



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

SPRING
Renforcement de partenariats, résultats, et
innovations en nutrition à l'échelle mondiale

Haïti

Explorer des approches pour renforcer les capacités en évaluation, assistance-conseil et soutien en nutrition (NACS)



A propos du projet SPRING

Le Projet SPRING, Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (renforcement des partenariats, résultats et innovations en nutrition à l'échelle globale) est financé par l'USAID dans le cadre d'un accord de coopération de cinq ans en vue de renforcer les efforts nationaux et internationaux pour intensifier les pratiques et politiques de nutrition à grand impact et améliorer les résultats de nutrition chez la mère et l'enfant. SPRING offre une assistance technique de pointe et met l'accent sur la prévention du retard de croissance et de l'anémie maternelle et infantile dans les 1000 premiers jours. Le projet est géré par JSI Research & Training Institute, Inc., avec les organisations partenaires Helen Keller International, The Manoff Group, Save the Children, et the International Food Policy Research Institute.

Avertissements

Ce rapport est rendu possible grâce au soutien généreux du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) aux termes de l'Accord de coopération AID-OAA-A-11-00031 (SPRING), géré par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI). Le contenu est la responsabilité de JSI, et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

Citation recommandée

Sascha Lamstein, Teemar Fisseha, Rose-Mireille Exumé, Nicole Racine et Peggy Koniz-Booher. 2015. *Haiti: Exploring Approaches to Building Capacity for Nutrition Assessment, Counseling, and Support, NACS* (Explorer des approches pour renforcer les capacités en évaluation, assistance-conseil et soutien en nutrition). Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project. (Renforcement des partenariats, des résultats et des innovations en matière de nutrition à l'échelle mondiale).

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les personnes qui ont contribué à ce rapport. Marjolein Moreaux et Kristina Beall ont joué un rôle important dans la conception du programme de formation sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), tandis que le projet d'Assistance Technique pour l'Alimentation et la Nutrition III (FANTA) a joué un rôle clé dans la conception et le développement du programme de formation sur l'évaluation nutritionnel, l'assistance-conseil et le soutien en nutrition (NACS). La finalisation des programmes de formation et la dispense des sessions de formations ont été réalisées en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Sans le soutien du Dr Joseline Marhône Pierre, responsable de la nutrition, cette recherche n'aurait pas été possible. Nous tenons à exprimer notre gratitude à Fanor Joseph, Caroline Jean-Louis, Mireille Henry et Guirlaine Jean-Charles du MSPP qui nous ont aidé à la collecte des données et à Jolene Wun qui a analysé la plupart de celles-ci. En outre, nous remercions tout particulièrement les représentants du gouvernement, les directeurs médicaux, les maîtres formateurs, le personnel des établissements de santé et les clients qui ont été observés au sein des sept établissements de santé où cette recherche a été menée. Le temps qu'ils ont consacré à répondre à nos questions et à fournir les données nécessaires à cette recherche ont rendu ce travail possible. Enfin, Barbara Birch Lamphere, Tim Williams, Nathalie Albrow, et Heather Forrester qui ont contribué aux ébauches et revu les versions de ce rapport. Leurs contributions et leur soutien sont considérablement appréciés.

SPRING

JSI Research & Training Institute, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Téléphone : 703-528-7474 Fax : 703-528-7480

Courriel : info@spring-nutrition.org Internet : www.spring-nutrition.org

Table des matières

Acronymes	vii
Résumé exécutif	ix
I. Introduction	1
A. Contexte	1
B. Questions de Recherche	1
C. Méthodes	2
II. Intervention	5
III. Constats	7
A. L'Approche de la Formation en Cascade	7
B. Établissements de Santé	8
C. Les Maîtres Formateurs	10
D. Travailleurs de Santé Formés	11
E. Réceptivité à la Formation	13
F. Adhésion au Cycle de l'Apprentissage Expérientiel	18
G. Coûts Associés avec le Déroulement des Formations	22
H. Changement des Connaissances	23
I. Changement dans la Qualité des Soins	24
IV. Limites et Défis	33
V. Discussion	35
VI. Conclusions et Recommandations	39
Références	43
Annexe 1. Tableaux Supplémentaires	45
Figures	
1. Nombre de personnes formées, par approche de formation et unité où le prestataire de santé travaillait au début de la formation	11
2. Nombre de personnes formées, par approche de formation et catégories de prestataires	12
3. Pourcentage des stagiaires satisfaits de la formation, par approche de formation	15
4. Pourcentage des stagiaires ayant fait part de divers avantages de la formation, par approche de formation	17
5. Pourcentage des stagiaires qui ont fait part de divers avantages de la formation, par type de prestataires	18
6a. Pourcentage de clients en service prénatal évalués sur le plan nutritionnel conformément aux normes, en se basant sur l'observation, la durée et l'approche de formation	27

6 b. Pourcentage de clients en pédiatrie évalués sur le plan nutritionnel conformément aux normes, en se basant sur l’observation, la durée et l’approche de formation	27
7. Pourcentage de PVVIH évaluées sur le plan nutritionnel conformément aux normes, en se basant sur le système EMR de iSanté, six mois avant le début de la formation (octobre 2013 à mars 2014) et six mois après (octobre 2014 à mars 2015), la durée et l’approche de formation	29
8a. Nombre moyen de compétences en assistance-conseil nutritionnel observées en prénatal, basé sur la durée et l’approche de formation	30
8b. Nombre moyen de compétences en assistance-conseil nutritionnel observées en pédiatrie, basé sur la durée et l’approche de formation	30
8c. Nombre moyen de compétences en assistance-conseil nutritionnel observées dans les unités de VIH, basé sur la durée et l’approche de formation.....	31

Tableaux

1. Méthodes de collecte de données et tailles des échantillons à chaque point de service.....	2
2. Nombre moyen de prestataires par unité au départ, par approche de formation	8
3. Charge moyenne de client par mois et ratio client-prestataire par établissement de santé, basé sur les rapports de l’établissement d’octobre à décembre 2013, par approche de formation	9
4. Résultats des évaluations de connaissance avant et après la formation parmi les participants à la formation des maîtres formateurs, par approche de formation	10
5. Résultats de la formation, par approche de formation	12
6. Perception des stagiaires sur les qualifications des maîtres formateurs, par approche de formation.....	19
7. Perception des stagiaires sur les qualifications des maîtres formateurs, par approche de formation.....	20
8. Perception des stagiaires concernant les qualifications des maîtres formateurs, par approche de formation	21
9. Estimation des coûts de la formation en cascade, selon l’approche et le lieu de la formation (en dollars américains)	22
10. Résultats de l’évaluation de connaissance après la formation parmi les participants aux formations en cascade, par approche de formation (%).....	23
11. Équipement disponible pour l’évaluation nutritionnelle lors du suivi, par approche de formation	25
12. Soutien nutritionnel fourni, basé sur l’observation, la durée et l’approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge).....	32

Tableaux Annexes

1. Satisfaction des stagiaires vis à vis de la formation en cascade, par approche de formation	45
2. Evaluation de la nutrition effectuée, basée sur l’observation, la durée et, l’approche de formation et l’unité concernée (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge).....	47

3. Pourcentage des compétences en assistance-conseil en nutrition observées au cours des interactions, basé sur la durée, l'approche de formation et l'unité concernée (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge).....	48
4. Pourcentage des compétences en communication démontrées au cours des interactions observées dans les unités de consultations prénatales, basé sur la durée et l'approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge).....	50
5. Pourcentage des thèmes de communication mentionnés au cours des interactions observées dans les unités de consultations prénatales, basé sur la durée et l'approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge).....	51
6. Pourcentage des compétences en communication démontrées au cours des interactions observées dans les unités de pédiatrie, basé sur l'approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge).....	53
7. Pourcentage des thèmes pour l'assistance-conseil mentionnés au cours des interactions observées dans les unités de pédiatrie, basé sur la durée et l'approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge).....	54
8. Pourcentage des compétences en communication démontrées au cours des interactions observées dans les unités de VIH, basé sur la durée et l'approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge).....	56

Acronymes

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
CAE	Cycle d'apprentissage expérientiel
EDS	Enquête démographique et de santé
FAF	Fer-acide folique
FANTA	Assistance technique en alimentation et nutrition
FCE	Formation en cours d'emploi
FdF	Formation des formateurs
IMC	Indice de masse corporelle
JSI	JSI Research & Training Institute, Inc.
MF	Maître formateur
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NACS	<i>Evaluation, assistance-conseil et soutien nutritionnel</i>
ND	Non disponible
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondiale
PB	Périmètre brachial
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
QI	Amélioration de la qualité
SC4CCM	Améliorer les chaînes d'approvisionnement pour la gestion communautaire des cas de pneumonie et d'autres maladies courantes de l'enfance (<i>Improving Supply Chains for Community Case Management of Pneumonia and Other Common Diseases of Childhood</i>)
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SPRING	<i>Renforcement des partenariats, des résultats et des innovations en matière de nutrition à l'échelle mondiale</i>
TB	Tuberculose
TS	Travailleurs de santé
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

Il existe des interventions nutritionnelles fondées sur les faits pouvant avoir une incidence positive sur l'alimentation des mères et des enfants. Elles peuvent également réduire considérablement la mortalité, si une couverture programmatique suffisante est obtenue (Bhutta et al. 2013). Toutefois, les prestataires de soins de santé ne sont pas systématiquement chargés de promouvoir ces interventions, et s'ils en sont chargés, ils reçoivent souvent une formation peu suffisante, voire insuffisante. L'importance de la formation est reprise à travers la littérature et les documents de formation; toutefois, le processus réel de la façon dont les formations sont menées (durée, profondeur, contenu, organisation, etc.) n'est pas souvent soigneusement étudié, documenté, rapporté ou évalué. Une grande partie de ce que l'on connaît sur le processus de formation en nutrition se fonde sur les rétroactions qualitatives et les leçons apprises trouvés dans les documents du projet.

Compte tenu de la nécessité de renforcer les services de nutrition au sein des systèmes de santé, le Projet SPRING a exploré les avantages et les inconvénients des deux approches que nous utilisons en Haïti pour dispenser des formations sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et sur l'évaluation, l'assistance-conseil et le soutien nutritionnel (NACS) aux prestataires des établissements de santé. Plus précisément, nous avons examiné une méthodologie de formation en cours d'emploi (FCE) et l'approche plus traditionnelle des formations de style atelier. Nous avons préparé un programme de formation modulaire qui pourrait être utilisé pour les deux approches et nous avons présenté les deux options de formation aux responsables des établissements de santé et à leurs maîtres formateurs. Chacun des sept établissements qui ont participé à la recherche a choisi l'approche qu'il jugeait la plus appropriée à sa structure. SPRING a pris en charge la responsabilité de la formation des maîtres formateurs (MF), mais a fourni relativement peu de soutien supplémentaire aux établissements de santé pour la dispense de la formation au personnel de l'établissement désigné.

Reconnaissant l'écart entre les approches fondées sur les faits et les approches efficaces de formation, ainsi que les ressources importantes qui sont investies dans les formations, SPRING a entrepris d'explorer les avantages et les inconvénients des approches utilisées par les établissements de santé pour dispenser les formations. Les données primaires de cette étude ont été recueillies avant et un an après la formation des formateurs (FdF) en janvier — février 2015, en utilisant plusieurs méthodes, y compris les évaluations des connaissances avant et après la formation, des entretiens structurés et des questionnaires auto administrés avec des MF, des responsables d'établissements et des prestataires de soins de santé; des entretiens approfondis avec le personnel des établissements de santé (responsables d'unité, formateurs et prestataires de soins); l'observation directe et systématique des interactions client-prestataire; et un compte rendu final avec le personnel de l'établissement de santé. En raison du temps et des contraintes budgétaires, il n'y a pas eu de groupe témoin et nous avons recueilli des échantillons relativement restreints.

Bien que les deux approches de formation aient été conçues pour être tout à fait différentes, en fin de compte, les approches que les établissements de santé ont sélectionnées et suivies étaient moins nombreuses que prévu initialement. Par exemple, toutes les formations ont été dispensées sur place, au sein des établissements, éliminant ainsi de nombreuses dépenses souvent associés aux formations traditionnelles en cascade (location de locaux de formation externes, indemnité journalière, voyage, etc.). En outre, tous les formateurs étaient des membres du personnel qui travaillaient au sein des mêmes établissements, ce qui a éliminé le coût de la facilitation externe. Le maintien des formations au sein des établissements signifiait également que tous les stagiaires avaient la possibilité de bénéficier d'un encadrement régulier immédiatement après la formation. La formation sur site avait ses avantages (par exemple, la participation accrue), mais exposait également à un plus grand risque que les

stagiaires soient appelés à exécuter des tâches n'ayant rien à voir avec la formation et que cela ne perturbe le processus d'apprentissage. Les formateurs ont identifié qu'il s'agissait d'un défi majeur.

Les améliorations ont été impressionnantes sous les deux approches de formation en termes de capacité des stagiaires à effectuer les évaluations nutritionnelles selon les normes. Bien que ce changement ne puisse être attribué à la formation seule, on peut apprendre beaucoup de cette recherche.

La satisfaction paraissait plus élevée et l'évaluation nutritionnelle et l'assistance-conseil observées se sont davantage améliorées dans les établissements de santé où l'approche modulaire de formation avait été suivie. Cependant, les stagiaires des établissements qui suivaient l'approche traditionnelle étaient plus susceptibles de mentionner un éventail d'avantages concernant la formation que ceux des autres établissements suivant l'approche modulaire. Ces avantages incluent une connaissance accrue, une amélioration de la capacité à procéder à un bilan nutritionnel et à conseiller, ainsi qu'une crédibilité professionnelle renforcée pour les futures opportunités d'emploi.

Contre toute attente, mais peut-être sans surprise étant donné les graves pénuries en ressources humaines que connaissent de nombreux établissements de santé en Haïti, les prestataires de soins de santé ont parfois été sélectionnés pour leur disponibilité plutôt que pour des raisons stratégiques telle que la pertinence d'une formation en nutrition pour leurs rendements professionnels. Ces prestataires qui auraient pu être mieux placés pour mettre en pratique les connaissances ou apporter des changements significatifs dans les services nutritionnels fournis ne pouvaient souvent pas être libérés pour suivre la formation et, de ce fait, n'y participaient pas systématiquement. Ceci a été observé dans les deux contextes de formation, mais dans les établissements de formation traditionnelle, ou plusieurs prestataires fut absent durant une plage horaire plus large sur une période concentrée de deux semaines ceci fut d'autant plus ressenti.

Bien que les différences étaient moins nombreuses que prévu, les résultats indiquent que les stagiaires ont davantage apprécié l'approche de formation modulaire, qui était aussi moins coûteuse pour l'établissement de soins de santé et son personnel en termes de dépenses et coûts d'opportunité. Tandis que les formations avaient eu lieu sur-site (au sein des établissements) et offert certaines possibilités de mettre les connaissances en pratique, là où l'approche modulaire de formation avait été suivie, les stagiaires avaient plus d'opportunités de mettre immédiatement en pratique leurs nouvelles compétences et de renforcer les connaissances acquises. Les formations modulaires ont compté un plus grand nombre de participants parce que ces derniers n'avaient pas à manquer une semaine complète de travail pour pouvoir y participer.

Quelques défis uniques sont également apparus dans le cadre de l'approche modulaire. Notamment, il était difficile de garantir que les stagiaires avaient bien assisté à toutes les sessions de formation modulaire et il était également difficile de garantir leur assiduité sur l'ensemble des nombreuses sessions à cause de la rotation et du renouvellement du personnel ainsi que des congés annuels.

Compte tenu des réalités sur le terrain en Haïti, y compris les ressources humaines et les ressources financières limitées- tant au sein de l'équipe SPRING/Haïti et des établissements de santé,- tous les établissements ont connu des défis similaires qui ont affecté l'efficacité de la formation des services de nutrition. Compte tenu des changements récents dans les protocoles nationaux, certains prestataires de santé doivent maintenant ajouter les services NACS à leurs services de routine alors qu'ils sont déjà surchargés de travail. Sans personnel supplémentaire ou personnel spécifiquement dédié à l'évaluation nutritionnelle, l'assistance-conseil en nutrition et la référence des clients vers les services de soutien nutritionnel, il peut être difficile, voire impossible, de parvenir à une couverture complète des services NACS au niveau des établissements de santé.

En nous basant sur ces résultats, nous croyons fermement que le meilleur scénario serait le renforcement de l'ensemble des systèmes pour mieux intégrer les services de nutrition. Pour ce faire, les Ministères de la Santé devraient définir et opérationnaliser ce qui suit:

- des normes nutritionnelles pour les soins et des éléments prioritaires à chaque niveau du système de santé (Quoi)
- des ressources humaines nécessaires — en termes de quantité et de niveaux — pour fournir ces normes de soins à chaque niveau (Qui).
- des besoins spécifiques de formation (contenu, durée, pré-services vs. en cours d'emploi vs. recyclage, méthodologie) de chaque responsable ou rôle au sein des établissements de santé à chaque niveau
- une approche d'amélioration de la qualité axée sur les données (QI) pour la prestation de service et qui réponde aux obstacles à l'exécution des normes de soins (QI + formation = Comment).

Si et quand la formation en cours d'emploi est jugée appropriée, nous recommandons aux gouvernements et aux projets, d'étendre avec prudence l'utilisation de l'approche de formation modulaire avec des sessions de formation plus courtes dispensées sur une plus longue période :

1. Afin d'encourager l'appropriation et l'appui des gestionnaires d'installations et leur donner les moyens de développer une vision pour les services de soutien nutritionnelles améliorées, pour sélectionner stratégiquement les formateurs et les stagiaires, et d'utiliser les données pour surveiller la performance des services de nutrition.
2. Prioriser la documentation et l'analyse des processus de formation. Sans un coût ou un effort déraisonnable, le suivi et l'analyse du processus peuvent être intégrés dans la surveillance routine (en utilisant des systèmes d'information existants) ou supervision.
3. Choisir méticuleusement les formateurs et les stagiaires en termes d'applicabilité du contenu (à savoir, ceux qui travaillent dans les unités prénataux, pédiatriques ou VIH), la motivation et l'intérêt pour le sujet, et le temps pour mettre en œuvre les connaissances.
4. Prevoir stratégiquement le jour, l'horaire et la durée des formations afin d'assurer qu'ils perturbent la routine quotidienne avec les clients au minimum.
5. Mettez l'accent sur le cycle d'apprentissage expérientiel, encourager les formateurs à s'appuyer sur les connaissances des stagiaires et en fournissant suffisamment de temps pour pratiquer les compétences de conseil pendant les formations.
6. Assurer la disposition d'un espace suffisant pour la formation, un support pour les pagivoltes, un projecteur, et une source d'énergie.
7. Adapter la charge de travail des formateurs (personnel des établissements de santé) ou autre personnel de l'établissement afin de permettre une préparation adéquate pour, mise en œuvre et le suivi de la formation (à savoir, coaching). Ce dernier est un aspect important de l'approche de FCE qui les formateurs débordés négligent souvent.
8. Incitez les stagiaires à participer dans toutes les sessions de formation intégralement. Cela pourrait être encouragé en reflétant la participation aux formations dans leurs revus de performance annuelle.

I. Introduction

A. Contexte

En 2012, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) a invité le projet SPRING (Renforcement des partenariats, des résultats et des innovations en matière de nutrition à l'échelle mondiale) en Haïti. Après la Somalie et l'Afghanistan, Haïti a souffert des taux de famine les plus élevés au monde. Selon la plus récente Enquête Démographique et de Santé (DHS) d'Haïti, seulement 10 pourcent des bébés de 6 à 23 mois sont allaités et 15 pourcent des enfants non allaités sont alimentés conformément aux pratiques d'ANJE — Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (MSPP, IHE, et ICF International 2013). De plus, 22 pourcent des enfants souffrent d'un retard de croissance, ce qui révèle une malnutrition chronique, et 11 pourcent souffrent d'insuffisance pondérale (MSPP, IHE, et ICF International 2013). Les carences en micronutriments sont répandues, 65 pourcent des bébés de 6-59 mois et près de 50 pourcent des femmes de 15-49 ans souffrent d'anémie. La vulnérabilité environnementale d'Haïti a présenté des défis importants pour mettre en place des solutions nutritionnelles durables. Les décennies de déforestation, les ravages que le tremblement de terre de 2010, la tempête tropicale Isaac et l'ouragan Sandy ont causés ont présenté d'autres difficultés en provoquant d'importantes inondations et ont contribué à la perte des récoltes (WFP 2014; Crist 2006).

Haïti vise à mettre l'accent sur le soutien aux 17 établissements de santé tertiaires proposés dans le cadre de l'initiative *Manman ak Timoun Ansante* (Mères et enfants en bonne santé). L'initiative a débuté en 2010 et a été menée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), avec l'appui de l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) et l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI). L'initiative, qui a pris fin en 2013, a fourni des soins de haute qualité aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. SPRING a misé sur cette plateforme de livraison pour renforcer la capacité des prestataires de soins à fournir des services d'évaluation nutritionnelle, d'assistance-conseil et de soutien (NACS) en utilisant des formations modulaires et des méthodes d'amélioration de la qualité (QI).

En reconnaissant le besoin de formation des prestataires de soins de santé, les lacunes des connaissances liées aux approches efficaces de formation (voir l'annexe 1 pour un résumé des données), et les ressources importantes qui sont investies dans les formations, nous avons décidé d'explorer des approches de SPRING de formation du personnel des établissements de santé liées à la nutrition en Haïti. Les formations ont été dispensées avec peu de soutien supplémentaire et dans un contexte souvent peu favorable au changement en termes de pratiques de prestation de services.

B. Questions de Recherche

Par le biais de cette recherche, nous avons examiné deux approches : les sessions de formation occasionnelles (modules courts dispensés sur plusieurs jours/semaines) et une approche plus traditionnelle de 5 à 10 jours consécutifs de 4 à 8 heures par jour. Les principaux sujets de recherche incluent:

1. Dans quelles mesures les prestataires de santé se sont-ils montrés réceptifs aux formations, selon l'approche de formation utilisée?
2. Dans quelle mesure le cycle d'apprentissage expérientiel (CAE) a-t-il été suivi par des maîtres formateurs (MF) ? Cela dépend-il de l'approche de formation utilisée?
3. Quels sont les coûts de dispense de la formation qui utilise les différentes approches?

4. Quelles connaissances ont été acquises par les prestataires; varient-elles en fonction de l'approche de formation utilisée?
5. Les services nutritionnels ont-ils changés suite aux formations? Comment les changements varient-ils en fonction de l'approche de formation utilisée?

C. Méthodes

Comme présentées dans le tableau 1, les données primaires de cette étude ont été recueillies avant (janvier 2014) et un an après la formation des formateurs (FdF) (janvier — février 2015) en utilisant plusieurs méthodes, y compris des évaluations de connaissances avant et après la formation, des entretiens structurés et des questionnaires auto administrés avec les MF, les responsables des établissements et les prestataires de soins de santé; des entretiens approfondis avec le personnel des établissements de santé (responsables, formateurs et prestataires de soins) ; l'observation directe et systématique des interactions client-prestataire de soins ; et un compte rendu final avec le personnel du centre de santé. Nous avons prévu de procéder à un essai de maintien des connaissances pour les stagiaires au cours des évaluations de suivi des établissements; cependant, le MSPP a demandé que cette activité soit retirée de la recherche parce les prestataires seraient indûment stressés par les évaluations et les percevraient négativement. Les expériences et le suivi de routine des membres du personnel du projet SPRING ont été utilisés pour compléter, expliquer, ou corroborer les résultats.

La Commission de révision institutionnelle de JSI Research & Training Institute (JSI) et le *Comité National de Bioéthique* du MSPP ont approuvé le protocole et les outils pour la collecte des données de la recherche. Toutes les activités de collecte de données ont nécessité l'approbation des principaux intéressés et ont pris des mesures pour garantir la confidentialité et protéger les répondants contre toutes répercussions négatives.

Tableau 1. Méthodes de collecte de données et tailles des échantillons à chaque point de service

Sources des données	Au départ	Suivi
Entretien avec les responsables d'établissements et d'unités	28	25*
Examen des registres		
Soin prénatal	--	120
Soin pédiatrique	179	150
VIH et SIDA**	1022	1227
Observations des interactions client-prestataire de soins ***		
Soin prénatal	122	38
Soin pédiatrique	75	45
VIH et SIDA	64	40
Examens avant et après la formation des maîtres formateurs	22	ND
Examens avant et après la formation des stagiaires	149	ND
Entretiens qualitatifs approfondis avec les maîtres formateurs	ND	16
Entretiens qualitatifs approfondis avec les stagiaires	ND	31

** Le directeur de l'Hôpital la Providence des Gonaïves n'était pas disponible lors de la collecte des données. Aussi, l'équipe de collecte des données n'a pas été en mesure d'obtenir ces informations.*

*** Les données provenant des unités VIH et SIDA ont été recueillies pour tous les clients utilisant le système DME et ont seulement été mises à la disposition de cinq établissements de santé sur sept inclus dans cette recherche.*

**** Les tailles des échantillons de départ et de suivi pour chaque unité et par type d'établissement (approche de formation) ont été les suivantes : Unités prénatales : Traditionnelle (42/12), Modulaire (62/21), Abrégée (20/5) ; Unités pédiatriques : Traditionnelle (48/23), Modulaire (27/22), Abrégée (9/7) ; Unités VIH : Traditionnelle (25/21), Modulaire (39/19), Abrégée (10/11)*

Les données ont été analysées avec Microsoft Excel et sont présentées par l'approche de formation qui a été suivie. Comme la dispense de la formation dans l'Hôpital Maternité Isaïe Jeanty a été effectuée en suivant une approche abrégée (voir la section III. C. ci-dessous), les résultats pour ce centre sont présentés séparément. Les données concernant les établissements de santé sont disponibles sur demande.

Les résultats de cette évaluation devraient être utiles pour l'USAID, ainsi que les gouvernements et les partenaires d'exécution intéressés par la promotion ou le renforcement des services NACS au niveau des établissements pour atteindre les clients de tout âge, autant séropositifs et séronégatifs.

II. Intervention

Notre objectif principal a été de former les prestataires de soins de santé pour renforcer l'intégration des services NACS dans les services de santé existants. Pour le faire, nous avons utilisé deux curricula de formations distincts, mais complémentaires: l'ANJE et le NACS. Avec une reconnaissance croissante de l'importance de la nutrition des mères et des enfants au cours des 1000 jours suivant la conception de l'enfant jusqu'au deuxième anniversaire de celui-ci, et de la nécessité de conseils en nutrition, SPRING, en collaboration avec le MSPP, développa, pour la formation sur site des prestataires de soins, le curriculum *Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant* (ANJE). Comme prévu, SPRING, participa à la finalisation du curriculum *Evaluation, assistance-conseil et soutien en nutrition* (NACS) développé pour Haïti, par le projet Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA III) en collaboration avec le MSPP.

Les deux programmes de formation ont été conçus pour une mise en œuvre modulaire, couvrant les techniques de formation et les sujets techniques suivants:

- Pourquoi l'ANJE est importante
- Pratiques recommandées de l'ANJE : l'allaitement
- Comment allaiter
- Situations courantes pouvant avoir une incidence sur l'allaitement maternel
- Difficultés les plus courantes de l'allaitement maternel : symptômes, prévention et « Que faire »
- Alimentation complémentaire
- L'ANJE dans le contexte du VIH
- Nourrir l'enfant malade
- Nutrition des femmes
- Besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
- Bilan nutritionnel (Physique)
- Bilan nutritionnel (Biochimique)
- Test d'appétit
- Critères pour le traitement de la malnutrition
- Produits pour le traitement de la malnutrition
- Comment conseiller
- Comment développer des plans d'action en matière de nutrition
- Comment animer une formation de groupe

Nous soutenons 17 établissements tertiaires de soins de santé dans neuf départements. Ces établissements ont été sélectionnés en collaboration avec l'USAID et le MSPP. Cette recherche opérationnelle se concentre sur les sept établissements de santé suivants où le programme SPRING est devenu opérationnel en novembre 2013 :

- Hôpital Maternité Isaïe Jeanty, Département de l'Ouest
- Centre hospitalier Eleazar Germain, Département de l'Ouest
- Hôpital Notre Dame de Petit Goâve, Département de l'Ouest
- Hôpital Sainte Thérèse de Hinche, Département du Centre
- Hôpital la Providence des Gonaïves, Département de l'Artibonite
- Hôpital de Fort Liberté, Département du Nord-est
- Centre Medico Social de Ouanaminthe, Département du Nord-est

Nous avons formé trois à quatre membres du personnel provenant de chaque établissement pour servir de MF chargés de la formation d'environ 25 employés supplémentaires auprès de leurs établissements de santé respectifs. La FdF, qui comprenait 53 heures de modules, a été organisée sur 6,5 jours afin de permettre de réaliser des exercices pratiques. Elle comprenait 11,5 heures de techniques de formation et 42,5 heures de contenu technique. En outre, chaque MF a reçu les matériaux suivants :

- Un manuel du formateur pour l'ANJE
- Un manuel du participant au module ANJE (25 copies)
- Des diapositives pour la formation à l'ANJE
- Une vidéo sur l'initiation précoce à l'allaitement maternel, expression sur le lait maternel et alimentation à la tasse
- Une vidéo « Latch 1,2, 3 » (avec une copie papier de la traduction française)
- Des cartes de conseils sur l'ANJE (reliées et stratifiées)
- Des brochures sur l'ANJE (deux brochures différentes)
- Affiches sur l'ANJE
- Un manuel du formateur pour la NACS
- Un manuel du participant pour la NACS (25 copies)
- Des diapositives de formation pour la NACS
- Des cartes de conseils pour la NACS (reliées et stratifiées)
- Des tableaux à feuilles
- Des marqueurs

La FdF a abouti à l'élaboration par les MF de plans d'action pour la dispense de la formation dans leurs établissements de santé respectifs. Nous avons proposé deux approches distinctes pour la dispense de la formation : (1) un atelier de formation de style plus traditionnel a été organisé pendant une période courte, mais intensive (environ 5-10 jours) et (2) une approche de formation modulaire conçue pour être dispensée au personnel de l'établissement en utilisant une série de deux modules de deux à trois heures, concis et pratiques, une à deux fois par semaine, au sein de l'établissement pour une durée d'environ 12 semaines. L'approche a été décidée en consultation avec les responsables des établissements de santé ou les directeurs.

De plus, SPRING a soutenu les MF dans la conduite d'une réunion de sensibilisation et dans la réalisation des formations suivant l'approche choisie, couvrant les coûts des produits alimentaires et d'impression pour la formation. Nous avons visité chaque établissement de santé au moins une fois dans l'année suivant la FdF pour vérifier les progrès, discuter des problèmes et proposer des solutions possibles. Nous nous sommes également coordonnés avec les personnes en charge de la nutrition du MSPP, aussi formés en ANJE et NACS par SPRING, pour leur confier le suivi de la formation au moins une fois au cours de la même période de temps.

III. Constats

A. L'Approche de la Formation en Cascade

Sur base des rapports des membres de notre personnel et des entretiens avec les formateurs et les stagiaires, il est devenu clair que les différences dans la façon dont les formations ont finalement été dispensées dans ces sept établissements étaient moins nombreuses que ce qui avait été envisagé lorsque le concept de cette recherche a été conçu sur la base de deux approches de formation très distinctes. Il était prévu, par exemple, que la formation plus traditionnelle utiliserait un lieu hors du centre. Toutefois, toutes les formations ont été dispensées sur place dans chacun des établissements de santé.

Le temps nécessaire aux MF pour dispenser la formation variait considérablement. Le contenu de la formation (décrit précédemment) que les MF étaient sensés dispenser au sein de leurs établissements était conçu pour s'étaler sur une durée minimum de 41,5 heures, avec plus de temps consacré à la pratique et la discussion. Ceux qui suivent l'approche de formation traditionnelle ont condensé la formation en 5 à 10 jours de travail consécutifs de quatre à huit heures par jour pour un total de 40 à 60 heures de formation ; les établissements suivant une approche de formation modulaire ont dispensé une à deux sessions, trois fois par semaine. Chaque session durait entre deux et quatre heures chacune, et l'ensemble de la formation a duré 7 à 15 semaines. Le nombre total d'heures consacrées était de 32 à 94 heures. Les MF et les responsables de l'Hôpital Maternité Isaïe Jeanty avaient d'abord prévu de suivre une approche de formation traditionnelle ; toutefois, ils ont finalement proposé deux heures par jour pour la formation, qui s'est étalée sur une période de deux semaines (10 jours ouvrables). Pour cette raison, cet établissement est présenté séparément dans l'analyse qui suit.

L'approche spécifique et le nombre de prestataires formés¹ dans chaque établissement se présentait comme suit:

Approche de formation traditionnelle :

- Hôpital la Providence des Gonaïves : un groupe de 26 TS, 10 jours de travail consécutifs à raison de plus ou moins 6 heures par jour (≈ 60 heures), qui ont pris fin en mai 2014
- Hôpital Eliazar Germain : un groupe de 14 TS, 10 jours de travail consécutifs à raison de 4 heures par jour (≈ 40 heures), qui ont pris fin en juillet 2014
- Hôpital Sainte Thérèse de Hinche : deux groupes de 12 et 17 TS, 5 jours de travail consécutifs d'approximativement 8 heures par jour, plus une semaine de formation de perfectionnement/de rattrapage de 21 heures (≈ 61 heures), qui ont pris fin en septembre 2014

Approche de formation modulaire :

- Le Centre Medico Social de Ouanaminthe : un groupe de 18 TS, 3 séances par semaine de 2 heures chacune durant environ 3 mois (≈72 heures), qui ont pris fin en août 2014

« Nous n'avions pas assez de temps pour assimiler les informations... nous ne nous en sortions pas avec tous les détails. Nous avons essayé de prendre des notes, de garder une trace de tout. C'est seulement qu'il y a tellement de choses que vous écrivez et assimilez lorsque vous allez si vite. »

— Formateur, médecin, unité de pédiatrie

« La seule difficulté est que nous avons beaucoup de matière à couvrir et pas assez de temps... La capacité d'une personne à apprendre diminue après un certain temps, vous savez. »

— Formatrice, infirmière, urgence

¹ Pour être considéré comme « formés », les stagiaires devaient avoir passé les évaluations des connaissances avant et après la formation.

- Hôpital de Fort Liberté : un groupe de 12 TS, 2 sessions de 2 heures par semaine pendant 8 semaines (≈32 heures), qui ont pris fin en septembre 2014
- Hôpital Notre Dame de Petit Goâve : un groupe de 27 TS, 2 sessions de 2 à 4 heures par semaine pendant approximativement 15 semaines, plus 3 à 4 heures de formation de perfectionnement/de rattrapage (≈57 heures), qui ont pris fin en août 2014

Approche de formation abrégée :

- Hôpital Maternité Isaïe Jeanty : 2 groupes de 14 et 9 TS, 10 jours de travail consécutifs de 2 heures par jour, plus une semaine de formation de perfectionnement/de rattrapage de 12 heures (≈32 heures), qui ont pris fin en juin 2014

B. Établissements de Santé

Le nombre de membres du personnel employés par les établissements varie considérablement selon l'établissement et par type d'établissement ou l'approche de formation (voir le tableau 2). En moyenne, les trois unités prioritaires des établissements où l'approche traditionnelle de dispense de la formation a été utilisée, disposaient d'un plus grand nombre d'infirmières, de sages-femmes et d'infirmières auxiliaires dans leurs unités pédiatriques et consacrées au VIH que les établissements où on utilisait l'approche de formation modulaire. Il est également intéressant de noter qu'aucune des unités des établissements n'a déclaré disposer d'un nutritionniste au sein du personnel. Les ressources humaines limitées et variables peuvent avoir influé sur l'impact, en particulier lié au service d'assistance-conseil, puisqu'il s'agit d'un service qui est souvent tombé en premier lorsque les dotations étaient en baisse.

Au cours des entretiens, il c'est également apparu que le renouvellement au sein du personnel avaient été significatifs au cours de l'année (entre le moment de la visite initiale et du suivi). Dans les centres de suivi, les directeurs ont été invités à mettre à jour les informations concernant les dotations. Cependant, les données recueillies étaient souvent incomplètes. Par conséquent, elles ne sont pas présentées ici.

Tableau 2. Nombre moyen de prestataires par unité au départ, par approche de formation

	Approche de formation traditionnelle (N=3)	Approche de formation modulaire (N=3)	Approche de formation abrégée (N=1)
Unité prénatale			
Docteur	4 (échelle : 1 à 7)	2 (échelle : 0 à 5)	3
Infirmière/sage-femme	1 (échelle : 0 à 2)	1 (échelle : 0 à 2)	0
Infirmière auxiliaire, aide, auxiliaire	1 (échelle : 0 à 2)	1 (échelle : 1 à 2)	0
Agent de santé communautaire	0 (échelle : 0)	0 (échelle : 0 à 1)	0
TOTAL	6 (échelle : 2 à 11)	4 (échelle : 1 à 7)	3
Unité pédiatrique			
Docteur	4 (échelle : 2 à 7)	2 (échelle : 1 à 3)	3
Infirmière/sage-femme	3 (échelle : 0 à 5)	1 (échelle : 0 à 2)	5
Infirmière auxiliaire, aide, auxiliaire	4 (échelle : 3 à 5)	2 (échelle : 0 à 5)	1
Agent de santé communautaire	0 (échelle : 0)	1 (échelle : 0 à 1)	0
TOTAL	11 (échelle : 10 à 12)	5 (échelle : 2 à 11)	9

	Approche de formation traditionnelle (N=3)	Approche de formation modulaire (N=3)	Approche de formation abrégée (N=1)
Unité VIH			
Docteur	2 (échelle : 2)	1 (échelle : 0 à 2)	2
Infirmière/sage-femme	2 (échelle : 0 à 3)	1 (échelle : 0 à 4)	4
Infirmière auxiliaire, aide, auxiliaire	5 (échelle : 0 à 10)	1 (échelle : 0-2)	2
Éducateur/travailleur social/conseiller en matière de santé	0 (échelle : 0)	1 (échelle : 1)	0
Pharmacien	0 (échelle : 0)	1 (échelle : 0 à 2)	1
Directeur des données	0 (échelle : 0 à 1)	0 (échelle : 0)	0
TOTAL	9 (échelle : 2 à 15)	5 (échelle : 3 à 7)	9

Les informations sur la charge de clients, qui nous aide à comprendre la pertinence de la dotation, ont été difficiles à obtenir. Cependant, ce qui a été collecté suggère des différences importantes entre les établissements (voir le tableau 3). La base de données en ligne du MSPP, MESI, a téléchargé le nombre moyen de premières visites prénatales de chaque établissement réalisées pour la période d'octobre à décembre 2013. Les données sur la fréquentation des clients du service de pédiatrie n'étaient pas disponibles, tandis que les données sur les clients du service VIH ont été recueillies à partir des rapports de l'établissement au départ pour la même période de temps. Au départ, les rapports client-prestataire variaient considérablement selon l'établissement et l'unité. Les ratios étaient assez élevés dans les unités prénatales et de VIH de l'établissement suivant l'approche de formation abrégée et dans l'unité de VIH des établissements suivant l'approche de la formation traditionnelle. Ces informations peuvent contribuer à l'interprétation des changements dans les pratiques des prestataires, car elles suggèrent la capacité ou le temps dont le prestataire dispose pour intégrer de nouveaux services de nutrition tels que des conseils nutritionnels.

Tableau 3. Charge moyenne de client par mois et ratio client-prestataire par établissement de santé, basé sur les rapports de l'établissement d'octobre à décembre 2013, par approche de formation

Unité et indicateur	Approche de formation traditionnelle (N=3)	Approche de formation modulaire (N=3)	Approche de formation abrégée (N=1)
Unité prénatale			
Charge moyenne de clients par mois (moyenne du nombre de femmes enceintes vues à la première visite prénatale)	534	487	260
Ratio client-prestataire	29,6	37,5	86,7
Unité VIH			
Charge moyenne de clients par mois (moyenne du nombre de clients rencontrés dans l'unité VIH)	552	357	596
Ratio client-prestataire	50,2	23,8	66,2

Compte tenu des données sur la charge de clients, on pourrait penser que l'Hôpital Notre-Dame de Petit-Goâve et l'Hôpital de Fort Liberté disposeraient de plus de personnel. Cependant, ce n'était pas le cas. En effet, l'Hôpital Notre-Dame de Petit-Goâve n'a disposé que de cinq membres du personnel à la base — une des plus petites équipes déclarées par les établissements étudiés.

C. Les Maîtres Formateurs

Alors que tous les MF ont été formés de la même manière et au cours de la même formation, l'efficacité des formations en cascade dépendait de la capacité de ceux-ci à former des prestataires de santé (en utilisant l'approche de formation traditionnelle ou modulaire) issus de leurs établissements de santé respectifs. Une évaluation des connaissances avant et après la formation a été menée avant les modules d'ANJE des FdF.

Après avoir couvert ces modules de FdF, l'évaluation des connaissances a été répétée. On a ensuite demandé aux stagiaires de se soumettre à un autre examen préliminaire avant de couvrir les modules de NACS. Compte tenu du chevauchement de certains des contenus, les résultats des évaluations des connaissances avant et après la formation liées aux modules NACS ne devraient pas être considérés comme une véritable base de connaissances nutritionnelles. Ce même test effectué avant les modules NACS a été répétés à la fin de la formation.

Comme indiqué dans le tableau 4, les MF qui dispensent à la fois la formation traditionnelle et modulaire ont appris les messages clés, mais cela est toutefois moins le cas en ce qui concerne les modules de formation NACS. Moins de la moitié des MF ont réussi leurs tests d'évaluation liés aux modules NACS; néanmoins, le score moyen des tests était de 75,0 pourcent chez les MF pour la formation traditionnelle et 77,5 pourcent pour la formation modulaire. Cela indique quelques améliorations par rapport aux évaluations avant et après la formation. Le fait que l'amélioration des résultats des évaluations des connaissances sur les modules NACS était inférieure n'est pas particulièrement surprenant, car le programme de formation était dispensé pour la première fois.

« J'ai appris beaucoup ! J'ai étudié la nutrition en général, mais j'ai aussi appris la façon de parler aux mères, comment consulter et formuler des recommandations. Avant, je ne m'imaginai pas parler de nutrition à un patient, mais maintenant je sais comment faire, comment éduquer et convaincre une mère de manger de manière équilibrée. »
— Formatrice, infirmière, unité des urgences

Tableau 4. Résultats des évaluations de connaissance avant et après la formation parmi les participants à la formation des maîtres formateurs, par approche de formation

(Note moyenne)	Approche de formation traditionnelle (N=10)		Approche de formation modulaire (N=12)		Approche de formation abrégée (N=3)	
	Avant la formation	Après la formation	Avant la formation	Après la formation	Avant la formation	Après la formation
Modules ANJE	50,4 %	89,0 %	49,4 %	91,1 %	44,6 %	93,8 %
Modules NACS	64,5 %	75,0 %	64,6 %	77,5 %	65,0 %	88,3 %

Les maîtres formateurs ont remarqué à quel point ils avaient appris, à quel point leurs formateurs étaient bien informés, et à quel point les techniques de formation étaient efficaces. Toutefois, les maîtres formateurs ont également déclaré que la formation était surchargée. En effet, selon le personnel de SPRING, la formation aurait pu facilement être étendue sur 9-10 jours au lieu des 5,5 jours au cours desquels la formation a dû être dispensée en raison de contraintes budgétaires et de temps.

D. Travailleurs de Santé Formés

Un total de 69 membres du personnel ont suivi une formation dans les établissements de santé suivant l'approche de formation traditionnelle, 57 dans les établissements suivant l'approche de formation modulaire, et 23 dans ceux suivant l'approche de formation abrégée. La grande majorité des prestataires formés étaient infirmier/infirmières, sages-femmes, ou infirmières/sages-femmes, indépendamment du type d'établissement.

« Les méthodes et techniques qu'ils ont utilisées au cours de la formation ont été vraiment efficaces et ils disposaient de tous les matériaux nécessaires. Par exemple, nous avons pu nous exercer sur des mannequins. Des mères sont arrivées, et nous leur avons enseigné les meilleures positions pour nourrir leurs bébés. Ces éléments pratiques ont amélioré notre apprentissage. »

— Formatrice, infirmière, unité VIH

La majorité des stagiaires de tous les établissements étaient des infirmières, des sages-femmes et des infirmières auxiliaires ou des auxiliaires (voir la figure 1).

Bien que les MF furent invités à prioriser le personnel chargé de fournir l'évaluation nutritionnelle, l'assistance-conseil et les services de soutien des unités prénatales, pédiatriques et VIH, relativement peu d'entre eux provenaient des unités VIH des établissements de santé ciblés. La majorité des stagiaires provenaient de l'unité de maternité, de pédiatrie, ou d'une autre unité de l'établissement de santé (voir Figure 2). Vu l'accent porté sur la formation ANJE, il est important de noter que 24 pourcent des stagiaires des établissements de santé qui optèrent pour la formation traditionnelle venaient des unités de pédiatrie; dans les établissements qui optèrent pour la formation modulaire 13 pourcent des stagiaires venaient des unités de pédiatrie et seulement 3 pourcent dans les établissements qui optèrent pour la formation abrégée.

Figure 1. Nombre de personnes formées, par approche de formation et unité où le prestataire de santé travaillait au début de la formation

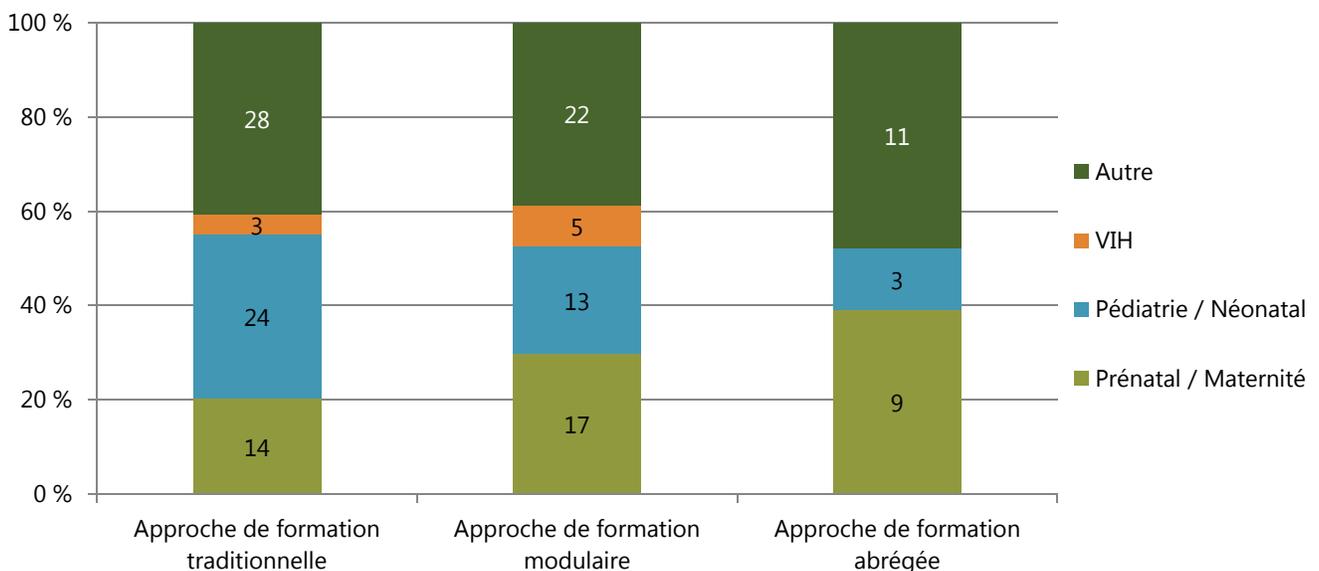
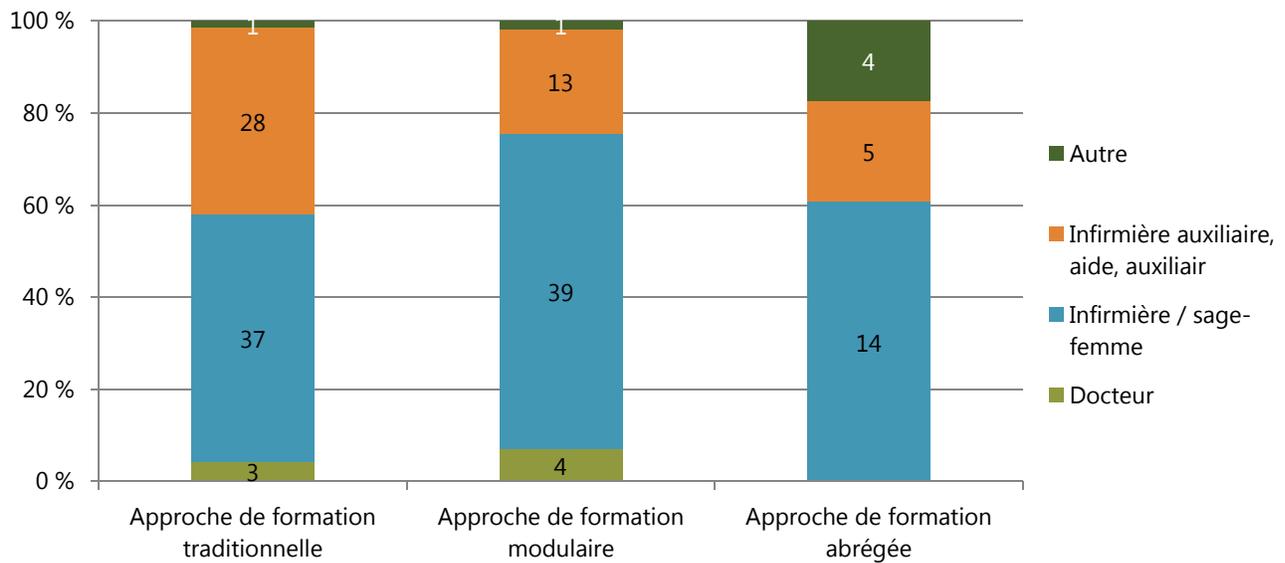


Figure 2. Nombre de personnes formées, par approche de formation et catégories de prestataires



Une autre constatation importante est que les établissements de santé qui optèrent pour l'approche de formation modulaire ont perdu plus de stagiaires durant le suivi que les établissements suivant l'approche de formation traditionnelle. Ceci est probablement dû à la durée prolongée de temps durant laquelle la formation s'est déroulée. En conséquence, même si l'approche de formation modulaire a commencé avec plus de stagiaires et était probablement moins pesante pour ceux-ci, le pourcentage de stagiaires ayant terminé la formation modulaire était moindre que dans les établissements qui optèrent pour la formation traditionnelle (50 pourcent contre 77 pourcent) (voir tableau 5).

Tableau 5. Résultats de la formation, par approche de formation

	Approche de formation traditionnelle	Approche de formation modulaire	Approche de formation abrégée
Nombre de stagiaires engagés dans la formation	74	80	25
Nombre de stagiaires ayant terminé la formation ²	69 (93 %)	57 (71 %)	23 (92 %)
Nombre de stagiaires n'ayant pas terminé la formation	5 (7 %)	23 (29 %)	2 (8 %)
<i>Nombre de stagiaires ayant abandonné la formation</i>	4	19	2
<i>Nombre de stagiaires ayant quitté l'établissement de santé sans avoir terminé la formation</i>	1	4	0
Nombre de stagiaires ayant terminé la formation et qui sont toujours sur place	57 (77 %)	40 (50 %)	23 (92 %)

² Il a été défini que la formation est achevée après avoir réussi les tests d'évaluation des connaissances après la formation.

E. Réceptivité à la Formation

Dans quelle mesure les prestataires se sont-ils montrés réceptifs à la formation au sein des établissements de santé suivant l'approche de formation modulaire par rapport à ceux suivant l'approche plus traditionnelle ?

Le succès de toute formation exige la participation active des stagiaires, ainsi que leur réceptivité pour apprendre, ce qui a été déterminé par (a) utilité perçue de la formation ; (b) réceptivité des stagiaires au MF ; (c) perceptions de la formation chez les stagiaires ; (d) perception du soutien des responsables des établissements ; et les (e) mesures d'incitation/motivations.

1. L'utilité perçue de la formation

L'intérêt du sujet peut affecter la concentration et l'effort misé au cours des formations. Lors de cette recherche, nous avons exploré le niveau d'intérêt des stagiaires. Les stagiaires des établissements traditionnels avaient plus tendance à déclarer que le sujet était très utile (93 pourcent) par rapport à ceux des établissements suivant l'approche de formation modulaire (64 pourcent) et ceux qui suivaient la formation abrégée (57 pourcent).

Bien que de nombreux répondants aient exprimé leur intérêt pour le sujet au cours des entretiens, les formateurs et les stagiaires ont mentionné que les participants devraient avoir été autorisés à choisir de participer au lieu d'être choisi ou forcé à y assister.

Quelques participants ont également mentionné que le sujet n'avait pas vraiment de rapport avec leur travail puisqu'ils travaillaient dans la salle des urgences ou dans l'unité de chirurgie. Certains des répondants ont émis des observations sur la sélection du personnel à former. Alors que certains estimaient que seul le personnel permanent aurait dû être formé (par rapport aux résidents) d'autres pensaient que seuls ceux qui travaillent dans des unités appropriées de l'établissement de santé aurait dû être sélectionnés pour la formation.

En effet, les prestataires ont parfois été sélectionnés par commodité ou pour leur disponibilité plutôt que pour des raisons plus stratégiques telles que la pertinence ou les intérêts. Par exemple, certaines personnes formées étaient des résidents qui avaient plus de temps disponible pour participer, et un nombre de personnes formées travaillent dans les unités de l'établissement de santé où les services de nutrition sont moins prioritaires ou moins réalisables (par exemple, la salle d'urgence, le service de chirurgie et de pathologie). Les travailleurs de santé qui auraient dû recevoir la formation étaient souvent les plus informés et compétents dans une unité particulière de l'établissement. Par conséquent, ils étaient également les plus nécessaires dans l'établissement. En conséquence, les responsables d'établissements ou d'unités ont choisi de ne pas les envoyer à la formation. Ceci a été observé dans les deux types d'établissements, mais plus encore dans les établissements qui avaient opté pour la méthode traditionnelle où les collègues et les clients qui subissaient les horaires de consultations matinales ont ressenti l'absence des prestataires de façon plus aiguë.

« Oh, l'ensemble de la formation était formidable. Le sujet était intéressant et s'appliquait très bien à mon travail. Je travaille en pédiatrie et nous avons une unité de malnutrition. Aussi, la connaissance que j'ai acquise au cours de cette formation a marqué une différence dans la façon dont je donne des conseils et dont je parle aux patients. »

— Stagiaire, infirmière, unité de pédiatrie

«Pour obtenir de bons résultats, vous devez avoir des gens bien formés, et pour ceci faire, les stagiaires doivent participer volontairement... ils ne devraient pas être forcés. Mais si la formation se déroule au travail pendant de nombreuses semaines, les gens ne peuvent pas dire qu'ils sont absents. Aussi ils participent sans le vouloir vraiment. »

— Formatrice, infirmière, unité d'urgence

«Le problème est que la grande majorité des gens qui ont été formés étaient des résidents, qui ont depuis déjà cessé de travailler dans cet établissement. Il ne reste plus que quelques participants... »

— Stagiaire, médecin, unité d'urgence

«Les infirmières qui travaillent en pédiatrie peuvent utiliser ce qu'elles ont étudié. Elles peuvent prendre des mesures et fournir des conseils. Mais il y a d'autres infirmiers/infirmières qui ont été formé(e) s et ne mettent jamais en pratique ce qu'ils/elles ont appris, parce qu'ils/elles travaillent dans d'autres services qui n'ont rien à voir avec la nutrition. Ainsi, tous les efforts que nous avons investis dans leur formation ont été gaspillés. Pour une formation sur la nutrition, nous devons nous concentrer sur le personnel en pédiatrie et consultations prénatales ou sur les travailleurs de santé communautaires. Mais il n'est pas nécessaire de former quelqu'un qui travaille en chirurgie. Ils ne m'appellent pas et ne me demandent pas de participer à une formation sur les instruments utilisés en chirurgie. Cela ne m'est d'aucune utilité. Cela n'a pas de sens... Je pense que les participants à la formation doivent être choisis avec sagesse. Il doit y avoir des gens dans les services de pédiatrie, de soins prénatals et liés au VIH. »

— Formatrice, infirmière, unité VIH

«Je pense que la formation devrait être ciblée pour le personnel des différents services. Au lieu de couvrir toute la matière consacrée aux NACS /ANJE avec tous les participants, par exemple, nous devrions former le personnel du service VIH pendant deux jours et couvrir seulement des parties de la formation qui leur sont applicables ; puis faire la même chose avec le personnel du service prénatal pendant deux jours ; et ainsi de suite. De cette façon, nous ne couvririons que les informations que les gens utiliseront dans le cadre de leur travail, et la coordination des horaires serait facilitée, car nous n'aurions plus à nous soucier que d'environ deux jours au lieu d'une semaine. »

— Formateur, médecin, unité de malnutrition

2. Réceptivité des stagiaires aux maîtres formateurs

Comme mentionné précédemment, tous les MF ont été formés au cours de la même FdF et tous appartenaient au personnel des établissements de santé ciblés. Les maîtres formateurs et les stagiaires ont émis des commentaires sur les avantages de la formation par et pour le personnel des établissements de santé. Les stagiaires se sentaient à l'aise avec le fait d'être formés par des MF de leur propre établissement parce qu'ils les connaissaient déjà. Ils ont également apprécié que les MF de leur propre établissement y demeurent pour expliquer la matière apprise. Les stagiaires ont aussi déclaré que les MF étaient bien imbus des réalités de chaque établissements de santé.

Cependant, plusieurs stagiaires qui ont suivi l'une ou l'autre approche de formation ont également mentionné que d'être formés par des collègues n'équivalait pas à être formé par un « vrai professionnel. » En outre, un stagiaire a mentionné que des tensions sont susceptibles de surgir lorsque les formateurs sont des collègues qui peuvent être plus jeunes ou sont des amis, parce qu'ils ne peuvent pas être pris autant au sérieux qu'un formateur externe. Au moins un MF a fait écho à ce sentiment.

« C'était très bon. Nous avons posé de nombreuses questions. Nous étions confortables à poser des questions, car c'était notre propre collègue qui nous enseignait. Et elle était bien formée. Nous étions à l'aise. Il nous est difficile de nous sentir à l'aise et de poser des questions lorsqu'il s'agit de quelqu'un que nous ne connaissons pas. Mais si c'est l'un de nous qui enseigne, nous nous sentons à l'aise pour exprimer nos questions et lui demander de clarifier si nous ne comprenons pas. »

— Stagiaire, infirmière, unité d'urgence

« C'était bon. Nous nous sommes beaucoup amusés parce que nous nous connaissons déjà. C'était mieux... Nous avons ri et nous avons mieux appris parce que nous étions déjà à l'aise avec eux... J'étais à l'aise pour former mes collègues parce que je connaissais la plupart d'entre eux/elles. Et ils me connaissaient, alors ils n'hésitaient pas de me poser des questions. Certaines personnes sont timides, vous voyez, et elles s'abstiennent de poser des questions à quelqu'un qu'elles ne connaissent pas parce qu'elles ne savent pas comment ce formateur réagira à leurs questions. Mais nous nous connaissons tous les uns les autres, aussi, je me suis sentie à l'aise avec eux et ils se sont sentis à l'aise avec moi. »

— Stagiaire, infirmière, unité de PTME

« Ils sont là, même après la formation. Ainsi, nous pouvons faire appel à eux à tout moment pour de l'aide ou des éclaircissements. »

— Stagiaire, infirmière, unité de pédiatrie

« Nous pouvons parler spécifiquement des réalités du travail dans cette institution avec eux. Nous n'aurions pas pu discuter de cette manière avec quelqu'un de l'extérieur parce qu'il/elle n'aurait pas compris. » — Stagiaire, infirmière, unité de pédiatrie

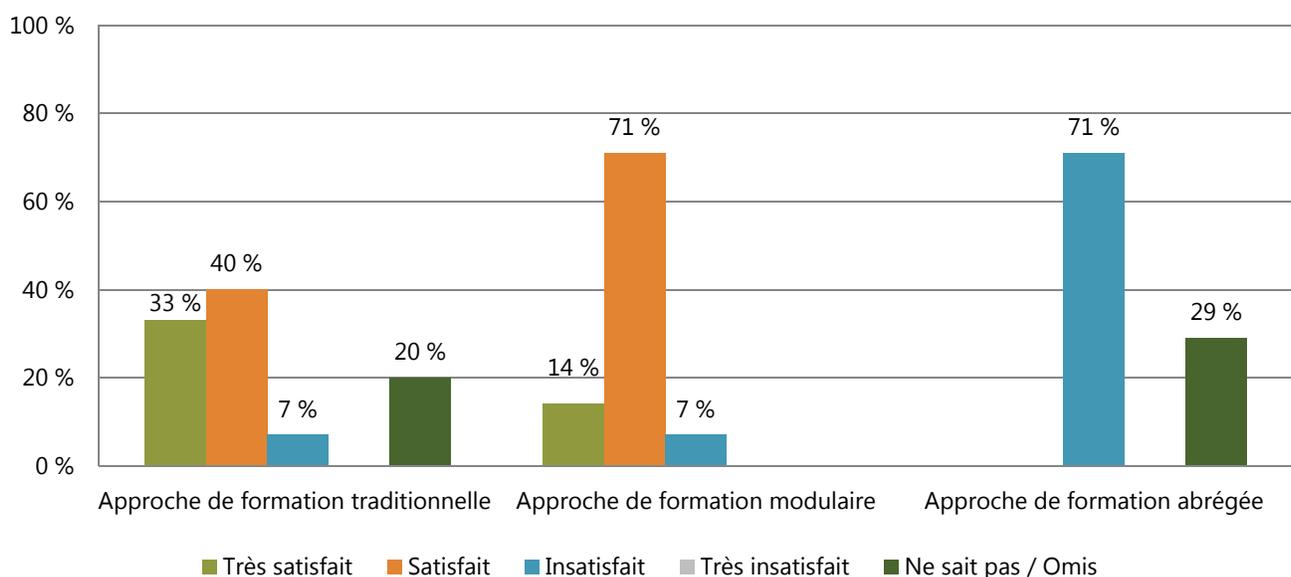
« ... Ces formateurs travaillent ici avec nous, aussi, ils connaissent les besoins de la communauté... ils connaissent les tabous qui mènent à la malnutrition chez les enfants. »

— Stagiaire, médecin, unité des urgences

3. Perceptions de formation parmi les stagiaires

Dans l'ensemble, les stagiaires des établissements de santé qui suivaient l'approche de formation modulaire étaient plus satisfaits de la formation que ceux des établissements suivant l'approche de formation traditionnelle (85 pourcent contre 73 pourcent) (voir figure 3). Notamment, ils étaient plus satisfaits de l'organisation, du matériel didactique et de la durée de la formation (voir tableau 1 en annexe).

Figure 3. Pourcentage des stagiaires satisfaits de la formation, par approche de formation



Tous les stagiaires devraient avoir reçu le même matériel didactique et autres documents. Cependant, ceux qui ont participé aux formations modulaires ont probablement eu plus d'occasions d'examiner et d'utiliser le matériel puisque, en moyenne, les établissements suivant la formation modulaire ont pris plus de temps pour compléter la formation.

Nous avons également cherché à savoir si les stagiaires des établissements où était consacré plus de temps à la formation (quel que soit l'approche), étaient plus ou moins satisfaits. Aucune tendance n'a été observée.

4. Soutien perçu par les responsables de l'établissement

Les commentaires que nous avons reçu de plusieurs MF révélaient que les responsables des établissements ne les soutenaient pas. Des formateurs ont commenté le manque d'espace adéquat pour la formation, de tableaux de conférence, de projecteur et de courant pour faire fonctionner le projecteur. Le personnel du projet a constaté que les MF étaient plus souvent sollicitées pour assurer les formations tout en conservant leur charge de travail habituelle dans l'établissement. Selon le personnel de SPRING et sur base des rapports des MF, les responsables de l'établissement ont peu fait pour motiver les stagiaires à être à l'heure et être pleinement présents et impliqués à chaque session de formation (indépendamment de l'approche de la formation). En outre, avec l'approche de formation traditionnelle, SPRING et les MF ont mieux été en mesure de gérer les attentes, d'expliquer aux responsables des établissements qu'ils avaient besoin du personnel (y compris les MF) pour un nombre précis d'heures et une période de temps précise; en revanche, avec l'approche modulaire, les MF devaient obtenir une approbation pour chaque session. Par conséquent, les responsables, les MF et les stagiaires des centres suivant l'approche modulaire étaient souvent frustrés après plusieurs semaines de formation. Pour cette raison, le soutien du directeur de l'établissement était encore plus crucial dans les établissements suivant l'approche de formation modulaire.

5. Incitations / motivations

Nous n'avons pas été informés d'autres mesures incitatives que le certificat de formation offert par SPRING pour motiver les stagiaires à participer à la formation. Lors de l'entretien, de nombreux stagiaires ont exprimé leur déception parce qu'ils n'avaient toujours pas reçu leurs certificats, ils n'avaient aucun document à présenter prouvant qu'ils avaient participé à cette formation. Hélas, les stagiaires ne pouvaient pas recevoir de certificat jusqu'à ce que les MF aient soumis les documents de participation et les résultats des tests après la formation. De nombreux établissements ont donc connu des problèmes avec l'assiduité et, par conséquent, avec les résultats des tests après la formation.

« Nous n'avons pas reçu les certificats. Nous avons travaillé vraiment dur, il est donc décevant de ne pas avoir quelque chose qui prouve notre participation et la réalisation de cette formation. Nous avons essayé de demander aux formateurs, mais ils ne disposent d'aucune information. »

— Stagiaire, travailleur de la santé communautaire bénévole, unité VIH

«Cela aurait été bien si les stagiaires ici avaient reçu leurs certificats. Ils ont attendu avec impatience et sont vraiment découragés parce qu'ils n'ont toujours pas reçu leurs certificats. »

— Formatrice, infirmière/chef d'unité de chirurgie, unité de chirurgie

« Nous sommes un peu déçus parce que nous n'avons toujours pas reçu les certificats. Nous n'avons rien qui nous permette de montrer que nous avons fait cette formation. »

— Stagiaire, infirmière, unité de pédiatrie

Lorsqu'on les a interrogés, les stagiaires des centres qui suivaient l'approche de formation traditionnelle étaient plus susceptibles que ceux des établissements suivant l'approche de formation modulaire de confirmer que la formation avait augmenté leurs connaissances, amélioré leur aptitude à procéder à un bilan nutritionnel et à fournir des conseils et avait aussi renforcé leur curriculum vitae pour de futures possibilités d'emploi (voir les figures 4 et 5).

Figure 4. Pourcentage des stagiaires ayant fait part de divers avantages de la formation, par approche de formation

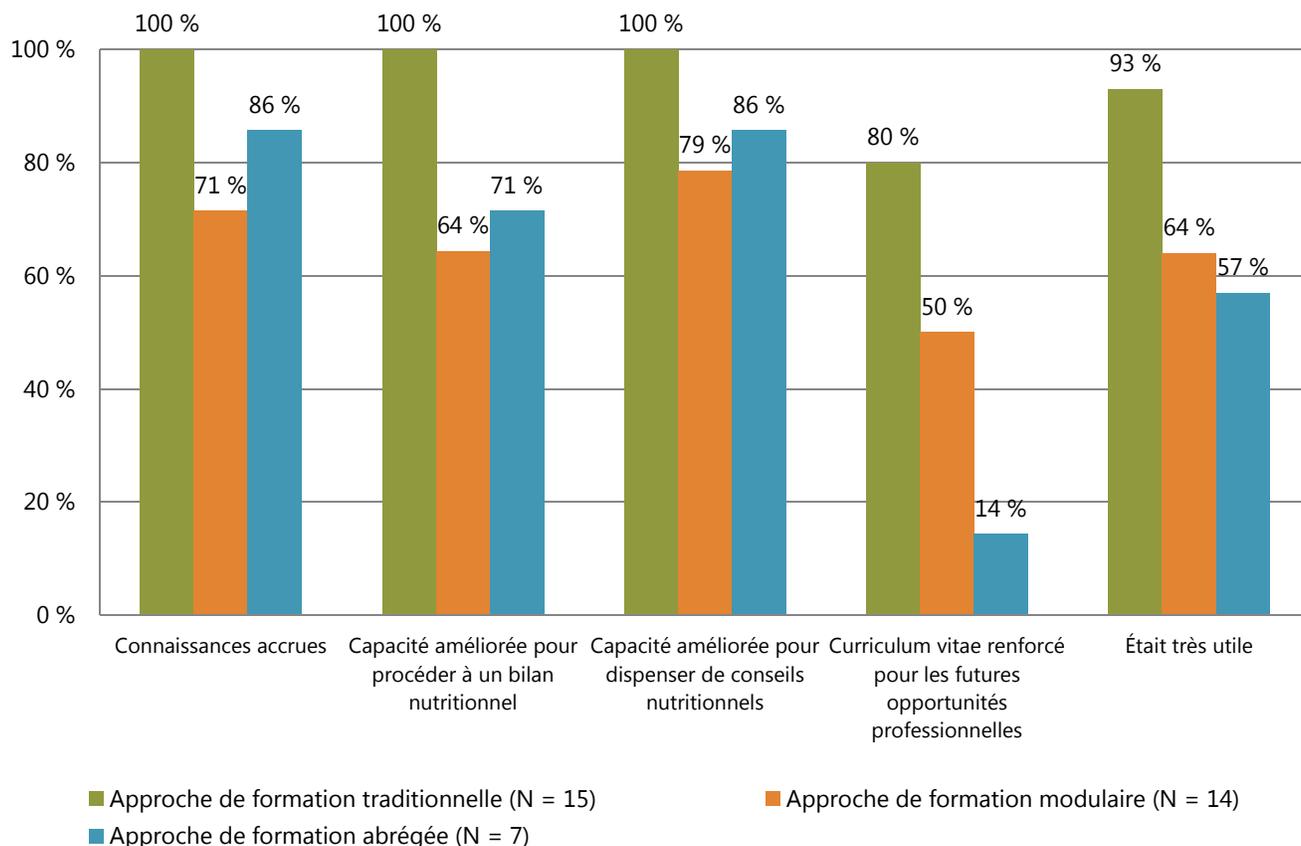
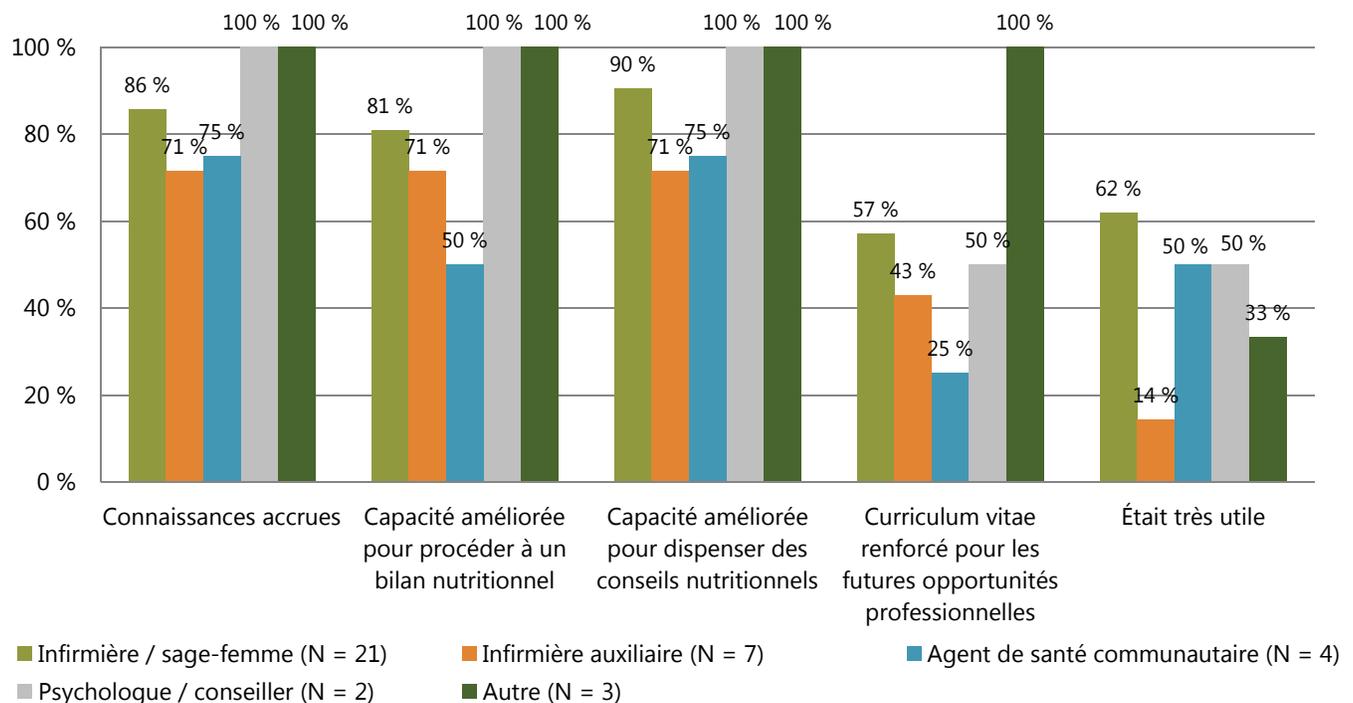


Figure 5. Pourcentage des stagiaires qui ont fait part de divers avantages de la formation, par type de prestataires



F. Adhésion au Cycle de l'Apprentissage Expérientiel

Dans quelle mesure le CAE a-t-il été suivi par les MF dans les établissements de santé suivant l'approche de formation modulaire par rapport à ceux qui suivent l'approche de formation plus traditionnelle ?

Les faits démontrent que l'un des déterminants clés de la réussite de toute formation, en particulier pour les adultes, est la mesure dans laquelle le CAE est suivi. Le CAE rassemble ce que l'on connaît déjà sur la formation des adultes, sur base des principes que Erik Erikson, Malcolm Knowles, Lyra Srinivasan, Paolo Freire et de nombreux autres ont souligné. En l'utilisant délibérément et systématiquement, les MF peuvent aider les personnes à acquérir les compétences, les connaissances et les attitudes qui aboutiront à la formation continue et à un changement permanent. En vertu de cet objectif, nous avons donc exploré les questions liées à ce cycle : (a) si la formation s'appuyait sur ce que savaient déjà les stagiaires ; (b) si les stagiaires avaient eu du temps et de l'espace pour réfléchir aux nouvelles informations partagées au cours de la formation ; et (c) si les stagiaires avaient eu l'occasion de mettre leurs nouvelles connaissances en pratique. Chacune est explorée dans la section ci-dessous.

« Nous avons un problème de temps et de disponibilité... nous avons eu deux semaines de formation qui n'ont pas été suffisantes puisque nous avons seulement quelques heures de cours par jour. Et en plus, nous étions interrompus. Nous avons besoin de plus de temps pour parcourir la matière en détail, pour analyser, pour réviser. Le temps était insuffisant pour digérer les informations. Nous avons couvert tous les modules, mais nous l'avons fait dans la précipitation. »

— Stagiaire, infirmière, unité prénatale

« Les sujets abordés étaient très lourds. Il y avait beaucoup d'informations et pas assez de temps pour parler, échanger des idées et assimiler les informations. Personnellement, je devais aller et venir au cours de la formation, car j'avais parfois du travail à faire dans l'intervalle. »

— Stagiaire, infirmière, vaccinations

1. Bâtir sur ce qui est connu

Nous étions intéressés à savoir si les MF avaient découvert ce que les participants savaient déjà et construits sur ces connaissances au cours de la formation, ce pour garantir que la formation aborde les problèmes ou les lacunes perçues dans les connaissances. Cela a également permis de gagner du temps en évitant que les MF répètent la matière que les participants à la formation connaissaient déjà (et qu'ils auraient pu trouver ennuyeux ou non pertinent) ou revenir en arrière pour introduire des informations qu'ils supposaient que les participants connaissaient déjà. Enfin, en utilisant les expériences des participants comme point de départ pour l'introduction de nouvelles informations, les MF établissent une atmosphère de confiance et de respect bien nécessaire pour apprendre.

Tableau 6. Perception des stagiaires sur les qualifications des maîtres formateurs, par approche de formation

	Approche de formation traditionnelle (N=15)	Approche de formation modulaire (N=14)	Approche de formation abrégée (N=7)
Demander l'appréciation du stagiaire en fonction de ses expériences et connaissances passées			
Très qualifié	67 %	36 %	0 %
Qualifié	13 %	43 %	43 %
Non qualifié	7 %	7 %	0 %
Très non qualifié	0 %	0 %	0 %
Ne sais pas/Omis	27 %	14 %	57 %

Dans l'esprit de la recherche qualitative, nous n'avons pas directement posé de questions à ce sujet, en espérant qu'elles se présenteraient naturellement sans questions orientées. Malheureusement, ce ne fut pas le cas. Par conséquent, nous nous demandons si cela était dû au fait que les MF n'avaient pas formé les stagiaires en fonction de ce qu'ils connaissaient déjà (parce que cela n'était pas leur style ou qu'ils sentaient que les connaissances des stagiaires étaient très faibles à la base pour pouvoir les utiliser) ou tout simplement parce que les stagiaires n'en ont pas fait mention. Ce que nous savons est qu'environ 80 pourcent des stagiaires des centres qui suivent l'approche traditionnelle et modulaire ont estimé que les formateurs étaient qualifiés ou très qualifiés lorsque nous avons demandé aux stagiaires des informations sur leurs expériences ou connaissances passées (voir tableau 6). Dans l'établissement de santé suivant l'approche de formation abrégée, où les MF disposaient de beaucoup moins de temps pour la formation, les stagiaires ont rapporté une baisse de confiance dans la capacité de leurs formateurs à demander leur avis.

2. Le temps et l'espace pour réfléchir

Un autre aspect du CAE implique le fait d'avoir le temps, l'espace et la structure nécessaire pour réfléchir et penser de façon critique à ce que les stagiaires ont appris pendant la formation. Cela se fait pour déterminer si la formation était importante pour eux et pour examiner comment ils pourraient utiliser ce qu'ils ont appris. De même, il est important que les apprenants (stagiaires) reflètent les actions dans le « monde réel ». Les stagiaires des trois approches de formation ont rapporté que les MF leur ont fourni des occasions de donner leurs impressions et de poser des questions (voir tableau 7).

Tableau 7. Perception des stagiaires sur les qualifications des maîtres formateurs, par approche de formation

	Approche de formation traditionnelle (N=15)	Approche de formation modulaire (N=14)	Approche de formation abrégée (N=7)
Donner la possibilité aux stagiaires de fournir un feedback ou de poser des questions			
Très qualifié	67 %	57 %	29 %
Qualifié	27 %	29 %	71 %
Non qualifié	0 %	0 %	0 %
Très peu qualifié	0 %	0 %	0 %
Ne sais pas/omis	4 %	14 %	0 %

Au cours des entretiens approfondis dans les établissements traditionnels, plusieurs stagiaires ont mentionné que la formation était surchargée et qu'ils avaient eu suffisamment de temps pour se concentrer et apprendre. A Hôpital Maternité Isaie Jeanty où une approche de formation abrégée a été suivie, la formation a été réalisée en un minimum de temps. De ce fait, huit des neuf personnes interrogées ont mentionné que la formation leur paraissait surchargée.

« L'approche de formation modulaire était bonne, car elle permet à l'hôpital de fournir des services parce que la formation n'avait lieu que quelques jours par semaine pendant environ deux heures. Le fonctionnement quotidien de l'hôpital n'a pas été perturbé. »

— Formatrice, infirmière sage-femme, unité de maternité

Les participants ont également fait remarquer qu'ils n'ont pas été capables de se concentrer parce qu'ils étaient sur place et ont été fréquemment interrompus et appelés à travailler. Les participants des deux types d'approches ont tenu ces propos, mais ils étaient plus fréquents chez les stagiaires participant à des formations d'approche traditionnelle d'une journée complète.

« Nous sommes tous des professionnels et nous faisons la formation ici, sur place. Aussi, il nous restait des obligations à remplir. Nous ne pouvions pas consacrer trop de temps à la formation... C'est l'inconvénient d'une formation sur le terrain. Si nous avions pu aller quelque part où nous aurions vraiment pu nous concentrer, cela aurait été super. Mais ici, nous avons tous des obligations, et cela affectait l'efficacité de notre message. Une formation sur place comporte de nombreuses contraintes. Mais si la formation se déroule à l'extérieur du site, l'ambiance est neutre et permet de se concentrer. »

— Formateur, médecin, unité de pédiatrie

« Ce que je n'ai pas aimé était l'emplacement. Nous avons été formés ici au travail, donc nous étions appelés en cas de besoin. Nous avons été forcés de quitter la formation pour assister à l'une ou l'autre chose. Nous ne pouvions pas nous concentrer pleinement parce que nous étions interrompus régulièrement. »

— Stagiaire, travailleur de la santé communautaire bénévole, unité VIH

Les stagiaires des établissements de formation modulaire avaient tendance à mentionner qu'ils avaient plus de temps pour assimiler les informations, car chaque séance de formation ne durait que quelques heures et parce qu'ils étaient en mesure de continuer à travailler durant une partie de la journée.

« Chaque séance dure environ deux heures et n'a lieu que deux fois par semaine. Ainsi, j'ai appris quelques petites choses au cours de ces séances, puis j'ai eu le temps d'assimiler les informations. Si toutes les formations se déroulaient en une semaine, il me serait difficile de me souvenir de tout. Surtout après le travail, cela serait impossible. Je ne peux pas faire plus de deux heures de formation après le travail ! »

— Stagiaire, infirmière sage-femme, unités prénatales et de maternité.

« Avec l'approche traditionnelle, l'ensemble de la formation est réduit à une ou deux semaines et le temps pour assimiler les informations est limité. [...] En fin de compte, je préfère l'approche de formation modulaire parce que les informations que nous avons apprises sont trop nombreuses pour être assimilées en une semaine »

— Stagiaire, médecin, unité des urgences

3. Possibilités de mettre de nouvelles connaissances en pratique

SPRING a exploré dans quelle mesure les participants avaient eu l'occasion de mettre en pratique les connaissances et les compétences enseignées pendant et après la formation. Ceci aide les apprenants à maîtriser de nouvelles pratiques et à renforcer la confiance, tout en aidant les MF à voir les progrès accomplis. Les stagiaires des établissements qui suivent l'approche de formation traditionnelle (80 pourcent) et l'approche de formation modulaire (86 pourcent) avaient plus tendance à déclarer avoir eu la possibilité de fournir des conseils en nutrition depuis leur formation par rapport à ceux des établissements qui suivaient l'approche de formation abrégée (71 pourcent) (tableau 8).

Tableau 8. Perception des stagiaires concernant les qualifications des maîtres formateurs, par approche de formation

	Approche de formation traditionnelle (N=15)	Approche de formation modulaire (N=14)	Approche de formation abrégée (N=7)
Fournir les possibilités de mettre de nouvelles connaissances ou les compétences apprises en pratique			
Très qualifié	73 %	29 %	14 %
Qualifié	13 %	57 %	43 %
Non qualifié	0 %	0 %	0 %
Très peu qualifié	0 %	0 %	0 %
Ne sais pas/Omis	22 %	14 %	43 %

Conformément à ces résultats, lorsque nous les avons interrogés, les stagiaires des centres suivant l'approche de formation modulaire étaient plus susceptibles de déclarer avoir eu l'occasion de mettre en pratique ce qu'ils avaient appris. Cependant, plusieurs stagiaires des deux types d'approche ont exprimé leur déception de n'avoir pas eu assez de temps pour pratiquer les aptitudes à dispenser des conseils au cours de la formation. En outre, un pourcentage plus élevé de stagiaires de l'établissement suivant l'approche de formation abrégée (43 pourcent) a déclaré avoir été confronté à des difficultés pour prodiguer des conseils en nutrition par rapport aux stagiaires des établissements suivant l'approche de formation traditionnelle (20 pourcent) et l'approche de formation modulaire (7 pourcent).

« L'approche de formation modulaire est la meilleure parce qu'elle permet aux participants d'assimiler vraiment les informations, parce qu'ils peuvent s'exercer sur les patients entre les sessions, mais il est vraiment difficile de coordonner la disponibilité et de garantir la concentration. »

— Formateur, responsable des infirmières et infirmiers, unité de maternité

« Eh bien, avec l'approche traditionnelle, les gens sont disponibles et sont en mesure de se concentrer parce qu'une période d'une ou deux semaines a été spécifiquement réservée à la formation. Mais il est aussi très difficile d'internaliser toutes les informations... Avec l'[approche de formation modulaire], nous prenons plus longtemps et allons plus lentement, ce qui donne aux participants le temps d'assimiler les informations et leur donne le temps de s'exercer au travail entre les sessions. »

— Formateur, responsable des infirmières et infirmiers, unité de maternité

« Les sessions ont été plus étalées avec la FCE [formation en cours d'emploi], ce qui nous a donné l'occasion de pratiquer dans l'intervalle. Mais je préférerais de me former à la manière traditionnelle, puis mettre mes connaissances en pratique lorsque je reviens travailler. »

— Stagiaire, infirmière, unité de maternité

« J'ai étudié la position à adopter pour allaiter un bébé et la façon dont nous devrions accueillir et conseiller les patients. Nous l'avons pratiqué entre nous. »

— Stagiaire, aide-soignante, unité périnatale

« Nous avons été confrontés une autre difficulté lorsque nous avons demandé aux participants d'apporter quelques articles afin que nous puissions tous nous exercer à préparer des aliments dans le cadre de la formation. Nous ne disposions d'aucun fonds et les participants n'étaient pas en mesure de contribuer, aussi, nous ne pouvions pas mettre cette partie en pratique. Nous avons même dû pratiquer les services de conseil entre nous parce que les patients ne venaient pas à l'hôpital en raison des protestations. Pratiquer avec les patients aurait été préférable. »

— Formateur, responsable des infirmières et infirmiers, unité de maternité

« J'ai beaucoup appris, mais tout cela était en théorie, parce que nous n'avons pas vraiment eu le temps de nous exercer sur des mannequins ni d'étudier les affiches, et nous n'avons pas eu l'occasion de tester nos compétences en conseils avec les femmes enceintes... Oui [nous parvenions à pratiquer], mais il n'y avait pas assez de temps pour nous sentir vraiment à l'aise avec le matériel. Nous avons réellement besoin de plus de temps et l'environnement n'a pas aidé. »

— Stagiaire, infirmière, biopsie

G. Coûts Associés avec le Déroulement des Formations

Quels sont les coûts associés au déroulement de la formation comparant l'approche modulaire à l'approche plus traditionnelle ?

Le coût des différentes approches de formation est un facteur important que les gouvernements et les programmes prévoient d'examiner. Les gouvernements, les programmes, les établissements de santé, chaque stagiaires ou les clients des établissements de santé appuient les coûts financiers et d'opportunité.

Pour cette recherche, nous avons choisi de nous concentrer sur les coûts financiers estimatifs moyens pour éviter de confondre les différences de coûts spécifiques au contexte avec les différences de coûts en raison de l'approche de formation (voir le tableau 9). Nous avons supposé que 25 stagiaires seraient présents. Nous avons également supposé que l'approche de formation modulaire se déroulerait sur 20 sessions et que la formation traditionnelle s'étalerait sur cinq jours complets. Les indemnités journalières pour la formation hors site a été estimée pour six jours pour tous les stagiaires, en supposant un jour pour le voyage.

Tableau 9. Estimation des coûts de la formation en cascade, selon l'approche et le lieu de la formation (en dollars américains)

Contribution	Approche de formation traditionnelle (Sur site)	Approche de formation traditionnelle (Hors du site)	Approche de formation modulaire (Sur site)
Salle de conférence	0 \$	500 \$	0 \$
Transport-participants	0 \$	5 500 \$	0 \$
Fournitures de bureau	250 \$	250 \$	250 \$
Per diem	0 \$	14 489 \$	0 \$

Contribution	Approche de formation traditionnelle (Sur site)	Approche de formation traditionnelle (Hors du site)	Approche de formation modulaire (Sur site)
Nourriture	1 847 \$	0 \$	1 455 \$
Honoraires des formateurs	364 \$	364 \$	909 \$
Cartes de téléphone	0 \$	114 \$	0 \$
Total	2 097 \$	20 739 \$	14 755 \$

Aucune des personnes interrogées (y compris les responsables de l'établissement et d'unités, ainsi que les formateurs et les stagiaires) n'ont mentionné les coûts des formations assumés par les patients. Toutefois, ils ont déclaré avoir été fréquemment distraits par les participants qui quittaient la formation pour se rendre chez les patients.

H. Changement des Connaissances

Quelles connaissances ont été acquises par les prestataires formés dans les établissements de santé suivant l'approche de formation modulaire comparativement à ceux qui sont formés suivant l'approche de formation plus traditionnelle ?

Même si les formations sont bien accueillies par les stagiaires, elles ne peuvent être considérées comme un succès que si elles améliorent les connaissances et la qualité des services fournis. Les stagiaires ont été évalués avant et après les formations. À l'issue des modules de formation, environ 90 pourcent des stagiaires avaient réussi leurs examens d'évaluation des connaissances après la formation avec un résultat d'au moins 70 pourcent (voir le tableau 10).

Tableau 10. Résultats de l'évaluation de connaissance après la formation parmi les participants aux formations en cascade, par approche de formation (%)

	Approche de formation traditionnelle (N=69)	Approche de formation modulaire (N=57)	Approche de formation alternative/abrégée (N=14)
Pourcentage de stagiaires qui ont subi le test d'évaluation de connaissance après la formation et obtenu des résultats ≥ 70 %.	84 %*	93 %	93 %*

* À l'Hôpital Sainte Thérèse de Hinche, un centre de formation traditionnelle, ainsi que l'Hôpital Maternité Isaie Jeanty, l'établissement qui a suivi l'approche de formation abrégée, très peu, voire pas de stagiaires du tout ont réussi l'examen après la formation du premier coup. Par conséquent, les formateurs ont dispensé plusieurs sessions de rattrapage de deux ou trois heures (~ 12 heures supplémentaires de formation), en se concentrant sur les points faibles des stagiaires et en répondant aux questions. Les membres du personnel de SPRING ont également effectué une visite de supervision. En conséquence, les résultats pour réussir les évaluations après la formation ont été élevés.

Au cours des entretiens, les stagiaires ont déclaré avoir étudié les sujets suivants :

- Bilan nutritionnel/surveillance (périmètre brachial [le PB] au milieu du bras, poids, taille, etc.)
- Comment reconnaître un client souffrant de malnutrition
- Que faire ou comment interpréter les mesures anthropométriques
- Donner des conseils de nutrition, écouter et parler aux patients
- Importance des 1000 jours
- Importance de l'allaitement

- Les positions pour l’allaitement
- « Tactiques pour faire sortir le lait »
- VIH et allaitement
- Avantages de l’allaitement pour la famille et la communauté
- Nourriture que les mères devraient manger
- Aliments complémentaires
- Quels aliments pour nourrir les enfants en fonction de l’âge
- Comment avoir un régime équilibré

I. Changement dans la Qualité des Soins

Les services nutritionnels ont-ils changés suite aux formations ? Comment les changements varient-ils entre les établissements suivant l’approche de formation modulaire et ceux qui suivent l’approche de formation plus traditionnelle ?

En examinant les registres et les dossiers médicaux électroniques, ainsi qu’en observant les interactions client-prestataire de soin, nous étions à même de déterminer dans quelle mesure les services avaient changé dans les deux types d’établissements suivant l’approche modulaire et l’approche traditionnelle. Par le biais d’entretiens approfondis, le projet explore les expériences des stagiaires tout en mettant les connaissances en pratique. Nous avons également étudié les facteurs qui contraignaient, permettaient, encourageaient ou soutenaient l’adoption de nouvelles pratiques.

Les stagiaires des établissements où les approches de formation traditionnelle et modulaire ont été utilisées pour la dispense de la formation ont constaté que la formation leur avait permis d’offrir un meilleur service nutritionnel. Les stagiaires ont dit que la formation leur a permis de mieux partager une information plus complète avec leurs patients et leur a appris comment parler aux patients. Les modifications/améliorations en matière d’assistance-conseil (en particulier sur l’allaitement maternel et l’alimentation équilibrée) sont celles qui ont été le plus mentionnées. Les répondants ont également parlé de prendre les mesures anthropométriques correctement et plus fréquemment et de savoir comment interpréter les résultats. Ils ont également expliqué comment reconnaître les cas de malnutrition/être plus informés sur la malnutrition. Beaucoup de stagiaires ont assimilé ces changements à l’amélioration de la qualité des services dans leurs établissements.

« C’est le même personnel qui fait tout. Lorsque vous avez une employée qui vient travailler et doit voir 80 enfants par jour... et à qui il est demandé de peser chacun d’eux, il est impossible de faire tout ce qu’elle doit faire d’autre. Il ne s’agit certainement pas de quelque chose de priorisé, vous comprenez ? La nutrition diminue en tant que priorité. Ce n’est pas facile. »

— Formatrice, infirmière, unité d’urgence

1. Bilan nutritionnel

Les répondants se sont plaints de leur incapacité à mettre leurs connaissances en pratique en raison d’un manque d’équipement ou de matériel. En effet, selon les responsables d’unité, les unités des établissements de santé qui ont été visitées n’étaient pas suffisamment équipées pour les bilans nutritionnels (voir le tableau 11). Pour bien évaluer l’état nutritionnel de leurs clients, les unités prénatales devraient disposer d’au moins une bande de PB pour adulte ; les unités pédiatriques devraient disposer d’au moins une balance pour enfant en état de fonctionnement, une toise et une bande de PB pour enfant ; et les unités VIH devraient disposer de tout ce qui précède, car cette unité peut recevoir des patients jeunes et vieux, enceintes et non enceintes.

Tableau 11. Équipement disponible pour l'évaluation nutritionnelle lors du suivi, par approche de formation

Pourcentage des établissements équipés de manière adéquate pour le bilan nutritionnel	Approche de formation traditionnelle	Approche de formation modulaire	Approche de formation abrégée
Unité prénatale	(N=2)	(N=3)	
Dûment équipé pour évaluer l'état nutritionnel des femmes enceintes	100 %	100 %	--
Au moins une bande de PB pour adultes	100 %	100 %	--
Unité pédiatrique	(N=3)	(N=2)	
Dûment équipé pour évaluer l'état nutritionnel des enfants	100 %	50 %	--
En possession d'au moins une toise pour nourrisson	100 %	50 %	--
En possession d'au moins une balance pour nourrisson/enfant en état de fonctionner	100 %	100 %	--
Au moins une bande de PB pour enfants	100 %	100 %	--
Unité VIH	(N=3)	(N=3)	(N=1)
Dûment équipé pour évaluer l'état nutritionnel de tous les clients des unités VIH	25 %	0 %	N ^o
En possession d'au moins une toise pour enfant	33 %	0 %	N ^o
En possession d'au moins une balance pour nourrisson/enfant en état de fonctionner	66 %	66 %	--
Au moins une bande de PB pour enfants	33 %	66 %	Oui
En possession d'au moins une toise pour adulte	66 %	66 %	--
En possession d'au moins une balance pour adulte en état de fonctionner	100 %	66 %	--
Au moins une bande de PB pour adultes	100 %*	100 %	Oui

*L'une des trois unités VIH des établissements de formation traditionnelle a rapporté que la bande PB pour adultes avait été partagée avec une autre unité.

Bien qu'elles n'étaient pas toujours utilisées, comme indiqué dans les observations, toutes les unités prénatales visitées étaient en possession d'au moins une bande de PB pour adultes. Toutes les unités pédiatriques des établissements de formation traditionnelle ont été correctement équipées pour évaluer l'état nutritionnel des enfants. Cependant, concernant les deux établissements suivant l'approche de formation modulaire, l'unité pédiatrique au Centre Medico Social de Ouanaminthe n'était pas en possession d'une toise pour nourrisson en état de fonctionnement au moment de la visite de suivi.

Enfin, seule une des six unités de VIH était adéquatement équipée pour mesurer l'état nutritionnel des femmes enceintes, des enfants et des adultes séropositifs. Cela peut suggérer que nos attentes pour les unités de VIH peuvent ne pas être conformes aux attentes des responsables d'établissements ou des unités de VIH. Cependant, en supposant qu'elles s'appliquent aux PVVIH de tous les âges, nos attentes étaient conformes aux protocoles d'évaluation de l'état nutritionnel de ces clients.

Néanmoins, de nombreux formateurs et stagiaires ont mentionné qu'il y avait eu des améliorations dans le bilan nutritionnel (mesure, classification et utilisation des résultats). Le bilan nutritionnel a été défini en tant que clients de moins de 18 ans dont l'âge, le sexe, la taille et le poids ont été enregistrés afin de calculer les z-scores des indices poids-taille (WHZ ou weight-for-height z-scores) ou les z-scores des indices de masse corporelle (IMC) ; en tant que clientes enceintes dont le PB a été enregistré et adultes de plus de 18 ans dont l'âge, la taille et le poids ont été enregistrés pour le calcul de l'IMC.

Notre examen des données provenant des registres de l'établissement n'a pas été concluant. Les registres de la plupart des unités prénatales et pédiatriques ne disposaient pas de données mises à jour pour déterminer si les services de nutrition (bilan, classification, conseils ou d'orientation) ont bien été dispensés. Durant le suivi, de nombreux établissements ne conservaient plus ou ne remplissaient plus les colonnes relatives à l'état nutritionnel dans les registres. Le personnel des établissements de santé se plaignait de la lourde charge que représentait le rapport des exigences.

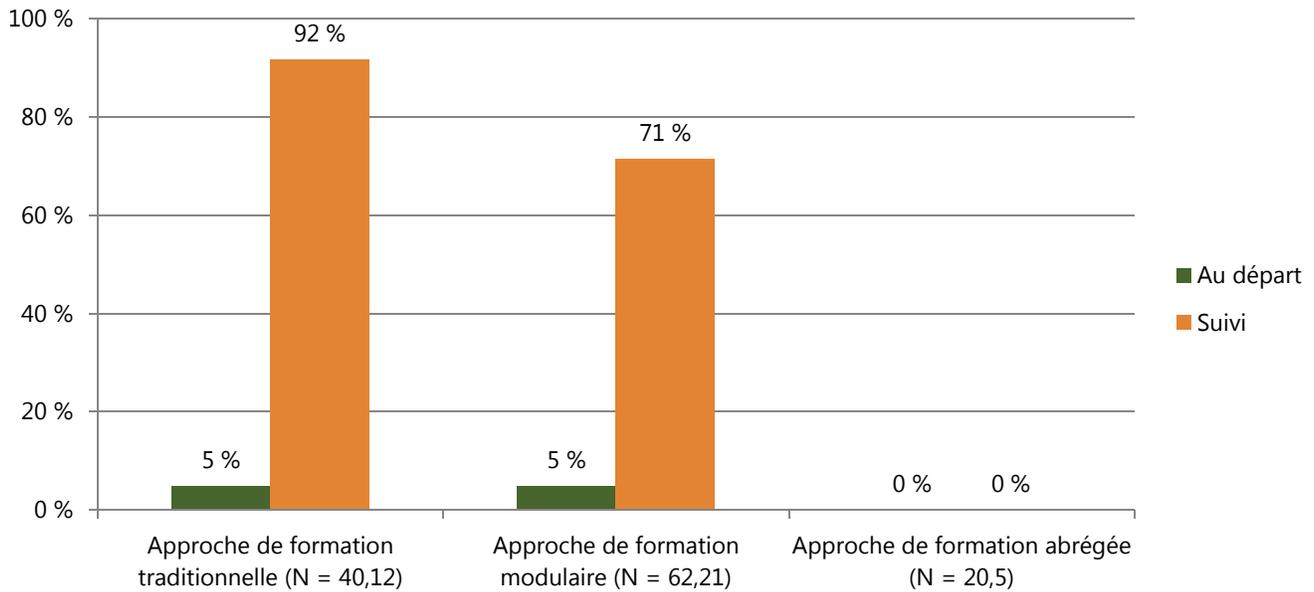
« Le MSPP nous demande maintenant de remplir des rapports sur la nutrition, mais nous sommes une institution publique, et nous avons beaucoup de difficultés à essayer de le faire... des problèmes techniques, des problèmes administratifs et autres. Le MSPP nous demande beaucoup, mais ne nous fournit pas suffisamment de personnel. Comment pouvons-nous remplir des rapports de nutrition s'il n'y a pas assez d'infirmières pour faire le travail habituel ? Il n'y a pas une seule personne qui soit responsable de la nutrition ; personne n'a été désigné pour donner des conseils nutritionnels, pas une seule personne où nous pourrions envoyer les patients pour recevoir des conseils nutritionnels. Nous essayons de parler de nutrition aux patients, ici et là, mais il n'y a pas de structure en place pour nous permettre de le faire systématiquement. »

— Formatrice, infirmière, unité d'urgence

Les observations des interactions client-prestataire de soins ont fourni un aperçu des pratiques des bilans nutritionnels des prestataires (voir les figures 6a, b et c). Des améliorations ont été observées dans toutes les unités. Compte tenu de la petite taille de l'échantillon des observations dans l'établissement suivant l'approche de formation abrégée, les résultats ont été moins concluants.

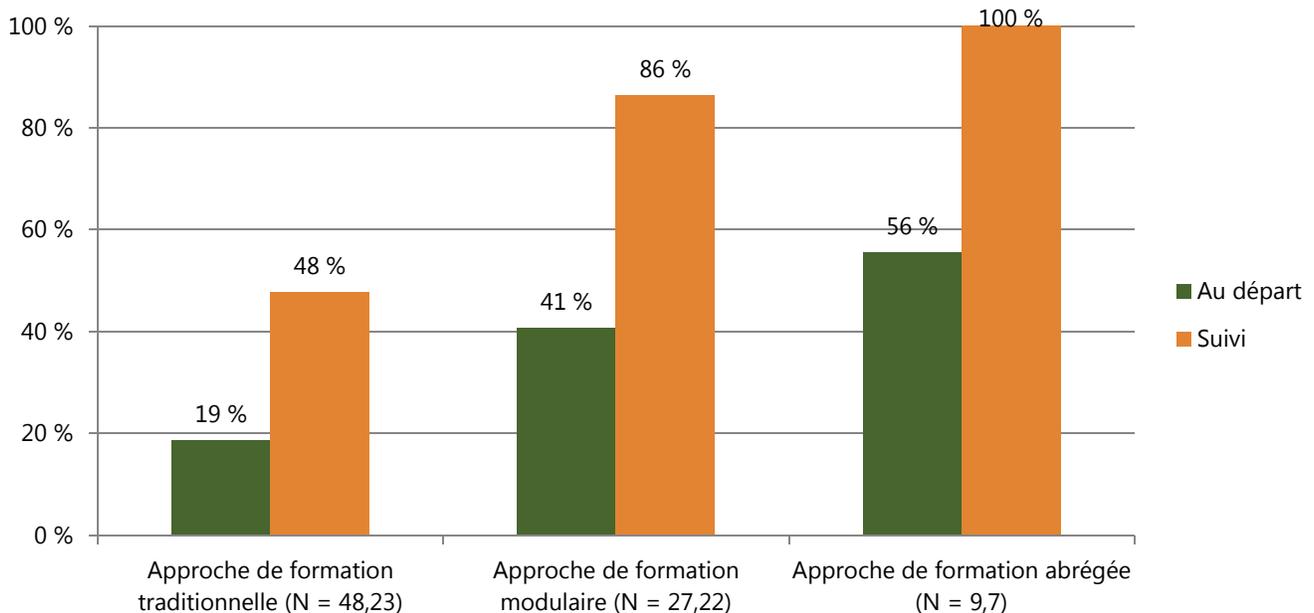
Dans les unités prénatales (Figure 6a), le pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un bilan nutritionnel (mesure/examen du PB) était spectaculaire dans les deux types d'établissements traditionnels et modulaires, mais il était plus important durant le suivi dans les établissements traditionnels (92 pourcent contre 71 pourcent).

Figure 6a. Pourcentage de clients en service prénatal évalués sur le plan nutritionnel conformément aux normes, en se basant sur l’observation, la durée et l’approche de formation



Dans les unités de pédiatrie (Figure 6 b), des améliorations ont été observées dans les deux établissements de formation traditionnelle et modulaire, mais au moment du suivi, le pourcentage d’enfants ayant fait l’objet d’un bilan nutritionnel selon les directives était plus élevé dans les établissements de formation modulaires (48 pourcent contre 86 pourcent). Cela est principalement dû au fait que la hauteur n’a pas été mesurée ou examinée.

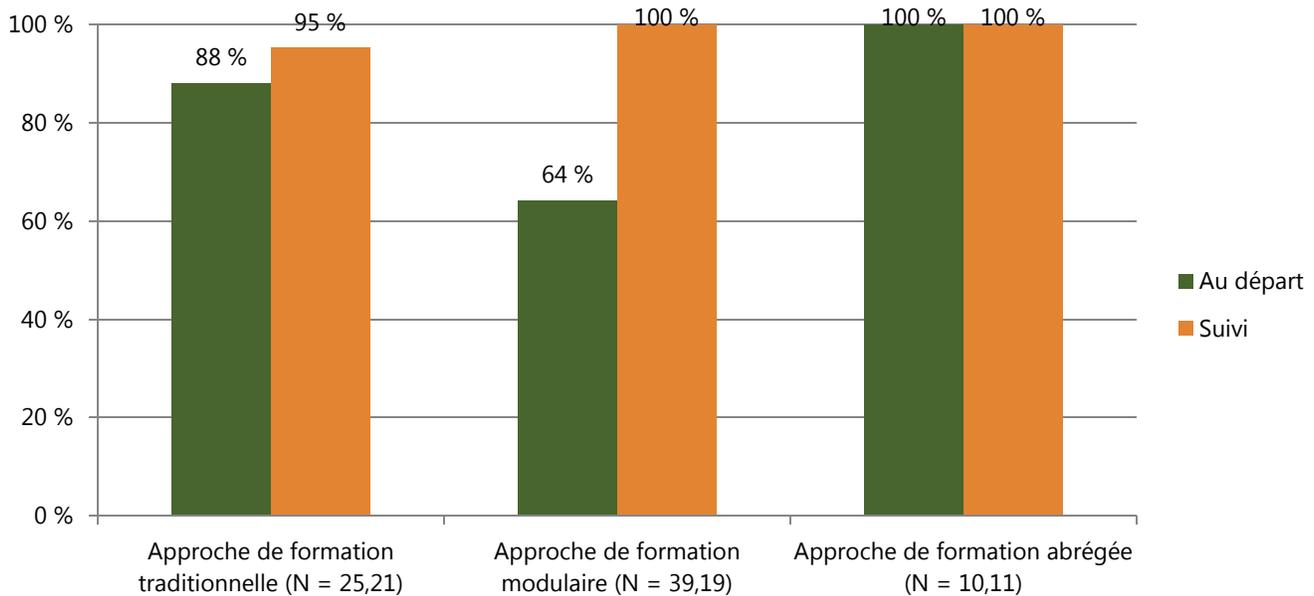
Figure 6 b. Pourcentage de clients en pédiatrie évalués sur le plan nutritionnel conformément aux normes, en se basant sur l’observation, la durée et l’approche de formation



Enfin, dans les unités de VIH des établissements de formation traditionnelle et modulaire (Figure 6c), nous avons observé des améliorations dans l’évaluation de l’état nutritionnel. Toutefois, ces chiffres masquent des variations dans chaque établissement. Nous avons observé des améliorations dans deux établissements de formation traditionnelle: L’Hôpital Sainte Thérèse de Hinche et l’Hôpital la Providence des Gonaïves ; cependant, au Centre

Hospitalier Eliazar Germain, le pourcentage de clients évalués nutritionnellement selon les directives a diminué, de 100 pourcent au départ à 86 pourcent lors du suivi, essentiellement en raison d'une réduction des clients dont la hauteur a été mesurée. Dans deux des trois établissements suivants l'approche de formation modulaire, 100 pourcent des clients ont été évalués selon les directives au début de la recherche opérationnelle et durant le suivi.

Figure 6c. Pourcentage de clients VIH évalués sur le plan nutritionnel conformément aux normes, en se basant sur l'observation, la durée et l'approche de formation

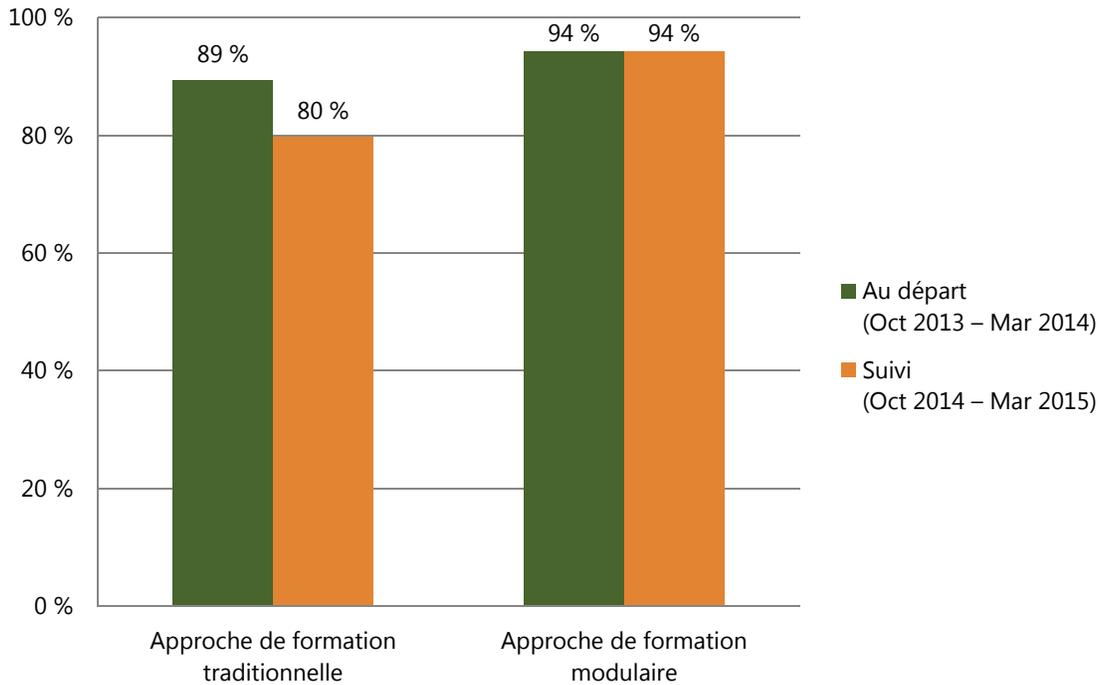


Dans les établissements suivant l'approche modulaire, le pourcentage a augmenté de 64 pourcent à 100 pourcent. Le faible pourcentage au départ s'expliquait par le fait que seulement 22 pourcent des observations étaient mesurées à l'Hôpital Notre-Dame de Petit-Goâve.

Dans les unités VIH où le système iSanté EMR est utilisé, nous avons analysé les données de deux des établissements de formation traditionnelle (le Centre Hospitalier Eliazar Germain et l'Hôpital la Providence des Gonaïves) et les trois établissements de formation modulaires (voir Figure 7). Nous avons calculé le pourcentage de nouveaux clients dont l'état nutritionnel a été évalué selon les lignes directrices au cours de la période de six mois avant la formation (octobre 2013 — mars 2014) et de nouveau au cours de la période de six mois après la formation (octobre 2014 — mars 2015).

Dans les deux établissements traditionnels inclus dans cette analyse, le pourcentage de clients évalués sur le plan nutritionnel selon les directives a diminué, passant de 89 pourcent au cours des six mois précédant la dispense de la formation à 80 pourcent au cours de la dernière période, c'est-à-dire environ de 3 à 9 mois après la formation. Conformément aux observations, une baisse spectaculaire a été calculée au Centre Hospitalier Eliazar Germain : de 92 pourcent à 71 pourcent après la formation. Ceci est dû au fait que ni le statut de l'âge ni celui de la grossesse n'ont été enregistré dans iSanté au cours de cette période. Sans cela, nous aurions été incapables de déterminer la juste mesure de l'état nutritionnel : WHZ, IMC en fonction de l'âge, l'IMC ou PB. Le pourcentage est resté constant à 94 pourcent dans les trois centres de formation modulaires. De plus, l'Hôpital Sainte Thérèse de Hinche, qui n'était pas inclus dans cette analyse, était l'un des établissements ayant démontré les améliorations les plus importantes au cours des observations.

Figure 7. Pourcentage de PVVIH évaluées sur le plan nutritionnel conformément aux normes, en se basant sur le système EMR de iSanté, six mois avant le début de la formation (octobre 2013 à mars 2014) et six mois après (octobre 2014 à mars 2015)³, la durée et l’approche de formation



2. Conseil nutritionnel

Les répondants (formateurs et stagiaires) ont émis des commentaires sur l’amélioration de l’assistance-conseil en nutrition après la formation. Beaucoup d’améliorations dans le soutien à l’allaitement ont été mis en évidence.

Les nombres moyens de compétences en assistance-conseil observés sont présentés dans les figures 8a, 8 b, et 8c. Ceux-ci révèlent que le nombre moyen de compétences en assistance-conseil observés a augmenté dans les unités pédiatriques et VIH entre le début et le suivi dans tous les types d’établissements. Toutefois, les compétences en assistance-conseil observées dans les unités prénatales sont restées à peu près constantes entre le début et le suivi de la formation. Les améliorations les plus spectaculaires ont été observées dans les unités consacrées au VIH, en particulier dans l’établissement suivant la formation abrégée. En outre, un certain nombre de compétences en assistance-conseils en nutrition que SPRING/Haïti avait priorisé a connu des améliorations.

³ Les données d’iSanté ne sont pas disponibles pour l’Hôpital Sainte Thérèse de Hinche, un centre de formation traditionnelle, ainsi que l’Hôpital Maternité Isaïe Jeanty, l’établissement qui a suivi l’approche de formation abrégée.

Figure 8a. Nombre moyen de compétences en assistance-conseil nutritionnel observées en prénatal, basé sur la durée et l'approche de formation

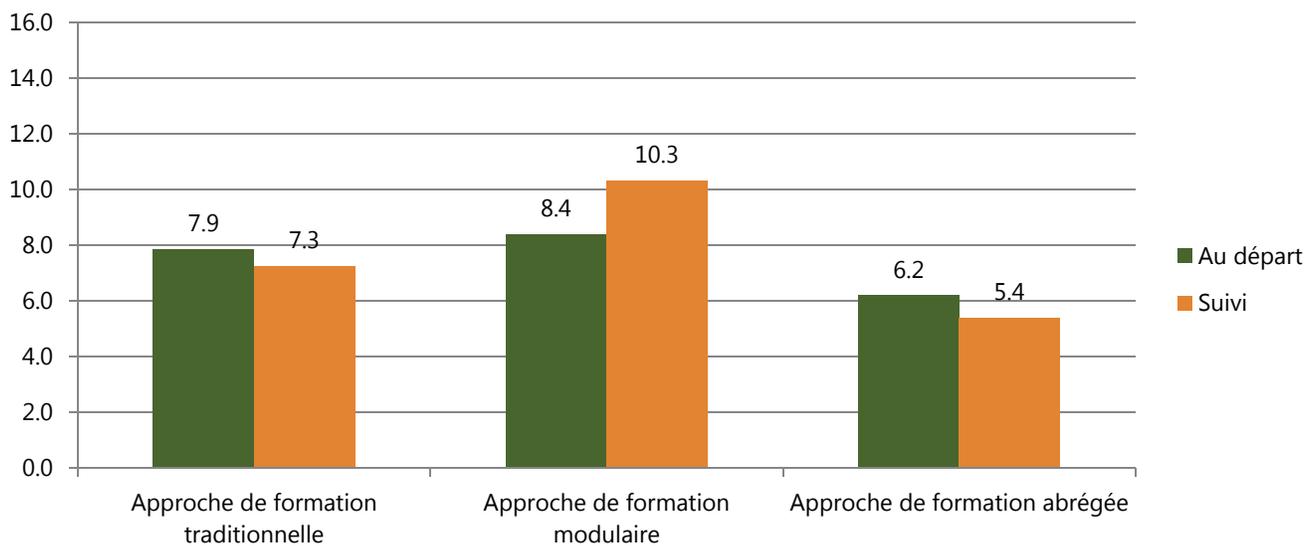


Figure 8b. Nombre moyen de compétences en assistance-conseil nutritionnel observées en pédiatrie, basé sur la durée et l'approche de formation

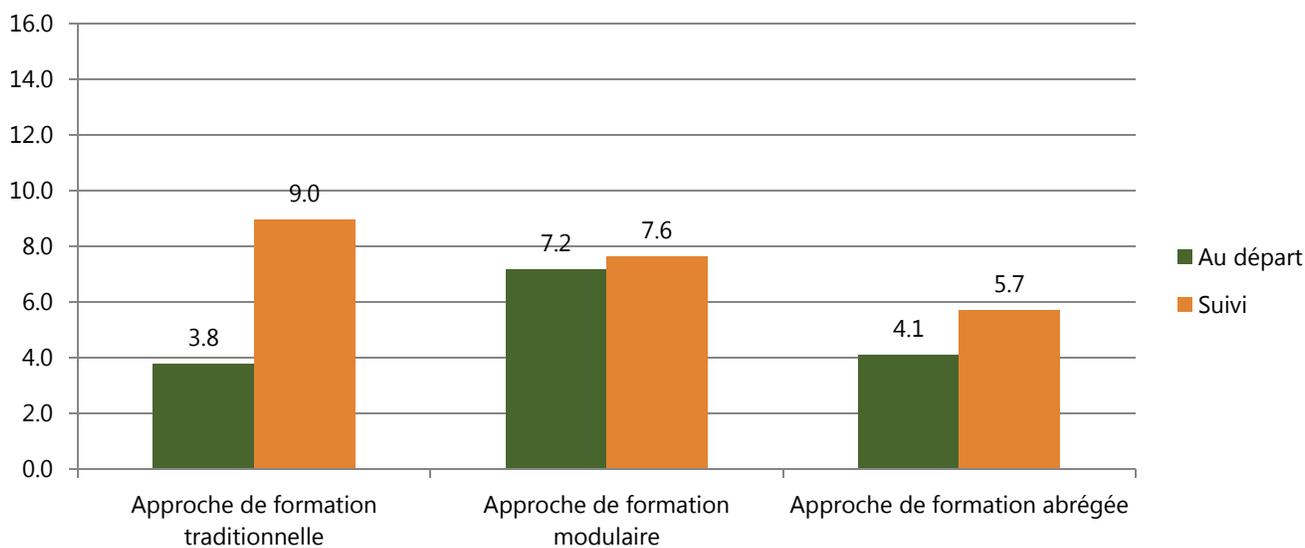
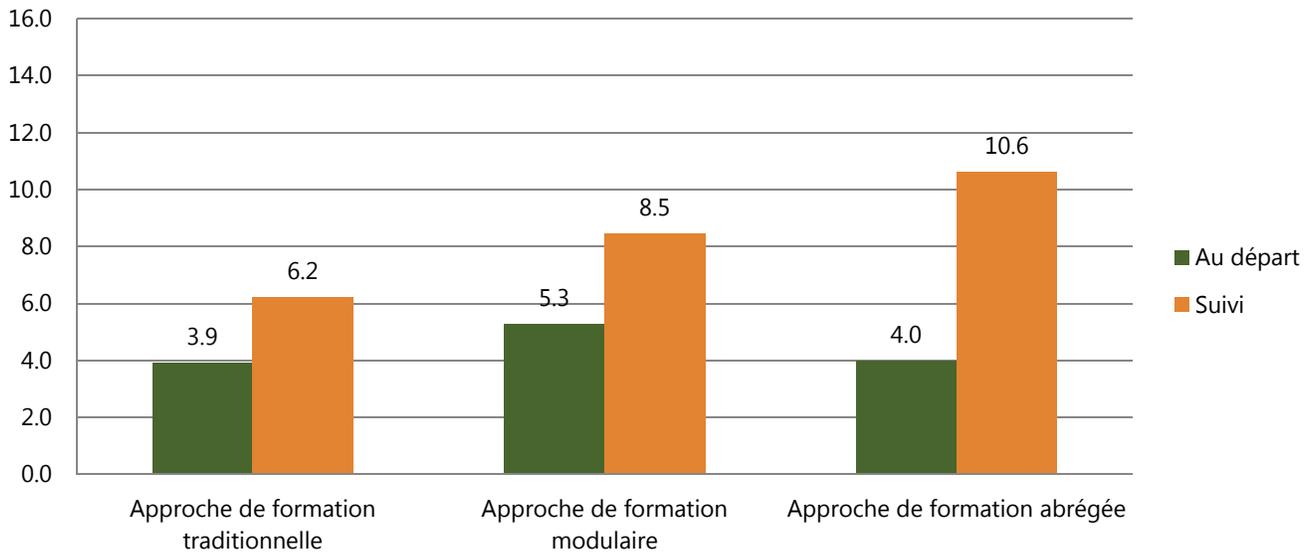


Figure 8c. Nombre moyen de compétences en assistance-conseil nutritionnel observées dans les unités de VIH, basé sur la durée et l'approche de formation



Cependant, au cours des entretiens, les répondants ont également noté des difficultés. Avec le temps et le personnel limité, il reste rarement assez de temps à consacrer à une assistance-conseil en nutrition adéquate.

« Comme je l'ai dit, rien n'a vraiment changé. [...] Nous sommes toujours débordés auprès des patients. Nous ne disposons pas suffisamment de personnel, et par conséquent, le temps manque pour donner des conseils en nutrition à chaque patient. »

— Formatrice, infirmière sage-femme, unité de maternité

3. Soutien nutritionnel

Malheureusement, de nombreux répondants des deux types d'établissements assimilent le manque d'intrants au fait de ne pas disposer/offrir de service nutritionnel. En effet, aucun des établissements ne disposait de suppléments fer-acide folique (FAF), de rations sèches, ou d'aliments thérapeutiques prêts-à-l'emploi (ATPE) en stock au moment de la visite de suivi. Seuls deux établissements de formation modulaires disposaient de vitamines A, et un seul de formation traditionnelle possédait des multivitamines et des vermifuges.

Les répondants ont estimé qu'ils étaient incapables de mettre leurs connaissances en pratique en raison de la pénurie d'approvisionnement/des ruptures de stock. Lorsqu'on les observait, les prestataires ne prescrivaient pas les produits nutritionnels, car dans la plupart des cas, les intrants n'étaient pas disponibles. Ils n'ont pas non plus orienté les clients du service prénatal ou pédiatrique vers les services de soutien (voir le tableau 12). Les prestataires de soins n'ont renvoyé les clients vers les services de soutien (travailleur de soutien communautaire ou social) que dans les unités VIH — 38 pourcent des observations dans les établissements de formation traditionnelle et 74 pourcent dans les établissements de formation modulaire.

« Nous n'avons rien à donner à nos patients, sauf des conseils. Comment sommes-nous censés en examiner la qualité ? Il n'y a aucun services de nutrition que nous puissions évaluer »

— Formatrice, infirmière sage-femme, unité de maternité

Tableau 12. Soutien nutritionnel fourni, basé sur l'observation, la durée et l'approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge)

Pourcentage des interactions client-prestataire observées au cours desquelles le fournisseur...	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi
Unité prénatale	(N=40)	(N=12)	(N=62)	(N=21)	(N=20)	(N=5)
A référé le client aux services de soutien (planification familiale, travailleurs communautaires ou aide sociale)	3 %	0 %	5 %	10 %	0 %	0 %
Unité pédiatrique	(N=48)	(N=23)	(N=27)	(N=22)	(N=9)	(N=7)
A référé le client aux services de soutien (travailleurs communautaires ou aide sociale)	0 %	13 %	0 %	9 %	0 %	0 %
Unité VIH	(N=25)	(N=21)	(N=39)	(N=19)	(N=10)	(N=11)
A référé le client aux services de soutien (travailleurs communautaires ou aide sociale)	12 %	38 %	3 %	74 %	0 %	27 %

La grande majorité des personnes interrogées ont répondu qu'elles n'avaient reçu aucun suivi officiel après la formation en dehors de celui fourni par SPRING. Cependant, les stagiaires ont fait remarquer que les formateurs effectuaient un suivi avec eux lors de discussions informelles ou impromptues, se renseignant sur leurs expériences en utilisant les connaissances acquises ; quelques répondants ont mentionné discuter de manière informelle de la qualité des services de nutrition fournis. D'autres ont indiqué qu'il n'avait pas été possible de discuter de la qualité des services de nutrition jusqu'à ce que ces derniers (les ATPE) aient été fournis. Cela était vrai dans les établissements de formation traditionnels et modulaires.

« Il n'y a rien de structuré ou formel, mais nous essayons de discuter au sein de nos unités de ce que nous pourrions améliorer à l'avenir. »

— Formatrice, infirmière, unité de maternité

« Une des formatrices vérifie la qualité des services rendus par les infirmières et les étudiantes infirmières. [...] Elle circule parmi nous et fait en sorte que nous parlions toutes de l'allaitement à nos patients. »

— Stagiaire, infirmière sage-femme, unités de maternité et de soins prénatals.

« Oui, nous discutons à propos de nos services... Non, nous ne parlons pas spécifiquement de nutrition, nous parlons de services de santé en général. Nous ne nous concentrons pas sur la nutrition. Nous devons fournir les premiers services nutritionnels et le matériel nécessaire avant que nous puissions évaluer la qualité de ces services. »

— Stagiaire, aide-soignante, unité prénatale

IV. Limites et Défis

Cette étude comportait plusieurs limites importantes liées au fait qu'il s'agissait d'une recherche de mise en œuvre explorant les plans existants SPRING/Haïti pour la mise en œuvre. Les plans ont été conçus en collaboration avec la mission de l'USAID en Haïti et le MSPP. Il ne s'agissait pas d'une intervention conçue spécialement pour répondre aux questions de la recherche. Premièrement, les données n'ont pas été recueillies dans les établissements de contrôle de santé comparables. Par conséquent, nous avons été incapables de faire des affirmations au sujet de ce qui se serait passé en l'absence de formation et d'autres formes de soutien que nous avons fournis. Tout changement en matière de services nutritionnels peut ne pas être entièrement attribuable au projet.

Deuxièmement, le manque d'équipement et de matériel, ainsi que l'espace physique pour l'assistance-conseil, était un obstacle majeur à la mise en pratique des connaissances. De même, le fait que de nombreux établissements dépendent beaucoup des résidents des services sociaux a abouti à l'attrition et au renouvellement du personnel qualifié. Ces facteurs, indépendants du contrôle de SPRING ou de cette activité de recherche, réduisent les chances des prestataires de soins de pouvoir mettre leurs connaissances en pratique ou d'améliorer les services nutritionnels dans les établissements ciblés.

Troisièmement, alors que nous avons recommandé deux approches distinctes de dispense de la formation, ce sont les formateurs ainsi que les responsables d'établissements qui ont décidé comment la formation serait exploitée dans leur établissement respectif. Par conséquent, les différences entre les approches suivies ont été réduites au minimum ; un centre a choisi une stratégie différente et n'est pas tombé dans l'autre groupe. De plus, aucune des deux approches que nous avons envisagées initialement ne s'est déroulée comme prévu. L'approche traditionnelle de formation a été menée sur site plutôt qu'à l'extérieur dans le cadre d'une formation de style atelier, et la formation sur site était finalement plus comme une approche de formation modulaire. De plus, au sein de chaque groupe d'établissements (traditionnels et modulaires), la façon dont la formation a été réalisée variait considérablement ; l'appui des responsables des établissements et la capacité des MF variaient également de façon significative. Il s'agit d'un défi important que tout programme ou pays souhaitant évoluer durablement avec des ressources limitées doit envisager.

Enfin, les limitations classiques incluent des entretiens avec des informateurs clés, des observations et la faible taille des échantillons. Ces limitations comprennent des données biaisées issues d'un échantillon potentiellement non représentatif, des données biaisées par courtoisie (tendance des personnes supervisées ou des participants à

Composantes de la performance humaine: Ce qui est requis pour que le prestataire puisse accomplir le travail

Connaissances, aptitudes et capacités

- La personne maîtrise-t-elle la tâche et peut-elle l'exécuter avec la compétence requise d'une manière efficace et efficiente ?
- La personne possède-elle les capacités physiques, mentales et émotionnelles pour exécuter la tâche ?

Attitudes et motivations (internes)

- La personne perçoit-elle de la valeur dans la capacité à effectuer la tâche ?

Données et informations

- La personne sait-elle ce que l'on attend d'elle/de lui (description du poste, la portée du travail, contrat, etc.) ?
- La personne a-t-elle accès aux informations nécessaires pour exécuter le travail (outils de travail, manuels de procédures, données destinées au traitement, etc.) ?
- La personne reçoit-elle des commentaires sur la façon dont elle accomplit sa tâche (des rapports de feedback, supervision) ?

Outils et ressources

- La personne possède-elle tout le matériel et outils nécessaires pour effectuer la tâche ?

Mise en place

- La personne exécute-t-elle la tâche dans un environnement physique ou social qui lui permette de le faire de manière adéquate ?

Incitations (externes)

- La personne reçoit-elle une compensation et une reconnaissance suffisante pour effectuer la tâche ?

répondre positivement lorsqu'on les interroge sur les gérants des établissements ou sur une activité parrainée par l'organisation au cours des entretiens), l'effet Hawthorne (la tendance de changer ou d'améliorer les pratiques lorsqu'on est observé), ainsi que la fiabilité inter-évaluateur et la subjectivité (différents observateurs peuvent considérer des pratiques différemment). Certaines d'entre elles ont été traitées dans une certaine mesure par la formation et l'orientation des collecteurs de données ; cependant, il est important de les garder à l'esprit.

V. Discussion

L'impact de la malnutrition continue globalement à avoir des implications sur le développement sanitaire, social et économique de nombreux pays (UNICEF 2013). La malnutrition et les maladies infantiles sont intimement liées. La malnutrition peut contribuer à une réponse immunitaire affaiblie et à une plus grande prédisposition à la maladie, alors que la maladie peut contribuer à l'augmentation des besoins énergétiques, à une mauvaise absorption des nutriments, à de l'anorexie et à une plus grande sensibilité à la malnutrition (Victora et al. 2008 ; Black et al. 2008). De nouvelles données semblent indiquer que cette relation s'étend bien au-delà de l'enfance ; les enfants malnutris semblent être plus exposés aux maladies chroniques liées à l'alimentation à un âge plus avancé (Black et al. 2013 ; Adair et al. 2013). La dénutrition, en particulier en début de vie, a été associée au cycle intergénérationnel de la malnutrition. Ce cycle repose sur le principe qu'une mère malnutrie étant plus susceptible d'accoucher d'un bébé sous-alimenté ; à son tour, cet enfant sera plus susceptible de devenir un adolescent et un adulte sous-alimenté.

Pour les personnes vivant avec des maladies telles que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou la tuberculose (TB), l'impact de la malnutrition se complique encore. Non seulement ces maladies augmentent les besoins nutritionnels, mais associées à la baisse de l'immunité et à une absorption et une utilisation réduites des nutriments, elles contribuent à accélérer un cycle de mauvais état de santé (de Pee et al., 2010). Il est bien établi que le VIH compromet l'état nutritionnel des personnes infectées, ce qui aggrave les effets de la maladie. De même, une bonne alimentation aide la PVVIH à gérer les symptômes et les infections opportunistes. Inversement, une mauvaise alimentation expose la PVVIH à des risques accrus d'infection. Pour les nourrissons, les mauvaises pratiques alimentaires, en particulier pendant les six premiers mois de vie, exposent les bébés nés de mères séropositives à des risques d'infection.

Il existe des interventions nutritionnelles fondées sur des faits qui peuvent avoir un impact positif sur la nutrition maternelle et infantile et qui peuvent également réduire considérablement la mortalité, si on parvient à obtenir une couverture programmatique suffisante (Bhutta et al. 2013). Ces interventions ont du sens durant le cycle de vie reproductive pour les adolescentes, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants. Elles comprennent la planification familiale, les services psychosociaux, la supplémentation en micronutriments multiples, l'arrêt du tabac, le clampage tardif du cordon, l'initiation précoce à l'allaitement maternel et l'allaitement maternel exclusif, l'administration de vitamine K, la méthode kangourou et l'alimentation complémentaire (Bhutta et al. 2013). Au cours de la dernière décennie, le renforcement des interventions en matière de nutrition dans le cadre des systèmes de santé a été de plus en plus reconnue comme impérative pour la prévention et le traitement de la malnutrition pour tous, surtout pour les femmes enceintes et allaitantes, les nourrissons, les jeunes enfants et les personnes vivant avec des maladies comme le VIH et la TB (Bhutta et al. 2008 ; Bryce et al. 2008). L'intégration de ces interventions nutritionnelles fondées sur des faits dans les services de santé est d'une importance cruciale.

En Haïti, comme dans de nombreux pays en développement, les établissements de santé sont perpétuellement en sous-effectif, sous-qualifiés et les ressources sont limitées. La capacité à mettre en œuvre des interventions nutritionnelles à fort impact est inadaptée. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de graves pénuries, des mélanges de compétences inadéquats et une répartition géographique inégale du personnel soignant posent des obstacles majeurs à la réalisation des « Objectifs du Millénaire pour le développement » (2010a) en termes de santé. Avec le seuil minimal de l'OMS de 23 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants pour la prestation de services essentiels de santé maternelle et infantile, Haïti est presque hors-norme. En 2010, Haïti disposait seulement de cinq médecins, infirmières et sages-femmes pour 10 000 personnes (OMS 2010 b).

Le renforcement des capacités efficaces et de haute qualité des prestataires de santé est nécessaire pour atteindre une couverture programmatique suffisante des interventions nutritionnelles éprouvées, pour assurer la qualité des services de nutrition fournis (évaluation, assistance-conseil et soutien), et pour accroître la motivation et la rétention du prestataire (Healthy Child Uganda 2011; Kennedy 1991). Malheureusement, l'efficacité des différentes approches de renforcement des capacités est inconnue. Il existe un manque de faits vérifiables pour indiquer quelle approche de formation est la plus efficace pour le développement des capacités et l'amélioration de la qualité des services nutritionnels.

Le succès des formations des prestataires se détermine généralement en fonction des connaissances, des compétences acquises et des services améliorés. Cependant, un certain nombre de facteurs influent sur la performance humaine, y compris les connaissances, les compétences et les capacités ; les attitudes et les motivations (internes) ; les données et les informations ; les outils et les ressources ; la mise en place ; et les incitations (externe). Ce que nous avons trouvé constitue une contribution importante à la littérature.

Connaissance, aptitudes et capacité : Les tests avant et après la formation indiquent que les stagiaires ont appris l'ANJE et le contenu du NACS. Les commentaires des stagiaires ont confirmé que les MF ont compris et transmis efficacement le contenu technique. Les facteurs externes décrits plus en détail ci-dessous ont empêché les stagiaires de mettre pleinement en pratique leurs connaissances.

Attitudes et motivations (internes) : Les stagiaires des établissements traditionnels ont eu davantage tendance à déclarer que le sujet était très utile (93 pourcent) par rapport à ceux des établissements suivant l'approche de formation modulaire (64 pourcent) et ceux qui suivaient la formation abrégée (57 pourcent). De même, les stagiaires provenant des établissements suivant la formation traditionnelles en ont tiré le plus d'avantages. Cela peut très bien être dû au fait qu'un plus grand nombre de stagiaires n'ont pas terminé la formation dans les établissements suivant l'approche de formation modulaire. Ils pourraient bien ne pas avoir été aussi satisfaits de la formation ou avoir tiré autant de bénéfices. Par conséquent, les résultats sur la satisfaction pourraient être biaisés par rapport à l'approche de formation modulaire.

Données et informations : Malheureusement, peu de constats ont été fait à partir de la collecte de données de suivi concernant les données et les informations disponibles aux prestataires. Toutefois, la quasi-totalité des personnes interrogées ont déclaré avoir reçu peu ou pas d'appréciation sur leur performance en services nutritionnels. Alors que les prestataires pourraient avoir appris et commencé à faire les choses de façon améliorée, si un suivi n'est pas adopté pour renforcer les bonnes pratiques, ils risquent de revenir à leurs vieilles habitudes après un certain temps.

Outils et ressources : Le mécanisme de soutien, le ratio client-prestataire de soins et la disponibilité de l'équipement et du matériel de support ont probablement été les plus grands facteurs influant sur la qualité des services nutritionnels fournis. Et, alors que les formations sont certainement nécessaires, la capacité des MF et la sélection des participants comptaient probablement plus que l'approche (traditionnelle vs modulaire).

Mise en place : Les stagiaires issus des établissements de formation traditionnels ont déclaré avoir eu plus d'occasions de mettre leurs nouvelles connaissances ou compétences en pratique au cours de la formation que ceux provenant des établissements suivant l'approche de formation modulaire ou abrégée. Ce fut un constat révélateur. Cela contredit ce que l'on aurait pu attendre de l'approche modulaire qui a été conçue pour impliquer la formation sur site qui, par sa définition même, représente une occasion de pratiquer. Cette constatation peut se refléter davantage sur le temps alloué aux sessions de formation et leur nature surchargée. Cela peut aussi être dû au fait que les gérants de l'établissement autorisent rarement les MF à prendre du temps hors de leurs fonctions

normales pour encadrer les stagiaires en dehors des séances de formation formelle. Les directeurs d'établissement ont rarement réduit la charge de travail des MF dans les établissements de formation modulaires. Au lieu de cela, on leur a demandé de dissoudre la formation dans la journée de travail après les heures normales de consultation, ce qui a réduit ou éliminé le temps de mise en pratique des nouvelles connaissances.

Incitations (externes) : Nous avons constaté que de nombreux établissements ne conservaient plus ou ne remplissaient plus les colonnes relatives à l'état nutritionnel dans les registres. Cela souligne les préoccupations soulevées au sujet des établissements en sous-effectif et les prestataires surchargés de travail et donc incapables de fournir la gamme complète des services nutritionnels. De même, alors que les répondants (formateurs et stagiaires) ont émis des commentaires sur l'amélioration de l'assistance- conseil en nutrition après la formation, les prestataires de soins n'ont fait preuve de presque aucune des compétences prioritaires lors des observations. Cela peut également être dû à un manque de temps ou de personnel pour offrir des conseils nutritionnels. Compte tenu du fait que de nombreux établissements dépendent des résidents des services sociaux, il est également possible que les prestataires qui ont été observés en train de travailler dans les unités prioritaires des établissements de santé au cours de la collecte de données de suivi n'aient pas pu participer à la formation.

VI. Conclusions et Recommandations

Une conclusion importante a été que les différences entre les deux approches choisies et suivies par les établissements de santé ont été moins nombreuses que prévu initialement. Par exemple, toutes les formations ont été menées sur place (au sein des établissements), et tous les formateurs étaient membres du personnel issus de leurs propres établissements de santé. Cela signifie que tous les stagiaires ont eu la possibilité d'être encadrés. Bien que la formation sur le terrain présentait des avantages (comme une participation accrue), elle a aussi abouti à davantage de situations où les stagiaires étaient appelés à travailler, ce qui perturbait le processus de formation et d'apprentissage. Les formateurs ont fait remarquer qu'il s'agissait d'un défi majeur.

« Nous avons été en mesure de participer à la formation... sans interrompre notre travail habituel... Je suis toujours accessible à l'hôpital et pour mes patients. »

— Stagiaire, infirmière, unité de pédiatrie

De manière inattendue, mais peut-être pas de manière surprenante étant donné les graves pénuries en ressources humaines que connaissent de nombreux établissements de santé en Haïti, les prestataires ont parfois été sélectionnés par commodité ou pour leur disponibilité plutôt que pour des raisons plus stratégiques telles que la pertinence ou les intérêts. Ces prestataires qui auraient pu être mieux placés pour mettre en pratique les connaissances ou apporter des changements significatifs dans les services habituellement proposés ne pouvaient être dispensés de leurs tâches et, de ce fait, ne participaient pas toujours à la formation. Ceci a été observé dans les deux types d'établissements, mais plus encore dans les établissements de formation traditionnelle. Dans ces établissements, des collègues et des clients qui subissaient des horaires de consultations matinales chargés ont ressenti l'absence des prestataires de façon plus aiguë.

Bien que les différences étaient moins nombreuses que prévu, les résultats indiquent que les stagiaires ont davantage apprécié l'approche de formation modulaire et l'approche était moins coûteuse pour l'établissement de soin de santé et son personnel en termes de dépenses et frais d'opportunité.. Comme toutes les formations ont lieu sur place (dans les établissements) et fournissent une certaine quantité de possibilités de mettre les connaissances en pratique là où l'approche de formation modulaire a été suivie, les stagiaires avaient augmenté les possibilités de mettre immédiatement en pratique les compétences acquises. L'inscription des prestataires était également plus élevée dans les établissements de formation modulaires parce que les participants ne devaient pas manquer une semaine complète de travail pour pouvoir y participer.

Quelques défis particuliers sont également apparus dans le cadre de cette approche. Notamment, il était difficile de garantir que les stagiaires s'étaient bien présentés à toutes les sessions de formation modulaires. Il était difficile de garantir les présences au cours des nombreuses séances et semaines à cause des rotations du personnel et du renouvellement

Enfin, même si aucune des personnes interrogées n'a mentionné les coûts des formations supportés par les clients, ils ont déclaré avoir été distraits par ceux qui quittaient la formation pour s'occuper des clients. L'implication de cette distraction représente un « coût » pour les clients qui sont les plus susceptibles d'être exposés à de plus longues d'attentes (en particulier dans les établissements de santé qui n'ont pas suffisamment de ressources humaines) pendant que les prestataires assistent à leur formation.

Compte tenu des réalités sur le terrain en Haïti, y compris les ressources humaines et les ressources financières limitées- tant au sein de l'équipe SPRING/Haïti et des établissements de santé,- tous les établissements ont connu des défis similaires qui ont affecté l'efficacité de la formation des services de nutrition. Compte tenu des changements récents dans les protocoles nationaux, certains prestataires de santé doivent maintenant ajouter les

services NACS à leurs services de routine alors qu'ils sont déjà surchargés de travail. Sans personnel supplémentaire ou personnel spécifiquement dédié à l'évaluation nutritionnelle, l'assistance-conseil en nutrition et la référence des clients vers les services de soutien nutritionnel, il peut être difficile, voire impossible, de parvenir à une couverture complète des services NACS au niveau des établissements de santé.

En nous basant sur ces résultats, nous croyons fermement que le meilleur scénario serait le renforcement de l'ensemble des systèmes pour mieux intégrer les services de nutrition. Pour ce faire, les Ministères de la Santé devraient définir et opérationnaliser ce qui suit:

- des normes nutritionnelles pour les soins et les éléments prioritaires à chaque niveau du système de santé (Quoi)
- les ressources humaines nécessaires — en termes de quantité et de niveaux — pour fournir ces normes de soins à chaque niveau (Qui)
- des besoins spécifiques de la formation (contenu, durée, pré-services vs. en service vs. recyclage, méthodologie) de chaque responsable ou rôle au sein des établissements de santé à chaque niveau
- une approche d'amélioration de la qualité axée sur les données (QI) pour la prestation de service et qui réponde aux obstacles à l'exécution des normes de soins (QI + formation = Comment).

Si et quand la formation en cours d'emploi est jugée appropriée, nous recommandons aux gouvernements et aux projets, d'étendre avec prudence l'utilisation de l'approche de formation modulaire avec des sessions de formation plus courtes dispensées sur une plus longue période :

1. Afin d'encourager l'appropriation et l'appui des gestionnaires d'installations et leur donner les moyens de développer une vision pour les services de soutien nutritionnelles améliorées, pour sélectionner stratégiquement les formateurs et les stagiaires, et d'utiliser les données pour surveiller la performance des services de nutrition.
2. Priorisez la documentation et l'analyse des processus de formation. Sans un coût ou un effort déraisonnable, le suivi et l'analyse du processus peuvent être intégrés dans la surveillance routine (en utilisant des systèmes d'information existants) ou supervision.
3. Choisissez méticuleusement les formateurs et les stagiaires en termes d'applicabilité du contenu au travail quotidien (à savoir, ceux qui travaillent dans les unités prénataux, pédiatriques ou VIH), la motivation et l'intérêt pour le sujet, et le temps pour mettre en œuvre les connaissances.
4. Prevoire strategiquement le jour, l'horaire et la durée des formations afin d'assurer qu'ils perturbent la routine quotidienne avec les clients au minimum.
5. Mettez l'accent sur le cycle d'apprentissage expérientiel, encourager les formateurs à s'appuyer sur les connaissances des stagiaires et en fournissant suffisamment de temps pour pratiquer les compétences de conseil pendant les formations.
6. Assurez la disposition d'un espace suffisant pour la formation, un support pour les pagivoltes, un projecteur, et une source d'énergie pour utiliser le projecteur.
7. Adaptez la charge de travail des formateurs (personnel des établissements de santé) ou autre personnel de l'établissement afin de permettre une préparation adéquate pour, mise en œuvre et le suivi de la formation (à savoir, coaching). Ce dernier est un aspect important de l'approche de FCE qui les formateurs débordés négligent souvent.

8. Incitez les stagiaires à participer dans toutes les sessions de formation intégralement. Cela pourrait être encouragé en reflétant la participation aux formations dans leurs revus de performance annuelle.

Références

- Adair, Linda S., Caroline H.D. Fall, Clive Osmond, Aryeh D. Stein, Reynaldo Martorell, Manuel Ramirez-Zea, Harshpal Singh Sachdev, et al. 2013. "Associations of Linear Growth and Relative Weight Gain During Early Life with Adult Health and Human Capital in Countries of Low and Middle Income: Findings from Five Birth Cohort Studies." » *The Lancet* 382 (9891) (Août) : 525–534. doi:10.1016/S0140-6736 (13) 60103-8.
- Alipour, M. 2009. A study on the job training effectiveness: Empirical evidence of Iran. *International Journal of Business and Management*. 4(11) : 63-68.
- Bhutta, Z., Das, J., Rizvi, A., et al. 2013. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*. 382 : 452-477.
- Black, Robert E., Cesar G. Victora, Susan P. Walker, Zulfiqar A. Bhutta, Parul Christian, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, et al. 2013. « Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-income and Middle-income Countries. » *The Lancet* 382 (9890) (août) : 427–451. doi:10.1016/S0140-6736 (13) 60 937— X.
- Black, Robert E., Lindsay H. Allen, Zulfiqar A. Bhutta, Laura E. Caulfield, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Colin Mathers et Juan Rivera. 2008. "Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences." » *The Lancet* 371 (9608) (Janvier) : 243–260. doi:10.1016/S0140-6736 (07) 61690-0.
- Crist, K. (2006). Environmental Vulnerability in Haiti. The Wilson Center. Récupéré de : <http://www.wilsoncenter.org/event/environmental-vulnerability-haiti>
- De Pee, Saskia; Semba, Richard D. 2010. "Role of nutrition in HIV infection: Review of evidence for more effective programming in resource-limited settings." » *Food and Nutrition Bulletin* 31 (Supplément 4) (décembre) : 313S-344S (32).
- Felling, B. 2013. Communication personnelle. Chaînes d'approvisionnement pour la gestion des dossiers communautaires.
- Healthy Child Uganda. 2011. Community Health Workers and Community Case Management: Policies and Progress in Uganda within a Global Context. Récupéré de, <http://www.healthychilduganda.org/media/Community-Health-Workers-and-Community-Case-Management-April-2011.pdf>
- Hiner C., Mandel B., Weaver M., Bruce D., Lee P., McGaw B., McLaughlin R., Anderson J. 2009. « Evaluation of a voluntary counseling and testing training program in the Caribbean region. » *Human Resources for Health*. 2009 ; 11 h 11.
- Jiskoot, P. 2008. « On the job training of clinical officers in Malawi. » *Malawi Medical Journal*. 20(3) : 74-77.
- Kennedy, E. 1991. *Successful Nutrition Programs in Africa : What Makes Them Work?* Washington DC : Banque mondiale.
- Le Ministère de la Santé Publique and de la Population (MSPP), L'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF International. 2013. 2012 *Haiti Mortality, Morbidity, and Service Utilization Survey : Key Findings*. Calverton, Maryland, USA : MSPP, IHE et ICF International.
- Ozek, B., Saat, Z., Temiz, AT., Kinzie, B. 1998. « On-the-Job Training Follow-up Visits to Improve the Quality of Family Planning Services. » *European Journal Contraception and Reproductive Health Care*. Déc ; 3 (4) : 201-6.

- Riding, R., Mortimer, J. 2000. « A study of the on-the-job training of production line operatives in manufacturing companies. » *International Journal of Training and Development*. 4:2.
- Chaînes d'approvisionnement pour la gestion des dossiers communautaires. 2013. *Training health extension workers in the integrated pharmaceutical logistics systems*. Arlington, Va. : Supply Chains for Community Case Management.
- Tobias C. R., Downes A., Eddens S., Ruiz J. 2012. "Building Blocks for Peer Success: Lessons Learned from a Train-the-Trainer Program. » *AIDS Patient Care and STDs*. 2012 ;13(1) : 53–59.
- UNICEF. 2013. "Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress. » Disponible à l'adresse : http://www.unicef.org/publications/files/Nutrition_Report_final_lo_res_8_April.pdf
- USAID | DELIVER PROJECT. Commande de travail 1. 2007. *Supervision and On-the-Job Training for Supply Chain Management at the Health Facility*. Arlington, Va.: PROJET USAID | DELIVER, Commande de travail n° 1.
- Victora, Cesar G., Linda Adair, Caroline Fall, Pedro C. Hallal, Reynaldo Martorell, Linda Richter et Harshpal Singh Sachdev. 2008. "Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital. » *The Lancet* 371 (9609) (Janvier) : 340–357. doi:10.1016/S0140-6736 (07) 61692-4.
- Programme alimentaire mondiale (PAM) 2014. Haiti Overview. Récupéré de <http://www.wfp.org/countries/haiti/overview>
- Organisation mondiale de la santé. 2010a. *Achieving the health-related MDGs. It takes a workforce!* Récupéré de : <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>
- _____ (2010 b). *WHO's Communicable Disease Global Atlas*. Récupéré de : <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>

Annexe 1. Tableaux Supplémentaires

Annexe tableau 1. Satisfaction des stagiaires vis à vis de la formation en cascade, par approche de formation

	Approche de formation traditionnelle (N=15)	Approche de formation modulaire (N=14)	Approche de formation abrégée (N=7)
Organisation du cours			
Très satisfait	60 %	29 %	43 %
Satisfait	27 %	64 %	14 %
Non satisfait	0 %	7 %	43 %
Très insatisfait	0 %	0 %	0 %
Ne sait pas / omis	13 %	0 %	0 %
Documents de travail/matériaux			
Très satisfait	20 %	64 %	29 %
Satisfait	53 %	29 %	0 %
Non satisfait	0 %	0 %	43 %
Très insatisfait	0 %	0 %	14 %
Ne sait pas / omis	27 %	7 %	14 %
Taille du groupe			
Très satisfait	27 %	14 %	0 %
Satisfait	27 %	50 %	86 %
Non satisfait	0 %	14 %	0 %
Très insatisfait	0 %	0 %	0 %
Ne sait pas / omis	46 %	21 %	14 %
Lieu			
Très satisfait	40 %	14 %	0 %
Satisfait	27 %	50 %	0 %
Non satisfait	13 %	21 %	43 %
Très insatisfait	0 %	7 %	43 %
Ne sait pas / omis	33 %	7 %	14 %
Durée des cours			
Très satisfait	27 %	14 %	0 %
Satisfait	40 %	71 %	0 %
Non satisfait	7 %	14 %	57 %
Très insatisfait	7 %	0 %	14 %
Ne sait pas / omis	19 %	0 %	29 %

	Approche de formation traditionnelle (N=15)	Approche de formation modulaire (N=14)	Approche de formation abrégée (N=7)
Nourriture			
Très satisfait	13 %	7 %	14 %
Satisfait	30 %	43 %	71 %
Non satisfait	33 %	21 %	0 %
Très insatisfait	13 %	21 %	0 %
Ne sait pas / omis	11 %	7 %	14 %
Satisfaction générale			
Très satisfait	33 %	14 %	0 %
Satisfait	40 %	71 %	0 %
Non satisfait	7 %	7 %	71 %
Très insatisfait	0 %	0 %	0 %
Ne sait pas / omis	20 %	0 %	29 %

Annexe tableau 2. Evaluation de la nutrition effectuée, basée sur l'observation, la durée et, l'approche de formation et l'unité concernée (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge)

Pourcentage des interactions client-prestataire observées au cours desquelles le fournisseur...	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi
Unité prénatale	(N=40)	(N=12)	(N=62)	(N=21)	(N=20)	(N=5)
A conseillé le client d'un point de vue nutritionnel selon les lignes directrices (PB)[1]	33 %	92 %	21 %	71 %	0 %	0 %
A classé l'état nutritionnel du client	--	8 %	--	38 %	--	20 %
A évalué la pâleur du client [2]	3 %	42 %	0 %	52 %	20 %	100 %
A interrogé le client sur la cécité nocturne	15 %	0 %	24 %	14 %	0 %	60 %
S'est informé sur l'appétit du client	0 %	42 %	0 %	43 %	15 %	40 %
S'est informé sur les habitudes alimentaires du client	18 %	33 %	15 %	33 %	5 %	20 %
S'est informé sur les activités physiques du client	0 %	0 %	6 %	14 %	0 %	20 %
S'est informé sur le sommeil du client	3 %	8 %	2 %	0 %	0 %	20 %
Unité pédiatrique	(N=48)	(N=23)	(N=27)	(N=22)	(N=9)	(N=7)
A conseillé le client d'un point de vue nutritionnel selon les lignes directrices [1]	19 %	48 %	41 %	86 %	56 %	100 %
Mesuré/examiné						
Âge	98 %	96 %	81 %	100 %	78 %	100 %
Hauteur	21 %	52 %	56 %	86 %	78 %	100 %
Poids	83 %	96 %	93 %	100 %	100 %	100 %
A classé l'état nutritionnel du client	--	35 %	--	18 %	--	14 %
A évalué la pâleur du client [2]	67 %	48 %	100 %	45 %	100 %	29 %
Unité VIH	(N=25)	(N=21)	(N=39)	(N=19)	(N=10)	(N=11)
A conseillé le client d'un point de vue nutritionnel selon les lignes directrices [1]	88 %	95 %	64 %	100 %	100 %	100 %
Mesuré/examiné						
Âge	88 %	86 %	100 %	74 %	100 %	100 %
Hauteur	100 %	95 %	64 %	100 %	100 %	100 %
Poids	96 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
PB	24 %	0 %	41 %	5 %	80 %	9 %
A classé l'état nutritionnel du client	--	19 %	--	68 %	--	64 %
A évalué la pâleur du client [2]	24 %	10 %	41 %	42 %	50 %	82 %
A interrogé le client sur la cécité nocturne	8 %	5 %	0 %	5 %	0 %	36 %
A interrogé le client sur son activité physique	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
A interrogé le client sur les changements corporels	56 %	19 %	18 %	42 %	40 %	91 %

[1] Les clients de moins de 18 ans ont été définis en tant que clients avec l'âge, la hauteur et le poids enregistré. Bien que la mention du sexe était nécessaire pour calculer les notes z/IMC-par-âge, il n'a pas été prévu que les prestataires de soins de santé enregistrent le genre de la personne pendant les observations. Pour les femmes enceintes, cela a été défini comme clients avec PB mesurés. Pour les adultes de 18 ans et plus, seuls la taille et le poids étaient requis. Il a été considéré que les clients de l'unité VIH/TB dont l'âge n'avait pas été enregistré n'avaient pas été évalués sur le plan nutritionnel, à moins qu'il ne s'agisse de femmes dont le PB avait été mesuré (dans ce cas, la cliente était considérée comme enceinte et donc évaluée selon les directives).

[2] La pâleur est évaluée sur la base de la paume des mains ou de l'intérieur des paupières.

Annexe tableau 3. Pourcentage des compétences en assistance-conseil en nutrition observées au cours des interactions, basé sur la durée, l'approche de formation et l'unité concernée (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge)

	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi
Unité prénatale	(N=40)	(N=12)	(N=62)	(N=21)	(N=20)	(N=5)
Conseillé le client selon les lignes directrices	3 %	0 %	0 %	5 %	0 %	5 %
1. Fixer/examiner les objectifs nutritionnels avec le client	28 %	0 %	18 %	24 %	0 %	0 %
2. Proposer des petites actions nutritionnelles réalisables que le client puisse essayer	5 %	0 %	5 %	19 %	0 %	0 %
3. Amener le client à accepter d'essayer au moins une mesure alimentaire	3 %	0 %	5 %	24 %	0 %	0 %
4. Développer/réviser un plan avec le client pour atteindre les objectifs de nutrition	5 %	0 %	5 %	14 %	0 %	0 %
5. Discuter des difficultés possibles pour mettre en œuvre le plan ou pour atteindre les objectifs de nutrition	0 %	0 %	0 %	10 %	0 %	0 %
Unité pédiatrique	(N=48)	(N=23)	(N=27)	(N=22)	(N=9)	(N=7)
Conseiller le client selon les lignes directrices	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
1. Fixer/examiner les objectifs nutritionnels avec le client	4 %	13 %	22 %	18 %	0 %	0 %
2. Proposer des petites actions nutritionnelles réalisables que le client puisse essayer	2 %	17 %	15 %	14 %	0 %	14 %
3. Amener le client à accepter d'essayer au moins une mesure alimentaire	0 %	9 %	4 %	14 %	0 %	29 %
4. Développer/réviser un plan avec le client pour atteindre les objectifs de nutrition	0 %	9 %	0 %	14 %	0 %	0 %
5. Discuter des difficultés possibles pour mettre en œuvre le plan ou pour atteindre les objectifs de nutrition	0 %	4 %	0 %	18 %	0 %	14 %
Unité VIH	(N=25)	(N=21)	(N=39)	(N=19)	(N=10)	(N=11)
Conseiller le client selon les lignes directrices	0 %	0 %	0 %	5 %	0 %	0 %
1. Fixer/examiner les objectifs nutritionnels avec le client	8 %	5 %	5 %	21 %	0 %	0 %

	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi
2. Proposer des petites actions nutritionnelles réalisables que le client puisse essayer	0 %	0 %	0 %	21 %	0 %	0 %
3. Amener le client à accepter d'essayer au moins une mesure alimentaire	4 %	0 %	0 %	11 %	0 %	0 %
4. Développer/réviser un plan avec le client pour atteindre les objectifs de nutrition	4 %	0 %	0 %	11 %	0 %	0 %
5. Discuter des difficultés possibles pour mettre en œuvre le plan ou pour atteindre les objectifs de nutrition	0 %	0 %	0 %	16 %	0 %	18 %

Annexe tableau 4. Pourcentage des compétences en communication démontrées au cours des interactions observées dans les unités de consultations prénatales, basé sur la durée et l'approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge)

Compétences en assistance-conseil	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ (N=40)	Suivi (N=12)	Au départ (N=62)	Suivi (N=20)	Au départ (N=20)	Suivi (N=5)
Accueillir le client de manière agréable, faire preuve de bienveillance	95 %	83 %	100 %	100 %	80 %	100 %
Traiter le client avec respect	100 %	92 %	100 %	100 %	95 %	80 %
Communiquer dans un langage que le client peut comprendre	100 %	92 %	95 %	100 %	100 %	60 %
Utiliser un langage corporel positif	85 %	42 %	98 %	5 %	90 %	0 %
Avoir un comportement ouvert, rassurant et inspirant confiance	98 %	83 %	100 %	100 %	100 %	60 %
Poser au client des questions ouvertes	68 %	58 %	55 %	95 %	15 %	40 %
Demander à la cliente comment elle se sent	93 %	92 %	29 %	100 %	75 %	80 %
Résumer ou refléter occasionnellement ce que le client a dit	20 %	17 %	8 %	67 %	0 %	80 %
Complimenter et / ou de réaffirmer les choses que le client fait correctement	18 %	8 %	16 %	29 %	0 %	0 %
Laisser au client du temps pour parler et / ou poser des questions	75 %	67 %	95 %	67 %	50 %	0 %
Fixer/examiner les objectifs nutritionnels avec le client	8 %	0 %	19 %	24 %	0 %	0 %
Proposer des petites actions nutritionnelles réalisables que le client puisse essayer	0 %	0 %	15 %	19 %	0 %	0 %
Développer/réviser un plan avec le client pour atteindre les objectifs de nutrition	0 %	0 %	0 %	24 %	0 %	0 %
Discuter des difficultés possibles pour mettre en œuvre le plan ou pour atteindre les objectifs de nutrition	3 %	0 %	0 %	14 %	0 %	0 %
Amener le client à accepter d'essayer au moins une mesure alimentaire	3 %	0 %	5 %	10 %	0 %	0 %
Planifier un rendez-vous de suivi	23 %	67 %	48 %	86 %	0 %	0 %
Compétences démontrées en matière de conseil, nombre moyen (max = 16)	7,9	7,3	8,4	10,3	6,2	5,4

Annexe tableau 5. Pourcentage des thèmes de communication mentionnés au cours des interactions observées dans les unités de consultations prénatales, basé sur la durée et l'approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge)

Thèmes d'assistance-conseil	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ (N=40)	Suivi (N=12)	Au départ (N=62)	Suivi (N=21)	Au départ (N=20)	Suivi (N=5)
Réduire la charge de travail	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Augmentation du temps de repos	13 %	0 %	8 %	0 %	0 %	0 %
Gain de poids adéquat pendant la grossesse	5 %	8 %	50 %	29 %	0 %	0 %
Manger un repas supplémentaire chaque jour	3 %	0 %	5 %	48 %	0 %	0 %
Manger une alimentation variée	15 %	58 %	68 %	67 %	10 %	0 %
L'utilisation de sel iodé pour tous les membres de la famille	5 %	0 %	0 %	24 %	0 %	0 %
Lavage correct des mains	0 %	0 %	0 %	10 %	0 %	0 %
Conserver les aliments de façon hygiénique	0 %	0 %	0 %	5 %	0 %	0 %
L'importance de dormir sous moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée	0 %	0 %	0 %	10 %	0 %	0 %
Prendre du FAF quotidiennement durant la grossesse	33 %	67 %	97 %	62 %	15 %	60 %
Moyens de minimiser les effets secondaires des suppléments de FAF	8 %	0 %	2 %	19 %	0 %	0 %
Allaitement immédiat	0 %	0 %	0 %	52 %	0 %	0 %
Importance du colostrum	0 %	0 %	0 %	38 %	0 %	0 %
Importance du contact peau contre peau	0 %	0 %	0 %	19 %	0 %	0 %
Allaitement au sein exclusivement pendant six mois	0 %	0 %	3 %	52 %	0 %	60 %
Positionner le bébé pour l'allaitement maternel	0 %	0 %	0 %	14 %	0 %	0 %
Prévention et gestion des difficultés courantes d'allaitement	0 %	0 %	0 %	14 %	0 %	0 %
Nourrir à la demande (8 à 12 fois, jour et nuit)	0 %	0 %	0 %	43 %	0 %	0 %
Moyens de maintenir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois	0 %	0 %	0 %	52 %	0 %	40 %
Importance que les mères allaitantes mangent deux repas supplémentaires/ collations chaque jour pour conserver leur	3 %	0 %	0 %	14 %	0 %	20 %

Thèmes d'assistance-conseil	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ (N=40)	Suivi (N=12)	Au départ (N=62)	Suivi (N=21)	Au départ (N=20)	Suivi (N=5)
santé et celle de leur bébé						
Importance que la mère allaitante mange des aliments d'origine animale	15 %	0 %	10 %	24 %	15 %	0 %
Planification familiale	5 %	8 %	13 %	10 %	10 %	0 %
Parmi les femmes enceintes au statut VIH inconnu	(N=32)	(N=11)	(N=58)	(N=18)	(N=3)	(N=5)
Se faire dépister pour le VIH	55 %	53 %	33 %	72 %	0 %	40 %

Annexe tableau 6. Pourcentage des compétences en communication démontrées au cours des interactions observées dans les unités de pédiatrie, basé sur l'approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge)

Compétences en assistance-conseil	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ (N=48)	Suivi (N=23)	Au départ (N=27)	Suivi (N=22)	Au départ (N=9)	Suivi (N=7)
Accueillir la personne responsable/client de manière agréable, faire preuve de bienveillance	83 %	91 %	100 %	86 %	56 %	71 %
Traiter la personne responsable/client avec respect	90 %	91 %	100 %	91 %	78 %	71 %
Communiquer dans un langage que le soignant peut comprendre	90 %	87 %	67 %	68 %	100 %	57 %
Utiliser un langage corporel positif	83 %	78 %	100 %	73 %	100 %	43 %
A un comportement ouvert, rassurant et inspirant confiance	85 %	78 %	100 %	77 %	100 %	29 %
Poser des questions ouvertes au soignant	65 %	74 %	70 %	50 %	0 %	57 %
Demander à la personne responsable comment se sent l'enfant	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Résumer ou refléter occasionnellement ce que le client a dit	13 %	61 %	26 %	50 %	0 %	29 %
Complimenter et / ou réaffirmer les choses que le client fait correctement	8 %	26 %	22 %	23 %	0 %	29 %
Laissez au client du temps pour parler et / ou poser des questions	40 %	65 %	96 %	45 %	44 %	14 %
Fixer/examiner les objectifs nutritionnels avec le client	4 %	13 %	22 %	18 %	0 %	0 %
Proposer des petites actions nutritionnelles réalisables que le client puisse essayer	2 %	17 %	15 %	14 %	0 %	14 %
Développer/réviser un plan avec le client pour atteindre les objectifs de nutrition	0 %	9 %	0 %	14 %	0 %	29 %
Discuter des difficultés possibles pour mettre en œuvre le plan ou pour atteindre les objectifs de nutrition	0 %	9 %	0 %	18 %	0 %	0 %
Amener le client à accepter d'essayer au moins une mesure alimentaire	0 %	4 %	4 %	14 %	0 %	14 %
Planifier un rendez-vous de suivi	13 %	43 %	37 %	45 %	0 %	29 %
Compétences démontrées en matière de conseil, nombre moyen (max = 16)	3,8	9,0	7,2	7,6	4,1	5,7

Annexe tableau 7. Pourcentage des thèmes pour l'assistance-conseil mentionnés au cours des interactions observées dans les unités de pédiatrie, basé sur la durée et l'approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge)

Thèmes d'assistance- conseil	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi
Parmi les soignants d'enfants de moins de six mois	(N=17)	(N=5)	(N=9)	(N=9)	(N=5)	(N=3)
Nourrir à la demande (8 à 12 fois, jour et nuit)	6 %	0 %	47 %	22 %	0 %	33 %
Allaitement au sein exclusivement pendant six mois	29 %	40 %	79 %	56 %	0 %	33 %
Parmi les mères allaitantes séronégatives	(N=43)	(N=18)	(N=2)	(N=17)	(N=6)	(N=3)
Poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à deux ans et au-delà	2 %	17 %	19 %	24 %	17 %	0 %
Parmi les soignant d'enfants qui n'ont pas encore commencé à manger de la nourriture solide	(N=33)	(N=23)	(N=25)	(N=22)	(N=7)	(N=7)
Introduire des aliments complémentaires (aliments solides, semi-solides ou mous) à l'âge de six mois	0	4 %	25 %	9 %	0 %	0 %
Parmi les soignants d'enfants de moins de deux ans	(N=45)	(N=19)	(N=25)	(N=20)	(N=9)	(N=6)
Prise de poids/progrès	2 %	11 %	16 %	10 %	0 %	17 %
Consistance de l'alimentation pour les enfants de moins de deux ans	2 %	0 %	20 %	25 %	0 %	0 %
Quantité d'aliment pour les enfants de moins de deux ans	0 %	0 %	16 %	20 %	0 %	0 %
Nourrir les enfants avec une alimentation variée (nourriture de deux à trois types de couleurs)	0 %	11 %	0 %	15 %	0 %	0 %
Nourrir les enfants de 6 à 23 mois d'aliments d'origine animale (œufs, poisson et viande)	0 %	26 %	40 %	15 %	0 %	17 %
Promouvoir une croissance émotionnelle	0 %	16 %	0 %	0 %	0 %	0 %
L'utilisation de sel iodé pour tous les membres de la famille	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Thèmes d'assistance- conseil	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi	Au départ	Suivi
Consulter un prestataire pour tous les enfants qui ne sont pas bien alimentés/ne mangent pas bien	0 %	21 %	0 %	45 %	11 %	50 %
Accroître la fréquence des repas de l'enfant pendant et après la maladie	0 %	11 %	0 %	35 %	0 %	33 %
Enfant dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Planification familiale	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Le lavage des mains	2 %	11 %	0 %	15 %	0 %	0 %
Conserver les aliments de façon hygiénique	2 %	0 %	0 %	10 %	0 %	0 %

Annexe tableau 8. Pourcentage des compétences en communication démontrées au cours des interactions observées dans les unités de VIH, basé sur la durée et l'approche de formation (les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge)

Compétences en assistance-conseil	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ (N=25)	Suivi (N=21)	Au départ (N=39)	Suivi (N=19)	Au départ (N=10)	Suivi (N=11)
Accueillir le client de manière agréable, faire preuve de bienveillance	96 %	71 %	100 %	68 %	100 %	100 %
Traiter le client avec respect	100 %	76 %	100 %	89 %	100 %	100 %
Communiquer dans un langage que le client peut comprendre	100 %	71 %	100 %	79 %	100 %	100 %
Utiliser un langage corporel positif	92 %	57 %	92 %	58 %	90 %	100 %
Avoir un comportement ouvert, rassurant et inspirant confiance	96 %	62 %	97 %	63 %	100 %	100 %
Poser au client des questions ouvertes	96 %	57 %	97 %	79 %	50 %	100 %
Demander au client/à la cliente comment il/elle s'est senti	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Résumer ou refléter occasionnellement ce que le client a dit	16 %	33 %	21 %	58 %	20 %	91 %
Complimenter et / ou de réaffirmer les choses que le client fait correctement	4 %	5 %	8 %	53 %	0 %	82 %
Laissez au client du temps pour parler et / ou poser des questions	80 %	57 %	100 %	58 %	80 %	91 %
Fixer/examiner les objectifs nutritionnels avec le client	8 %	5 %	5 %	21 %	0 %	0 %
Proposer des petites actions nutritionnelles réalisables que le client puisse essayer	0 %	0 %	0 %	21 %	0 %	0 %
Développer/réviser un plan avec le client pour atteindre les objectifs de nutrition	4 %	0 %	0 %	11 %	0 %	0 %
Discuter des difficultés possibles pour mettre en œuvre le plan ou pour atteindre les objectifs de nutrition	4 %	0 %	0 %	11 %	0 %	0 %
Amener le client à accepter d'essayer au moins une mesure alimentaire	0 %	0 %	0 %	16 %	0 %	18 %
Planifier un rendez-vous de suivi	76 %	57 %	100 %	74 %	100 %	82 %
Compétences démontrées en matière de conseil, nombre moyen (max = 16)	3,9	6,2	5,3	8,5	4,0	10,6

Annexe tableau 9. Pourcentage des thèmes d'assistance-conseil mentionnés au cours des interactions observées dans les unités de VIH, basé sur la durée et approche de formation **(les améliorations colorées en vert, les baisses colorées en rouge)**

Thèmes d'assistance-conseil	Approche de formation traditionnelle		Approche de formation modulaire		Approche de formation abrégée	
	Au départ (N=25)	Suivi (N=21)	Au départ (N=39)	Suivi (N=19)	Au départ (N=10)	Suivi (N=11)
Chercher un traitement rapide pour toutes les infections opportunistes et affections liées au VIH qui compromettent la nutrition	8 %	24 %	28 %	47 %	10 %	91 %
Nécessité d'un suivi périodique de l'état nutritionnel	4 %	0 %	3 %	11 %	0 %	55 %
Augmenter l'apport alimentaire	0 %	5 %	3 %	37 %	0 %	27 %
Améliorer la digestibilité des aliments par la germination ou en les faisant fermenter (ce qui nécessite une démonstration)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
L'utilisation de sel iodé pour tous les membres de la famille	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Lavage correct des mains	0 %	0 %	3 %	5 %	0 %	0 %
Conserver les aliments de façon hygiénique	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Dormir sous moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Parmi les clients dont le statut VIH de l'enfant est inconnu	(N=25)	(N=21)	(N=39)	(N=14)	(N=7)	(N=11)
Tester les enfants pour le VIH ?	8 %	5 %	0 %	57 %	0 %	9 %

