a pas d'incidence sur l'interruption du traitement dans la tranche d'âge des 45-59 ans, mais que l'établissement de santé E semble être en quelque sorte à l'origine de l'interruption du traitement des clients dans la tranche d'âge de 45 à 59 ans.
- Mais comment suivre toutes ces variables (et d'autres) ?

Odds (Cotes) et Odds ratio (rapports de cotes)

- Appliquer aux régressions logistiques
- Odds = probabilité qu'un événement se produise / probabilité qu'un événement ne se produise pas
- Odds = (Interruption du traitement/Total) / (Actif/Total) = Interruption du traitement /Actif
- Odds ratio = cotes d'un groupe / cotes du groupe de référence

- Par exemple :

Location	Active	Interruption de traitement	Cotes	Rapports de cotes
X	4	1	$1/4 = 0.25$	$0.25/0.166 = 1.5$
Y (réf)	6	1	$1/6 = 0.166$	$0.166/0.166 = 1$ (ref)

Session questions et réponses

Cotes et rapports de cotes

Outcome	Active	IIT	OR (univariable)	OR (multivariable)	
Facility	E	246 (93.5)	17 (6.5)	-	-
	A	170 (92.4)	14 (7.6)	1.19 (0.56-2.48, p=0.640)	1.48 (0.68-3.22, p=0.319)
	B	150 (94.9)	8 (5.1)	0.77 (0.31-1.78, p=0.557)	0.99 (0.38-2.41, p=0.982)
	C	213 (91.0)	21 (9.0)	1.43 (0.73-2.81, p=0.295)	2.14 (1.06-4.40, p=0.035)
	D	92 (91.1)	9 (8.9)	1.42 (0.58-3.22, p=0.419)	1.80 (0.70-4.37, p=0.205)
	F	170 (95.0)	9 (5.0)	0.77 (0.32-1.72, p=0.530)	0.98 (0.39-2.31, p=0.963)
	G	83 (90.2)	9 (9.8)	1.57 (0.65-3.58, p=0.296)	2.43 (0.95-5.91, p=0.055)
	H	86 (87.8)	12 (12.2)	2.02 (0.91-4.37, p=0.077)	2.38 (1.01-5.45, p=0.042)
Gender	FEMALE	835 (93.0)	63 (7.0)	-	-
	MALE	375 (91.2)	36 (8.8)	1.27 (0.82-1.94, p=0.269)	1.45 (0.90-2.31, p=0.123)
AgeGroup	35-44	416 (92.7)	33 (7.3)	-	-
	1-14	26 (96.3)	1 (3.7)	0.48 (0.03-2.40, p=0.484)	0.38 (0.02-2.06, p=0.366)
	15-24	81 (89.0)	10 (11.0)	___ (0.70-3.18, p=0.245)	1.17 (0.51-2.49, p=0.700)
	25-34	260 (87.2)	38 (12.8)	1.84 (1.13-3.02, p=0.015)	1.37 (0.80-2.35, p=0.247)
	45-59	345 (96.6)	12 (3.4)	0.44 (0.21-0.84, p=0.017)	0.48 (0.23-0.94, p=0.040)
	60+	82 (94.3)	5 (5.7)	0.77 (0.26-1.86, p=0.595)	0.97 (0.32-2.45, p=0.956)
YearsOnTreatment	5+	731 (96.4)	27 (3.6)	-	-
	[0-1)	29 (63.0)	17 (37.0)	15.87 (7.73-32.30, p<0.001)	13.96 (6.52-29.71, p<0.001)
	[1-2)	78 (79.6)	20 (20.4)	6.94 (3.69-12.91, p<0.001)	6.20 (3.19-11.96, p<0.001)
	[2-3)	145 (90.6)	15 (9.4)	2.80 (1.42-5.33, p=0.002)	2.41 (1.20-4.69, p=0.011)
	[3-5)	227 (91.9)	20 (8.1)	2.39 (1.30-4.32, p=0.004)	2.07 (1.11-3.81, p=0.020)

Rapport de cotes pour formation sanitaire A
 $= (14/170)/(17/246) = 1.19$

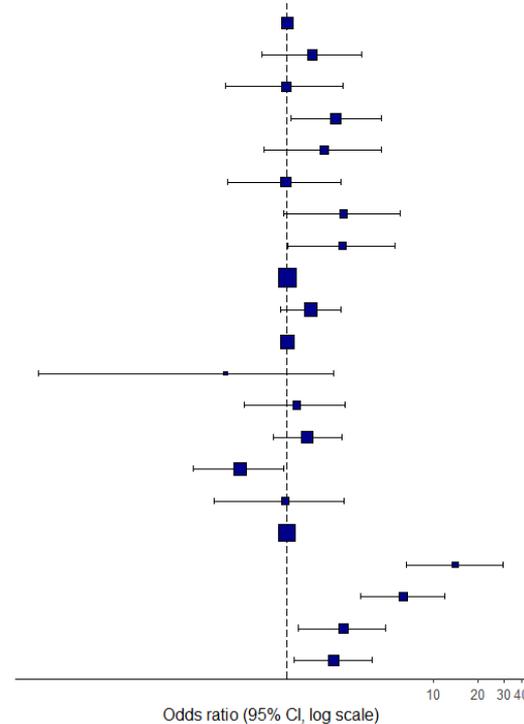
Question : quel est le rapport de cotes non ajusté /non variable pour la tranche d'âge 15-24 ans (en utilisant la tranche d'âge des 35-44 ans comme groupe de référence) ?

- A) 0.98
- B) 1.32
- C) 1.56
- D) 2.43

Résultats de l'analyse des données - Facteurs associés à l'interruption du traitement

Outcome: OR (95% CI, p-value)

Facility	E	-
	A	1.48 (0.68-3.22, p=0.319)
	B	0.99 (0.38-2.41, p=0.982)
	C	2.14 (1.06-4.40, p=0.035)
	D	1.80 (0.70-4.37, p=0.205)
	F	0.98 (0.39-2.31, p=0.963)
	G	2.43 (0.95-5.91, p=0.055)
	H	2.38 (1.01-5.45, p=0.042)
Gender	FEMALE	-
	MALE	1.45 (0.90-2.31, p=0.123)
AgeGroup	35-44	-
	1-14	0.38 (0.02-2.06, p=0.366)
	15-24	1.17 (0.51-2.49, p=0.700)
	25-34	1.37 (0.80-2.35, p=0.247)
	45-59	0.48 (0.23-0.94, p=0.040)
	60+	0.97 (0.32-2.45, p=0.956)
YearsOnTreatment	5+	-
	[0-1)	13.96 (6.52-29.71, p<0.001)
	[1-2)	6.20 (3.19-11.96, p<0.001)
	[2-3)	2.41 (1.20-4.69, p=0.011)
	[3-5)	2.07 (1.11-3.81, p=0.020)



Langage de programmation

Peut prendre en compte un nombre pratiquement infini de variables explicatives et d'observations (nombre de patients) à condition de disposer de ressources informatiques suffisantes.

Les rapports de cotes rendent un modèle pratiquement utilisable sans infrastructure informatique intensive. Dans la plupart des cas, ce sont les conseillers qui sont limités, et non le manque de clients que nous pouvons référer vers le conseil renforcé pour l'observance. Par conséquent, pourquoi investir dans l'effort de dépistage alors que nous pouvons facilement nous concentrer sur les clients très susceptibles d'interrompre le traitement ?

Transformer les résultats en action

Supposons que notre solution pour l'interruption du traitement soit le conseil renforcé pour l'observance

Score	0	1	2	3
Genre	Femme	Homme		
Tranche d'âge	1-14, 35-44, 45+	15-34		
Nombre d'années sous traitement	5+	2+	1-2	0-1

Score agrégé (risqué d'interruption de traitement)

0-2	3-4	5
-----	-----	---

Question : vous ne pouvez conseiller qu'une seule personne, qui serait cette personne ?

- A : femme, 45+, 1 à 2 ans sous traitement ?
- B : femme, 15-34 ans, 0-1 an sous traitement ?
- C : homme, 15-34 ans, 0-1 an sous traitement ?

Session questions et réponses

Conclusions et recommandations

- L'étude de cas ici présente une approche très simple de l'analyse multivariable qui peut constituer un point de départ approximatif.
- Cet étude de cas vise à fournir une certaine abstraction au profit de l'application d'analyses avancées pour la prise de décision et l'action basées sur les données.
- La modélisation (apprentissage automatique) prendra du temps pour être étudiée correctement et produire le meilleur modèle.
- Des analystes et des scientifiques spécialisés dans les données sont indispensables pour tirer le meilleur parti de l'analyse avancée.

Questions ?

Cette publication a été rendue possible grâce au soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et du Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR). Son contenu relève de la seule responsabilité d'IntraHealth International et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

ASAPI II

ACCELERATING SUPPORT TO ADVANCED LOCAL PARTNERS II



MERCI POUR VOTRE ATTENTION!

ASAPII

ACCELERATING SUPPORT TO ADVANCED LOCAL PARTNERS II



Cette publication a été rendue possible grâce au soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et du Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR). Son contenu relève de la seule responsabilité d'IntraHealth International et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE