Guide de formation  POUR LA prise en charge À base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)

## Icones du guide de formation

|  |  |
| --- | --- |
|  | Matériel à revoir ou à rassembler avant de débuter la formation |
|  | Durée du module |
|  | Remarques à l’attention du formateur |
|  | Activité |
|  | Document à distribuer |
|  | Présentation PowerPoint |
|  | Clé des réponses |

Ce matériel de formation a pu être réalisé grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l’Office de la santé, des maladies infectieuses et de la nutrition du Bureau de santé globale et de l’Office d’assistance internationale en cas de catastrophe du Bureau de démocratie, résolution de conflit et assistance humanitaire, Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) aux termes de l’accord de collaboration N# GHN-A-00-08-00001-00, par le biais du Projet FANTA-2, mis en œuvre par FHI 360. La responsabilité du contenu incombe à FHI 360 et ne reflète pas forcément les vues de l’USAID ou du Gouvernement américain.

## **NOVEMBRE 2010**

REMERCIEMENTS

Le présent matériel de formation est le produit de la collaboration entre de nombreuses personnes et organisations qui ont toutes grandement contribué à la version finale. Nous tenons à remercier Hedwig Deconinck, Kristen Cashin and Joan Whelan (FANTA), Valerie Gatchell (Concern Worldwide), Chantal Gegout (Organisation mondiale de la Santé [OMS], Tanya Khara (UNICEF), Anne Walsh (Valid International) et Margaret Ferris-Morris, Caroline Grobler-Tanner, Jamie Lee and Maryanne Stone-Jiménez (consultantes indépendantes) pour leurs contributions en tant qu’auteurs de diverses sections des modules.

Nous tenons également à faire mention de Caroline Abla et Eunyong Chung (USAID), Mohamed Ayoya, Leah Richardson, Mahendra Sheth, Adriana Zarrelli, and others (UNICEF), Andre Briend (OMS), Mike Neequaye (Ghana Health Service), Marie-Sophie Simon (Action Against Hunger), Nicky Dent, Kate Golden, Lynda Kiess et d’autres (Concern Worldwide), Kathryn Bolles (Save the Children), Mesfin Teklu (World Vision International), Fred Grant (anciennement FANTA), Sandra Remancus (FANTA),Tula Michaelides et Renata Seidel (FHI 360) et Joseph Somuah Akuamoah et Sheikh Shahed Rahman (consultants indépendants) pour leurs apports techniques et revue qui ont enrichi et affiné le document.

Pour leur travail de présentation et de revue du matériel de formation, nous aimerions remercier Heather Finegan et Pamela Sutton, avec le soutien de Kevin Blythe, Rachel Elrom et Kathleen MacDonald (FANTA).

Nous tenons également à remercier toutes les organisations qui ont mis en œuvre les programmes de PCMA qui ont contribué directement et indirectement à l’expérience et à l’apprentissage à partir desquels ces modules ont été formulés.TABLE DES MATIERES

Acronymes

Vue d’ensemble de la formation de la Prise en Charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)

1. Données générales sur la PCMA
2. A propos de ce guide de formation
3. Méthodes et matériel
4. Planification de l’atelier

Annexe 1. Principes de l’apprentissage des adultes

Annexe 2. Méthodes pédagogiques et comment les utiliser

Annexe 3. Exercices de démarrage pour la revue (création de groupes et d’équipes)

## MODULE 1 : VUE D’ENSEMBLE DE LA PRISE EN CHARGE À BASE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION AIGUË

### Objectifs d’apprentissage en salle de classe : Présenter les participants, introduire l’atelier de formation, les modules et les objectifs de l’atelier

1. Discuter de la malnutrition aiguë et des mesures à prendre en réponse
2. Identifier les principes de la PCMA
3. Décrire les innovations récentes et les données probantes montrant que la PCMA est possible
4. Identifier les composantes de la PCMA et comment elles s’enclenchent
5. Déterminer comment la PCMA peut être mise en œuvre dans différents contextes
6. Identifier les engagements et développements clés, aux niveaux national et mondial, concernant la PCMA

**Objectifs d’apprentissage de la visite sur le terrain:**

1. Observer les activités
2. Discuter avec le personnel
3. Parler avec les mères/accompagnant(e)s

## MODULE 2: DÉFINIR ET MESURER LA MALNUTRITION AIGUË

### Objectifs d’apprentissage en salle de classe:

1. Discuter des causes et conséquences de la sous-nutrition et voir la terminologie liée à la sous-nutrition
2. Identifier les signes cliniques de la malnutrition aiguë
3. Prendre les mesures et classer la malnutrition aiguë
4. Identifier le poids cible à la sortie de la PCMA

## MODULE 3: L’EXTENSION COMMUNAUTAIRE

### Objectifs d’apprentissage en salle de classe :

1. Expliquer l’importance de l’extension communautaire pour les résultats que souhaite obtenir la PCMA
2. Identifier les éléments clés d’un bilan communautaire
3. Identifier les étapes clés de l’extension communautaire de la PCMA
4. Discuter des divers aspects à envisager lors de la formulation et de l’utilisation des messages de la PCMA
5. Discuter des préparations pour la mobilisation et la formation communautaires

**Objectifs d’apprentissage de la visite sur le terrain :**

* 1. S’exercer à faire des entretiens communautaires
  2. Consolider les résultats des entretiens
  3. S’exercer à rédiger un prospectus
  4. S’exercer à formuler une stratégie et un plan d’action de l’extension communautaire

## MODULE 4: LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

### Objectifs d’apprentissage en salle de classe :

1. Décrire la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS ambulatoire) pour les enfants de 6 à 59 mois avec MAS sans complications médicales

2. Décrire les critères d’admission dans la PEC MAS ambulatoire

3. Décrire le processus d’admission et les séances de suivi de la PEC MAS ambulatoire

4. Expliquer le traitement médical pour la PEC MAS ambulatoire

5. Expliquer la récupération nutritionnelle pour la PEC MAS ambulatoire

6. Décrire les messages clés pour les mères ou accompagnant(e)s, donnés dans la PEC MAS ambulatoire

7. Reconnaître quand une action supplémentaire s’avère nécessaire : Référence vers la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère (PEC MAS hospitalière) et visites de suivi à domicile

8. Expliquer les critères et procédures de sortie (fin de traitement)

9. Décrire les liens entre la PEC MAS ambulatoire et les autres services, programmes et initiatives

**Objectifs d’apprentissage de la visite sur le terrain :**

1. Evaluer et admettre l’enfant à la PEC MAS ambulatoire
2. Evaluer et traiter l’enfant lors d’une séance de suivi de la PEC MAS ambulatoire

## MODULE 5: LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

### Objectifs d’apprentissage en salle de classe :

1. Planifier la PEC MAS hospitalière

2. Décrire l’admission et la sortie de la PEC MAS hospitalière

3. Revoir le traitement médical et la récupération nutritionnelle dans la PEC MAS hospitalière

4. Pratiquer la procédure de référence entre la PEC MAS hospitalière et la PEC MAS ambulatoire

**Objectifs d’apprentissage de la visite sur le terrain :**

1. Revoir les procédures d’admission, de traitement et de sortie de la PEC MAS hospitalière
2. Observer et discuter les procédures d’admission, de traitement et de sortie de la PEC MAS hospitalière

## MODULE 6: LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODÉRÉE

### Objectifs d’apprentissage en salle de classe :

1. Décrire certaines stratégies de la PEC MAM
2. Décrire l’admission et la sortie de la PEC MAM

3. Discuter le traitement médical et la récupération nutritionnelle dans la PEC MAM

4. Pratiquer les procédures de référence de la PEC MAM vers la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière

**Objectifs d’apprentissage de la visite sur le terrain :**

1. Revoir les procédures d’admission, de la prise en charge et de sortie de la PEC MAM
2. Observer et discuter des procédures d’admission, de la prise en charge, de sortie et de référence de la PEC MAM

## MODULE 7: PLANIFICATION DE LA PCMA AU NIVEAU DU DISTRICT

### Objectifs d’apprentissage en salle de classe :

1. Décrire les éléments clés de la PCMA et préparer le processus de planification

2. Identifier les composantes clés d’une analyse situationnelle et réaliser une analyse situationnelle de base

3. Formuler un cadre logique pour la PCMA

4. Formuler un plan d’action pour la PCMA

5. Planifier pour des cas spéciaux: transition et contingences

## MODULE 8: SYSTÈME DE SUIVI ET DE RAPPORTS POUR LA PCMA

### Objectifs d’apprentissage en salle de classe :

1. Décrire les principes d’un système de suivi et de rapports pour la PCMA
2. Décrire comment l’enfant est suivi individuellement dans la PCMA
3. Remplir la fiche de pointage et les rapports mensuels du site et du district; interpréter les résultats
4. Mesurer et discuter la performance et la couverture de la PCMA
5. Evaluer et chercher à éliminer les barrières à l’accès et à la fréquentation de la PCMA
6. Expliquer le but du soutien et de la supervision
7. Préparer le rapport minimal de synthèse de la PCMA

**Objectifs d’apprentissage de la pratique sur le terrain de la PEC MAS:**

* 1. Observer et aider l’équipe de la PEC MAS à remplir les fiches de pointage à partir des fiches de suivi de la PEC MAS ambulatoire
  2. Revoir une fiche de pointage et les rapports mensuels du site du mois précédent et discuter avec le personnel de l’utilisation et de l’interprétation des données
  3. Revoir le système pour noter la distribution et les niveaux de stock de l’ATPE

Acronymes

|  |  |
| --- | --- |
| **ACF** | Action Contre La Faim |
| **ACT** | Association médicamenteuse comportant de l'artémisinine |
| **AEN** | actions essentielles en nutrition |
| **AGR** | Activité génératrice de revenus |
| **AMF** | Aliment mélangé fortifié |
| **ANJE** | Alimentation du nourrisson et du jeune enfant |
| **ARV** | médicaments antirétroviraux |
| **ASC** | Agent de santé communautaire |
| **ASPE** | Aliment supplémentaire prêt à l’emploi |
| **ATPE** | Aliment thérapeutique prêt à l’emploi |
| **BCG** | Bacilles Calmette-Guérin BCG |
| **CCC** | communication pour le changement de comportement |
| **CDV** | Conseil et dépistage volontaires |
| **CMV** | Mélange de minéraux et vitamines |
| **CPN** | Consultation prénatale |
| **CREN** | centre de récupération nutritionnelle |
| **CRENAM** | Centre de récupération et d’éducation nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition modérée |
| **CRENAS** | Centre de récupération et d’éducation nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition sévère |
| **CREN-CRENI** | Centre de récupération (et d’éducation) nutritionnelle (intensive) |
| **CRS** | Catholic Relief Services |
| **CS** | Centre de stabilisation |
| **CSAS** | centric systematic area sampling (méthode d’échantillonnage systématique central) |
| **CTC** | Community-based Therapeutic Care |
| **DSM** | durée de séjour en moyenne |
| **EDS** | enquête démographique et de santé |
| **EGIM** | enquête en grappe à indicateurs multiples |
| **ENN** | Emergency Nutrition Network |
| **ET** | écart type |
| **FANTA** | Food and Nutrition Technical Assistance Project (Projet d’appui technique en alimentation et nutrition) |
| **FAO** | Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture |
| **FFOM** | Forces, faiblesses, opportunités et menaces |
| **GMP** | gain de poids moyen quotidien |
| **HIRD** | High Impact and Rapid Delivery |
| **IEC** | information, éducation et communication |
| **IP** | Indicateurs de performance |
| **IQ** | Indice de Quételet (indice de masse corporelle IMC ; (IMC kg/m²) = poids (en kg) divisé par taille au carré (en m²) |
| **IRA** | Infection respiratoire aiguë |
| **KCAL** | kilocalories |
| **MAG** | Malnutrition aiguë globale |
| **MAM** | Malnutrition aiguë modérée |
| **MAS** | Malnutrition aiguë sévère |
| **MII** | Moustiquaire imprégnée aux insecticides |
| **MS** | Ministère de la Santé |
| **MSF** | Médecins Sans Frontières |
| **NCHS** | National Center for Health Statistics |
| **Normes OMS** | Normes OMS de croissance de l’enfant |
| **OBC** | Organisation à base communautaire |
| **OEV** | orphelins et enfants vulnérables |
| **OMD** | objectifs du Millénaire pour le développement |
|  |  |
| **OMS** | Organisation Mondiale de la Santé |
| **ONG** | organisation non gouvernementale |
| **ONU** | Organisation des Nations Unies |
| **P/A** | Indice poids pour l’âge (le rapport poids-âge) (P/A) |
| **P/T** | Indice poids pour la taille (le rapport poids-taille) (P/T) |
| **PAM** | Programme Alimentaire Mondial |
| **PB** | périmètre brachial |
| **PCAC** | Promotion de la croissance à assise communautaire |
| **PCIME** | Prise en charge intégrée des maladies de l’enfant |
| **PCMA** | Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë |
| **PEC** | Prise en charge des cas |
| **PEC MAM** | Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée |
| **PEC MAS** | Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë sévère |
| **PEC Mas ambulatoire** | Prise en charge de la malnutrition aigue sévère sans complications médicales en soins ambulatoires |
| **PEC MAS hospitalière** | Prise en charge de la malnutrition aigue sévère avec complications médicales en soins hospitaliers |
| **PEV** | Programme élargi de vaccinations |
| **PNS** | Programme de nutrition supplémentaire |
| **PNS ciblé** | Programme de nutrition supplémentaire ciblé |
| **PNS de couverture** | Programme de nutrition supplémentaire de couverture |
| **PTA** | programme thérapeutique ambulatoire |
| **PTME** | prévention de la transmission mère à enfant du VIH |
| **PVVIH** | personne vivant avec le VIH |
| **référence NCHS** | Référence de croissance de l’enfant NCHS |
| **ReSoMal** | Solution de Réhydratation pour la Malnutrition |
| **S&E** | suivi et évaluation |
| **S&R** | Suivi et rapports (S&R) |
| **SIDA** | Syndrome d’immunodéficience acquise |
| **SIS** | système d’information sanitaire |
| **SMART** | Standardised Monitoring and Assessment for Relief and Transition |
| **SMI** | santé maternelle et infantile |
| **SNMI** | santé et nutrition maternelles et infantiles |
| **SQUEAC** | Semi-quantitative evaluation of access and coverage (méthodes d’évaluation de l’accès et de la couverture) |
| **SSP** | soins de santé primaires |
| **T/A** | Indice taille pour l’âge, le rapport taille-âge |
| **TB** | Tuberculose |
| **TMB** | Taux de mortalité brut |
| **TPA** | Thérapie VIH par antirétroviraux (ou antirétrovirale) |
| **TSS** | Technique de succion supplémentaire |
| **UI** | unités internationales |
| **UN/SCN** | Commission permanente des Nations Unies pour la nutrition |
| **UNICEF** | Fonds des Nations Unies pour l’enfance |
| **URN** | unité de récupération nutritionnelle |
| **URN-URENI** | Unité de récupération (et d’éducation) nutritionnelle (intensive) |
| **USAID** | Agence des Etats-Unis pour le développement international |
| **VIH** | Virus de l'immunodéficience humaine |

# VUE D’ENSEMBLE DE LA FORMATION SUR LA PCMA

## 1. DonnÉes gÉnÉrales sur la PCMA et la PCTC

### Bien-fondé de l’approche à base communautaire

Pratiquement 20 millions d’enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë sévère (MAS), facteur contribuant chaque année à 1 million de décès parmi les enfants.[[1]](#footnote-1) La plupart de ces enfants vivent en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne.

Jusqu’à récemment, la prise en charge (PEC) de la MAS se faisait essentiellement dans le cadre des soins en centre hospitalier, limitant grandement la couverture et l’impact. Aussi, en 2001, l’approche de la prise en charge thérapeutique à base communautaire (Community-based Therapeutic Care - CTC) a été mise au point pour traiter la malnutrition aiguë.[[2]](#footnote-2) L’approche vise à atteindre le nombre maximum d’enfants souffrant de malnutrition aiguë et de garantir l’accès et la couverture en dispensant un traitement dans autant de sites décentralisés que possible au lieu de quelques structures sanitaires hospitalières situées centralement.

La prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) (Community-based Management of Acute Malnutrition – CMAM), le terme plus général que CTC, englobe quatre composantes essentielles : l’extension communautaire, la prise en charge de la MAS sans complications médicales, la prise en charge de la MAS avec complications médicales et la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM). Tel que le montrent les programmes de PCMA, la plupart des enfants avec MAS n’ont pas de complications médicales et peuvent être traités dans la PEC MAS ambulatoire sans devoir être admis dans la PEC MAS hospitalière d’une structure sanitaire avec traitement 24 heures sur 24. L’aliment thérapeutique prêt à l’emploi (ATPE), innovation répondant au profil nutritionnel du lait thérapeutique F100, revêt une importance primordiale dans le cadre de cette approche. L’ATPE est un terme générique pour des aliments thérapeutiques prêts à l’emploi qui sont de composition pâteuse ou pouvant être écrasés avant d’être mangés par l’enfant. Point besoin d’ajouter de l’eau à cet aliment ou de le préparer. L’ATPE utilisé le plus couramment est une pâte riche en nutriments et énergie, à base de lipides, qui contrairement à F100 liquide, peut être employé et conservé à domicile avec un risque minimal de contamination microbienne (Exemple : le Plumpy’Nut®).

Jusqu’à présent, l’expérience au niveau de la mise en œuvre de l’approche à base communautaire concerne principalement le contexte d’urgence. Les résultats obtenus nous montrent bien qu’il est approprié et possible d’exécuter en même temps les quatre composantes de la PCMA. *Community-based Therapeutic Care: A Field Manual* reflète cette expérience, apportant des protocoles standards pour le traitement de la malnutrition aiguë dans la communauté et ciblant essentiellement les organisations non gouvernementales (ONG) travaillant avec les ministères de la santé (MS) aux niveaux local et national pour mettre en œuvre les programmes dans un contexte d’urgence.

Toutefois, la demande pour un traitement accessible de la PEC MAS dans les contextes de non-urgence augmente vu le nombre élevé d’enfants avec MAS dans certaines populations. L’expérience des programmes de la PCMA, dans les situations d’urgence, nous montre que la PCMA dans les contextes de non-urgence est faisable et efficace si elle est intégrée aux services de santé de routine existants. L’adaptation du modèle à base communautaire au contexte de non-urgence sera différente selon le contexte. Si on compare au modèle en situation d’urgence, le soutien des ONG ou le soutien externe est différent dans les cas de non- urgence et cherche davantage à renforcer les capacités de fourniture de traitement au sein du système de santé du MS. De plus, dans les programmes de non-urgence, la composante d’alimentation supplémentaire pour la PEC MAM est omise ou adaptée car la MAM peut être prise en charge dans le cadre d’autres programmes de prévention et de traitement. Plusieurs pays dont l’Ethiopie, le Ghana, le Malawi, le Sri Lanka et la Zambie ont commencé à intégrer la PCMA dans les services de santé de routine, recevant de moins en moins d’aide de la part des ONG (Voir le rapport de l’atelier international sur l’intégration de la PCMA, 2008, FANTA Project, <http://www.fanta-2.org>).

**Remarque sur l’emploi des termes**

L’utilisation de termes différents ayant pratiquement la même signification peut prêter à la confusion. Ce guide de formation utilise plusieurs termes clés qui diffèrent de *Community-based Therapeutic Care: A Field Manual*

**La prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)** concerne la prise en charge de la malnutrition aiguë par les moyens suivant :

* L’extension communautaire
* La PEC MAS ambulatoire pour les enfants 6-59 mois avec MAS sans complications médicales
* La PEC MAS hospitalière pour les enfants 6-59 mois avec MAS et complications médicales jusqu'à ce que leur état médical et nutritionnel soit stabilisé ; la PEC MAS hospitalière pour les nourrissons de moins de six mois avec MAS et autres groupes d’âges avec MAS jusqu'à la guérison complète
* La PEC MAM (Remarque : dans un contexte de non-urgence, quand les services de la PCMA font office de filet de sécurité pour la MAS, la PEC MAM n’est pas toujours incluse)

## 2. À propos de ce guide de formation

Le présent guide de formation se concentre sur la prise en charge à base communautaire de la MAS chez les enfants de moins de cinq ans. Il vise à renforcer les connaissances et compétences pratiques en matière de PCMA chez les participants. Il complète le *Community-Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual*, les protocoles de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la PEC MAS et les modules de formation de l’OMS pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris.[[3]](#footnote-3) Le guide doit être adapté au contexte dans lequel il sera utilisé afin de tenir compte des directives et protocoles nationaux sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des modèles locaux. Si les directives nationales doivent être respectées, il n’en reste pas moins que ce guide reflète une information probante ou les meilleures pratiques actuelles, à moins qu’il n’en soit indiqué autrement.

### Participants

Le guide de formation est destiné aux gestionnaires de santé et aux agents de santé qui gèrent, supervisent et prodiguent la PCMA. Il est destiné également aux agents de santé qui prennent en charge l’extension communautaire (coordinateurs de l’extension, coordinateurs de la mobilisation communautaire, superviseurs de district pour les agents de santé communautaire [ASC]). Il s’avèrera également utile aux représentants ministériels aux niveaux nationaux, régionaux et de district, aux responsables des programmes de santé et de nutrition et au personnel technique des ONG ainsi qu’au personnel technique de l’ONU participant à la PCMA pour les enfants. Le guide doit être adapté en fonction du profil du public ciblé.

### Formateurs

Au moins deux formateurs devraient dispenser et encadrer la formation pour 15 à 25 participants. Les formateurs devraient bien connaître l’approche pour la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë et avoir de l’expérience en ce qui concerne l’application pratique de la PCMA. Le présent module d’introduction donne des directives aux formateurs pour planifier l’atelier et décrit les méthodes de communication et de formation utilisées dans le guide.

### Formation en salle de classe et formation sur le terrain

Les méthodes et activités de formation utilisées dans les modules sont de nature pratique et participative, et puisent dans les connaissances, compétences et expériences des participants. Outre les documents écrits et les exercices pratiques en salle de classe, certains modules comprennent aussi des activités sur le terrain dans les communautés, les structures sanitaires, la PEC MAS ambulatoire et la PEC MAS hospitalière. Ce travail sur le terrain vient compléter l’aspect théorique de la salle de classe et donne aux participants l’occasion d’acquérir les compétences pratiques nécessaires pour mettre en œuvre la PCMA.

## 3. MÉthodes et matÉriel

L’atelier entier prend 10 jours et demi et il fait une place spéciale à l’acquisition de compétences pratiques. Il demande environ quatre jours de travail en salle de classe et environ 6 jours et demi sur le terrain.

### Modules

Le guide comprend huit modules ordonnés en séquences. Les formateurs peuvent adapter la longueur des modules, omettre un module ou changer l’ordre des modules en fonction du contexte et des besoins du public ciblé par la formation.

Les modules sont génériques. Chaque contexte est différent et les formateurs devront modifier les modules en fonction du contexte, des directives et des protocoles nationaux d’un pays donné.

De plus en plus d’expérience est acquise en ce qui concerne la PCMA dans les contextes de non-urgence. Les modules de formation seront mis à jour périodiquement pour tenir compte des nouvelles directives internationales.

Pour les formateurs : Le matériel complet de cet atelier comprend les présentes directives du formateur, les huit modules et les documents à distribuer aux participants. Les huit modules seront utilisés par les formateurs en tant que directives et ne sont pas destinés à être remis aux participants. Un formulaire d’évaluation, compris comme document à distribuer à la fin de la présente vue d’ensemble, peut être utilisé pour chaque module.

Chaque module comprend :

* Une vue d’ensemble
* Un tableau spécifiant les objectifs d’apprentissage et les documents à distribuer pour le travail en salle de classe
* Une liste du matériel nécessaire, y compris le matériel de référence
* Une préparation à l’avance que devra faire le formateur
* Des activités proposées et des méthodes de formation en fonction de chaque objectif d’apprentissage avec des instructions pour le formateur/facilitateur
* Une session de synthèse et d’évaluation du module

Pour les participants: Un ensemble de documents à distribuer pour chaque module.

Matériel de référence supplémentaire:

* *Community-Based Therapeutic Care: A Field Manual.* (Valid International, 2006)
* OMS, PAM, UN/SCN et UNICEF 2007 déclaration conjointe sur la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë
* Vidéo sur le programme CTC du Concern Worldwide en Ethiopia
* *La prise en charge de la malnutrition sévère : Un manuel à l’usage des médecins et d’autres personnels de santé (*OMS,1999)
* *Directives pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris*  (OMS, 2003; disponible à [www.who.int/nut/publications](http://www.who.int/nut/publications))
* Rapport de l’atelier international sur l’intégration de la PCMA, *2008 : International Workshop on the Integration of Community-based Management of Acute Malnutrition* (FANTA, 2008), [www.fantaproject.org](http://www.fantaproject.org)
* Directives et protocoles nationaux pour la MAS, soins ambulatoires, soins hospitaliers et alimentation supplémentaire (si disponible)
* Fiches de suivi PEC MAS ambulatoires, fiches de suivi PEC MAS hospitalière, fiches de suivi PEC MAM, fiches de ration de l’ATPE et fiches de ration du programme de nutrition supplémentaire (PNS) utilisées dans le pays.

Les formateurs devront fournir les autres matériels de l’atelier (vidéos, fiches vierges, calculatrices, carnets et stylos).

### Méthodes pédagogiques

L’atelier puise dans les connaissances et dans l’expérience des participants. Il répond à leurs besoins et aux besoins de leurs communautés. Il utilise diverses méthodes de formation dont les exercices écrits, les exercices pratiques en petits groupes, les discussions, les jeux de rôle, les démonstrations vidéo, la pratique, les études de cas et les orateurs invités. Ces méthodes doivent permettre aux participants de saisir pleinement les concepts et les protocoles. La structure de l’atelier encourage également les participants à trouver leurs propres solutions aux problèmes. La composante de terrain renforce la théorie assimilée en salle de classe et donne aux participants l’occasion d’acquérir les compétences pratiques nécessaires pour remplir leur mission. Des descriptions des méthodes et des directives pour dispenser une formation pour adultes sont données à la fin du module.

Les participants servent également de ressources les uns aux autres. Le respect de chacun est de rigueur et le partage d’expérience est encouragé en permanence.

## 4. Planification de l’atelier

**Durée**

La durée approximative pour couvrir chaque module entier est notée dans le tableau ci-après en tant que guide de planification. Les plans varient en fonction du public ciblé et du contexte, et les formateurs sont fortement encouragés à adapter les modules de formation pour répondre aux besoins des participants. Les formateurs peuvent raccourcir ou omettre certains modules ou encore passer du temps supplémentaire sur d’autres selon les connaissances, les compétences et objectifs des participants et en fonction du temps disponible. Si le module Un est omis, les formateurs devront distribuer aux participants les documents de ce module dont il est question dans les autres modules : **Document 1.1 Abréviations et sigles**, **Document 1.2 Terminologie de la PCMA** et **Document 1.3 Références et lectures supplémentaires.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Module** | | **Durée approximative en salle de classe** | **Durée approximative de la visite sur le site et de la pratique sur le terrain** |
| # | Introduction | Une heure |  |
| **1** | Vue d’ensemble de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) | Une heure | Visite sur place d’une journée |
| **2** | Définir et mesurer la malnutrition aiguë | Deux heures | Voir Module 4 |
| **3** | Services d’extension communautaire | Trois heures | Pratique sur le terrain d’une journée |
| **4** | La PEC MAS ambulatoire | Six heures | Pratique sur le terrain de trois jours pendant laquelle les participants s’exerceront également pour les compétences du Module 2 |
| **5** | La PEC MAS hospitalière | Deux heures | Visite sur le terrain d’une demi-journée |
| **6** | La PEC MAM | Deux heures | Visite sur le site d’une demi-journée |
| **7** | Planifier les services de la PCMA au niveau district | Cinq heures |  |
| **8** | Suivi et rapports pour la PCMA | Quatre heures | Pratique sur le terrain d’une demi-journée |
| **Total** | | **26 heures (environ 4 jours)** | **6 jours et demi** |

## Planifier le programme pour une formation de la PCMA

Les formateurs devraient formuler un plan d’atelier qui réponde le mieux possible aux besoins des participants et à leurs ressources. Voici quelques remarques utiles pour planifier ce programme :

* Les agents de santé achèveront généralement tous les modules de salle de classe, une ou deux journées de visite sur un site et 4 jours et demi de pratique sur le terrain.
* Les gestionnaires de santé achèveront généralement tous les modules de salle de classe et un ou deux jours de visite sur le site.
* Il est conseillé de réaliser une visite sur le site aussi tôt que possible pour que les participants en voient la pertinence dans les sessions en salle de classe.
* Pour faciliter la nature pratique et concrète des visites sur le terrain, il ne faudrait pas avoir plus de cinq à sept participants en même temps sur un même site. Peut-être faudra-t-il prévoir des visites sur de multiples sites ou à des heures différentes pour donner à tous les participants l’occasion de s’exercer.
* Il faut prévoir suffisamment de temps pour le transport aller-retour sur les sites.
* Il est conseillé de laisser du temps pour la synthèse et la discussion des visites sur le terrain.
* Il ne faut pas oublier de tenir compte des horaires des sites visités. Par exemple, si les soins ambulatoires ne sont disponibles que le matin, les visites doivent avoir lieu également le matin.
* Il faut prévoir du temps le premier et le dernier jour pour l’ouverture et la clôture officielles de la formation.

## TÂches et responsabilitÉs liÉes À la formation: Points saillants pour la prÉparation et la planification avant la formation

Il est nécessaire de planifier bien à l’avance pour obtenir les meilleurs résultats possibles. La liste de vérification suivante donne un aperçu des tâches et des responsabilités essentielles. Elle devra être adaptée aux besoins spécifiques d’une formation donnée. Les formateurs et les organisateurs décideront qui est responsable de chaque tâche.

1. **Fixer les objectifs et les attentes de la formation**

* Identifier et collaborer avec des organisations et partenaires appropriés.
* Identifier ensembles les **buts et objectifs souhaités.**
* Engager les ressources nécessaires.
* Formuler une stratégie pédagogique pour atteindre les résultats souhaités, y compris la formation sur le tas et le recyclage ainsi que le suivi et les rapports.
* Mettre en place un système de supervision (plus formel et professionnel)/encadrement.

1. **Sélection des participants**

* Définir les critères de sélection des participants.
* Connaître son public (nombre et types de participants, par exemple : du MS ou d’une ONG, médecins, infirmiers, aides-soignantes, ASC, gestionnaires de santé, ou autres agents de santé)
* Demander aux participants d’apporter le matériel pertinent qui sera partagé
  + Enquêtes nutritionnelles selon le district ou la région
  + Informations sur les services préventifs et curatifs (santé, nutrition et sous-nutrition) dans leurs communautés et dans leurs pays
  + Informations sur le contexte de leur système de santé : Comment fonctionne-t-il ? , est-il centralisé ou décentralisé ? qui intervient dans les zones concernées (ONG ou MS) ?

1. **Comprendre le contexte des participants : Mini analyse situationnelle** 
   * + Cerner le problème dans le contexte des participants :
   * Urgence/développement
   * Urbain/rural
   * Problèmes saisonniers
     + Identifier les directives nationales pour la PEC MAS.
     + Rechercher les enquêtes nutritionnelles en fonction du district ou de la région.
     + Etudier les services préventifs et curatifs (santé, nutrition et sous-nutrition) dans les communautés et les pays des participants.
     + Décrire le contexte des systèmes de santé des participants : comment fonctionne-t-il ?, est-il centralisé ou décentralisé ? qui intervient dans les zones concernées (ONG ou MS) ?
2. **Contenu de la formation**

* Adapter le contenu de l’atelier au contexte. Limiter le contenu à ce dont les participants ont besoin pour mener à bien leurs tâches professionnelles.
* Vérifier que le matériel de l’atelier est conforme aux directives nationales ou seuils des indicateurs pour l’admission et la sortie, à l’utilisation du rapport poids-taille ou du périmètre brachial (PB) et à l’utilisation des courbes de croissance de référence du National Center for Health Statistics (NCHS) (référence NCHS) ou des normes de croissance de l’enfant de l’OMS (standards OMS).
* Préparer le programme de la formation et déterminer les personnes responsables de chaque élément.
* Fixer les critères d’évaluation.

1. **Logistique**

* Faire l’emploi du temps.
* Déterminer l’emplacement de la formation (fixer les critères pour un espace de travail suffisant, les fournitures, l’équipement, les aides professionnelles).
* Identifier les intervenants invités, le cas échéant, s’assurer qu’ils sont disponibles et identifier les éventuels besoins logistiques (horaires spécifiques, moyens de transport).
* Identifier les emplacements des visites sur le terrain.
* Planifier les visites sur le terrain avec les superviseurs et le personnel des sites :
  + Revoir le calendrier des visites
  + S’assurer que le personnel et les fournitures sont suffisants
  + Vérifier que les personnes-ressources sur les sites ont le temps de participer
  + Envisager de faire une visite sur le terrain aussi tôt que possible. S’il n’existe pas de site approprié de PCMA, on peut montrer la vidéo du programme de CTC de Concern Worldwide à Wollo, en Ethiopie
* Organiser les moyens de transport pour les visites sur le terrain.
* Prévoir les éventuelles barrières linguistiques (entre les formateurs et les participants ou entre les participants et les habitants locaux). Si c’est possible, mettre les participants en paires avec des traducteurs ou des membres communautaires qui parlent leur langue ainsi que la langue locale. Prendre les dispositions nécessaires pour les traducteurs (transports, si nécessaire et compensation si applicable).
* Inviter les participants.

ANNEXE 1.

Principes de l’apprentissage des adultes

* 1. **Dialogue**: C’est le dialogue qui sert le mieux à l’apprentissage des adultes. En effet, la majorité des adultes ont une expérience suffisante de la vie pour dialoguer avec un formateur sur un sujet quel qu’il soit et pouvoir acquérir de nouvelles attitudes ou compétences en rapport avec cette expérience de la vie. Le dialogue est encouragé et utilisé dans les formations formelles, les causeries informelles, les sessions individuelles d’orientation ou toute autre situation d’apprentissage des adultes.
  2. **Environnement et processus sécurisants**: Les participants doivent savoir qu’il est normal de faire des erreurs. Les adultes seront davantage enclins à apprendre s’ils se sentent **à l’aise du point de vue physique et psychologique.**
* Le contexte physique (températures, ventilation, éclairage) influence l’apprentissage.
* Les participants apprennent mieux s’ils ne sont pas distraits.
  1. **Respect :** Il faut reconnaître à leur juste valeur les contributions et expériences de chacun. Les adultes apprennent mieux quand ils sentent qu’on respecte leurs expériences et quand les nouvelles informations viennent se greffer sur ce qu’ils savent déjà (« Pertinence par rapport à l’expérience précédente » ci-après).
  2. **Affirmation :** Il faut reconnaître et féliciter les participants pour chacune de leurs interventions aussi petites soient-elles. Ils doivent savoir qu’ils se rappellent ou utilisent correctement ce qu’ils ont appris.
  3. **Séquence et renforcement :** Il est utile de commencer avec les idées ou compétences les plus simples pour ensuite les renforcer. On présente d’abord celles qui sont les plus importantes et ensuite on renforce fréquemment les idées et compétences clés. Les gens apprennent plus vite si l’information et les compétences sont présentées de manière structurée.
  4. **Pratique :** Les participants doivent pouvoir s’exercer dans un endroit en toute sécurité et ensuite dans un contexte réel.
  5. **Idées, sentiments et actions.** Les participants apprennent en réfléchissant, en éprouvant et en faisant. Un réel apprentissage suppose les trois.
  6. **Règle 20/40/80 :** Nous nous rappelons à raison de 20%ce que nous entendons, 40% ce que nous entendons et voyons et 80% ce que nous entendons, voyons et faisons. Les participants se souviennent mieux quand des aides visuelles sont utilisées pour soutenir la présentation verbale et ils se souviennent encore mieux quand ils pratiquent la nouvelle compétence.

9. **Pertinence par rapport à l’expérience précédente :** Les participants apprennent beaucoup mieux lorsque les nouvelles informations ou compétences se rapportent à ce qu’ils savent ou maîtrisent déjà.

* **Pertinence immédiate :** Les gens apprennent mieux lorsqu’ils peuvent appliquer le nouveau thème à des choses qu’ils connaissent déjà dans leur vie personnelle ou professionnelle.
* **Pertinence future** :Les gens apprennent plus rapidement quand ils savent que ce qu’ils apprennent leur servira à l’avenir.

10. **Travail en équipe** : Encourager les gens à apprendre les uns des autres et à résoudre ensemble les problèmes. Ainsi, l’apprentissage est plus facile à appliquer dans la vie réelle.

11. **Engagement**: Faire appel aux émotions et à l’intellect des participants. Les adultes préfèrent être des **participants actifs** de l’apprentissage plutôt que des récipiendaires passifs de la connaissance. Les gens apprennent plus vite s’ils traitent et transforment rapidement l’information, résolvent vite les problèmes et s’exercent à utiliser les nouvelles compétences.

12. **Responsabilisation** : Il faut s’assurer que les participants comprennent et concrétisent ce qu’ils ont appris.

13. **Motivation**: Les gens apprennent plus vite et plus attentivement lorsqu’ils veulent bien apprendre. Il revient au formateur de créer de telles conditions pour motiver les participants à apprendre.

* L’apprentissage est naturel, une fonction fondamentale comme le fait de manger ou de dormir.
* Certaines personnes seront plus désireuses d’apprendre que d’autres, et même chez une seule personne, il existe différents niveaux de motivation.
* Les principes mentionnés ici aideront le participant à devenir plus motivé.

14. **Clarté**

* Les messages doivent être clairs.
* Les mots et structures de phrase bien compréhensibles (vocabulaire connu).
* Les formateurs devront expliquer les mots techniques et vérifier que les participants comprennent les termes.
* Les messages doivent être VISUELS.

15. **Feedback** : Le feedback informe le participant sur ses forces ou faiblesses.

Adapté du J. Vella. 1994. *Learning to Listen, Learning to Teach*.

ANNEXE 2.

Méthodes pédagogiques et comment les utiliser

| **Méthode pédagogique** | **Comment utiliser** |
| --- | --- |
| **Discussion** **en groupe:**  Sept participants maximum discutent et récapitulent un sujet ou thème donné. Le groupe choisit un président, un rapporteur et/ou quelqu’un pour faire le compte rendu en plénière. | * Ebaucher le but de la discussion et noter les questions et tâches pour orienter et structurer. * Laisser suffisamment de temps à tous les groupes pour terminer la tâche et donner du feedback. * Annoncer le temps restant à intervalles réguliers. * Vérifier que les participants changent de rôle. |
| **Groupe de causerie** :Deux ou trois participants discutent de leurs réactions immédiates à l’information présentée et partagent exemples et expériences. | * Indiquer clairement le thème ou la question qui sera discuté de pair avec les objectifs. |
| **Brainstorming** :Brassage d’idées spontanées de la part des membres du groupe face à un sujet choisi. Toutes les opinions sont valides. | * Indiquer clairement que le brainstorming a pour règle qu’il n’existe pas de mauvaise ou fausse idée * Demander à un volontaire de noter les idées. |
| **Plénière** : Le groupe entier se réunit pour partager des idées. | * Nommer quelqu’un pour veiller à la durée * Poser quelques questions pour lancer la discussion en groupe. |
| **Jeu de rôle**: Les participants interprètent une situation spécifique en fonction des détails fournis sur la personne qu’ils jouent. | * Bien structurer le jeu de rôle, le gardant bref et bien ciblé * Donner des instructions claires et concises aux participants. |
| **Etudes de cas** : Former des paires ou des petits groupes et demander quelle est leur opinion face à telle situation spécifique : comment peuvent-ils l’analyser et la résoudre. | * La situation ou l’incident doit être réel et pertinent par rapport au thème |
| **Démonstration**: Une personne ressource effectue une tâche donnée pour montrer aux autres comment faire. Ensuite, les participants s’exercent à exécuter la même tâche. | * Montrer les manières appropriées et non appropriées d’exécuter la tâche et discuter des différences. * Demander aux participants d’effectuer la tâche et leur donner du feedback. |
| **Visite sur le terrain** : Les participants et les formateurs/facilitateurs se rendent dans un établissement de santé ou un contexte communautaire pour observer une tâche ou procédure et ensuite pour s’exercer. | * Avant la visite, coordonner avec le site, donner aux participants des indications claires avant l’arrivée et ensuite les répartir en petits groupes accompagnés par le facilitateur. * Rencontrer le superviseur ou personnel du site au moment de l’arrivée. * Donner l’occasion de partager les expériences et de recevoir du feedback. |
| **Préparation du plan d’action :** Les participants font la synthèse des connaissances, compétences, attitudes et croyances sur un plan réaliste. Ainsi s’effectue la transition entre les activités en salle de classe et l’application pratique sur les lieux du travail. | Partager les plans d’action. |
| **Causerie/présentation**: Un orateur invité partage des informations, parfois à l’aide de matériel audio ou visuel. | * + Commencer par une **histoire ou une image** qui attire l’attention du public.   + Présenter un **problème de cas initial** autour duquel sera structurée la présentation ou la causerie.   + Poser aux participants **des questions test** même s’ils ont peu de connaissance préalable pour les motiver à écouter la présentation ou causerie dans le but de trouver la réponse. * Fixer une **limite de temps.** * **Laisser du temps pour le feedback**, les commentaires et questions. * **Poser une question** que doivent résoudre les participants et qui est basée sur la causerie/présentation. |

ANNEXE 3.

Exercices de démarrage (création de groupes et d’équipes)

1. Les participants et les formateurs se mettent en cercle. Un formateur lance un ballon à un participant et lui pose une question. Lorsque le participant répond correctement à la satisfaction du groupe, il ou elle lance le ballon à un autre participant et pose une autre question. La procédure est répétée jusqu’à ce que tous les participants aient répondu de manière satisfaisante à la question.
2. Les participants forment deux rangées se faisant face , chaque rangée représentant une équipe. Un participant de l’une des rangées pose une question au participant qui lui fait face dans la rangée opposée. Le participant qui répond à la question peut demander l’aide de son équipe pour répondre. Une fois qu’il ou elle a répondu correctement à la question, son équipe remporte un point et pose ensuite une question à l’autre équipe. S’ils ne répondent pas correctement à la question, l’équipe qui a posé la question répond et remporte le point. L’équipe avec le plus grand nombre de points gagne.
3. Les participants forment deux équipes. Chaque personne reçoit une réponse par écrit à une question que le facilitateur va poser. Lorsque la question est posée, le participant qui pense avoir la réponse correcte lit la réponse. Si c’est correct, il ou elle remporte un point. L’équipe avec le plus grand nombre de points gagne.
4. Un participant pioche une question dans un panier et y répond. D’autres participants donnent du feedback. La procédure est répétée pour d’autres participants.

Fiche d’évaluation pour le module

1. Est-ce que l’information présentée répond aux objectifs du module ?
2. Quelle est l’information qui devrait être approfondie à votre avis ?
3. Quelle est l’information qui n’était pas vraiment utile ?
4. Avez-vous trouvé utile en général le matériel présenté dans le module ?
5. Quel matériel était particulièrement utile ? Décrivez-le .
6. Quel matériel n’était pas utile ? Décrivez-le, expliquez .
7. Pensez-vous maîtriser les compétences nécessaires pour la pratique sur le terrain ?
8. Comment pourrait-on améliorer les exercices et la pratique sur le terrain ?
9. A votre avis, quels étaient les exercices ou sessions de pratique sur le terrain les plus réussis ou les plus pertinents pour cette formation ?
10. Comment pourrait-on améliorer le module pour qu’il réponde mieux aux objectifs ?
11. Est-ce que vous avez des suggestions sur la structure de la formation (espace de formation, visites sur le terrain, présentations visuelles, durée du séjour ?)

Prière d’utiliser le verso pour continuer les réponses. Merci !

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Programme alimentaire mondial (PAM), Commission permanente des Nations Unies pour la nutrition (UN/SCN) et le Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF). Déclaration conjointe, prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë. juin 2007. [↑](#footnote-ref-1)
2. Collins, S. “Community-based therapeutic care: A new paradigm for selective feeding in nutritional crisis,” Humanitarian Practice Network Paper 48, ODA 2004. [↑](#footnote-ref-2)
3. OMS, La prise en charge de la malnutrition sévère : Manuel à l’usage des médecins et autres personnels de santé, Genève 1998.

   OMS, Directives pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris, 2000.

   WHO, Training Course on the Management of Severe Acute Malnutrition, Geneva 2002. [↑](#footnote-ref-3)