



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

Services de nutrition de première ligne

Rôles, responsabilités et formation initiale



À propos de l'USAID en action pour la nutrition

L'USAID en action pour la nutrition est le projet phare multisectoriel de l'Agence en matière de nutrition, dirigé par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), et un groupe diversifié de partenaires expérimentés. Lancé en septembre 2018, l'USAID en action pour la nutrition met en œuvre des interventions nutritionnelles dans tous les secteurs et toutes les disciplines pour l'USAID et ses partenaires. L'approche multisectorielle du projet rassemble l'expérience mondiale en matière de nutrition pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des programmes qui s'attaquent aux causes profondes de la malnutrition. Engagée à utiliser une approche systémique, l'USAID en action pour la nutrition s'efforce de maintenir des résultats positifs en renforçant les capacités locales, en soutenant le changement de comportement et en renforçant l'environnement propice pour sauver des vies, améliorer la santé, renforcer la résilience, augmenter la productivité économique et faire progresser le développement.

Avertissement

Ce document a été produit pour l'Agence des États-Unis pour le développement international. Il a été préparé selon les dispositions du contrat 7200AA18C00070 attribué à JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI). Le contenu relève de la responsabilité de JSI et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Citation recommandée

USAID en action pour la nutrition. 2022. *Services de nutrition de première ligne : Rôles, responsabilités et formation initiale*. Arlington, VA : USAID en action pour la nutrition.

Crédit photo : Karen Kasmauski/MCSP

USAID en action pour la nutrition
JSI Research & Training Institute, Inc.
2733 Crystal Drive
4^e étage
Arlington, VA 22202

Téléphone : 703–528–7474

Courriel : info@advancingnutrition.org

Web : advancingnutrition.org

Contenu

Remerciements	iv
Acronymes	v
Résumé analytique	vii
Introduction	1
Méthodes	2
Résultats	6
Environnement politique pour la nutrition, les services de nutrition et le renforcement des capacités de la main-d'œuvre	6
Cadres d'agents de santé responsables ou les mieux placés pour fournir des services de nutrition de première ligne	8
Rôles et responsabilités des cadres sélectionnés du personnel de santé	8
Limites	18
Conclusions	18
Références	21
Documents supplémentaires examinés	26
Annexe 1. Instructions pour l'examen des programmes de formation initiale	28
Annexe 2. Conclusions et recommandations pour les cinq pays	29
Bangladesh	29
République démocratique du Congo	40
Ghana	50
La République kirghize	65
Malawi	76

Remerciements

Ce rapport n'aurait pas été possible sans le soutien et la contribution des principales parties prenantes au Bangladesh, en République démocratique du Congo, au Ghana, en République kirghize et au Malawi. Au Bangladesh, nous nous sommes appuyés sur Shimul Koli Hossain, qui a mené l'examen et contribué à la préparation du rapport. Mala Ali Mapatano et Roger Baulana ont mené l'examen et contribué à la préparation du rapport sur la République démocratique du Congo. Amos Laar a participé à l'examen et à la rédaction du rapport au Ghana. Tursun Mamyrbayeva a mené l'examen et contribué à la préparation du rapport sur la République kirghize et Chawanangwa Jere a participé à l'examen et à la rédaction du rapport au Malawi. Enfin, cette analyse a été menée par Sascha Lamstein, avec la contribution d'Amanda Yourchuck, Ann Miceli, Kristen Devlin, Tori O'Halloran et Courtney Meyer de l'USAID en action pour la nutrition. Ce travail n'aurait pas été possible sans le soutien du personnel de l'USAID en action pour la nutrition au Ghana, en particulier Selorme Azumah, et en République kirghize, à savoir Nazgul Abazbekova, Aida Shambetova et Damira Abdrahmanova. Nous tenons également à remercier Lindy Fenlason, Erin Milner, Elaine Gray, Taskeen Chowdhury, Emma Din, Lutuf Abdul-Rahman, Aida Estebeșova et Violet Orchardson de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) pour le rôle moteur qu'ils ont joué.

Acronymes

AHM	Agent d'hygiène du milieu
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
CDV	Conseil et dépistage volontaire du VIH
DCSA	Assistant de surveillance de la lutte contre les maladies
DGSS	Direction générale des services de santé
DGPF	Direction générale de la planification familiale
FAP	Feldsher-Point obstétrical ambulatoire (Feldsher-Obstetrical Point ambulatoire)
FWV	Family welfare visitor (Visiteur du bien-être familial)
HSA	Health surveillance assistant (Assistant de surveillance sanitaire)
IHAB	Initiative des hôpitaux amis des bébés
ISC	Infirmière en santé communautaire
ISP	Infirmière de santé publique
IST	Infection sexuellement transmissible
JSI	JSI Research & Training Institute, Inc.
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MAT	Medical Assistants' Training (Formation des assistants médicaux)
MS	Ministère de la Santé
MSCE	Certificat d'études scolaires au Malawi
MSNP	Multi-Sectoral Nutrition Policy (Politique nationale multisectorielle de nutrition)
MSP	Ministère de la Santé publique
MNT(N)	Maladies non transmissibles (liées à la nutrition)
NIPORT	National Institute of Population Research and Training (Institut national de recherche et de formation démographiques)
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PRONANUT	Programme national de nutrition
PSNMN	Plan stratégique national multisectoriel en nutrition
PSSC	Planification et services de santé communautaire
RCEL	Responsive care and early learning (Soins adaptés et apprentissage précoce)
RDC	République démocratique du Congo
RK	République kirghize
RN	Registered nurse (Infirmière diplômée/A2 infirmier titulaire)
RNAP	registered nurse assistant, preventive (Infirmière assistante diplômée en prévention)

SACMO	Sub-assistant community medical officer (Médecin communautaire sous-assistant)
SBA	skilled birth assistant (accoucheuse qualifiée/A2 accoucheuse)
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SPC	Suivi et promotion de la croissance
SPRING	Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (Renforcement des partenariats, des résultats et des innovations dans le domaine de la nutrition à l'échelle mondiale)
SSP	Soins de santé primaire
STC	Soins thérapeutiques communautaires
TON	Technical officer in nutrition (Agent technique en nutrition)
UH & FWC	Union Health and Family Welfare Centers (Centres de santé et de bien-être familial de l'Union)
UHC	Universal healthcare coverage (Couverture universelle des soins de santé)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (U.S. Agency for International Development)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé analytique

Une main-d'œuvre qualifiée est essentielle pour fournir des services de nutrition en première ligne ou au niveau des soins de santé primaires et, en fin de compte, pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Pour s'assurer que la main-d'œuvre possède ces compétences, il faut mettre en œuvre une variété d'approches pour développer et renforcer les compétences, y compris le mentorat, la formation continue, la formation en cours d'emploi, ainsi qu'une formation initiale de haute qualité, actualisée et fondée sur des données probantes. L'investissement dans la formation initiale est une approche particulièrement importante et durable pour améliorer les services de nutrition à grande échelle.

Il est impératif que les gouvernements, les associations professionnelles, les donateurs et les partenaires de mise en œuvre qui élaborent et mettent à jour les programmes de formation initiale tirent le meilleur parti de cet investissement. Pour soutenir cet objectif, l'USAID en action pour la nutrition a réalisé une analyse du contenu nutritionnel de la formation initiale de cadres sélectionnés au Bangladesh, en République démocratique du Congo (RDC), au Ghana, au Malawi et en République kirghize (RK). L'objectif de cette analyse était d'évaluer les programmes de formation initiale dans cinq contextes distincts et d'attirer l'attention sur les domaines techniques dans lesquels les gouvernements et les associations professionnelles pourraient tirer le meilleur parti d'un renforcement du contenu nutritionnel pour ce cadre spécifique.

En collaboration avec les parties prenantes et les informateurs clés des pays, nous avons cherché à identifier les agents de santé de première ligne principalement responsables de la prestation de services de nutrition en première ligne, leurs rôles et responsabilités en matière de nutrition, et les compétences en matière de nutrition couvertes par leur programme de formation initiale.

Le processus n'a pas été sans difficultés. Tous les pays n'ont pas de programmes d'études normalisés facilement disponibles, appliqués ou adoptés. Il était souvent difficile de déterminer, à partir d'une liste d'objectifs ou de sujets illustratifs, quelles compétences un programme d'études abordait et quelles aptitudes un étudiant pouvait développer de manière adéquate à l'issue du programme d'études. En outre, l'énoncé d'un objectif ou la mention d'un sujet ne garantit pas que l'instructeur l'aborde dans le cadre du cours ou que l'étudiant développe toutes les compétences correspondantes.

En outre, nous avons constaté que, dans ces contextes distincts, la manière dont les agents de santé fournissent des services de nutrition et les cadres qui en sont responsables varient considérablement. Nous avons également découvert des incohérences potentielles dans la manière dont les rôles sont décrits dans les documents clés, notamment les politiques, les protocoles, les descriptions de poste, les qualifications requises et les outils de certification.

Les programmes de formation initiale de ces cadres n'ont souvent pas permis d'acquérir les compétences nutritionnelles nécessaires à l'exécution des rôles décrits. Peu de programmes examinés semblaient traiter de la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez les adultes, de l'allaitement, de la nutrition des adolescents ou de la prestation de services nutritionnels dans le contexte des situations d'urgence.

En collaboration avec nos homologues dans chaque pays, nous avons discuté des résultats de notre analyse des programmes de formation initiale et élaboré des recommandations à l'intention des gouvernements et des associations professionnelles travaillant au niveau national, afin qu'ils les prennent en considération lorsqu'ils décident où investir du temps et des ressources pour la révision de la formation initiale. Nos résultats mettent en lumière les compétences que les programmes de formation initiale n'abordent peut-être pas et servent de point de départ aux pays pour entreprendre des examens plus approfondis et envisager des mises à jour des programmes de formation initiale, des descriptions de poste ou autres. Notre analyse a souligné la nécessité de disposer d'outils et de processus adaptés aux besoins spécifiques de chaque pays et de chaque cadre. Nos résultats suggèrent également que des

modèles de plans de cours et de matériel de formation initiale sur les thèmes prioritaires de la nutrition, avec des conseils sur l'adaptation au contexte national, pourraient constituer une prochaine étape précieuse pour rendre la mise à jour des programmes de formation initiale sur la nutrition plus simple pour les acteurs mondiaux tels que l'Organisation mondiale de la santé, l'UNICEF, l'USAID ou des projets tels que l'USAID en action pour la nutrition.

Introduction

Une main-d'œuvre qualifiée est essentielle pour fournir des services de nutrition en première ligne ou au niveau des soins primaires et, en fin de compte, pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Pour que les prestataires de services nutritionnels de première ligne puissent détecter les problèmes nutritionnels potentiels, soutenir le traitement et faciliter la prévention par le conseil, la supplémentation et le traitement des problèmes sous-jacents, les établissements d'enseignement doivent les doter des compétences nécessaires. La littérature suggère que « malgré certains progrès, les efforts pour atténuer la malnutrition, qu'il s'agisse de sous-nutrition ou de surpoids/obésité, sont entravés par le manque de capacité des pays en matière de nutrition de santé publique » (Delisle et al. 2017, 385). La garantie d'une main-d'œuvre hautement qualifiée possédant de solides compétences en matière de nutrition passe par la mise en œuvre d'une série d'approches visant à développer et à renforcer les compétences, notamment une formation initiale de qualité, une formation en cours d'emploi, un mentorat et une formation continue.

L'Assemblée mondiale de la santé reconnaît l'importance du développement de la main-d'œuvre dans le *Plan global de mise en œuvre de 2014 pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant*, qui appelle à établir des « normes de compétence internationales, spécifiques au développement de la main-d'œuvre en santé publique dans le domaine de la nutrition » et à soutenir « les révisions des programmes de formation initiale et continue des travailleurs de la santé à tous les niveaux » (OMS 2014, 17). Comme l'expliquent Becker et al. (2022, 1), « lorsque la nutrition n'est pas abordée de manière adéquate dans les programmes d'études, les agents de santé risquent de ne pas disposer des connaissances, des compétences et de la confiance nécessaires pour fournir des services de nutrition dans le cadre de leur travail ».

La formation initiale est la formation formelle requise pour obtenir une certification professionnelle avant de fournir des services spécifiques. Grâce aux compétences fondamentales acquises lors de la formation initiale, les individus remplissent les conditions minimales requises pour remplir leur rôle, puis ils peuvent renforcer et développer ces compétences au fur et à mesure de leur évolution professionnelle. La recherche a identifié l'intensification de la formation initiale comme un moyen de renforcer les ressources humaines et de progresser dans la prévention et la gestion de la malnutrition (Jackson et Ashworth 2015). L'amélioration du contenu des programmes nationaux normalisés de formation initiale peut permettre d'atteindre tous les membres du personnel nouvellement embauchés qui occupent des postes clés.

Le processus de révision des programmes nationaux de formation initiale exige toutefois un engagement et des ressources considérables, tant en termes de temps que de financement. Il est donc impératif que les gouvernements, les associations professionnelles, les donateurs et les partenaires de mise en œuvre qui élaborent et révisent les programmes de formation initiale tirent le meilleur parti de cet investissement.

L'USAID en action pour la nutrition a réalisé une analyse du paysage de la formation initiale de certains cadres du personnel de santé au Bangladesh, en République démocratique du Congo (RDC), au Ghana, au Malawi et en République kirghize. Nous avons identifié les agents de santé de première ligne principalement responsables de la prestation de services de nutrition en première ligne, leurs rôles et responsabilités en matière de nutrition, ainsi que les compétences en matière de nutrition couvertes par leur programme de formation initiale.

Ce rapport présente les résultats de cette analyse. Les recommandations issues de l'examen et du renforcement de la formation initiale peuvent guider les parties prenantes, en particulier les gouvernements et les associations professionnelles, lorsqu'elles décident où investir du temps et des ressources pour renforcer les capacités en matière de nutrition.

Méthodes

L'USAID en action pour la nutrition a réalisé notre analyse de la formation initiale au Bangladesh, en République démocratique du Congo, au Ghana, au Malawi et en République kirghize. L'USAID a sélectionné ces pays en collaboration avec la Mission de l'USAID et ses homologues gouvernementaux. Le tableau I présente des statistiques nutritionnelles sélectionnées pour ces pays.

Tableau I. Principales statistiques nutritionnelles pour les pays sélectionnés

Indicateur	Bangladesh	RDC	Ghana	RK	Malawi
Enfants de moins de cinq ans					
Retard de croissance	28 %	41,8 %*	17,5 %*	11,8 %§	40,9 %
Émaciation	9,8 %	6,4 %*	6,8 %*	2 %-	0,6 %
Poids insuffisant	23 %	23,1 %	12,6 %	1,8 %	12,8 %
Surpoids	2,4 %	3,8 %*	1,4 %*	6,9 %§	3,8 %
Obésité	0,8 %	-	0,3 %	1,7 %	-
Femmes en âge de procréer					
Anémie	Femmes enceintes : 42,2 % Femmes non enceintes : 36,5 %	Femmes enceintes : 46,5 % Femmes non enceintes : 41,9 %	Femmes enceintes : 47,2 % Femmes non enceintes : 34,5 %	Femmes enceintes : 36,3 % Femmes non enceintes : 35,8 %	Femmes enceintes : 39,3 % Femmes non enceintes : 30,6 %
Poids insuffisant	21,2 % (femmes 18 ans et plus)	12,3 % (femmes 18 ans et plus)	6,6 % (femmes 18 ans et plus)	3,7 % (femmes 18 ans et plus)	8,3 % (femmes de 18 ans et plus)
Surpoids	24,3 % (femmes 18 ans et plus)	34,2 % (femmes 18 ans et plus)	43,3 % (femmes 18 ans et plus)	50,8 % (femmes 18 ans et plus)	33,7 % (femmes 18 ans et plus)
Obésité	6,2 % (femmes 18 ans et plus)	11,6 % (femmes 18 ans et plus)	19,3 % (femmes 18 ans et plus)	21,4 % (femmes 18 ans et plus)	11,0 % (femmes 18 ans et plus)

Indicateur	Bangladesh	RDC	Ghana	RK	Malawi
Pratiques nutritionnelles					
Jamais allaité	98,5 %	98,7 %	98,7 %	99 %	99 %
Initiation précoce à l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance)	46,6 %	46,9 %*	52 %*	81 %§	76,2 %+
Allaitement maternel exclusivement	62,6 %	53,6 %*	42,9 %*	45,6 %§	59,4 %+
Poursuite de l'allaitement (à 1 an)	95,6 %*	92 %¶	90,4 %§	77,4 %§	95,2 %+
Diversité alimentaire minimal	33,8 %	15,2 %*	26,1 %*	59,8 %§	22,8 %+
Fréquence minimale des repas	65,3 %	34,0 %*	40,7 %*	75 %§	28,8 %+
Régime alimentaire minimal acceptable	26,9 %	8 %*	13 %*	42,9 %§	8 %+

Sources : UNICEF, OMS et Banque mondiale 2020 ; NCD RisC 2017 ; OMS 2019 ; UNICEF 2020.

Note : Les données de ce tableau datent de 2019, à l'exception de celles qui sont accompagnées d'un ¶ (2013), d'un + (depuis 2015), d'un * (depuis 2017), d'un § (depuis 2018).

Nous avons mené ce travail en collaboration avec des consultants de chaque pays. À plusieurs étapes du processus, nous avons consulté les principales parties prenantes de chaque pays. Nous avons commencé notre analyse dans chaque pays par un examen des politiques afin de nous faire une idée de la priorité accordée aux services de nutrition, aux prestataires de services de nutrition et au renforcement des capacités de ces prestataires. Les documents spécifiques examinés pour chaque pays figurent à l'annexe 2.

L'étape suivante a consisté à identifier les agents de santé qui répondaient aux critères suivants :

- formé avant l'emploi dans une institution académique
- exige une certification professionnelle

- fournir des services de première ligne ou de soins primaires
- desservir les populations prioritaires pour les services de nutrition (par exemple, les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de deux ans).

Sur la base de notre examen des documents gouvernementaux (politiques, lois, stratégies, protocoles et lignes directrices) décrivant la structure du système de santé ainsi que des descriptions de postes nationales, et en consultation avec les principales parties prenantes, nous avons sélectionné deux cadres dans chaque pays pour notre examen des programmes de formation initiale. Nous nous sommes concentrés sur les agents de santé principalement responsables ou les mieux placés pour fournir des services de nutrition de première ligne.

[L'outil de mise à jour de la formation initiale](#) de l'USAID en action pour la nutrition (2020) a guidé notre examen de la formation initiale (voir également l'annexe I). Nous avons développé cet outil à la fin de l'année 2020. Il comprend une liste complète de compétences—connaissances, attitudes et aptitudes—élaborées sur la base de documents d'orientation reconnus à l'échelle mondiale. Il s'agit notamment de la [Boîte à outils de vérification des compétences : Assurer la compétence des prestataires de soins directs pour mettre en œuvre l'Initiative des hôpitaux amis des bébés](#) (OMS et UNICEF 2020) et *Compétences de base en nutrition pour les cadres de santé et les nutritionnistes de premier cycle* développé par l'initiative des États-Unis en matière de santé mondiale et le projet autonomiser les nouvelles générations pour améliorer la nutrition et les opportunités économiques de l'initiative Nourrir l'avenir (Feed the Future) (USAID ENGINE 2012). Nous avons également demandé l'avis d'une équipe d'experts. L'outil final comprend 84 compétences qui, selon nous, sont nécessaires aux cadres pour fournir avec succès des services essentiels de nutrition de première ligne :

- l'évaluation de l'état nutritionnel (8 compétences)
- la prise en charge de l'émaciation chez les enfants et les adolescents (6 compétences)
- la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte (8 compétences)
- la gestion des carences en micronutriments et de l'anémie (4 compétences)
- la vie saine (8 compétences)
- la nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant (7 compétences)
- l'allaitement (11 compétences)
- l'alimentation complémentaire (6 compétences)
- les soins attentifs (2 compétences)
- la nutrition maternelle (2 compétences)
- la nutrition des adolescents (3 compétences)
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des maladies non transmissibles liées à la nutrition (MNTN) (4 compétences)
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences (2 compétences)
- la communication et les conseils en matière de changement de comportement (5 compétences)
- la gestion des services de nutrition (8 compétences).

Il est important de mentionner qu'étant donné que les soins adaptés (et l'apprentissage précoce) sont un nouveau concept pour la prestation de services de première ligne, les praticiens ne les associent pas toujours aux services de nutrition. Nous avons inclus ce domaine dans notre étude et le considérons comme pertinent pour les cadres responsables de la fourniture de services de nutrition, car les données montrent clairement que les interventions intégrées en matière de nutrition et de soins aux personnes dépendantes permettent d'améliorer les résultats en matière de développement de la petite enfance (OMS 2020 ; USAID en action pour la nutrition 2022). Les expériences d'intégration des soins adaptés et de l'apprentissage précoce (responsive care and early learning [RCEL]) à la nutrition révèlent également les difficultés à s'appuyer uniquement sur les opportunités de formation en cours d'emploi pour développer les connaissances et les compétences autour des pratiques de soins nourriciers (USAID en action pour la nutrition 2022). Il est donc essentiel de relier les RCEL à la nutrition dans l'ensemble du système de santé pour fournir des services plus intégrés et de meilleure qualité afin d'améliorer les résultats pour l'enfant.

Sur la base de notre examen des descriptions de poste, des rôles et des responsabilités (dérivés des exigences de certification et des protocoles de prestation de services), nous avons ensuite déterminé si les compétences incluses dans l'outil n'étaient pas pertinentes ou nécessaires pour qu'un cadre puisse s'acquitter de ses responsabilités.

Enfin, nous avons examiné le programme national normalisé de la formation initiale requise pour chacun des cadres sélectionnés. Ces programmes comprennent une liste de cours obligatoires, les résultats d'apprentissage escomptés et le contenu indicatif de chaque cours. Le temps et le financement ayant limité cette analyse, nous n'avons examiné que les programmes d'études et non les plans de cours détaillés, que chaque enseignant développe et/ou adapte généralement. Ensuite, nous avons déterminé, dans la mesure du possible, dans quelle mesure les programmes d'études abordent chaque compétence pertinente pour ce cadre (pas du tout, assez bien ou très bien).

Nous avons considéré qu'une compétence était abordée si elle était directement ou indirectement incluse dans un objectif d'apprentissage ou mentionnée comme sujet d'un des cours obligatoires. Bien que nous nous soyons efforcés de normaliser la détermination du caractère indéterminé, traité ou non traité d'une compétence, les équipes chargées de l'analyse étaient différentes dans chaque pays, tout comme le contenu et le niveau de détail des programmes d'études. Par conséquent, bien que nous présentions nos résultats pour tous les pays côte à côte, notre intention n'est pas de les comparer, mais d'attirer l'attention sur la nécessité (ou l'absence de nécessité) de renforcer le contenu nutritionnel dans la formation initiale et d'illustrer les résultats que les parties prenantes des pays pourraient utiliser comme point de départ pour des examens plus approfondis et d'éventuelles mises à jour des programmes de formation initiale.

Résultats

Environnement politique pour la nutrition, les services de nutrition et le renforcement des capacités de la main-d'œuvre

L'amélioration de la qualité des services de nutrition et des performances des agents de santé nécessite un environnement politique solide. La base comprend généralement des politiques approuvées par le gouvernement, que les ministères concernés reconnaissent et/ou signent, et des interventions prioritaires qui reflètent les meilleures pratiques et répondent aux besoins et aux priorités du pays. Ces ministères doivent définir une norme de soins pour les services de nutrition, identifier ou attribuer la responsabilité à des agents de santé spécifiques, et établir des plans pour les soutenir (SPRING 2017). Les plans de soutien peuvent inclure l'élaboration et/ou la révision de descriptions de postes, d'aides à l'emploi, de programmes de formation en cours d'emploi ou sur le tas, de programmes de formation initiale, de programmes de mentorat ou de supervision, et/ou d'activités d'amélioration de la qualité.

Un examen des politiques nationales de nutrition mené par le projet Renforcement des partenariats, des résultats et des innovations dans le domaine de la nutrition à l'échelle mondiale (Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally [SPRING]) financé par l'USAID en 2017 a révélé que seuls trois des cinq plans nationaux de nutrition (tableau 2) mentionnaient la formation ou le renforcement des capacités des prestataires de services. Seul le Malawi a mentionné les rôles ou les descriptions de poste des prestataires de services.

Tableau 2. Thèmes inclus dans les politiques nationales de nutrition

Thème	Bangladesh	RDC	Ghana	RK	Malawi
Supervision de soutien	×	☑	×	×	☑
Amélioration de la qualité	×	☑	☑	×	☑
Formation ou renforcement des capacités des prestataires de services	×	☑	☑	×	☑
Définir le rôle ou les descriptions de poste des prestataires de services	×	×	×	×	☑

Notre examen nous a permis de constater que le *Plan d'investissement stratégique du programme sectoriel de santé, de nutrition et de population du Bangladesh (2016–2021)* (MoHFW 2016, 25) prévoit la mise en place d'un « personnel de santé de haute qualité accessible à tous par l'intermédiaire des prestataires de services de santé publics et privés ». Le *Deuxième plan d'action national pour la nutrition (2016–2025)* (MoHFW 2017) demande au Conseil national de la nutrition du Bangladesh d'élaborer une stratégie de

formation comprenant la mise à jour des programmes de formation initiale et continue et décrivant les méthodes de renforcement des capacités.

Dans son *Plan national de développement sanitaire 2019–2022* (PNDS), la RDC s'engage à améliorer la disponibilité et la rétention des ressources humaines qualifiées en santé (MSP 2018). Dans le cadre de ce processus, le PNDS mentionne des activités visant à renforcer la formation initiale, telles que le développement d'un processus d'examen et d'un système d'accréditation pour les institutions de formation et l'élaboration d'un plan national de formation pour garantir que les cours sont en phase avec les besoins locaux.

La politique nationale de nutrition du gouvernement ghanéen préconise l'intégration des interventions nutritionnelles dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile existants au niveau des établissements et des communautés, l'amélioration du contenu nutritionnel dans la formation initiale et continue de tous les prestataires de services nutritionnels et le renforcement des capacités de communication sur le changement de comportement pour promouvoir une nutrition optimale (MS et GHS 2016). En outre, six des 28 indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis dans le cadre de la *Feuille de route du Ghana pour l'obtention d'une couverture universelle des soins de santé de 2020–2030* sont liés à la nutrition. Il propose de renforcer les capacités des ressources humaines au niveau des soins de santé primaires (SSP) et suggère que la formation professionnelle soit « intégrée dans l'enseignement supérieur général afin d'aligner la certification et l'autorisation d'exercer » (MS, Ghana 2020a).

Le gouvernement de la République kirghize reconnaît l'importance de la nutrition, en particulier le rôle des travailleurs de la santé dans la promotion de la santé et de la croissance de la nation. Dans son programme de sécurité alimentaire et de nutrition (2019–2023), le gouvernement kirghize donne la priorité au renforcement du potentiel humain des travailleurs de la santé et à la création d'une demande durable de nutrition saine au sein de la population (Gouvernement de la République kirghize 2019). De même, la mise en place d'un système actualisé de soins de santé primaires de haute qualité est un élément clé du programme de protection de la santé publique et de développement du système de soins de santé pour 2019–2030 (MS 2018). Selon le document du programme, cela nécessitera de réformer la formation des infirmières, de réglementer les activités professionnelles des travailleurs médicaux et d'impliquer les associations médicales professionnelles dans le développement professionnel continu.

Au Malawi, la *Politique nationale multisectorielle de nutrition 2018–2022* inclut parmi ses domaines prioritaires la création d'un environnement favorable, ce qui, selon le plan, nécessitera d'augmenter les ressources humaines allouées par le gouvernement à la prestation de services de nutrition (2019). La *Stratégie multisectorielle d'éducation et de communication en matière de nutrition II 2021–2025* va plus loin en incluant dans ses priorités stratégiques un volet de renforcement des capacités des prestataires de services en matière d'éducation et de communication en matière de nutrition à tous les niveaux, dans le cadre du renforcement de l'environnement favorable (MS 2021). Cependant, les seuls services de nutrition inclus dans le paquet de santé essentiel du pays, tel que défini dans le *Plan stratégique du secteur de la santé II 2017–2022*, comprennent la supplémentation pour les enfants et les femmes enceintes et les services de déparasitage et de prise en charge de la malnutrition aiguë pour les enfants (2017).

Conformément aux conclusions antérieures du projet SPRING (2017), nous avons constaté que si les documents mentionnent la nutrition, peu d'entre eux donnent un aperçu des rôles et responsabilités spécifiques des cadres fournissant des services de première ligne. Ce n'est peut-être pas une surprise, mais c'est peut-être une occasion manquée, car des attentes claires ou la compréhension des responsabilités sont l'un des facteurs clés qui influencent les performances (SPRING 2017 ; Menon et al. 2014).

Cadres d'agents de santé responsables ou les mieux placés pour fournir des services de nutrition de première ligne

De nombreux pays ont des structures complexes de prestation de services de santé, avec plusieurs cadres responsables de la prestation de services de santé en première ligne ou au niveau des soins primaires. En première ligne ou au niveau des soins primaires, la plupart des agents de santé devraient être en mesure de fournir une gamme complète de services nutritionnels de base à tous les clients, qu'ils soient jeunes ou âgés, malades ou en bonne santé.

Grâce à notre examen des documents et aux entretiens avec les parties prenantes, nous avons dressé la carte des cadres qui fournissent des services de première ligne dans chaque pays. Alors que nous pensions initialement que l'infirmière serait le principal (et le plus abondant) prestataire de services nutritionnels à ce niveau, nous avons constaté dans nos cinq pays un paysage varié de cadres d'agents de santé responsables ou les mieux placés pour fournir des services nutritionnels en première ligne.

Dans chaque pays, nous avons commencé par une liste plus longue de cadres, comprenant généralement des agents médicaux et techniques, des infirmières, ainsi que des accoucheuses qualifiées ou des sage-femmes (tableau 1). Ensuite, en collaboration avec les homologues locaux et les principales parties prenantes, nous avons sélectionné les cadres suivants pour notre examen approfondi des programmes de formation initiale :

- **Bangladesh** : Le visiteur du bien-être familial (family welfare visitor [FWV]) et médecin communautaire sous-assistant (sub-assistant community medical officer [SACMO])
- **RDC** : A2 *infirmier titulaire* infirmière diplômée (registered nurse [RN]) et A2 *accoucheuse qualifiée* (skilled birth attendant [SBA])
- **Ghana** :¹ Infirmière de santé publique (ISP), infirmière en santé communautaire (RNAP) et agent technique en nutrition (technical officer in nutrition [TON])
- **RK** : médecin de famille et infirmière de famille
- **Malawi** : infirmière en santé communautaire (ISC) et assistant de surveillance sanitaire (health surveillance assistant [HSA]).

Rôles et responsabilités des cadres sélectionnés du personnel de santé

Idéalement, les gouvernements et les associations professionnelles devraient concevoir des programmes de formation initiale normalisés afin de s'assurer que la main-d'œuvre possède les compétences nécessaires pour assumer ses rôles et responsabilités. Il est donc logique que nous commencions par veiller à ce que les descriptions de poste soient en adéquation avec les programmes de formation initiale. Nous avons constaté que le niveau de spécificité et le contenu des rôles et responsabilités énoncés dans les descriptions de poste² pour les cadres sélectionnés variaient considérablement d'un pays à l'autre (tableau 3).

La plupart des descriptions de poste (au moins 7 sur les 10 que nous avons examinées) mentionnent un aspect lié à l'évaluation de l'état nutritionnel, à la gestion de l'émaciation chez les enfants, à un mode de

¹ Au Ghana, nous avons d'abord sélectionné l'infirmière assistante diplômée en prévention (registered nurse assistant, preventive [RNAP]) et le TON. Cependant, nous n'avons pas pu trouver de programme d'études normalisé pour la RNAP jusqu'à la toute fin de notre période d'examen. Entre-temps, nous avons revu le programme d'études d'ISP. Puisque nous avons terminé le travail, nous avons inclus les résultats de notre examen des trois programmes d'études.

² Nous n'avons pas trouvé de descriptions de poste standardisées en RDC. Cependant, nous avons trouvé le *Recueil des normes de la zone de santé* (2006) du ministère de la Santé, qui détaille les services qu'une RN doit fournir. Toutefois, elle ne décrit pas le rôle de le SBA.

vie sain (souvent l'assainissement et l'hygiène), à la nutrition générale des nourrissons et des jeunes enfants, à l'allaitement, à la communication et au conseil en matière de changement de comportement, et à la gestion des services de nutrition.

Peu de descriptions de poste examinées mentionnaient la prise en charge de la malnutrition ou de la maigreur chez les adultes, la prise en charge des carences en micronutriments et de l'anémie, les soins adaptés, la nutrition maternelle, la nutrition des adolescents, la prestation de services nutritionnels dans le contexte des maladies courantes et des MNTN, ou la prestation de services nutritionnels dans le contexte des situations d'urgence.

Compétences liées à la nutrition pertinentes pour les cadres sélectionnés d'agents de santé

Sur la base des rôles et responsabilités de chaque cadre (descriptions d'emploi nationales normalisées), nous avons identifié les compétences de notre liste qui ne sont pas pertinentes ou qui ne correspondent pas à la description d'emploi de chaque cadre (rôles et responsabilités). Voir la première ligne du tableau 3. Étant donné que nous avons dressé la liste des compétences en pensant aux services de nutrition de première ligne, en cas de doute (les descriptions de poste étant parfois de haut niveau et manquant de spécificité), nous nous sommes trompés en considérant une compétence comme pertinente. Par conséquent, nous avons pu considérer que certaines compétences étaient pertinentes alors qu'elles ne l'étaient pas.

En effet, nous avons considéré presque toutes les compétences pertinentes pour presque tous les cadres que nous avons sélectionnés. Toutefois, nous avons constaté que certains aspects de certaines compétences n'étaient pas pertinents alors que d'autres aspects de la même compétence l'étaient. Par exemple, l'une des compétences de l'outil est la suivante : « la capacité à déterminer correctement si un client est anémique sur la base des résultats du test d'hémoglobine et des signes cliniques ». Cependant, les HSA doivent seulement être capables d'identifier les signes cliniques de l'anémie—ils ne sont pas responsables de la réalisation des tests d'hémoglobine. Nous avons considéré que cette compétence était néanmoins pertinente pour l'HSA.

Seuls l'accoucheuse qualifiée en RDC, l'infirmière de famille en RK et l'assistant de surveillance sanitaire au Malawi étaient responsables de moins de 83 des 84 compétences, d'après notre examen des descriptions de poste et notre compréhension de leurs rôles et responsabilités. Nous n'avons pas pris en compte plusieurs compétences pertinentes pour la SBA :

- le diagnostic de l'anémie
- l'évaluation des clients pour les carences en micronutriments
- l'élaboration de plans d'alimentation après la guérison d'une malnutrition aiguë sévère (MAS)
- la plupart des compétences liées à la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez les adultes
- quelques compétences liées à la gestion des services de nutrition.

Tableau 3. Rôles et responsabilités liés à la nutrition mentionnée dans les descriptions de poste, par pays, cadre et domaine thématique

Pour élaborer ce tableau, nous avons passé en revue les rôles et responsabilités énumérés dans les descriptions de poste nationales pour chaque cadre et les avons classés par domaine. L'annexe 2 contient des détails supplémentaires sur les rôles et responsabilités spécifiques de chaque cadre.

Domaine thématique	Bangladesh		RDC		Ghana			RK		Malawi	
	SACMO	FWV	RN	SBA*	ISP	TON	RNAP	Médecin de famille	Infirmière de famille	ISC	HSA
L'évaluation de l'état nutritionnel	✓	✓	✓		×	✓	×	×	✓	✓	✓
La gestion de l'émaciation chez les enfants et les adolescents	✓	✓	✓		×	✓	×	✓	×	✓	✓
La prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte	✓	✓	×		×	×	×	×	×	×	×
La gestion des carences en micronutriments et de l'anémie	×	×	×		×	✓	×	×	×	✓	✓
La vie saine**	✓	✓	✓		✓	✓	×	✓	✓	×	✓
L'alimentation générale du nourrisson et du jeune enfant	✓	✓	✓		×	×	×	✓	✓	✓	✓

Domaine thématique	Bangladesh		RDC		Ghana			RK		Malawi	
	SACMO	FWV	RN	SBA*	ISP	TON	RNAP	Médecin de famille	Infirmière de famille	ISC	HSA
L'allaitement	✓	✓	✓		×	×	×	✓	✓	✓	✓
L'alimentation complémentaire	✓	✓	×		×	×	×	✓	✓	✓	✓
Les soins attentionnés	×	×	✓		×	×	×	×	×	×	×
La nutrition maternelle	✓	✓	×		×	×	×	✓	✓	✓	✓
La nutrition des adolescents	×	×	×		×	×	✓	✓	✓	✓	✓
La prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des maladies non transmissibles liées à la nutrition	×	×	×		×	×	×	✓	✓	✓	✓
Services de nutrition dans le contexte des urgences	×	×	×		×	×	×	×	×	×	×
La communication et conseil pour le changement de comportement	✓	✓	×		✓	✓	✓	×	×	✓	✓

Domaine thématique	Bangladesh		RDC		Ghana			RK		Malawi	
	SACMO	FWV	RN	SBA*	ISP	TON	RNAP	Médecin de famille	Infirmière de famille	ISC	HSA
Gestion des services de nutrition***	✓	✓	×		✓	✓	✓	×	×	✓	✓

* Nous n'avons pas identifié de description de poste nationale pour la SBA en RDC.

** Parmi les exemples de rôles et de responsabilités liés à un mode de vie sain, citons l'organisation de démonstrations culinaires (HSA du Malawi), l'éducation et le conseil nutritionnels à des groupes spécialisés et au grand public (TON du Ghana) et le conseil en matière de mode de vie sain, d'hygiène personnelle, d'alimentation rationnelle, d'allaitement, de soins aux enfants, de mode de vie actif, d'utilisation d'une eau potable de qualité, de sel iodé, etc. (Médecin de famille et infirmière de famille en RK)

*** Parmi les exemples de rôles et de responsabilités liés à la gestion des services de nutrition que nous avons examinés, citons la réalisation d'évaluations communautaires (HSA du Malawi), la préparation de rapports (FWV et SACMO du Bangladesh, RNAP du Ghana), le respect des lignes directrices en matière d'assurance qualité (TON du Ghana) et la liaison avec d'autres agences telles que les services sociaux pour aider les clients ayant besoin d'un soutien (RNAP du Ghana).

Toutefois, compte tenu de leur place en première ligne, il pourrait être judicieux d'élargir leur champ de responsabilités. En République kirghize, nous n'avons pas considéré que les compétences liées à la gestion des services de nutrition étaient pertinentes pour l'infirmière de famille en République kirghize.

Enfin, au Malawi, nous avons estimé que la capacité à élaborer un plan d'alimentation/de nutrition après la guérison d'une malnutrition n'était pas pertinente pour les HSAs. Nous croyons savoir que les assistants de surveillance sanitaire fournissent des conseils, mais qu'elles n'élaborent pas ce type de plan. De même, nous n'avons pas considéré comme pertinente la capacité à faciliter les soins à la mère kangourou ou à aider une mère à gérer l'expression du lait, puisque les infirmières et les autres membres du personnel clinique s'en chargent.

Compétences en nutrition abordées dans les programmes de formation initiale examinés

Les programmes de formation initiale des cadres que nous avons sélectionnés variaient d'une année (formation d'assistant de surveillance sanitaire du Malawi) à 10 ans (médecin de famille de la RK). Les programmes d'études de ces programmes ont été publiés dès 2007 (ISC du Malawi et RN de la RDC) et aussi récemment que 2021 (ISP et RNAP du Ghana). Le tableau 4 présente les caractéristiques de ces programmes.

Nous avons examiné ces programmes d'études pour déterminer dans quelle mesure—pas du tout, plutôt ou très bien—chaque programme d'études aborde chaque compétence pour chaque cadre. Le tableau 5 présente les résultats de cette étude.

Malheureusement, dans un certain nombre de cas, nous n'avons tout simplement pas pu déterminer si les programmes d'études abordaient certaines des compétences sur la base des informations fournies. À RDC, par exemple, nous n'avons pas été en mesure de déterminer si le programme d'études pour les infirmières diplômées abordait neuf compétences ou si le programme d'études pour les accoucheuses qualifiées abordait 20 compétences. Nous n'avons pas pu déterminer si le programme d'études du Diplôme en Nutrition pour les TONs abordait 18 compétences ou si le programme d'études de RNAP abordait 16 compétences au Ghana. Dans la RK, nous n'avons pas pu déterminer si l'un ou l'autre des deux programmes d'études requis pour les médecins de famille abordait les 14 compétences. Au Malawi, nous n'avons pas été en mesure de déterminer si l'un ou l'autre des deux programmes d'études requis pour les ISCs abordait les 16 compétences.

Nous avons constaté que l'évaluation de l'état nutritionnel, la prise en charge des carences en micronutriments et de l'anémie, un mode de vie sain, des soins adaptés, la nutrition maternelle et la communication et les conseils en matière de changement de comportement sont les sujets les mieux traités dans tous les domaines (pourcentage le plus élevé traité par le plus grand nombre de programmes).

Toutefois, les programmes de formation initiale examinés présentaient un certain nombre de faiblesses (lacunes). Seuls cinq des programmes d'études que nous avons examinés semblaient aborder 80 pour cent ou plus des compétences liées à la prise en charge de l'émaciation chez les enfants et les adolescents, à l'allaitement, à l'alimentation complémentaire ou à la gestion des services de nutrition. Seuls quatre des programmes couvraient au moins 80 pour cent des compétences liées à la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez les adultes. Moins de quatre programmes d'études semblaient aborder 80 pour cent ou plus des compétences liées à la promotion des pratiques générales de nutrition du nourrisson et du jeune enfant, à la nutrition de l'adolescent, à la prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des MNTN, ou à la prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences.

Tableau 4. Caractéristiques de la formation initiale à l'emploi pour certains cadres d'agents de santé fournissant des services de nutrition de première ligne, par pays et par cadre

	Bangladesh		RDC		Ghana			RK		Malawi	
	SACMO	FWV	RN	SBA	ISP	TON	RNAP	Médecin de famille	Infirmière de famille	ISC	HSA
Durée du programme	3 ans + 1 an de stage	7 mois + 11 mois de formation pratique dans un établissement de santé	4 ans	4 ans	3 ans + 30 semaines de stage	3 ans + 30 semaines de stage	2 ans + 18 semaines de stage	10 ans (6 ans pour le diplôme de médecine générale + 2 ans d'internat + 2 ans pour le diplôme de médecin de famille)	6,5 ans (2 ans de diplôme d'infirmière générale + 10 mois de stage + 3,5 ans pour le diplôme d'infirmière familiale)	3 ans (2 ans pour le diplôme d'infirmier + 1 an pour le diplôme d'infirmier en santé communautaire)	1 an
Date de la dernière mise à jour du programme d'études	2009	2016	2007	2014 – 2015	2021	2019	2021	2021/2021	2019/2020	2016/2007	2021













































Tableau 5. Compétences liées à la nutrition* abordées, par pays, par cadre et par thème**

Clé :

 = < 40 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées

 = 40 à 79 % des compétences quelque peu ou bien abordées

 = ≥ 80 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées

Domaine thématique (nombre de compétences)	Bangladesh		RDC		Ghana			RK		Malawi	
	SACMO	FWV	RN	SBA	ISP	TON	RNAP	Médecin de famille	Infirmière de famille	ISC	HSA
Pourcentage de compétences abordées (# abordées/ # pertinentes)	60 % (50/84)	58 % (49/84)	38 % (32/84)	47 % (36/76)	82 % (69/84)	74 % (62/84)	43 % (36/83)	69 % (57/83)	66% (52/79)	81 % (68/84)	76 % (61/80)
L'évaluation de l'état nutritionnel (8)											
La prise en charge de l'émaciation chez l'enfant et l'adolescent (6)											
La gestion de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte (8)											
La gestion des carences en micronutriments et de l'anémie (4)											

Domaine thématique (nombre de compétences)	Bangladesh		RDC		Ghana			RK		Malawi	
	SACMO	FWV	RN	SBA	ISP	TON	RNAP	Médecin de famille	Infirmière de famille	ISC	HSA
La vie saine (8)	●	◆	●	●	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Pratiques générales de nutrition du nourrisson et du jeune enfant (7)	●	●	●	●	◆	●	●	◆	◆	●	●
Allaitement (11)	■	◆	■	◆	■	●	■	◆	◆	◆	■
L'alimentation complémentaire (6)	◆	◆	●	■	◆	■	■	◆	◆	●	●
Les soins adaptés (2)	◆	◆	■	■	◆	■	◆	◆	◆	■	◆
La nutrition maternelle (2)	●	◆	●	●	◆	◆	◆	◆	◆	●	◆
La nutrition des adolescents (3)	■	●	■	■	◆	●	◆	■	■	●	■
La prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des MNTN (4)	■	■	■	●	●	◆	●	●	■	◆	◆

Domaine thématique (nombre de compétences)	Bangladesh		RDC		Ghana			RK		Malawi	
	SACMO	FWV	RN	SBA	ISP	TON	RNAP	Médecin de famille	Infirmière de famille	ISC	HSA
La prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences (4)	■	■	■	■	■	■	■	●	■	◆	◆
La communication et les conseils en matière de changement de comportement (5)	◆	●	◆	◆	●	●	●	■	◆	◆	◆
La gestion des services de nutrition (8)	◆	●	●	●	◆	◆	◆	■	■	◆	●

* L'[Outil de mise à jour de la formation initiale](#) de l'USAID en action pour la nutrition (2020) contient des compétences thématiques (voir annexe I).

**Par souci de simplicité, si nous ne pouvions pas déterminer si un programme d'études abordait une compétence, nous l'avons regroupé dans la catégorie « non abordé ».

Limites

Nous reconnaissons les limites de cet exercice. Le fait d'énoncer un objectif ou de mentionner un sujet ne garantit pas qu'un instructeur l'aborde effectivement dans le cadre de son cours ou qu'un praticien acquiert une compétence. En outre, notre approche a varié d'un pays à l'autre. Bien que nous nous soyons efforcés de normaliser le processus, les équipes chargées de l'analyse étaient différentes dans chaque pays, de même que le contenu et le niveau de détail des programmes scolaires. Il n'est pas toujours évident de savoir si un programme d'études aborde une compétence ou non. Par exemple, l'un des thèmes d'un cours peut être « l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant » ou « la nutrition de l'enfant ». Il est donc difficile de déterminer si cela inclut la « capacité à conseiller les soignants sur le rôle que joue la nutrition dans la croissance et le développement de l'enfant, ainsi que dans la prévention et le traitement des maladies », ce qui est la définition de cette compétence dans l'outil. Par conséquent, chaque équipe nationale chargée de l'examen a décidé si elle considérait que la compétence n'était pas prise en compte, qu'elle l'était en partie ou qu'elle était très bien prise en compte. Enfin, comme indiqué plus haut, chaque programme varie dans la manière dont les enseignants présentent les concepts (profondeur et étendue). Pour toutes ces raisons, bien que nous présentions nos résultats pour les pays côte à côte, les comparaisons entre pays ne sont pas appropriées dans ce contexte.

Conclusions

L'objectif de cette analyse était d'évaluer les programmes de formation initiale dans cinq contextes distincts et d'attirer l'attention sur les domaines techniques dans lesquels les gouvernements et les associations professionnelles pourraient tirer le meilleur parti d'un renforcement du contenu nutritionnel pour ce cadre spécifique. Nous n'avons pas évalué les structures, systèmes et institutions nationaux qui sont essentiels à la réussite du processus d'examen, de révision, de mise en œuvre et d'adhésion aux programmes d'études normalisés.

L'analyse a mis en lumière l'éventail des cadres qui fournissent des services de nutrition de première ligne, les responsabilités spécifiques qui leur sont confiées et la formation initiale qui leur est demandée. Nous avons également découvert des incohérences et des lacunes potentielles dans les principaux documents décrivant les responsabilités propres aux cadres, notamment les politiques, les protocoles, les descriptions de poste, les programmes de formation initiale, les qualifications requises et les outils de certification.

Le processus de collecte et d'examen des programmes d'études n'a pas été sans difficultés. Il était souvent difficile de déterminer, à partir d'une liste d'objectifs ou de sujets illustratifs, quelles compétences un programme d'études abordait et quelles aptitudes un étudiant pouvait développer de manière adéquate à l'issue du programme d'études. Étant donné que l'objectif de la formation initiale est de développer des compétences fondamentales que la formation en cours d'emploi ou sur le terrain, le mentorat, la supervision et d'autres méthodes permettent ensuite d'affiner, nous reconnaissons que la formation initiale doit poser des bases adéquates en matière de nutrition, plutôt que de couvrir tous les domaines techniques connus. La qualité de l'enseignement et de la supervision, la manière dont l'enseignant dispense le cours, ainsi que la concentration, la motivation et l'ouverture à l'apprentissage de l'étudiant sont autant d'éléments qui influent sur l'acquisition des compétences.

Dans tous les pays, la date de la dernière révision n'était pas clairement liée à la qualité de la couverture nutritionnelle. Par exemple, bien que le ministère de la Santé ait mis à jour le programme d'études des infirmières en santé communautaires au Malawi pour la dernière fois en 2007, nous avons constaté qu'il abordait la plupart des compétences. En revanche, le programme d'études pour les infirmières diplômées de la RDC, également publié en 2007, présentait un certain nombre de lacunes. Bien que le ministère de la santé ait publié les programmes d'études d'ISP et de RNAP au Ghana en 2021, le

programme d'études d'ISP était très complet en ce qui concerne les compétences en matière de nutrition, tandis que le programme d'études d'infirmière assistante diplômée en prévention comportait de nombreuses lacunes en matière de nutrition. Toutefois, le programme d'études était aligné sur la description de poste actuelle d'infirmière assistante diplômée en prévention. Nous avons dû examiner le contenu spécifique d'un programme pour déterminer s'il était approprié de le réviser ; ni la date de la dernière révision ni la durée de la formation initiale ne sont des indicateurs fiables de la couverture.

Nous avons également constaté que le contenu des programmes examinés varie considérablement d'un pays à l'autre, d'un cadre à l'autre et d'un rôle et d'une responsabilité à l'autre. Toutefois, peu d'entre elles semblent traiter de la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez les adultes, de l'allaitement, de la nutrition des adolescents ou de la prestation de services nutritionnels dans le contexte des situations d'urgence. Plusieurs d'entre elles constituent des lacunes notables.

Si la malnutrition chez les adultes n'est pas très élevée, allant de 3,7 pour cent chez les femmes (18+) en République kirghize à 12,3 pour cent en RDC, les pratiques d'allaitement sont préoccupantes. L'initiation précoce à l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance) n'est que de 46,6 pour cent au Bangladesh et l'allaitement exclusif chez les enfants de moins de six mois n'est que de 42,9 pour cent au Ghana. La poursuite de l'allaitement à l'âge d'un an est élevée dans la plupart des pays, à l'exception de la République kirghize, où elle n'est que de 77,5 pour cent. Et ce, malgré le rôle mondialement reconnu et largement apprécié de l'allaitement dans la santé et la croissance des jeunes enfants. En outre, même dans les programmes qui semblent aborder l'allaitement par le biais du *Cours de formation à l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) pour le personnel de maternité* (OMS et UNICEF 2020a), des mises à jour sont nécessaires ; l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF ont récemment publié la *Boîte à outils de vérification des compétences : Assurer la compétence des prestataires de soins directs pour mettre en œuvre l'initiative des hôpitaux amis des bébés* (OMS et UNICEF 2020b). Il est peu probable que ces programmes ou d'autres programmes de formation initiale aient intégré ce nouveau contenu.

Les adolescents âgés de 10 à 19 ans représentent plus de 16 pour cent de la population mondiale, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS 2022a), et un pourcentage encore plus élevé dans ces pays.³ Pourtant, seuls les programmes des cadres RNAP et ISP du Ghana semblaient aborder les trois compétences liées à la nutrition des adolescents dans notre outil.

Malgré le fait que le nombre de catastrophes liées au climat, de personnes vivant dans des zones touchées par des conflits politiques et de personnes déplacées continue d'augmenter (OCHA 2021), seuls les programmes d'études examinés pour l'ISC et le HSA du Malawi semblaient aborder les deux compétences incluses dans l'outil qui concernent la fourniture de services de nutrition dans le contexte des situations d'urgence.

Enfin, si nos conclusions éclairent la situation—à la fois les forces et les faiblesses—nous les considérons comme une première étape ou un point de départ à partir duquel les ministères et les instituts de formation peuvent prendre les mesures suivantes :

1. Utiliser nos conclusions pour déterminer la nécessité et la portée d'examen plus approfondis des programmes de formation initiale et peut-être même des descriptions de postes et des processus de certification.
2. Veiller à l'harmonisation des compétences dans les principaux documents décrivant les responsabilités propres à chaque cadre, notamment les politiques, les protocoles, les descriptions de poste, les programmes de formation initiale, les qualifications requises et les outils de certification.

³ Selon l'OMS, le Bangladesh : 18 %, RDC : 24 %, Ghana : 21 %, RK : 18 %, et Malawi : 25 %. Voir OMS (2022b).

Résumé des principales conclusions

- Nous avons constaté une grande variété de cadres qui fournissent des services de nutrition de première ligne et de responsabilités en matière de nutrition qui leur sont demandées.
- Les incohérences identifiées entre les descriptions de postes spécifiques aux cadres et les programmes de formation initiale suggèrent qu'une révision et des mises à jour sont nécessaires pour atteindre les objectifs de formation.
- Des lacunes notables existent dans le contenu nutritionnel des programmes de formation initiale examinés, notamment en ce qui concerne la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez les adultes, l'allaitement, la nutrition des adolescents et la prestation de services nutritionnels dans le contexte des situations d'urgence.
- Seuls les programmes des cadres RNAP et ISP du Ghana semblent aborder les trois compétences liées à la nutrition des adolescents, une population clé pour les interventions nutritionnelles.
- Seuls les programmes que nous avons examinés pour l'ISC et le HSA du Malawi semblaient aborder les deux compétences relatives à la fourniture de services nutritionnels dans le contexte des situations d'urgence.

3. Exiger que les descriptions de cours dans les programmes normalisés précisent les compétences que le cours doit permettre d'acquérir à la fin du cours et décrivent les méthodes d'enseignement que les instructeurs doivent utiliser pour développer ces compétences.
4. Intégrer les lignes directrices mondiales et le matériel de formation, comme le cours de formation pour le personnel de maternité de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés de l'OMS, le cours de formation pour le personnel de maternité de l'OMS, le cours de formation pour le personnel de maternité de l'OMS et le [Cours de formation pour le personnel de maternité](#) de l'OMS. Prise en charge des nourrissons de moins de six mois de petite taille et à risque sur le plan nutritionnel, ainsi que de leurs mères [Paquet de parcours de soins \(Care Pathway Package\)](#) et le [Guide de formation pour la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë](#).
5. Élaborer des modèles de plans de cours et de matériel de formation initiale, avec des conseils sur l'adaptation au contexte national, sur des sujets nutritionnels spécifiques tels que la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez les adultes, le conseil et le soutien à l'allaitement, la nutrition des adolescents, la prestation de services nutritionnels dans le contexte des situations d'urgence, et la prestation de services nutritionnels dans le contexte des maladies courantes et de la MNTN.

Références

- Banque mondiale. 2022. « Indicateurs de la Banque mondiale. » Consulté le 1er novembre 2022.
<https://data.worldbank.org/indicator/>.
- Bangladesh NNC (National Nutrition Council) et MoHFW (Ministère de la santé et du bien-être familiale, Gouvernement de la République populaire du Bangladesh). 2021. *Training Strategy and Guidelines for Human Resource Capacity Development on Multi-Sector Nutrition*. Dhaka : Bangladesh NNC et MoHFW.
- Becker, G.E. J. Cashin, T.T. Nguyen et P. Zambrano. 2022. « Expanding Integrated Competency-Focused Health Worker Curricula for Maternal, Infant, and Young Child Nutrition. » *Education Science*. 12 : 518.
<https://doi.org/10.3390/educsci12080518>
- BSB (Bureau des statistiques du Bangladesh) et UNICEF Bangladesh. 2019. *Bangladesh Multiple Indicator Cluster Survey 2019, Survey Findings Reporting*. Dhaka, Bangladesh : BSB et UNICEF.
- Collège de la santé et du bien-être. 2019. *Diploma in Nutrition*. Kintampo : Département de la santé familiale.
- Delisle, H. R. Shrimpton, S. Blaney, L. Du Plessis, S. Atwood, D. Sanders, et B. Margetts. 2017. « Renforcement des capacités pour une main-d'œuvre solide dans le domaine de la santé publique et de la nutrition dans les pays à faibles ressources. » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*. 95 : 385-388.
<https://doi.org/10.2471%2FBLT.16.174912>
- Gouvernement du Malawi, Département de la nutrition, du VIH et du SIDA. 2018. *National Multi-Sector Nutrition Policy 2018–2022*. Lilongwe : Ministère de la Santé
- Gouvernement du Malawi, Département de la nutrition, du VIH et du SIDA. 2021. *Eat Well to Live Well : Malawi's Guide to the Prevention and Management of Common Diet and Lifestyle Related Non-Communicable Diseases*. Lilongwe : Ministère de la Santé.
- Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. 1972. *Constitution of the People's Republic of Bangladesh (article 18 (1))*. Dhaka : Organes législatifs nationaux/autorités nationales.
- Gouvernement de la République démocratique du Congo. 2018. *Loi Cadre N° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique*. Kinshasa : MSP.
- Gouvernement de la République kirghize. 2008. *Loi de la République kirghize n° 263*. Bishkek : Gouvernement de la République kirghize
- Gouvernement de la République kirghize. 2019. *ПРАВИТЕЛЬСТВО КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 27 июня 2019 года № 320 Об утверждении Программы продовольственной безопасности и питания в Кыргызской Республике на 2019–2023 годы*. Bishkek : Conseil de la sécurité alimentaire et de la nutrition de la République kirghize.
- Gouvernement de la République du Malawi. 2017. *Health Sector Strategic Plan (HSSP) II 2017–2022*. Lilongwe : MS.
- GSS (Service statistique du Ghana). 2018. *Multiple Indicator Cluster Survey (MICS 2017/18), Survey Findings Report*. Accra, Ghana : GSS.
- INS (Institut National de la Statistique). 2018. *Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2017–2018, rapport de résultats de l'enquête*. Kinshasa, République démocratique du Congo : INS.
- IPHN (Institut de la Santé publique et de la nutrition) et MoHFW (Direction générale des services de santé, Ministère de la santé et du bien-être familiale, gouvernement de la République populaire du Bangladesh). 2015. *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre les carences en micronutriments (2015–2024)*. Dhaka : IPHN.
- IPHN (Institut de la Santé publique et de la nutrition), MoHFW (Direction générale des services de santé, Ministère de la santé et du bien-être familiale), Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. 2017. *Community-Based Management of Acute Malnutrition in Bangladesh*. Dhaka : IPHN.
- Jackson, A. et A. Ashworth. 2015. « Renforcement des capacités de prise en charge de la malnutrition aiguë modérée. » *Bulletin de l'alimentation et de la nutrition*, 36(1 Suppl) : S47–S52.
<https://doi.org/10.1177/15648265150361S108>

- LGS (Service des gouvernements locaux). 2017. *Medium Term Development Plan (2018–2021) for the Office of the Head of the Local Government Service—Final Draft*. Accra : LGS.
- Menon, Purnima, Namukolo M. Covic, Paige B. Harrigan, Susan E. Horton, Nabeeha M. Kazi, Sascha Lamstein, Lynnette Neufeld, Erica Oakley et David Pelletier. 2014. « Strengthening Implementation and Utilization of Nutrition Interventions through Research : A Framework and Research Agenda. » *Annals of the New York Academy of Sciences* 1332(1) : 39–59. doi.org/10.1111/nyas.12447.
- MoHFW (Direction générale des services de santé, ministère de la santé et du bien-être familial, Gouvernement de la République populaire du Bangladesh). s.d. *Capacity Building Manual on Upazila Health Management for Upazila Health Manager and Service Care Providers, Community Based Healthcare*. Dhaka : MoHFW.
- MoHFW (Ministère de la santé et du bien-être familial), Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. 2011. *Bangladesh National Health Policy*. Dhaka : MoHFW.
- MoHFW (Direction générale de la planification familiale, ministère de la santé et du bien-être familial, gouvernement de la République populaire du Bangladesh). 2014. *Union Health and Family Welfare Center Operation Manual*. Dhaka : MoHFW.
- MoHFW (Ministère de la santé et du bien-être familial), Gouvernement de la République du Bangladesh. 2015a. *Bangladesh Health Workforce Strategy*. Dhaka : MoHFW.
- MoHFW (Ministère de la santé et du bien-être familial), Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. 2015b. *National Nutrition Policy*. Dhaka : MoHFW.
- MoHFW (Ministère de la santé et du bien-être familial), Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. 2016. *Health, Nutrition, and Population Strategic Investment Plan (HNPSIP) 2016–2021*. Dhaka : MoHFW.
- MoHFW (Ministère de la santé et du bien-être familial) 2017. *Second National Plan of Action for Nutrition (2016–2025)*. Dhaka : MoHFW.
- MoHFW (Ministère de la santé et du bien-être familial, Gouvernement de la République populaire du Bangladesh). 2019a. *Bangladesh Advocacy Plan for Nutrition (2019–2025) and Framework for its Operationalization*. Dhaka : MoHFW.
- MoHFW (Ministère de la santé et du bien-être familial), Gouvernement de la République populaire du Bangladesh, 2019b. *Bangladesh National Strategy for Community Health Workers (2019–2030)*. Dhaka : MoHFW.
- MPSMRM (Ministère du plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité), MSP (Ministère de la Santé publique) et ICF International, 2014. *Enquête démographique et de santé, République démocratique du Congo 2013–2014*. Rockville, Maryland, États-Unis : MPSMRM, MSP et ICF International.
- MS (Centre de cybersanté du ministère de la Santé de la République kirghize). 2020e. *Health of the Population and Activities of Healthcare Organizations in the Kyrgyz Republic*. Bishkek : Centre de cybersanté du ministère de la Santé de la République kirghize.
<http://cez.med.kg/%d0%b7%d0%b4%d0%be%d1%80%d0%be%d0%b2%d1%8c%d0%b5-%d0%bd%d0%b0%d1%81%d0%b5%d0%bb%d0%b5%d0%bd%d0%b8%d1%8f-%d0%b8-%d0%b4%d0%b5%d1%8f%d1%82%d0%b5%d0%bb%d1%8c%d0%bd%d0%be%d1%81%d1%82%d1%8c-%d0%be%d0%b7/>
- MS (Ministère de la santé, Ghana) et GHS (Service de santé ghanéen). 2005a. *Job Descriptions for Allied Health Staff*. Accra : MS et GHS.
- MS (Ministère de la santé, Ghana) et GHS (Service de santé ghanéen). 2005b. *Job Descriptions for Clinical, Nursing, and Midwifery, ad Pharmacy Staff*. Accra : MS et GHS.
- MS (Ministère de la santé, République du Ghana). 2011. *Human Resources for Health (HRH) Country Profile*. Accra : MS.
- MS (Ministère de la santé, République du Ghana). 2014a. *National Community Health Planning and Services (CHPS) Policy : Theme: Accelerating Attainment of Universal Health Coverage and Bridging the Access Inequity Gap*. Accra : MS.

- MS (Ministère de la santé, République du Ghana). 2014b. *Staffing Norms for the Health Sector of Ghana : A Technical Report*. Accra : MS.
- MS (Ministère de la santé, République du Ghana). 2016a. *Ghana Ministry of Health—Referral Policy and Guidelines*. Accra : MS.
- MS (Ministère de la santé, République du Ghana). 2016b. *Ghana National Healthcare Quality Strategy (2017–2021)*. Accra : MS.
- MS (Ministère de la santé, gouvernement de la République kirghize). 2011. *MoH Order No. 54 on the Organization of Primary Care*. Bishkek : MS.
- MS (Ministère de la santé, gouvernement de la République kirghize). 2016. *MoH Order No. 144 (26.02.2016) On the Organization of Protection, Support, and Promotion of Breastfeeding in Young Children in Maternity Hospitals (Departments), Children’s Hospitals, General Medical Practice Centers, Family Medicine/Groups of Family Doctors, Feldsher-Obstetrical Ambulatory Point (FAPs) of the Kyrgyz Republic*. Bishkek : MS.
- MS (Ministère de la santé, gouvernement de la République kirghize). 2019a. *MoH Order No. 33 on Surveillance of Healthy Children 0–18 Years Old at the Primary Care Level Health Care*. Bishkek : MS.
- MS (Ministère de la santé, Malawi). 2016. *Community-Based Management of Acute Malnutrition 2nd edition*. Lilongwe, Malawi : MS.
- MS (Ministère de la santé, Malawi). 2017a. *National Community Health Strategy 2017–2022*. Lilongwe : MS.
- MS (Ministère de la santé, Malawi). 2017b. *National Guidelines on Nutrition Care, Support, and Treatment (NCST) for Adolescents and Adults. Second Edition*. Lilongwe, Malawi : MS.
- MS (Ministère de la santé, Malawi). 2017c. *Role Clarity Guidelines for Community Health Workers 2017–2022*. Lilongwe : MS.
- MS (Ministère de la santé, République du Ghana). 2020a. *Ghana’s Roadmap for Attaining Universal Healthcare Coverage 2020–2030*. Accra : MS.
- MS (Ministère de la santé, République du Ghana). 2020b. *National Health Policy : Ensuring Healthy Lives for All. Revised Edition*. Accra : MS.
- MS (Ministère de la santé, République du Ghana). 2020c. *National Human Resource Policy and Strategies for Health*. Accra : MS.
- MS (Ministère de la santé, République du Ghana). 2021a. *Curriculum for the Public Health Nursing (PHN) Programme*. Accra, Ghana : Conseil des infirmières et des sage-femmes
- MS (Ministère de la santé, République du Ghana). 2021b. *Curriculum for the Registered Nurse Assistant, Preventive (RNAP) Programme*. Accra, Ghana : Conseil des infirmières et des sage-femmes.
- MS (Ministère de la santé, République kirghize). 2018. *Programme of the Kyrgyz Republic Government of Public Health Protection and Health Care System Development for 2019–2030 : Healthy Person—Prosperous Country (Health 2030)*. Bishkek : MS.
- MS (Ministère de la santé, République kirghize). 2019a. *MoH Order No. 33 on Surveillance of Healthy Children 0–18 Years Old at the Primary Care Level Health Care*. Bishkek : MS.
- MS (Ministère de la santé, République kirghize). 2019b. *MoH Order No. 567/11 on Approval of State Educational Standards for Specialities of Secondary Vocational Education*. Bishkek : MS.
- MS (Ministère de la santé, République kirghize). 2020a. *MoH Order No. 28 on the Approval of the Catalog of Nursing Competencies*. Bishkek : MS.
- MS (Ministère de la santé, République kirghize). 2020b. *MoH Order No. 42 on Approval of the Professional Standard « Nursing »*. Bishkek : MS
- MS (Ministère de la santé, République kirghize). 2020c. *MoH Order No. 902 on the Approval of the Standard Job Description of a Family Doctor and a Family Nurse*. Bishkek : MS

- MS (Ministère de la santé, République kirghize). 2020d. *MoH Order No. 993 on the Introduction of Updated Standards for the Assessment of Physical Development in Children from 0 to 17 Years*. Bishkek : MS
- MS (Ministère de la santé, Malawi). 2021. *Multi-Sector Nutrition Education and Communication Strategy (NECS) II 2021–2025*. Lilongwe : MS.
- MS (Ministère de la santé) et GHS (Service de santé ghanéen), gouvernement du Ghana. 2016. *Nutrition Nutrition Policy*. Accra : MS et GHS.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2006. *Recueil des normes de la zone de santé*. Kinshasa : MSP.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2009. *Référentiel de compétences infirmières du niveau secondaire*. Kinshasa : MSP.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2013a. *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant : Module de formation*. Kinshasa : MSP.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2013b. *Module de formation : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence : Manuel d'orientations opérationnelles*. Kinshasa : MSP.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2014. *Référentiel de compétences de l'accoucheuse du niveau secondaire*. Kinshasa : MSP.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2015. *Manuel de consultation préscolaire (CPS) : Manuel d'orientation*. Kinshasa : MSP.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2016a. *Informations utiles sur la Mise en œuvre de la Nutrition à assise communautaire (NAC)*. Kinshasa : MSP.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2016b. *Plan stratégique national multisectoriel en nutrition (PSNMN) 2016–2020 Tome II : Stratégie*. Kinshasa : MSP.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2016c. *Plan stratégique national multisectoriel en nutrition (PSNMN) 2016–2020 Tome II : Opérationnalisation*. Kinshasa : MSP.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2016d. *Protocole national de prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH*. Kinshasa : MSP.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2016e. *Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë*. Kinshasa : MSP.
- MSP (Ministère de la Santé publique). 2018. *Plan national de développement sanitaire (PNDS) recadré pour la période 2019–2022 : vers la couverture sanitaire universelle*. Kinshasa : MSP.
- NCD RiskC (NCD Risk Factor Collaboration). 2017. « Worldwide Trends in Body-Mass Index, Underweight, Overweight, and Obesity from 1975 to 2016: A Pooled Analysis of 2416 Population-Based Measurement Studies in 128.9 Million Children, Adolescents, and Adults » *The Lancet*. 390: 2627–42. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)
- NDPC (Commission nationale de planification du développement). 2014. *Ghana Shared Growth and Development Agenda II, 2014–2017*. Accra : NDPC.
- NIPORT (Institut national de recherche et de formation démographiques) et ICF. 2020. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2017–18*. Dhaka, Bangladesh, et Rockville, Maryland, États-Unis : NIPORT et ICF.
- NSC (Comité statistique national de la République kirghize), MS (Ministère de la santé [République kirghize]) et ICF International. 2013. *Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey 2012*. Bishkek, République kirghize, et Calverton, Maryland, États-Unis : NSC, MS et ICF International.
- NSO (Bureau national des statistiques). 2021. *Malawi Multiple Indicator Cluster Survey 2019–20, Survey Findings Report*. Zomba, Malawi : NSO.
- OCHA (Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires). 2020a. « Panorama humanitaire mondial 2022. » Consulté le 12 décembre 2022. <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global%20Humanitarian%20Overview%202022.pdf>.

- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2014. *Plan global de mise en œuvre sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant*. Genève, OMS.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2019. « Référentiel de données de l'Observatoire mondial de la santé/Statistiques sanitaires mondiales. » Consulté le 2 août 2022. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2020. *Améliorer le développement de la petite enfance : Ligne directrice de l'OMS*. Genève, OMS.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2022a. « Données sur les adolescents. » Consulté le 6 novembre 2022. <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/adolescent-data>.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2022b. « Indicateurs. » Consulté le 6 novembre 2022. <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/adolescent-population-as-percentage-of-total-population>.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) et GHWA (Global Health Workforce Alliance). 2008. *Étude de cas, Ghana : mise en œuvre d'un plan national de ressources humaines pour la santé*. Genève, OMS.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) et UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2020a. *Cours de formation à l'Initiative des hôpitaux amis des bébés pour le personnel de la maternité : Guide de personnalisation*. Genève : Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915>.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) et UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2020b. *Boîte à outils pour la vérification des compétences : Assurer la compétence des prestataires de soins directs pour la mise en œuvre de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés*. Genève : Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008854>.
- SPRING (Renforcement des partenariats, des résultats et des innovations dans le domaine de la nutrition à l'échelle mondiale). 2017. *Raising the Status and Quality of Nutrition Services within Government Systems*. Arlington, VA : projet SPRING. <https://www.spring-nutrition.org/publications/briefs/raising-status-and-quality-nutrition-services-within-government-systems>.
- USAID. 2021a. « Bangladesh : Nutrition Profile. » Consulté le 7 novembre 2022. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/Copy_of_tagged_Bangladesh-Nutrition-Profile.Pdf.
- USAID. 2021b. « Malawi : Nutrition Profile. » Consulté le 7 novembre 2022. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/Copy_of_tagged_Malawi-Nutrition-Profile.pdf.
- USAID en action pour la nutrition. 2020. *Strengthening Nutrition Competencies for Nurses : A Tool for Updating Pre-Service Training*. Arlington, VA : USAID en action pour la nutrition.
- USAID en action pour la nutrition. 2022. *Situational Analysis of Early Childhood Care and Development Services in Ghana: Final Report*. Arlington, VA : USAID en action pour la nutrition.
- USAID ENGINE (Donner aux nouvelles générations les moyens d'améliorer la nutrition et les opportunités économiques), et sauver les enfants. 2012, décembre. « Nutrition Core Competencies for Health Science Cadres and Undergraduate Nutritionists in Ethiopia. » Consulté le 9 septembre 2022. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KWJS.pdf

Documents supplémentaires examinés

- Britto, P.R., S.J. Lye, A.K. Yousafzai, S.G. Matthews, T. Vaivada, R. Perez-Escamilla, et al. 2017. « Nurturing Care : Promoting Early Childhood Development. » *The Lancet* 389(10064) : 91–102. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31390-3)
- NSC (Comité national des statistiques de la République kirghize) et UNICEF. 2014. *Kyrgyzstan Multiple Indicator Cluster Survey Final Report*. Bishkek, Kirghizstan : NSC.
- Drislane, F. W., A. Akpalu, et H.H. Wegdam. 2014. « The Medical System in Ghana. » *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 87(3), 321–326. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4144286/>
- Escribano-Ferrer B., F. Cluzeau, D. Cutler, C. Akufo, et K. Chalkidou. 2016. « Quality of Health Care in Ghana : Mapping of Interventions and the Way Forward. » *Ghana Medical Journal*. 50(4):238–247. doi.org/10.4314/gmj.v50i4.7.
- GHS (Ghana Health Service). 2005. *Imaginez un Ghana débarrassé de la malnutrition*. Accra : GHS.
- Lu, C., M.M. Black, et L.M. Richter. 2016. « Risk of Poor Development in Young Children in Low-Income and Middle-Income Countries: An Estimation and Analysis at the Global, Regional, and Country Level. » *The Lancet Global Health* 4 : e916-922. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(16\)30266-2](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(16)30266-2)
- MoHFW (Direction générale des services de santé, ministère de la santé et du bien-être familial, Gouvernement de la République populaire du Bangladesh). 2022. « Job Circulars. » Consulté le 6 novembre 2022. <https://drive.google.com/file/d/1ZRPyJKYJOVY-ApSNKrGRL-Q2TG7E6rym/view?usp=sharing>.
- MS (Ministère de la santé, République du Ghana). 2007. *Human Resource Policies and Strategies for Health Sector 2007–2011*. Accra : MS.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2022. « Maladies non transmissibles. » Consulté le 1er novembre 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- UNICEF. 2020. « Bases de données mondiales : alimentation du nourrisson et du jeune enfant. » Consulté le 1er novembre 2022. <http://data.unicef.org/nutrition/iycf>.
- UNICEF, OMS (Organisation mondiale de la santé) et Banque mondiale. 2020. « Base de données étendue des estimations conjointes de la malnutrition infantile : Retard de croissance, émaciation et surpoids ». Consulté le 3 août 2022. <https://data.unicef.org/resources/dataset/malnutrition-data>.
- USAID. 2019. *Systems for Health (S4H) : Evaluation of Accomplishments and Lessons Learned*. Washington, D.C. : UDAID.

Annexe I. Instructions pour l'examen des programmes de formation initiale

Annexe 2. Conclusions et recommandations pour les cinq pays

Bangladesh

Introduction

Ce rapport est basé sur le travail entrepris par l'USAID en action pour la nutrition et un consultant local. Notre travail a commencé par l'identification des documents gouvernementaux pertinents (par exemple, les descriptions de poste, les politiques et les protocoles de prestation de services) qui définissent les services nutritionnels prioritaires, ainsi que les rôles et les responsabilités des professionnels/agents de santé certifiés pour fournir ces services en première ligne (au niveau des soins de santé primaires). Pour trouver les documents pertinents et les informations clés nécessaires, nous avons consulté le Conseil des infirmières et des sage-femmes du Bangladesh, le Conseil national de la nutrition du Bangladesh, la Direction générale de la planification familiale (DGPF), la Direction générale des services de santé (DGSS), l'Institut de nutrition santé publique, l'Institut national de recherche et de formation démographiques (National Institute of Population Research and Training [NIPORT]) et la Faculté de médecine d'État du Bangladesh. Finalement, nous avons examiné les documents suivants :

- *Plan de plaidoyer du Bangladesh pour la nutrition 2019–2025 et cadre pour sa mise en œuvre (MoHFW 2019a)*
- *Stratégie du Bangladesh en matière de personnel de santé (MoHFW 2015a)*
- *Stratégie nationale du Bangladesh pour les agents de santé communautaire (2019-2030) (MoHFW 2019b)*
- *Manuel de renforcement des capacités de gestion sanitaire des upazilas pour les responsables sanitaires des upazilas et les prestataires de services (MoHFW s.d.)*
- *Plan d'investissement stratégique pour la santé, la nutrition et la population (2016–2021) (MoHFW 2016)*
- *Directives nationales pour la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë au Bangladesh (IPHN et MoHFW 2017)*
- *Politique nationale de santé (MoHFW 2011)*
- *Politique nationale de nutrition du Bangladesh (MoHFW 2015b)*

Indicateurs de nutrition pour le Bangladesh

Enfants de moins de cinq ans :

Retard de croissance : 30,7 %

Émaciation : 14,1 %

Poids insuffisant : 23 %

Faible poids à la naissance : 26,4 %

Surpoids : 2,5 %

Obésité : 0,8 %

Femmes en âge de procréer* :

Prévalence de l'anémie :

Femmes enceintes : 42,2 %

Femmes non enceintes : 36,5 % (OMS)

Prévalence de la maigreur chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) : 12 %

Couverture en fer pour les femmes enceintes (pendant au moins 90 jours) : 46 %

Prévalence de surpoids chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) : 32 %

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant :

Pratiques d'allaitement

Enfants ayant été allaités au sein : 98,5 %

Enfants toujours allaités à 1 an : 93 %

Enfants nourris au sein dans un délai d'un jour après la naissance : 46,6 %

Pratiques d'alimentation complémentaire (6-23 mois) :

Diversité alimentaire minimale : 33,8 %

Fréquence minimale des repas : 65,5 %

Alimentation minimale adéquate : enfants allaités 27,8 %, enfants non allaités : 16,6 %

Sources : OMS 2022b, BSB et UNICEF Bangladesh 2019 ; NIPORT & ICF 2020 ; USAID 2021a

- *Deuxième plan d'action national pour la nutrition (2016–2025)* (MoHFW 2017)
- *Stratégie nationale sur la prévention et le contrôle des carences en micronutriments (2015–2024)* (IPHN et MoHFW 2015)
- *Stratégie de formation et lignes directrices pour le développement des capacités des ressources humaines dans le domaine de la nutrition multisectorielle* (Bangladesh NNC et MoHFW 2021)
- *Manuel opérationnel du centre de santé et de bien-être familial de l'Union* (MoHFW 2014).

Environnement politique pour la nutrition, les services de nutrition et le renforcement des capacités de la main-d'œuvre

Le gouvernement du Bangladesh reconnaît l'importance de la nutrition pour la santé et la croissance de la nation. La Constitution du Bangladesh (Article 18 (1)) affirme : « ... l'État considère l'élévation du niveau de nutrition et l'amélioration de la santé publique comme l'un de ses principaux devoirs » (1972). En outre, trois des huit objectifs inclus dans son *Plan d'investissement stratégique pour la santé, la nutrition et la population (2016–2021)* (MoHFW 2016) sont pertinents pour la fourniture de services nutritionnels de qualité :

- Mettre en place un personnel de santé de qualité, accessible à tous par l'intermédiaire des prestataires de services de santé publics et privés.
- Améliorer l'accès équitable à des services de santé, de nutrition et de planification familiale de qualité et leur utilisation.
- Promouvoir des choix de vie sains dans un environnement sain.

Alors que la *Politique nationale de santé* (2011) identifie les services de nutrition comme un élément clé des services de santé primaires et d'urgence, la *Stratégie en matière du personnel de santé* (2015a), qui décrit le développement général des connaissances et des compétences du personnel de santé, ne mentionne pas spécifiquement la nutrition. Le *Deuxième plan d'action national pour la nutrition (2016–2025)* reconnaît que le renforcement et le développement des capacités à tous les niveaux sont essentiels pour une mise en œuvre réussie du plan (2017). Cela invite le Conseil national de la nutrition du Bangladesh à élaborer une stratégie de formation comprenant la mise à jour des programmes de formation initiale et continue afin d'en renforcer le contenu nutritionnel. Déterminer le nombre d'agents de santé à employer dans les cliniques communautaires et les centres de santé des syndicats, en identifiant les postes non pourvus, en évaluant les compétences et en identifiant les besoins de formation « afin que le ratio entre les agents de santé et les bénéficiaires soit maintenu et que les services de nutrition puissent être étendus » (IPHN et MoHFW 2017).

Les agents de santé sont les premiers responsables de la prestation de services de nutrition

Nous avons examiné les descriptions de poste de six cadres de santé (tableau 6). Nous avons cherché à identifier les rôles qui auraient la plus grande influence sur la prestation des services de nutrition de première ligne. Nous avons pris en considération les mentions directes des services de nutrition (par exemple, le suivi et la promotion de la croissance [SPC]) ainsi que les services indirectement liés à la nutrition ou aux services de nutrition (par exemple, la préparation de rapports).

Sur les six cadres, nous en avons identifié cinq qui jouent un rôle clé dans la prestation de services de nutrition en première ligne. Deux d'entre eux se sont distingués dans le cadre de cet examen : le visiteur familial et le médecin communautaire adjoint. Tous deux répondaient à l'ensemble de nos critères de sélection : formation préalable à l'emploi dans un établissement universitaire, nécessité d'une certification professionnelle, prestation de services de première ligne, prise en charge des populations

prioritaires en matière de nutrition, et description de poste mentionnant spécifiquement la prestation de services de nutrition.

Les FWV travaillent presque exclusivement dans les centres de santé et de bien-être familial de l'Union (Union Health and Family Welfare Centers [UH & FWC]) et dans les unités de santé maternelle et infantile des complexes de santé de l'Upazila. Bien que les SACMO relevant de la DGSS travaillent dans d'autres types d'établissements de santé, nous nous sommes concentrés sur ceux qui travaillent dans les UH & FWC.

Figure 1. Cartographie des cadres qui fournissent des services de première ligne et des structures de supervision

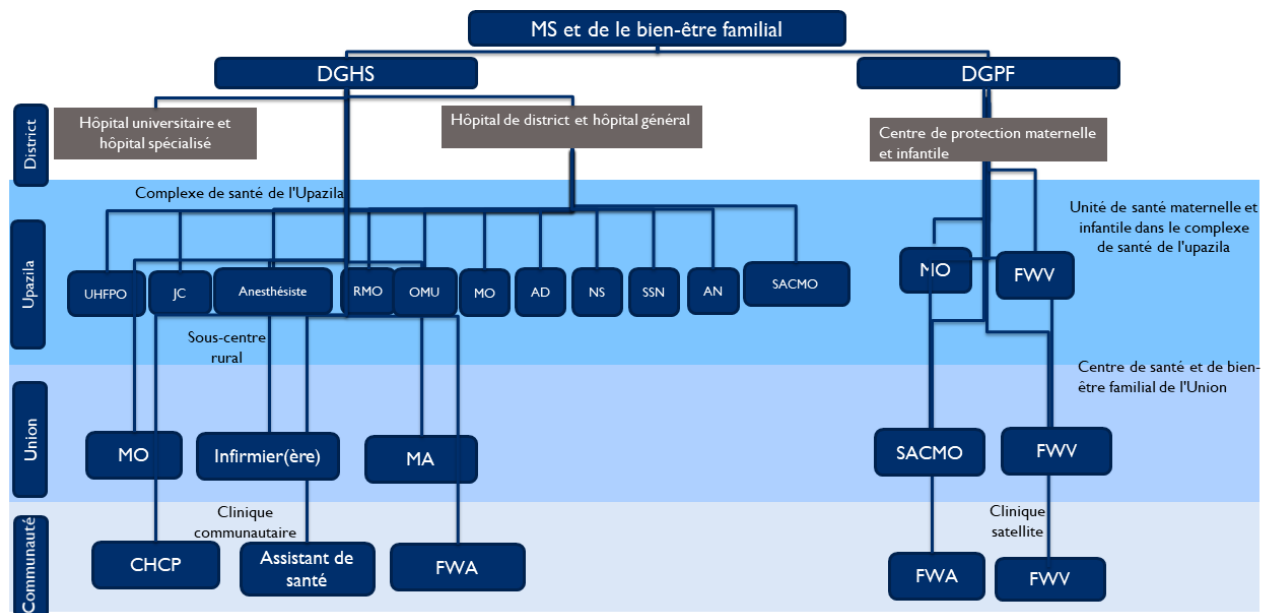


Tableau 6. Critères de sélection des cadres des agents de santé de première ligne ou de soins primaires au Bangladesh

	Prestataire de soins de santé communautaire	Assistent de santé	Assistent(e) social(e) familial(e)	FWV	SACMO	Infirmier(ère)
Formé avant l'emploi dans une institution académique	✗ 2 mois au niveau de l'upazila	✗ 10 jours au niveau de l'upazila	✗ 2 mois à NIPORT	✓	✓	✓
Exige une certification professionnelle	✗	✗	✗	✓	✓	✓
Fournit des services de première	✓	✓	✓	✓	✓	✗

	Prestataire de soins de santé communautaire	Assistant de santé	Assistant(e) social(e) familial(e)	FWV	SACMO	Infirmier(ère)
ligne/de soins primaires						
Dessert les populations prioritaires en matière de nutrition	✓	✓	✓	✓	✓	✓
La description de poste mentionne la prestation de services de nutrition	✓	✓	✓	✓	✓	×

Selon les documents que nous avons pu identifier, le gouvernement du Bangladesh a créé 6 362 postes de FWV et 8 809 postes de SACMO (2 500 sous la DGPF et 5 309 sous la DGSS). Toutefois, 2 605 de ces postes de FWV et 2 358 postes de SACMO étaient vacants selon les personnes contactées dans chaque institution.⁴ Selon le *Manuel opérationnel de l'UH & FWC* (MoHFW 2017), les SACMO et les FWV qui travaillent au niveau de l'union sont responsables de la conduite des activités suivantes liées à la nutrition :

- suivi et promotion de la croissance
- l'identification, le traitement et l'orientation de la malnutrition chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les mères allaitantes
- la surveillance du poids pendant la grossesse
- la prestation de soins prénatals et postnatals
- l'éducation nutritionnelle des mères et des soignants
- le soutien à l'allaitement
- la préparation du rapport.

En outre, les SACMO dispensent une éducation nutritionnelle aux élèves/adolescents dans les écoles/cliniques satellites. Selon la description de poste nationale, les SACMO organisent également différentes activités pour la prestation de services de santé maternelle, néonatale, infantile, de planification familiale et de nutrition au niveau de l'union, et tant les SACMO que les FWV fournissent des conseils en matière de nutrition aux femmes enceintes.

⁴ Les données du SACMO ont été envoyées par le chef adjoint des systèmes d'information de gestion de la DGSS et les données du FWV ont été envoyées par le directeur adjoint (suivi) de la DGPF.

Les SACMO fournissent principalement des services aux enfants de moins de cinq ans, aux adolescents et aux hommes adultes au niveau de l'UH & FWC, car la plupart des SACMO sont des hommes. Cependant, ils fournissent des services pendant les jours de clinique satellite, notamment aux femmes enceintes et allaitantes, aux adolescentes et aux femmes dans les UH & FWC.

Formation initiale requise pour les cadres sélectionnés

Bien que les rôles et les responsabilités des UH & FWC soient très similaires, les exigences en matière de formation initiale des FWV et des SACMO sont différentes (voir tableau 7).

Tableau 7. Caractéristiques des programmes de formation initiale examinés pour certains cadres d'agents de santé fournissant des services de nutrition de première ligne

	SACMO	FWV
Diplôme/certificat obtenu	Formation des assistants médicaux (Medical Assistants' Training [MAT])	Cours de base pour les visiteurs de l'aide sociale à la famille
Établissements offrant un diplôme/programme	Écoles de MAT publiques et privées	Instituts de formation des visiteurs du bien-être familial et centres de formation régionaux sous l'égide de l'Institut national de recherche et de formation en matière de population
Durée du programme	3 ans de diplôme + 1 an de stage	18 mois, dont 11 mois de formation pratique dans un établissement de santé
Titre du programme de formation initiale	« Programme d'études pour la formation d'assistant médical »	« Répertoire des cours pour la formation de base des FWV »
Date de la dernière mise à jour du programme de formation initiale	2009	2016
Objectifs du programme de formation initiale	Le programme d'études ne comprend que l'objectif global suivant : « former des assistants médicaux possédant les connaissances, les compétences et l'attitude requises pour fournir des soins de promotion, de prévention et des soins curatifs de première ligne à la communauté ». Il n'énonce pas d'objectifs spécifiques, sauf en ce qui concerne les matières ou les cours.	Le programme d'études ne comporte pas d'objectif.

	SACMO	FWV
Cours avec un contenu lié à la nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Santé communautaire de base et éthique médicale • Anatomie et physiologie de base • Médecine de base et pédiatrie • Obstétrique et gynécologie de base • Médecine communautaire de base et gestion de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Classification des aliments • Évaluation nutritionnelle, y compris le SPC • Types, identification, prise en charge et orientation de la malnutrition • Identification et prise en charge de la malnutrition protéine-énergétique et des carences en micronutriments • Allaitement maternel et alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) • La nutrition dans la croissance et le développement • L'éducation nutritionnelle
Le programme comprend des plans de cours	Non	Non
Le programme d'études décrit les méthodes d'enseignement	Oui, mentionne les méthodes d'enseignement et les aides pour chaque section, et indique le temps prévu pour chaque matière en cours magistral, travaux dirigés, visites sur le terrain et pratique.	Non
Le programme d'études exige un stage ou une pratique	Oui	Oui

Compétences en nutrition abordées dans les programmes de formation initiale examinés

L'*Outil de révision des programmes* développé par l'USAID en action pour la nutrition en 2021 identifie 84 compétences pertinentes pour la prestation de services de nutrition de première ligne. Sur la base des documents que nous avons examinés, nous avons considéré que toutes ces compétences étaient pertinentes pour le FWV et le SACMO, compte tenu de leur lieu de travail et de la nature de première ligne des services qu'ils fournissent, des populations qu'ils servent et des rôles et responsabilités décrits dans le *Manuel opérationnel de l'UH & FWC* (2014). Nous avons ensuite déterminé si les programmes d'études abordaient ces compétences pour chaque cadre. Le tableau 3 donne un aperçu des compétences abordées dans chaque programme d'études par sujet.

Le programme de formation des assistants médicaux du SACMO aborde 60 pour cent (50 sur 84) des compétences liées à la nutrition. Nous n'avons pas été en mesure de déterminer si le programme d'études abordait trois des compétences requises pour les SACMO : connaissance des orientations opérationnelles pour l'évaluation de l'état nutritionnel, connaissance des orientations opérationnelles pour la prise en charge des carences en micronutriments et de l'anémie, et connaissance des politiques et des programmes liés à la nutrition pour les populations en général.

Le programme de MAT ne donne pas beaucoup de détails sur ce qui est couvert, mais il semble aborder la gestion de l'émaciation chez les enfants et les adolescents, l'alimentation complémentaire, les soins adaptés, la communication et le conseil en matière de changement de comportement, et la gestion des services de nutrition. Cependant, le programme d'études n'aborde pas un certain nombre de compétences clés liées à l'éducation et à—

- l'évaluation de l'état nutritionnel
- le traitement et la guérison de la malnutrition ou de la maigreur chez les adultes
- la gestion des carences en micronutriments et de l'anémie
- la vie saine
- la nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant
- l'allaitement
- la nutrition maternelle
- la nutrition des adolescents
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des MNTN.
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences.

Selon le *Manuel opérationnel de l'UH & FWC* (MoHFW 2017), les SACMO devraient fournir un soutien à l'allaitement, mais le programme de formation des assistants médicaux ne semble pas aborder les compétences suivantes liées à l'allaitement :

- connaissance des moyens par lesquels un établissement d'accouchement devrait soutenir l'allaitement
- capacité à soutenir l'allaitement dans la première heure, notamment en favorisant un contact peau à peau immédiat et ininterrompu
- la capacité à faciliter les soins de la mère kangourou
- capacité à aider (y compris par la démonstration) une mère à adopter des positions confortables et sûres pour l'allaitement et à obtenir une prise du sein efficace et confortable
- la capacité d'aider une mère à gérer l'expression du lait
- la capacité d'aider les mères et les soignants si une mère ne nourrit pas son bébé directement au sein
- la capacité d'aider une mère à allaiter un bébé de faible poids à la naissance ou malade
- connaissance des politiques et programmes liés à la nutrition pour les femmes enceintes et allaitantes.

Enfin, alors que le programme aborde largement la communication et le conseil en matière de changement de comportement, nous n'avons pas vu de mention de la manière d'aider les clients à identifier et à atteindre leur objectif nutritionnel.

En ce qui concerne le FWV, la formation initiale était nettement plus courte, mais nous avons déterminé que le programme d'études abordait un nombre similaire de compétences que le programme d'études de formation des assistants médicaux : 58 pour cent (49 sur 84). Là encore, nous n'avons pas été en mesure de déterminer si le programme d'études abordait trois des compétences requises pour le visiteur du bien-être familial : la connaissance des directives opérationnelles pour l'évaluation de l'état nutritionnel, la capacité à gérer les services de nutrition et la capacité à planifier et à gérer les produits de base, les équipements, les médicaments et autres intrants en matière de nutrition.

Le programme du cours de base du FWV couvre les compétences liées à un mode de vie sain, à l'allaitement, à l'alimentation complémentaire, aux soins adaptés et à la nutrition maternelle. Le programme couvre certaines compétences liées à la mesure de l'anthropométrie et à la réalisation d'évaluations cliniques, mais il ne couvre pas la mesure du tour de taille, les tests de laboratoire pour mesurer les carences en micronutriments ou les antécédents alimentaires, et il ne semble pas expliquer comment déterminer les scores Z ou l'indice de masse corporelle.

Plus précisément, le programme d'études n'aborde pas les compétences suivantes, nécessaires à la prestation de services nutritionnels complets et de qualité—

- l'évaluation de l'état nutritionnel
- gestion de l'émaciation chez les enfants et les adolescents
- la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte
- la gestion des carences en micronutriments et de l'anémie
- la nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant
- la nutrition des adolescents
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des MNTN
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences
- la communication et conseil pour le changement de comportement
- la gestion des services de nutrition.

Parmi les compétences que le programme ne semble pas aborder, on peut citer les suivantes :

- la capacité à conseiller les personnes s'occupant d'enfants sur les différents types de handicaps, les effets possibles sur les besoins et l'état nutritionnels des enfants et le moment où il convient de demander une aide supplémentaire
- capacité à conseiller les soignants sur les pratiques liées à la nutrition en fonction des tendances de croissance
- capacité à conseiller les soignants sur la façon de reconnaître les signaux d'alimentation et les signes précoces de la faim
- la connaissance de la manière d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

- capacité à conseiller les soignants sur les pratiques d'alimentation actives, réactives (signaux d'alimentation/signes précoces de la faim), adaptées au développement et à l'âge de l'enfant.

























Tableau 8. Compétences liées à la nutrition abordées,⁵ par domaine thématique

Clé :







 = < 40 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées.

 = 40 à 79 % des compétences quelque peu ou bien abordées.

 = ≥ 80 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées.

Domaine thématique (nombre de compétences)	SACMO	FWV
Total (84)	60 % (50/84)	58 % (49/84)
L'évaluation de l'état nutritionnel (8)		
La gestion de l'émaciation chez les enfants et les adolescents (6)		
La gestion de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte (8)		
La gestion des carences en micronutriments et de l'anémie (4)		
La vie saine (8)		
La nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant (7)		
Allaitement (11)		
L'alimentation complémentaire (6)		
Les soins adaptés (2)		
La nutrition maternelle (2)		
La nutrition des adolescents (3)		
La prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des maladies non transmissibles liées à la nutrition (4)		

⁵ Par souci de simplicité, si nous ne pouvions pas déterminer si un programme d'études abordait une compétence, nous l'avons regroupé dans la catégorie « non abordé ».

Domaine thématique (nombre de compétences)	SACMO	FWV
La prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences (4)		
La communication et les conseils en matière de changement de comportement (5)		
La gestion des services de nutrition (8)		

Recommandations qui ont émergé

Les recommandations issues de cet examen et des discussions avec les principales parties prenantes sont les suivantes :

SACMO

Selon les documents gouvernementaux, le SACMO est chargé de fournir des services de nutrition. Le programme de formation des assistants médicaux aborde un certain nombre de compétences liées à la nutrition. Cependant, il existe un certain nombre de compétences liées aux rôles et responsabilités du SACMO que le programme n'aborde pas bien, voire pas du tout.

S'il est possible que, dans la pratique, le programme d'études couvre certains de ces sujets et développe les compétences nécessaires, cela n'a pas semblé être le cas lors de notre examen. C'est pourquoi nous recommandons qu'**examine et révise le programme d'études de formation des assistants médicaux**. Nous recommandons d'augmenter le contenu nutritionnel (à la fois théorique et pratique) couvert par le programme de formation des assistants médicaux. Des efforts supplémentaires sont nécessaires dans un certain nombre de domaines, mais en particulier dans les domaines suivants—

- l'évaluation de l'état nutritionnel
- la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte
- la gestion des carences en micronutriments et de l'anémie
- la vie saine
- la nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant
- l'allaitement
- la nutrition maternelle
- la nutrition des adolescents
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des maladies non transmissibles liées à la nutrition
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences.

Compte tenu des difficultés rencontrées pour déterminer si un programme d'études aborde ou non une compétence, nous recommandons également **d'élaborer un programme d'études ou des plans de cours plus détaillés** pour la formation des étudiants à la fonction de SACMO afin de s'assurer qu'ils les préparent à assumer les responsabilités qui leur sont confiées.

FWV

Nos résultats indiquent que le cours de base du FWV couvre des sujets liés à l'allaitement maternel, à l'alimentation complémentaire, aux soins adaptés, ainsi qu'à la nutrition maternelle. Il couvre certaines compétences liées à l'évaluation de la nutrition, mais certainement pas toutes les compétences nécessaires. Bien qu'il soit possible que, dans la pratique, les instructeurs couvrent certains de ces sujets et que les étudiants acquièrent les compétences nécessaires, cela n'a pas semblé être le cas lors de notre examen du programme d'études. Par conséquent, nous recommandons de **revoir et de réviser le programme du cours de base du FWV** afin de s'assurer que la formation initiale les prépare aux responsabilités qui leur sont confiées. Le programme d'études pourrait bénéficier d'un contenu supplémentaire lié à—

- l'évaluation de l'état nutritionnel
- la gestion de l'émaciation chez les enfants et les adolescents
- la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte
- la gestion des carences en micronutriments et de l'anémie
- la nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant
- la nutrition des adolescents
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des maladies non transmissibles liées à la nutrition
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences
- la communication et conseil pour le changement de comportement
- la gestion des services de nutrition.

Enfin, si nous savons que la formation initiale du FWV comprend 7 mois de cours et 11 mois de formation pratique dans un établissement de santé, nous savons peu de choses sur les techniques de formation employées. Nous recommandons **d'ajouter une variété de techniques d'enseignement au programme** et éventuellement de **développer des plans de cours plus détaillés et des aides à l'emploi** en complément.

Site transversal

S'il existe des descriptions de poste nationales pour le SACMO et le FWV, elles ne mentionnent que très peu les responsabilités liées à la nutrition. Le *Manuel de renforcement des capacités de gestion de la santé des upazilas pour les responsables sanitaires des upazilas et les prestataires de services (MoHFW 2011)* suggère que les SACMO et les FWV sont chargés de fournir les mêmes services au niveau du syndicat, mais que leur formation initiale diffère considérablement, notamment parce que la formation des SACMO dure plus de deux fois plus longtemps que celle des FWV.

Par conséquent, nous recommandons **d'aligner les programmes d'études des SACMO et des FWV sur leurs rôles et responsabilités**. Cela pourrait impliquer une révision des rôles et des responsabilités de ces deux cadres et/ou une révision de leur formation initiale.

Nous pensons également qu'il serait utile de **mettre à jour les descriptions de poste nationales standard**, de **renforcer les rôles et les responsabilités dans les politiques et les lignes directrices nationales**, et de les **diffuser largement**. La compréhension des responsabilités de chacun est un facteur essentiel qui influe sur les performances des agents de santé.

République démocratique du Congo

Introduction

Ce rapport est basé sur le travail entrepris par l'USAID en action pour la nutrition et une équipe de deux consultants locaux. Pour identifier les agents de santé principalement chargés de fournir des services de nutrition en RDC, nous avons examiné les politiques et stratégies nationales relatives aux services de santé et de nutrition et aux ressources humaines. Nous avons examiné les documents suivants :

- *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) recadré pour la période 2019–2022 : vers la couverture sanitaire universelle (MSP 2018)*
- *Plan Stratégique National Multisectoriel en Nutrition (PSNMN) 2016–2020 Tome I : Stratégie (MSP 2016b)*
- *Plan Stratégique National Multisectoriel en Nutrition (PSNMN) 2016–2020 Tome II : Opérationnalisation (MSP 2016c)*
- *Recueil des normes de la zone de santé (MSP 2006c)*
- *Loi Cadre N° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique (2018).*

Sur les six documents de politique examinés, seuls les quatre premiers énumérés ci-dessus mentionnent la nutrition. Aucun ne donne un aperçu des rôles et responsabilités spécifiques des cadres fournissant des services de première ligne. En outre, sur la base d'une consultation avec les parties prenantes du Ministère de la Santé publique (MSP), nous avons confirmé que la RDC ne dispose pas de descriptions de poste standardisées pour ses agents de santé. Par conséquent, pour identifier les cadres qui fournissent des services de nutrition de première ligne, nous avons mené des consultations supplémentaires auprès des parties prenantes afin de comprendre quels cadres de première ligne fournissent quels services. Nous avons également examiné d'autres documents normatifs et protocoles énumérés ci-dessous afin de déterminer les services de nutrition que les agents de santé doivent fournir aux communautés :

- *Recueil des normes de la zone de santé (MSP 2006)*
- *Référentiel de compétences infirmières du niveau secondaire (MSP 2009)*
- *Référentiel de compétences de l'accoucheuse du niveau secondaire (MSP 2014)*
- *Protocole National de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë, Édition 2016 (MSP 2016d)*
- *Informations utiles sur la Mise en œuvre de la Nutrition à Assise Communautaire (MSP 2016a)*

Indicateurs clés de la nutrition en RDC

Enfants de moins de cinq ans :

Retard de croissance : 45 %

Émaciation : 10 %

Poids insuffisant : 23,1 %

Faible poids à la naissance : 7,1 %

Femmes en âge de procréer :

Prévalence de l'anémie parmi les femmes en âge de procréer : 38,4 %

Prévalence de la maigreur chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) : 14,4 %

Prévalence de la maigreur chez les adolescentes (15 à 19 ans) : 20,8 %

Couverture en fer pour les femmes enceintes (pendant au moins 90 jours) : 4,7 %

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant :

Pratiques d'allaitement

Enfants ayant été allaités au sein : 98,7 %

Enfants toujours allaités à 1 an : 88,2 %

Enfants nourris au sein dans un délai d'un jour après la naissance : 91,5 %

Pratiques d'alimentation complémentaire (6 à 23 mois) :

Diversité alimentaire minimale : 15,2 %

Fréquence minimale des repas : 34,1 %

Régime alimentaire minimum adéquat : 8 %

Sources : INS 2018 ; MPMSRM, MSP, et ICF 2014

- *Protocole National de Prise en Charge Nutritionnelle des Personnes Vivant avec le Virus Immunodéficience Humaine*, Édition 2016 (MSP 2016d)
- *Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant dans les situations d'urgence Manuel d'Orientations opérationnelles* (MSP 2013b)
- *Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant-Module de Formation* (MSP 2013a)
- *Consultation préscolaire (CPS) manuel d'orientation* (MS 2015)

Environnement politique pour la nutrition, les services de nutrition et le renforcement des capacités de la main-d'œuvre

La République démocratique du Congo a adopté sa première politique nationale de nutrition en 2000, suite à la création du *Programme national de nutrition* (PRONANUT). Démontrant encore son engagement à améliorer l'état nutritionnel de sa population, le pays a rejoint le Mouvement pour le renforcement de la nutrition en 2013, ce qui a conduit à l'élaboration du PSNMN 2016–2020. L'objectif du PSNMN est d'améliorer l'état nutritionnel de la population, en mettant l'accent sur les enfants de 0 à 23 mois, les femmes enceintes et allaitantes et les adolescents, en créant une synergie entre les interventions directes en matière de nutrition et les interventions dans les secteurs sensibles à la nutrition (MSP 2009).

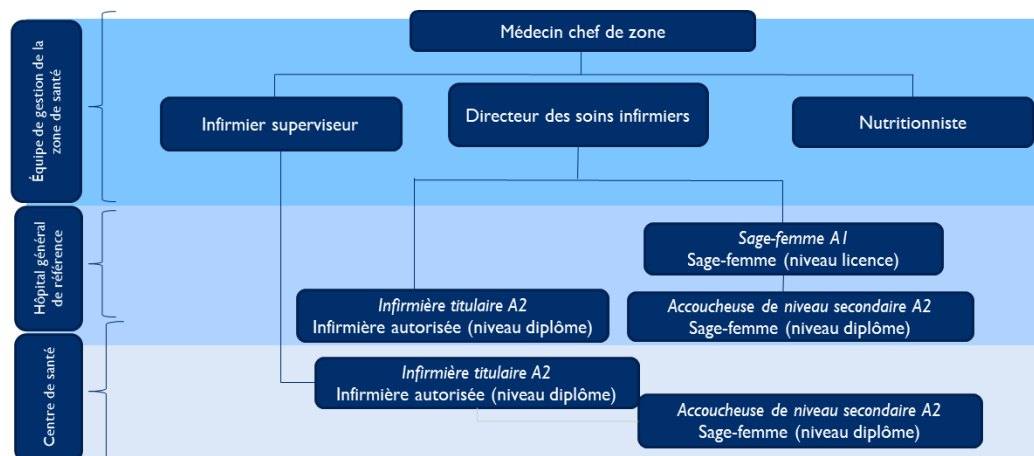
Ces engagements en faveur de la nutrition sont renforcés dans le *Plan National de Développement Sanitaire 2019–2022* (PNSD) qui inclut parmi ses objectifs stratégiques une meilleure coordination et intégration du MSP avec les autres secteurs pour améliorer la sécurité alimentaire et la nutrition. Le PNSD comprend également un engagement à améliorer la disponibilité et la rétention de ressources humaines qualifiées dans le domaine de la santé, notamment par le biais d'activités visant à renforcer la formation initiale, telles que le développement d'un processus d'examen et d'un système d'accréditation pour les institutions de formation et l'élaboration d'un plan de formation national afin de garantir que les cours correspondent aux besoins locaux.

Les agents de santé sont les premiers responsables de la fourniture de services de nutrition

Il n'existe pas de descriptions de poste nationales standardisées pour les agents de santé en RDC. Pour déterminer quels cadres fournissent des services de nutrition en première ligne ou au niveau des soins primaires, nous avons examiné les protocoles nationaux et les supports de formation et consulté les responsables du MSP.⁶ Nous avons croisé ces informations avec le *Recueil des normes de la zone de santé* du MSP (2006), qui détaille les services qui devraient être fournis à chaque niveau du système de santé et certaines informations sur les types et le nombre de personnels qui devraient être présents à chaque niveau et type d'établissement. La figure 2 résume les informations que nous avons recueillies sur la structure du système de santé au niveau des zones sanitaires, y compris les rôles de prestation de services et de supervision.

⁶ Voir la section Introduction pour la liste complète des documents examinés.

Figure 2. Cartographie des cadres qui fournissent des services de première ligne et des structures de supervision



Sur les neuf cadres identifiés, nous en avons d'abord identifié trois qui pourraient jouer un rôle dans la prestation de services de nutrition en première ligne : La sage-femme A1 (niveau licence), l'infirmière titulaire A2 de niveau secondaire (niveau diplôme) et l'accoucheuse de niveau secondaire (niveau diplôme). Après un examen plus approfondi, nous avons déterminé que seuls deux de ces cadres répondaient à nos critères de sélection (tableau 9) : l'infirmière titulaire A2 et l'accoucheuse A2. Tous deux travaillent au centre de santé où des agents de santé fournissent des services de nutrition de première ligne.

Tableau 9. Critères de sélection des cadres des travailleurs de première ligne ou de soins de santé primaires en RDC

	Infirmière titulaire A2	Accoucheuse A2
Formé avant l'emploi dans une institution académique	✓	✓
Exige une certification professionnelle.	✓	✓
Fournit des services de première ligne/de soins primaires	✓	✓
Dessert les populations prioritaires en matière de nutrition	✓	✓
La description de poste mentionne la prestation de services de nutrition	✗ Pas de descriptions de postes disponibles au niveau national	✗ Pas de descriptions de postes disponibles au niveau national

Les infirmières titulaires A2 travaillent à la fois dans les centres de santé et dans les hôpitaux généraux de référence. Selon les *normes de la zone de santé* du MSP 2006, l'infirmière titulaire A2 au niveau du centre de santé fournit les services suivants liés à la nutrition :

- le suivi de la croissance et du développement des enfants de moins de cinq ans
- la supplémentation en micronutriments (par exemple, vitamine A, zinc)
- les consultations pré et postnatales
- les soins spéciaux pour les bébés de faible poids à la naissance (soins de la mère kangourou, alimentation assistée)
- la réhabilitation nutritionnelle, y compris l'alimentation thérapeutique et/ou complémentaire
- le dépistage anthropométrique
- l'éducation nutritionnelle.

Les *normes de la zone de santé* du MSP 2006 ne mentionnent pas l'accoucheuse A2 et l'absence de descriptions de poste nationales en RDC rend difficile la détermination des compétences nutritionnelles pertinentes pour ce rôle. Nous supposons qu'ils jouent un rôle important dans les soins pré et postnataux, période pendant laquelle l'état nutritionnel (en particulier l'anémie) est une considération importante et où les conseils nutritionnels liés à l'alimentation de la mère et aux pratiques d'allaitement précoce sont essentiels. En consultation avec les responsables du MSP, nous avons compris que les accoucheuses A2 travaillent principalement dans les centres de santé, au sein des maternités, et qu'elles apportent un soutien en matière de supervision aux groupes de proximité communautaires (*cellules d'animation communautaire*). Dans certains cas, elles sont également présentes au niveau de l'hôpital où elles travaillent sous la supervision d'une sage-femme de premier cycle (sage-femme A1).

Formation initiale requise pour les cadres sélectionnés

L'infirmière titulaire A2 doit suivre les cours de formation en soins infirmiers pour obtenir le *Diplôme des humanités techniques des sciences de santé*. L'accoucheuse A2 doit être titulaire d'un diplôme de quatre ans obtenu dans une école d'infirmières. Le tableau 10 présente un résumé des programmes de formation initiale que nous avons examinés pour ces deux postes.

Tableau 10. Caractéristiques des programmes de formation initiale examinés pour certains cadres d'agents de santé fournissant des services de nutrition de première ligne.

	Infirmière titulaire A2	Accoucheuse A2
Diplôme/ certificat obtenu	Diplôme des humanités techniques des sciences de santé	Diplôme (Le nom ou le type de diplôme n'est pas indiqué dans le curriculum examiné).
Établissements offrant un diplôme/ programme	École d'infirmières de niveau secondaire (par exemple, Institut des techniques médicales et Institut d'enseignement médical)	École d'infirmières de niveau secondaire (par exemple, Institut des techniques médicales et Institut d'enseignement médical)
Durée du programme	4 ans*	4 ans*

	Infirmière titulaire A2	Accoucheuse A2
Titre du programme de formation initiale	Référentiel de formation infirmière	Cours de sage-femme de niveau secondaire (A2) (Cours de l'accoucheuse A2)
Date du programme de formation initiale	2007	2014–2015
Objectifs du programme de formation initiale (tels qu'énoncés dans les documents examinés)	L'apprenant sera capable de fournir toutes les interventions dans les domaines préventif, curatif, de la promotion de la santé et de la réhabilitation : <ul style="list-style-type: none"> • dans des situations complexes et/ou de crise ou spécialisées (oto-rhino-laryngologie ; ophtalmologie...) • dans le cadre d'une collaboration • pour un ou plusieurs clients, la famille et/ou la communauté. 	À l'issue de la formation, l'étudiant doit être capable de— <ul style="list-style-type: none"> • Établir une communication professionnelle. • Prendre des décisions sur les questions de santé posées par les objectifs de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). • Réaliser des interventions pour atteindre les objectifs de la SMNE. • Gérer les ressources. • S'engager dans le développement professionnel.
Cours avec un contenu lié à la nutrition	<p>Année 1 : Cours 2.3 : Nutrition Cours 2.4 : Épidémiologie/statistique Cours 4.4 : Techniques de soins Cours 4.5 : Techniques de laboratoire</p> <p>Année 2 : Cours 2.1 : Participation communautaire Cours 2.2 : Promotion de la santé</p> <p>Année 3 : Cours 1.1 : Pédagogie de l'animation Cours 2.1 : Santé de la reproduction Cours 3.3 : Puériculture et pédiatrie Cours 3.5 : Obstétrique et soins Cours 2.5 : Pathologie et soins Cours 5.1 : Gestion du Centre de santé et l'unité de soins</p> <p>Année 4 Principalement des stages</p>	<p>Année 1 : <i>Cours généraux</i> 3. Cours d'éducation physique</p> <p><i>Cours fondamentaux</i> 1. Anatomie et physiologie 3. Technique de communication 4. Introduction aux soins de santé primaires 5. Socio-anthropologie</p> <p><i>Cours professionnels</i> 3. Pathologie générale 5. Psychologie générale 6. Technique de laboratoire 7. Technique de soins 8. Nutrition 10. Technique d'assainissement 11. Administration</p> <p>Année 2 <i>Cours fondamentaux</i> 7. Pédagogie de l'animation</p>

	Infirmière titulaire A2	Accoucheuse A2
		<p>9. Soins de santé primaires</p> <p><i>Cours professionnels</i></p> <p>11. Pathologies 13. Technique de laboratoire 15. Puériculture 17. Soins infirmiers obstétricaux 18. Obstétrique 20. Promotion nutritionnelle</p> <p>Année 3</p> <p><i>Cours fondamentaux</i></p> <p>4. Démarche d'utilisation des ordinogrammes 5. Santé de la reproduction 6. Promotion de la santé</p> <p><i>Cours professionnels</i></p> <p>10. Obstétrique 13. Management/gestion des soins de santé primaires</p> <p>Année 4</p> <p><i>Cours fondamentaux</i></p> <p>4. Santé de la reproduction de l'enfant et de l'adolescent 5. Promotion de la santé</p>
Le programme comprend des plans de cours	Non	Non
Le programme d'études décrit les méthodes d'enseignement	Oui (par exemple, discussions de groupe, démonstrations et exercices pratiques)	Oui (par exemple, travail individuel et en groupe, sessions pratiques, études de cas)
Le programme d'études exige un stage ou une pratique	Oui Année 1 : 6 semaines Année 2 : 10 semaines Année 3 : 12 semaines Année 4 : 31 semaines	Oui, mais le programme ne mentionne pas la durée.

* C'est après l'achèvement de 10 ans d'enseignement (six ans de primaire et quatre ans de secondaire).

Compétences en nutrition abordées dans les programmes de formation initiale examinés

L'outil de révision des programmes développé par l'USAID en action pour la nutrition en 2021 identifie 84 compétences pertinentes pour la prestation de services de nutrition de première ligne. Sur la base de la

documentation disponible sur les rôles et responsabilités et des consultations menées, nous avons considéré que toutes ces compétences étaient pertinentes pour le rôle de l'infirmière titulaire A2 et que 76 de ces compétences (90 pour cent) étaient pertinentes ou assez pertinentes pour le rôle de l'accoucheuse A2.


Nous avons ensuite déterminé si les programmes d'études de chaque cadre abordaient ces compétences. Après avoir examiné les programmes d'études des deux cadres, qui comprenaient des objectifs de cours/apprentissage et un contenu indicatif, nous avons déterminé que la formation initiale aborde 38 pour cent et 47 pour cent des compétences pertinentes requises pour les infirmières titulaires A2 et les accoucheuses A2, respectivement.

Par souci de simplicité, si nous ne pouvions pas déterminer si un programme d'études abordait une compétence, nous l'avons regroupé dans la catégorie « non abordé ». Pour l'infirmière titulaire A2, nous n'avons pas pu déterminer si le programme d'études abordait neuf des 84 compétences. Pour les accoucheuses A2, nous n'avons pas pu déterminer si le programme d'études abordait 20 des 76 compétences pertinentes. Le tableau I I donne un aperçu des compétences abordées dans chaque programme d'études par sujet.

















Tableau I I. Compétences liées à la nutrition abordées dans les programmes d'études examinés, par sujet

Clé :

 = < 40 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées

 = 40 à 79 % des compétences quelque peu ou bien abordées

 = ≥ 80 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées

Sujet (nombre de compétences)	Infirmière titulaire A2	Accoucheuse A2
Total (84)	38 % (32/84)	47 % (36/76)
L'évaluation de l'état nutritionnel (8)		
La gestion de l'émaciation chez les enfants et les adolescents (6)		
La gestion de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte (8)		
La gestion des carences en micronutriments et de l'anémie (4)		
La vie saine (8)		
La nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant (7)		
Allaitement (11)		
L'alimentation complémentaire (6)		

Sujet (nombre de compétences)	Infirmière titulaire A2	Accoucheuse A2
Les soins attentifs (2)	■	■
La nutrition maternelle (2)	●	●
La nutrition des adolescents (3)	■	■
La prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des maladies non transmissibles liées à la nutrition (4)	■	●
La prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences (4)	■	■
La communication et les conseils en matière de changement de comportement (5)	◆	◆
La gestion des services de nutrition (8)	●	●

Dans l'ensemble, les deux programmes d'études pourraient bénéficier d'un contenu nutritionnel plus solide. Pour les infirmières titulaires A2, le sujet le plus fort du programme était la communication et le conseil en matière de changement de comportement (5 sujets abordés sur 5). Cependant, les compétences que le programme ne reflète pas ne sont pas spécifiques à la nutrition. Peu—ou dans certains cas aucune—des compétences abordées concernaient plusieurs sujets clés, notamment la gestion de l'émaciation chez les enfants et les adolescents, les soins réactifs, la nutrition maternelle, la nutrition des adolescents et la prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences. Cela signifie, par exemple, que le programme ne comportait aucun contenu sur les compétences liées à la nutrition maternelle. Il y a très peu de détails sur l'état nutritionnel et le lait maternel, l'augmentation de l'apport alimentaire, la diversité du régime alimentaire et les aliments à consommer. Le contenu souligne à plusieurs reprises que les femmes ne doivent pas devenir obèses, mais ne mentionne pas la prise de poids et l'apport alimentaire recommandés pendant la grossesse. En outre, le programme d'études, que le ministère de la santé publique a mis à jour pour la dernière fois en 2007, contient des éléments qui ne correspondent plus aux meilleures pratiques mondiales. Par exemple, la section sur l'alimentation complémentaire comprend des conseils pour donner des aliments complémentaires à partir de l'âge de quatre mois, alors que la norme mondiale est d'allaiter exclusivement les nourrissons jusqu'à l'âge de six mois. Dans l'ensemble, le contenu nutritionnel inclus est très général.

Notre analyse de la formation initiale d'accoucheuse A2 a révélé que le programme abordait le mieux l'allaitement (9 sujets abordés sur 11) et la communication et le conseil en matière de changement de comportement (4 sujets abordés sur 5). Une fois de plus, le programme abordait la communication et le conseil en matière de changement de comportement, mais pas explicitement en rapport avec la nutrition. Cependant, dans d'autres sections du programme liées à la nutrition, les cours renvoient à certains de ces concepts plus généraux de changement de comportement. En revanche, le programme n'aborde aucune compétence liée à la prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences. D'autres compétences que nous avons déterminées comme n'étant pas abordées dans le programme d'études ont été réparties parmi les autres sujets. Le programme d'études ne comportait que peu de

détails sur ces autres sujets, il était donc difficile de comprendre dans quelle mesure ou de quelle manière il abordait certaines compétences. Par exemple, le programme d'études suggère que les accoucheuses A2 devraient être très familières avec la gestion des carences en micronutriments et de l'anémie, mais nous n'avons pas pu déterminer les détails de ce qui relève de leur compétence au-delà du conseil aux femmes enceintes et aux soignants dans le cadre des soins de routine. Le contenu sur la nutrition des femmes enceintes et allaitantes semblait également limité, compte tenu du rôle important que joue l'accoucheuse A2 pour soutenir ce groupe. Nous avons également constaté que le programme ne faisait pas référence aux principales politiques et normes de pratique nationales (par exemple, pour l'ANJE).

Recommandations qui ont émergé

Nous présentons ci-dessous les recommandations qui sont ressorties de cette analyse et des discussions avec les principales parties prenantes. Ces recommandations nécessitent un soutien à la mise en œuvre de la part de plusieurs agences, dont plusieurs départements du MSP, comme la *Direction des ressources humaines* et le PRONANUT, et les agences devront bien coordonner leurs efforts.

Infirmière titulaire A2

L'infirmière titulaire A2 joue un rôle important dans la structure du système de santé en RDC. Les données sur le nombre actuel d'infirmières titulaires A2 employés au niveau des centres de santé ne sont pas disponibles en RDC. Les normes du MSP 2006 pour *les Zones de santé* stipulent qu'il doit y avoir deux infirmières par centre de santé (un pour les consultations et un pour les soins), ce qui peut nécessiter une augmentation du nombre d'infirmières formées. Si le MSP a l'intention de répondre à ce besoin en augmentant le nombre d'étudiants se formant au niveau d'infirmière A2, le fait de disposer d'un programme de formation initiale révisé et de qualité aura certainement un impact sur la qualité des services fournis.

Sur la base de nos résultats, **nous suggérons de mettre à jour ce programme**. La dernière mise à jour du programme d'enseignement par le ministère de la santé publique remonte à plus de 15 ans et plusieurs sujets étaient absents. Étant donné que le plan national de développement de la santé comprend un engagement à renforcer la formation initiale, s'assurer que le contenu utilisé pour former les infirmières A2 sur ces sujets est à **jour** est une étape importante pour répondre à cette priorité politique nationale.

En outre, il existe **plusieurs lacunes importantes à combler**. Le contenu relatif à l'ANJE, y compris l'allaitement maternel, l'alimentation complémentaire (comment introduire des aliments, alimentation active/réactive) et les soins adaptés, doit être renforcé, de même que le contenu relatif à la nutrition maternelle, à la gestion de la malnutrition aiguë, à la nutrition des adolescents, à l'obésité, à la nutrition des personnes handicapées et aux maladies non transmissibles liées à la nutrition. Une fois que le ministère de la santé publique aura mis à jour la formation initiale, il sera essentiel de s'assurer que le contenu de la formation continue s'aligne.

Accoucheuse A2

En l'absence d'une description de poste standardisée pour l'accoucheuse A2, il nous a été difficile d'évaluer l'importance de couvrir plusieurs sujets pendant la formation initiale. Nous n'avons pas non plus pu trouver de données sur le nombre d'accoucheuses A2 disponibles en RDC ; cependant, le PNDS indique que les sages-femmes sont rares, avec seulement 2 sages-femmes pour 1 000 naissances (alors que la norme internationale est de 6 pour 1 000) (MSP 2018). Le PNDS donne ensuite la priorité à la formation de spécialistes cliniques supplémentaires ayant des compétences liées à la santé maternelle et infantile. Le programme d'études mentionne spécifiquement la gestion des soins essentiels aux nouveau-nés et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Le ministère ayant donné la priorité à la formation de spécialistes cliniques supplémentaires, le moment est venu de **renforcer le contenu nutritionnel**

de leur programme de formation initiale afin d'améliorer de manière mesurable la qualité des soins.

Site transversal

Plusieurs recommandations transversales sont ressorties de notre examen des rôles, des responsabilités et des programmes de formation initiale pour l'infirmière titulaire A2 et l'accoucheuse A2 :

- Une fois que le ministère de la santé publique aura mis à jour le programme de formation initiale existant, envisagez d'**utiliser les modules de nutrition élaborés par le PRONANUT** pour la formation continue afin d'orienter la révision du contenu, en fonction des rôles et responsabilités de chaque cadre.
- **Revoir comment la formation initiale reflète la nutrition** de manière plus générale. Par exemple, l'inclusion de contenus liés à la nutrition semble être ponctuelle dans le programme d'études, plutôt que d'être systématiquement intégrée comme un sujet cohérent à toutes les étapes de la vie. En outre, le programme d'études pourrait se concentrer davantage sur l'application des compétences à la prestation de services de nutrition, y compris la communication et la gestion du changement de comportement, plutôt que d'adopter une approche plus générale.
- La mise à jour des programmes d'études offre également l'opportunité d'**intégrer du contenu sur l'accent mis par la RDC sur la nutrition multisectorielle** afin de s'assurer que les agents de santé de première ligne sont conscients des types de liens et de références qu'ils devraient faire avec les secteurs fournissant des services de prévention et de soutien (par exemple, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la sécurité alimentaire et la protection sociale).
- Nous recommandons également que le site **présente aux étudiants les principales politiques et normes de pratique nationales**. Mettre à jour les programmes de formation pour s'assurer que le contenu est actuel et aligné sur les descriptions de poste nationales (si le MSP les élabore), les directives et les politiques et plans multisectoriels de nutrition.
- Nous recommandons d'**élaborer des descriptions de poste au niveau national** pour l'infirmière titulaire A2 et l'accoucheuse A2 ainsi que pour les autres cadres de la prestation de services de santé. En définissant clairement les rôles et les responsabilités de chaque cadre, on s'assure que les activités de formation initiale et continue et les autres activités de développement professionnel couvrent le bon contenu. Dans le cadre de cet effort, nous recommandons d'établir un calendrier ou de développer un plan pour la mise à jour périodique des descriptions de postes. Ce processus peut déclencher ou informer les mises à jour des programmes de formation initiale nécessaires pour préparer adéquatement les prestataires de services à répondre aux besoins de la population, à remplir leurs rôles et responsabilités, et à suivre les meilleures pratiques et directives politiques mondiales.
- Enfin, le PNSD comprend une stratégie pour le **développement d'un processus d'examen et d'un système d'accréditation pour les institutions de formation et l'élaboration d'un plan national de formation** afin de garantir que les cours sont conformes aux besoins locaux. Ces mesures seront essentielles pour garantir que les infirmières titulaires A2 et les accoucheuses A2 terminent leur formation initiale avec les bonnes compétences pour remplir efficacement leur rôle.

Ghana

Introduction

Ce rapport est basé sur le travail entrepris par l'USAID en action pour la nutrition avec la contribution d'un consultant local. Pour identifier les agents de santé principalement chargés de fournir des services de nutrition au Ghana, nous avons examiné les documents gouvernementaux (descriptions de poste, politiques et protocoles de prestation de services) qui définissent les services de nutrition prioritaires ainsi que les rôles et responsabilités des agents de santé professionnels/certifiés chargés de fournir ces services en première ligne (au niveau des soins de santé primaires). Nous avons examiné les documents suivants :

- *Politique et stratégies nationales en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé (MS 2020c)*
- *Politique nationale de santé : Garantir une vie saine pour tous, édition révisée (MS 2020b)*
- *Feuille de route du Ghana pour la couverture universelle des soins de santé, 2020–2030 (MS 2020a)*
- *Ministère de la santé du Ghana—Politique et lignes directrices en matière de renvoi (MS 2016a)*
- *Stratégie nationale de qualité des soins de santé du Ghana, 2017–2021 (MS 2016b)*
- *Politique nationale de nutrition (MS et GHS 2016)*
- *Programme partagé de croissance et de développement du Ghana II, 2014–2017 (NDPC 2014)*
- *Politique nationale de planification et de services de santé communautaire (PSSC) : Accélérer la réalisation de la couverture sanitaire universelle et combler le fossé de l'inégalité d'accès (MS 2014a)*
- *Normes de dotation en personnel pour le secteur de la santé au Ghana : Un rapport technique (MS 2014b)*
- *Profil national des ressources humaines pour la santé (MS 2011)*
- *Étude de cas, Ghana : Mise en œuvre d'un plan national de ressources humaines pour la santé (OMS et GHWA 2008)*
- *Descriptions de poste pour le personnel clinique, infirmier, sage-femme et pharmacien (MS et GHS 2005b)*

Indicateurs de nutrition pour le Ghana

Enfants de moins de cinq ans :

Retard de croissance : 17,5 %

Émaciation : 6,8 %

Poids insuffisant : 12,6 %

Faible poids à la naissance : 14,2 %

Surpoids : 1,4 %

Obésité : 0,3 %

Femmes en âge de procréer* :

Anémie : femmes enceintes : 47,2 %, femmes non enceintes : 34,5 %.

Poids insuffisant (femmes 18 ans et plus) : 6,6 %

Surpoids (femmes de 18 ans et plus) : 43,3 %

Obésité (femmes de 18 ans et plus) : 19,3 %

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant :

Pratiques d'allaitement :

Enfants ayant été allaités au sein : 98,7 %

Enfants exclusivement allaités : 42,9 %

Enfants toujours allaités à 1 an : 90,4 %

Enfants nourris au sein dans un délai d'un jour après la naissance : 52 %

Pratiques d'alimentation complémentaire (6 à 23 mois) :

Diversité alimentaire minimale : 23 %

Fréquence minimale des repas : 40,7 %

Régime alimentaire minimum acceptable : enfants nourris au sein : 14,1 %

enfants non allaités : 6,1 %

Sources : GSS 2018 ; OMS 2022b ; NCD RisC 2017

- *Descriptions de poste pour le personnel paramédical II* (MS et GHS 2005a).

Environnement politique pour la nutrition, les services de nutrition et le renforcement des capacités de la main-d'œuvre

Le gouvernement du Ghana dispose d'une Politique nationale de nutrition—publiée en 2016—qui, en soi, est une reconnaissance de l'importance accordée à l'amélioration de l'état nutritionnel de sa population. La politique préconise l'intégration des interventions nutritionnelles dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile existants au niveau des établissements et des communautés, l'amélioration du contenu nutritionnel dans la formation initiale et continue de tous les prestataires de services nutritionnels et le renforcement de la capacité à communiquer sur les changements de comportement afin de promouvoir une nutrition optimale.

En outre, la *Feuille de route du Ghana pour la couverture universelle des soins de santé 2020–2030* reconnaît que « les conditions liées aux carences alimentaires, notamment la sous-nutrition, l'anémie, l'obésité et les carences en micronutriments, feront l'objet d'une attention adéquate au niveau primaire » (MS, Ghana 2020a, 7). Sur les 28 indicateurs mentionnés pour mesurer les progrès vers la santé publique universelle, six concernent la nutrition :

1. la prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge scolaire
2. la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans
3. la prévalence de l'émaciation modérée à sévère chez les enfants de moins de cinq ans
4. l'obésité dans la population adulte âgée de 24 à 60 ans
5. la prévalence du diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents
6. la prévalence de l'hypertension chez les personnes de moins de 60 ans.

La feuille de route donne la priorité au suivi de la croissance, aux compléments alimentaires, à la prévention et au traitement de l'hypertension et du diabète, ainsi qu'aux efforts visant à accroître la disponibilité de l'eau, de l'assainissement et des services d'hygiène en tant que services préventifs primaires essentiels.

En outre, il propose de concentrer le développement des ressources humaines sur les soins de santé primaires, en suggérant que la formation professionnelle soit « intégrée dans l'enseignement supérieur général afin d'aligner la certification et l'autorisation d'exercer » (MS, Ghana 2020a, 13).

Soutenant davantage la nécessité de renforcer la formation, l'un des cinq objectifs stratégiques inclus dans la *Politique nationale de santé 2020 : Garantir une vie saine pour tous* est d'« encourager l'adoption de modes de vie sains » (MS 2020b, 18). La politique note que « le personnel de santé formé (professionnel) disponible est inadéquat en nombre (quantité), inapproprié dans sa composition (aptitudes/compétences et qualité), et inégalement réparti (couverture) » (21). Toutefois, elle ne mentionne pas la formation initiale.

La *Stratégie nationale de qualité des soins de santé du Ghana (2017–2021)* préconise de former les travailleurs de la santé aux compétences cliniques requises et aux méthodes d'amélioration de la qualité (2016b). Cela suggère d'utiliser des protocoles et des lignes directrices dans les programmes de formation initiale et de recourir à une supervision de soutien pour tenir le personnel au courant de la mise en œuvre des interventions prioritaires en matière de santé. Il résume les questions prioritaires du système de santé et les priorités en matière de santé de la population, mais il n'inclut pas la nutrition. En fait, le document ne mentionne la nutrition que trois fois.

Bien que la stratégie soit quelque peu dépassée, il convient de noter que trois des objectifs politiques inclus dans le *Programme partagé de croissance et de développement du Ghana II, 2014–2017* sont directement ou indirectement liés à la nutrition (2014) :

- Comblent les écarts d'équité dans l'accès aux soins de santé et aux services de nutrition et garantissent des modalités de financement durables qui protègent les pauvres.
- Améliorent l'accès à des services de santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente de qualité.
- Préviennent et contrôlent la propagation des maladies transmissibles et non transmissibles et promouvoient des modes de vie sains.

Le *Plan de développement à moyen terme 2018–2021* du Ghana (LGS 2017) ne comprend aucun objectif politique lié à la nutrition ni aucune mention de la nutrition ou de sujets liés à la nutrition tels que l'allaitement, le régime alimentaire ou l'alimentation.

Les agents de santé sont les premiers responsables de la prestation de services de nutrition

Le Ghana dispose d'une structure complexe de prestation de services de santé, avec de nombreux cadres de travailleurs de la santé. L'examen des documents et les entretiens avec les parties prenantes nous ont permis de dresser une carte des cadres susceptibles de fournir des services nutritionnels de première ligne (figure 3). Nous avons ensuite identifié six cadres potentiellement pertinents pour cette étude (tableau 12) : la sage-femme, l'infirmière enrôlée, l'infirmière de santé publique, le responsable technique de la nutrition, le responsable de la nutrition et l'infirmière assistante diplômée en prévention (RNAP, anciennement infirmière en santé communautaire).

Figure 3. Cartographie des cadres qui fournissent des services de première ligne et des structures de supervision

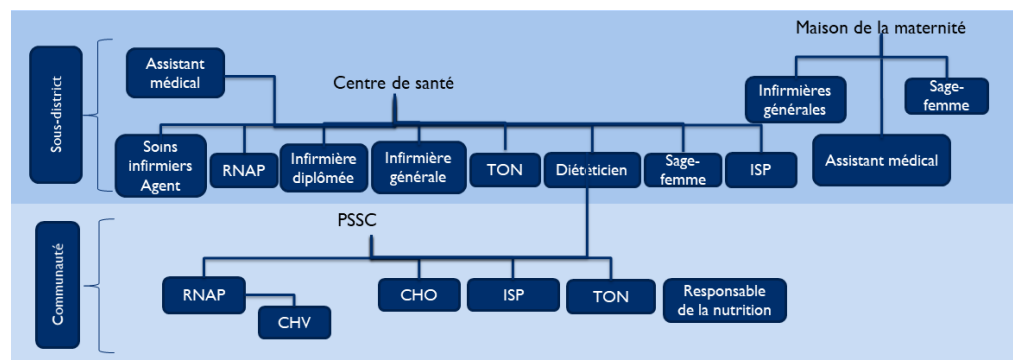


Tableau 12. Caractéristiques des cadres des agents de santé de première ligne ou primaires au Ghana

Critères de sélection	Sage-femme	Infirmière diplômée	ISP	TON	Responsable de la nutrition	RNAP
Formé avant l'emploi dans une institution académique	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Critères de sélection	Sage-femme	Infirmière diplômée	ISP	TON	Responsable de la nutrition	RNAP
Exige une certification professionnelle	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fournit des services de première ligne/de soins primaires	✗	✗	✗	✗	✓	✓
Dessert les populations prioritaires en matière de nutrition	✗	✓	✓	✓	✓	✓
La description de poste mentionne la prestation de services de nutrition	✓	✓	✗	✓	✓	✓

Parmi les six cadres, nous en avons identifié quatre qui jouent un rôle clé dans la prestation de services de nutrition en première ligne : infirmière de santé publique, agent technique en nutrition, responsable de la nutrition et l'infirmière assistante diplômée en prévention. Deux d'entre eux ont été retenus pour un examen plus approfondi : le responsable de la nutrition et l'infirmière assistante diplômée en prévention. Ces cadres répondaient à tous nos critères de sélection : formation préalable à l'emploi dans un établissement universitaire, nécessité d'une certification professionnelle, prestation de services de première ligne, prise en charge des populations prioritaires en matière de nutrition, et description de poste mentionnant spécifiquement la prestation de services de nutrition. Au départ, nous n'avons pas pu trouver de programme standardisé pour l'un ou l'autre de ces deux types de formation. Nous avons toutefois trouvé des programmes pour les infirmières de santé publique et les agents techniques en nutrition et, compte tenu de leur rôle dans la prestation de services, nous avons commencé notre examen par ces programmes. Finalement, nous avons été en mesure de recueillir et d'examiner le programme d'études de l'agent technique en nutrition et, par conséquent, nous avons inclus les PHN, TON et RNAP dans notre rapport.

Selon le document du ministère de la Santé intitulé *Descriptions de poste pour le personnel clinique, infirmier, sage-femme et pharmacien* (MS et GHS 2005b), l'infirmière de santé publique a neuf responsabilités, dont six sont liées aux services de nutrition de première ligne :

- Participer à l'élaboration de la charge de travail des patients et à la mise en œuvre des programmes de soins.
- Entreprendre des activités de planification familiale et des services de proximité.
- Assurer des services de santé dans les cliniques de protection de l'enfance, à domicile et à l'école.
- Jouer un rôle actif dans la mobilisation périodique de la communauté dans la zone de chalandise.
- Tracer les mauvais payeurs (clients en traitement pour le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]/syndrome de l'immunodéficience acquise [SIDA], la tuberculose, le diabète, etc.) dans la communauté.

- Entreprendre des activités de conseil et de dépistage volontaire du VIH et du SIDA, avant et après l'intervention, ainsi que des activités de conseil sur des questions liées à la santé (patients chez qui l'on vient de diagnostiquer une tuberculose ou un diabète).

L'objectif du responsable de la nutrition et de l'agent technique en nutrition est similaire. Selon les descriptions de poste du personnel paramédical (MS et GHS 2005a), le responsable de la nutrition doit « veiller à l'obtention et au maintien d'une bonne nutrition de la population par la mise en œuvre de politiques nutritionnelles » (76), tandis que l'agent technique en nutrition doit « veiller au bien-être nutritionnel de la population dans le district/la communauté » (90). Le responsable de la nutrition et l'agent technique en nutrition ont des responsabilités similaires en ce qui concerne la mise en œuvre des politiques, des interventions, des activités et des programmes en matière de nutrition. Toutes leurs fonctions et responsabilités sont liées aux services de nutrition de première ligne. Cependant, le responsable de la nutrition est chargé de suivre les tendances de la malnutrition dans la communauté, de coordonner les activités avec les agences concernées et de veiller à ce que « les questions émergentes dans des domaines spécifiques de la nutrition soient incorporées de manière adéquate dans le programme de formation du personnel des services de santé et d'autres institutions concernées » (76). Le TON n'est pas responsable de ces tâches, mais il est responsable de—

- contribuer à l'évaluation et au suivi de la situation nutritionnelle au niveau communautaire
- participer à des enquêtes sur la nutrition dans le district/la communauté
- fournir une éducation et des conseils en matière de nutrition à des groupes spécialisés et au grand public
- participer à la réhabilitation des enfants malnutris dans les centres d'alimentation du district (90).

L'infirmière assistante diplômée en prévention—encore appelé l'infirmière en santé communautaire dans les descriptions de poste du MS (2005b)—a II responsabilités principales, qui sont assez similaires à celles de l'ISP. Bien qu'ils ne mentionnent pas explicitement la nutrition, nous avons considéré que huit d'entre eux étaient liés aux services de nutrition de première ligne :

- Participer à l'élaboration du profil des patients et des populations desservies et identifier, hiérarchiser et mettre en œuvre des programmes de soins, planifier et mener à bien des activités de santé maternelle et infantile.
- Participer à des activités d'éducation à la santé.
- Aider au fonctionnement des cliniques de planification familiale, de soins postnatals et de protection de l'enfance.
- Conseiller les personnes ayant des problèmes particuliers lors des consultations de protection de l'enfance et les orienter vers la personne appropriée.
- Effectuer une inspection de l'hygiène de l'école.
- Contribuer à assurer la continuité des soins en recherchant les mauvais payeurs ; en effectuant des visites de suivi auprès des clients atteints de tuberculose ou du VIH/SIDA, des clients âgés ou des bébés souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance ; et en les conseillant en conséquence.
- Aider aux livraisons lors des visites à domicile lorsque le besoin s'en fait sentir.
- Assurer la liaison avec d'autres agences, telles que les services sociaux, pour aider les clients qui ont besoin d'un soutien.

Formation initiale requise pour ces travailleurs de la santé

Le tableau 13 présente les exigences en matière de formation initiale pour ces cadres. Comme indiqué plus haut, le Conseil des professions paramédicales identifie deux cadres similaires mais différents, le responsable de la nutrition et l'agent technique en nutrition (MS 2005a). Le premier requiert un diplôme en nutrition ou dans une discipline connexe telle que les sciences domestiques ou la biochimie, ainsi qu'au moins un an de service national ou de stage dans un établissement de santé reconnu. Ce dernier requiert un diplôme en nutrition (santé communautaire) et au moins un an de service national ou de stage dans un établissement de santé reconnu. Nous avons recherché un programme d'études national/normalisé pour le diplôme en nutrition, nécessaire pour occuper un poste de responsable de la nutrition, et pour le diplôme en nutrition, nécessaire pour occuper un poste d'agent technique en nutrition. Cependant, nous n'avons pu avoir accès qu'à un seul programme d'études—le programme d'études pour un diplôme en nutrition (parfois appelé Diplôme du Programme de nutrition communautaire) du Collège de santé et de bien-être à Kintampo (2019). Il est intéressant de noter que le document fait référence de manière quelque peu interchangeable aux « agents techniques (nutrition) » et au responsable de la nutrition », déclarant que la « raison d'être du programme est de produire des agents qualifiés » (4), et expliquant peu après que le programme « vise à former des responsables de la nutrition qualifiés » (4).

Notre analyse porte donc sur deux programmes de trois ans menant à un diplôme, le diplôme de soins infirmiers de santé publique requis pour l'ISP et le diplôme de nutrition communautaire pour l'agent technique en nutrition, ainsi que sur un programme de deux ans menant à un certificat, le certificat d'infirmière de santé communautaire, exigé pour la RNAP. Tous les programmes examinés ont été mis à jour au cours des deux dernières années.

Le programme d'études que nous avons examiné pour l'ISP ne spécifie pas de conditions préalables. Il comprend 28 objectifs spécifiques du diplôme du programme de soins infirmiers de santé publique pour l'ISP (MS 2021a). Plusieurs d'entre eux suggèrent l'importance de la nutrition, mais un seul la mentionne explicitement :

1. Évaluer les besoins et les ressources en matière de nutrition et aider la communauté à identifier les interventions appropriées.
2. Transmettre les connaissances et les principes de santé aux patients et aux clients.
3. Contribuer aux services de soins de santé primaires et à la planification et aux services de santé communautaires et les promouvoir au sein de la communauté.
4. Effectuer un diagnostic communautaire, planifier, mettre en œuvre et évaluer des programmes communautaires visant à fournir des services de prévention, de promotion et de réadaptation.
5. Planifier et mener des programmes de promotion de la santé en fonction du diagnostic de la communauté et des problèmes de santé existants.
6. Fournir des services de planification familiale, de conseil et dépistage volontaire du VIH (CDV), de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH et le SIDA, ainsi que des services de santé pour les adolescents, les mères et les enfants.
7. Planifier et mettre en œuvre des programmes de santé scolaire.

Le programme d'études que nous avons examiné pour le diplôme de nutrition communautaire de l'agent technique en nutrition indique deux modes d'admission. La première est une entrée directe pour les candidats âgés de 16 à 35 ans ayant obtenu des notes minimales au Certificat d'études secondaires et à l'examen du certificat d'études secondaires en Afrique de l'Ouest (West African Secondary School Certificate Examination). La seconde est une entrée post-base pour les candidats expérimentés titulaires d'un certificat de technicien de terrain, d'infirmière assistante en prévention, d'infirmière assistante en

clinique, ou d'assistant de dossiers médicaux. Le programme vise à former « les personnes à acquérir les compétences nécessaires pour entreprendre des interventions nutritionnelles efficaces, garantir une santé optimale des nourrissons grâce à des pratiques d'alimentation appropriées en cas de santé et de maladie, un bon état nutritionnel maternel et le bien-être général de la population grâce à une prestation efficace de services nutritionnels et aider la gestion des unités de santé » (Collège de la santé et du bien-être 2019, 4). Plus précisément, il attend des diplômés qu'ils soient en mesure d'exercer les fonctions suivantes :

1. Procéder à l'évaluation des besoins nutritionnels et à des enquêtes, analyser et interpréter les résultats.
2. Planifier et exécuter, suivre et évaluer les programmes d'intervention nutritionnelle.
3. Reconnaître, gérer et orienter, le cas échéant, les clients souffrant de troubles nutritionnels.
4. Fournir des conseils en matière de nutrition aux décideurs politiques pour la formulation de politiques et d'interventions appropriées.
5. Mener des recherches dans le domaine de la nutrition et de la santé.

Plus loin dans le programme, il mentionne sept autres fonctions :

1. Fournir un soutien technique et administratif à la prestation de services de nutrition.
2. Coordonner les activités de nutrition.
3. Superviser la collecte et l'analyse des données nutritionnelles.
4. Produire des rapports nutritionnels.
5. Élaborer des propositions de recherche sur les questions de nutrition identifiées.
6. Assurer une logistique adéquate pour les activités de nutrition.
7. Fournir un soutien technique lors des formations et des enquêtes nutritionnelles.

Enfin, à l'instar du programme d'études d'ISP, le programme d'études du certificat d'infirmière de santé communautaire requis pour la RNAP n'indique pas les conditions d'admission au programme. Le programme d'études vise à « produire un cadre de professionnels qui aideront à fournir des services infirmiers préventifs dans la communauté » (MS 2021) et qui seront capables de remplir 16 fonctions. Aucun d'entre eux ne mentionne directement la nutrition, mais nombre d'entre eux sont similaires aux objectifs du programme d'études d'ISP, vastes et susceptibles d'impliquer la fourniture de services nutritionnels. Par exemple—

- Contribuer et promouvoir les services de soins de santé primaires/PSSC dans la communauté.
- Contribuer au diagnostic communautaire, à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de programmes communautaires visant à fournir des services de prévention, de promotion et de réhabilitation.
- Aider à la planification et à la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé.
- Aider à fournir des services de planification familiale, CDV, de lutte contre les IST/VIH et le SIDA, ainsi que des services de santé pour les adolescents, les mères et les enfants.
- Aider à la planification et à la mise en œuvre des programmes de santé scolaire.

Tableau 13. Caractéristiques des programmes de formation initiale examinés pour certains cadres d'agents de santé fournissant des services de nutrition de première ligne

	ISP	TON	RNAP
Enregistrement professionnel	Conseil des infirmières et sage-femmes	Conseil des professionnels paramédicaux	Conseil des infirmières et sage-femmes
Diplôme/certificat obtenu	Diplôme en soins infirmiers de santé publique	Diplôme en nutrition communautaire	Certificat en soins infirmiers de santé communautaire
Établissements de formation initiale	Collège de la santé et du bien-être à Kintampo	L'école de soins infirmiers de santé publique Korle Bu à Accra et l'université de la santé et des sciences connexes à Ho	23 écoles de formation
Durée de la formation initiale	3 ans plus 30 semaines de stage	3 ans plus 30 semaines de stage	2 ans plus 18 semaines de stage
Titre du programme de formation initiale révisé	Programme d'études pour les soins infirmiers de santé publique	Programme d'études pour le diplôme en nutrition	Programme d'études pour le programme préventif d'infirmière auxiliaire autorisée
Date de mise à jour du programme	2021	2019	2021
Nombre d'objectifs du programme d'études liés à la nutrition	1 sur 28	12 sur 12 (fonctions et/ou responsabilités)	0 sur 16
Nombre de cours ou de matières liés à la nutrition	21 (dont 11 avec un contenu nutritionnel important) 48 cours au total (y compris les cours pratiques) MIP III : Microbiologie et prévention/contrôle des infections TCM III : Adaptation professionnelle des soins infirmiers de santé publique Stage intra-semestre et de vacances I (soins infirmiers de base)	29 (17 avec un contenu nutritionnel approfondi) 45 cours au total (y compris les cours pratiques) DCHD 121 : Nutrition de base DCHD 111 : Compétences en communication I DCHD 231 : Sociologie médicale DCHD 101 : Stage I DCHD 112 : Compétences en communication II	16 (dont 6 avec un contenu nutritionnel approfondi) 31 cours au total (y compris les cours pratiques) Introduction à l'anatomie et à la physiologie humaines Soins infirmiers communautaires I Promotion de la santé Santé personnelle et environnementale Introduction à la santé de l'enfant Introduction à la nutrition

	ISP	TON	RNAP
	<p>ISP 122 : Santé personnelle et environnementale</p> <p>ISP 124 : Principes et pratique des soins infirmiers de santé publique I</p> <p>BHS 122 : Sciences du comportement</p> <p>Stage intra-semestre et de vacances II (soins infirmiers de santé publique)</p> <p>Stage inter-semestre et de vacances II</p> <p>ISP 211 : Principes et pratique des soins infirmiers de santé publique II</p> <p>ISP 213 : Principes de gestion et de contrôle des maladies I</p> <p>MMN 211 : Médecine et soins médicaux</p> <p>CTM 211 : Médecine complémentaire, traditionnelle et alternative, pharmacologie et pharmacovigilance</p> <p>STA 211 : Statistiques</p> <p>Stage intra-semestre et de vacances III (santé publique, soins infirmiers médicaux et chirurgicaux)</p> <p>Stage inter-semestre et de vacances III</p> <p>ISP 224 : Promotion de la santé</p> <p>NAD 222 : Nutrition et diététique</p> <p>RES 222 : Méthodes de recherche</p> <p>Stage intra-semestriel et de vacances IV (soins</p>	<p>HCHD 203 : Psychologie de la santé</p> <p>DBSD 162 : Biochimie II</p> <p>DCHD 102 : Stage I (suite)</p> <p>DCHD 241 : Soins de santé primaires (PSSC)</p> <p>DCHD 201 : Stage 2</p> <p>DCHD 212 : Promotion de la santé</p> <p>DCHD 222 : Nutrition communautaire</p> <p>DCHD 232 : Science alimentaire</p> <p>DCHD 230 : Évaluation de l'état nutritionnel</p> <p>DCHD 202 : Stage 2 (suite)</p> <p>DCND 331 : Diététique I</p> <p>DHID 371 : Gestion des systèmes de santé I</p> <p>DCHD 321 : Santé familiale</p> <p>DCND 341 : Enquêtes nutritionnelles</p> <p>DCMD 311 : Médecine de base I</p> <p>DCHD 351 : Surveillance et promotion de la croissance</p> <p>DCHD 361 : Réhabilitation nutritionnelle</p> <p>DCHD 301 : Stage pratique 3</p> <p>DCHD 312 : Diététique II</p> <p>DHID 372 : Gestion des systèmes de santé II</p> <p>DCHD 332 : Questions contemporaines en matière de nutrition</p> <p>DCHD 302 : Séminaire de santé publique</p> <p>DCHD 392 : Travail de projet</p>	<p>Stage en soins infirmiers communautaires</p> <p>Stage en soins infirmiers communautaires (suite)</p> <p>Soins infirmiers communautaires II</p> <p>Principes d'introduction à la gestion et au contrôle des maladies I</p> <p>Introduction aux soins infirmiers obstétricaux</p> <p>Stage en soins infirmiers communautaires III</p> <p>Stage en soins infirmiers communautaires II (suite)</p> <p>Principes d'introduction à la gestion et au contrôle des maladies II</p> <p>Introduction à la gestion des services de santé et de la chaîne d'approvisionnement</p> <p>Introduction aux statistiques</p>

	ISP	TON	RNAP
	infirmiers de santé mentale et publique) Stage inter-semestre et de vacances IV OBS 311 : Soins infirmiers obstétriques ISP 313 : Étude sur les soins centrés sur le client et la famille CBR 311 : Réadaptation en milieu communautaire ISP 317 : Principes de gestion des maladies Stage intra-semestriel et de vacances V (soins infirmiers obstétriques et de santé publique) Stage inter-semestre et de vacances V ISP 324 : Santé sexuelle et reproductive des adolescents		
Plans de cours inclus dans le programme d'études	X (liste du contenu)	X (liste du contenu)	X (liste du contenu)
Compétences prioritaires incluses dans le programme d'études	✓	✓	✓
Méthodes d'enseignement décrites dans le programme d'études	✓	✓	✓

Compétences en nutrition abordées dans les programmes de formation initiale examinés

L'*Outil de révision des programmes* développé par l'USAID en action pour la nutrition en 2021 identifie 84 compétences pertinentes pour la prestation de services de nutrition de première ligne. Sur la base de leurs descriptions de poste, de leurs lieux de travail et des populations qu'ils servent, nous considérons que toutes ces compétences sont pertinentes pour l'ISP et le responsable technique de la nutrition. La seule compétence que nous avons jugée non pertinente pour la RNAP est la capacité d'identifier et d'éliminer les obstacles à la prestation de services nutritionnels efficaces, de haute qualité et équitables en utilisant une approche d'amélioration de la qualité ou une autre approche similaire. Nous avons

ensuite déterminé si le programme d'études abordait ces compétences pour chaque cadre. Le tableau 14 donne un aperçu des compétences abordées dans chaque programme d'études par sujet.

Nous avons déterminé que le programme d'études de l'ISP abordait au moins dans une certaine mesure 69 (82 pour cent) des compétences liées à la nutrition que nous recherchions. Le programme d'études aborde assez bien les compétences liées à l'évaluation de l'état nutritionnel, à la prise en charge de l'émaciation chez les enfants et les adolescents, à la prise en charge des carences en micronutriments et de l'anémie, à un mode de vie sain, à des soins adaptés, à la nutrition de la mère et de l'adolescent. Il couvrait également, bien que de manière moins approfondie, d'après ce que nous avons pu constater, la prise en charge de l'émaciation chez les enfants et les adolescents, la nutrition générale des nourrissons et des jeunes enfants, l'alimentation complémentaire et la gestion des services de nutrition. Cependant, malgré le rôle mondialement reconnu et largement apprécié de l'allaitement pour assurer la santé et la croissance des jeunes enfants, il ne nous a pas semblé que le programme abordait les compétences suivantes liées à l'allaitement :

- la connaissance de la manière d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- la capacité à faciliter les soins de la mère kangourou
- la capacité à aider une mère à adopter des positions confortables et sûres pour l'allaitement et à obtenir une prise du sein efficace et confortable
- la capacité d'aider une mère à gérer l'expression du lait
- la capacité d'aider les mères et les soignants si une mère ne nourrit pas son bébé directement au sein
- la capacité d'aider une mère à allaiter un bébé de faible poids à la naissance ou malade
- la capacité d'aider une mère à prévenir et/ou à résoudre les problèmes courants liés à l'allaitement.

En outre, bien que la description du poste d'ISP ne mentionne pas spécifiquement ces compétences, nous en relevons quelques-unes qui pourraient s'avérer utiles :

- la capacité à élaborer un plan d'alimentation après la récupération de la MAS/l'émaciation
- la connaissance des politiques et des programmes liés à la nutrition pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA
- la capacité à conseiller les clients sur la nutrition dans le contexte du VIH et du SIDA
- la capacité à fournir des services nutritionnels dans le cadre des MNTN
- la capacité à conseiller les clients en matière de nutrition d'une manière adaptée à leur culture et centrée sur eux
- la capacité à aider les clients à identifier et à atteindre leurs objectifs nutritionnels.

Nous avons pris en compte 62 (74 pour cent) des compétences liées à la nutrition abordées dans le programme d'études du diplôme en nutrition de l'agent technique en nutrition. Comme pour le programme d'études de l'ISP, ce programme aborde l'évaluation de l'état nutritionnel, la prise en charge de l'émaciation chez les enfants et les adolescents (à l'exception de quelques compétences), la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez les adultes, la prise en charge des carences en

micronutriments et de l'anémie, les modes de vie sains, la nutrition maternelle et la gestion des services de nutrition.

Ce programme aborde mieux l'allaitement et la prestation de services nutritionnels dans le contexte des maladies courantes et des MNTN. Cependant, il nous a semblé évident que le programme d'études n'abordait pas les cinq compétences suivantes :

- la connaissance de la manière d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- la capacité à conseiller les personnes s'occupant d'enfants sur les différents types de handicaps, les effets possibles sur les besoins et l'état nutritionnels des enfants et le moment où il convient de demander une aide supplémentaire
- la capacité à suivre les étapes du développement de l'alimentation et à remarquer les signes d'alerte en matière d'alimentation
- la capacité à conseiller les soignants sur la relation entre une nutrition optimale et le développement de la petite enfance, les étapes du développement, les soins attentionnés, l'alimentation adaptée et la stimulation précoce
- la capacité à conseiller les clients sur la nutrition d'une manière culturellement appropriée et centrée sur le client, tout en respectant les différences sociales, culturelles et économiques.

Sur la base des informations contenues dans le programme d'études, il est apparu que le programme du diplôme en nutrition présentait des lacunes en ce qui concerne la prise en charge de l'émaciation chez les enfants et les adolescents, la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez les adultes, l'allaitement, l'alimentation complémentaire, la prestation de services nutritionnels dans le contexte des situations d'urgence, ainsi que la communication et le conseil en vue d'un changement de comportement.


Sur les 83 compétences que nous avons jugées pertinentes pour la RNAP, nous avons constaté que le programme d'études n'en abordait que 36 (43 pour cent). Le programme a bien couvert les thèmes de la vie saine, des soins adaptés, de la nutrition maternelle, de la nutrition des adolescents et de la gestion des services de nutrition. Bien que le programme d'études puisse s'aligner sur la description de poste actuelle de la RNAP, il convient de noter les lacunes que nous avons identifiées dans les domaines suivants :

- l'évaluation de l'état nutritionnel
- la gestion de l'émaciation chez les enfants et les adolescents
- la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte
- la gestion des carences en micronutriments et de l'anémie
- la nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant
- l'allaitement
- l'alimentation complémentaire
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des MNTN
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences
- la communication et les conseils pour le changement de comportement.





































Tableau 14. Compétences liées à la nutrition abordées,⁷ par domaine thématique

Clé :










 = < 40 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées

 = 40 à 79 % des compétences quelque peu ou bien abordées

 = ≥ 80 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées

Domaine thématique (nombre de compétences)	ISP	TON	RNAP
Total (84)	82 % (69/84)	74 % (62/84)	43 % (36/83)
L'évaluation de l'état nutritionnel (8)			
La gestion de l'émaciation chez les enfants et les adolescents (6)			
La gestion de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte (8)			
La gestion des carences en micronutriments et de l'anémie (4)			
La vie saine (8)			
La nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant (7)			
Allaitement (11)			
L'alimentation complémentaire (6)			
Les soins adaptés (2)			
La nutrition maternelle (2)			
La nutrition des adolescents (3)			
La prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des maladies non transmissibles liées à la nutrition (4)			

⁷ Par souci de simplicité, si nous ne pouvions pas déterminer si un programme d'études abordait une compétence, nous l'avons regroupé dans la catégorie « non abordé ». Nous n'avons pas pu déterminer si le programme d'études du diplôme en nutrition du TON abordait 18 compétences ou si le programme d'études pour la RNAP abordait 16 compétences.

Domaine thématique (nombre de compétences)	ISP	TON	RNAP
La prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences (4)			
La communication et les conseils en matière de changement de comportement (5)			
La gestion des services de nutrition (8)			

Recommandations qui ont émergé

La politique nationale ghanéenne est favorable au renforcement des compétences des travailleurs de la santé pour fournir des services de nutrition de première ligne par le biais d'une formation initiale. D'une manière générale, les programmes examinés sont très complets et pourraient constituer un bon exemple à suivre pour d'autres pays. Les recommandations issues de cette analyse et des discussions avec les principales parties prenantes sont les suivantes :

ISP

Tout d'abord, étant donné le rôle de l'ISP en première ligne, nous pensons que le gouvernement du Ghana devrait revoir les devoirs et responsabilités de l'ISP et réviser le programme d'études pour s'assurer qu'il reflète les activités nutritionnelles qu'elle mène régulièrement, telles que l'évaluation, le traitement et la promotion.

Deuxièmement, le programme d'études du diplôme de soins infirmiers de santé publique couvre bien les compétences liées à la nutrition. Cependant, les objectifs ne reflètent pas le rôle important de la nutrition dans la certification. Nous recommandons d'ajouter des compétences explicitement liées à la prestation de services de nutrition aux objectifs du programme d'études du diplôme de soins infirmiers de santé publique.

Enfin, le programme d'études pourrait bénéficier d'un contenu supplémentaire dans les domaines suivants :

- l'allaitement
- la communication et conseil pour le changement de comportement
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des MNTN.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'allaitement maternel est essentiel à la croissance et au développement des enfants, ce qui rend les lacunes dans ce domaine particulièrement importantes. En outre, étant donné qu'au Ghana, on estime que 19,3 pour cent des femmes adultes (âgées de 18 ans et plus) vivent avec l'obésité et que 7,6 pour cent ont été diagnostiquées avec le diabète (NCD RisC 2017), il est d'autant plus important que les agents de santé de première ligne comprennent pourquoi et comment fournir des services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des MNTN.

TON

Tout d'abord, nous recommandons vivement de revoir les fonctions et les responsabilités du responsable de la nutrition et de l'agent technique en nutrition. Ils semblent actuellement très similaires dans les descriptions de poste nationales (MS 2005a). Ils pourraient être plus efficaces dans leur rôle si les différences étaient plus clairement définies. Cela permet de s'assurer que chaque cadre développe les compétences spécifiques nécessaires à son rôle et qu'il est en mesure d'appliquer ces compétences sur le terrain.

Deuxièmement, malgré les similitudes dans les tâches et les responsabilités, les qualifications pour les deux postes apparaissent différentes dans les descriptions de poste (MS 2005a). Il serait utile de clarifier ces qualifications et de mieux les aligner sur les programmes d'études nationaux et les certifications correspondantes (diplômes, titres).

Troisièmement, malgré la différence de qualifications requises pour les deux postes, le programme d'études que nous avons examiné fait référence de manière interchangeable au responsable de la nutrition et à l'agent technique en nutrition. Nous comprenons que plusieurs cadres puissent nécessiter le même diplôme. Cependant, chaque rôle devrait avoir un ensemble unique de compétences à apporter au travail et le programme de leur formation initiale devrait inclure des sujets et des techniques qui les aideront à développer ces compétences. Si les qualifications suggèrent une différence dans ce que les rôles exigent, le programme d'études examiné ne le fait pas. Nous recommandons de revoir les programmes d'études normalisés et leurs certifications afin de s'assurer qu'ils correspondent aux qualifications requises pour chaque cadre d'agents de santé. Cela peut nécessiter une simple révision de la certification requise pour le responsable de la nutrition ou l'agent technique en nutrition, ou la révision des programmes d'études standardisés.

Enfin, nous avons constaté qu'un certain nombre de compétences n'étaient pas abordées dans le programme et que nous ne pouvions pas déterminer si elles l'étaient à partir des informations incluses dans le programme. Il pourrait être utile d'énoncer plus explicitement ce qui devrait être couvert en ce qui concerne la nutrition générale des nourrissons et des jeunes enfants, la prise en charge de l'émaciation chez les enfants et les adolescents, la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez les adultes, la nutrition des adolescents, ainsi que la communication et le conseil en matière de changement de comportement.

RNAP

Comme pour l'ISP, compte tenu du rôle de l'infirmière assistante diplômée en prévention et de son lieu de travail—en première ligne—nous recommandons tout d'abord d'inclure ou d'énoncer plus explicitement les responsabilités liées à la nutrition, telles que l'évaluation, le traitement et la promotion de la nutrition, dans la description de poste de la RNAP.

Dans le même ordre d'idées, nous recommandons également d'apporter des précisions au programme de formation initiale, car nous n'avons pas été en mesure de déterminer si le programme abordait les compétences liées à l'évaluation de l'état nutritionnel, à l'allaitement maternel et à l'alimentation complémentaire. L'élargir afin d'aborder et de développer davantage de compétences en matière de nutrition liées à la nutrition générale des nourrissons et des jeunes enfants, à l'allaitement, aux services de nutrition dans le contexte des situations d'urgence et à la communication et au conseil en vue d'un changement de comportement.

Site transversal

Tous les programmes examinés couvraient les huit compétences requises en matière de vie saine, les deux compétences incluses dans l'outil concernant la nutrition maternelle et les huit compétences liées à la gestion des services de nutrition. Cependant, ils pourraient tous bénéficier d'un contenu plus étoffé sur la prestation de services nutritionnels dans le contexte des situations d'urgence.

La République kirghize

Introduction

Ce rapport est basé sur le travail entrepris par l'USAID en action pour la nutrition et un consultant local. Pour identifier les agents de santé principalement responsables de la prestation de services nutritionnels en République kirghize, nous avons défini les services nutritionnels prioritaires ainsi que les rôles et responsabilités des agents de santé professionnels/certifiés chargés de fournir ces services en première ligne (au niveau des soins de santé primaires). Nous avons examiné les documents suivants :

- *Loi de la République kirghize n° 263 (2008)*
- *Programme de protection de la santé publique et de développement du système de santé pour 2019–2030 (MS 2018)*
- *N° 320 Approbation du programme de sécurité alimentaire et de nutrition en République kirghize pour 2019–2023 (2019)*
- *Ordonnance n° 54 sur l'organisation des soins de santé primaires (MS 2011)*
- *Ordonnance n° 144 sur l'organisation de la protection, du soutien et de la promotion de l'allaitement chez les jeunes enfants dans les maternités (départements), les hôpitaux pour enfants, les centres de médecine générale, les groupes de médecins de famille, les Feldsher-Points Obstétricaux ambulatoires (Feldsher-Obstetrical Ambulatory Point [FAP]) de la République kirghize (MS 2016).*
- *Ordonnance n° 33 sur la surveillance des enfants en bonne santé âgés de 0 à 18 ans au niveau des soins de santé primaires (MS 2019a)*
- *Ordonnance n° 567/1 sur l'approbation des normes éducatives nationales pour les spécialités de l'enseignement professionnel secondaire (MS 2019b)*
- *Ordonnance n° 28 sur l'approbation du catalogue des compétences en soins infirmiers (MS 2020a)*

Indicateurs de nutrition pour la République kirghize

Enfants de moins de cinq ans :

Retard de croissance : 11,8 %

Émaciation : 2 %

Poids insuffisant : 1,8 %

Faible poids à la naissance : 4,5 %

Surpoids : 6,9 %

Obésité : 1,7 %

Femmes en âge de procréer (15–49 ans)* :

Prévalence de l'anémie : femmes enceintes : 36,3 %, femmes non enceintes : 35,8 %

Prévalence du poids insuffisant : 3,7 %

Couverture en fer pour les femmes enceintes (pendant au moins 90 jours) : 45 %

Prévalence de surpoids : 50,8 %

Prévalence de l'obésité : 21,4 %

Prévalence du diabète : 13,2 %

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant :

Pratiques d'allaitement

Enfants ayant été allaités au sein : 99 %

Enfants toujours allaités à 1 an : 77,4 %

Enfants nourris au sein dans un délai d'un jour après la naissance : 81 %

Pratiques d'alimentation complémentaire (6 à 23 mois) :

Diversité alimentaire minimale : 59,8 %

Fréquence minimale des repas : 75 %

Régime alimentaire minimum acceptable : enfants allaités : 49,4 %, enfants non allaités : 32,4 %

Sources : GSS 2018 ; NSC, MS et ICF 2013 ; NCD RisC 2017 ; OMS 2019

- Ordonnance n° 42 sur l'approbation de la norme professionnelle de « soins infirmiers » (MS 2020b)
- Ordonnance n° 902 sur l'approbation de la description de poste standard d'un médecin de famille et d'une infirmière de famille (MS 2020c)
- Ordonnance n° 993 sur l'introduction de normes actualisées pour l'évaluation du développement physique des enfants de 0 à 17 ans (MS 2020d)
- Ordonnance n° 1357/1 sur l'approbation de la norme éducative nationale de l'enseignement professionnel supérieur dans la spécialité « médecine générale » (MS 2021b).

Environnement politique pour la nutrition, les services de nutrition et le renforcement des capacités de la main-d'œuvre

Le gouvernement de la République kirghize reconnaît l'importance de la nutrition, en particulier le rôle et les responsabilités des travailleurs de la santé, dans la promotion de la santé et de la croissance de la nation. Dans le Programme de sécurité alimentaire et de nutrition (2019–2023), le gouvernement formule l'objectif de « garantir le droit de chacun à une alimentation saine à tous les stades de son cycle de vie et à des informations nutritionnelles scientifiquement fondées afin d'améliorer les connaissances en matière de nutrition saine et de comportement alimentaire (pratique) » (2019, 9). Pour ce faire, le gouvernement kirghize a identifié plusieurs priorités importantes pour la fourniture de services nutritionnels de qualité, notamment—

- développer et soutenir un environnement politique favorable à l'amélioration de la nutrition
- améliorer la qualité et la couverture des mesures nutritionnelles spécifiques
- renforcer le potentiel humain des travailleurs de la santé et créer une demande durable de nutrition saine au sein de la population.

La mise en place d'un système actualisé de soins de santé primaires de haute qualité est un élément clé du *Programme de protection de la santé publique et de développement du système de santé pour 2019–2030* (MS 2018). Il comprend trois objectifs liés à la nutrition—

1. Réduire les carences en iode et l'anémie ferriprive chez les femmes et les enfants.
2. Réduire la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans à 7 pour cent.
3. Réduire la consommation de tabac, d'alcool, de sel et de sucre.

En ce qui concerne les maladies non transmissibles, dont un grand nombre sont liées à la nutrition, le programme préconise—

- l'élaboration et la mise en œuvre de la surveillance des MNT
- l'élaboration et la mise en œuvre d'ensembles de services préventifs au niveau de la population, y compris des normes pour leur fourniture en ce qui concerne les maladies non transmissibles
- le développement d'une stratégie d'information et de communication visant à modifier la composition des produits et à assurer une réduction de la consommation de sel et de graisses trans par la population
- l'élaboration et la mise en œuvre de mécanismes de financement des services de prévention au niveau de la population
- l'élaboration et la mise en œuvre de mécanismes visant à promouvoir la responsabilité personnelle des citoyens à l'égard de leur propre santé et de celle des autres

- l'élaboration et l'approbation du concept d'alimentation rationnelle et saine de la population
- l'élaboration de programmes de formation pour les infirmières sur la gestion des maladies non transmissibles au niveau des SSP.

Le Programme de protection de la santé publique et de développement du système de santé (MS 2018) utilise une approche intégrée avec des tâches telles que—

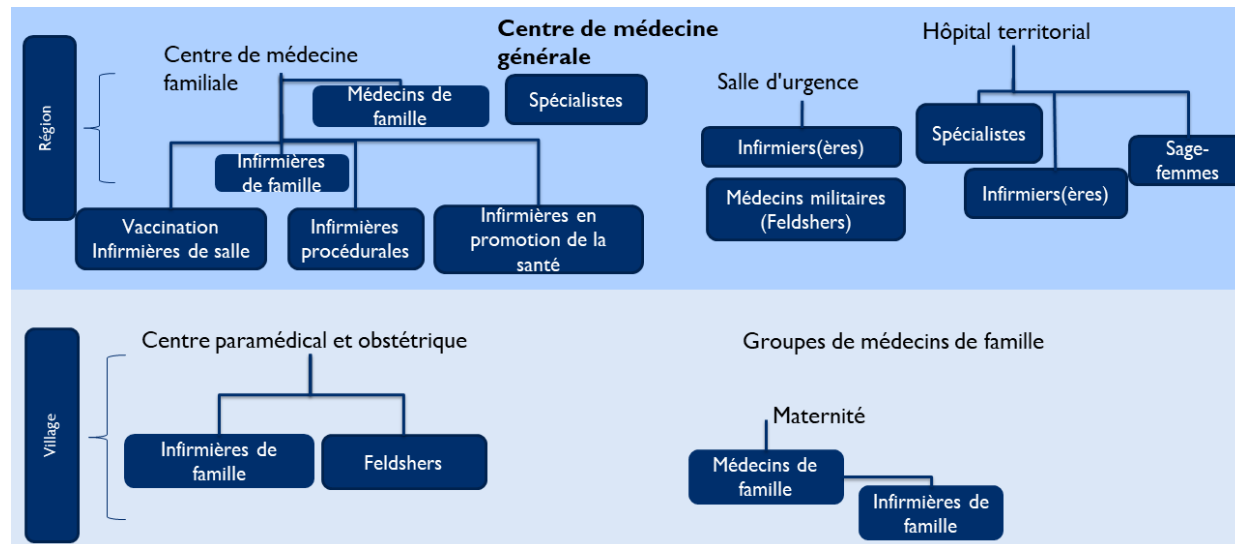
- créer un modèle efficace de SSP comprenant des services de prévention, de détection précoce des maladies et de gestion des cas de maladie, ainsi que d'autres obligations de l'État concernant le droit d'accès aux services de santé
- améliorer la continuité et la coordination entre les SSP et les organisations de niveau secondaire et tertiaire afin de garantir une approche intégrée et axée sur le patient dans la prestation des services
- améliorer la qualité et la couverture des services de SSP
- renforcer les ressources humaines pour fournir des services de SSP qualifiés.

Selon le document de programme, cela nécessite également d'augmenter la disponibilité du personnel médical dans les régions éloignées, en mettant l'accent sur la fourniture de médecins de famille, d'agents de santé publique et de services médicaux d'urgence. Il est essentiel d'achever la réforme du système d'enseignement médical supérieur, y compris la réforme de la formation en soins infirmiers conformément aux nouvelles exigences et aux nouveaux besoins en matière de soins de santé. En outre, les mécanismes de régulation des activités professionnelles des travailleurs médicaux doivent être améliorés grâce à l'implication des associations médicales professionnelles et au développement professionnel continu.

Les agents de santé sont les premiers responsables de la prestation de services de nutrition

Nous avons examiné les descriptions de poste de cinq catégories d'agents de santé : responsable clinique (feldsher), infirmière généraliste, sage-femme, infirmière de famille et médecin de famille (tableau 15). Parmi ces cinq cadres, nous en avons identifié deux qui se sont distingués dans le cadre de cette étude : le médecin de famille et l'infirmière de famille. Tous deux répondaient à l'ensemble de nos critères de sélection : formation préalable à l'emploi dans un établissement universitaire, nécessité d'une certification professionnelle, prestation de services de première ligne, prise en charge de populations prioritaires en matière de nutrition et description de poste mentionnant la prestation de services de nutrition. En outre, ces deux cadres fournissent la grande majorité des services de santé de première ligne, selon les informateurs clés consultés.

Figure 4. Cartographie des cadres qui fournissent des services de première ligne et des structures de supervision



Ces deux cadres travaillent presque exclusivement dans des centres médicaux familiaux (49 au total), des centres de médecine générale (20 au total) et des groupes de médecins de famille (662 au total). C'est dans ces établissements que les agents de santé fournissent les services suivants en matière de nutrition :

- la prévention (y compris des conseils sur les pratiques alimentaires)
- les soins aux femmes enceintes (y compris les conseils sur les pratiques alimentaires et la supplémentation en fer)
- les soins postnatals (y compris les conseils en matière d'alimentation et d'allaitement)
- la promotion de l'allaitement
- des conseils nutritionnels pour les enfants de moins de cinq ans
- la surveillance de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 17 ans
- la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition, d'anémie ferriprive et d'autres carences nutritionnelles.

En outre, les infirmières familiales travaillent dans les 1 073 centres paramédicaux et obstétriques (communément appelés FAP) et dans les centres de santé ruraux où de nombreux services similaires sont fournis dans les villages de toute la République kirghize. Les deux cadres effectuent des visites à domicile et des visites aux enfants en bonne santé.

Selon l'ordonnance 2022 n° 902 du ministère de la Santé *Approbation de la description de poste standard d'un médecin de famille et d'une infirmière de famille (2020c)*, l'infirmière de famille est responsable des tâches suivantes liées à la nutrition :

- suivre et évaluer la nutrition, les soins et le développement des enfants en bonne santé âgés de moins de 18 ans
- détecter précocement les difficultés de développement des jeunes enfants et les envoyer chez un médecin de famille

- dépister la population sur les facteurs de risque et la détection précoce des maladies non transmissibles
- conseiller et enseigner l'acquisition d'un mode de vie sain, l'hygiène personnelle, l'alimentation rationnelle, l'allaitement, les soins aux enfants, un mode de vie actif, l'utilisation d'une eau potable de qualité, de sel iodé, etc.

En outre, l'ordonnance 2018 n° 28 du ministère de la Santé (2020a) fournit un catalogue de compétences pour l'infirmière de famille. L'ordonnance de 2020 n° 42 (2020b) fournit une autre liste de compétences (performance ou démonstration des compétences), et plusieurs autres ordonnances articulent les compétences requises, les normes et les responsabilités de l'infirmière.

De même, il existe des listes de compétences et de responsabilités pour les médecins généralistes et les pédiatres. Cependant, le médecin de famille, selon l'ordonnance 2022 n° 902 du ministère de la Santé sur l'approbation de la description de poste standard d'un médecin de famille et d'une infirmière de famille (2020c), est responsable de ce qui suit :

- surveiller les femmes enceintes
- suivre et évaluer le développement des enfants de moins de sept ans, y compris l'identification des difficultés de développement chez les jeunes enfants, conformément aux exigences établies
- traiter les patients adultes atteints de maladies non transmissibles identifiées conformément aux protocoles cliniques
- orienter les enfants de moins de cinq ans vers les maladies les plus courantes
- conseiller la population sur un large éventail de questions liées à la prévention des maladies.

Tableau 16. Caractéristiques des cadres du personnel de santé de première ligne ou des soins de santé primaires en République kirghize

Critères de sélection	Médecin de famille	Infirmière de famille	Médecin généraliste	Sage-femme	Infirmière généraliste	Responsable clinique/ Feldsher
Formé avant l'emploi dans une institution académique	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Exige une certification professionnelle	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fournit des services de première ligne/soins primaires	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Dessert les populations prioritaires en matière de nutrition	✓	✓	✓	✓	✓	✓
La description de poste mentionne la prestation de services de nutrition	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Selon les documents que nous avons pu identifier, le gouvernement de la République kirghize a créé 2 176 postes de médecins de famille et 6 164 postes d'infirmières de famille. Un rapport datant de 2020 (MS 2020e) indique que 81,8 pour cent des postes de médecins de famille et 92,7 pour cent des postes d'infirmières de famille ont été pourvus.

Formation initiale requise pour ces travailleurs de la santé

Le tableau 17 présente les exigences en matière de formation initiale pour devenir médecin de famille et infirmière de famille. Dans les deux cas, la classification « famille » requiert l'achèvement d'un programme de formation postuniversitaire. Pour obtenir le diplôme de médecin de famille, un médecin qui a déjà obtenu un diplôme d'études supérieures de médecine après six ans d'études doit suivre une formation supplémentaire de deux ans. Pour obtenir le diplôme d'infirmière de famille, une infirmière généraliste (qui a déjà obtenu un diplôme d'enseignement secondaire spécialisé après deux ans et dix mois d'études) doit suivre une formation supplémentaire de trois ans et demi pour obtenir le diplôme d'infirmière de famille.

Tableau 17. Caractéristiques des programmes de formation initiale examinés pour certains cadres d'agents de santé fournissant des services de nutrition de première ligne

	Médecin de famille	Infirmière de famille
Établissements d'enseignement prégradué	Diplôme de médecine : Académie de médecine de l'État kirghize, Université de l'État d'Osh et Université slave russo-kirghize. Diplôme de médecin de famille : Institut d'État kirghize de reconversion et de perfectionnement	Diplôme de soins infirmiers : 19 établissements publics et privés ⁸ Diplôme d'infirmière de famille : Institut d'État kirghize de reconversion et de perfectionnement
Durée de la formation avant l'entrée en service	Diplôme de médecine : 6 ans + 2 ans d'internat Diplôme de médecin de famille : 2 ans	Diplôme de soins infirmiers : 2 ans + 10 mois Diplôme d'infirmière de famille : 3,5 ans

⁸ Tous les universités alignent leur programme sur celui du collège médical de Bishkek.

	Médecin de famille	Infirmière de famille
Nom du programme de formation prégraduée (date de mise à jour)	Diplôme de médecine : Programme d'études de base pour la Faculté de médecine (2021) Diplôme de médecin de famille : Programme de diplôme de troisième cycle de médecin de famille (2021)	Diplôme d'e soins infirmiers : Programme de formation de base en soins infirmiers (2019) Diplôme d'infirmière de famille : Soins infirmiers en médecine familiale (2020)
Objectifs du programme d'études	Dans tous les programmes d'études, l'objectif primordial est de développer des compétences générales et spéciales, des compétences universelles et spécifiques qui contribuent à la mobilité sociale et à la stabilité sur le marché du travail, à la préparation à la formation postuniversitaire et à la mise en œuvre ultérieure d'activités professionnelles dans le domaine choisi. Les programmes d'études n'indiquent pas d'objectifs spécifiques, sauf en ce qui concerne les cours.	
Cours liés à la nutrition	Diplôme en médecine : Thérapie d'installation Thérapie hospitalière Polyclinique thérapeutique Propédeutique des maladies de l'enfance Diplôme de médecin de famille : Programme de travail et programme d'études Formation postuniversitaire des médecins à spécialités étroites Pratique médicale générale	Diplôme de soins infirmiers Soins infirmiers en pédiatrie Soins infirmiers thérapeutiques avec cours de soins primaires d'urgence Une personne en bonne santé et son environnement avec le mécénat social Pédiatrie avec les infections infantiles Diplôme de soins infirmiers familiale : Programme et curriculum de la spécialisation primaire « Soins infirmiers en médecine familiale ».
Comprend des plans de cours	Diplôme en médecine : Oui Diplôme de médecin de famille : Non	Diplôme de soins infirmiers : Oui Diplôme de soins infirmiers familiale : Oui
Comprend une liste de compétences à développer	Diplôme en médecine : Oui Diplôme de médecin de famille : Oui	Diplôme de soins infirmiers : Oui Diplôme de soins infirmiers familiale : Oui
Décrit les méthodes d'enseignement	Diplôme en médecine : Non Diplôme de médecin de famille : Non	Diplôme de soins infirmiers : Oui Diplôme de soins infirmiers familiale : Oui

Compétences en nutrition abordées dans les programmes de formation initiale examinés

L'*Outil de révision des programmes* développé par l'USAID en action pour la nutrition en 2021 identifie 84 compétences pertinentes pour la prestation de services de nutrition de première ligne. Sur la base des documents que nous avons examinés et de notre connaissance du système de santé de la République kirghize, nous avons considéré que 83 d'entre eux étaient pertinents pour le médecin de famille et 79 pour l'infirmière de famille. Nous avons ensuite déterminé si les programmes d'études de chaque cadre abordaient ces compétences. Le tableau 3 donne un aperçu des compétences abordées dans chaque programme d'études par sujet.

Nous avons ensuite déterminé que les programmes d'études abordent 69 pour cent (57 sur 83) des compétences liées à la nutrition si un individu termine les programmes de médecine générale et de médecine familiale. La formation initiale des médecins de famille porte sur l'évaluation de l'état nutritionnel, la prise en charge de l'émaciation chez les enfants et les adolescents, la prise en charge des carences en micronutriments et de l'anémie, l'hygiène de vie, la nutrition générale des nourrissons et des jeunes enfants, l'allaitement, l'alimentation complémentaire, les soins adaptés, la nutrition maternelle, la communication et le conseil en matière de changement de comportement, et la gestion des services de nutrition.

En outre, les programmes d'études des médecins de famille n'abordent pas la question de la nutrition des adolescents. En effet, il n'existe pas de directives en République kirghize pour le traitement de la malnutrition sévère chez les adolescents ou les adultes. Il n'aborde pas non plus les compétences nécessaires à la prestation de services nutritionnels dans le contexte des maladies courantes et des maladies non transmissibles liées à la nutrition, à la prestation de services nutritionnels dans le contexte des situations d'urgence et à la gestion des services nutritionnels.

Les programmes d'études abordent au moins dans une certaine mesure 66 pour cent (52 sur 79) des compétences pertinentes liées à la nutrition pour les programmes généraux de soins infirmiers et de soins infirmiers familiaux. Comme pour la formation des médecins de famille, le programme d'études des infirmières de famille couvre les aspects suivants—

- l'évaluation de l'état nutritionnel
- la gestion des carences en micronutriments et de l'anémie
- la vie saine
- la nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant
- l'allaitement
- l'alimentation complémentaire
- les soins attentionnés
- la nutrition maternelle.

La formation initiale des infirmières de famille aborde également les compétences liées à la communication et au conseil en matière de changement de comportement, à l'exception d'une seule (la capacité d'aider les clients à identifier et à atteindre leurs objectifs nutritionnels).


Les programmes ne traitent pas entièrement de la prise en charge de l'émaciation chez les enfants et les adolescents, de la prise en charge de la sous-nutrition ou de la maigreur chez les adultes, de la nutrition des adolescents, de la prestation de services nutritionnels dans le contexte des maladies courantes et

des MNTN, de la prestation de services nutritionnels dans le contexte des situations d'urgence, ou de la gestion des services nutritionnels.

























Tableau 18. Compétences liées à la nutrition abordées,⁹ par domaine thématique

Clé :







 = < 40 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées.

 = 40 à 79 % des compétences quelque peu ou bien abordées.

 = ≥ 80 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées.

Domaine thématique	Médecin de famille	Infirmière de famille
Total (84)	69 % (57/83)	66% (52/79)
L'évaluation de l'état nutritionnel (8)		
La gestion de l'émaciation chez les enfants et les adolescents (6)		
La gestion de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte (8)		
La gestion des carences en micronutriments et de l'anémie (4)		
La vie saine (8)		
La nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant (7)		
Allaitement (11)		
L'alimentation complémentaire (6)		
Les soins adaptés (2)		
La nutrition maternelle (2)		
La nutrition des adolescents (3)		
La prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des maladies non transmissibles liées à la nutrition (4)		

⁹ Par souci de simplicité, si nous ne pouvions pas déterminer si un programme d'études abordait une compétence, nous l'avons regroupé dans la catégorie « non abordé ».

Domaine thématique	Médecin de famille	Infirmière de famille
La prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences (4)		
La communication et les conseils en matière de changement de comportement (5)		
La gestion des services de nutrition (8)		

Recommandations qui ont émergé

En général, nous avons trouvé que les programmes d'études étaient assez complets. Cependant, en collaboration avec les principales parties prenantes, nous avons identifié quelques recommandations pour renforcer la formation initiale de ces cadres afin de s'assurer qu'ils disposent de toutes les compétences nécessaires pour fournir des services de nutrition de première ligne.

Médecin de famille

Nous recommandons d'étendre et/ou de renforcer la formation initiale des médecins de famille afin de s'assurer qu'elle couvre les compétences pertinentes en matière de—

- la prise en charge de l'émaciation ou de la maigreur chez l'adulte
- la nutrition des adolescents
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des MNTN
- la prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences
- la communication et conseil pour le changement de comportement
- la gestion des services de nutrition (supervision des travailleurs et des bénévoles des établissements et des communautés, collaboration avec d'autres travailleurs de la santé, engagement avec les acteurs communautaires concernés, collecte, gestion, communication et utilisation des données, et gestion de la chaîne d'approvisionnement).

Infirmière de famille

Nous recommandons d'étendre et/ou de renforcer la formation initiale des infirmières familiales dans ces mêmes domaines. Cependant, leur formation semble avoir moins besoin d'être axée sur la communication et le conseil en matière de changement de comportement, mais pourrait avoir besoin d'un contenu supplémentaire concernant la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et de la MAS chez les enfants.

Site transversal

Outre nos recommandations visant à élargir les programmes d'études pour y inclure quelques nouveaux domaines liés à la nutrition, notre analyse a révélé l'existence de nombreuses ordonnances valides (*pricaz*) qui énumèrent les compétences, les normes, les exigences et/ou les responsabilités pour chaque cadre de travailleurs de la santé. Si les listes sont relativement cohérentes, elles ne sont pas tout à fait identiques. Il nous a donc été difficile de déterminer quelles compétences de notre liste sont pertinentes pour chaque cadre et, on peut le supposer, les professeurs ont du mal à concevoir des plans de cours

pour s'assurer que les étudiants développent toutes les compétences prioritaires. Étant donné qu'une bonne compréhension des rôles et des responsabilités est un facteur clé de la performance des travailleurs de la santé, nous recommandons au gouvernement de réviser ou de développer un prix avec une liste complète et harmonisée de compétences, de normes de performance et de responsabilités pour le médecin de famille et l'infirmière de famille.

Deuxièmement, si les responsabilités du médecin de famille et de l'infirmière de famille sont standardisées, les parcours de formation pour devenir médecin de famille ou infirmière ne le sont pas tout à fait. Par conséquent, tous les médecins de famille et toutes les infirmières familiales ne sont pas identiques. Les médecins de famille ayant suivi une formation de pédiatre avant d'obtenir le certificat de médecin de famille auront de meilleures compétences en matière de nutrition infantile qu'un médecin de famille diplômé en médecine générale. De même, les infirmières de familles formées en tant que sage-femmes n'auront que les 3,5 années de formation du diplôme d'infirmière de famille pour se préparer aux responsabilités de l'infirmière de famille et ne posséderont peut-être pas certaines des compétences de base d'une infirmière. Pour garantir une compétence standard dans les domaines clés de la nutrition, les personnes qui n'ont pas reçu de formation pertinente avant le programme de formation familiale peuvent avoir besoin de quelques cours supplémentaires. Par exemple, la sage-femme devra peut-être consacrer plus de temps à l'apprentissage de l'alimentation complémentaire et de la nutrition des adolescents.

Malawi

Introduction

Ce rapport est basé sur le travail entrepris par l'USAID en action pour la nutrition et un consultant local. Pour identifier les agents de santé principalement chargés de fournir des services de nutrition au Malawi, nous avons examiné les politiques et stratégies nationales relatives aux services de santé et de nutrition et aux ressources humaines. Pour trouver tous les documents pertinents, nous avons consulté les principales parties prenantes. Nous avons examiné les documents suivants :

- *Plan stratégique du secteur de la santé II 2017–2022 (2017)*
- *Stratégie nationale de santé communautaire 2017–2022 (MS 2017a)*
- *Directives de clarification des rôles pour les agents de santé communautaire 2017–2022 (MS 2017c)*
- *Politique nationale multisectorielle de nutrition 2018–2022 (2019)*
- *Stratégie multisectorielle d'éducation et de communication en matière de nutrition II 2021–2025 (MS 2021)*
- *Bien manger pour bien vivre : Guide du Malawi pour la prévention et la gestion des maladies non transmissibles liées à l'alimentation et au mode de vie (2021).*

Environnement politique pour la nutrition, les services de nutrition et le renforcement des capacités de la main-d'œuvre

Le gouvernement du Malawi, dans son *Plan stratégique du secteur de la santé II 2017–2022*, reconnaît que la nutrition est un facteur déterminant des facteurs de risque sociaux et environnementaux (2017). Selon la *Politique nationale multisectorielle de nutrition (Multi-Sector Nutrition Policy [MSNP]) 2018–2022*, le gouvernement du Malawi s'est engagé à renforcer la réponse nutritionnelle du pays par l'intensification d'interventions fondées sur des données probantes et alignées sur les priorités et les engagements nationaux et mondiaux en matière de développement (2019). Plus précisément, la politique définit les résultats escomptés suivants :

1. l'amélioration de la nutrition et de la santé des adolescents, des mères et des enfants
2. la réduction de la prévalence de la surpoids et des maladies non transmissibles liées à la nutrition au sein de la population générale
3. la réduction de la mortalité liée à la nutrition chez les enfants de moins de cinq ans et dans la population générale

Indicateurs de nutrition pour le Malawi

Enfants de moins de cinq ans :

Retard de croissance : 35,5 %

Émaciation : 2,6 %

Poids insuffisant : 12,8 %

Faible poids à la naissance : 13,9 %

Femmes en âge de procréer* :

Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer : enceintes : 33 %, non enceintes : 20,9 %.

Prévalence de la maigreur chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) : 7 %

Prévalence de la maigreur chez les adolescentes (15 à 19 ans) : 13 %

Couverture en fer pour les femmes enceintes (pendant au moins 90 jours) : 33 %

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant :

Pratiques d'allaitement

Enfants ayant été allaités au sein : 99 %.

Enfants toujours allaités à 1 an : 95,2 %

Enfants nourris au sein dans un délai d'un jour après la naissance : 92,7 %.

Pratiques d'alimentation complémentaire (6–23 mois) :

Diversité alimentaire minimale : 17,3 %.

Fréquence minimale des repas : 36,8 %

Régime alimentaire minimum adéquat : 8,7 %

Source : NSO 2021 ; *USAID 2021b

- l'amélioration de l'environnement favorable à une coordination et à une mise en œuvre efficaces des interventions sensibles et spécifiques à la nutrition.

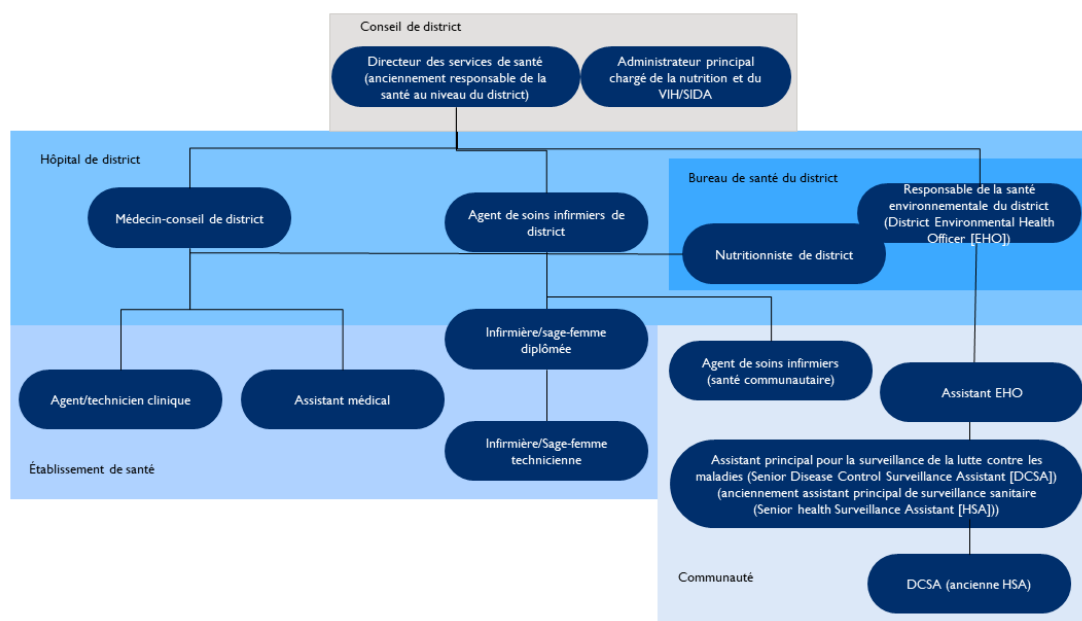
Le paquet de santé essentiel du pays comprend plusieurs services de nutrition, comme indiqué dans le *Plan stratégique du secteur de la santé II 2017–2022*, notamment la supplémentation pour les enfants et les femmes enceintes et les services de déparasitage et de prise en charge de la malnutrition aiguë pour les enfants (2017).

Le MSNP compte également parmi ses priorités politiques la création d'un environnement favorable, ce qui, selon le plan, nécessitera une augmentation des ressources humaines allouées par le gouvernement à la prestation de services nutritionnels. La *Stratégie multisectorielle d'éducation et de communication en matière de nutrition II 2021–2025* va plus loin en incluant dans ses priorités stratégiques un volet de renforcement des capacités des prestataires de services en matière d'éducation et de communication en matière de nutrition à tous les niveaux, dans le cadre du renforcement de l'environnement favorable (MS 2021).

Les agents de santé sont les premiers responsables de la prestation de services de nutrition

Le Malawi dispose d'une structure complexe de prestation de services de santé, avec plusieurs cadres responsables de la prestation de services de santé en première ligne ou au niveau des soins primaires. L'examen des documents et les entretiens avec les parties prenantes nous ont permis de dresser une carte des cadres qui fournissent les services de première ligne (figure 5). Nous avons également inclus les structures de supervision, car nombre de ces fonctions requièrent la même formation initiale de base.

Figure 5. Cartographie des cadres qui fournissent des services de première ligne et des structures de supervision



Nous avons examiné les descriptions de poste des 14 cadres figurant à la figure 5. Nous avons examiné les rôles de prestation de services et de supervision liés à la prestation de services nutritionnels de première ligne. Nous avons pris en considération les mentions directes des services de nutrition (par exemple, le suivi de la croissance) ainsi que les services indirectement liés à la nutrition ou aux services de nutrition (par exemple, la supervision des tournées des services, sachant que certains services

comprennent des cas d'émaciation). Sur les 14 cadres examinés, nous en avons identifié huit qui jouent un rôle dans la prestation de services de nutrition en première ligne.

Bien que plusieurs cadres aient satisfait à nos critères de sélection pour un examen plus approfondi (tableau 19), nous avons sélectionné, en concertation avec le ministère de la santé, deux cadres qui se sont distingués pour cet examen : l'infirmière de santé communautaire et l'assistant de surveillance sanitaire.¹⁰

¹⁰ Le titre officiel de l'ISC est celui de responsable des soins infirmiers (santé communautaire). Le titre officiel actuel de l'assistant de surveillance sanitaire est assistant de surveillance de la lutte contre les maladies et sera bientôt remplacé par assistant de santé communautaire lorsque le nouveau programme de certification commencera. Nous les appellerons les assistants de surveillance sanitaire et ISC dans le cadre de ce rapport.

Tableau 19. Critères de sélection des cadres des agents de santé de première ligne ou de soins primaires au Malawi

	Responsable clinique/technicien	Assistant médical	Infirmière/sage-femme diplômé(e)	Infirmière/Sage-femme technicienne	Infirmière en santé communautaire	Agent adjoint d'hygiène du milieu	Assistant principal de surveillance de la santé	Assistant de surveillance sanitaire
Formé avant l'emploi dans une institution académique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ Nouveau programme de 12 mois ¹¹	✓ Nouveau programme de 12 mois
Exige une certification professionnelle	✓	✓	✓	✓	✓	×	×	✓
Fournit des services de première ligne/soins primaires	✓	✓	✓	✓	✓	×	✓	✓
Dessert les populations prioritaires en matière de nutrition	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

¹¹ Le ministère de la santé certifiera bientôt les assistants de surveillance sanitaire dans le cadre d'un nouveau programme d'étude : Certificat en santé communautaire. Ce programme de certification n'a pas encore été lancé et ne mentionne que la formation des assistants de surveillance sanitaire, et non des assistants de surveillance sanitaire seniors. Toutefois, nous supposons qu'ils finiront également par certifier les assistants de surveillance sanitaire seniors, étant donné qu'il s'agit d'un poste de promotion à partir d'un assistant de surveillance sanitaire de niveau débutant.

	Responsable clinique/technicien	Assistant médical	Infirmière/sage-femme diplômé(e)	Infirmière/Sage-femme technicienne	Infirmière en santé communautaire	Agent adjoint d'hygiène du milieu	Assistant principal de surveillance de la santé	Assistant de surveillance sanitaire
La description de poste mentionne la prestation de services de nutrition	<input checked="" type="checkbox"/> Indirect	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Indirect	<input checked="" type="checkbox"/> Indirect	<input checked="" type="checkbox"/> Indirect	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Direct	<input checked="" type="checkbox"/> Direct

Nous avons sélectionné ces deux cadres parce qu'ils travaillent plus près de la ligne de front. L'ISC et l'assistant de surveillance sanitaire font tous deux parties de l'équipe de santé communautaire. Les ISC fournissent des services au centre de santé, au poste de santé et mènent des actions de sensibilisation. Ils sont également chargés d'encadrer les assistants de surveillance sanitaire travaillant au niveau de la communauté et des ménages. Les assistant de surveillance sanitaire et les assistant de surveillance sanitaire seniors sont actifs dans tous les points de soins de la communauté, y compris les centres de santé, les postes de santé, les communautés et les ménages. Ils mènent également des actions de sensibilisation et travaillent avec le chef de village du groupe et le groupe d'action communautaire pour la santé.

Les descriptions de poste pour l'ISC et de l'assistant de surveillance sanitaire fournissent peu de détails sur les services nutritionnels qu'elles fournissent. La description du poste pour l'ISC ne mentionne aucune activité spécifique à la nutrition. La description du poste d'assistant de surveillance sanitaire ne comporte qu'une seule responsabilité liée à la nutrition, à savoir le suivi de la croissance. Toutefois, le document *Directives de clarification sur la clarté des rôles pour les agents de santé communautaires 2017–2022* (MS 2017c) fournit une description détaillée des tâches de chaque cadre. Ce document énumère 61 tâches détaillées pour l'ISC, dont 10 concernent la nutrition, et 262 tâches détaillées pour les assistants de surveillance sanitaire, dont 67 concernent la nutrition. Les deux cadres sont également responsables de nombreuses autres tâches qui sont indirectement liées à la nutrition mais qui contribuent à la prévention de la malnutrition au sein de la communauté. Les tâches communes décrites pour les deux cadres sont les suivantes—

- le dépistage nutritionnel pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans
- la supplémentation en micronutriments pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans
- la gestion des services ambulatoires de traitement de l'émaciation
- la promotion de messages sur la nutrition et/ou l'éducation nutritionnelle.

Formation initiale requise pour les cadres sélectionnés

Pour travailler en tant qu'ISC, il faut d'abord obtenir un diplôme de trois ans en soins infirmiers (générique). Il est suivi d'un diplôme d'un an en soins infirmiers communautaires. Il est important de noter que si deux diplômes sont requis pour obtenir le titre d'ISC, ils sont tous deux de niveau baccalauréat.

Jusqu'à récemment, pour travailler en tant qu'assistant de surveillance sanitaire, il suffisait d'être titulaire d'un certificat d'études secondaires et d'être initié aux activités de l'assistant de surveillance sanitaire. Cependant, en juin 2021, le MS a publié un nouveau programme de formation d'un an pour l'obtention d'un certificat en santé communautaire, qui sera exigé des nouveaux assistants de surveillance sanitaire afin de professionnaliser davantage le cadre.¹² La formation des assistants de surveillance sanitaire dans le cadre de ce nouveau programme n'a pas encore commencé. Le tableau 20 présente un résumé de la formation initiale requise pour que les établissements de santé puissent employer une personne en tant qu'ISC ou assistant de surveillance sanitaire.

¹² Dans le cadre du nouveau programme de certification, le ministère de la santé désignera les assistants de surveillance sanitaire comme des assistants de santé communautaire, mais nous croyons comprendre qu'ils auront la même description de poste que l'assistant de surveillance sanitaire. Il est à noter que dans la description de poste actuelle de l'assistant de surveillance sanitaire, le titre de cette fonction est « assistant de surveillance de la lutte contre les maladies ». Cependant, le terme d'assistant de surveillance sanitaire est le plus souvent utilisé dans les documents politiques, les rapports et dans le langage courant. C'est pourquoi nous utiliserons le nom de cadre HSA tout au long de ce document.

Tableau 20. Caractéristiques des programmes de formation initiale examinés pour certains cadres d'agents de santé fournissant des services de nutrition de première ligne

	ISC	HSA
Diplôme/certificat obtenu	Diplôme en soins infirmiers en santé communautaire	Certificat en santé communautaire
Établissements offrant un diplôme/programme	Collège des sciences de la santé du Malawi	Pas encore défini—le programme n'a pas encore été mis en œuvre
Durée du programme	12 mois Prérequis : Diplôme de 3 ans en soins infirmiers (générique)	12 mois (49 semaines d'études)
Titre du programme de formation initiale	Programme d'études d'un an en vue de l'obtention d'un diplôme supérieur en soins infirmiers de santé communautaire	Programme d'études générique Certificat en santé communautaire
Date du programme de formation initiale	2007	2021
Objectifs du programme de formation initiale	Former des infirmières qui fourniront des soins de promotion, de prévention, de guérison et de réadaptation aux individus, aux familles, aux groupes et aux communautés dans n'importe quel environnement de soins de santé.	Former des agents de santé communautaires aptes à fournir des services de promotion, de prévention, d'éducation, de surveillance, de soins de base et de réhabilitation au niveau communautaire au Malawi.
Cours avec un contenu lié à la nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ● ISC 101 : Soins infirmiers de santé communautaire I Théorie ● ISC 102 : Soins infirmiers de santé communautaire II Pratique ● ENV 101 : Santé environnementale ● EPDI 102 : Épidémiologie, maladies transmissibles et non transmissibles ● IPCC 101 : Communication interpersonnelle et conseil ● MGT 101 : Gestion ● NUT 101 : Nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> ● CCH 113 : Promotion et éducation à la santé ● CHH 114 : Introduction à la santé publique ● CCH 118 : Santé familiale ● CCH 117 : Maladies courantes et prise en charge ● CCH 119 : Santé environnementale ● CCH 121 : Surveillance de la santé publique ● CCH 124 : Nutrition ● CCH 122 : Gestion de l'information sur la santé communautaire

	ISC	HSA
	<ul style="list-style-type: none"> • NUT 102 : Pratique de la nutrition • PSY 101 : Psychologie • REP 102 : Santé reproductive pratique 	<ul style="list-style-type: none"> • CCH 123 : Gestion et leadership dans le domaine de la santé
Le programme comprend des plans de cours	Non, mais le programme d'études comprend des textes obligatoires et recommandés.	Non, mais le programme d'études comprend des textes obligatoires et recommandés.
Le programme d'études décrit les méthodes d'enseignement	Oui	Oui
Le programme d'études exige un stage ou une pratique	Oui 975 heures de pratique 66 heures de laboratoire	Oui Les modules mentionnent un contenu pratique mais n'en définissent pas la proportion

Compétences en nutrition abordées dans les programmes de formation initiale examinés


L'*Outil de révision des programmes* développé par l'USAID en action pour la nutrition en 2021 identifie 84 compétences pertinentes pour la prestation de services de nutrition de première ligne. Sur la base des informations disponibles dans les descriptions de poste et les *Directives de clarification des rôles* (MS 2017c), nous avons considéré toutes ces compétences comme pertinentes pour l'ISC. Pour l'assistant de surveillance sanitaire, nous avons jugé 80 des 84 compétences (95 pour cent) pertinentes ou assez pertinentes.

Nous avons ensuite déterminé si les programmes d'études abordaient ces compétences pour chaque cadre. Après avoir examiné les programmes, qui comprenaient des objectifs de cours/d'apprentissage et un contenu indicatif, nous avons déterminé que les programmes de formation initiale abordaient respectivement 81 pour cent et 75 pour cent des compétences requises pour les ISC et les assistants de surveillance sanitaire. Sur les 84 compétences jugées pertinentes pour l'ISC, nous n'avons pas pu déterminer si les programmes de 16 d'entre elles concernaient l'ISC. Pour les assistants de surveillance sanitaire, nous n'avons pas pu déterminer si l'une des 80 compétences pertinentes était abordée. Le tableau 21 donne un aperçu des compétences abordées dans chaque programme d'études par sujet.

Tableau 21. Compétences liées à la nutrition abordées, par domaine thématique

Clé :

 = < 40 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées.

 = 40 à 79 % des compétences quelque peu ou bien abordées.

 = ≥ 80 % des compétences quelque peu abordées ou bien abordées.

Domaine thématique	ISC	HSA
Globalement	81 % (68/84)	76 % (61/80)
L'évaluation de l'état nutritionnel	◆	◆
La gestion de l'émaciation chez les enfants et les adolescents (6)	◆	◆
La gestion de la sous-nutrition ou de la maigreur chez l'adulte (8)	◆	◆
La gestion des carences en micronutriments et de l'anémie (4)	◆	◆
La vie saine (8)	◆	◆
La nutrition générale du nourrisson et du jeune enfant (7)	●	●
Allaitement (11)	◆	■
L'alimentation complémentaire (6)	●	●
Les soins adaptés (2)	■	◆
La nutrition maternelle (2)	●	◆
La nutrition des adolescents (3)	●	■
La prestation de services de nutrition dans le contexte des maladies courantes et des maladies non transmissibles liées à la nutrition	◆	◆
La prestation de services de nutrition dans le contexte des urgences	◆	◆
La communication et conseil pour le changement de comportement	◆	◆
Gestion des services de nutrition	◆	●

En ce qui concerne le diplôme de soins en santé communautaire de l'ISC, nous avons constaté que le programme d'études, dont la dernière mise à jour par le ministère de la santé remonte à 2007, abordait la plupart des sujets liés à la nutrition. Toutefois, une partie du contenu est obsolète. Par exemple, bien que les programmes abordent la majorité des compétences liées à l'évaluation de l'état nutritionnel et à la prise en charge de l'émaciation chez les enfants et les adolescents, nous avons constaté que certains contenus étaient manifestement dépassés. Le programme fait toujours référence à la méthode des soins thérapeutiques communautaires (STC), qui n'est plus utilisée au Malawi depuis 2012. Le ministère de la santé a remplacé les STC par une approche de gestion communautaire de la malnutrition aiguë, qui

couvre la gestion de la malnutrition aiguë chez les personnes de tous âges. De même, bien que les lignes directrices du ministère de la Santé pour les soins nutritionnels, le soutien et l'approche thérapeutique couvrent la prévention et la gestion de la malnutrition chez les adolescents et les adultes (MS 2017b), le programme d'études n'aborde pas ce sujet. D'une manière générale, nous avons constaté qu'il était difficile de déterminer dans quelle mesure le programme d'études abordait les compétences en matière de conseil spécifique à la nutrition. Bien que le programme contienne un cours consacré à la communication interpersonnelle et au conseil (IPCC 101), il se concentre sur le développement de compétences générales en matière de conseil. Parmi les autres domaines du programme où nous avons eu du mal à déterminer si le programme abordait le contenu, citons la prise en charge des carences en micronutriments autres que celles explicitement mentionnées dans le programme (vitamine A et anémie), les politiques relatives à la nutrition des adolescents et les soins adaptés.

Sur la base de notre examen du nouveau programme d'études du certificat de santé communautaire requis pour les futurs assistants de surveillance sanitaire, nous avons estimé que le programme d'études ne tenait pas compte de plusieurs compétences. Il s'agit par exemple des compétences liées à l'allaitement et à l'alimentation complémentaire, y compris l'alimentation des bébés et des enfants malades ou de faible poids à la naissance, la résolution des difficultés d'alimentation et l'alimentation adaptée. Un autre exemple de compétence non traitée est la capacité à planifier et à gérer les produits nutritionnels, l'équipement, les médicaments et les autres intrants. À ce sujet, le programme n'aborde que la gestion des vaccins et de la chaîne du froid, ce qui laisse de côté d'autres médicaments et fournitures essentiels (par exemple, la vitamine A, les vermifuges et le fer-acide folique) que les assistants de surveillance sanitaire utilisent dans le cadre de leurs activités de routine.

Recommandations qui ont émergé

Les recommandations issues de cette analyse et des discussions avec les principales parties prenantes sont les suivantes :

Assistant de surveillance sanitaire

Le ministère de la santé ayant récemment élaboré le programme du **certificat en santé communautaire** requis pour les assistants de surveillance sanitaire, le contenu est très actuel. Néanmoins, nous avons identifié quelques lacunes, comme le montre le tableau 21. Il est possible de combler ces lacunes en élaborant des **plans de cours normalisés**, qui n'ont pas encore été développés pour les cours. En outre, ces plans normalisés contribueraient à garantir des normes minimales cohérentes entre les établissements de formation. La normalisation et le contrôle de la qualité seront importants étant donné qu'un certain nombre d'établissements de formation décentralisés devront probablement recevoir une accréditation pour offrir cette certification afin de former et de certifier suffisamment d'assistants de surveillance sanitaire pour répondre aux besoins du système de santé.

Le pays a un besoin urgent de former, de recruter et d'embaucher davantage d'assistants de surveillance sanitaire. Selon les données les plus récentes, qui datent de 2017, il y avait 9 214 assistants de surveillance sanitaire (Gouvernement de la République du Malawi 2017). Le MS recommande des ratios d'un assistant de surveillance sanitaire pour 1 000 personnes, ce qui signifie que le pays a besoin de plus de 19 600 assistants de surveillance sanitaire (MS 2017c ; Banque mondiale 2022).

Le programme du certificat en santé communautaire est très complet et actualisé. Cependant, le ministère de la santé ne l'a pas encore introduit comme condition d'emploi en tant qu'assistant de surveillance sanitaire, ni ne l'a étendu aux établissements de formation. Nous reconnaissons la nécessité pour le MS d'agir rapidement, ce qui impliquera de **définir les exigences en matière d'accréditation et d'identifier les institutions chargées de dispenser la formation initiale**. Compte tenu du grand nombre d'assistants de surveillance sanitaire nécessitant une formation pour

comblent les lacunes existantes en matière d'emploi, le ministère de la santé devra probablement décentraliser les sites de formation.

Nous recommandons également au MS de **mettre à jour la description de poste d'assistant de surveillance sanitaire**, compte tenu de la professionnalisation de ce cadre par le biais de la nouvelle exigence de certification. Dans le cadre de cette mise à jour, ils peuvent également aligner l'intitulé du poste sur la nomenclature des assistants de santé communautaire utilisée dans le nouveau programme d'études.

Enfin, le programme d'études du certificat en santé communautaire mentionne l'acceptation des candidats normaux (nouveaux) et matures (assistants de surveillance sanitaire déjà employés) comme candidats à l'admission. Pour s'assurer que les assistants de surveillance sanitaire existantes répondent aux nouvelles normes de certification, nous recommandons de développer un plan pour **inscrire un mélange approprié de candidats normaux et matures**. Il est important de noter que le nouveau programme exige des assistants de surveillance sanitaire qu'ils aient obtenu le Certificat d'études scolaires au Malawi (Malawi School Certification of Education [MSCE]), un certificat de fin d'études secondaires. Toutefois, cette exigence n'existait pas auparavant pour les assistants de surveillance sanitaire et pourrait constituer une barre haute pour certains candidats. Les candidats matures peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour passer MSCE ou le MS peut envisager de dispenser de cette exigence les candidats matures ayant une expérience professionnelle suffisante.

Infirmière en santé communautaire

En ce qui concerne l'ISC, nous recommandons de **réviser et d'actualiser le programme d'études** pour le diplôme de soins infirmier en santé communautaire à—

- a. Veiller à ce qu'il soit conforme aux orientations et normes les plus récentes en matière de santé publique au Malawi, aux meilleures pratiques mondiales, ainsi qu'aux rôles et responsabilités définis dans la description de poste et les *Directives de clarification des rôles* (MS 2017c).
- b. Tenir compte de la nécessité de transférer certaines tâches des assistants de surveillance sanitaire à d'autres membres de l'équipe de santé communautaire, tels que les ISC.
- c. **S'aligner sur l'examen de certification en soins infirmiers**, si une personne titulaire d'un diplôme d'infirmière diplômée continue à remplir ce rôle.

En outre, bien que cela ne soit pas explicitement lié à notre examen des descriptions de poste et des programmes d'études, il nous est apparu clairement qu'il était nécessaire d'augmenter le nombre d'inscriptions dans les programmes d'ISC. Bien que l'on ne dispose pas de données spécifiques sur le nombre d'ISC employées, le ministère de la santé recommande un ratio d'une ISC pour 5 000 personnes (MS 2017c). Cela signifie que le Malawi a besoin de plus de 3 800 ISC. Les données disponibles sur tous les types d'infirmières employées, y compris les ISC, n'étaient que de 1 163 en 2017, la dernière fois que le gouvernement du Malawi a recueilli ces données (gouvernement de la République du Malawi 2017). Les politiques nationales reflètent l'importance des ISC en première ligne et mettent en évidence les lacunes dans le nombre de postes pourvus. Lors de nos discussions avec le collège des sciences de la santé du Malawi, nos informateurs clés ont souligné les difficultés liées au nombre d'inscriptions. Pendant un certain temps, le collège a suspendu l'admission à ce programme en raison du faible nombre d'inscriptions. Pour augmenter le nombre d'inscriptions, nous recommandons au MS de **revoir les exigences en matière d'éducation pour obtenir le titre d'ISC**, ce qui pourrait involontairement rendre la fonction moins attrayante pour les candidats qualifiés. Les informateurs clés du Collège des sciences de la santé du Malawi ont mentionné que les étudiants qui possèdent le diplôme préalable requis pourraient hésiter à s'inscrire à un deuxième programme diplômant plutôt que de chercher à obtenir un diplôme de niveau supérieur (par exemple, une licence). Les solutions pourraient inclure l'admission directe à un programme élargi de diplôme en soins infirmiers communautaires, à une licence

de quatre ans en soins infirmiers communautaires ou à une licence spécialisée en soins infirmiers communautaires telle que celle proposée par le Collège d'infirmières Kamuzu. Le MS pourrait également envisager de collaborer avec le Conseil national de l'enseignement supérieur afin d'**accréditer d'autres établissements universitaires pour qu'ils délivrent le diplôme d'infirmier en santé communautaire**. À l'heure actuelle, seul le des sciences de la santé du Malawi délivre un diplôme d'infirmière en santé communautaire.

Site transversal

Plusieurs recommandations transversales sont ressorties de notre examen des descriptions de poste, des rôles, des responsabilités et des programmes de formation initiale applicables aux ISC et aux assistants de surveillance sanitaire, ainsi qu'à d'autres catégories d'agents de santé de première ligne.

Premièrement, il est nécessaire d'**aligner et d'harmoniser les titres des cadres utilisés dans les descriptions de poste, les politiques et les protocoles**. Par exemple, bien que les documents politiques et le langage courant utilisent le titre d'assistant de surveillance sanitaire, le titre officiel du poste est assistant de surveillance de la lutte contre les maladies. L'introduction du titre d'assistant de santé communautaire rendra encore plus confus le titre de ce cadre lorsque les établissements de formation commenceront à délivrer le certificat de santé communautaire. Ce problème se pose pour différents cadres et à tous les niveaux du système de santé, y compris pour le responsable de la santé du district, aujourd'hui officiellement appelé directeur des services de santé. La clarification des titres **permettra de mieux aligner les descriptions de postes sur les exigences en matière d'éducation et les parcours de carrière** et contribuera à **clarifier les niveaux de recrutement et d'obtention de diplômes** pour ces postes. Une fois que le ministère de la Santé aura mené à bien ces actions, il pourra également être amené à réviser les *Directives de clarification des rôles (2017c)* afin de refléter les changements apportés. Enfin, il convient de revoir le **contenu de l'examen de certification** afin d'y inclure les compétences prioritaires en matière de nutrition, conformément aux rôles et responsabilités révisés.

Deuxièmement, dans les deux programmes que nous avons examinés, les compétences liées au conseil, qui sont d'une importance cruciale pour l'adoption de pratiques nutritionnelles optimales, sont apparues comme une lacune importante. Bien que les programmes examinés couvrent les compétences générales en matière de conseil, nous n'avons pas été en mesure de déterminer s'ils abordaient spécifiquement les questions de nutrition. En outre, le contenu des cours existants tendait à se concentrer davantage sur l'éducation nutritionnelle et la transmission de messages, plutôt que sur les compétences en matière de conseil, telles que la communication bilatérale, le dialogue et la résolution conjointe de problèmes. Par conséquent, nous recommandons de réviser le contenu de ces **programmes** afin de garantir l'inclusion d'un développement adéquat des compétences en matière de conseil spécifique à la nutrition, ainsi qu'une pratique adéquate en classe et en stage, en utilisant le contenu et le matériel de conseil en nutrition du MS.

Enfin, dans le cadre de cet effort, nous voulions avoir une idée du nombre d'agents de santé ayant obtenu ces certifications spécifiques, ayant été embauchés et exerçant actuellement ces fonctions. Malgré notre examen des documents et nos discussions avec les parties prenantes, nous n'avons pas pu trouver de données récentes pour tous les cadres des agents de santé de première ligne et les données que nous avons trouvées n'étaient pas ventilées en fonction des types spécifiques de chaque cadre (par exemple, les types d'agents infirmiers, comme l'infirmière de santé communautaire). Par conséquent, nous recommandons de développer et de maintenir un **système pour suivre le nombre et les types spécifiques de travailleurs de la santé pour chaque cadre diplômé et employé**. Ces informations permettraient de déterminer les parcours éducatifs à promouvoir.



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

USAID EN ACTION POUR LA NUTRITION

Mis en œuvre par :
JSI Research & Training Institute, Inc.
2733 Crystal Drive
4^e étage
Arlington, VA 22202

Téléphone : 703-528-7474
Courriel : info@advancingnutrition.org
Web : advancingnutrition.org

Décembre 2022

L'USAID en action pour la nutrition est le projet phare multisectoriel de nutrition de l'Agence, qui s'attaque aux causes profondes de la malnutrition pour sauver des vies et améliorer la santé et le développement à long terme.

Ce rapport a été produit pour l'Agence des États-Unis pour le développement international. Il a été préparé selon les dispositions du contrat 7200AA18C00070 attribué à JSI Research & Training Institute, Inc. Le contenu relève de la responsabilité de JSI et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.