



Collaborer pour améliorer la prise en charge
de la malnutrition aigüe partout dans le monde

Évaluation de la couverture de la prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe

Ernest Guevarra¹, Alison Norris¹, Saul Guerrero²,
Mark Myatt³

1. Valid International
2. Action Against Hunger-UK
3. Brixton Health

Dossier technique du forum PCMA : juillet 2012
Version 2 : septembre 2014



Ce dossier technique se compose de quatre parties : la première donne un aperçu de ce qu'est la couverture et des raisons pour lesquelles elle est importante ; la deuxième présente la gamme de méthodologies disponibles pour évaluer la couverture par la méthode directe; la troisième aborde des questions qui sont fréquemment soulevées ; la quatrième résume certains des nouveaux domaines de travail ou questions qu'il reste à résoudre. Une section détaillée concernant les ressources se trouve à la fin.

Pour nous faire part de vos réactions et commentaires, demandes d'éclaircissements, questions ou commentaires éventuels concernant ce dossier, veuillez envoyer un e-mail à cmamforum@gmail.com. Pour les questions techniques précises, veuillez vous référer aux documents techniques et au forum de discussion d'EN-NET sur la couverture.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Nicky Dent et Anne Walsh pour leur assistance et leur soutien précieux dans le cadre de la préparation de ce dossier.

Traduction française : Isabelle Fernández (Relecture : Safari Balegamire, Basia Benda : Valid Int.)

Acronymes

ATPE	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
ESZC	Échantillonnage systématique zonal centré
MAM	Malnutrition aigüe modérée
MAS	Malnutrition aigüe sévère
PNS	Programme nutritionnel supplémentaire
PB	Périmètre brachial
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe
PCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe
PPT	Probabilité proportionnelle à la taille
PTA	Programme thérapeutique ambulatoire
SLEAC	Évaluation LQAS (Échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité) simplifiée de l'accessibilité et de la couverture (<i>Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage</i>)
SQUEAC	Évaluation semiquantitative de l'accessibilité et de la couverture (<i>Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage</i>)
STC	Soins thérapeutiques communautaires
S3M	Méthode d'enquête spatiale simple

Pour un complément d'informations, veuillez vous référer à :

Coverage Assessment Methods Toolkit (Trousse à outils des méthodes d'évaluation de la couverture) : Ensemble complet d'outils, d'articles et de présentations basés sur un récent atelier de travail sur la couverture, disponible sur <http://www.validinternational.org/coverage/resourcekit.zip>

Forum de discussion d'EN-NET sur la couverture : Pour toutes les questions techniques sur la couverture, rendez-vous sur <http://www.en-net.org.uk/forum/16.aspx>

Coverage Monitoring Network : Englobe des rapports d'évaluations récentes et des travaux liés à la couverture pouvant être consultés sur <http://www.coverage-monitoring.org/>

Référence technique sur l'évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC) / l'évaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture (SLEAC) sur <http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2014/03/FANTA-Document-FINAL.pdf>

Contents

Première Partie : En quoi consiste la couverture et pourquoi la mesurer ?	3
Deuxième Partie : Méthodes employées pour déterminer la couverture	7
Troisième Partie : Questions spécifiques sur les évaluations de la couverture	16
Quatrième Partie : Questions futures	22
Guide des ressources disponibles pour les enquêtes sur la couverture.....	23

Figures

Figure 1 : Couverture, taux de guérison et satisfaction des besoins.....	4
Figure 2 : Carte illustrant la distribution spatiale de la couverture actuelle et de la période dans un service de PCMA, produite au moyen de la méthode ESZC	8
Figure 3 : Barrières à l'adoption du service et à l'accès dans le cadre d'un service de PCMA signalées par les responsables des cas non couverts au moyen de la méthode EGSC	8
Figure 4 : Carte conceptuelle indiquant les relations entre les facteurs qui influent sur la couverture et l'efficacité produite au moyen d'une évaluation SQUEAC	10
Figure 5 : Cartographie de la couverture au moyen de la cartographie des risques : couverture susceptible d'être faible en dehors des zones ombrées	10
Figure 6 : Carte de la couverture par district produite au moyen de La méthode SLEAC	12
Figure 7 : Utilisation de SLEAC et SQUEAC dans des unités de prestation de services en échec (en haut) et utilisation de SLEAC et SQUEAC	12
Figure 8 : Carte de la couverture produite au moyen de la méthode S3M	13

Encadré

Encadré 1 : Référence à la couverture dans le Manuel Sphère, 2012	6
---	---

Tableau

Tableau 1 : Synthèse des caractéristiques des méthodes d'évaluation de la couverture.....	14
---	----

Première Partie : En quoi consiste la couverture et pourquoi la mesurer ?

L'objectif et la priorité des services communautaires de prise en charge de la malnutrition aigüe sont de parvenir le plus grand nombre possible de personnes touchées et d'accéder précocement aux enfants souffrant de malnutrition aigüe. La réalisation de ces objectifs optimisera l'impact et l'aptitude du service à satisfaire les besoins. Une bonne couverture est un facteur déterminant clé de la satisfaction des besoins. Il est donc important d'évaluer la couverture du programme non seulement pour déterminer dans quelle mesure les besoins sont satisfaits, mais aussi pour comprendre les différents facteurs qui ont un effet sur l'accès aux services et leur adoption, afin de mettre en place des actions pour que le plus grand nombre possible de personnes requérant un traitement puisse en profiter.

On peut définir la **couverture** comme le pourcentage de toutes les personnes qui ont besoin de recevoir un service ou satisfont aux critères requis pour recevoir un service qui reçoivent de fait ce service. Pour la prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe (PCMA)¹ ou la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe (PCIMA), il s'agira du pourcentage d'enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère (MAS) qui reçoivent des soins thérapeutiques². C'est aussi ce que l'on désigne par l'expression **couverture thérapeutique**.

$$\text{Couverture thérapeutique} = \frac{\text{Les enfants avec MAS sous traitement}}{\text{Nombre total d'enfants MAS}}$$

Il ne faut pas confondre couverture thérapeutique et **couverture géographique**. Il n'existe pas de définition standard de la couverture géographique, mais elle est le plus fréquemment définie comme le rapport entre le nombre d'établissements de soins dans une zone qui fournissent des services de prise en charge de la MAS et le nombre total d'établissements de soins présents dans la zone d'intervention.

$$\text{Couverture géographique} = \frac{\text{Les établissements de santé délivrant traitement de MAS}}{\text{Nombre total d'établissements de santé}}$$

Cet indicateur cherche à mesurer la disponibilité des services de prise en charge de la MAS suite à la décentralisation et à l'élargissement de la PCMA. Disponibilité des services ne veut toutefois pas dire accès aux services et adoption des services. La couverture géographique sera donc toujours supérieure à la couverture thérapeutique directe.

Ce dossier technique porte sur la couverture thérapeutique. Chaque fois que la « couverture » sera mentionnée, il s'agira de la couverture thérapeutique, sauf indication contraire. Pour une discussion plus poussée sur la couverture géographique, veuillez vous référer à *The state of global SAM management coverage 2012*³.

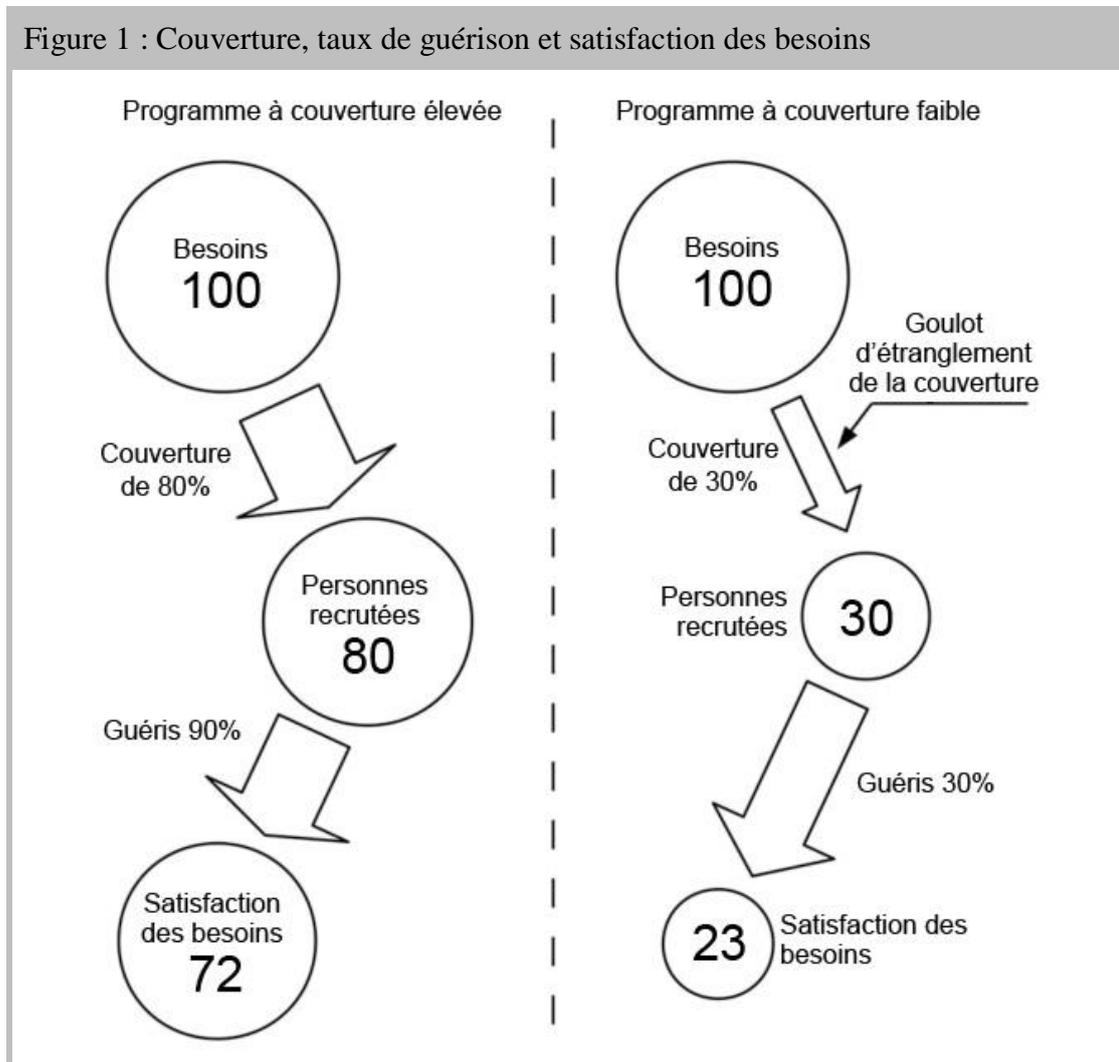
L'**efficacité** des services de PCMA et la couverture qu'ils obtiennent sont directement liées. Pour être efficace, les services doivent faire figurer 1) de bonnes capacités de recherche des cas et une bonne aptitude à consulter précocement pour les soins ; 2) une bonne adhésion au traitement ; et 3) une bonne adhésion au

¹ Désignée précédemment comme « Soins thérapeutiques communautaires »

² La couverture est plus fréquemment estimée pour le traitement de la malnutrition aigüe sévère (MAS) mais elle peut aussi être mesurée pour la malnutrition aigüe modérée (MAM) en modifiant légèrement les méthodes décrites ici. Pour un complément d'informations, veuillez vous référer à la section consacrée aux questions située à la fin de ce document.

³ UNICEF, Coverage Monitoring Network, ACF International. The state of global SAM management coverage 2012. (pages 5-7) New York & London, August 2012. (pages 5-7) <http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/The-State-of-SAM-Management-Coverage-2012-0.pdf>

programme, du stade d'admission à celui de guérison (c.-à-d. peu ou pas de abandons avant la fin du traitement). Ce sont là les mêmes caractéristiques que nous observons dans les services présentant une couverture élevée. L'efficacité et la couverture dépendent des mêmes facteurs clés. **Un service efficace de PCMA obtient une bonne couverture et un service doté d'une bonne couverture est un service efficace.** Une bonne couverture soutient l'efficacité. L'efficacité soutient une bonne couverture. En maximisant la couverture on maximise l'efficacité et la satisfaction des besoins (*Figure 1*).



La satisfaction des besoins est le produit de la couverture et du taux de guérison.

$$\text{Satisfaction des besoins} = \text{Couverture} \times \text{taux de guérison} \times 100$$

où la couverture et le taux de guérison sont exprimés comme des pourcentages. Par exemple, dans la *Figure 1*, pour un service présentant une couverture de 80 % et un taux de guérison de 90 %, la satisfaction des besoins peut être calculée comme suit :

$$\text{Satisfaction des besoins} = \frac{80}{100} \times \frac{90}{100} \times 100 = 72 \%$$

Ainsi, nous pouvons dire que le programme satisfait 72 % des besoins.

Il est essentiel d'enquêter sur la couverture, et les facteurs qui l'influencent, pour améliorer la couverture ainsi que l'efficacité et, ainsi, pour satisfaire les besoins. Par exemple, on a démontré que les services présentant une couverture élevée traitent la MAS à son stade précoce et sans complications. Ce traitement précoce garantit de forts taux de guérison, lesquels accroissent l'efficacité, laquelle accroît encore la couverture. On obtient ainsi un cercle vertueux de couverture élevée et de forte efficacité, ce qui aboutit à la maximisation de la satisfaction des besoins. La couverture est donc l'un des plus importants indicateurs du degré de satisfaction des besoins. Les services présentant une couverture faible échouent à satisfaire les besoins.

La couverture en tant qu'indicateur clé de la prise en charge de la malnutrition aigüe

Les standards Sphère de 2011⁴ (voir *Encadré 1*) établissent les niveaux minimums acceptables de couverture pour la prise en charge de la malnutrition aigüe dans différents contextes lors d'une intervention humanitaire. Ils soulignent l'importance de la mesure de la couverture et établissent des standards minimums relatifs aux indicateurs clés. Les standards Sphère constituent une ligne directrice pour les interventions humanitaires. Le contexte de développement dans lequel l'intégration de la PCMA dans les systèmes de santé nationaux et l'élargissement national a lieu maintient la couverture comme un indicateur clé pour la qualité des services mais devrait envisager des seuils différents.

Les standards de Sphère relatifs à la couverture devraient être utilisés avec circonspection pour les raisons suivantes :

- **Estimations globales vs locales.** La nature hétérogène (inégaie) de la couverture sur une zone étendue n'est pas prise en compte. Il n'est pas dit clairement si le standard devrait être atteint dans la même mesure dans l'ensemble de la zone évaluée ou s'il devrait seulement être atteint comme estimation globale agrégée.
- **Délais pour atteindre les standards.** La question de savoir si un service est nouveau ou bien établi aura un effet sur ce qui peut être atteint de manière réaliste, ce qui peut être jugé comme acceptable et les délais dans lesquels nous pouvons nous attendre à voir les standards atteints. Dans les contextes de développement, atteindre les standards peut prendre plus de temps que dans les contextes d'urgence.
- **Différents standards dans différents contextes.** Les contextes urbains et de camps se voient attribuer des minimums de couverture beaucoup plus élevés (70 % et 90 % respectivement) par rapport à 50 % dans les contextes ruraux. On suppose que les contextes urbains et de camps donnent, par défaut, un accès plus facile aux services que les sites ruraux. Cependant, d'après l'expérience, les contextes urbains et de camps présentent souvent plus de difficultés sur le plan programmatique et les services échouent à obtenir une couverture de ne serait-ce que de 50 %.
- **Niveau du standard.** Le fait d'établir un standard minimum pourrait freiner les ambitions, car au fil du temps on espère que ces standards seraient dépassés. La couverture devrait s'accroître au fil du temps et, une fois qu'un standard a été atteint, un nouveau standard plus élevé devrait être établi. On devrait ainsi pouvoir veiller à des améliorations continues et progressives conformément à un cycle d'audit qui vise à obtenir et à maintenir les meilleures pratiques

⁴ Le Manuel Sphère : La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire. <http://www.spherehandbook.org/en/management-of-acute-malnutrition-and-micronutrient-deficiencies-standard-1-moderate-acute-malnutrition/>

Action clé : Étendre au maximum l'accès à l'intervention et sa couverture en faisant participer la population dès le début de l'intervention.

Indicateur clé : La couverture est supérieure à 50 % dans les zones rurales, à 70 % dans les zones urbaines et à 90 % dans les camps (voir la note d'orientation 2).

Note d'orientation 2 : **La couverture** est le rapport entre le nombre de personnes qui reçoivent effectivement le traitement et le nombre de personnes qui en auraient besoin. Les facteurs suivants peuvent influencer sur elle : l'acceptabilité du programme, l'emplacement et l'accessibilité des sites, la situation en matière de sécurité, la fréquence des distributions, les délais d'attente, la qualité des services, l'ampleur de la mobilisation, le nombre des visites à domicile et des actions de dépistage, et l'harmonisation des critères d'admission. Les sites doivent être proches de la population ciblée, afin de réduire les risques et les coûts associés aux longs trajets avec de jeunes enfants et de limiter le risque de déplacements de population vers ces sites. Les méthodes de mesure de la couverture varient en termes de fiabilité et de types d'information fournis. Il faut donc préciser la méthode utilisée lorsqu'on fait un rapport. On consultera les directives les plus récentes avant de décider de la méthode la plus appropriée pour un contexte donné. L'estimation de la couverture doit être considérée comme un outil de gestion et ne doit donc pas être reportée à la fin de la phase d'aide d'urgence.

D'après l'expérience des dix dernières années, l'investigation de la couverture et des facteurs qui l'influencent à l'aide de méthodes comme *ESZC*, *SQUEAC* et *SLEAC* peut éclairer des réformes qui améliorent la couverture et l'efficacité des services. Les services qui ont adopté une approche « construisons et ils viendront » tendent à atteindre les taux de guérison minimums de Sphère (c.-à-d. 75 %) et des pourcentages de couverture d'environ 20 % (c.-à-d. 15 % des besoins satisfaits). Les services qui accordent une attention adéquate à l'aspect communautaire de la PCMA et qui font un audit de la couverture au moyen des méthodes *ESZC*, *SQUEAC* ou *SLEAC* peuvent atteindre des taux de guérison de plus de 85 % et des pourcentages de couverture de plus de 70 % (c.-à-d. 60 % des besoins satisfaits). Le défi à l'heure actuelle consiste à parvenir à ces niveaux de performance dans les services de PCMA fournis à l'échelle nationale.

Évaluer la couverture

Avant 2002, il n'existait pas de méthode précise pour enquêter sur la couverture des programmes d'alimentation. La méthode *Échantillonnage systématique zonal centré (ESZC)* a été spécifiquement mise au point par le programme de recherche sur les soins thérapeutiques communautaires (STC) (« CTC ou Community-based Therapeutic Care » en anglaise) et utilisée pour évaluer la couverture des programmes de STC pendant plusieurs années. La méthode *ESZC* a été remplacée par l'*Évaluation LQAS (Échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité) simplifiée de l'accessibilité et de la couverture* ou *SLEAC* (une évolution de la méthode *ESZC* basée sur la classification moins coûteuse) et l'*Évaluation semiquantitative de l'accessibilité et de la couverture* ou *SQUEAC* (approche semiquantitative se concentrant sur une investigation détaillée des facteurs influençant la couverture).

L'adoption du modèle PCMA/PCIMA aux niveaux nationaux a abouti à la demande de méthodes capables de fournir des informations sur la couverture sur des zones étendues. Ce besoin est en passe d'être satisfait par des adaptations de la méthode *SLEAC*, ainsi que par la *Méthode d'enquête spatiale simple* ou *S3M*, une adaptation de la méthode *ESZC*, mais avec un échantillonnage spatial¹ amélioré et une utilisation plus efficace des données.

La deuxième partie présente en plus ample détail ce que peut offrir chaque méthode d'évaluation de la couverture. Vient ensuite un tableau qui résume les caractéristiques des différentes méthodes d'enquête.

Deuxième Partie : Méthodes employées pour déterminer la couverture

• *Échantillonnage systématique zonal centré (ESZC)*

La méthode *ESZC* a été élaborée en 2002 et a été utilisée dans un premier temps pour tester et réformer le modèle de prestation de services STC, désigné ultérieurement par les termes PCMA ou PCIMA. Il a depuis été utilisé comme outil d'évaluation, mais s'est révélé demander trop de ressources pour pouvoir être utilisé dans le cadre du suivi de routine. Bien que largement supplantée dans ce domaine par les méthodes *SQUEAC* et *SLEAC*, qui requièrent moins de ressources, la méthode *ESZC* est encore une méthode efficace d'estimation et de cartographie de la couverture avec un degré de précision utile, et il peut être utilisé par les équipes ayant une expérience de la technique et aux fins d'évaluations finales.

Conception

L'*ESZC* utilise une conception de l'échantillonnage en deux étapes. La première étape est un échantillonnage spatial systématique de la zone de service complète pour sélectionner les communautés à étudier. L'échantillon est donc représentatif de la zone tout entière. La deuxième étape est une méthode active et adaptative de recherche des cas⁵ qui décèle tous les cas de MAS ou presque dans les communautés étudiées. Ainsi, l'échantillon représente bien les communautés étudiées.

Résultats

La méthode *ESZC* donne les résultats suivants :

- Estimation de la couverture globale
- Estimations de la couverture locale, qui peuvent être représentées comme une carte de la couverture
- Liste classée des barrières⁶

La *Figure 2* et la *Figure 3* indiquent les produits typiques de l'*ESZC* obtenus lors d'une évaluation de la couverture de services de PCMA fournis par une ONG, entreprise dans deux districts de santé voisins au Niger.

⁵ La recherche de cas active et adaptative est un type d'échantillonnage au sein de la communauté qui est utilisé dans toutes les enquêtes sur la couverture. Cette méthode recherche activement les cas de MAS dans l'intention de déceler tous (ou presque tous) les cas de MAS au sein des communautés échantillonnées. Ce type d'échantillonnage est aussi désigné par les expressions « échantillonnage en boule de neige », « échantillonnage orienté de manière optimale » ou « échantillonnage de référence en chaîne ».

⁶ Une *barrière* (ou goulot d'étranglement) à la couverture (Tanahashi, 1978) est tout facteur qui restreint, bloque ou retarde l'accès à un programme ou qui restreint la couverture. Un *facilitateur* est tout facteur qui encourage ou permet l'accès à un programme ou qui entraîne une hausse de la couverture.

Figure 2 : Carte illustrant la distribution spatiale de la couverture actuelle et de la période dans un service de PCMA, produite au moyen de la méthode **ESZC**

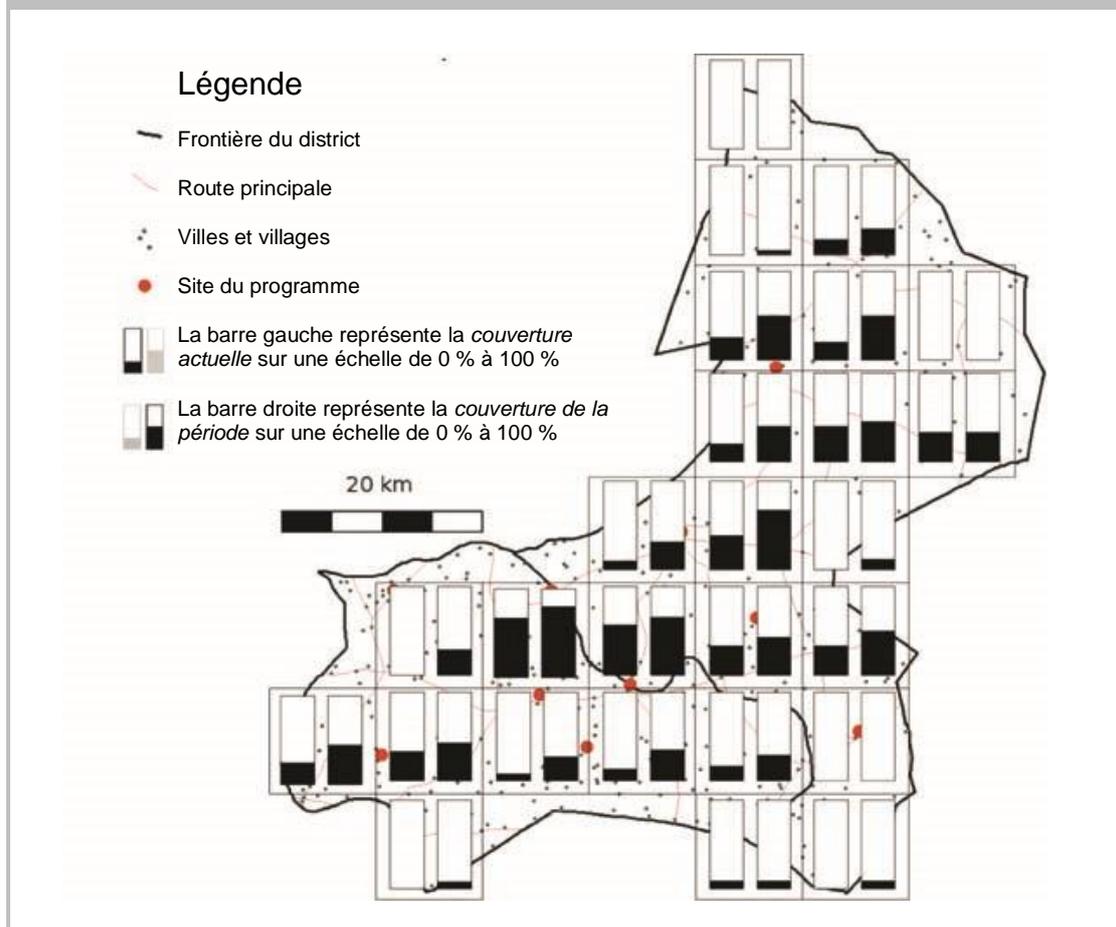
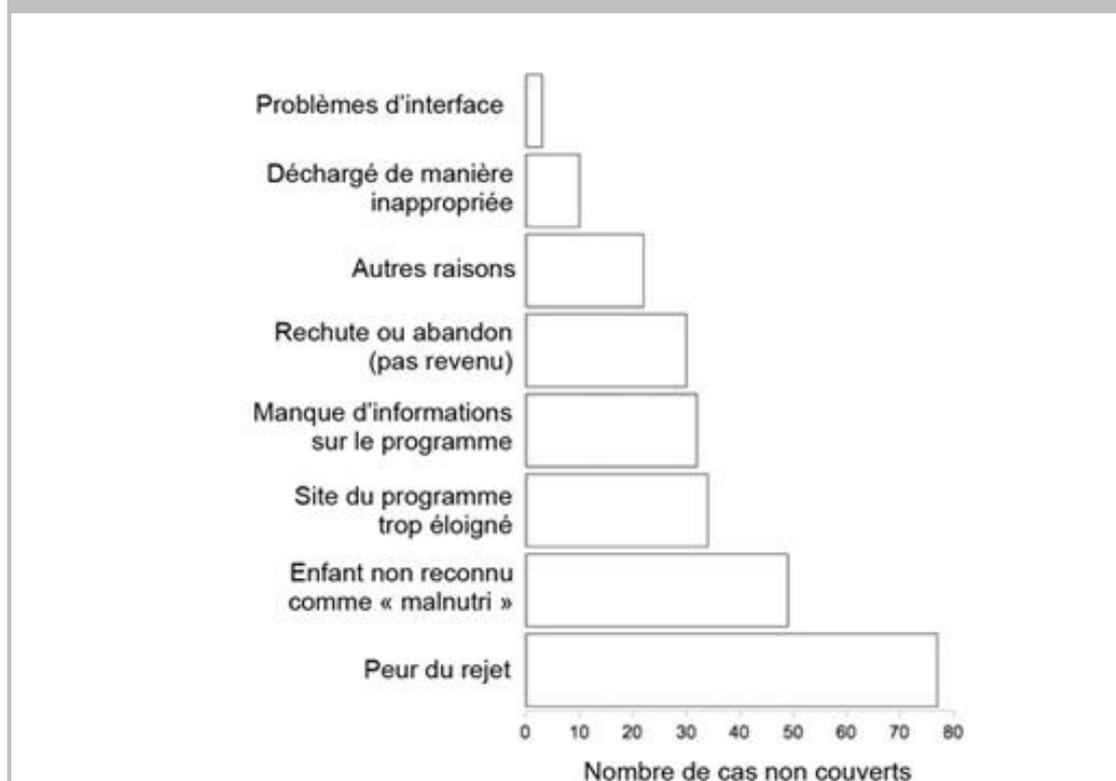


Figure 3 : Barrières à l'adoption du service et à l'accès dans le cadre d'un service de PCMA signalées par les responsables des cas non couverts au moyen de la méthode **ESZC**



- ***Évaluation semiquantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC)***

La méthode *SQUEAC* est une méthode semiquantitative qui permet de mener une analyse approfondie des barrières et des facilitateurs de la couverture. Elle est conçue pour être utilisée comme un outil de suivi des services utilisé régulièrement à travers l'utilisation intelligente des données de suivi de routine, complétée par d'autres données pertinentes qui sont recueillies « par petites doses et fréquemment ».

Conception

La méthode *SQUEAC* est davantage une investigation qu'une enquête. Elle comporte trois étapes :

L'*étape 1* est une investigation semiquantitative sur les facteurs qui ont une incidence sur la couverture. Elle est effectuée au moyen de la trousse à outils *SQUEAC*, qui est un ensemble d'outils et de méthodes simples et rapides permettant de collecter et d'analyser les données liées à la couverture. L'*étape 1* permettra généralement d'identifier les barrières à la couverture et d'enquêter sur le schéma spatial de la couverture. L'*étape 1* à elle seule est capable de fournir une grande quantité d'informations sur la couverture qui pourraient être utilisées pour réformer le service.

L'*étape 2* confirme l'emplacement des zones à couverture élevée et faible et d'autres hypothèses liées à la couverture identifiées lors de l'*étape 1* à travers de petites études, de petites enquêtes et des enquêtes sur des petites zones.

L'*étape 3* est l'estimation de la couverture globale du programme à l'aide des techniques bayésiennes. Une enquête *d'évidence vraisemblable* est effectuée dans le cadre de cette étape. Cette enquête a recours à une conception de l'échantillonnage en deux étapes. La première étape est un échantillonnage spatial systématique. La deuxième est une recherche de cas active et adaptative. Cette conception de l'échantillonnage en deux étapes est la même que celle employée dans toutes les autres méthodes d'enquête sur la couverture décrites dans ce document. L'*étape 3* est facultative et a lieu si la notification d'une estimation de la couverture globale fait partie des informations clés exigées en plus des informations détaillées sur les barrières et les facilitateurs de la couverture déjà obtenues grâce aux étapes 1 et 2.

Résultats

La méthode *SQUEAC* fournit les résultats suivants :

- Carte conceptuelle des barrières et des facilitateurs de la couverture
- Carte de la couverture à l'aide d'enquêtes dans de petites zones à travers une approche de « cartographie des risques »
- Estimation du pourcentage de la couverture au moyen de techniques bayésiennes⁷

La *Figure 4* illustre la relation entre les facteurs qui influent sur la couverture et l'efficacité dans un service de PCMA fourni par le ministère de la Santé en Sierra Leone. La *Figure 5* illustre une carte de la couverture obtenue à travers une approche de cartographie des risques tirée d'un service de PCMA co-fourni par le ministère de la Santé et une ONG au Soudan.

⁷ **Bayésien(ne)** : Interprétation d'une probabilité comme mesure de la confiance (ou croyance) qu'une chose est vraie. En inférence bayésienne, la croyance est modifiée quand une nouvelle preuve est observée. À chaque étape, la croyance initiale est dénommée « la probabilité a priori », la nouvelle preuve est appelée « l'évidence vraisemblable » et la croyance modifiée est « la probabilité a posteriori ». Tiré du Glossaire, Reference technique, Annexe 3 page 196 <http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2014/03/FANTA-Document-FINAL.pdf>

Figure 4 : Carte conceptuelle indiquant la relation entre les facteurs qui influent sur la couverture et l'efficacité produite au moyen d'une évaluation SQUEAC

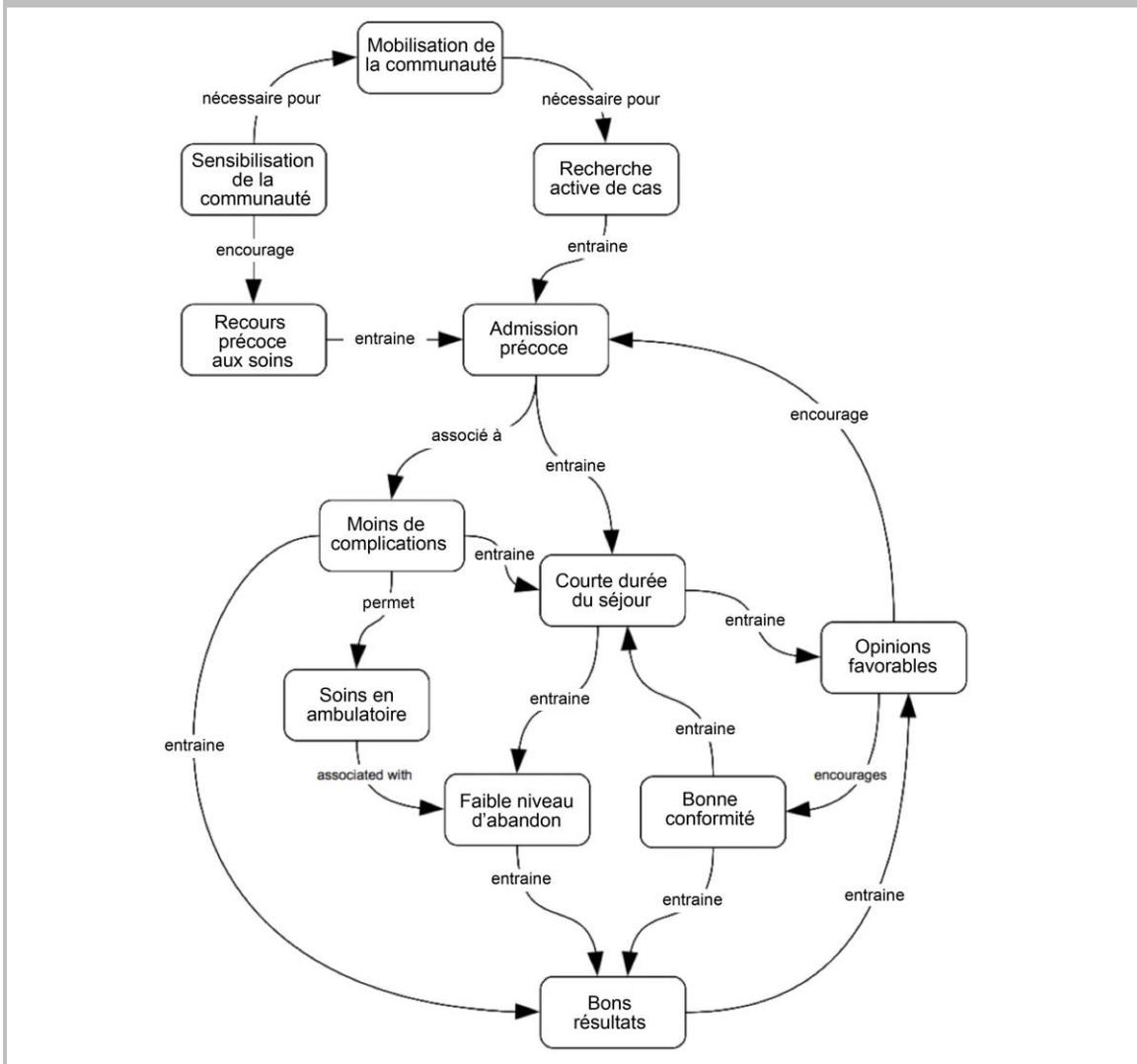
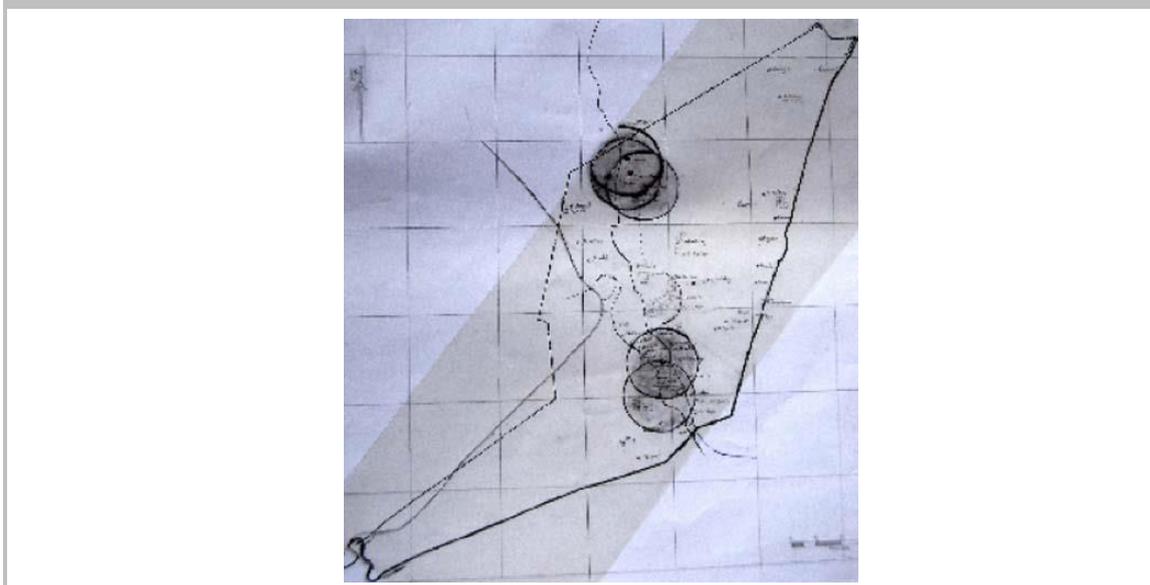


Figure 5 : Cartographie de la couverture au moyen de la cartographie des risques : couverture susceptible d'être faible en dehors des zones ombrées



- ***Évaluation LQAS (échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité) simplifiée de l'accessibilité et de la couverture (SLEAC)***

La méthode *SLEAC* est une méthode d'enquête rapide demandant peu de ressources qui classe la couverture au niveau des unités de prestation de services (UPS). L'UPS peut être la zone d'intervention d'un centre de santé, une commune ou un district. Une enquête *SLEAC* identifie la catégorie de la couverture (p. ex. « faible », « modérée » ou « élevée ») obtenue par l'unité de prestation de services faisant l'objet de l'évaluation. L'avantage de cette approche est que des échantillons de taille relativement réduite (p. ex. $n \leq 40$) sont requis pour effectuer une classification exacte et fiable.

La méthode *SLEAC* peut aussi estimer la couverture sur plusieurs unités de prestation de services et elle est adaptée à une utilisation sur une zone étendue. La couverture est tout de même classifiée pour chacune des unités de prestation de services, puis les données relatives à chacune des unités de prestation de services sont combinées pour estimer la couverture globale pour la zone étendue. *SLEAC* a été conçue au départ comme une méthode visant à compléter la méthode *SQUEAC* mais a récemment été utilisée pour cartographier les classes de couverture dans la prestation de services sur des zones étendues (p. ex. niveau national).

Conception

La méthode *SLEAC* utilise un échantillon spatial systématique pour la première étape similaire à celui utilisé dans la méthode *ESZC*. Des tailles d'échantillon petites ($n \leq 40$) sont requises pour chaque unité de prestation de services dans laquelle la couverture est classifiée. L'échantillonnage pour la deuxième étape se fait au moyen d'une méthode de recherche des cas active et adaptative, comme pour les autres méthodes d'enquête sur la couverture.

Résultats

SLEAC donne les résultats suivants :

- Classifications de la couverture
- Peut être utilisée sur des zones étendues pour fournir des classifications de la couverture locale avec une carte de la couverture et une estimation pour la zone étendue
- Liste classée des barrières

La *Figure 6* illustre une carte des classifications de la couverture dans tous les districts administratifs pour un service de PCMA fourni par le ministère de la santé en Sierra Leone. La méthode *SLEAC* donne aussi des produits similaires à ceux de la *Figure 3*. On utilise généralement la méthode *SLEAC* pour identifier les zones devant faire l'objet d'une investigation supplémentaire à l'aide de la méthode *SQUEAC* (*Figure 7*)

Figure 6 : Carte de la couverture par district produite au moyen de la méthode SLEAC

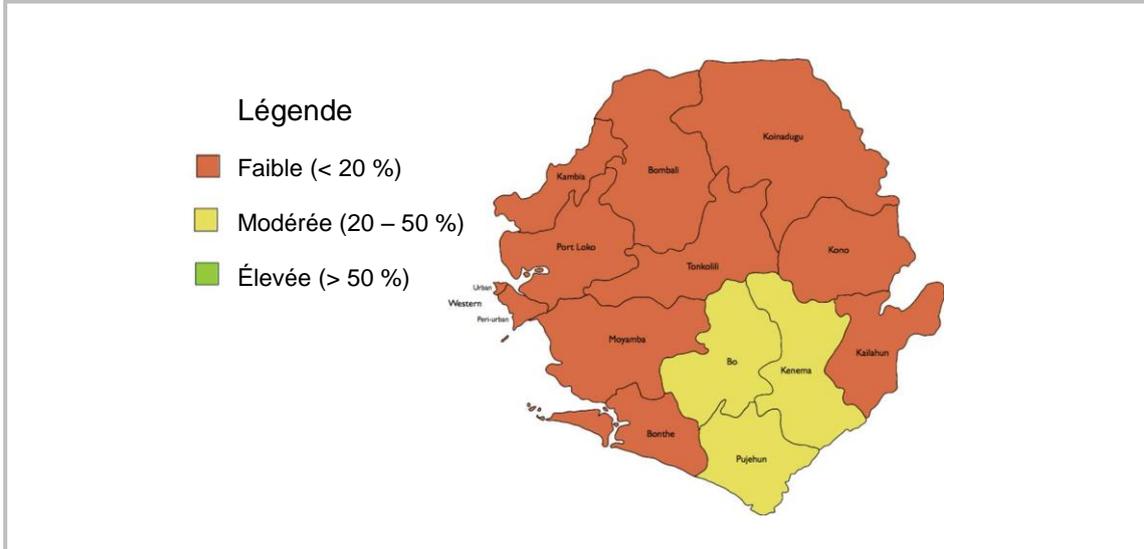
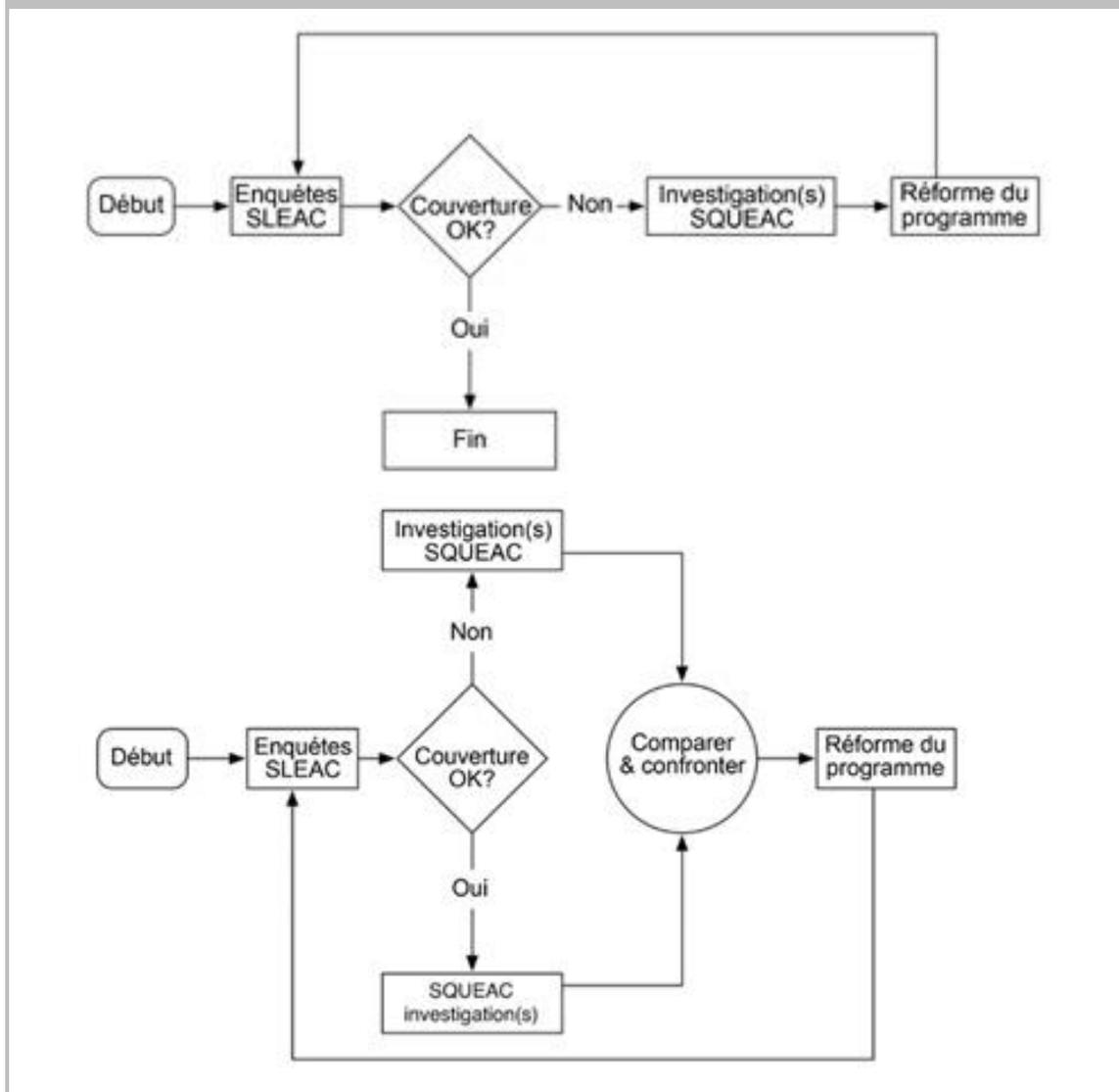


Figure 7 : Utilisation de SLEAC et SQUEAC dans des unités de prestation de services en échec (en haut) et utilisation de SLEAC et SQUEAC



• *Méthode d'enquête spatiale simple (S3M)*

S3M est une évolution de la méthode *ESZC* destinée à être utilisée dans des zones très étendues, y compris des enquêtes de niveau national. Les caractéristiques clés de *S3M* sont :

- Points d'échantillonnage utilisant un réseau triangulaire irrégulier (TIN – Triangular Irregular Network) plutôt qu'une grille
- Utilisation extrêmement efficace des données (réutilisation des données environ 6 fois)
- Coûts plus faibles que l'*ESZC* (surface 10 fois plus grande pour coûts 2 fois plus élevés)
- Cartographie une « surface de couverture »
- « Lissage » des données⁸
- Facile à comprendre

Conception

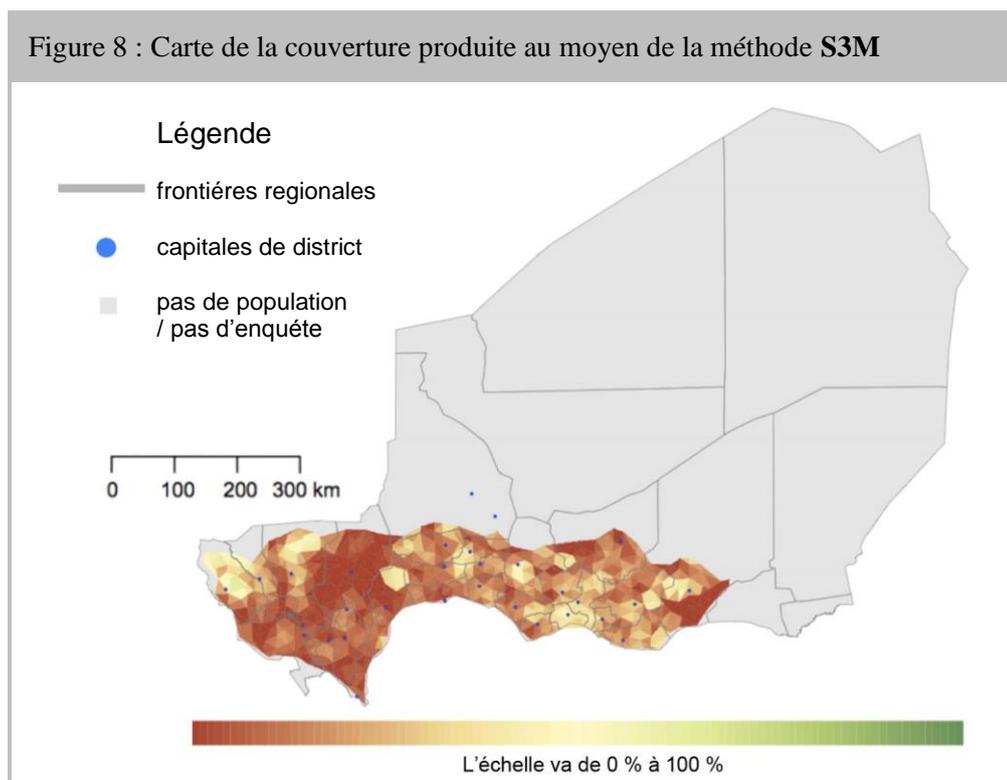
S3M utilise une conception de l'échantillonnage en deux étapes. La première étape est un échantillonnage géographique systématique utilisant un réseau triangulaire irrégulier plutôt que des quadrants pour identifier les communautés à échantillonner. L'échantillonnage pour la deuxième étape se fait par une méthode de recherche des cas active et adaptative, comme pour les autres méthodes d'enquête sur la couverture.

Résultats

S3M fournit les produits suivants :

- Carte de la couverture similaire à celle de l'*ESZC*
- Estimation globale de la couverture
- Liste classée des barrières à l'accès

La *Figure 8* illustre une carte de la couverture dans le cadre d'un service de PCMA fourni par le ministère de la Santé au Niger, produite au moyen de la méthode *S3M*. *S3M* donne aussi des produits similaires à ceux illustrés par la *Figure 3*.



⁸ Lissage: par exemple pour un graphique : l'utilisation de la moyenne des données sur plusieurs mois permet d'obtenir une courbe plus lisse

Tableau 1 : Synthèse des caractéristiques des méthodes d'évaluation de la couverture

Considérations relatives au programme	ESZC	SQUEAC	SLEAC	S3M
Taille du programme (local, district, régional ou national)	Méthode de zone locale pour les zones d'intervention du programme, jusqu'aux programmes au niveau des districts	Méthode de zone locale pour les zones d'intervention du programme, jusqu'aux programmes au niveau des districts	Méthode de zone étendue utilisée pour classifier et cartographier les résultats d'enquêtes du niveau de district à celui des programmes régionaux et nationaux	Méthode d'échantillonnage de zone étendue utilisée pour estimer et cartographier les résultats d'enquêtes sur des programmes de niveau régional à national
Résultats de l'enquête présentés (estimation ou classification)	Estimation de la couverture Liste classée des barrières	Estimation ou classification de la couverture Liste classée des barrières	Classification de la couverture pour chaque unité de prestation de services avec la possibilité de présenter des estimations globales en fonction de la taille de l'échantillon atteinte et de l'homogénéité des résultats Liste classée des barrières	Estimation et classification de la couverture (de petites zones au niveau global) Liste classée des barrières
Niveau de zone auquel les résultats sont applicables (globalement, unités de prestation de services, zone d'intervention du programme)	Zones locales (cartes quadrillées) et globalement pour le district	Zone d'intervention des sites de programme et globalement pour le district Cartographie de la couverture locale (c.-à-d. sous-district)	Unités de prestation de services et globalement pour le district, la région ou le pays	Zones locales (cartes quadrillées) et globalement pour la région ou le pays
Méthodes constituantes	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodes d'échantillonnage des zones utilisant de quadrant (carré) • Échantillonnage en boule de neige (recherche des cas active et adaptive) et autres méthodes de recherche des cas à haute sensibilité • Calcul de la taille de l'échantillon avec « correction pour population finie » • Principes et méthodes de cartographie des données • Collecte des données à 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des données quantitatives et qualitatives existantes dans le cadre du processus d'investigation de l'indicateur revêtant un intérêt • Approches qualitatives et quantitatives conjuguées de la collecte et analyse des données • Mise à l'épreuve des hypothèses • Échantillonnage en boule de neige (recherche des cas active et adaptive) et autres méthodes de recherche des cas à haute sensibilité • Échantillonnage par lots pour 	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodes d'échantillonnage des zones utilisant soit de quadrant (carré), soit l'échantillonnage systématique à l'aide de listes • Échantillonnage en boule de neige (recherche des cas active et adaptive) et autres méthodes de recherche des cas à haute sensibilité • Méthodes avec échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) • Calculs de la taille des échantillons pour les populations finies (c.-à-d. petites) • Principes et méthodes de cartographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodes d'échantillonnage des zones utilisant des triangles • Échantillonnage en boule de neige (recherche des cas active et adaptive) et autres méthodes de recherche des cas à haute sensibilité • Calcul de la taille de l'échantillon avec « correction pour population finie » • Principes et méthodes de cartographie des données • Collecte des données à

	<p>l'aide de simples fiches et questionnaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse des données à l'aide de simples estimateurs 	<p>l'assurance de la qualité (LQAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Principes et méthodes de la cartographie spatiale Analyse bayésienne 	<p>des données</p> <ul style="list-style-type: none"> Collecte des données à l'aide de simples fiches et questionnaires Analyse des données à l'aide de simples classificateurs et estimateurs 	<p>l'aide de simples fiches et questionnaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse des données à l'aide de simples estimateurs
Informations de base requises	<ol style="list-style-type: none"> Une carte détaillée indiquant chaque site de programme et les villages/emplacements est <i>indispensable</i>. Estimations de la taille de la population pour toutes les populations et la tranche d'âge 6-59 mois de chaque zone d'intervention du programme 	<ol style="list-style-type: none"> Au moins une liste complète des villages/emplacements au sein de chaque zone d'intervention du programme (dans l'idéal de bonnes cartes détaillées, mais c'est facultatif) Données de routine de suivi du programme Données supplémentaires figurant sur les cartes des patients 	<ol style="list-style-type: none"> Au moins une liste complète des villages/emplacements au sein de chaque unité de prestation de services (cartes détaillées facultatives) Estimations approximatives de la taille de la population (toutes les populations et la tranche d'âge 6-59 mois) de chaque unité de prestation de services Estimation de la prévalence (dans l'idéal une estimation pour chaque unité de prestation de services mais chiffre agrégé acceptable) 	<ol style="list-style-type: none"> Des cartes détaillées indiquant chaque unité de prestation de service et les villages/emplacements sont <i>indispensables</i> Estimations de la taille de la population pour toutes les populations et la tranche d'âge 6-59 mois de chaque unité de prestation de services
Produits attendus	<ol style="list-style-type: none"> Estimation de la couverture au niveau des zones locales (cartes quadrillées) et globalement pour le district Cartographie de l'estimation de la couverture au niveau des zones locales (cartes quadrillées) Liste classée des barrières à la couverture 	<ol style="list-style-type: none"> Classification ou estimation de la couverture globale Liste des facilitateurs et des barrières à la couverture, avec des informations détaillées sur la manière dont ils entrent en interaction et influencent la couverture 	<ol style="list-style-type: none"> Classification de la couverture au niveau de l'unité de prestation de services et globalement Cartographie de la classification de la couverture au niveau de l'unité de prestation de services Liste classée des barrières à la couverture 	<ol style="list-style-type: none"> Estimation de la couverture au niveau des zones locales (cartes quadrillées) et globalement Cartographie de l'estimation de la couverture au niveau des zones locales (cartes quadrillées) Liste classée des barrières à la couverture

Troisième Partie : Questions spécifiques sur les évaluations de la couverture

1. Quelle différence y a-t-il entre la couverture *actuelle* et la couverture *de la période* ? Laquelle des deux utiliser ?

Il y a deux estimateurs de la couverture qui sont fréquemment utilisés :

Couverture actuelle : Cet estimateur utilise uniquement les données sur les cas actuels. Il fournit un instantané des performances du service et met fortement l'accent sur le caractère rapide de la recherche des cas et du recrutement. Il est calculé à l'aide de la formule suivante :

$$\text{Point de couverture} = \frac{\text{Nombre de cas de MAS dans le traitement}}{\text{Nombre total de cas MAS dans la communauté}}$$

Couverture de la période : Cet estimateur utilise à la fois les données sur les cas actuels et sur les cas en voie de guérison. Les cas en voie de guérison sont les enfants qui devraient être soignés parce qu'ils n'ont pas encore atteint les critères requis pour que leur traitement puisse cesser. La couverture de la période est calculée à l'aide de la formule suivante :

La couverture de la période

$$= \frac{\text{Nombre de cas de MAS dans le traitement} + \text{nombre de cas en voie de guérison dans le traitement}}{\text{Nombre total de cas MAS dans la communauté} + \text{nombre de cas en voie de guérison dans le traitement}}$$

L'estimateur de la couverture actuelle peut donner une image trompeuse de la couverture pour un service présentant une couverture élevée du fait de son bon niveau de recherche des cas et de recrutement et de ses durées de séjour brèves. Dans ces cas, les deux estimateurs donneront des résultats très différents. Par exemple, les résultats suivants ont été obtenus dans le cadre d'une enquête :

Nombre de cas de MAS dans la communauté : 2

Nombre de cas de MAS faisant l'objet d'un traitement : 0

Nombre de cas en voie de guérison faisant l'objet d'un traitement : 34

L'estimateur de la couverture actuelle retourne:

$$\text{Point de couverture} = \frac{0}{2} = 0 \%$$

Mais l'estimateur de la couverture de la période retourne :

$$\text{La couverture de la période} = \frac{34}{36} = 0.944 \text{ ou } 94.4 \%$$

Dans cet exemple, l'estimateur de la couverture de la période est probablement le meilleur indicateur de la couverture. Dans cet exemple, l'estimation de la couverture actuelle pénalise les bonnes performances.

L'estimateur de la couverture de la période peut donner une image trompeuse de la couverture pour les programmes présentant un faible niveau de recherche de cas et de recrutement et des durées de séjour longues à cause d'une présentation et/ou d'une admission tardive. Dans ce cas, les deux estimateurs produiront des résultats très différents. Par exemple :

Nombre de cas de MAS dans la communauté : 12

Nombre de cas de MAS faisant l'objet d'un traitement : 3

Nombre de cas en voie de guérison faisant l'objet d'un traitement : 22

L'estimateur de la couverture actuelle retourne :

$$\text{Couverture actuelle} = \frac{3}{12} = 0.25 \text{ ou } 25 \%$$

Mais l'estimateur de la couverture de la période retourne :

$$\text{La couverture de la période} = \frac{25}{34} = 0.735 \text{ ou } 73.5 \%$$

Dans cet exemple, l'estimateur de la couverture actuelle est probablement le meilleur indicateur de la couverture.

L'estimation de la couverture globale varie en fonction de l'estimateur utilisé et les résultats peuvent être difficiles à interpréter en l'absence d'informations contextuelles

Ainsi, le choix de l'estimateur à utiliser dans le rapport doit être en fonction du contexte :

- Si le programme présente un bon niveau de recherche de cas et de recrutement (c.-à-d. cas de MAS décelés au début de la maladie), ainsi que des durées de séjour courtes, alors l'estimateur de la couverture de la période est probablement approprié.
- Si le programme présente un faible niveau de recherche de cas et de recrutement (c.-à-d. cas de MAS décelés durant les derniers stades de la maladie), ainsi que des durées de séjour longues à cause d'une présentation et/ou d'une admission tardives, alors l'estimateur de la couverture actuelle est probablement plus adapté.

Au moment d'entreprendre une enquête sur la couverture, il faut déterminer l'estimateur le plus approprié à utiliser, et employer cet indicateur dans votre rapport. Vous devez justifier votre choix de l'estimateur de la couverture actuelle ou de la période dans le corps du rapport en faisant référence aux résultats sur la recherche de cas, le recrutement et la durée de séjour. Vous devez utiliser uniquement l'estimateur le plus approprié. Il **n'est pas** légitime d'utiliser les deux estimateurs dans le même rapport. Il **n'est pas** légitime de sélectionner l'estimateur en se basant sur le fait qu'il produit l'estimation de la couverture la plus élevée.

2. La couverture des services thérapeutiques (hospitaliers et ambulatoires) peut-elle représenter TOUTE la couverture ? Si nous adoptons la méthode SQUEAC pour la MAS seulement, peut-on en tirer des conclusions sur la couverture des programmes nutritionnels supplémentaires (PNS) sur la base du chiffre de la couverture indiquée pour les services thérapeutiques pour la MAS ?

De manière générale, il n'y a aucune raison de penser que la couverture des services thérapeutiques sera la même que celle des PNS. Des informations ayant trait aux PNS seront éventuellement obtenues durant une enquête *SQUEAC* portant sur la couverture MAS, mais une enquête indépendante devrait néanmoins être effectuée pour évaluer la couverture PNS. Les méthodes *ESZC*, *SQUEAC*, *SLEAC* peuvent être utilisées pour évaluer la couverture PNS avec quelques légères modifications, en particulier avec l'échantillon de l'étape 2 à utiliser. La méthode d'échantillonnage active et adaptative fréquemment utilisée n'est pas assez sensible pour la recherche des cas de MAM (c.-à-d. que seuls les cas les plus graves de MAM tendent à être décelés). Il faut donc utiliser une méthode d'échantillonnage de type recensement (porte à porte) pour la recherche des cas de MAM.

3. Peut-on utiliser les méthodes d'évaluation de la couverture pour donner une estimation de la couverture MAM ? Quelles sont les implications réalistes pour l'évaluation (temps, dotation en personnel, ressources) du fait de greffer la couverture MAM sur une enquête sur la couverture MAS ?

La méthode *SQUEAC* est une méthode conçue pour évaluer des services d'alimentation thérapeutique sélectifs, c.-à-d. des services dotés de critères d'admissibilité définis qui donnent accès au service. Pour les services thérapeutiques (ambulatoires et hospitaliers), de manière générale, cette admissibilité est plutôt claire et applicable à tous les niveaux.

Il y a souvent une variance élevée des formes de PNS mis en œuvre (standardisés (*blanket* en anglais), ciblés, standardisés et ciblés en alternance, rations de protection, etc). Il n'est pas facile de déterminer qui devrait y avoir droit, ce qui rend l'échantillonnage très compliqué. En général, il ne vaut guère la peine d'évaluer la couverture des PNS sauf si le service utilise des critères d'admissibilité très clairs. Si l'évaluation de la couverture des PNS se révélait cruciale et utile, alors il serait assez simple d'ajouter la couverture PNS à l'enquête *SQUEAC*, mais quelques ressources supplémentaires en termes de temps ou de dotation en personnel se révéleront peut-être nécessaires pour la mener à bien.

Si la gestion de la MAM se fait selon des critères fixés, p. ex PNS pour les enfants de 6 à 59 mois qui ont un PB < 125 et ≥ 115 , alors si nous voulons évaluer la couverture des PNS et des PTA dans une seule enquête, les implications seront les suivantes :

- Dans les enquêtes *SQUEAC*, deux probabilités a priori⁹ doivent être créées – une pour la couverture PTA et une autre pour la couverture PNS. Cela demande plus de temps pour mener deux enquêtes afin d'obtenir deux probabilités a priori ou bien plus de personnes pouvant mener des enquêtes parallèles durant la même période.
- L'évaluation de la couverture PNS et PTA au moyen d'un échantillonnage à plusieurs degrés (en deux ou plusieurs temps) signifierait que la méthode d'échantillonnage pour la deuxième étape devra être une méthode d'échantillonnage par *recensement* (p. ex. en porte-à-porte) plutôt qu'une méthode d'échantillonnage en boule de neige (p. ex. recherche de cas active et adaptative), tel que discuté plus haut. Les implications d'une approche par recensement en termes de temps ou de dotation en personnel peuvent être minimales. La MAM est plus prévalente que la MAS ; c'est pourquoi un nombre inférieur de villages doit être échantillonné pour obtenir la taille d'échantillon voulue. La recherche de cas de MAM peut se faire dans un nombre de villages plus petit que celle des cas de MAS. Dans les contextes où les villages sont assez petits (c.-à-d. villages comptant 50 ménages ou moins ou jusqu'à 300 habitants), l'approche porte-à-porte sera tout aussi rapide, si ce n'est plus rapide, que la recherche de cas active et adaptative.

En résumé, la différence technique réside dans l'utilisation d'une approche par recensement plutôt que la recherche de cas active et adaptative, qui peut avoir une incidence sur le temps et/ou les ressources requis pour une enquête dans une zone étendue.

⁹ En inférence bayésienne, la probabilité a priori est une représentation probabilistique des connaissances disponibles sur une quantité. Dans *SQUEAC*, la probabilité a priori est une représentation probabilistique des connaissances liées à la couverture d'un programme. *SQUEAC* utilise une probabilité a priori bêta distribuée. Voir *analyse conjuguée binomiale, distribution bêta, analyse conjuguée, évidence vraisemblable, a posteriori*. Tiré du Glossaire, Reference technique, Annexe 3 page 196 <http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2014/03/FANTA-Document-FINAL.pdf>

4. Pourquoi les enquêtes actuelles sur la couverture semblent-elles donner des résultats inférieurs à ceux d'enquêtes publiées antérieurement ? S'agit-il du changement de méthodologie depuis l'ESZC, ou bien de la situation globale ?

Nombre d'enquêtes récentes semblent indiquer des résultats concernant la couverture < 50 %, par rapport à > 70 % dans le passé. Cela est en partie dû au fait qu'une couverture supérieure à 50 % ou 70 % n'est possible que lorsque les programmes confèrent la priorité à des actions précises. Si les programmes PCMA sont actuellement élargis dans bien des endroits, il continue néanmoins d'y avoir des problèmes en ce qui concerne la disponibilité d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) dans nombre de ces programmes, ce qui aboutit à une perte de confiance au sein de la communauté lorsque ses membres se présentent à un centre et ne peuvent pas recevoir un traitement complet. Le manque de stock d'ATPE au niveau des centres est une cause qui semble acquérir une importance croissante. Il y a souvent assez d'ATPE au sein du pays, mais la situation sur le terrain peut être très différente, pour ce qui est des défis liés à la logistique et la distribution. Les mères ne tardent pas beaucoup à se décourager et à cesser d'assister au programme. Cela est encore plus évident lorsque surviennent d'autres barrières au suivi d'un traitement, comme la distance, les longues périodes d'attente avant d'être servi(e), la qualité du service, etc.

La plupart des recherches disponibles sur la non-fréquentation suggèrent que la raison la plus importante pour laquelle les cas pouvant être inscrits à un programme de nutrition ne le sont pas est le méconnaissance. Cela englobe tant la sensibilisation au service (où il se trouve, ce qu'il fait, à qui il est destiné, etc.) que la manière dont les gens font le lien entre la maladie qu'ils observent chez leurs enfants et les services dont ils entendent parler. Cela est largement considéré comme un problème au niveau de la population (c.-à-d. un problème de connaissance communautaire), mais le mieux est peut-être de le voir comme un problème de prestation de services. Et là est la question : l'une des principales raisons pour lesquelles les programmes de PCMA n'obtiennent pas les résultats qu'ils obtenaient avant est parce que l'aspect communautaire est traité en dernier. La sensibilisation de la communauté, lorsqu'elle a lieu, est principalement un aspect exceptionnel et « descendant ». La participation réelle, cohérente et significative de la communauté (dans le cadre de laquelle on cherche d'abord à comprendre les perceptions communautaires pour ensuite tenter d'influencer la sensibilisation) reste limitée. La majorité des barrières constatées dans les enquêtes sur la couverture sont liées à l'échec à aborder l'élément communautaire, y compris, comme on l'a mentionné, la connaissance du service, la gestion des rejets, la participation de toutes les parties prenantes communautaires clés, etc. Les ONG locales et internationales ont peut-être un rôle considérable à jouer pour mieux aider le personnel des établissements de soins à gérer ces questions.

L'éloignement du centre de santé le plus proche continue à constituer un problème dans de nombreuses zones, à l'instar de l'insécurité et de la manière dont les cas non admissibles sont gérés dans les établissements. Mais ce qu'ont fait les évaluations de la couverture comme *SQUEAC*, c'est aider les programmes à comprendre ce qui se passe autour d'eux. Leur plus importante contribution n'est pas ce qu'elles disent sur les estimations de la couverture, mais plutôt leur aptitude à dire aux programmes pourquoi les résultats sont ce qu'ils sont. Un certain nombre d'enseignements se dégagent à ce stade, et nous avons besoin que les praticiens du terrain partagent leurs expériences, afin que les programmes qui obtiennent de bons résultats, mais aussi ceux qui obtiennent des résultats médiocres, diffusent leurs enseignements et que le secteur commence à examiner les implications en matière de programmation et de politiques générales de ces enseignements sur la manière dont nous menons ces programmes.

5. Y a-t-il une prévalence minimale de MAS en dessous de laquelle il ne vaut pas la peine de mener une évaluation de la couverture du fait de la difficulté de la recherche de cas ? Les programmes intégrés au sein des établissements de soins locaux font souvent partie de cette catégorie.

Dans ces contextes, les *étapes 1* et *2* de *SQUEAC* peuvent être appliquées. Cela fournira une grande quantité d'informations sur les barrières à la couverture, les comportements de demande de traitement, les performances des programmes, le travail de proximité des programmes, etc. (*étape 1*) et identifiera les questions relatives à la couverture spatiale (*étape 2*). On peut ensuite décider si une enquête d'*étape 3* est requise (ce qui souvent n'est pas le cas).

Les cas peuvent être difficiles à trouver si la prévalence est faible, mais le retard de croissance est souvent un « problème caché » (c.-à-d. un problème non diagnostiqué ou non reconnu). Les données tirées des enquêtes sur la prévalence peuvent sous-estimer la prévalence du fait que les familles cachent les enfants malades et que l'échantillon probabilité proportionnelle à la taille (PPT) tend à exclure les enfants faisant partie des petites communautés (dans lesquelles les cas de MAS peuvent se trouver). Il est courant de mener des enquêtes sur la couverture (comme *ESZC*, *SLEAC*, ou l'*étape 3* de *SQUEAC*) durant les « saisons de pénurie » pour qu'il soit plus facile de trouver les cas. Les *étapes 1* et *2* de *SQUEAC* ne nécessitent pas des échantillons de grande taille et peuvent être menées lorsque la prévalence est faible et donner tout de même des informations utiles.

6. Que voulons-nous dire par « facilitateurs » et « barrières » ? Quels en sont des exemples récents ?

Un « **facilitateur** » est tout facteur qui encourage ou permet l'accès à un programme ou aboutit à une hausse de la couverture. Parmi les facteurs généralement identifiés comme ayant un effet positif sur la couverture, on peut citer :

- Recherche de cas active et régulière par des volontaires motivés
- Bonnes connaissances et compréhension du programme par la population locale
- Programme activement soutenu par des membres clés de la communauté
- Systèmes efficaces en place pour l'orientation, le transfert et le suivi des cas
- Bons rapports entre les acteurs de la PCMA, et soutien et supervision adéquats offerts aux volontaires, aux membres du personnel des centres de santé et au personnel de programme
- Approvisionnement adéquat et soutenu en ATPE.

Une « **barrière** », appelée aussi « **goulot d'étranglement** » (Tanahasi 1978), est tout facteur qui restreint, bloque ou retarde l'accès à un programme ou qui restreint la couverture. Parmi les facteurs souvent identifiés comme ayant un effet négatif sur la couverture, on peut citer les suivants :

- Manque de connaissances sur le programme
- Manque de sensibilisation à la malnutrition ou discordance entre la définition du programme et la compréhension par la communauté
- Éloignement du site du programme
- Rejet antérieur par le personnel du centre de santé
- Recherche de cas active limitée/volontaires peu nombreux ou démotivés
- Problèmes liés au service (en particulier stock d'ATPE épuisé)

7. La couverture peut-elle être mesurée durant les évaluations SMART ?

L'utilisation de l'échantillonnage PPT et le petit nombre de cas de MAS constatés par les enquêtes SMART suggèrent que les estimations de la couverture effectuées au moyen d'enquêtes SMART peuvent être inexactes (c.-à-d. biaisées en prenant l'échantillon provenant des communautés les plus peuplées) et seront généralement imprécises (à cause de la petite taille de l'échantillon des cas de MAS). Les données des enquêtes SMART pourraient, toutefois, être utilisées avec d'autres données pour informer les probabilités a priori dans les enquêtes *SQUEAC* d'étape 3. Pour un complément d'informations, voir :

Myatt M, Feleke T, Sadler K, Collins S. A field trial of a survey method for estimating the couverture of selective feeding programs. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 2005 ; 83:20-6. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/1/20.pdf>

Quatrième Partie : Questions futures

Une grande quantité de travail est actuellement en cours pour perfectionner les méthodologies d'évaluation de la couverture et beaucoup plus de pays et d'agences adoptent l'évaluation de la couverture comme un élément essentiel de leur travail de routine. Parmi les questions à prendre en compte à l'avenir figurent les suivantes :

Pratiques :

- Veiller à ce que les bailleurs de fonds et les pouvoirs publics accordent la priorité à la budgétisation pour inclure des évaluations régulières de la couverture
- Veiller à une formation et à une supervision suffisantes et à la présence de responsables de la mise en œuvre qualifiés pour maintenir des enquêtes de qualité dans les endroits et aux moments requis
- Envisager une utilisation plus importante de technologies innovantes pour la collecte des données

Techniques :

- Documenter et diffuser les évaluations de la couverture menées dans les contextes urbains
- Parvenir à un consensus sur la mesure de la couverture géographique
- Examiner le caractère approprié des standards actuels de Sphère pour la couverture et envisager une approche progressive de l'établissement de standards, en prévoyant des niveaux de couverture faibles durant les phases initiales d'un programme et en établissant des cibles pour la couverture à un niveau supérieur dans les programmes mieux établis
- Établir des lignes directrices techniques et documenter l'expérience sur l'évaluation de la couverture pour la MAM

Travail continu :

- Donner la priorité aux activités de mobilisation de la communauté pour veiller à ce qu'une bonne couverture soit obtenue. Veiller en particulier à ce qu'une évaluation socioculturelle soit effectuée lors de l'établissement du programme pour identifier a) des ressources afin d'entreprendre la recherche des cas et la sensibilisation, b) les barrières à l'accès, c) des voies efficaces de communication et d) les comportements indiquant le désir d'accéder à des services de santé et les perceptions locales de la malnutrition. Les constatations permettront d'élaborer une stratégie de mobilisation spécifique à long terme.
- Élargir le groupe de formateurs qualifiés disponibles. Les initiatives comme le Coverage Monitoring Network sont en cours de mise en œuvre pour élargir et renforcer les capacités techniques et les rendre plus accessibles aux programmes dans le monde entier.
- Mener des activités de plaidoyer auprès des bailleurs de fonds et des gouvernements pour financer les évaluations de la couverture
- Accroître l'utilisation des enquêtes pour mesurer la couverture à grande échelle/au niveau des pays
- Développement d'un estimateur unique de couverture pour remplacer à la fois la couverture de la période et la couverture actuelle.

Guide des ressources disponibles pour les enquêtes sur la couverture

Échantillonnage systématique zonal centré (ESZC)

Lectures suggérées :

Myatt M, Feleke T, Sadler K, Collins S. A field trial of a survey method for estimating the coverage of selective feeding programs. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 2005 ; 83:20-6.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/1/20.pdf>

Myatt M. New Method for Estimating Program Coverage. *Field Exchange* 2004; 21:11.

<http://fex.enonline.net/21/coverage.aspx>.

Wegerdt J, Zanchettin M, Myatt M. Assessing sensitivity of case-finding using capture-recapture techniques. *Field Exchange* 2006; 27:13. <http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Assessing-sensitivity-capture-recapture-techniques-2006.pdf>

Myatt M. A brief introduction to the EGSC coverage survey method. Valid International 2006.

<http://www.brixtonhealth.com/EGSCCoverageMethodSimple.pdf>

Myatt M. Notes on required sample sizes for EGSC and similar coverage surveys. Valid International 2006. <http://www.brixtonhealth.com/SampleEGSC.pdf>

Myatt M. Notes on using capture-recapture techniques to assess the sensitivity of rapid case-finding methods. Valid International 2006. <http://www.brixtonhealth.com/CRCCaseFinding.pdf>

Milne A. The centric systematic area-sample treated as a random sample. *Biometrics* 1959; 15(2): 270-297.

<http://www.validinternational.org/coverage/references/Milne.EGSC.BiometricsVolume15No2.pdf>

Logiciels d'estimation et de cartographie (tous disponibles sur <http://www.brixtonhealth.com/>)

OpenCSAS

Un simple outil de saisie de données et de présentation de rapports pour les enquêtes ESZC sur la couverture. Disponible sur : <http://www.brixtonhealth.com/opencsas.html>

CSAS coverage calculator

Une feuille de calcul (au format Microsoft Excel '95) pour calculer les estimations de la couverture et dessiner des quadrants à partir des données d'enquêtes sur la couverture recueillies au moyen de la méthodologie ESZC. La feuille de calcul fournit aussi des estimations du test de sensibilité, appelé « prise-reprise », de la recherche active de cas. Disponible sur :

<http://www.brixtonhealth.com/software.html>. Une feuille de calcul comportant des exemples de données est disponible sur <http://www.brixtonhealth.com/software.html>

Évaluation semiquantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC)/Évaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture (SLEAC)

Lectures suggérées :

Myatt M. SQUEAC: Low resource method to evaluate access and coverage programs. *Field Exchange* 2008; 33:3. <http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/New-method-estimating-programme-coverage-2004.pdf>

Myatt M, Jones D, Emru E, Guerrero S, Fieschi L. SQUEAC & SLEAC: Low resource methods for evaluating access and coverage in selective feeding programs. Valid International 2008. <http://www.validinternational.org/demo/reports/SQUEAC.Article.pdf>

Myatt M, Guevarra E, Fieschi L, Norris A, Guerrero S, Schofield L, Jones D, Emru E, Sadler K. Semi-quantitative evaluation of access and coverage (SQUEAC) / Simplified lot quality assurance evaluation of access and coverage (SLEAC) Technical Reference. Food and Nutritional Technical Assistance III Project (FANTA-III), FHI 360 / FANTA, Washington, DC, October 2012. <http://www.fantaproject.org/monitoring-and-evaluation/squeac-sleac>

Myatt M, Guevarra E, Fieschi L, Norris A, Guerrero S, Schofield L, Jones D, Emru E, Sadler K. Référence technique sur l'évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC)/ l'évaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture (SLEAC). FANTA III/FHI 360 2012. www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2014/03/FA...

Schofield L, Gizaw Lacha S, Getachew T. SQUEAC in routine monitoring of PCMA programme coverage in Ethiopia. *Field Exchange* 2010; 38:35. <http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/SQUEAC-PCMA-programme-coverage-Ethiopia-2010.pdf>

Nyawo M, Myatt M. Causal analysis and the SQUEAC toolbox. *Field Exchange* 2012; 42: 37-38. http://www.validinternational.org/coverage/workshop/articles_files/causalENN.pdf

Guevarra E, Myatt M, Guerrero S. Using SLEAC as a wide-area survey method. *Field Exchange* 2012; 42: 39-44. http://www.validinternational.org/coverage/workshop/articles_files/caseStudySLEAC.pdf

Logiciels :

BayesSQUEAC calculator

Un simple outil de calcul pour effectuer une analyse bayésienne bêta-binomiale conjuguée. Conçu pour être utilisé dans le cadre des évaluations SQUEAC. Disponible pour les plateformes Windows, Linux et Macintosh : <http://www.brixtonhealth.com/bayessqueac.html>

LQAS Sampling Plan Calculator

Un simple outil de calcul de plan d'échantillonnage LQAS destiné à être utilisé dans le cadre des évaluations SQUEAC et SLEAC.

Il y a deux mises en œuvre de cet outil de calcul. Le premier (disponible sur www.brixtonhealth.com/hyperLQAS.html) est utilisé pour trouver la taille de l'échantillon requis et le seuil de décision correspondant (d) sur la base de la population et des erreurs bêta et alpha souhaitées. Le second (disponible sur www.brixtonhealth.com/hyperLQAS.findD.html) est utilisé pour trouver d sur la base de la taille de l'échantillon obtenu. Les deux mises en œuvre du logiciel peuvent fonctionner en ligne à partir des liens fournis. Pour l'usage hors ligne, le fichier HTML peut être sauvegardé sur le disque dur de votre ordinateur ou sur une clé USB et ouvert localement à travers n'importe quel navigateur.

XMind

Logiciel de cartographie conceptuelle *Open Source* téléchargeable sur www.xmind.net

Autres ressources liées à la couverture

Lectures suggérées :

Myatt M, Guerrero S. Why coverage is important: Efficacy, effectiveness, coverage, and the impact of CMAM interventions. *Field Exchange* 2013;45:39-41.

<http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Why-coverage-is-important-2013.pdf>

Guevarra E, Guerrero S, Myatt M. Considerations regarding coverage standards for selective feeding programmes. *Field Exchange* 2013;46:19-20.

<http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Considerations-coverage-standards-selective-feeding-programmes-2013.pdf>

Prentice A, Balegamire SJ, McOyoo EO, Nzidka FN, Ahmed HA, Chege JN, Macharia JW, Musumba KO, Kaindi LM, Kiamba L, Gathii MM, Brennan M, Kirichu S, Abubakar SA, Kimanzi SM, Myatt M. Boosters, Barriers, Questions: An approach to organising and analysing SQUEAC data. *Field Exchange* 2013;45:6-8. <http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2013/06/Boosters-Barriers-and-Questions.pdf>

Guerrero S, Myatt M, Collins S. Determinants of coverage in community-based therapeutic care programs: towards a joint quantitative and qualitative analysis. *Disasters* 2010; 34(2):571-585.

<http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Determinants-of-coverage-in-CTC-Disasters-2009.pdf>

Sadler K, Myatt M, Feleke T, Collins S. A comparison of the programme coverage of two therapeutic feeding interventions implemented in neighbouring districts of Malawi. *Public Health Nutrition* 2007; 10(9):907-913.

http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN10_09%2FS1368980007711035a.pdf&code=86be6a44ae3e7da71d84a553e6b92ef1

Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization* 1978;56(2):295-303.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/pdf/bullwho00439-0136.pdf>

UNICEF, Coverage Monitoring Network, ACF International. The state of global SAM management coverage 2012. New York & London, August 2012. <http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/The-State-of-SAM-Management-Coverage-2012-0.pdf>

Coverage Assessment Methods Toolkit : ensemble complet d'outils, d'articles et de présentations basés sur un récent atelier de travail sur la couverture <http://www.validinternational.org/coverage/resourcekit.zip>

Coverage Discussion Forum sur EN-NET : pour toutes les questions techniques sur la couverture.

<http://www.en-net.org.uk/forum/16.aspx>

Coverage Monitoring Network : englobe des rapports d'enquêtes et de travaux sur la couverture récents. <http://www.coverage-monitoring.org/>

Un **glossaire** (termes sélectionnés dans les notes en bas de page extraits du Référence technique SQUEAC), des **logiciels**, des **documents** et d'autres conseils sont disponibles dans ce document ou sur <http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Glossary-for-coverage-Brixton-Health-2012.pdf>