

# Mettre à l'échelle

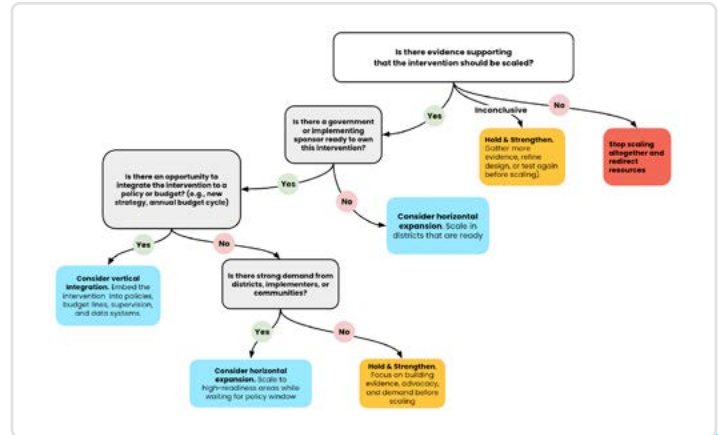
**Bienvenue dans le chapitre consacré à la phase “Mettre à l'échelle” !**

Cette phase explore comment une intervention testée peut s'appuyer sur les enseignements tirés, tout en planifiant son expansion, que ce soit pour atteindre une population plus large, s'adapter à de nouvelles régions ou être intégrée dans des politiques et des systèmes.

L'objectif de la mise à l'échelle d'une intervention est simple : étendre sa portée et l'adapter à de nouveaux contextes sans en perdre l'efficacité. Cela implique d'identifier les éléments essentiels qui déterminent l'efficacité de l'intervention, de mettre en place les infrastructures nécessaires et de mobiliser les ressources indispensables à une mise en œuvre durable.

### Les activités clés de cette phase comprennent :

- Décider s'il convient d'étendre l'intervention horizontalement (dans de nouvelles zones géographiques ou auprès de nouveaux groupes) et/ou verticalement (en l'intégrant dans les politiques et les systèmes) à l'aide d'un **Arbre décisionnel de mise à l'échelle**.
- Réaliser une **Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle** afin d'évaluer si l'intervention est prête à être étendue.
- Préparer un **Plan de mise à l'échelle** détaillant les étapes, les rôles, les responsabilités et les aspects financiers de la mise à l'échelle.



Scale Decision Tree

### Scale Readiness Checklist

To test whether the chosen scaling pathway (horizontal or vertical) is feasible and resilient under real-world conditions. This checklist integrates lessons from John List's Village Effect, the CORRECT attributes from WHO/ExpandNet, and real-world "stress test" considerations.

Attribute	Readiness (Y/N/Unknown)	Notes / Actions
<b>Credibility</b> (Do pilots having partners? Will they be credible or endorsement have negative credibility, even if unclear, to ensure that impact being but designed for change or other reasons considered)		
<b>Observability</b> (Is the results visible and easy to see? Important for example, can you produce, train or use video?)		
<b>Believability</b> (Does the government believe a real and pressing problem for the targeted population, rather than an emergency or an already solved?)		
<b>Equity</b> (In order to reach groups directly, will this phase allow you access to other?)		
<b>Relative advantage</b> (Does the intervention, in its own right, address existing conditions, both benefits that outweigh costs?)		
<b>Ease of adoption</b> (Can the intervention be adopted, modified and used without unnecessary complexity?)		
<b>Compatibility</b> (Is aligned with local values, norms, systems, and existing programmes so that adoption feels relevant and natural?)		
<b>Testability</b> (Can the intervention be tested in new locations or contexts on a pilot area under similar resource constraints, before being scaled?)		
<b>Feasibility</b> (Can the chosen scaling pathway be implemented, influenced by multiple staff with top of budgets, skills, and trust?)		
<b>Affordability &amp; scalability of inputs</b> (Can you scale inputs, management of scale or do external support (donor funding) become a constraint?)		
<b>Systems fit</b> (Can budget lines, staff, training, supervision, workflow systems, in place in current capacity of scale?)		
<b>Ownership</b> (Does a government and/or wealthy partner committed to scaling and sustainability the intervention?)		
<b>Risks &amp; unintended effects</b> (What could go wrong, benefits or risks negative outcomes of scale, and what mitigation are needed?)		
<b>Definition of success</b> (In the customer journey and data systems (what) what would make you confident the intervention is truly ready to scale?)		

Scale Readiness Checklist

### Horizontal Scaling Plan

Use this canvas to plan how the pilot intervention will be adapted for horizontal scale, identifying who to reach, likely barriers, and contextual adjustments.

	Pilot intervention	Horizontal adaptation
<b>Who</b> (Who are the main or intended and the primary users of the intervention? Who else may be impacted?)		
<b>Potential new barriers (using COM-B)</b> (What contextual opportunities, constraints, and resources were addressed in the pilot that may not be available in other contexts? What barriers may appear in other contexts?)		
<b>Location</b> (Where are the pilot being scaled and under what conditions? Where will expansion occur and what contextual factors need to be considered?)		
<b>Horizontal scale plan</b>		
<b>Dissemination &amp; advocacy</b> (How will you reach the target audience? Who will be responsible for communication? Do they require, have they, and will they be subject to the audience?)		
<b>Costs &amp; resources</b> (What are the costs of the intervention? What resources (staff, training, equipment, etc.) are needed to implement, and are these resources available or easy to mobilize?)		
<b>Monitoring &amp; evaluation</b> (How will you monitor and evaluate the intervention? What are the key metrics and how will you collect and analyze data?)		

Scale Plan

# Pourquoi mettre en œuvre la mise à l'échelle ?

Sans planification rigoureuse, même les interventions les plus prometteuses peuvent stagner, échouer ou entraîner des effets négatifs lorsqu'elles sont diffusées trop largement ou trop rapidement. Cette section montre pourquoi la mise à l'échelle est cruciale, les risques d'une diffusion sans adaptation, les défis liés à la durabilité et à l'intégration dans les systèmes, ainsi que le potentiel lorsque la mise à l'échelle est bien réalisée.

## L'importance de la mise à l'échelle

Pour l'UNICEF, la mise à l'échelle consiste à garantir délibérément que des solutions éprouvées bénéficient aux enfants et aux communautés à l'échelle de la population, et non uniquement dans les sites pilotes. Comme les projets pilotes fonctionnent souvent dans des conditions particulières qui ne sont pas toujours présentes à grande échelle, la mise à l'échelle n'est pas une simple réplication : c'est un processus guidé et stratégique, qui nécessite une planification systématique et une attention particulière à la capacité institutionnelle et à la durabilité.

Le partage fait partie intégrante de ce processus. La diffusion intentionnelle des insights, des données probantes et des apprentissages permet à d'autres communautés, partenaires ou décideurs de les adopter, de les adapter et d'en multiplier l'impact dans leur propre contexte. Ce processus permet aux enseignants de transformer la pratique et les politiques, même lorsque la réplication complète d'une intervention n'est pas possible.

Cependant, l'efficacité démontrée lors de la phase pilote ne garantit pas le succès à grande échelle. Il est nécessaire d'examiner plusieurs facteurs :

- **Faisabilité** : l'intervention est-elle abordable et peut-elle être intégrée aux processus de routine ?
- **Stratégie** : l'intervention apporte-t-elle une valeur claire aux parties prenantes clés, comme le gouvernement ?

- **Adaptabilité** : l'intervention est-elle suffisamment flexible pour s'intégrer aux politiques et aux structures organisationnelles ?
- **Acceptabilité** : l'intervention est-elle reconnue, adoptée et bien perçue par la population cible ?

Même lorsque ces critères sont remplis, d'autres facteurs demeurent déterminants pour le succès à grande échelle, notamment : l'appropriation et l'expertise des équipes de mise en œuvre, la capacité de prestation, l'engagement politique, les modèles de financement et les opportunités d'intégration dans les politiques publiques.

Idéalement, la mise à l'échelle devrait être envisagée dès le début du processus DEPTHS, afin de concevoir des interventions adaptées aux systèmes réels et à leurs adaptations futures. Toutefois, il est tout aussi essentiel de résister à la pression de mettre à l'échelle trop tôt, avant que la faisabilité et l'efficacité de l'intervention ne soient confirmées. La mise à l'échelle dépend autant des systèmes, des relations et du contexte politique que des preuves de résultats. Reconnaître dès le départ les facteurs liés à l'intervention et ceux extérieurs à l'intervention qui influencent la scalabilité augmente la probabilité que les innovations dépassent le stade pilote pour devenir des solutions durables et institutionnalisées.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> World Health Organization (2010). Nine steps for developing a scaling-up strategy. Geneva: World Health Organization. Available at: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319_eng.pdf?sequence=1) [Accessed 26 Aug. 2025].

## 1. Les risques d'une mise à l'échelle sans adaptation ni soutien

Toutes les idées qui réussissent en contexte pilote ne produisent pas nécessairement le même impact ailleurs si les différences de contexte, de systèmes ou de capacités de mise en œuvre sont ignorées. La mise à l'échelle nécessite à la fois une adaptation à de nouveaux environnements (**mise à l'échelle horizontale**) et un soutien dans les systèmes existants (**mise à l'échelle verticale**).

### Mise à l'échelle horizontale – ignorer les différences contextuelles

Le Community-Led Total Sanitation (CLTS) est une approche qui mobilise des communautés entières pour mettre fin à la défécation à l'air libre grâce à l'action collective, la pression sociale et la fierté locale — plutôt qu'au moyen de subventions ou de mesures répressives externes. Ce modèle s'est révélé très efficace au Bangladesh, où une forte cohésion communautaire a favorisé un changement de comportement rapide et l'adoption massive de latrines familiales.

Inspirés par ce succès, des gouvernements et des partenaires ont mis à l'échelle le CLTS en Afrique et en Asie. Pourtant, les résultats ont varié lorsqu'il a été introduit dans des contextes caractérisés par une cohésion sociale plus faible, un accès limité aux matériaux ou une facilitation moins intensive. Par exemple, de grandes évaluations d'impact menées au Mali<sup>2</sup> et en Indonésie<sup>3</sup> ont montré que les progrès en matière d'assainissement étaient limités ou diminuaient avec le temps lorsque les conditions favorables locales — telles que la motivation collective et le suivi — étaient insuffisantes. Cet exemple montre que lorsque des modèles communautaires sont mis à l'échelle sans adaptation aux dynamiques sociales et aux ressources locales, leur succès initial peut rapidement s'estomper.

### Mise à l'échelle verticale – négliger le soutien des systèmes

Un exemple provient du traitement du paludisme : les thérapies à base d'artémisinine, adoptées au début des années 2000, ont révolutionné les soins. Cependant, la mise à l'échelle rapide sans systèmes réglementaires solides a permis la circulation de médicaments de qualité inférieure ou contrefaits, favorisant la résistance aux traitements à base d'artémisinine et menaçant les progrès mondiaux.<sup>4,5</sup> Cet exemple montre que mettre à l'échelle des innovations biomédicales sans investir dans l'assurance qualité, la régulation et la responsabilité institutionnelle peut compromettre les résultats sanitaires et la confiance du public.

Les programmes de changement social et comportemental (CSC) font souvent face à des défis similaires. Par exemple, les agents de santé communautaires ont joué un rôle essentiel dans l'augmentation de la demande de vaccination infantile au Népal, au Sénégal et en Zambie, grâce à leur sensibilisation en face à face. Pourtant, lorsque plusieurs de ces programmes ont été mis à l'échelle sans investissements soutenus dans la formation continue, la supervision et/ou des adaptations spécifiques aux pays, leur impact a diminué — démontrant que la mise à l'échelle durable nécessite des systèmes de soutien résilients et adaptés au contexte, et non une simple réplique.<sup>6</sup>

Mettre à l'échelle une intervention sans l'intégrer dans des systèmes de financement, de maintenance et de

2 Pickering, A. J., Djebbari, H., Lopez, C., Coulibaly, M., & Alzua, M. L. (2015). Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*, 3(11), e701–e711. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00144-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00144-8)

3 Cameron, L., Olivia, S., & Shah, M. (2019). Scaling up sanitation: Evidence from an RCT in Indonesia. *Journal of Development Economics*, 138, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2018.12.001>

4 Karunamoorthi K. The counterfeit anti-malarial is a crime against humanity: a systematic review of the scientific evidence. *Malar J*. 2014 Jun 2;13:209. doi: 10.1186/1475-2875-13-209. PMID: 24888370; PMCID: PMC4064812.

5 Newton PN, McGready R, Fernandez F, Green MD, Sunjio M, Bruneton C, et al. (2006) Manslaughter by Fake Artesunate in Asia—Will Africa Be Next? *PLoS Med* 3(6): e197. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030197>

6 Ogutu, E. A., Ellis, A. S., Hester, K. A., Rodriguez, K., Sakas, Z., Jaishwal, C., Yang, C., Dixit, S., Bose, A. S., Sarr, M., Kilembe, W., Bednarczyk, R., & Freeman, M. C. (2024). Success in vaccination programming through community health workers: a qualitative analysis of interviews and focus group discussions from Nepal, Senegal and Zambia. *BMJ open*, 14(4), e079358. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079358>

redevabilité peut produire un impact à court terme, mais n'assure pas la durabilité à long terme. Le succès à grande échelle ne repose jamais uniquement sur la réplique ; il exige une adaptation au contexte, des investissements dans

les systèmes de mise en œuvre, et une intégration dans des structures capables de maintenir les résultats dans le temps.

## 2. Pourquoi le partage est une composante essentielle de la mise à l'échelle

Le partage permet à d'autres d'adopter et d'adapter les solutions de manière à approfondir les insights, même lorsque la réplique à grande échelle est difficile ou impossible.

La chloration de l'eau, reconnue comme l'une des méthodes les plus efficaces pour sécuriser l'eau potable, en est un autre exemple. Lorsqu'elle a été testée pilote au début des années 2000, via la distribution de petits sachets de chlore pour un usage domestique, les premiers résultats étaient encourageants : les maladies diarrhéiques ont diminué, les ménages déclaraient moins de maladies chez les enfants, et beaucoup appréciaient la commodité d'une solution à domicile.

Cependant, lorsque ces programmes ont tenté une mise à l'échelle rapide, l'adoption a stagné. Une revue systématique des interventions de chloration au point d'utilisation a montré que les taux d'adoption se situaient généralement autour de 47 %, avec une forte baisse au fil du temps, et une amélioration seulement lorsque les ménages interagissaient fréquemment avec des agents de santé.<sup>7</sup> Le goût de l'eau chlorée rebutait

certaines familles, les habitudes de stockage de l'eau étaient profondément ancrées, et l'utilisation régulière nécessitait des changements de comportement difficiles à soutenir dans la vie quotidienne. Des barrières de coût et de faiblesse des systèmes de distribution ont également compromis son utilisation durable.

Toutefois, les données issues de ces pilotes ont été précieuses. Les ONG et les gouvernements ont partagé leurs résultats largement, non seulement sur le produit lui-même, mais aussi sur les barrières comportementales rencontrées par les ménages. Ces insights ont fait évoluer les stratégies au-delà des sachets vers un éventail plus large de solutions adaptées aux besoins des communautés et aux comportements : chloration en vrac aux points d'eau communautaires, intégration de messages sur l'eau potable dans les visites des agents de santé, et traitement à l'échelle des systèmes dans les usines municipales.<sup>8</sup> En partageant à la fois les données probantes comportementales et les leçons techniques, les pilotes ont déclenché des innovations qui ont finalement atteint un plus grand nombre de foyers.

## 3. Quand la mise à l'échelle est réussie

Une mise à l'échelle menée avec succès peut transformer la santé publique. L'exemple le plus marquant est l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite. Au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, la polio était l'une des maladies les plus redoutées au monde, paralysant des centaines de milliers d'enfants chaque année. Les premiers vaccins se sont révélés très efficaces dans des essais de petite envergure, mais le succès à l'échelle de la population nécessitait bien plus que le

produit lui-même : il exigeait des systèmes coordonnés, des partenariats mondiaux et la confiance des communautés.

La mise à l'échelle de la vaccination contre la polio s'est faite sur deux volets. Sur le plan des systèmes, l'OMS, l'UNICEF, les gouvernements et les partenaires ont développé d'immenses plateformes de prestation, allant de la chaîne du froid et des campagnes de vaccination de masse aux réseaux de surveillance capables de détecter et de répondre rapidement aux épidémies.

7 Crider, Yoshika & Tsuchiya, Miki & Mukundwa, Magnifique & Ray, Isha & Pickering, Amy. (2023). Adoption of Point-of-Use Chlorination for Household Drinking Water Treatment: A Systematic Review. *Environmental Health Perspectives*. 131. 10.1289/EHP10839.

8 Crider, Yoshika & Tsuchiya, Miki & Mukundwa, Magnifique & Ray, Isha & Pickering, Amy. (2023). Adoption de la chloration au point d'utilisation pour le traitement de l'eau potable domestique : une revue systématique. *Perspectives en matière de santé environnementale*. 131. 10.1289/EHP10839.

Sur le plan comportemental, des agents de santé de confiance et des leaders communautaires ont mené des activités porte-à-porte, répondant aux peurs, à la désinformation et à la résistance. Dans de nombreux contextes, le plaidoyer constant de leaders religieux et de champions locaux a été essentiel pour obtenir l'adhésion.

Les résultats sont historiques : les cas de polio ont chuté de plus de 99 % depuis 1988, et la maladie est aujourd'hui proche de l'éradication. Ce succès n'avait rien d'automatique : il est le fruit de l'association d'outils fondés sur des données probantes, de l'intégration délibérée dans les systèmes, d'un engagement politique fort et de stratégies comportementales favorisant l'adhésion.

# Comment mettre à l'échelle ?

Tout comme la conception et le test d'interventions nécessitent des méthodes structurées, leur mise à l'échelle requiert des stratégies et des outils dédiés. Ce chapitre s'appuie sur les [neuf étapes pour l'élaboration d'une stratégie de mise à l'échelle définies par ExpandNet/OMS \(2010\)](#). Le cadre a été adapté afin de soutenir les interventions comportementales.

Chaque étape du processus est présentée ci-dessous, accompagnée d'une liste d'outils pratiques pour en faciliter la mise en œuvre.

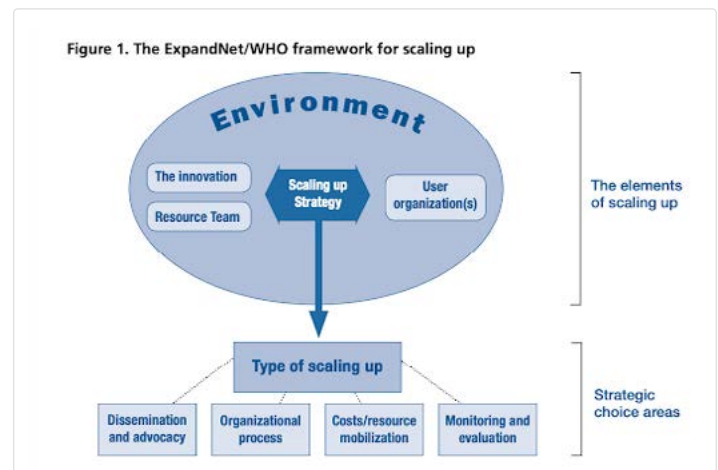
TABLEAU 1. SYNTHÈSE DE LA PHASE DE MISE À L'ÉCHELLE

ÉTAPES	OUTILS
<p><b>Étape préliminaire :</b> Avant de passer à la phase Mise à l'échelle, revisiter les produits / résultats immédiats (Outputs) de la phase <i>Tester les hypothèses</i> afin de s'assurer que les enseignements tirés sont pris en compte.</p>	<p><a href="#">Routine de la mise en œuvre</a></p> <p><a href="#">Cadre FRAME-IS adapté</a></p> <p><a href="#">Plan de communication</a></p> <p><a href="#">Analyse coûts-bénéfices (ACB)</a></p>
<p><b>Choisir la voie à suivre :</b> Choisir l'approche (horizontale, verticale ou les deux) et évaluer la préparation de l'intervention à la mise à l'échelle.</p>	<p><a href="#">Arbre décisionnel de mise à l'échelle</a></p> <p><a href="#">Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle</a></p>
<p><b>Renforcer le soutien :</b> Assurer l'appropriation de l'intervention et aligner les systèmes, rôles et responsabilités entre acteurs et parties prenantes.</p>	<p><a href="#">Matrice d'appui des parties prenantes</a></p>
<p><b>Planifier la mise à l'échelle :</b> Élaborer un plan en fonction de l'approche choisie à l'étape 1.</p>	<p><a href="#">Plan de mise à l'échelle horizontale</a></p> <p><a href="#">Plan de mise à l'échelle verticale</a></p>

## Pièges fréquents

Tout au long de la phase de mise à l'échelle, gardez en tête les difficultés potentielles suivantes :

- ➔ **Faible engagement des parties prenantes.** La mise à l'échelle nécessite un soutien fort des gouvernements, des partenaires et des équipes qui assurent la mise en œuvre de l'intervention. Construire des coalitions, aligner les incitations et négocier les rôles en amont peut réduire le risque d'échec. L'utilisation d'outils tels que la Matrice d'appui des parties prenantes peut faciliter cet alignement.
- ➔ **Sous-estimation des coûts et des ressources nécessaires.** La mise à l'échelle demande souvent plus de ressources que prévu. Chercher à servir plus de communautés exige du temps et des efforts supplémentaires, et au-delà de la phase pilote, les ressources humaines et financières ne sont souvent pas budgétisées. Si les coûts sont sous-estimés, les programmes ne peuvent pas être durables, compromettant leur mise en œuvre dans le temps.



- **Complexité croissante et financement à court terme.** À mesure que les interventions sont mises à l'échelle, des outils, des formations ou des technologies supplémentaires sont souvent ajoutés — en particulier lorsque de nouveaux partenaires ou bailleurs imposent leurs propres priorités. Cela peut rendre les programmes plus difficiles à délivrer pour les équipes et plus lourds à gérer pour les systèmes. Beaucoup d'efforts de mise à l'échelle reposent sur des financements temporaires ou des dons liés à des projets spécifiques ; lorsque ces financements cessent, les programmes se réduisent ou s'arrêtent, même lorsqu'ils fonctionnent. Cela se produit malheureusement lorsque les mécanismes de financement à long terme et les budgets gouvernementaux ne sont pas intégrés dès le départ.

# Le cas de l'augmentation de la couverture vaccinale des enfants au Liban

Dans le chapitre précédent, Tester les hypothèses, l'équipe du projet a réalisé un essai contrôlé randomisé (ECR) sur la carte-rappel et a constaté qu'elle augmentait la vaccination de 6,7 points de pourcentage par rapport au groupe de comparaison. Bien que les preuves d'efficacité soient claires, l'équipe devait encore confirmer que l'intervention était réellement prête pour la mise à l'échelle.

Le Ministère de la Santé Publique (MoPH), partenaire clé, était prêt à soutenir l'intervention, et une forte demande provenait d'autres districts qui n'étaient pas inclus dans le pilote. Ces éléments ont conduit à une approche duale de mise à l'échelle : expansion horizontale (mise à l'échelle dans de nouvelles régions) et intégration verticale (intégration de la carte-rappel dans les systèmes de santé nationaux du MoPH). Bien que les résultats de l'évaluation soient prometteurs, l'équipe était consciente qu'une telle mise à l'échelle nécessiterait bien plus que des preuves d'efficacité.

Pour réduire les risques lors de la mise à l'échelle, l'équipe a utilisé une Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle, composée de bonnes pratiques et d'indicateurs à examiner avant de passer à l'expansion. Cet exercice lui a permis d'identifier plusieurs points clés. Par exemple, les résultats de l'ECR et l'analyse par sous-groupes ont renforcé la crédibilité de l'intervention, en montrant que l'approche pouvait améliorer l'équité en bénéficiant aux familles à faible revenu et réfugiées, à un coût inférieur à celui des pratiques existantes. Toutefois, un risque majeur a été identifié : l'alignement avec les systèmes n'était que partiel. Bien que faciles à utiliser, les cartes-rappel n'étaient pas encore intégrées dans les processus habituels de gestion des achats et des chaînes d'approvisionnement, ce qui risquait de provoquer des ruptures de stock à grande échelle.

Pour atténuer ce risque, l'équipe est retournée à la Carte des parties prenantes, élaborée lors de la phase Définir, et y a ajouté de nouveaux acteurs essentiels au succès de la mise à l'échelle. À partir de cette liste actualisée, elle a planifié l'approche d'engagement, cartographié les intérêts et déterminé ce que chaque acteur devait savoir et faire afin de soutenir l'intervention. Par exemple, le

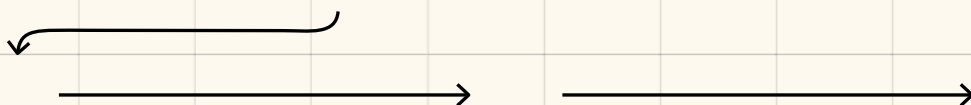
Ministère de la Santé Publique (MoPH) avait besoin de données d'analyse coûts-bénéfices (ACB) pour approuver une ligne budgétaire, tandis que les superviseurs des centres de santé nécessitent des supports de formation simples, et les bailleurs, quant à eux, devaient disposer de preuves d'une stratégie de sortie durable.

L'équipe a également veillé à ce que les bailleurs financent le gouvernement durant la phase de transition, jusqu'à ce que les systèmes soient prêts à intégrer la carte-rappel dans les chaînes d'approvisionnement routinières liées à la politique de vaccination.

Enfin, l'équipe a préparé des plans à la fois pour l'expansion géographique et démographique (mise à l'échelle horizontale) et pour l'intégration dans les systèmes du MoPH (mise à l'échelle verticale). Le Plan de mise à l'échelle horizontale détaillait un déploiement progressif dans trois nouvelles régions, en s'appuyant sur les chaînes d'approvisionnement vaccinales existantes pour la distribution, tout en utilisant un tableau de bord simple afin de suivre la fidélité, l'équité et l'efficacité. En parallèle, le Plan de mise à l'échelle verticale décrivait les étapes d'institutionnalisation : le MoPH publierait une circulaire (document officiel formalisant l'intégration de l'intervention dans les services de santé), un budget permanent serait alloué à l'impression, et la carte-rappel serait incluse dans les formulaires officiels de commande ainsi que dans les modules de formation.

En décidant de manière systématique de la voie à suivre, en vérifiant la préparation, en renforçant l'adhésion et en élaborant des plans détaillés, l'équipe a pu mettre stratégiquement l'intervention à l'échelle, élargissant son impact tout en l'intégrant dans les systèmes capables de la maintenir pendant de nombreuses années.

***\*Remarque:** Bien qu'il s'agisse d'un projet réel ayant suivi un processus très proche de DEPTHS, certains outils du kit n'ont pas été appliqués lors de la mise en œuvre. Dans ces cas, nous avons rétrospectivement appliqué les outils en utilisant les données réelles du projet afin d'illustrer à quoi ils auraient pu ressembler s'ils avaient été utilisés à l'époque.*

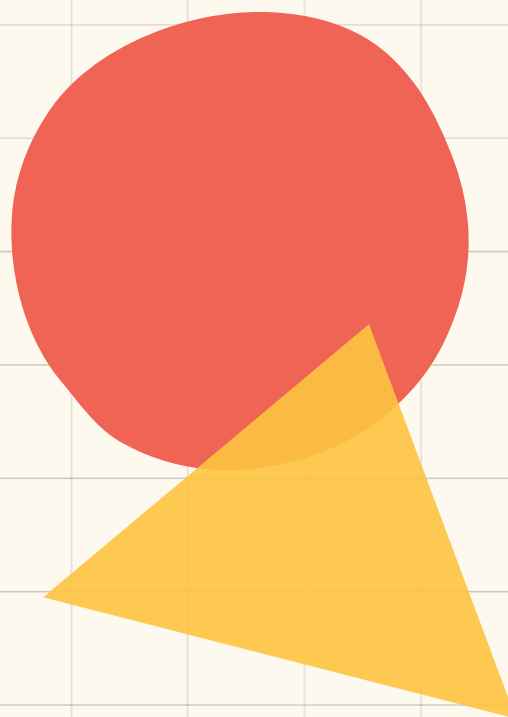


## ÉTAPE 1 :

# Décider de la voie

### Outils associés :

- [Arbre décisionnel de mise à l'échelle](#)
- [Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle](#)



### Objectif de cette étape :

Ici, l'accent est mis sur deux tâches clés :

#### 1. Choisir la voie à suivre pour la mise à l'échelle.

Utilisez l'**Arbre décisionnel de mise à l'échelle** pour réfléchir à l'approche la plus appropriée pour l'intervention, parmi les options suivantes :

- Mise à l'échelle horizontale, où l'intervention est étendue à de nouvelles zones géographiques et/ou à de nouveaux groupes.
- Mise à l'échelle verticale, où l'intervention est intégrée dans les politiques, les budgets et les systèmes existants.

Si la demande politique et communautaire est faible, si les données probantes sont insuffisantes, ou si les résultats ne démontrent pas une valeur claire ou une faisabilité, il faut arrêter le processus de mise à l'échelle et renforcer l'intervention.

- #### 2. Vérifier l'état de préparation.
- Une fois que le type d'approche a été décidé, utilisez la Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle pour examiner si l'intervention est susceptible de rester efficace lorsqu'elle sera appliquée à plus grande échelle et dans des conditions de systèmes routiniers.

## Pourquoi cette étape est importante ?

Se lancer dans la mise à l'échelle sans réfléchir d'abord à l'approche la plus adaptée peut entraîner les équipes dans la mauvaise direction et gaspiller du temps et des ressources.

En plus de résultats d'évaluation d'impact positifs, d'autres facteurs constituent de forts prédictors de réussite, notamment : le financement, la capacité de mise en œuvre, et le soutien politique. Par exemple, une équipe mobile de vaccination peut réussir dans une ville, mais rencontrer des difficultés dans des zones éloignées si les coûts de carburant sont élevés ou si le personnel n'est pas en mesure de se déplacer régulièrement.

## Comment procéder :

### 1. Réfléchir à la meilleure voie de mise à l'échelle

- a. La première étape consiste à déterminer si la mise à l'échelle de l'intervention en vaut la peine et, si oui, si une voie horizontale ou verticale est la plus appropriée. Les deux peuvent être souhaitables au fil du temps, mais identifier une priorité dès le départ permet de concentrer les efforts là où l'impact sera le plus fort.

- **La mise à l'échelle horizontale** consiste à étendre une intervention à de nouveaux lieux ou groupes, tout en s'assurant qu'elle est adaptée aux conditions locales et qu'elle conserve les éléments comportementaux essentiels qui déterminent son impact. Cette approche peut également être appelée expansion ou réplique.
- **La mise à l'échelle verticale** renvoie à l'intégration d'une intervention dans des systèmes de niveau supérieur — tels que des politiques, des réglementations ou des cadres institutionnels — afin d'assurer son adoption formelle et son soutien à grande échelle. Par exemple, une intervention qui améliore la prestation de services peut être inscrite dans des directives nationales ou intégrée dans les budgets publics afin de perdurer sans soutien externe. La mise à l'échelle verticale dépend généralement du leadership

gouvernemental et d'un engagement à long terme, ainsi que d'un financement stable et d'un alignement politique.

La plupart des équipes ont déjà une idée de la voie qu'elles souhaitent poursuivre. **L'Arbre décisionnel de mise à l'échelle** permet de tester cette orientation préliminaire en posant des questions claires sur les données probantes, l'engagement gouvernemental, les opportunités politiques et la demande des utilisateurs.

- b. Pour commencer, il est nécessaire de revoir les résultats de la phase Tester les hypothèses. La mise à l'échelle ne doit être envisagée que lorsque l'évaluation montre que l'intervention a un impact positif significatif sur les résultats identifiés dans la Théorie du changement (ToC) élaborée lors de la phase Prototyper. Trois critères sont nécessaires pour déterminer si les données probantes justifient la mise à l'échelle d'une intervention :
- **Efficacité** : Les données de la phase Tester les hypothèses doivent démontrer une amélioration mesurable du comportement ciblé par l'intervention. Cette efficacité peut être démontrée par différents types de données probantes : dans certains cas, des essais rigoureux tels que les essais contrôlés randomisés (ECR) ou des quasi-

expériences fournissent des résultats statistiquement significatifs ; dans d'autres, des données observationnelles solides montrent des tendances cohérentes dans différents sites, ou des données de suivi à grande échelle révèlent des améliorations de la couverture et de la demande.

L'efficacité peut également être établie lorsque différentes sources de données convergent vers un impact significatif, ou lorsque les résultats sont jugés « suffisamment bons » pour justifier une adoption à grande échelle compte tenu du coût, de la faisabilité et de la demande. Par exemple, un rappel par SMS destiné à promouvoir l'utilisation de contraceptifs a été testé dans plusieurs cliniques et a systématiquement amélioré l'adhésion, avec des résultats constants dans différents contextes et non pas uniquement dans une seule structure.

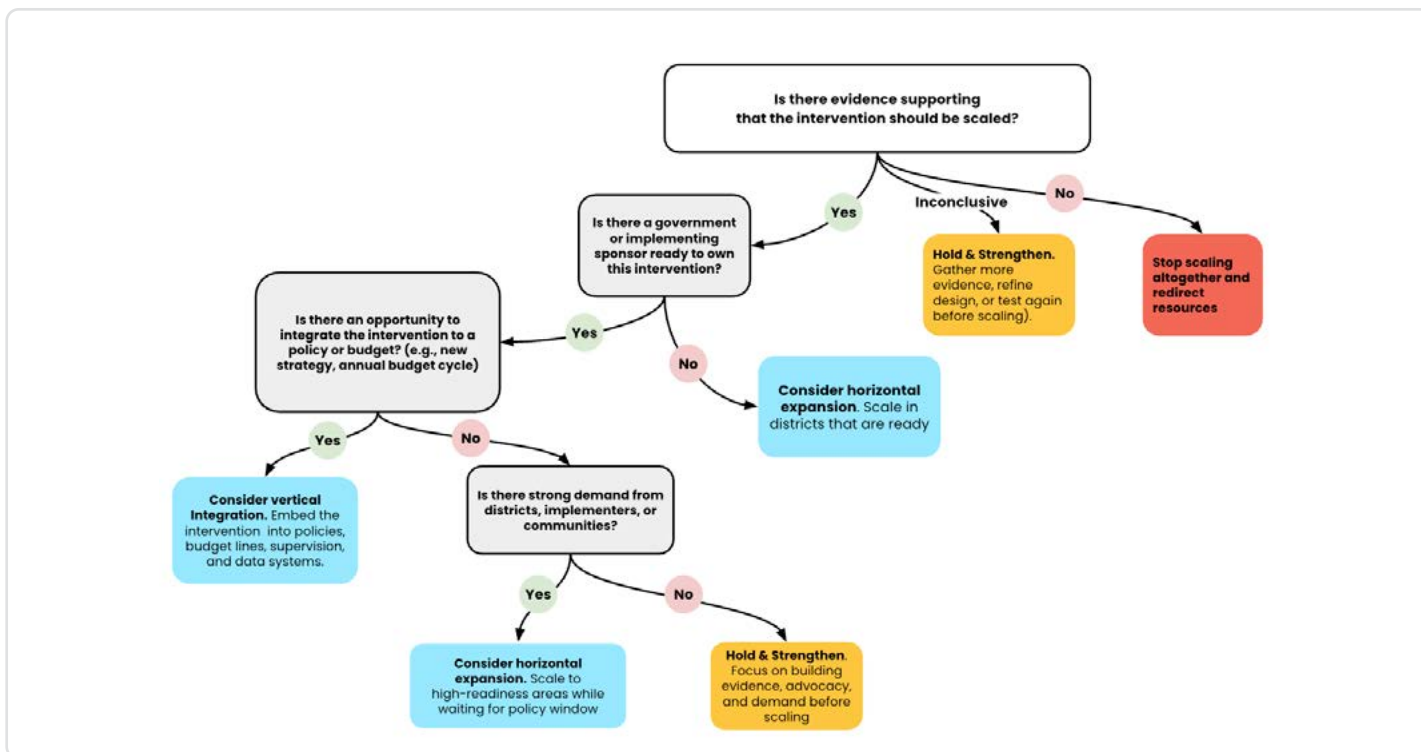
- **Équité :** Au-delà de l'efficacité, il est essentiel de vérifier si l'intervention profite également aux populations vulnérables, et pas uniquement à celles qui sont les plus faciles à atteindre. L'analyse par sous-groupes des résultats du pilote peut aider à évaluer cette dimension — par exemple, en désagrégeant les résultats selon le genre, l'âge, la zone géographique ou le statut socio-économique. Dans certains cas, une telle analyse n'est pas réalisable et l'évaluation de l'équité repose alors sur des appréciations plus subjectives ou contextuelles — par exemple, en examinant si l'intervention répond à des barrières connues rencontrées par des groupes marginalisés.

Par exemple, les messages de rappel concernant la contraception peuvent être évalués non seulement en fonction de leur impact auprès des femmes urbaines ayant un accès stable au téléphone, mais aussi en fonction de leur pertinence et de leur accessibilité pour les adolescents et les populations rurales qui sont confrontés à des barrières plus importantes.

- **Abordabilité :** L'analyse coûts-bénéfices (ACB) menée lors de l'étude pilote doit montrer que les coûts de l'intervention sont proportionnés à

son impact et peuvent être pris en charge dans les budgets routiniers. Par exemple, l'envoi groupé de SMS peut coûter seulement quelques centimes par utilisateur et par mois, ce qui rend réaliste leur intégration dans des plateformes nationales de communication existantes.

- c. Si l'évaluation ne montre aucune amélioration des résultats comportementaux, si les bénéfices sont limités aux groupes les plus faciles à atteindre, ou si les coûts dépassent ce que les systèmes peuvent raisonnablement supporter, alors la mise à l'échelle de l'intervention n'est pas justifiée. Dans ce cas, il faut stopper le processus de mise à l'échelle et se concentrer sur l'analyse des enseignements tirés.
- d. Si l'intervention ne satisfait pas les trois critères, les données probantes ne sont pas suffisamment solides pour justifier la mise à l'échelle. Dans ces situations, la mise à l'échelle doit être suspendue. Il convient d'envisager de raffiner l'intervention, de collecter des données supplémentaires ou de réaliser une nouvelle phase de test avant d'aller plus loin.
- e. En revanche, lorsque les données issues du pilote montrent qu'une intervention est efficace, équitable et abordable, la mise à l'échelle est justifiée. Toutefois, le choix de la voie de mise à l'échelle dépendra du contexte et des conditions existantes. Pour déterminer la voie à suivre, il est utile de se poser les trois questions suivantes:
  - **Un sponsor gouvernemental ou institutionnel est-il prêt à assurer l'appropriation de l'intervention ?** Si oui, l'étape suivante consiste à rechercher des opportunités pour intégrer l'intervention dans les politiques, les budgets ou les systèmes de prestation. Cela correspond à une voie de mise à l'échelle verticale. Par exemple, un service de rappel contraceptif pourrait être intégré dans la plateforme nationale de santé numérique ou financé par les budgets publics dédiés à la planification familiale.
  - **Si aucun sponsor n'est prêt, il faut alors demander : la demande est-elle forte au niveau des districts, des acteurs de mise en œuvre ou des communautés ?** Si la demande locale est importante, la mise à l'échelle horizontale peut



constituer la meilleure première étape. L'intervention peut étendre sa portée dans les zones les plus prêtes, tout en continuant à plaider en faveur d'un soutien gouvernemental. Par exemple, les cliniques de certains districts peuvent déjà disposer du personnel et des ressources pour déployer rapidement des messages de rappel contraceptif.

- **Si ni l'appropriation institutionnelle ni la demande communautaire ne sont clairement établies, la question devient : quelles conditions peuvent renforcer immédiatement ?** Dans ce cas, il est préférable de mettre l'accent sur la création de conditions favorables avant de poursuivre la mise à l'échelle. Cela peut impliquer un plaidoyer visant à renforcer la volonté politique, des tests supplémentaires pour adapter le design de l'intervention, ou un travail avec des partenaires afin de développer la capacité et l'intérêt. Par exemple, si les messages de rappel contraceptif n'ont pas encore suscité de demande communautaire ni d'adhésion gouvernementale, il peut être judicieux de suspendre la mise à l'échelle, le temps de recueillir davantage de données probantes, d'adapter le design et de mobiliser les parties prenantes pour renforcer leur soutien

La voie de mise à l'échelle la plus appropriée sera identifiée à la fin de **l'Arbre décisionnel de mise à l'échelle**, menant à l'étape suivante : examiner la préparation de l'intervention pour poursuivre la voie choisie.

## 2. Évaluer l'état de préparation

Une fois qu'une voie de mise à l'échelle a été définie, l'étape suivante consiste à évaluer rigoureusement la capacité de l'intervention à avancer dans cette direction. Évaluer la préparation implique de tester systématiquement l'intervention au regard de conditions clés, d'identifier celles qui sont déjà réunies, celles où des lacunes critiques persistent, ainsi que les investissements ou adaptations nécessaires pour permettre la mise à l'échelle.

La liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle facilite ce processus. Elle s'appuie sur trois cadres complémentaires :

- **Le cadre « Effet de déperdition à grande échelle » de John List<sup>9</sup>** : ce cadre analyse pourquoi des pilotes prometteurs échouent souvent lors de la mise à l'échelle, par exemple en raison d'une dépendance à des conditions particulières ou d'une sous-estimation des coûts réels.
- **Les Attributs CORRECT (OMS/ExpandNet<sup>10</sup>)** : ce cadre établit des critères pratiques de scalabilité, notamment la crédibilité, la pertinence, la facilité d'adoption et la compatibilité avec les systèmes existants.
- **Réflexion option C<sup>11</sup>** : ce cadre teste la robustesse de l'intervention en posant la question suivante : peut-elle rester efficace lorsque les budgets sont réduits, que les systèmes sont surchargés ou que les conditions de mise en œuvre diffèrent de celles du pilote ?

Avant de compléter la Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle, il est important de revoir les dimensions opérationnelles qui déterminent si une intervention peut réussir dans des conditions routinières. Les pilotes bénéficient souvent de ressources supplémentaires ou de conditions idéales qui ne peuvent être garanties à grande échelle. L'annexe 2 présente les domaines

les plus susceptibles de rencontrer des difficultés lors de l'expansion, tels que le personnel et la supervision, les chaînes d'approvisionnement, le financement et l'accès communautaire. Examiner d'abord ces dimensions offre une base plus réaliste pour compléter la **Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle**, en aidant à repérer les risques cachés et à identifier les éléments nécessitant une adaptation ou un renforcement.

Pour compléter la **Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle** :

1. Commencez par consulter le Tableau 2 ci-dessous, qui explique pourquoi chaque attribut de préparation est important, les risques s'il n'est pas rempli, ainsi que les actions possibles pour combler les lacunes.
2. Pour chaque attribut figurant dans la **Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle**, déterminez si l'intervention répond à l'exigence de mise à l'échelle. Indiquez votre jugement par : Oui (prête), Non (pas prête) ou Incertain (les données probantes sont contradictoires ou insuffisantes).
3. Dans la colonne « Notes / Actions », décrivez ce qui manque et les mesures à prendre pour renforcer l'intervention avant la mise à l'échelle.

Scale Readiness Checklist		Intervention:
<small>To test whether the chosen scaling pathway (horizontal or vertical) is feasible and resilient under real-world conditions, this checklist integrates lessons from John List's Village Effect, the CORRECT attributes from WHO/ExpandNet, and real-world "stress test" considerations.</small>		
Attribute	Readiness (Yes/No/Unknown)	Notes / Actions
<b>Credibility</b> <small>Is the pilot's success plausible? Backed by local evidence or endorsement from regional institutions, rather than evidence that would change (and disappear) if funding or other external conditions?</small>		
<b>Observability</b> <small>Are the results visible and easy to see in practice? For example, can you see, measure, fund, or incentivize a simple unit?</small>		
<b>Relevance</b> <small>Does the intervention solve a real and pressing problem for the intended population, rather than a marginal or "niche" issue?</small>		
<b>Equity</b> <small>Do broader or wealth groups benefit, for job those who are easiest to reach?</small>		
<b>Relative advantage</b> <small>Does the intervention clearly outperform existing practices, with benefits that outweigh costs?</small>		
<b>Ease of adoption</b> <small>Can the intervention be expanded, modified, and used without unnecessary complexity or challenge?</small>		
<b>Compatibility</b> <small>Is it aligned with local values, norms, systems, and existing programmes, so that obstacles both real and not are minimized?</small>		
<b>Testability</b> <small>Can the intervention be tried in new locations or contexts, or at least some under routine economic conditions, if needed?</small>		
<b>Feasibility</b> <small>Can the success hold under normal conditions, delivered by routine staff with typical budgets, skills, and time?</small>		
<b>Affordability &amp; scalability of inputs</b> <small>Are the unit and costs within manageable or stable, or do essential ingredients (like technology or materials) and financing for expansion are unavailable?</small>		
<b>Systems fit</b> <small>Are budget lines, supply chains, training, supervision, and data systems in place to sustain delivery, or scale?</small>		
<b>Ownership</b> <small>Is there a government and/or credible partner committed to leading and institutionalizing the intervention?</small>		
<b>Risks &amp; unintended effects</b> <small>What could go wrong, besides or beyond negative spillovers of costs and other safeguards and to whom?</small>		
<b>Definition of success</b> <small>Are the outcome measures and data sources clear, and would those you confirmed the intervention is truly ready to scale?</small>		

9 Pour plus d'informations sur le cadre de l'Effet de déperdition à grande échelle de John List, voir l'annexe 1 à la fin du chapitre.

10 World Health Organization & ExpandNet. Nine Steps for Developing a Scaling-Up Strategy. WHO, 2010.

11 Al-Ubaydli, Omar, and John A. List. "Will It Scale?" Issues in Science and Technology 41, no. 1 (Fall 2024): 34–36.

TABLEAU 2. ATTRIBUTS DE LA LISTE DE VÉRIFICATION DE LA PRÉPARATION À LA MISE À L'ÉCHELLE

ATTRIBUT	DESCRIPTION	EXEMPLE	MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES
<p><b>Crédibilité :</b></p> <p>Le succès de l'intervention est-il réel, étayé par des données probantes ou des endorsements fiables ?</p>	<p><i>L'effet de déperdition à grande échelle</i> de John List montre que de nombreux pilotes risquent d'être des « faux positifs » — c'est-à-dire qu'ils semblent efficaces dans des conditions particulières, mais échouent lorsqu'ils sont mis à l'échelle. Comme expliqué dans le chapitre Tester les hypothèses, un faux positif se produit lorsqu'une évaluation suggère un effet qui n'existe pas réellement — de la même manière qu'un test de grossesse peut afficher un résultat positif alors que la personne n'est pas enceinte.</p>	<p>Le programme Climate Schools était une intervention scolaire en ligne utilisant des leçons interactives et des scénarios animés pour prévenir la dépression et l'anxiété chez les adolescents. De petites études initiales ont montré des résultats prometteurs. Cependant, lorsqu'il a été évalué dans un essai de grande envergure impliquant 18 écoles, il n'a pas amélioré les indicateurs centraux de santé mentale, et dans certains cas, les élèves des écoles ayant reçu l'intervention ont obtenu de moins bons résultats que ceux du groupe de comparaison. Cet exemple met en évidence un risque majeur lié à la crédibilité : des résultats positifs précoces peuvent ne pas se maintenir dans des conditions routinières ou dans des contextes plus vastes et diversifiés.<sup>12</sup></p>	<p>Pour garantir la crédibilité, il faut confirmer que les résultats du pilote sont statistiquement robustes et ne dépendent pas de circonstances exceptionnelles (par exemple, « impact observé uniquement dans un district bénéficiant d'un soutien exceptionnel du personnel »). Si ces vérifications n'ont pas été effectuées pendant la phase Tester les hypothèses, elles doivent inclure : des ajustements pour tests multiples, l'examen de la taille des effets et des intervalles de confiance, ainsi que des analyses de sensibilité et de robustesse.</p>

Le tableau se poursuit à la page suivante.

12 Andrews JL, Birrell L, Chapman C, Teesson M, Newton N, Allsop S, McBride N, Hides L, Andrews G, Olsen N, Mewton L, Slade T. Evaluating the effectiveness of a universal eHealth school-based prevention programme for depression and anxiety, and the moderating role of friendship network characteristics. *Psychol Med.* 2023 Aug;53(11):5042-5051. doi: 10.1017/S0033291722002033. Epub 2022 Jul 15. PMID: 35838377.

ATTRIBUT	DESCRIPTION	EXEMPLE	MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES
<p><b>Observabilité :</b></p> <p>Les bénéfices de l'intervention peuvent-ils être vus et reconnus par d'autres ?</p>	<p>L'observabilité, l'un des attributs CORRECT identifiés par l'OMS/ExpandNet, renvoie à la capacité de rendre visibles les bénéfices d'une intervention. Les interventions ont davantage de chances d'être mises à l'échelle lorsque leurs effets sont visibles. Si les résultats ne sont pas naturellement observables, ils peuvent être rendus plus tangibles grâce à des stratégies telles que des démonstrations, des événements communautaires ou une reconnaissance publique.</p>	<p>Par exemple, dans un programme auprès d'étudiants américains, certains participants voyaient leur nombre de pas apparaître sur un tableau d'affichage public, tandis que d'autres recevaient uniquement un retour individuel. Ceux du groupe public ont marché davantage, montrant que la visibilité des résultats (ici, voir ses pairs faire de l'exercice) peut motiver une adoption plus large.<sup>13</sup></p>	<p>Ainsi, il convient d'évaluer si les bénéfices de l'intervention sont visibles et reconnaissables pour d'autres. Si ce n'est pas le cas, il faut rendre les résultats plus visibles en utilisant des stratégies telles que des démonstrations publiques, des événements de reconnaissance, ou en présentant les données sous des formats compréhensibles par les communautés, les agents de santé ou les décideurs.</p>
<p><b>Pertinence :</b></p> <p>L'intervention répond-elle à un problème perçu comme urgent par la population ?</p>	<p>La pertinence, un autre des attributs CORRECT identifiés par l'OMS/ExpandNet, souligne que la mise à l'échelle est d'autant plus réussie lorsque le problème traité est perçu comme une priorité claire par les populations et les institutions. Si le problème n'est pas considéré comme important, la motivation à adopter l'intervention s'affaiblit. Il est donc essentiel que les équipes examinent si l'enjeu est reconnu comme prioritaire, et ajustent le cadrage si nécessaire.</p>	<p>En Espagne, l'étude EIRA visait à modifier plusieurs comportements néfastes — tabagisme, activité physique et alimentation — chez des adultes de 45 à 75 ans dans des centres de soins de santé primaires. Bien que l'intervention ait amélioré l'alimentation, elle a eu peu d'impact sur le tabagisme et l'activité physique. L'une des raisons est que certaines pratiques, en particulier l'augmentation de l'activité physique, n'étaient pas perçues comme urgentes par rapport à d'autres préoccupations de santé ou de vie quotidienne. Ce manque de résonance a réduit la motivation à s'engager, limitant ainsi l'adoption à plus grande échelle.<sup>14</sup></p>	<p>Il convient donc d'évaluer si la problématique est perçue comme prioritaire par le groupe cible et les décideurs. Si ce n'est pas le cas, il faut adapter le cadrage de l'intervention. Par exemple, en la reliant à des préoccupations existantes auxquelles les populations accordent déjà de l'importance, telles que la protection de la santé de la famille, l'économie financière, ou la réduction du stress.</p>

Le tableau se poursuit à la page suivante.

13 Lee JJ, Kim Y, Welk GJ, Hannon JC. The effect of using onymous and anonymous normative feedback on physical activity in college students: a randomized controlled trial. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2020;12:27. doi:10.1186/s13102-020-00202-y.

14 Zabaleta-del-Olmo, E., Casajuana-Closas, M., López-Jiménez, T. et al. Multiple health behaviour change primary care intervention for smoking cessation, physical activity and healthy diet in adults 45 to 75 years old (EIRA study): a hybrid effectiveness-implementation cluster randomised trial. *BMC Public Health* 21, 2208 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11982-4>

ATTRIBUT	DESCRIPTION	EXEMPLE	MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES
<p><b>Équité :</b></p> <p>L'intervention atteint-elle les populations marginalisées ou les plus à risque ?</p>	<p>La mise à l'échelle d'une solution efficace uniquement auprès de groupes déjà bien desservis risque d'accroître les inégalités. L'équité implique de s'assurer que les populations les plus difficiles à atteindre participent également et bénéficient de l'intervention, garantissant ainsi que l'expansion ne creuse pas davantage les écarts.</p>	<p>Aux États-Unis, un essai randomisé portant sur un programme de santé mobile pour des adultes atteints de diabète de type 2 a révélé une participation inégale : les personnes non blanches, celles ayant une littératie en santé plus faible et les personnes âgées étaient nettement moins susceptibles d'utiliser le programme. En conséquence, les groupes qui avaient le plus besoin de soutien étaient ceux qui en bénéficiaient le moins — un risque d'iniquité majeur si le programme avait été mis à l'échelle.<sup>15</sup></p>	<p>Il est donc nécessaire d'examiner les résultats du pilote selon différents sous-groupes tels que l'âge, le genre ou la littératie. Si des écarts apparaissent, il faut planifier des adaptations avant de mettre à l'échelle l'intervention. Cela peut inclure des messages simplifiés, des appels vocaux, un accompagnement en face-à-face ou le recours à des pairs ou acteurs communautaires de confiance.</p>
<p><b>Avantage relatif :</b></p> <p>L'intervention surpasse-t-elle clairement les pratiques actuelles ?</p>	<p>Les personnes adoptent plus facilement des innovations qui leur permettent d'économiser du temps, des efforts ou de l'argent. Si l'avantage par rapport aux pratiques existantes est faible ou disparaît lorsque l'intervention est utilisée en conditions routinières, l'adoption diminuera. Il est donc essentiel que les améliorations soient claires, durables et perçues comme utiles par les utilisateurs.</p>	<p>Dans un grand essai contrôlé randomisé (ECR) en Inde, des foyers ont reçu des foyers améliorés (cuisinières propres) dont l'efficacité avait été vérifiée en laboratoire : ils réduisaient initialement l'exposition à la fumée. Cependant, cet avantage disparaissait au bout de deux ans. Aucune amélioration n'a été constatée en matière de santé ni de consommation de combustible, car les foyers étaient utilisés de manière irrégulière, mal entretenus et progressivement abandonnés. Les cuisinières ne présentaient pas un avantage relatif suffisamment fort par rapport aux pratiques existantes pour soutenir un changement à grande échelle.<sup>16</sup></p>	<p>Lors de l'évaluation de l'avantage relatif, il convient d'identifier si l'intervention offre des améliorations claires et compréhensibles pour les utilisateurs et les institutions (par exemple : moins d'étapes, moins de temps requis, coûts réduits, meilleure fiabilité). Il faut également repérer les signes d'essoufflement observés lors du pilote — par exemple, une perte de bénéfice sans supervision supplémentaire, ou la baisse de valeur si la maintenance ou la formation deviennent trop lourdes. Si l'avantage relatif est faible, il faut envisager des adaptations avant la mise à l'échelle, telles que la simplification de l'entretien, l'intégration avec des services existants, ou la réduction de l'effort requis pour les utilisateurs.</p>

Le tableau se poursuit à la page suivante.

15 Nelson LA, Mulvaney SA, Gebretsadik T, Ho Y-X, Johnson KB, Osborn CY. Disparities in the use of a mHealth medication adherence promotion intervention for low-income adults with type 2 diabetes. *J Am Med Inform Assoc.* 2016;23(1):12-18.

16 Hanna R, Duflo E, Greenstone M. Up in Smoke: The Influence of Household Behavior on the Long-Run Impact of Improved Cooking Stoves. *American Economic Journal: Economic Policy.* 2016;8(1):80-114. doi:10.1257/pol.20140008.

ATTRIBUT	DESCRIPTION	EXEMPLE	MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES
<p><b>Facilité d'adoption :</b></p> <p>L'intervention peut-elle être utilisée sans trop de formation, de supervision ou d'effort ?</p>	<p>Les interventions simples et pratiques se diffusent plus facilement. Si l'adoption requiert des compétences spécialisées, un soutien externe continu, ou si elle impose des effets secondaires gênants, l'utilisation restera limitée. Dans ce cas, des simplifications sont souvent nécessaires.</p>	<p>Un essai randomisé par grappes au Bangladesh a évalué l'utilisation de chlore au point d'usage pour l'eau potable. Bien que cette méthode ait réduit la diarrhée à court terme, l'adoption durable est restée très faible. Beaucoup de ménages trouvaient le dosage difficile, le processus contraignant, et le goût de l'eau chlorée décourageant. Malgré des bénéfices sanitaires, l'intervention manquait de facilité d'adoption, rendant sa mise à l'échelle difficile sans modifications importantes.<sup>17</sup></p>	<p>Il faut donc évaluer si les utilisateurs peuvent appliquer l'intervention rapidement et régulièrement dans des conditions normales, sans soutien externe continu. Si l'intervention exige des compétences particulières, des rappels constants, ou une tolérance à des désagréments, ces contraintes doivent être identifiées. Avant la mise à l'échelle, les adaptations possibles incluent l'automatisation, l'intégration dans les services routiniers ou la simplification du design pour faciliter l'usage.</p>
<p><b>Compatibilité :</b></p> <p>L'intervention est-elle alignée avec les normes communautaires et les routines institutionnelles ?</p>	<p>Une intervention efficace peut échouer si elle entre en contradiction avec des valeurs culturelles ou des pratiques établies. La compatibilité augmente lorsque l'intervention s'intègre facilement dans la vie quotidienne et dans les systèmes existants.</p>	<p>Un essai contrôlé randomisé mené en Inde rurale sur la promotion de latrines domestiques (programme MANTRA) a montré que, même lorsque les latrines étaient construites, leur utilisation demeurait faible. Une raison majeure était l'incompatibilité culturelle : la défécation à l'air libre était perçue comme plus saine et pratique, tandis que les latrines étaient considérées comme inadaptées au sein des habitations. Malgré les subventions et infrastructures, la faible compatibilité avec les normes sociales a limité l'adoption et réduit l'impact de l'intervention.<sup>18</sup></p>	<p>Lors de l'évaluation, il faut analyser si l'intervention s'aligne avec les pratiques institutionnelles et les valeurs communautaires. Si la compatibilité est faible, il faut identifier les adaptations nécessaires avant la mise à l'échelle, comme ajuster le design à la culture, reformuler les messages pour qu'ils correspondent aux valeurs locales, ou intégrer l'approche dans des systèmes déjà existants.</p>

Le tableau se poursuit à la page suivante.

17 Pickering AJ, Crider Y, Sultana S, Swarthout J, Goddard FG, Anjerul Islam S, Sen S, Ayyagari R, Luby SP. Effect of in-line drinking water chlorination at the point of collection on child diarrhoea in urban Bangladesh: a double-blind, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health*. 2019 Sep;7(9):e1247-e1256. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30315-8. PMID: 31402005.

18 Clasen T, Boisson S, Routray P, Torondel B, Bell M, Cumming O, Ensink J, Freeman M, Jenkins M, Odagiri M, Ray S, Sinha A, Suar M, Schmidt WP. Effectiveness of a rural sanitation programme on diarrhoea, soil-transmitted helminth infection, and child malnutrition in Odisha, India: a cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2014 Nov;2(11):e645-53. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70307-9. Epub 2014 Oct 9. PMID: 25442689.

ATTRIBUT	DESCRIPTION	EXEMPLE	MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES
<p><b>Testabilité :</b></p> <p>L'intervention peut-elle être mise à l'essai dans de nouveaux contextes sous conditions routinières avant une mise à l'échelle complète ?</p>	<p>Les individus et les institutions sont plus enclins à adopter une intervention lorsqu'ils peuvent la tester avant de s'engager pleinement. Les déploiements progressifs et les sites pilotes réduisent les risques et permettent des ajustements. Si l'intervention nécessite d'importants investissements initiaux, l'entrée doit se faire par étapes plus petites.</p>	<p>Au Kenya rural, des distributeurs de chlore ont été installés sur des points d'eau communautaires. Contrairement aux approches domestiques, ces distributeurs permettaient aux ménages de tester immédiatement le traitement de l'eau, avec peu de coûts et d'efforts. L'adoption était plus élevée et plus durable, car les utilisateurs pouvaient constater les bénéfices dans des conditions routinières avant de s'engager à long terme.<sup>19</sup></p>	<p>Il convient d'évaluer si les coûts unitaires observés lors du pilote peuvent être maintenus ou réduits lors de la mise à l'échelle, et si les intrants essentiels (matériels, technologies, personnel, infrastructures) peuvent être fournis de manière fiable. Si les coûts augmentent ou si les chaînes d'approvisionnement sont fragiles, ces risques doivent être explicitement documentés. Les stratégies possibles incluent la diversification des canaux de distribution, les achats groupés, ou l'intégration dans des systèmes logistiques existants pour rendre l'intervention plus abordable et plus scalable.</p>
<p><b>Faisabilité :</b></p> <p>Le personnel habituel peut-il mettre en œuvre l'intervention avec des budgets et des charges de travail normaux ?</p>	<p>Les pilotes bénéficient souvent d'une supervision accrue, de financements supplémentaires ou d'incitations qui ne sont pas durables. La faisabilité signifie que l'intervention peut réussir dans des conditions routinières, avec le personnel et les ressources déjà en place.</p>	<p>Une revue systématique de stratégies visant à améliorer les pratiques des prestataires de soins dans des pays à revenu faible et intermédiaire a montré que de nombreuses interventions reposant sur une supervision intensive, des formations répétées ou de fortes incitations financières obtenaient de bons résultats en phase pilote, mais ne parvenaient pas à maintenir leur impact lors de la mise à l'échelle. Les systèmes de santé ne pouvaient pas reproduire le soutien exceptionnel fourni pendant les essais, soulignant que la faisabilité dépend de la capacité à mettre en œuvre les améliorations dans les limites des budgets et de la main-d'œuvre existants.<sup>20</sup></p>	<p>Il convient donc de vérifier si l'intervention peut être mise en œuvre par le personnel en première ligne dans des conditions normales (par exemple, charge de travail typique, formation disponible, budgets routiniers). Si le pilote dépendait d'une supervision supplémentaire, d'incitations ou de subventions des bailleurs, il faut noter ces écarts. Il est important d'identifier les adaptations possibles pour réduire les besoins en ressources et rendre le modèle faisable à grande échelle, notamment grâce à des protocoles simplifiés, des outils numériques ou l'intégration dans les processus de travail existants.</p>

Le tableau se poursuit à la page suivante.

19 Kremer M, Miguel E, Mullainathan S, Null C, Zwane AP. Spring cleaning: Rural water impacts, valuation, and property rights institutions. *Q J Econ.* 2011;126(1):145–205. doi:10.1093/qje/qjq010.

20 Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Chalker J, Ross-Degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob Health.* 2018;6(11):e1163–e1175. doi:10.1016/S2214-109X(18)30398-X.

ATTRIBUT	DESCRIPTION	EXEMPLE	MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES
<p><b>Accessibilité financière et évolutivité des intrants :</b></p> <p>Les coûts et les approvisionnements resteront-ils maîtrisables à grande échelle ?</p>	<p>Des intrants abordables lors d'un pilote peuvent devenir inaccessibles lorsqu'ils sont mis à l'échelle. Il est donc essentiel de s'assurer que les coûts unitaires et les chaînes d'approvisionnement seront viables et fiables au niveau national.</p>	<p>Une synthèse de données probantes menée dans plusieurs pays, incluant un essai contrôlé randomisé, a évalué l'utilisation de poudres de micronutriments (MNP) pour réduire l'anémie infantile au Népal. Bien que l'intervention ait été efficace dans de petits pilotes, les évaluations de déploiements plus larges ont révélé que les coûts d'achat et de distribution, combinés à la faiblesse des chaînes d'approvisionnement, rendaient difficile la mise en œuvre routinière. Les ruptures de stock étaient fréquentes, et le financement durable représentait un défi majeur pour les systèmes gouvernementaux. L'efficacité de l'intervention n'était pas remise en question, mais la scalabilité des intrants (coût et approvisionnement fiable des sachets de MNP) est devenue le principal obstacle à la mise à l'échelle.<sup>21</sup></p>	<p>Il faut donc consigner si les coûts unitaires observés lors du pilote peuvent être maintenus ou réduits lors de la mise à l'échelle, et si les intrants essentiels (marchandises, technologies, personnel, infrastructures) peuvent être fournis de manière fiable. Si les coûts augmentent ou si les chaînes d'approvisionnement sont fragiles, ces risques doivent être explicitement documentés. Il peut être nécessaire d'envisager des stratégies telles que des canaux de distribution alternatifs, des achats groupés ou l'intégration dans les systèmes logistiques existants pour rendre les intrants plus abordables et plus facilement scalables.</p>
<p><b>Adéquation des systèmes :</b></p> <p>Les systèmes de soutien sont-ils suffisamment solides pour assurer la mise en œuvre ?</p>	<p>La mise à l'échelle nécessite des budgets, des chaînes d'approvisionnement, de la formation, de la supervision et des systèmes de données. Si ces éléments sont faibles, même les interventions les plus efficaces peuvent s'effondrer après l'expansion.</p>	<p>En Inde, le programme de transferts monétaires conditionnels Janani Suraksha Yojana (JSY) a permis d'augmenter les accouchements en établissement de santé, mais a exercé une pression importante sur la capacité du système de santé. Les évaluations ont révélé que de nombreux centres ne disposaient pas d'un personnel suffisant, ni de médicaments ou de fournitures en quantité suffisante pour faire face à l'afflux. Bien que l'adoption du programme ait été élevée, l'absence d'investissements parallèles dans l'infrastructure sanitaire et la supervision a compromis la qualité des soins et limité l'impact global du programme.<sup>22</sup></p>	<p>Il faut donc consigner si les systèmes clés (budgets, logistique, formation du personnel, supervision et suivi des données) sont suffisamment solides pour soutenir la prestation à grande échelle. Si des lacunes existent, elles doivent être clairement identifiées, ainsi que les investissements ou partenariats nécessaires pour y répondre. Sans un alignement avec les systèmes de soutien, la mise à l'échelle risque de provoquer une expansion rapide mais insoutenable, suivie d'un effondrement.</p>

Le tableau se poursuit à la page suivante.

21 Locks LM, Reerink I, Hedlund K, Peña-Rosas JP, Jefferds ME, Mclean MS, et al. Micronutrient powder programs: lessons learned for integrated infant and young child feeding. *Am J Clin Nutr.* 2017;105(5):1126–1136. doi:10.3945/ajcn.116.144055.

22 Lim SS, Dandona L, Hoisington JA, James SL, Hogan MC, Gakidou E. India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation. *Lancet.* 2010;375(9730):2009–2023. doi:10.1016/S0140-6736(10)60744-1.

ATTRIBUT	DESCRIPTION	EXEMPLE	MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES
<p><b>Appropriation :</b></p> <p>Les gouvernements, institutions et communautés s'engagent-ils réellement dans l'intervention ?</p>	<p>Sans appropriation, les interventions s'effondrent souvent lorsque l'appui externe prend fin. L'appropriation signifie que les dirigeants, les personnels et les communautés considèrent l'intervention comme « la leur » et s'engagent à mobiliser des ressources pour la maintenir.</p>	<p>En Zambie, une évaluation randomisée d'un programme de financement basé sur la performance (PBF) a montré que, même si le pilote avait amélioré les indicateurs de prestation de services, l'appropriation gouvernementale était limitée. Le programme était largement piloté par les bailleurs ; lorsque le financement externe et le soutien technique ont cessé, de nombreux gains n'ont pas été maintenus. Les analystes ont conclu que l'absence d'engagement gouvernemental fort en matière de financement et d'institutionnalisation du modèle était l'une des principales raisons expliquant l'échec du passage à l'échelle du PBF.<sup>23</sup></p>	<p>Il convient donc de noter si les gouvernements et les communautés considèrent l'intervention comme leur propre initiative, ce qui peut se refléter dans l'engagement politique, l'allocation de ressources nationales et l'intégration dans les institutions existantes. Si l'appropriation est faible, il peut être nécessaire de recourir à des actions telles que le plaidoyer, l'alignement avec les priorités nationales ou des processus de co-conception participative avant de procéder à la mise à l'échelle.</p>
<p><b>Risques et effets indésirables :</b></p> <p>Qu'est-ce qui pourrait mal se passer lors de la mise à l'échelle ?</p>	<p>La mise à l'échelle peut engendrer des problèmes tels que la surcharge des systèmes, des inégalités accrues ou des effets de débordement négatifs. Anticiper ces risques permet de concevoir des mesures de protection.</p>	<p>Une analyse portant sur sept interventions à grande échelle en Australie dans les domaines de l'activité physique et de la nutrition a montré que, même lorsque les programmes atteignaient leurs objectifs, la mise à l'échelle produisait parfois des conséquences inattendues. Celles-ci incluaient une augmentation de la charge de travail pour les travailleurs en première ligne, une baisse de la durabilité dans certains contextes, ou encore un changement des priorités qui diminuait la valeur du programme. L'étude a conclu que les mécanismes de mise à l'échelle peuvent générer à la fois des effets positifs et négatifs, et d'anticiper les risques est essentiel.<sup>24</sup></p>	<p>Il convient donc d'examiner ce qui pourrait mal se passer lors de la mise à l'échelle — par exemple une surcharge de services, des inéquités ou des effets de débordement non souhaités. Il faut analyser les résultats du pilote ou ceux d'interventions similaires ayant présenté de tels risques, et noter si des sauvegardes sont en place, telles qu'un déploiement progressif, des systèmes de suivi, ou un suivi de l'équité. Si les risques sont probables, les plans de mise à l'échelle doivent intégrer des stratégies d'atténuation, plutôt que supposer que l'expansion augmentera automatiquement les bénéfices.</p>

Le tableau se poursuit à la page suivante.

23 Friedman J, Qamruddin J, Chansa C, Das AK, McMahon S, McPake B. Impact evaluation of Zambia's health results-based financing pilot project. *Health Policy Plan.* 2016;31(9):1117–1124. doi:10.1093/heapol/czw049.

24 Koorts H, Eakin E, Estabrooks P, Timperio A, Salmon J, Bauman A. Mechanisms of scaling up: combining a realist perspective and systems analysis to understand successfully scaled interventions. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2021;18:61. doi:10.1186/s12966-021-01103-0.

ATTRIBUT	DESCRIPTION	EXEMPLE	MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES
<p><b>Définition du succès :</b></p> <p>Les résultats et les sources de données sont-ils clairs et mesurables ?</p>	<p>Sans une définition claire du succès, il est difficile de déterminer si la mise à l'échelle fonctionne. Les résultats doivent être spécifiques, crédibles et significatifs pour les communautés, les gouvernements et les bailleurs.</p>	<p>Au Kenya, l'essai contrôlé randomisé WelTel Kenya1 a utilisé des SMS hebdomadaires pour soutenir l'adhésion au traitement antirétroviral. Contrairement à de nombreux pilotes de mHealth qui se contentent de mesurer l'engagement (par exemple, le nombre de messages envoyés), cet essai a défini le succès en termes d'adhésion vérifiée biologiquement et de suppression virale, mesurées à l'aide d'un suivi électronique et de résultats cliniques. En adoptant des définitions d'issue claires et rigoureuses, l'étude a donné aux bailleurs et aux décideurs la confiance nécessaire pour considérer l'intervention comme une option crédible pour un investissement plus large.<sup>25</sup></p>	<p>Il est donc essentiel de consigner si les résultats attendus sont définis de manière explicite et reliés à des sources de données probantes. Il faut se poser la question : À quoi ressemblerait le succès à grande échelle, et comment sera-t-il mesuré ? Si les résultats sont vagues (par exemple « amélioration de la sensibilisation »), il est nécessaire d'en préciser la définition. Dans la mesure du possible, les indicateurs doivent être liés au changement de comportement ou aux résultats de santé, et non uniquement à des mesures de processus, afin que les équipes et les bailleurs puissent suivre si la mise à l'échelle apporte réellement de la valeur.</p>

25 Lester RT, et al. Lancet. 2010;376(9755):1838-1845. doi:10.1016/S0140-6736(10)61997-6.

# Étude de cas : Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Les outils mentionnés dans cette étape de la phase Mettre à l'échelle n'ont pas été développés par l'équipe de projet initiale. Cette étude de cas est une reconstitution basée sur des données réelles du projet et son contexte.

## La décision

Après examen des résultats d'évaluation, l'équipe a conclu que la mise à l'échelle horizontale et verticale était possible. Cependant, la priorité immédiate était l'expansion horizontale. Plusieurs districts en dehors de la zone pilote avaient déjà exprimé leur intérêt, et l'intervention par carte postale était simple et peu coûteuse à répliquer. En parallèle, l'équipe a décidé de préparer une intégration verticale dans le Programme Élargi de Vaccination (PEV) du Ministère de la Santé Publique (MoPH), ce qui nécessiterait des ajustements politiques et budgétaires. Cette approche duale permettait de combiner une expansion à court terme et une durabilité à long terme.

## Vérification de l'état de préparation

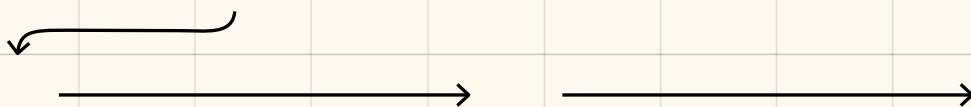
La décision prise, l'équipe a appliqué la Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle pour tester si les cartes postales pouvaient tenir à grande échelle.

### Scale Readiness Checklist

Intervention: \_\_\_\_\_

Attribute	Readiness <i>Yes/No/Unclear</i>	Notes / Actions
<b>Credibility</b>	Yes	The RCT showed a significant 6.7 percentage point increase in timely vaccination. Results were statistically robust. Action: Package findings into briefs and presentations endorsed by trusted institutions (e.g., Ministry of Public Health, UNICEF) to strengthen credibility.
<b>Observability</b>	Yes	Caregivers bring postcards to clinics, which staff can see. Benefits are tangible and easy to demonstrate. Action: Encourage staff to share stories and examples with district managers to reinforce visibility.
<b>Relevance</b>	Yes	Childhood vaccination is a national health priority, especially given pockets of under-immunisation among vulnerable groups. Action: Frame postcards as a low-cost way to meet immunisation targets.
<b>Equity</b>	Yes	Analysis showed positive effects even among low-income families and refugee households. Action: Monitor distribution to ensure marginalised groups continue to receive cards equitably.
<b>Relative advantage</b>	Yes	Postcards provide a reliable reminder compared to informal word of mouth. They are inexpensive, physical, and hard to miss. Action: Collect testimonials from caregivers to highlight added value over existing practices.
<b>Ease of adoption</b>	Mostly yes	Health workers reported postcards were simple to distribute and fill in, though training was needed for consistency. Action: Create a pictorial job aid for health workers to reduce variation.
<b>Compatibility</b>	Yes	Postcards fit naturally into clinic workflows and community norms. Caregivers are familiar with keeping health documents at home. Action: Link postcards to existing vaccination cards for smoother integration.
<b>Testability</b>	Yes	Districts can adopt postcards with minimal investment and test under routine conditions. Action: Plan phased introduction in 3-4 districts before national rollout.
<b>Feasibility</b>	Mostly yes	Clinics can manage postcard distribution under current staffing, but supervision may be inconsistent. Action: Add a tick-box in supervisory checklists to monitor use.
<b>Affordability &amp; scalability of inputs</b>	Yes	Printing costs are low (less than \$0.20 per postcard). Cards can be bundled with vaccine shipments. Action: Secure framework agreements with local printers to keep costs stable.
<b>Systems fit</b>	Partly	Logistics and supply systems can handle postcard delivery, but budgets are not yet institutionalised. Action: Advocate for a dedicated budget line in the national immunisation plan.
<b>Ownership</b>	Unclear	Ministry of Public Health expressed interest but has not yet formalised commitment through policy or budgets. Action: Engage the EPI unit early, demonstrate results from district pilots, and prepare a circular for formal adoption.
<b>Risks &amp; unintended effects</b>	Yes, some risks	Risks include stock-outs if printing is not managed well, novelty fade among caregivers, and inconsistent clinic use. Action: Plan design refreshes every 2 years and embed postcards into national supply chain codes.
<b>Definition of success</b>	Yes	Success is defined as increased on-time vaccination, measured through clinic records. Equity effects for vulnerable groups are tracked separately. Action: Maintain outcome measures linked to health impact, not only distribution numbers.

- **Crédibilité :** L'essai contrôlé randomisé (ECR) a montré une augmentation de 6,7 points de pourcentage de la vaccination à temps. L'effet était cohérent entre les sites, réduisant le risque de faux positif.
- **Équité :** L'analyse par sous-groupes a montré que les familles à faible revenu et réfugiées en bénéficiaient également, et pas seulement les ménages aux revenus plus élevés. Ceci renforçait la justification d'une adoption nationale.
- **Observabilité et avantage relatif :** Les cartes postales étaient très visibles. Les agents de santé voyaient les aidants les apporter dans les cliniques, et les aidants trouvaient plus facile d'en suivre le contenu qu'avec des rappels verbaux. Cela constituait un avantage clair par rapport à la pratique existante.
- **Faisabilité et adaptation aux systèmes :** L'impression et la distribution étaient simples dans le pilote, mais pas encore intégrées dans les systèmes nationaux. Sans ligne budgétaire dédiée ou code d'approvisionnement, il existait un risque de ruptures de stock si le programme se développait trop vite.
- **Appropriation et calendrier :** Le ministère manifestait de l'intérêt, mais l'adoption formelle n'était pas encore institutionnalisée. L'équipe a noté l'importance de s'aligner sur le prochain cycle budgétaire pour créer une fenêtre d'opportunité d'intégration.
- **Risques :** Sans bonne gestion, les ruptures de stock pourraient nuire à la confiance. Les aidants pourraient aussi perdre de l'intérêt avec le temps. L'équipe a donc recommandé une actualisation du design tous les deux ans, ainsi qu'une intégration dans les chaînes d'approvisionnement pour réduire ces risques.
- **Définition du succès :** Le succès ne se mesurait pas au nombre de cartes postales distribuées, mais à l'amélioration de la vaccination à temps, en particulier auprès des groupes vulnérables.

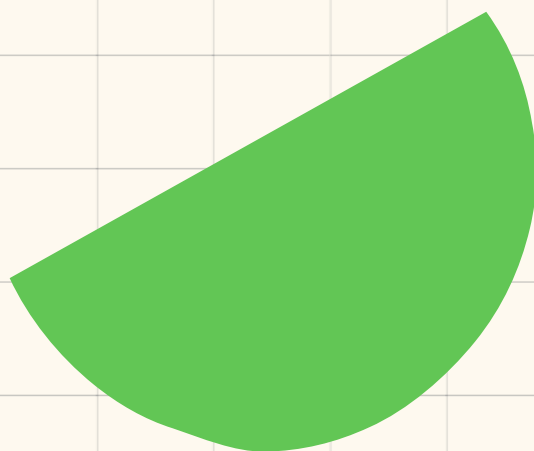


## ÉTAPE 2 :

# Obtenir le soutien

### Outil associé :

- [Matrice d'appui des parties prenantes](#)



### Objectif de cette étape :

La mise à l'échelle ne dépend pas uniquement de la solidité de l'intervention, mais aussi de l'alignement, de l'engagement et de la préparation des acteurs clés. Après avoir choisi la voie de mise à l'échelle et évalué la préparation, l'étape suivante consiste à préparer les personnes et les institutions qui porteront ce processus.

Il faut commencer par identifier les acteurs les plus influents, définir leurs rôles, et planifier quand et comment les engager. Il s'agit d'aller au-delà d'une simple liste de parties prenantes, en se posant les questions suivantes : Que doivent-ils savoir ? Quelles décisions doivent-ils prendre ? Quelles actions doivent-ils réaliser ? Cela permet de transformer une liste large et théorique en un plan d'engagement concret et opérationnel.

## Pourquoi cette étape est importante ?

Même des interventions solides peuvent échouer si les parties prenantes ne sont pas alignées. Se préparer à la mise à l'échelle signifie intégrer ces acteurs le plus tôt possible, clarifier les responsabilités, et s'assurer qu'ils sont coordonnés, communiquent efficacement et avancent dans la même direction.

## Comment procéder :

[La matrice d'appui des parties prenantes](#) est conçue pour clarifier quels sont les acteurs essentiels et le rôle que chacun doit jouer, en accordant une attention particulière à leur niveau d'influence, aux décisions dont ils ont le contrôle, ainsi qu'au type d'engagement nécessaire pour garantir leur mobilisation dans la durée.

### 1. Définir les principaux acteurs et parties prenantes impliqués dans la mise à l'échelle

- a. En s'appuyant sur l'outil Carte des parties prenantes et publics cibles, élaboré lors de la phase Définir (Définir), commencez par dresser la liste des acteurs et institutions dont les décisions, les ressources et les actions façonneront le processus de mise à l'échelle.
 

d'autres fourniront des ressources, et d'autres encore orienteront ou soutiendront le processus. La probabilité de réussite est renforcée lorsque chacun de ces rôles est défini dès le départ. Pour cela, utilisez le Tableau 3 afin d'identifier l'ensemble des groupes potentiels de parties prenantes.

La mise à l'échelle requiert une collaboration entre différents groupes de parties prenantes. Certains mettront en œuvre l'intervention,

### Stakeholder Support Matrix

Intervention: \_\_\_\_\_

List the most important actors for scaling. For each, capture their role, influence, level of support, what they need to do/know, and how and when to engage them.

Actor / Stakeholder Who matters for scaling?	Role in scaling Policy, delivery, advocacy, funding?	Influence Do they have authority to enable or block scaling (High/Med/Low)?	Level of support / interest High/Med/Low	What they need to do Decisions, actions, commitments	What they need to know Evidence, costs, benefits, equity implications	Timing / entry point When is the best moment to engage?	Best format / channel How to reach them?	Engagement strategy How to build/sustain support?

**Remarque :** les exemples ci-dessus proviennent de différents secteurs de l'UNICEF — droits de l'enfant, santé et nutrition, éducation, WASH et intervention d'urgence — afin d'illustrer comment les principes de mise à l'échelle s'appliquent à des contextes variés.

TABLEAU 3 : PRINCIPAUX GROUPES DE PARTIES PRENANTES ET ACTEURS À PRENDRE EN COMPTE

PARTIE PRENANTE/ ACTEURS	QUI SONT-ILS ?	CE QU'ILS FONT	POURQUOI SONT-ILS IMPORTANTS
<b>Organisation responsable/ chef de file</b>	L'organisation qui finira par posséder et mettre en œuvre l'intervention. Il peut s'agir de ministères de la santé, d'ONG ou de réseaux de prestataires (ex. groupes de cliniques ou hôpitaux).	Elle met en œuvre l'intervention à grande échelle : délivre les services, gère le personnel, intègre l'intervention dans les budgets et assure l'accès aux communautés.	Leur capacité et volonté à s'approprier l'intervention déterminent si la mise à l'échelle est possible et durable. Exemple : lorsqu'un ministère de l'Environnement adopte un système communautaire d'alerte aux inondations et l'intègre dans son cadre national de préparation aux catastrophes, l'intervention devient un élément de la résilience climatique à long terme plutôt qu'une activité ponctuelle de projet.
<b>Équipes ressources</b>	Partenaires techniques et individus ayant développé ou testé l'intervention. Exemples : équipes de projet, institutions de recherche, agences techniques.	Ils apportent une expertise sur le design, les données probantes et l'adaptation. Renforcent les systèmes et soutiennent l'organisation responsable et les autres parties prenantes pour une mise en œuvre à grande échelle.	Ils assurent le lien entre le pilote et le système, garantissant le transfert de connaissances et le maintien de la qualité lors de l'expansion. Exemple : une équipe de recherche universitaire ayant testé une plateforme numérique d'apprentissage peut aider un ministère de l'Éducation à adapter le contenu aux langues locales et aux écoles à faible connectivité.
<b>Membres de l'équipe de l'UNICEF</b>	Personnel UNICEF au siège, au niveau régional ou pays, impliqué dans la gestion des programmes, le plaidoyer ou l'appui technique.	Ils coordonnent les efforts, s'alignent sur les priorités gouvernementales et établissent des liens avec d'autres secteurs et ressources de l'UNICEF.	Leur influence et leur capacité à relier les partenaires peuvent accélérer l'adoption et intégrer les apprentissages à l'ensemble du travail de l'UNICEF. Exemple : des équipes pays peuvent aider une autorité nationale d'état civil à obtenir des financements pour numériser l'enregistrement des naissances et garantir l'accès des enfants aux services essentiels.
<b>Bailleurs de fonds</b>	Donateurs, banques de développement, fondations ou organismes publics de financement.	Ils fournissent des ressources financières, orientent les priorités de financement, et établissent les exigences de suivi et de reporting.	La mise à l'échelle durable dépend d'un financement fiable, aligné à la fois sur les plans gouvernementaux et les priorités des bailleurs. Exemple : un bailleur peut financer la première phase d'expansion des centres d'apprentissage, laissant au gouvernement le temps d'intégrer le programme dans son budget national de l'éducation.

PARTIE PRENANTE/ ACTEURS	QUI SONT-ILS ?	CE QU'ILS FONT	POURQUOI SONT-ILS IMPORTANTS
<b>Multiplicateurs</b>	Acteurs pouvant augmenter l'influence et la portée : associations professionnelles, médias, réseaux régionaux ou initiatives mondiales.	Ils diffusent les données probantes, façonnent les messages, soutiennent le plaidoyer politique et encouragent l'adoption d'une intervention.	Ils permettent d'étendre l'impact au-delà du pilote en influençant les décideurs et les praticiens à l'échelle nationale et mondiale. Exemple : lorsqu'un syndicat national d'enseignants approuve des pratiques pédagogiques adaptées à l'enfant, cela encourage les écoles à les adopter et renforce le soutien politique à un environnement d'apprentissage plus sûr.
<b>Acteurs locaux</b>	Leaders communautaires, travailleurs de première ligne, sociétés civiles, autorités traditionnelles.	Ils mobilisent la demande, adaptent les interventions aux normes locales et maintiennent la confiance de la communauté.	Sans soutien local, les interventions risquent le rejet ou l'abandon lorsque le soutien externe cesse. Exemple : lorsque des conseils de village et des groupes de parents organisent des journées de nettoyage et gèrent les points d'eau, cela renforce l'appropriation locale des services d'eau et d'assainissement.
<b>Autres parties prenantes</b>	Acteurs pouvant fournir des ressources complémentaires : secteur privé, universités, ministères (ex. Éducation, Finance, Technologie).	Ils apportent des compétences, produits ou infrastructures qui soutiennent la mise en œuvre et l'adaptation.	Ils renforcent le programme en apportant des innovations extérieures au secteur concerné. Exemple : en situation d'urgence, des partenaires logistiques peuvent aider à acheminer rapidement l'eau potable, le matériel éducatif ou les kits nutritionnels aux communautés touchées.

- b.** Commencez par identifier l'organisation responsable/chef de file. À partir de la liste de parties prenantes construite lors du remue-méninges, déterminez laquelle possède le mandat de diriger le processus de mise à l'échelle. L'organisation responsable est l'acteur qui détient la responsabilité formelle de la problématique — par exemple un département ministériel, une agence gouvernementale ou une institution mandatée. Cette organisation doit également démontrer une demande claire pour l'intervention et disposer de la capacité de la mettre en œuvre à grande échelle. Elle se distingue ainsi des parties prenantes de soutien, qui peuvent être très intéressées mais ne possèdent ni le mandat ni l'autorité pour diriger.

Pour identifier l'organisation responsable, référez-vous au Tableau 4, qui présente quatre domaines d'évaluation : la demande, la capacité, le calendrier et le contexte, associés à leurs forces et contraintes. Une fois l'organisation identifiée, inscrivez-la dans la colonne 1 de la feuille de travail.

TABLEAU 4. GUIDE D'ÉVALUATION DE L'ORGANISATION CHEF DE FILE

DOMAINE À EXAMINER	EXEMPLE : IMAGINEZ UN PAYS ENVISAGEANT DE METTRE À L'ÉCHELLE LES VISITES À DOMICILE EFFECTUÉES PAR DES TRAVAILLEURS SOCIAUX COMMUNAUTAIRES AFIN D'IDENTIFIER ET DE SOUTENIR DES FILLES À RISQUE DE MARIAGE PRÉCOCE.
<p><b>Demande :</b> L'intervention correspond-elle aux priorités de l'organisation ? Existe-t-il des champions internes capables de la porter ? Les bénéfices surpassent-ils les coûts ou les risques ?</p>	<p>Un ministère des affaires sociales peut s'engager publiquement à mettre fin au mariage des enfants, créant une forte demande politique. Cependant, si l'attention et les financements restent centrés sur les transferts monétaires ou l'assistance sociale, l'énergie institutionnelle disponible pour développer des programmes de travailleurs sociaux peut être limitée.</p>
<p><b>Capacité :</b> Le personnel, les superviseurs et les systèmes logistiques peuvent-ils assumer de nouvelles tâches sans affaiblir d'autres services ?</p>	<p>Le ministère peut déjà employer des travailleurs sociaux communautaires, mais une charge de travail élevée et une supervision limitée peuvent rendre difficile l'ajout de nouvelles responsabilités. Un mentorat supplémentaire, des outils de rapport simplifiés ou un renforcement des liens avec des ONG locales pourraient être nécessaires pour maintenir la qualité.</p>
<p><b>Calendrier et contexte :</b> Existe-t-il des opportunités (cycles budgétaires, nouvelles stratégies, fenêtres politiques favorables) ou, au contraire, des risques (élections, changements de leadership, préoccupations publiques) susceptibles de ralentir les progrès ?</p>	<p>La mise à l'échelle peut s'aligner avec une nouvelle stratégie nationale de protection de l'enfance ou avec une attention mondiale accrue portée à l'élimination du mariage des enfants, mais elle peut perdre en dynamisme si une restructuration gouvernementale modifie la tutelle du programme ou si les priorités des bailleurs changent.</p>
<p><b>Points forts et contraintes :</b> Notez les deux: Documenter les actions nécessaires pour combler les lacunes crée une feuille de route claire pour renforcer l'appropriation et l'élan.</p>	<p>Le ministère peut avoir une forte coordination avec les comités locaux de protection, mais des systèmes numériques faibles pour le suivi des cas. Identifier cette lacune indique la nécessité de renforcer les outils numériques de rapport et de former le personnel avant une mise à l'échelle nationale.</p>

- c. Ensuite, identifiez l'équipe de ressources (resource team), qui soutient l'organisation responsable dans la transition du pilote vers la mise à l'échelle. Cette équipe inclut souvent celles et ceux qui ont conçu ou testé l'intervention, mais doit également intégrer des compétences allant au-delà de l'expertise technique, telles que la gestion, le financement, le plaidoyer et le renforcement des systèmes. Pour identifier l'équipe de ressources, examinez les parties prenantes à travers les domaines pertinents du Tableau 5. Inscrivez ensuite l'équipe de ressources dans la colonne 1 de la feuille de travail.

TABLEAU 5. GUIDE D'ÉVALUATION DE L'ÉQUIPE DE RESSOURCES

DOMAINE À EXAMINER	EXEMPLE : IMAGINEZ UN PAYS QUI ENVISAGE D'ÉTENDRE LA MISE À L'ÉCHELLE DES VISITES À DOMICILE DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES AFIN D'AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS.
<p><b>Composition :</b> Qui doit faire partie de l'équipe de ressources ? L'équipe comporte-t-elle un mélange de compétences techniques, managériales et de plaidoyer ?</p>	<p>L'équipe pilote était principalement composée de chercheurs et de membres d'ONG. Pour la mise à l'échelle, l'équipe de ressources inclut désormais des experts en changement de comportement, en gestion de la chaîne d'approvisionnement, et en mobilisation communautaire, ainsi que des représentants du ministère de la Santé pour assurer l'alignement.</p>
<p><b>Crédibilité et leadership :</b> L'équipe comprend-elle des figures de confiance capables d'influencer l'organisation responsable et de rassurer les communautés ?</p>	<p>Un pédiatre respecté, reconnu pour son engagement en faveur de l'immunisation, rejoint l'équipe. Sa présence renforce la confiance des responsables du ministère et des communautés quant à la crédibilité et à la valeur des visites à domicile.</p>
<p><b>Compétences et expérience :</b> L'équipe dispose-t-elle d'un équilibre adéquat en supervision, financement, systèmes d'approvisionnement, suivi et communication ? Quelqu'un a-t-il déjà conduit une mise à l'échelle ?</p>	<p>L'ONG partenaire a déjà conduit des programmes nationaux de formation, et l'équipe de recherche possède une forte expérience en suivi des résultats. Cependant, personne n'a encore dirigé une expansion à grande échelle d'un programme d'agents de santé communautaires. Ce manque est identifié et nécessitera un soutien externe ou un mentorat.</p>
<p><b>Ressources et stabilité :</b> L'équipe dispose-t-elle de suffisamment de personnel, de financement et d'un engagement durable pour accompagner la mise à l'échelle ?</p>	<p>Le financement pour l'appui technique n'est garanti que pour deux ans. Cela représente un risque si la mise à l'échelle nécessite un accompagnement plus long. L'équipe note cette lacune et prévoit d'intégrer progressivement davantage de responsabilités au ministère de la Santé.</p>

**Stakeholder Support Matrix** Intervention: \_\_\_\_\_

List the most important actors for scaling. For each, capture their role, influence, level of support, what they need to do/know, and how and when to engage them.

Actor / Stakeholder Who matters for scaling?	Role in scaling Policy, delivery, governance, funding?	Influence Do they have authority to enable or block scaling? (High/Med/Low)	Level of support / interest High/Low	What they need to do Decisions, actions, commitments	What they need to know Evidence, costs, benefits, equity implications	Timing / entry point When is the best moment to engage?	Best format / channel How to reach them?	Engagement strategy How to build/sustain support?

Au-delà de l'organisation responsable et de l'équipe de ressources, la mise à l'échelle s'appuie également sur un ensemble plus large de parties prenantes qui influencent l'acceptation, l'allocation de ressources et le soutien à long terme. Le succès de la mise à l'échelle dépend de leur alignement et d'une circulation efficace des connaissances et des ressources entre eux (comme illustré dans le Schéma 1). Identifiez les acteurs clés nécessaires à la mise à l'échelle, puis inscrivez tous les groupes ou acteurs dans la colonne 1 de la feuille de travail.



Enfin, il faut identifier ce que chaque groupe de parties prenantes doit **savoir**, c'est-à-dire les preuves ou les informations nécessaires pour agir. Les décideurs peuvent avoir besoin de données concernant les coûts et l'équité, les **baillleurs de fonds** peuvent exiger des

cadres de rapportage clairs, et les leaders communautaires peuvent vouloir des preuves que l'intervention améliore le bien-être local. Adapter les informations à ces besoins garantit qu'elles soient utiles, pertinentes et mobilisatrices

### 3. Planifier l'engagement des parties prenantes

- a. Déterminer le **moment** et les **points d'entrée** appropriés pour engager chaque groupe de parties prenantes. Certains acteurs fonctionnent selon des cycles fixes, comme les approbations budgétaires ou les révisions de politiques. D'autres peuvent être plus réceptifs lors de démonstrations **pilotes** ou de consultations communautaires. Planifier en fonction de ces fenêtres d'opportunité évite de manquer des occasions stratégiques. Par exemple, présenter les résultats juste avant un cycle budgétaire annuel peut augmenter les chances d'obtenir un financement.
- b. Choisir le **format** ou le **canal de communication** le plus adapté pour chaque groupe de parties prenantes. Par exemple, les hauts responsables gouvernementaux peuvent privilégier des notes de politique concises ou des réunions directes ; les acteurs de mise en œuvre peuvent interagir plus efficacement via des ateliers, tandis que les communautés peuvent mieux répondre à des messages radiophoniques ou à des événements locaux. Choisir le bon format accroît la clarté, la crédibilité et l'adoption de l'intervention.
- c. Planifier la **stratégie d'engagement** la plus appropriée pour chaque groupe, en définissant comment construire et maintenir le soutien dans le temps. Cela peut inclure un plaidoyer ciblé, une gestion régulière des relations, ou l'identification et l'accompagnement de **champions** au sein des institutions. L'objectif est de transformer l'intérêt initial en engagement durable. Par exemple, désigner un responsable de district respecté comme champion peut permettre de maintenir l'élan même en cas de changement de leadership.

Intervention: \_\_\_\_\_

List the most important actors for scaling. For each, capture their role, influence, level of support, what they need to do/know, and how and when to engage them.

Actor / Stakeholder Who matters for scaling?	Role in scaling Policy, delivery, advocacy, funding?	Influence Do they have authority to enable or block scaling? (High/Med/Low)	Level of support / interest High/Med/Low	What they need to do Decisions, actions, commitments	What they need to know Evidence, costs, benefits, equity implications	Timing / entry point When is the best moment to engage?	Best format / channel How to reach them?	Engagement strategy How to build/sustain support?

## ÉTUDE DE CAS :

# Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Les outils mentionnés dans cette étape de la phase Scale n'avaient pas été développés par l'équipe initiale du projet. Cette étude de cas est une reconstitution basée sur des données et un contexte réels du projet.

## Définition des principales parties prenantes

L'équipe a commencé par réexaminer la Carte des parties prenantes et des audiences élaborée au début du projet, dans la phase Define. Elle l'a analysée puis enrichie avec de nouveaux acteurs jugés déterminants pour la mise à l'échelle. Parmi ces parties prenantes figuraient notamment le Programme Élargi de Vaccination (EPI) du Ministère de la Santé Publique, les centres de soins de santé primaires (PHCCs), des bailleurs potentiels tels que Gavi et l'Union européenne, les associations pédiatriques et les médias locaux, ainsi que des parties prenantes locales telles que des leaders communautaires, des travailleurs de santé et des ONG.

## Identification de l'organisation chef de file

Le Ministère de la Santé Publique a été identifié comme organisation chef de file, en raison de son mandat et de sa capacité à superviser les services de vaccination au niveau national. L'équipe a évalué ce ministère selon quatre domaines :

- **Demande** : La vaccination constituait une priorité nationale, et des champions au sein de l'unité EPI manifestaient un fort intérêt pour les cartes-rappels.
- **Capacité** : Les systèmes d'approvisionnement et de distribution étaient relativement solides, mais le personnel devait être formé à l'utilisation régulière des cartes sans supervision supplémentaire.
- **Calendrier et contexte** : Des discussions budgétaires étaient en cours, offrant une fenêtre d'opportunité pour proposer une nouvelle ligne budgétaire dédiée à l'impression. Toutefois, des changements de leadership au ministère représentaient une incertitude, rendant nécessaire un plaidoyer à plusieurs niveaux.
- **Points forts et contraintes** : Le ministère possédait de bons systèmes d'achat mais une faible capacité de mobilisation communautaire. L'équipe a donc noté la nécessité d'appuyer ces lacunes via des partenariats avec des ONG.

## Identification de l'équipe de ressources

L'équipe ressource était composée de personnel de l'UNICEF et des chercheurs ayant mené l'essai contrôlé randomisé (ECR). Ensemble, ils apportaient des preuves techniques, de la crédibilité et de l'expérience. Leur évaluation selon les quatre domaines a révélé :

- **Composition** : Les chercheurs apportaient une expertise technique à laquelle s'ajoutait l'expérience d'UNICEF en matière d'engagement gouvernemental et de gestion des chaînes d'approvisionnement.
- **Crédibilité et leadership** : Un pédiatre reconnu a été invité comme conseiller pour renforcer la confiance du ministère et des communautés.
- **Compétences et expérience** : L'équipe disposait d'une expertise en évaluation et en communication, mais avait peu d'expérience de mise à l'échelle nationale, ce qui a conduit à rechercher un mentorat auprès de collègues de l'UNICEF ayant piloté d'autres interventions étendues en santé.
- **Ressources et stabilité** : Un financement extérieur avait été sécurisé pour deux ans, suffisant pour l'expansion initiale mais insuffisant pour une mise à l'échelle durable, rendant essentielle l'allocation budgétaire gouvernementale.

## Définition des autres parties prenantes

Au-delà du ministère et de l'équipe ressource, la mise à l'échelle dépendait d'un ensemble plus large d'acteurs. Le bureau pays de l'UNICEF assurait l'alignement politique et la coordination ; les bailleurs apportaient financement et légitimité ; les multiplicateurs, comme les associations professionnelles, renforçaient la visibilité et l'adhésion ; et les parties prenantes locales — leaders communautaires, ONG, personnel de première ligne — garantissaient la pertinence et la confiance dans la pratique quotidienne. Ensemble, ces groupes constituaient un écosystème où chaque rôle était distinct mais interconnecté.

## Déterminer les rôles, l'influence et le soutien

La matrice d'appui des parties prenantes a permis de clarifier le rôle de chaque groupe. Le ministère disposait d'une forte autorité et d'un soutien moyen à élevé, avec des responsabilités telles que l'émission de circulaires et le financement. Les bailleurs exerçaient une influence élevée par les priorités budgétaires. UNICEF jouait un rôle de coordination entre les experts techniques et le gouvernement. Les multiplicateurs et les acteurs locaux avaient une influence formelle faible mais une influence informelle élevée, déterminante pour la confiance publique et l'adhésion.

## Ce qu'ils devaient faire et savoir

Les responsabilités ont été définies précisément : le ministère devait approuver une ligne budgétaire, mettre à jour les directives et superviser la mise en œuvre ; les bailleurs devaient financer la phase de transition ; le personnel des PHCC devait distribuer et expliquer les cartes aux parents ; les acteurs locaux devaient encourager les familles à conserver et utiliser les cartes. Pour agir, chacun devait recevoir des informations adaptées : les décideurs politiques avaient besoin de données de coûts et d'équité, les bailleurs avaient besoin de preuves d'efficacité, et les communautés de preuves simples, compréhensibles et centrées sur l'utilité locale.

## Calendrier, canaux et stratégies d'engagement

L'engagement a été planifié selon les points d'entrée naturels : cycle budgétaire pour le ministère, réunion du comité technique national de vaccination, forum de coordination des bailleurs, réunions communautaires et consultations dans les PHCC.

Les formats ont été adaptés : note de politique brève pour le ministère, présentation de coût-efficacité pour les bailleurs, supports illustrés pour les communautés. Les stratégies ont également été différenciées : plaidoyer de haut niveau auprès du gouvernement, gestion de relations avec les bailleurs, engagement participatif avec les leaders communautaires.

## Tout mettre en place

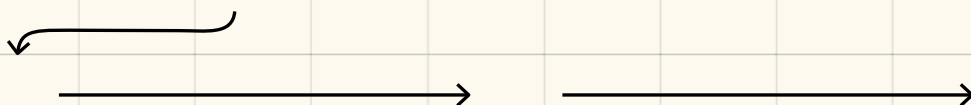
En utilisant la matrice d'appui des parties prenantes, l'équipe a transformé une liste de parties prenantes en un plan d'engagement opérationnel. Chaque acteur a été associé à des rôles, des responsabilités et des points d'entrée. Ainsi, les plans de mise à l'échelle horizontale et verticale élaborés ultérieurement étaient ancrés dans des engagements concrets et alignés sur les institutions capables de soutenir l'intervention dans la durée.

**Stakeholder Support Matrix**

Intervention: \_\_\_\_\_

List the most important actors for scaling. For each, capture their role, influence, level of support, what they need to do/know, and how and when to engage them.

Actor	Role in scaling	Influence	Level of support	What they need to do	What they need to know	Timing / entry point	Best format / channel	Engagement strategy
Ministry of Public Health (MoPH)	Policy, financing, supervision	High	High	Endorse reminder postcards as part of national immunisation strategy, include in guidelines, allocate budget for printing and distribution	Evidence of improved vaccination uptake, affordability data (low per-child cost), potential for equity gains in underserved areas	Annual immunisation programme review, budget cycle	Policy briefs, technical presentations, high-level meetings	Position postcards as a cost-effective, scalable intervention that strengthens routine immunisation. Link to national child health priorities.
Primary Health Care Centres (PHCCs)	Delivery, supervision	Medium	Medium to High	Distribute postcards, train staff on filing and explaining them, track use through supervision	Evidence on simplicity of process, minimal additional workload, improved caregiver return rates	During staff training sessions and supervisor cycles	Practical training sessions, illustrated job-aids	Emphasise how postcards reduce missed appointments and ease follow-up work. Provide supervisory supervision to reinforce site.
Community health workers (CHWs)	Delivery, advocacy	Low to Medium	Medium	Encourage caregivers to use and keep postcards, answer questions, follow up in the community	Benefits for caregivers (fewer missed vaccinations, healthier children), evidence of ease of use	Community meetings, monthly outreach cycles	Orientation sessions, simple pictorial materials	Position postcards as a tool that strengthens trust with families. Reinforce role as trusted messengers.
Caregivers / communities	End users, advocacy	Low individually, High collectively (through uptake and word of mouth)	Variable (high where trust in vaccination is strong, lower where hesitancy exists)	Bring postcards to visits, follow reminders, encourage peers	Evidence that postcards help protect children, stories of other caregivers benefitting, reassurance on confidentiality	Community gatherings, vaccination sessions	Posters in clinics, community radio, peer mothers' groups	Build demand through visible use of postcards, testimonials, and community endorsement.
UNICEF Lebanon	Technical support, advocacy, funding leverage	High	High	Advocate with government, align with broader child health strategies, provide initial funding and technical assistance	Evidence of effectiveness from the RCT, costs, and relevance to UNICEF's child health agenda	Policy discussions with MoPH, donor meetings	Policy briefs, technical reports, joint MoPH-UNICEF presentations	Use UNICEF credibility to reinforce government ownership, ensure alignment with global immunisation initiatives.
Donors (e.g. Govt, EU, WHO, local donors)	Funding, advocacy	High	Medium to High	Provide financing for early scale-up, integrate into grants or projects	Cost-effectiveness data, sustainability pathway, potential impact at national level	Donor funding cycles, proposal windows	Funding proposals, results briefs, donor roundtables	Frame postcards as a "quick win" intervention with strong evidence and low cost, while highlighting integration into MoPH systems for sustainability.
Local NGOs / CSOs	Advocacy, community engagement	Medium	Medium	Help raise awareness, integrate postcards into outreach, provide feedback from the ground	Local impact stories, evidence of caregiver acceptance, role in reducing dropouts	During project rollouts, community mobilisation activities	Community meetings, joint workshops with MoPH/UNICEF	Strengthen trust and local ownership by involving them in adaptation and feedback loops.

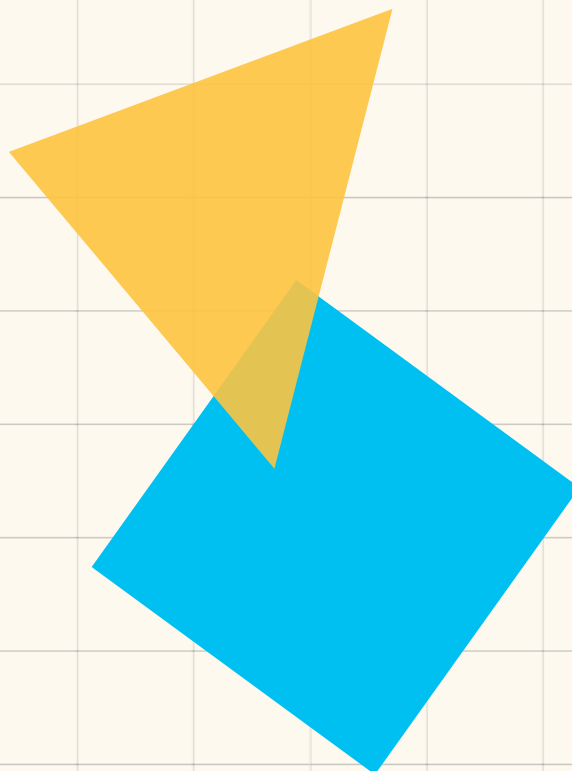


## ÉTAPE 3 :

# Planifier la mise à l'échelle

### Outils associés :

- [Plan de mise à l'échelle horizontale](#)
- [Plan de mise à l'échelle verticale](#)



### Objectif de cette étape :

La dernière étape consiste à élaborer un plan de mise à l'échelle correspondant à l'orientation définie lors de l'Étape 1. Mettre à l'échelle nécessite de faire des choix stratégiques : soit étendre l'intervention vers de nouveaux lieux, districts ou communautés (mise à l'échelle horizontale), soit l'intégrer dans les politiques, budgets et institutions (mise à l'échelle verticale). Les deux axes peuvent favoriser la durabilité à long terme, mais comportent des considérations distinctes.

La mise à l'échelle horizontale renforce la durabilité en démontrant qu'une intervention fonctionne dans divers contextes, tout en diffusant la demande et l'appropriation au sein de plusieurs communautés. Le défi réside dans la préservation des éléments

essentiels qui garantissent son efficacité, tout en permettant son adaptation à de nouvelles conditions.

La mise à l'échelle verticale assure des ressources et un engagement durable en institutionnalisant l'intervention au sein des systèmes gouvernementaux ; cependant, son succès dépend de la volonté politique et de la capacité institutionnelle.

Quelle que soit la voie choisie, la réussite repose sur la protection des éléments essentiels de l'intervention et sur la mise en place des partenariats, des systèmes et des ressources nécessaires pour qu'ils puissent perdurer à grande échelle.

## Pourquoi cette étape est importante ?

Les données issues d'un pilote peuvent montrer qu'une intervention fonctionne, mais sans stratégie de croissance, elle risque de rester une réussite isolée. La mise à l'échelle est façonnée non seulement par la conception de l'intervention, mais aussi par les dynamiques politiques, les ressources et les institutions. Un plan clair permet de rendre visibles ces forces, aide les équipes à anticiper les défis et oriente les arbitrages. Il clarifie les rôles des différents acteurs et garantit que

les systèmes et les ressources nécessaires sont en place pour maintenir et étendre l'impact dans la durée.

## Comment procéder :

Les outils de cette étape aident à identifier les éléments essentiels qui doivent être préservés, les adaptations nécessaires et les nouvelles barrières ou exigences susceptibles d'apparaître. Le résultat est une feuille de route concrète pour la mise à l'échelle.

### 1. Mise à l'échelle horizontale : Étendre la portée

En utilisant la partie I du [Plan de mise à l'échelle horizontale](#), les réalités du pilote avec les adaptations nécessaires pour l'expansion selon des dimensions clés : là où l'intervention sera mise en œuvre, qui elle vise, et comment les barrières comportementales peuvent évoluer lors de la mise à l'échelle.

- a. En commençant par la section « **Qui** » dans la partie supérieure de la fiche, indique les principaux utilisateurs ou bénéficiaires du pilote, ainsi que les acteurs ayant soutenu la mise en œuvre. Puis projetez-vous dans l'expansion : lorsque

l'intervention atteindra de nouvelles zones géographiques ou de nouvelles populations, ces mêmes groupes resteront-ils centraux ou faudra-t-il en mobiliser d'autres ?

- **Expansion vers de nouvelles zones géographiques :** Un pilote mené dans un district peut s'être appuyé sur un petit groupe d'enseignants dévoués et de jeunes volontaires communautaires. Une mise à l'échelle vers plusieurs districts peut vous amener à mobiliser des acteurs supplémentaires tels que des leaders religieux, des conseils locaux ou des associations de parents qui détiennent de l'influence dans ces nouveaux contextes.

- **Extension à de nouveaux groupes de population :** Lorsqu'elle est mise à l'échelle, une intervention conçue pour des adolescents non scolarisés pourra aussi nécessiter d'engager les parents, les enseignants et les mentors communautaires afin de favoriser l'inscription et la participation durable

**Horizontal Scaling Plan** Intervention: \_\_\_\_\_

Use this canvas to plan how the pilot intervention will be adapted for horizontal scale, identifying who to reach, likely barriers, and contextual adjustments.

	Pilot intervention	Horizontal adaptation
<b>Who</b> <small>Which groups or individuals are the primary users or beneficiaries? Who else must be engaged?</small>		
<b>Potential new barriers (using COM-B)</b> <small>What capability, opportunity, or motivation barriers were addressed in the pilot? What additional or different barriers may appear in new contexts?</small>		
<b>Location</b> <small>Where did the pilot take place and under what local conditions? Where will expansion occur, and what contextual factors need to be considered?</small>		

Horizontal scale plan	
<b>Dissemination &amp; advocacy</b> <small>Who are the key decision makers and influencers? How will the innovation be communicated? Are messages clear and tailored to the audience?</small>	
<b>Costs &amp; resources</b> <small>What are expansion costs, can scale reduce expenses, can delivery be more efficient, and are resources available or need enabling?</small>	
<b>Monitoring &amp; evaluation</b> <small>How will success be measured, and are intended results from the pilot still being achieved?</small>	

Dans les deux cas — qu'il s'agisse d'une extension vers de nouvelles zones géographiques ou vers de nouveaux groupes de population — la mise à l'échelle horizontale nécessite de clarifier comment le « qui » évolue entre le pilote et la mise à l'échelle. Cela concerne non seulement les personnes directement atteintes par l'intervention, mais aussi les intermédiaires et les influenceurs dont l'implication est essentielle pour maintenir et élargir l'impact. Cartographier ces changements vous permettra d'anticiper l'étape suivante : identifier comment l'arrivée de nouveaux groupes peut introduire de nouvelles barrières qui devront être prévues afin de garantir la réussite de l'intervention à grande échelle.

- b. L'étape suivante consiste à examiner comment les déterminants comportementaux de ces nouveaux groupes peuvent différer de ceux du pilote. L'application du cadre COM-B offre une méthode structurée pour identifier les barrières potentielles liées à la capacité, à l'opportunité ou à la motivation à grande échelle, et pour les comparer avec les barrières déjà abordées lors du pilote.

- **Expansion à de nouvelles zones géographiques :** Dans un contexte, des rappels peuvent réduire une barrière de capacité en aidant les personnes à se souvenir de renouveler leur contraceptif ou de se présenter à des visites de suivi. Mais lorsque la même intervention est déployée dans des zones rurales, de nouvelles barrières peuvent apparaître. De plus grandes distances jusqu'aux bureaux des services sociaux peuvent empêcher les familles d'accéder à l'assistance juridique ou à la protection de l'enfance (barrière d'opportunité), et dans certaines régions, les agents sociaux peuvent manquer de formation pour identifier et gérer les risques liés à la sécurité des enfants (barrière de capacité).
- **Expansion à de nouveaux groupes de population :** Un système de rappels de présence scolaire conçu à l'origine pour les parents peut nécessiter une adaptation pour s'adresser directement aux élèves plus âgés. Cela peut introduire de nouvelles barrières — par exemple, certains adolescents peuvent percevoir les rappels comme inutiles ou intrusifs

(barrière de motivation), ou ne pas savoir comment modifier ou répondre aux messages sur la plateforme (barrière de capacité).

En comparant les barrières comportementales abordées lors du pilote avec celles susceptibles d'émerger dans de nouvelles zones géographiques ou auprès de nouveaux groupes de population, vous pourrez identifier avec précision les adaptations nécessaires pour maintenir l'efficacité de l'intervention.

- c. La mise à l'échelle exige de comparer minutieusement les **conditions** du pilote avec celles des lieux où l'expansion se fera. La géographie, les infrastructures, les systèmes de prestation de services et les dynamiques locales peuvent faciliter ou freiner l'efficacité. Il est donc essentiel de se demander : quels facteurs ont soutenu la réussite du pilote, et qu'est-ce qui sera différent dans le nouveau contexte ? Documenter ces différences permet d'éviter l'hypothèse selon laquelle ce qui a fonctionné dans un lieu réussira automatiquement ailleurs.

- **Expansion vers de nouvelles zones géographiques :** Un programme ayant réussi dans un district urbain disposant de transports fiables, d'écoles bien équipées et d'un effectif d'enseignants stable peut rencontrer des difficultés dans des zones rurales où les écoles sont éloignées les unes des autres, où les transports sont coûteux et irréguliers, et où les ressources arrivent de manière inconstante. Ces différences peuvent compliquer l'assiduité des élèves et limiter la capacité des enseignants à dispenser leurs cours de façon efficace.
- **Expansion vers de nouvelles populations :** Un pilote testé dans un contexte linguistique ou culturel spécifique peut nécessiter des adaptations importantes lorsqu'il est introduit dans des régions où les langues, normes sociales ou comportements diffèrent. Par exemple, des messages conçus pour des communautés où les mères prennent les décisions de santé peuvent ne pas être adaptés dans des contextes où les pères ou les personnes âgées jouent un rôle majeur, ou encore lorsque la traduction dans des langues locales modifie la clarté ou le ton du message.

La deuxième partie du Plan de mise à l'échelle horizontale consiste à planifier les éléments supplémentaires nécessaires pour garantir la réussite à grande échelle. Vous devrez examiner la manière de communiquer et de faire le plaidoyer en faveur de l'intervention, comment sécuriser et allouer les ressources, ainsi que la façon de suivre et d'évaluer les progrès afin d'assurer la pérennité des résultats au fur et à mesure que l'intervention étend sa portée.

**d. Commencez par la diffusion et le plaidoyer.**

La mise à l'échelle vers de nouvelles régions ou de nouveaux groupes dépend de la capacité à mobiliser l'appui de personnes et d'institutions pouvant soit faciliter, soit freiner les progrès. Cette section s'appuie directement sur la Carte d'appui des parties prenantes, élaborée à l'Étape 2, et transforme cette analyse en un plan d'action clair.

À l'aide de la fiche, produisez un paragraphe unique, cohérent et accessible répondant à trois questions essentielles :

- Qui sont les principaux décideurs et influenceurs ?
- Comment l'intervention leur sera-t-elle communiquée ?
- Les messages sont-ils adaptés à leurs priorités ?

**e. Réfléchissez ensuite aux coûts et aux ressources.**

L'expansion exige de prendre des décisions explicites sur la manière dont les coûts évolueront d'un contexte à l'autre et sur la capacité à mobiliser durablement les ressources à grande échelle. Cette partie du Plan de mise à l'échelle horizontale met l'accent sur l'évaluation de l'abordabilité et de la durabilité à long terme, en anticipant des variations de coûts entre les contextes plutôt qu'en supposant une uniformité.

La mise à l'échelle horizontale révèle souvent des différences cachées. Par exemple, les zones rurales peuvent nécessiter davantage de transport, de supervision ou d'incitation pour atteindre des populations dispersées, tandis que les zones urbaines peuvent nécessiter un investissement plus important dans les canaux de communication et la mobilisation

communautaire. Voici quelques questions utiles pour mieux planifier les coûts et les ressources nécessaires lors d'une mise à l'échelle horizontale:

- **Quel sera le coût de l'expansion selon les contextes ?** Estimez les besoins financiers liés à la formation, aux équipements, au transport, à la supervision et à la communication pour les nouvelles zones géographiques ou populations. Identifiez où les coûts risquent d'augmenter et où les économies d'échelle peuvent les compenser. Par exemple, les districts ruraux peuvent nécessiter des frais supplémentaires de carburant et des indemnités pour les équipes d'outreach, tandis que dans les zones urbaines denses, il est courant de dépenser davantage en mobilisation communautaire.
  - **Quelles ressources existantes peuvent être mobilisées ?** Analysez quelles ressources ont soutenu le pilote — telles que le temps du personnel, les infrastructures ou les contributions bénévoles — et évaluez si elles peuvent être étendues pour soutenir l'échelle. Identifiez les lacunes à combler. Par exemple, les comités scolaires et les groupes locaux d'usagers de l'eau peuvent organiser des activités d'hygiène lors de réunions communautaires, et les systèmes existants — comme les registres de maintenance ou les applications mobiles — peuvent servir à suivre les réparations à réaliser.
  - **Comment les nouvelles ressources seront-elles mobilisées ?** Déterminez si l'expansion sera financée par des budgets districtaux ou nationaux, des partenariats avec des bailleurs, ou par une intégration dans des mécanismes de financement sectoriels. Planifiez des stratégies pour sécuriser et maintenir les ressources afin que les coûts ne deviennent pas un frein à l'échelle. Par exemple, UNICEF peut aider le ministère de l'Éducation à inclure les supports de formation et les indemnités des enseignants dans le budget annuel de l'éducation, et à collaborer avec des stations de radio locales pour diffuser du contenu éducatif à coût réduit.
- f.** Enfin, planifiez le **suivi et l'évaluation (M&E)**. Lorsque les interventions s'étendent vers de nouvelles zones géographiques ou de nouveaux

groupes de population, les systèmes de suivi doivent trouver un équilibre entre comparabilité et adaptation : les indicateurs doivent être suffisamment cohérents pour suivre la performance entre sites, tout en restant assez flexibles pour intégrer les adaptations locales. Par exemple, une ligne d'assistance nationale pour enfants peut suivre un indicateur central tel que « nombre d'appels traités en moins de 24 heures », tout en permettant des mesures propres au contexte, comme « appels reçus en langues locales » ou « pourcentage d'aiguillages effectués avec succès », afin de refléter des priorités spécifiques.

Le M&E doit également vérifier si la mise à l'échelle touche bien l'ensemble des groupes visés, si les résultats se maintiennent dans des contextes diversifiés et si les mécanismes comportementaux essentiels ayant assuré la réussite du pilote demeurent intacts. Les comparaisons entre les sites du pilote et ceux de la mise à l'échelle sont particulièrement importantes pour repérer où et pourquoi les résultats s'affaiblissent.

Par exemple, si une campagne de lecture pilote a amélioré l'assiduité et les compétences en lecture dans des écoles urbaines, le M&E à grande échelle devra inclure des mesures portant sur la qualité de l'enseignement et l'engagement des élèves, afin de s'assurer que les enfants dans des écoles rurales ou disposant de ressources limitées soient tout autant atteints et bénéficiaires.

Vous trouverez ci-dessous quelques questions utiles à prendre en compte lors de l'élaboration d'un plan de M&E.

- **Comment le succès sera-t-il mesuré ?** Les plans de M&E doivent être conçus pour mesurer plus que la portée. Les données doivent permettre d'identifier si l'intervention est mise en œuvre comme prévu (processus), si elle continue de produire les changements recherchés (résultats), et si elle contribue à des transformations plus durables (impacts). Sélectionnez un nombre restreint d'indicateurs équilibrant la faisabilité (données pouvant être collectées de manière réaliste sur plusieurs sites) et la pertinence (données

confirmant que l'intervention génère l'impact attendu et que les mécanismes comportementaux se maintiennent).

- **Quels systèmes et outils seront utilisés ?** La durabilité dépend de l'intégration du suivi dans les structures existantes lorsque cela est possible. Analysez comment intégrer de nouveaux indicateurs dans les systèmes gouvernementaux ou dans les statistiques de services existantes. Lorsque les systèmes routiniers sont faibles, envisagez des outils complémentaires plus légers, tels que des formulaires de rapport simplifiés ou des systèmes de suivi via mobile, permettant de collecter des données en temps utile sans alourdir la charge du personnel.
- **Quelles évaluations supplémentaires sont nécessaires ?** Le suivi de routine ne couvre généralement pas l'ensemble des enjeux. Des études qualitatives rapides, des discussions de groupe ou des outils de retour communautaire peuvent aider à comprendre pourquoi les résultats varient selon les sites ; et des évaluations spécifiques peuvent être nécessaires pour tester les résultats ou les impacts de manière plus rigoureuse. Ces évaluations complémentaires garantissent que la mise à l'échelle ne soit pas uniquement suivie, mais aussi comprise.
- **Comment les résultats éclaireront-ils la stratégie ?** Les données n'ont de valeur que si elles sont utilisées. Préparez des mécanismes de revue réguliers (tableaux de bord mensuels, réunions trimestrielles de réflexion, ou revues conjointes avec les parties prenantes) afin que les résultats alimentent directement la prise de décision. Les constats doivent guider les ajustements éventuels dans la mise en œuvre, affiner les stratégies de délivrance et garantir que les partenaires soient tenus responsables de leur contribution à la mise à l'échelle.

## 2. Mise à l'échelle verticale : institutionnalisation et changement des systèmes

Alors que la mise à l'échelle horizontale est plus courante, la mise à l'échelle verticale est tout aussi essentielle. Lorsqu'une activité est intégrée dans les systèmes, les politiques et les budgets, elle devient un élément de la prestation courante et produit des résultats durables. La mise à l'échelle verticale dépend de l'alignement avec les décideurs politiques, les bailleurs, les fonctionnaires et les instances gouvernementales capables de formaliser et de pérenniser les actions. En résumé, son succès dépend de la mesure dans laquelle les activités peuvent s'inscrire dans les institutions et les systèmes existants.

Par exemple, une activité de nutrition scolaire peut très bien fonctionner en phase pilote, mais ne pourra durer que si elle est incluse dans la formation des enseignants, intégrée dans les budgets de l'éducation et suivie au travers des inspections scolaires.

[Le Plan de mise à l'échelle verticale](#) permet d'identifier les catégories de changement, de spécifier les ajustements nécessaires et de définir la manière dont le changement sera communiqué, financé et suivi.

- a. La première étape consiste à clarifier le type de mise à l'échelle verticale dans la colonne de gauche du tableau de travail. Posez la question : *Quel type de mise à l'échelle est visé ?* Le tableau ci-dessous résume les types les plus courants de mise à l'échelle verticale et fournit des indications sur les moments où chacun peut être le plus utile.

### Vertical Scaling Plan

Use this canvas to plan how the pilot intervention will be adapted for vertical scale.

Intervention: \_\_\_\_\_

**Type of Scale-Up**  
Choose all that apply

New programme or policy rollout – Create and launch a completely new programme or policy based on the intervention.

Policy integration into an existing programme – Embed the intervention into an established programme, service, or policy framework.

Service-level integration – Incorporate the intervention into routine service delivery platforms (e.g., adding to health worker protocols, school curricula).

Institutionalisation – Make the intervention part of standard operating procedures, guidelines, or job descriptions, with dedicated budget lines.

Legislative or regulatory adoption – Codify the intervention through laws, regulations, or formal government mandates.

Category of change	Change needed <small>(yes/no/unknown)</small>	Describe specific changes needed <small>or how needs should be assessed</small>
Policy		
Political commitment		
Legal change		
Regulations, norms, guidelines		
Financing and budgets		
Logistics		
Management information systems		
Supervision		
Staff evaluation, performance incentives		
Training curricula and approaches		
Health workforce changes		
IEC materials		
Other		

**Dissemination**  
*Who are the key decision-makers and influencers? How will the innovation be communicated (training, peers, media, briefs)? Are messages clear and tailored to the audience?*

**Costs & resources**  
*What will expansion cost, can scale reduce expenses, can delivery be more efficient, and are resources available or need mobilising?*

**Monitoring & evaluation**  
*How will scale-up be monitored, and are intended results from the pilot still being achieved?*

TABLEAU 7. TYPES DE MISE À L'ÉCHELLE VERTICALE

TYPE DE MISE À L'ÉCHELLE	SITUATION DANS LAQUELLE CE TYPE EST LE PLUS UTILE	EXEMPLE
Lancement d'un nouveau programme ou d'une nouvelle politique : Créer et lancer un nouveau programme national ou infra-national fondé sur l'intervention.	Lorsque l'intervention n'a pas d'ancrage institutionnel évident ; une forte visibilité ainsi qu'un déploiement coordonné sont nécessaires.	Le ministère de la Santé lance un Programme national d'appels de suivi, qui impose un créneau hebdomadaire de deux heures d'appels dans toutes les cliniques, financé par le gouvernement.
Intégration dans les politiques ou programmes existants : Intégrer l'intervention dans un programme déjà établi afin qu'elle devienne un composant standard.	Lorsqu'un programme existant peut absorber l'intervention avec des ajustements mineurs.	Le programme national de vaccination met à jour sa politique pour y inclure des appels hebdomadaires aux retardataires, les ajoute aux plans annuels et les aligne avec les activités de supervision et de rapportage.
Intégration au niveau des services : Incorporer l'intervention dans les procédures de travail et la supervision de routine.	Lorsque le principal changement concerne la pratique des prestataires, plutôt que la politique ; l'adoption peut se faire rapidement.	Les cliniques ajoutent un créneau hebdomadaire de deux heures d'appels dans les emplois du temps, les infirmier·ères utilisent un script de 60 secondes, et les superviseurs vérifient une fiche d'appel d'une page lors de leurs visites régulières.
Institutionnalisation (procédures opérationnelles standard, rôles, budgets) : Intégrer l'intervention dans les procédures standard (SOP), les fiches de poste, les outils de supervision, les indicateurs, et lui attribuer une ligne budgétaire dédiée.	Lorsque la durabilité financière et institutionnelle à long terme doit être garantie ; passage d'un projet à une pratique courante.	Les fiches de poste des infirmier·ères incluent les appels aux parents en cas de rendez-vous manqué ; les formulaires de supervision comportent une case de vérification ; une petite ligne budgétaire mensuelle pour le crédit téléphonique est intégrée aux budgets des cliniques ; un indicateur simple d'appels est ajouté aux rapports de routine.
Adoption législative ou réglementaire : Codifier l'intervention dans des normes ou des lois afin d'établir une autorité, des standards de confidentialité, et des pratiques minimales.	Lorsque la clarté juridique est nécessaire (ex. : consentement/confidentialité), lorsque le renouvellement des décideurs est fréquent, ou lorsque les normes doivent être protégées indépendamment des changements politiques.	Une réglementation sanitaire autorise des appels téléphoniques courts de la part des cliniques vers les parents, en utilisant un script approuvé respectant la confidentialité, définit les règles de traitement des données et exige un enregistrement minimal des appels effectués.

- b. La prochaine étape consiste à déterminer quels éléments du système doivent évoluer pour que l'activité puisse passer d'un pilote à une politique ou à une prestation de routine. La colonne centrale du Plan de Mise à l'Échelle Verticale répertorie les domaines à examiner : politique publique, engagement politique, financement, supervision, formation, et systèmes d'information. Pour chaque domaine, indiquez si un changement est nécessaire et décrivez l'ajustement requis. Cette comparaison permet d'identifier les transformations institutionnelles indispensables pour aller au-delà de projets à court terme.
- **Politique :** La mise à l'échelle exige-t-elle une nouvelle directive ou l'intégration de l'intervention dans un cadre politique existant ? Par exemple, ajouter les rôles et protocoles de rapportage des agents communautaires de protection de l'enfance à la politique nationale afin que les activités de proximité deviennent un service gouvernemental de routine.
  - **Engagement politique :** Faut-il des champions au sein des hautes instances gouvernementales pour soutenir l'institutionnalisation ? Le leadership politique peut être essentiel pour obtenir l'approbation ou accélérer l'adoption.
  - **Financement et budgets :** Faut-il créer de nouvelles lignes budgétaires ou le financement peut-il être absorbé dans les allocations sectorielles existantes ? Par exemple, intégrer les coûts de formation des enseignants pour une initiative de lecture dans le budget national de l'éducation plutôt que de s'appuyer sur des financements externes temporaires.
  - **Supervision et gestion des performances :** L'institutionnalisation exige-t-elle de nouvelles structures de supervision, des critères d'évaluation ou des lignes hiérarchiques adaptées ? Par exemple, garantir que les responsables de district incluent l'intervention dans leur supervision régulière.
  - **Formation et programmes d'études :** Des supports de formation initiale ou continue sont-ils nécessaires pour institutionnaliser les pratiques des agents de santé, enseignants ou autres travailleurs de première ligne ?
  - **Systèmes d'information :** De nouveaux indicateurs doivent-ils être ajoutés aux bases de données administratives, aux registres scolaires ou à d'autres plateformes de rapportage afin d'assurer la durabilité et la redevabilité ?
- c. Réfléchissez ensuite aux **besoins de diffusion**. La mise à l'échelle verticale repose sur la visibilité, la légitimité et l'adhésion partagée entre les institutions qui définissent les politiques et contrôlent les financements. À ce stade, l'objectif se déplace de la simple communication des résultats vers la défense d'un changement systémique, en utilisant des canaux capables d'influencer les décideurs, les responsables budgétaires et les dirigeants institutionnels.
- L'action de plaider peut inclure de courtes notes de politique avec des recommandations claires, des réunions avec des ministères et partenaires clés, l'identification de champions internes, ainsi que des visites de terrain permettant aux décideurs de voir l'activité en pratique. Une participation aux processus nationaux ou infranationaux — tels que les revues budgétaires ou les plans sectoriels — constitue souvent le moment stratégique où l'adoption durable peut être sécurisée.
- Un objectif central est d'instaurer une large appropriation. L'activité doit être présentée comme faisant partie intégrante de la prestation de services, et non comme un ajout optionnel. Les messages doivent être adaptés aux hauts responsables, aux gestionnaires de programmes, aux personnels de première ligne, ainsi qu'aux représentants communautaires, afin que chacun comprenne son rôle dans la pérennisation de l'intervention.

En alignant les canaux formels et informels sur les moments clés d'élaboration des politiques et sur les priorités institutionnelles, l'activité peut être perçue comme crédible et essentielle à la prestation de services de routine.

Cette section du formulaire doit synthétiser les éléments de la Matrice de Soutien au Scaling (étape 2) en un plan ciblé. Elle doit identifier les acteurs prioritaires, préciser la manière de les atteindre, et s'assurer que les messages sont simples, adaptés et alignés avec les priorités institutionnelles.

- d. La mise à l'échelle verticale nécessite des **ressources dédiées**. Les projets pilotes s'appuient souvent sur des financements externes ou de courte durée, tandis que l'institutionnalisation dépend de l'intégration des coûts dans les budgets gouvernementaux et ceux des partenaires. La tâche essentielle consiste à montrer comment les coûts récurrents liés à la formation, à la supervision, à la logistique et aux fournitures pourront être intégrés dans les budgets existants de la santé, de l'éducation ou de la protection sociale. L'objectif est de passer d'un financement temporaire à un investissement stable, afin que l'activité ne soit pas vulnérable aux cycles de projets ou aux changements de bailleurs.

Cette section doit produire un paragraphe clair répondant aux quatre questions suivantes :

- Quel sera le coût de l'expansion verticale ?
- L'extension à grande échelle peut-elle réduire les coûts ou rendre la prestation plus efficace ?
- Quelles ressources sont déjà disponibles ?
- Quelles nouvelles ressources sont nécessaires, et à travers quels budgets ou partenariats seront-elles mobilisées ?

- e. Enfin, il convient de planifier le **suivi-évaluation (M&E)**. La mise à l'échelle verticale doit mesurer à la fois les résultats et les progrès en matière d'institutionnalisation. Alors que les pilotes se concentrent sur l'évolution des comportements et l'utilisation des services, le suivi à grande échelle doit également montrer si l'activité est

intégrée dans les systèmes, les politiques et les budgets, et si elle continue d'obtenir des résultats une fois institutionnalisée. Par exemple, il faut suivre l'existence de lignes budgétaires dédiées à l'impression de rappels, ainsi que la manière dont les superviseurs consignent ces rappels lors de leurs visites de routine.

Il s'agit de commencer par poser la question suivante : comment la mise à l'échelle verticale sera-t-elle suivie et évaluée, et quels indicateurs sont appropriés ? Cela peut impliquer :

- **Suivre les étapes importantes de l'institutionnalisation** : nouvelles politiques, lignes budgétaires, mises à jour des formations, ou encore intégration d'indicateurs simples dans les systèmes de données de routine.
- **Le suivi des résultats à grande échelle** : vérifier que les effets comportementaux observés lors du pilote sont maintenus.
- **Utiliser les statistiques existantes sur les services** : intégrer les indicateurs dans les dispositifs de suivi de routine afin de garantir la durabilité et l'alignement avec les priorités sectorielles.
- **Compléter par des études supplémentaires** : recherches qualitatives rapides pour identifier les barrières au moment où l'activité devient routinière, ainsi que des vérifications simples permettant d'évaluer si elle est bien mise en œuvre et continue d'atteindre les résultats attendus.
- **Réaliser des corrections de trajectoire** : des revues régulières permettant d'utiliser les résultats pour adapter les plans en cas de blocages politiques, financiers ou organisationnels

Combiner des indicateurs institutionnels à des données de résultats permet de confirmer qu'une activité est intégrée dans des systèmes capables de la maintenir dans le temps. Par exemple, si une initiative scolaire de lavage des mains a amélioré la fréquentation et les comportements d'hygiène lors d'un pilote, la mise à l'échelle nationale devrait aussi suivre la présence de cette activité dans les

listes de supervision du Ministère de l'Éducation, les plans de formation des enseignants et les budgets annuels — autant de signes d'institutionnalisation.

Cette section du document doit produire un paragraphe clair présentant l'approche de suivi. Il doit indiquer les principaux indicateurs d'institutionnalisation à mesurer, préciser comment les résultats seront vérifiés à grande échelle, et expliquer comment les constats orienteront les décisions afin que les stratégies soient ajustées en temps réel. L'objectif est de disposer d'un plan concis qui montre à la fois comment l'institutionnalisation sera mesurée et comment l'efficacité sera préservée.

Le Plan de Mise à l'Échelle Verticale permet aux ministères, aux partenaires et aux bailleurs de s'accorder sur les priorités, d'établir un ordre d'action réaliste et de suivre les progrès dans le temps. Il clarifie également les responsabilités liées aux changements de politiques, aux budgets et au suivi, afin que les engagements se traduisent en pratiques routinières. Ce plan doit rester un document évolutif, révisé à intervalles réguliers, avec des mécanismes explicites d'ajustement en cas de risques ou de retards.

Les outils de cette phase permettent de tester la préparation à l'échelle, d'ancrer les efforts dans les données probantes et l'alignement institutionnel, et de définir des trajectoires claires pour l'adaptation horizontale et l'institutionnalisation verticale — transformant ainsi les résultats prometteurs d'un pilote en changement durable.

## ÉTUDE DE CAS :

# Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Les outils mentionnés dans cette étape de la phase Mettre à l'échelle n'avaient pas été développés par l'équipe initiale du projet. Cette étude de cas est une reconstitution fondée sur de vraies données et sur le contexte réel du projet.

## Choisir les voies à suivre

Puisque la préparation à l'échelle avait été confirmée à l'Étape 1 et l'implication des acteurs consolidée à l'Étape 2, l'équipe devait décider comment étendre l'intervention : s'étendre à différents contextes (scaling horizontal) tout en l'intégrant aux systèmes (scaling vertical). La Stakeholder Support Map suggérait la viabilité des deux voies : les responsables de districts et les acteurs communautaires étaient prêts pour l'expansion, et le Programme élargi de vaccination (PEV) du Ministère de la Santé exprimait son intention d'institutionnaliser l'approche, à condition qu'une phase de déploiement progressif soit réalisée.

L'équipe planifia un double parcours : une expansion horizontale contrôlée dans trois nouvelles régions présentant des caractéristiques géographiques et démographiques différentes, en parallèle à un processus d'intégration verticale pour inscrire l'intervention dans les politiques nationales, les budgets et les systèmes de supervision.

## Plan de mise à l'échelle horizontale — Partie I : comparaison entre le projet pilote et la mise à l'échelle.

L'équipe confirma les acteurs centraux : les aidants comme utilisateurs principaux, les travailleurs de proximité et superviseurs comme metteurs en œuvre, et le PEV/UNICEF comme facilitateurs. Ils répertorièrent les changements anticipés selon le modèle COM-B:

- **Capacité** : proportion plus élevée de soignants peu alphabétisés dans les zones rurales, nécessitant des versions illustrées et multilingues des cartes.
- **Opportunité** : risque de distribution inégale dans les districts ne disposant pas de canaux de sensibilisation établis et dépendance à l'égard d'une supervision standard (non spécifique au projet).
- **Motivation** : la nouveauté pourrait s'estomper si le design des cartes restait inchangé.

### Horizontal Scaling Plan

Intervention: Appointment reminder card

Use this canvas to plan how the pilot intervention will be adapted for horizontal scale, identifying who to reach, likely barriers, and contextual adjustments.

	Pilot intervention	Horizontal adaptation
<b>Who</b> Which groups or individuals are the primary users or beneficiaries? Who else must be engaged?	Primary users/beneficiaries: Caregivers of un- or under-vaccinated children, mainly in vulnerable households.	Other engaged actors: Outreach workers delivering postcards, supervisors overseeing fidelity, Ministry of Health approving design, UNICEF providing technical support.
<b>Potential new barriers (using COM-B)</b> What capability, opportunity, or motivation barriers were addressed in the pilot? What additional or different barriers may appear in new contexts?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capability</b>: Caregivers lacked planning capability (forgetting dates)</li> <li>• <b>Motivation</b>: Low salience</li> <li>• <b>Opportunity</b>: Weak prompts to attend clinics.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capability</b>: higher-literacy groups may ignore visuals, while low-literacy groups may need more pictorial adaptation.</li> <li>• <b>Opportunity</b>: Distribution may be inconsistent if supply chain is weak.</li> <li>• <b>Motivation</b>: Novelty may fade if postcards are not refreshed; competing priorities in households may reduce motivation to act.</li> </ul>
<b>Location</b> Where did the pilot take place and under what local conditions? Where will expansion occur, and what contextual factors need to be considered?	Implemented in select low-resource communities with strong outreach presence, during a short-term vaccination campaign.	Planned for routine immunisation in urban, peri-urban, and rural areas. Contextual factors include varying literacy rates, mobile/migrant populations, and different levels of trust in government health services.

Horizontal scale plan		
<b>Dissemination &amp; advocacy</b> Who are the key decision-makers and influencers? How will the innovation be communicated? Are messages clear and tailored to the audience?	<b>Key decision-makers and influencers</b> : Ministry of Health leadership, donor agencies, district health directors, outreach supervisors. <b>Tailoring</b> : Use multi-language and pictorial formats for caregivers; emphasise cost-effectiveness and equity for policymakers/donors.	<b>Communication approach</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Policymakers</b>: policy briefs with cost-benefit results.</li> <li>• <b>Donors</b>: slide decks showing equity and cost-effectiveness.</li> <li>• <b>Outreach workers</b>: simple training/job aids.</li> <li>• <b>Communities</b>: human-interest stories and local demonstrations.</li> </ul>
<b>Costs &amp; resources</b> What will scale-up cost? Can scale reduce expenses, can delivery be more efficient, and are resources available?	<b>Pilot costs</b> : \$0.20 per postcard, less than \$10,000 total for 10,000 households. <b>Scaling estimate</b> : Printing 500,000 postcards annually (= \$100,000 -with potential bulk printing discounts-) <b>Resources needed</b> : Funding for printing and replenishment, integration with vaccine supply logistics, and small training modules. <b>Efficiency</b> : Economies of scale likely, especially if bundled with vaccine shipments and procured nationally.	
<b>Monitoring &amp; evaluation</b> How will scale-up be monitored, and are intended results from the pilot still being achieved?	<b>Monitoring methods</b> : Supervisors check postcard distribution during outreach visits. Routine immunisation registers track uptake and completion. Household caregiver surveys capture recall and usefulness. Cost-tracking templates for procurement and logistics.	<b>Success criteria</b> : (1) More than 5 percentage point increase in timely vaccine completion across diverse contexts; (2) Fidelity of 80% (postcards correctly filled and delivered); (3) equity gap reduction between vulnerable and non-vulnerable populations; (4) stable cost per additional vaccinated child (less than \$10).

Ils notèrent également des différences contextuelles : le pilote se déroulait dans un district urbain pendant une campagne intensive, alors que l'extension impliquait une prestation continue et annuelle, dans des zones urbaines périphériques et reculées aux infrastructures plus limitées.

## Plan de mise à l'échelle horizontale – Partie II : Diffusion, ressources et suivi

La comparaison fut traduite en actions concrètes. Les responsables de district reçurent un bref document « pourquoi maintenant », les superviseurs animèrent une courte séance d'application pratique lors de la réunion mensuelle, et les centres utilisèrent une fiche visuelle simple pour expliquer la carte aux parents. Les coûts furent inscrits directement dans le plan, incluant un contrat d'impression maintenant l'unité à moins de vingt cents et la production initiale d'environ 150 000 cartes. La distribution fut intégrée aux envois de vaccins existants, et la formation intégrée aux sessions de rafraîchissement de deux heures.

Le suivi a été volontairement simplifié et intégré aux systèmes routiniers, avec quatre indicateurs clés assortis de seuils, permettant de comparer les performances des trois régions et d'identifier les besoins d'adaptation. Il s'agissait : d'une fidélité d'au moins 80 % dans la complétion

correcte des cartes, d'une augmentation d'au moins cinq points de pourcentage des doses administrées à temps par rapport à des districts comparables, d'une réduction des écarts d'équité au bénéfice des familles marginalisées, et d'un coût par enfant entièrement vacciné supplémentaire demeurant inférieur à dix dollars. Une règle décisionnelle simple a été inscrite en langage clair : ne poursuivre l'expansion que si au moins deux des trois régions atteignent tous les seuils après deux trimestres ; dans le cas contraire, mettre l'extension en pause, corriger, puis ré-tester.

## Plan de mise à l'échelle verticale – Sélection de la voie

En parallèle, l'équipe a sélectionné les voies verticales prévues dans le plan : l'intégration de l'intervention dans les politiques de l'EPI (Programme élargi de vaccination), son intégration au niveau des services via des SOP (procédures opérationnelles standard), des formulaires de supervision et des systèmes de commande, ainsi que son institutionnalisation par une circulaire ministérielle, une ligne budgétaire dédiée à l'EPI et un module de formation. Il a été noté qu'aucune modification législative n'était requise pour l'adoption immédiate.

Vertical Scaling Plan			Intervention: <u>Appointment reminder card</u>
Type of Scale-Up	Category of change	Change needed	Describe specific changes needed
<p><input checked="" type="checkbox"/> Policy integration into an existing programme – Embed the intervention into an established programme, service, or policy framework.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Service-level integration – Incorporate the intervention into routine service delivery platforms (e.g. adding to health worker protocols, school curricula).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Institutionalisation – Make the intervention part of standard operating procedures, guidelines, or job descriptions, with dedicated budget lines.</p>	Policy	Yes	Postcards must be included in MoH vaccination operational guidelines and demand-generation policies.
	Political commitment	Yes	Ministers and senior officials must endorse and champion postcards as a national priority.
	Legal change	No	Not required.
	Regulations, norms, guidelines	Yes	Add postcards to immunisation SOPs, supervision checklists, and reporting templates.
	Financing and budgets	Yes	Secure a dedicated budget line for postcard design, printing, and distribution.
	Logistics	Yes	Integrate postcard supply with existing vaccine distribution chains.
	Management information systems	To be defined	May need small adjustments to record postcard distribution and track fidelity.
	Supervision	Yes	Supervisors must include postcard use in standard monitoring visits.
	Staff evaluation, performance incentives	To be defined	Postcard delivery may be linked to outreach performance, but this needs assessment.
	Training curricula and approaches	Yes	Add postcards to outreach worker training modules and refresher sessions.
	Health workforce changes	No	No new staff needed, uses existing staff.
	IEC materials	Yes	Postcards must be co-branded with MoH/UNICEF logos, translated into multiple languages, and pictorially adapted for low-literacy groups.
	Other	Yes	Mechanism for periodic redesign (to prevent message fatigue) should be established.

**Dissemination**

- Decision-makers: MoH, UNICEF, WHO district directors.
- Approach: Policy briefs and cost summaries for MoH leaders; peer learning for managers; job aids for workers; evidence briefs/webinars for multipliers.
- Message: Low-cost, equity-enhancing, easy to integrate.

**Costs & resources**

- Costs: At scale, \$0.20 per postcard; 500,000 postcards annually (~\$100,000.)
- Efficiency: Economies of scale achievable with bulk printing and bundling with vaccine shipments.
- Resources needed: Donor co-financing in early phases; eventual transition to MoH budget line. Communications experts for design adaptation.

**Monitoring & evaluation**

- Monitoring: Supervisors check postcard use; immunisation data track uptake/timeliness; spot surveys assess caregiver recall.
- Key indicators: % postcards distributed correctly; % increase in on-time vaccination; equity gap reduction; cost per additional child vaccinated.
- Evaluation: Quasi-experiment to assess impact on vaccination uptake

## Plan de mise à l'échelle verticale — Catégories de changement

Chaque catégorie de changement renvoie à une composante du système devant être adaptée pour que l'activité devienne routinière — telles que la politique, le financement, la logistique, la formation, la supervision ou les systèmes d'information. Chacune a été associée à un responsable, ainsi qu'à un document ou un processus à modifier.

**Les politiques et les lignes directrices** nécessitaient la publication d'une circulaire ministérielle ainsi que des révisions des directives opérationnelles de l'EPI afin de formaliser l'usage de la carte postale dans la vaccination de routine. Le **financement** exigeait la création d'une ligne budgétaire EPI dédiée, initialement soutenue par des fonds de donateurs puis progressivement absorbée par des financements nationaux. La logistique demandait un code de commande spécifique pour les cartes de rappel, leur intégration systématique dans les envois de vaccins, ainsi que des inventaires trimestriels au niveau des districts. La **formation** ajoutait un module court sur l'utilisation de la carte postale, intégré à la fois aux formations continues et préalables au service. La **supervision** incorporait une case à cocher attestant la complétion correcte de la carte dans les fiches de visite mensuelles, assortie de mécanismes de reconnaissance pour les équipes performantes. Les **systèmes d'information** restaient légers, en recourant aux indicateurs existants de vaccination pour suivre les résultats, tandis qu'un calendrier simple de refonte périodique des cartes assurait le maintien de l'intérêt des utilisateurs.

## Plan de mise à l'échelle verticale — Prise de décision et diffusion

La dissémination des décisions verticales a suivi le plan à la lettre. La direction de l'EPI a reçu une note technique de deux pages et une courte présentation décisionnelle, tandis qu'une visite discrète sur le terrain a précédé la présentation au Comité national consultatif sur l'immunisation (NITAG). Rien n'a été scénarisé : une soignante consultait la carte au domicile d'une famille, lisait la prochaine date inscrite, et la mère la montrait. Les demandes adressées au ministère étaient ciblées et concrètes : publier la circulaire, activer la ligne budgétaire, ajouter la case de supervision, et activer le code de commande. Le NITAG a donné son aval, et la circulaire a été signée la semaine suivante.

## Pour en savoir plus :

Ce guide pratique présente des outils concrets pour aider les équipes à évaluer la préparation à la mise à l'échelle, mobiliser les parties prenantes, et planifier l'échelle. Toutefois, la mise à l'échelle est un domaine complexe à part entière, s'appuyant sur des connaissances issues de la science de la mise en œuvre, du changement systémique, de l'économie politique, et de la gestion organisationnelle. Aucun guide ne peut à lui seul capturer toutes les perspectives, enseignements ou stratégies existantes. C'est pourquoi cette section présente des ressources complémentaires pour celles et ceux qui souhaitent approfondir le sujet — que ce soit pour explorer plus en détail les cadres introduits ici, ou pour élargir leur compréhension des défis et approches de la mise à l'échelle.

### « Je souhaite en savoir plus sur [l'effet de déperdition à grande échelle de John List](#). »

Cet ouvrage décrit les potentielles « pertes de voltage » qui surviennent lorsque des interventions prometteuses en pilote perdent leur efficacité ou leur rentabilité lorsqu'elles changent d'échelle (voir l'Annexe 1 pour plus de détails)..

### « Je souhaite vérifier rapidement et de manière structurée la scalabilité avant d'investir. »

[L'outil d'évaluation de l'évolutivité des interventions \(ISAT\) développé par Milat et al.](#) fournit aux décideurs publics et aux équipes de mise en œuvre une liste de contrôle pratique pour évaluer la préparation à l'échelle, selon des critères tels que la solidité des preuves, les coûts, la fidélité, et le contexte.

### « Je souhaite compléter la Phase « Mettre à l'échelle » du processus DEPTHS par une autre alternative de mise à l'échelle. »

[OMS/ExpandNet : Neuf étapes pour élaborer une stratégie de mise à l'échelle \(Neuf étapes pour élaborer une stratégie de mise à l'échelle\)](#) offre une feuille de route éprouvée, couvrant quoi mettre à l'échelle, qui l'adoptera, les besoins en ressources, les partenariats, et le suivi. Associez-la à [ExpandNet : Beginning with the End in Mind \(Commencer par la fin en tête\)](#) afin de concevoir des pilotes avec la future mise à l'échelle en tête dès le départ (budgets, rôles, systèmes de données).

Une autre option est le [BehaviourWorks Scale-up Toolkit](#), qui aide à distinguer les éléments centraux vs. adaptables, planifier les voies d'adoption, anticiper les pertes de voltage, et choisir des tactiques d'échelle (ex. : déploiement par étapes, nouveaux canaux). C'est un bon pont opérationnel entre les Plans d'Échelle horizontale et d'Échelle verticale.

### « Je veux des cadres de mise en œuvre solides pour comprendre le contexte avant la mise en œuvre. »

Les équipes peuvent utiliser le [CFIR \(Consolidated Framework for Implementation Research\)](#), qui permet d'identifier les barrières et facteurs facilitateurs liés à l'intervention, aux contextes, aux acteurs, et aux processus. [L'EPIS \(Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment\)](#) apporte une vision séquentielle et met en avant les « facteurs de liaison » entre les systèmes et les services. Pour les équipes débordées, utiliser CFIR pour structurer le registre des risques/hypothèses, et EPIS pour planifier quand et comment les adaptations seront réalisées.

### « Je dois concevoir des adaptations sans perdre l'essentiel. »

[Le processus d'adaptation dynamique \(DAP\)](#) montre comment planifier et documenter les adaptations tout en protégeant les fonctions centrales. Ce cadre est utile lorsque votre plan d'Adaptation horizontale requiert des changements liés aux langues, aux canaux ou aux modèles de ressources humaines.

### « Je veux planifier une adaptation à long terme, pas seulement un lancement. »

[Le cadre de durabilité dynamique \(DSF\)](#) propose l'idée que le contexte évolue, et que les interventions doivent évoluer avec lui. Il aide à mettre en place des boucles d'amélioration continues simples (ex. : examens trimestriels de fidélité + résultats) durant la mise à l'échelle, afin que l'intervention reste efficace malgré les évolutions contextuelles.

### « Je dois surveiller la portée, la fidélité et le maintien pendant la phase de mise à l'échelle. »

[RE-AIM \(Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance\)](#) propose cinq dimensions claires, mesurables, et compréhensibles avec des données de routine. Il peut être combiné avec PRISM, qui ajoute des éléments liés au contexte (flux de travail, leadership, systèmes d'information). Ensemble, ils aident à sélectionner un petit nombre d'indicateurs pertinents pour vos tableaux de bord de mise à l'échelle.

**« Je souhaite suivre et communiquer la valeur publique au sens large. »**

Le modèle [Translational Sci](#) aide à documenter les bénéfices communautaires, cliniques, économiques et politiques au-delà des effets principaux. Il est particulièrement

UNICEF met également à disposition une expertise interne solide pour soutenir la mise à l'échelle. Des membres du personnel ayant une expérience directe, ainsi que des documents et orientations internes, peuvent accompagner les équipes. Mobiliser ces ressources rend la mise à l'échelle plus accessible — particulièrement parce qu'elle est souvent la partie la plus complexe de l'application des sciences comportementales en pratique.

utile pour les notes aux bailleurs, les argumentaires budgétaires, et les politiques liées à l'échelle verticale.

**« Je dois transformer les preuves en décisions et en produits. »**

[Le cadre d'utilisation de la recherche de FHI 360](#) propose un parcours concret de la preuve à l'action — cartographie des parties prenantes, conception de produits, et institutionnalisation. Pour la rédaction et la planification, [la boîte à outils de transfert de la recherche du PRB](#) fournit des modèles de notes politiques, de plans de parties prenantes et de passerelles preuve-à-action. Le [cadre de diffusion de la recherche à valeur ajoutée](#) offre une approche simple et complète pour diffuser et utiliser les résultats de recherche.

RESSOURCE	CE QU'IL OFFRE ET SON UTILITÉ POUR LA MISE À L'ÉCHELLE
<b>Guide du programme de changement social et comportemental : tous les outils</b> ( <a href="#">Guide SBC de l'UNICEF</a> )	Un ensemble d'orientations internes, documents de cadrage et outils pour les programmes de changement de comportement. Utile pour concevoir, mettre en œuvre et ajuster des programmes de changement de comportement, afin d'assurer cohérence et qualité lors de la mise à l'échelle.
<b>Ressources pour la recherche sur la mise en œuvre</b> ( <a href="#">UNICEF</a> )	Des orientations pratiques et des études de cas sur l'utilisation de la recherche de mise en œuvre pour adapter et mettre à l'échelle des interventions dans des contextes réels. Utile pour identifier les barrières, tester les adaptations, et éclairer une mise à l'échelle durable.
<b>Mise à l'échelle de la protection de l'enfance : un cadre</b> ( <a href="#">volumes 1 et 2</a> )	Propose une feuille de route conceptuelle et pratique pour la mise à l'échelle de programmes, politiques et services en protection de l'enfance. Les étapes incluent : construire le consensus, évaluer la scalabilité, élaborer une stratégie de mise à l'échelle, mettre en œuvre, suivre, et adapter.
<b>Compendium de recherche sur la mise en œuvre</b> ( <a href="#">UNICEF</a> )	Une série d'études de cas provenant de neuf pays montrant comment la recherche de mise en œuvre aide dans les contextes réels, surtout pour l'adaptation et la mise à l'échelle.

*Le tableau se poursuit à la page suivante.*

RESSOURCE	CE QU'IL OFFRE ET SON UTILITÉ POUR LA MISE À L'ÉCHELLE
<p><b>Mise à l'échelle de l'innovation pour chaque enfant</b> (<a href="#">UNICEF</a>)</p>	<p>Principes et recommandations du Groupe Innovation de l'UNICEF concernant la mise à l'échelle des innovations, particulièrement numériques, au sein de l'écosystème UNICEF.</p>
<p><b>Outils et éthique pour l'application des connaissances en comportement : boîte à outils de base</b> (<a href="#">Sommet de la connaissance de l'UNICEF</a>)</p>	<p>Outils et cadre éthique pour appliquer les sciences comportementales. Utile pour garantir que la mise à l'échelle se fait de façon responsable, en évitant les risques potentiels, effets inattendus ou usages inappropriés lorsque l'intervention gagne en ampleur.</p>

# Annexes

## Annexe 1 : Cinq chutes de tension (Voltage Drops) selon John List<sup>26</sup>

SIGNE VITAL	SIGNIFICATION	EXEMPLE
<b>Faux positifs</b>	Le pilote semblait efficace, mais l'effet n'était pas réel ou ne pouvait pas être reproduit.	Avec le programme DARE (Drug Abuse Resistance Education), les premiers pilotes scolaires ont montré des évolutions encourageantes d'attitudes et d'intentions, ce qui a poussé à un déploiement dans des milliers d'écoles. Plus tard, des études indépendantes, mesurant les comportements réels et non les intentions, n'ont constaté que peu ou pas de réduction de l'usage de drogues, voire de légers effets inverses. Le succès initial provenait donc de mesures auto-rapportées à court terme. La leçon : confirmer les effets avec des résultats objectifs et des répliques avant une mise à l'échelle.
<b>Représentativité de la population</b>	Le pilote a fonctionné pour une population test, qui diffère largement de la population à l'échelle.	Un curriculum préscolaire dans une banlieue de Chicago a davantage amélioré les résultats scolaires chez les enfants hispaniques que chez les enfants blancs ou noirs. Une explication : les familles hispaniques y étaient souvent multigénérationnelles, avec des grands-parents pouvant aider lorsque les parents étaient absents. Une mise à l'échelle sans nuance aurait conduit à sur-investir pour des groupes qui auraient moins bénéficié de l'intervention. Comprendre pour qui l'intervention fonctionne permet donc d'ajuster la cible et l'adaptation.
<b>Effets de débordement</b>	L'intervention affecte des groupes non ciblés, ce qui change l'impact observé lors du pilote par rapport à l'impact à l'échelle.	Dans un cas préscolaire, des enfants non inscrits ont progressé simplement en jouant avec des camarades qui participaient au programme : il s'agissait d'un spillover positif. Une mise à l'échelle aurait amplifié l'impact global.
<b>Côté offre</b>	Même si l'efficacité persiste, l'effet de déperdition à grande échelle peut venir de coûts qui augmentent de façon disproportionnée (diseconomies of scale).	Une équipe a anticipé les coûts et la capacité de déploiement en concevant le programme Chicago Heights pour qu'il puisse être délivré par des enseignants "moyens" dans des communautés ordinaires. Le modèle était donc conçu dès le départ pour être scalable — financièrement et opérationnellement.

Le tableau se poursuit à la page suivante.

<sup>26</sup> List, J.A. Optimally generate policy-based evidence before scaling. *Nature* 626, 491–499 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06972-y>

SIGNE VITAL	SIGNIFICATION	EXEMPLE
<b>Représentativité du contexte</b>	L'intervention a fonctionné dans un contexte trop particulier pour être reproduit à l'échelle.	Un programme de petite enfance a réussi grâce à un nombre restreint d'enseignants très performants. En recruter 30 000 était impossible. De même, le programme Early Head Start dépendait de parents ayant beaucoup de temps libre — une ressource qui disparaissait lors de la mise à l'échelle. En résumé : le contexte qui a permis le succès du pilote ne pouvait pas être reproduit.

**Annexe 2 :** Dimensions opérationnelles qui échouent le plus souvent à grande échelle.

Les pilotes fonctionnent souvent parce qu'ils bénéficient de financements supplémentaires, d'une supervision renforcée, ou de conditions idéales qui disparaissent lors d'une mise à l'échelle. Le tableau ci-dessous présente les domaines opérationnels qui se brisent le plus dans des conditions routinières, de l'affectation du personnel à l'accès communautaire. Les examiner permet d'anticiper les ajustements nécessaires pour rendre l'expansion réellement scalable.

DIMENSION OPÉRATIONNELLE	CONSIDÉRATIONS
<b>Personnel et charge de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de membres du personnel en service par session</li> <li>• Répartition des tâches (infirmières, agentes d'accueil, agents communautaires)</li> <li>• Fréquence des congés maladie ou départs, et modalités de remplacement</li> <li>• Temps protégé vs. tâches concurrentes</li> <li>• Temps nécessaire pour chaque tâche</li> <li>• Organisation des horaires et règles d'heures supplémentaires</li> <li>• Fiabilité des bénévoles</li> <li>• Limites liées à ce que chaque rôle est autorisé à faire</li> <li>• Rapidité avec laquelle les remplaçants peuvent être recrutés</li> </ul>

*Le tableau se poursuit à la page suivante.*

DIMENSION OPÉRATIONNELLE	CONSIDÉRATIONS
<b>Formation et intégration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée et format de la formation (classe, pratique sur site)</li> <li>• Temps de pratique et critères de validation</li> <li>• Ratio formateurs/participants</li> <li>• Langues utilisées et lisibilité des supports</li> <li>• Qui forme qui (équipe centrale ou superviseurs locaux)</li> <li>• Fréquence des recyclages</li> <li>• Disponibilité d'outils d'aide (job aids)</li> <li>• Modalités d'intégration des nouveaux ou remplaçants</li> <li>• Intégration au budget et aux réunions existantes</li> </ul>
<b>Supervision et assurance qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquence et durée des visites de supervision</li> <li>• Nombre de personnel supervisé par superviseur</li> <li>• Outils utilisés (checklists simples, fiches d'observation), et retour d'information</li> <li>• Signalement des problèmes : par qui, comment, délais de résolution</li> <li>• Proportion des sessions observées</li> <li>• Disponibilité de mentorat ou soutien entre pairs</li> <li>• Réalisme des visites de supervision compte tenu</li> </ul>
<b>Organisation de la prestation de services</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jours et horaires d'ouverture</li> <li>• Fréquence des activités d'approche mobile et mode d'organisation</li> <li>• Durée d'une session, ponctualité de début</li> <li>• Organisation des flux de bénéficiaires (files, priorités, périodes de forte affluence)</li> <li>• Taux de rendez-vous manqués</li> <li>• Couplage de services (ex. suivi de croissance + vaccination)</li> <li>• Conflits avec d'autres événements (campagnes, marchés)</li> <li>• Variations saisonnières</li> </ul>

*Le tableau se poursuit à la page suivante.*

DIMENSION OPÉRATIONNELLE	CONSIDÉRATIONS
<b>Charge de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre moyen d’usagers par jour ou par session</li> <li>• Part des nouvelles visites vs. visites de suivi</li> <li>• Taille et dispersion de la zone de couverture</li> <li>• Périodes de forte activité</li> <li>• Abandon entre les doses (drop-out)</li> <li>• Nombre d’individus nécessitant un suivi hebdomadaire</li> <li>• Objectifs de couverture et tendances récentes</li> <li>• Écarts entre quartiers ou groupes</li> <li>• Fréquence de mise à jour des listes cibles, et exactitude</li> </ul>
<b>Approvisionnement et logistique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsables des prévisions de besoins et méthode utilisée</li> <li>• Fréquence des livraisons et délais habituels</li> <li>• Capacité de stockage dans les salles et dans les réfrigérateurs/congérateurs</li> <li>• Méthodes de contrôle de la chaîne du froid (températures)</li> <li>• Niveau de stock tampon convenu</li> <li>• Fréquence et durée des ruptures de stock</li> <li>• Gestion du gaspillage et utilisation des produits proches de la date de péremption</li> <li>• Disponibilité des kits complets (seringues, boîtes de sécurité, coton, gants)</li> <li>• Sécurité et rangement des stocks</li> <li>• Exactitude des registres de stock</li> </ul>
<b>Transport et accessibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps de trajet jusqu’aux sites d’approche</li> <li>• Disponibilité des véhicules et modalités de réservation</li> <li>• Règles et budgets liés au carburant</li> <li>• Pannes et maintenance</li> <li>• Conditions routières et météorologiques</li> <li>• Fiabilité du transport public</li> <li>• Checkpoints ou contrôles de sécurité</li> <li>• Options alternatives (motos, voitures louées)</li> <li>• Coûts et autorisations requises pour les déplacements</li> </ul>

DIMENSION OPÉRATIONNELLE	CONSIDÉRATIONS
<b>Données et IT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Source principale des données (registre papier, fiches de comptage, registre électronique) et circulation des informations</li> <li>• Fréquence d’envoi des rapports, respect des délais et complétude</li> <li>• Nombre d’utilisateurs partageant un même appareil</li> <li>• Couverture réseau et options hors ligne</li> <li>• Batteries et problèmes de recharge</li> <li>• Assistance en cas de panne et délai de résolution</li> <li>• Erreurs fréquentes (doublons, fautes de noms)</li> <li>• Respect des règles de confidentialité et de consentement</li> <li>• Accès aux tableaux de bord et utilisation lors des réunions</li> </ul>
<b>Paiements et incitations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règles et barèmes pour les indemnités journalières, repas ou déplacements</li> <li>• Soutien en crédit téléphonique/données pour les appels ou messages</li> <li>• Primes éventuelles de performance, critères d’attribution et rapidité de paiement</li> <li>• Indemnités ou reconnaissance des bénévoles</li> <li>• Perception d’équité par le personnel</li> <li>• Durée du processus administratif, du dépôt de demande au paiement</li> <li>• Stabilité et sécurité de la source de financement</li> </ul>
<b>Les canaux de communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthodes officielles de transmission des décisions (mémos, circulaires, réunions régulières) et délai nécessaire pour que les changements parviennent au personnel de première ligne.</li> <li>• Canaux informels (groupes WhatsApp) et personne responsable de leur modération.</li> <li>• Canaux communautaires (radio locale, annonces publiques, groupes confessionnels).</li> <li>• Lisibilité des messages et utilisation des langues appropriées.</li> <li>• Manière dont les retours d’information du personnel de terrain remontent aux responsables.</li> </ul>

*Le tableau se poursuit à la page suivante.*

DIMENSION OPÉRATIONNELLE	CONSIDÉRATIONS
<b>Passation de marchés et finance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délai nécessaire pour acquérir des impressions, des équipements de protection, des fournitures de bureau, ou des pièces de réfrigération.</li> <li>• Existence ou non d'accords-cadres avec les fournisseurs vs. achats ponctuels.</li> <li>• Personnes autorisées à valider les dépenses selon les montants, et temps requis pour cette validation.</li> <li>• Limites liées à la petite caisse.</li> <li>• Blocages ou interdictions de dépense en fin de trimestre ou d'année.</li> <li>• Fiabilité des fournisseurs et risques de paiements tardifs.</li> <li>• Risques liés au taux de change ou à l'inflation.</li> <li>• Exemptions fiscales ou douanières.</li> <li>• Documents requis pour les contrôles financiers.</li> </ul>
<b>Politique et gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approbations nécessaires (note ministérielle, validation par un groupe technique, avis éthique si requis).</li> <li>• Conformité des plans avec les directives et procédures en vigueur.</li> <li>• Règles pouvant limiter le partage des données ou le consentement.</li> <li>• Répartition du pouvoir décisionnel (niveau national, district, structure).</li> <li>• Modalités de redevabilité.</li> <li>• Fréquence des inspections ou contrôles.</li> <li>• Alignement avec les règles des partenaires (ONU/ONG).</li> </ul>
<b>Environnement et sécurité (le cas échéant)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couvre-feux ou restrictions de mouvement.</li> <li>• Conflits ou violence potentielle selon les zones.</li> <li>• Saisons de catastrophes (inondations, tempêtes, chaleur extrême) et plans de contingence.</li> <li>• Itinéraires sécurisés pour les activités d'approche communautaire.</li> <li>• Assurance ou couverture de risques.</li> <li>• Acceptation communautaire et risque de rejet.</li> <li>• Stress et soutien pour le personnel.</li> <li>• Stocks de contingence et dispositifs mobiles de chaîne du froid.</li> </ul>

*Le tableau se poursuit à la page suivante.*

**DIMENSION  
OPÉRATIONNELLE**

**CONSIDÉRATIONS**

**Contraintes liées à  
l'équité et à l'accès**

- Langues et niveaux d'alphabétisation.
- Accessibilité pour les personnes en situation de handicap (rampes, signalétique, aides à la communication).
- Normes de genre influençant la présence ou la prise de décision.
- Temps et coûts de déplacement pour les bénéficiaires.
- Nécessité de documents d'identité, et nombre de personnes qui en sont dépourvues.
- Statut des réfugiés ou migrants et leurs droits d'accès.
- Calendriers culturels ou religieux.
- Risques de stigmatisation ou discrimination.
- Solutions adaptées (interprètes, horaires flexibles, respect de la confidentialité pendant les visites).

## Ressources :

1. Al-Ubaydli, Omar, and John A. List. 2022. "Scaling for results in development: Option C thinking." *Issues in Science and Technology* 38 (4). <https://issues.org/scaling-option-c-al-ubaydli-list/>
2. Al-Ubaydli, Omar, and John A. List. 2023. "Scaling for impact: The road ahead." *Issues in Science and Technology*. <https://issues.org/scaling-option-c-al-ubaydli-list/>
3. BehaviourWorks Australia. n.d. "Chapter 12: Making the most of an effective intervention." <https://www.behaviourworksaustralia.org/the-method-book/chapter-12-making-the-most-of-an-effective-intervention>
4. Centre for Economic and Social Studies (CESS), V. Reddy, and N. Jayakumar. 2011. Financing the WASH sector in India: Cost of provision and budget allocations (WASHCost Working Paper No. 12; CESS Working Paper No. 100).
5. Crider, Yoshika, Miki Tsuchiya, Magnifique Mukundwa, Isha Ray, and Amy J. Pickering. 2023. "Adoption of point-of-use chlorination for household drinking water treatment: A systematic review." *Environmental Health Perspectives* 131. <https://doi.org/10.1289/EHP10839>
6. Damschroder, Laura J., David C. Aron, Rosalind E. Keith, Susan R. Kirsh, Jeffery A. Alexander, and Julie C. Lowery. 2009. "Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science." *Implementation Science* 4 (1): 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
7. Karunamoorthi, K. 2014. "The counterfeit anti-malarial is a crime against humanity: A systematic review of the scientific evidence." *Malaria Journal* 13: 209. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-13-209>
8. List, John A. 2024. "Optimally generate policy-based evidence before scaling." *Nature* 626: 491-499. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06972-y>
9. List, John A., F. Momeni, A. Peysakhovich, and D. Suskind. 2023. "A behavioral framework for scaling." *Nature* 624: 85-90. <https://www.nature.com/articles/s41586-023-06972-y>
10. List, John A., F. Momeni, and Yves Zenou. 2023. "The voltage effect in scaling." *Nature* 623: 963-970. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06972-y>
11. Luke, Douglas A., Ana A. Baumann, Benjamin J. Carothers, John Landsverk, Enola K. Proctor, and Aurelio J. Figueredo. 2018. "Forging a link between mentoring and capacity building in implementation science." *Translational Behavioral Medicine* 8 (4): 652-659. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibx071>
12. Milat, Andrew J., Kirsten Lee, Katy Conte, Alethea Grunseit, and Luke Wolfenden. 2020. *Intervention Scalability Assessment Tool (ISAT): A decision support tool for health policy makers and implementers*. Sydney: Centre for Epidemiology and Evidence, NSW Ministry of Health. <https://www.health.nsw.gov.au/research/isat>
13. Ogutu, E. A., A. S. Ellis, K. A. Hester, K. Rodriguez, Z. Sakas, C. Jaishwal, C. Yang, S. Dixit, A. S. Bose, M. Sarr, W. Kilembe, R. Bednarczyk, and M. C. Freeman. 2024. "Success in vaccination programming through community health workers: A qualitative analysis of interviews and focus group discussions from Nepal, Senegal and Zambia." *BMJ Open* 14 (4): e079358. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079358>
14. Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI). n.d. "Dissemination and implementation framework and toolkit." <https://www.pcori.org/implementation-evidence/putting-evidence-work/dissemination-and-implementation-framework-and-toolkit>
15. Sanders, Michael, Veerle Snijders, Michael Hallsworth, and Eamonn Kirkman. 2021. "Scaling: A behavioural science perspective on scaling up behavioural insights interventions." *OSF Preprints*. [https://osf.io/preprints/osf/scd3k\\_v1](https://osf.io/preprints/osf/scd3k_v1)

16. United Nations Development Programme (UNDP). 2013. Guidance note: Scaling up development programmes. New York: UNDP. <https://www.undp.org/publications/guidance-note-scaling-development-programmes>
17. University of Washington. n.d. "Implementation science resource hub." Seattle: University of Washington. <https://impsciuw.org/>
18. World Health Organization. 2010. Nine steps for developing a scaling-up strategy. Geneva: World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319_eng.pdf?sequence=1)
19. World Health Organization. 2011. Beginning with the end in mind: Planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. Geneva: World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319_eng.pdf)