

PN-AAW-791

WMS 49439

9365927

6980421

Workshops
ATELIERS DE FORMATION DES FACILITATEURS/SUPERVISEURS
ET
1st National Course
PREMIER COURS MOYEN NATIONAL
Project
LE PROJET CCOD/GUINEE

Report Prepared by PRITECH Consultant:
Pape Amadou Gaye

During the Period:
May 1986

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT
Supported by: U.S. Agency for International Development
AID/DPE-5927-C-00-3083-00

AUTHORIZATION: AID/S&T/HEA: 10/14/86
ASSGN. NO.: SS 140

TABLE DES MATIERES

	<u>PAGE</u>
RECIT RECAPITULATIF.....	1
I. INTRODUCTION.....	4
A. LE CONTEXTE HISTORIQUE.....	4
B. LA DESCRIPTION DE LA TACHE.....	4
C. LE PLAN DE TRAVAIL ET LA PREPARATION.....	5
II. ATELIER DE FORMATION ET COURS MOYEN.....	6
A. LES PARTICIPANTS.....	6
B. LE SITE ET LA LOGISTIQUE.....	6
C. LES METHODES DE FORMATION.....	6
D. LES BUTS, LES OBJECTIFS, ET L'HORAIRE.....	7
E. LES SEANCES ET LE PROCESSUS.....	8
1. La Présentation, Les Attentes, Le Prétest et les Normes.....	8
2. Des Notions Sur Le Processus de Formation.....	9
3. La Planification Locale et La Surveillance Epidémiologique.....	10
4. Les Maladies Cibles du PEV.....	11
5. Les Maladies Diarrhéiques.....	12
6. Le Paludisme.....	13
III. EVALUATION, SYNTHÈSE, RECOMMANDATIONS.....	15
A. L'AUTO-EVALUATION.....	15
B. L'EVALUATION DU STAGE.....	19
C. LES LEÇONS TIREES DE L'INTERVENTION GENERALE.....	20
D. DES DEMARCHES A ENTREPRENDRE.....	22

ANNEXES.....	24
A. LA LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE FORMATION DES FACILITATEURS.....	25
B. LA LISTE DES PARTICIPANTS AU PREMIER COURS MOYEN.....	26
C.1 HORAIRE: L'ATELIER DE FORMATION DES FACILITATEURS.....	27
C.2 HORAIRE: L'ATELIER DE FORMATION DES SUPERVISEURS.....	28
C.3 HORAIRE: LE COURS MOYEN.....	29
D. RECOMMANDATIONS EN VUE DE L'ADOPTION D'UNE POLITIQUE NATIONALE POUR LA LUTTE ANTIPALUDEENNE.....	30
E. RECOMMANDATIONS POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES.....	32
F. TRAINING STRATEGY FOR CCCD/GUINEA	34

LISTE DE SIGLES

ATS	Agents Techniques de Santé
CCCD	Lutte contre les Maladies Transmissibles des Enfants
FDF	Formation des Facilitateurs
SRO	Sels pour Réhydratation Orale
PEV	Programme Elargi de Vaccination

RECIT RECAPITULATIF

Dans le cadre du projet CCCD (la lutte contre les maladies transmissibles des enfants), en mai 1986 se déroulaient les premières activités de formation en Guinée: l'Atelier de Formation des Facilitateurs, l'Atelier de Formation des Superviseurs, et le Cours Moyen.

L'Atelier de Formation eut lieu du 5 au 12 mai au centre SMI de Koronti à Conakry. En tout, 18 participants ont assisté à cet atelier, y compris le Coordonnateur National du projet et les responsables des trois volets du projet, le Directeur du Service National de la Prévention, et le responsable des Soins de Santé Primaires. (Voir Annexe A: La Liste des Participants à l'Atelier de Formation des Facilitateurs.)

Pendant la semaine précédente, il y avait des changements de personnel guinéen au niveau du projet:

- o Le docteur Fassou Haba, Coordonnateur National du projet, fut remplacé par le docteur Souleymane Diallo (participant à l'atelier); et
- o Le docteur Alpha Diallo, ancien responsable du volet Maladies Diarrhéiques, fut élevé au poste de Directeur de la Planification et des Statistiques chez le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

Par la suite de ces changements, le volet Diarrhée du projet était temporairement sans responsable. En outre, il était difficile d'utiliser comme co-formateurs de l'atelier le docteur Alpha Diallo et le docteur Fassou Haba à cause de leurs nouvelles responsabilités malgré le fait que tous les deux ont assisté à la Formation des Formateurs à Kara (Togo) en février 1986.

Pendant les discussions avec les responsables du projet, celles qui avaient lieu avant le début du programme de formation, on est arrivé aux décisions suivantes:

- o Mettre l'accent du Cours Moyen sur le PEV parce que l'on vient de relancer des efforts dans ce domaine, et on vient d'achever une évaluation de la Couverture Vaccinale dans quatre préfectures.
- o Vues les limites de temps et l'état peu avancé des activités au niveau du projet, faire un cours de neuf jours en utilisant de base les modules suivants:
 - Le Processus de la Formation (Introduction)
 - La Planification Locale

- La Surveillance Epidémiologique
 - Les Maladies Cibles et le PEV
 - Le Paludisme
 - La Diarrhée
- o Pour les volets Diarrhée et Paludisme, utiliser l'atelier de formation des facilitateurs comme cadre de réflexion où les participants peuvent faire des recommandations visant l'adoption d'une politique nationale.
 - o Faire que le consultant/facilitateur collabore avec le docteur Dieng, responsable national du PEV, pour élaborer le cycle d'études sur la chaîne de froid envisagé dans la stratégie de formation parce que le consultant ne sera pas libre pendant les deux jours de ce cycle d'études.
 - o Tenir le cycle d'études sur la chaîne de froid immédiatement après le Cours Moyen à Telimele pour profiter du "momentum" de ce Cours.
 - o Sélectionner des participants à l'atelier ceux qui travailleront comme superviseurs au niveau de chaque préfecture du projet CCCD et les inviter à participer à deux jours de formation supplémentaires.
 - o Mettre l'accent sur les techniques de supervision et la révision et l'adaptation des fiches prévues dans les brochures d'instructions sur la formation pendant le cycle d'études pour les superviseurs.

Les buts principaux de la formation des facilitateurs étaient de:

- o Réviser et adapter le contenu des modules à étudier.
- o Présenter et pratiquer les éléments andragogiques nécessaires.

On a proposé de développer des objectifs de comportement plus particuliers, soit en adaptant les objectifs des modules soit en créant de nouveaux. A la fin de l'atelier de formation, on a sélectionné l'équipe finale qui servirait de facilitateurs au Cours à Telimele. Avec la collaboration de cette équipe, le programme du Cours Moyen fut élaboré. On a choisi les personnes/ressources pour chaque module, et on a établi des procédés de travail.

Le Cours Moyen qui eut lieu après l'atelier de formation a réalisé des résultats positifs sur tous les plans. Il y avait 25 invités officiels et 5 auditeurs libres (qui faisaient partie des formations médicales locales) qui ont assisté au Cours Moyen. Le Résident de Kindia a fait l'ouverture du Cours et le Préfet de Telimele en a fait la clôture.

Tous les instruments d'évaluation ont démontré que les participants étaient bien contents de l'ensemble du Cours et de sa valeur en tant qu'expérience éducative. Les participants ont trouvé utiles presque toutes les séances surtout celles où il s'agissait des matières les plus connues telles que le PEV, le Paludisme, et la Diarrhée. Pourtant il était évident qu'il y a de graves lacunes dans les notions de Planification Locale et Surveillance Epidémiologique et qu'il existe des besoins importants dans ces domaines.

Afin de mettre en pratique la stratégie de formation proposée au moment de la première visite du consultant en Guinée, on a fait des recommandations dont les plus importantes se trouvent ci-dessous:

- o On doit identifier immédiatement au niveau du projet un guinéen qui sera chargé de la formation et qui aura la responsabilité de réaliser le programme de formation proposé dans la stratégie. Il semble que le docteur Fassou Haba a les qualités requises pour ce poste. Le docteur Haba a déjà profité de formation et il fait partie du Département d'Education pour la Santé.
- o Il faut faire le plus grand effort de faire disponible tout de suite aux préfectures convenables les brochures d'instructions envisagées dans le cadre du projet. S'il y a un délai, la situation ne sera pas favorable à l'application des connaissances acquises pendant le Cours Moyen.
- o Il existe un petit noyau de formateurs composé des gens qui ont participé en qualité de facilitateurs (voir Annexe A). Il faut raffermir ce noyau en sélectionnant trois ou quatre autres personnes de l'université ou d'autres institutions de formation dans le pays. Dès qu'il y aura une équipe complète, on pourra commencer une série d'ateliers de formation des formateurs, de préférence dans quatre ou cinq mois d'ici au maximum.
- o Il faut tracer tout de suite les grandes lignes de politique nationale par rapport au Paludisme et la Diarrhée (voir Annexes D et E).
- o On doit acheter les brochures d'instructions sur la formation proposées dans la stratégie et les remettre à la garde du responsable chargé de formation.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

A. LE CONTEXTE HISTORIQUE

En mars 1986, un consultant en formation, Pape Gaye, a visité la Guinée afin d'élaborer un plan de travail pour le projet CCCD (la lutte contre les maladies transmissibles des enfants). Parce qu'il y avait des problèmes de communication au dernier moment, il lui fallait abrégé la visite qui ne dura que cinq jours. Néanmoins, pendant la visite, il était possible d'élaborer une stratégie de formation provisoire avec la collaboration du docteur Fassou Haba qui était Coordonnateur National à cette époque. La décision fut prise de planifier des séances de formation aussitôt que possible afin de lancer les activités du projet. L'organisation d'un Cours Moyen à Kindia fut retenue comme une des activités du projet. Dans la suite, les responsables, Gerski et Haba, ont proposé que le Cours Moyen ait lieu à Telimele parce que cette préfecture est en avance sur les autres préfectures, surtout par rapport au PEV.

Le Cours Moyen et l'Atelier de Formation des Facilitateurs, qui le précéderait, serviraient de base pour la sélection des gens qui deviendraient membres d'un noyau de formateurs qui profiteraient d'autres ateliers de formation et d'une préparation dans les méthodes pédagogiques qui mettent l'accent sur la participation. L'auteur de ce rapport est le même consultant qui a visité la Guinée en mars et qui était de nouveau invité à Conakry pour mettre à exécution le premier Cours Moyen.

B. LA DESCRIPTION DE LA TACHE

La tâche de cette deuxième visite fut avant tout de planifier et d'organiser le Cours Moyen. Les activités prévues pour cette mission, qui durerait du 5 au 24 mai, incluent celles qui suivent:

- o Développer une liste de ce qui est exigé des formateurs afin de déterminer le niveau de connaissances attendu parmi l'équipe des formateurs.
- o Elaborer le plan pour un atelier initial visé à la formation des facilitateurs.
- o Conduire l'atelier, Formation des Facilitateurs (FDF), et le Cours Moyen.
- o Aider les responsables du projet à développer le programme

du premier Atelier des Superviseurs.

- o Préparer les procédés de travail avec la participation des facilitateurs choisis pour le Cours Moyen à Telimele.

C. LE PLAN DE TRAVAIL ET LA PREPARATION

A cause de l'arrivée à temps juste du consultant, il fut difficile d'atteindre tous les objectifs envisagés. Il y avait d'autres difficultés à cause de l'arrivée tardive des modules et d'autre matériel pédagogique sur la formation. Le matériel pédagogique n'est arrivé que le jour même de l'ouverture de l'atelier de formation. Il fallait, donc, faire des modifications dans le plan d'ensemble de cet atelier. Par conséquent, l'ordre du premier jour se composait de l'introduction à l'atelier, l'identification des attentes, et l'ouverture officielle. Il fallait renvoyer tôt les participants afin de permettre aux organisateurs de choisir les modules et d'établir les heures du travail.

CHAPITRE II

ATELIER DE FORMATION ET COURS MOYEN

A. LES PARTICIPANTS

Le docteur Fassou Haba et Souley Diallo, Coordonnateurs Nationaux de projet CCCD, et 16 autres participants répondèrent à l'invitation d'assister à l'atelier. En réalité, un plus grand nombre de gens se présentèrent pour l'atelier, et les organisateurs furent obligés de limiter le nombre de participants à 18 personnes. Parmi les participants se trouvaient le Directeur du Service National de Prévention et la responsable des activités de SMI et PF au centre de Koronti.

Tous les participants étaient médecins DPS et avaient des responsabilités de gestion chez le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Ils ont tous fait la médecine à l'Université de Conakry. Il y en avait quelques uns qui avaient profité des bourses pour étudier en Belgique, et il y en avait deux qui venaient de rentrer de la France après avoir suivi un stage de six mois là-bas. Presque tous les participants avaient déjà travaillé comme formateurs.

B. LE SITE ET LA LOGISTIQUE

On a choisi la SMI de Koronti comme site de l'atelier de formation des facilitateurs. Les séances de l'atelier avaient lieu dans une salle assez grande pour satisfaire à nos besoins. La salle se trouvait à la partie antérieure de la SMI, ce qui, malheureusement, présentait quelques désavantages. Par exemple, le défilé ininterrompu des visiteurs pendant la matinée était l'occasion de plusieurs distractions. Néanmoins, la salle, qui était relativement neuve et bien meublée de tables et de chaises, était adéquate. Le docteur Fassou Haba n'a rien épargné dans la direction de l'atelier, et il a travaillé à plein temps pour régler les problèmes administratifs et financiers. A noter que la contre-partie guinéenne a payé tous les frais de per diem et de transport malgré la situation actuelle et les difficultés financières courantes du pays.

Vingt-cinq participants, dont la plupart étaient des ATS, ont assisté entièrement ou partiellement au Cours Moyen à Telimele. Parmi les participants, il n'y avait que cinq médecins. Pour l'ensemble des participants, c'était la première fois qu'ils participent dans un cours de ce genre.

C. LES METHODES DE FORMATION

Les méthodes utilisées pendant ce premier atelier de formation des facilitateurs se basaient sur la formation fondée sur l'expérience. Tous les participants avaient des notions de ces

principes, mais il leur fallait approfondir leurs connaissances et pratiquer les techniques nécessaires pour transmettre ces connaissances à autrui. La méthode de formation était, donc, pragmatique, c'est à dire qu'elle exigea une participation active.

Cette stratégie demande que les participants puisent de leurs expériences antérieures pour en faire ressortir les concepts et les principes fondamentaux. Le consultant/facilitateur en faisait la synthèse. C'était lui qui a assigné les tâches aux participants afin de leur démontrer leur facilité de mettre en pratique ces principes. On a favorisé le travail en petit groupes où l'on peut revoir les "acquis" du groupe pour que tout le monde puisse voir clairement les aptitudes qu'il faut mettre en jeu afin de réaliser les objectifs. Il y avait une ambiance de franchise et de confiance ce qui permettait l'échange libre et la réaction parmi les participants.

D. LES BUTS, LES OBJECTIFS, ET L'HORAIRE

Le but d'ensemble du programme de formation, tel qu'il s'exprime dans les modules, était formulé comme suit:

- o Fournir les renseignements techniques dont les agents de santé ont besoin pour améliorer les programmes de lutte contre la Diarrhée, le Paludisme, et les maladies du PEV.
- o Raffermer l'enseignement, la pédagogie, et les habilités de formation chez les superviseurs et les instructeurs.

Pour l'atelier de formation, on a établi des objectifs individuels pour que les facilitateurs puissent avoir plus d'expérience dans la pratique du travail. Par exemple, il fallait que chaque participant soit capable de:

- o Décrire, exercer, et utiliser le modèle fondé sur l'expérience.
- o Citer les éléments-clés du canevas de formation.
- o Rédiger des objectifs de comportement en tenant compte des critères établis.
- o Enseigner une leçon modèle en utilisant les principes et méthodes participatives.

Au Cours Moyen à Telimele, on se sert des objectifs des modules à étudier ou on les adapta selon les besoins des participants. Chaque participant du Cours devait notamment:

- o Faciliter au minimum une activité en assemblée plénière.

- o Participer comme membre d'une équipe à un travail pratique sur le terrain.
- o Achever la lecture et tous les exercices au dehors des séances de formation.

Cet auteur avait pour objectifs personnels d'aider autant que possible à la planification, l'exécution, et l'évaluation des activités d'apprentissage pour les facilitateurs et les participants afin de transmettre un message commun et d'éviter les contradictions.

E. LES SEANCES ET LE PROCESSUS

D'ici à la fin du chapitre, il y a une vue d'ensemble du programme de formation tel qu'il a été conduit en mai. Ces pages examinent les points saillants présentés dans le cadre de l'atelier et du cours et ceux qui se soulevaient pendant les discussions. Cette description des événements suit l'ordre chronologique du travail.

1. La Présentation, Les Attentes, Le Prétest, et Les Normes

Pendant la séance initiale, les participants ont reçu des renseignements sur les formateurs, ils se présentaient les uns aux autres, et ils exprimaient leurs attentes vis-à-vis l'atelier. Chacun des participants était prié d'écrire ce qu'il espérait tirer de et contribuer à la formation. Dans des sous-groupes, chacun avait l'occasion de parler de ses attentes, puis on a rassemblé les listes individuelles et on les a utilisées pour créer la liste des attentes générales. Les participants et les formateurs ont collaboré ensemble pour établir une liste de normes de travail. Les normes retenues se composaient de celles qui suivent:

- o La participation active de tous sans exception.
- o Le maintien d'une ambiance détendue qui contribue à un bonne atmosphère pour travailler.
- o Le respect des horaires du travail par commencer et finir à l'heure.
- o Le respect des opinions d'autrui.
- o Le maintien d'un esprit ouvert.

Ensuite on a administré le prétest développé par les facilitateurs. On avait préalablement avisé les participants du rôle de ce prétest, ce qui est de mesurer dans l'ensemble le degré d'apprentissage des participants.

2. Des Notions Sur Le Processus de Formation

Les objectifs envisagés dans le manuel de formation ont été simplifiés au maximum. Puisqu'il y avait des limites de temps, on a pris la décision d'approfondir les idées présentées pendant l'atelier. Les participants ont collaboré pour arriver à une définition de la formation. Cette définition opérationnelle avait pour but de faire ressortir des idées-clés telles que les objectifs, le plan de leçon, et le modèle fondé sur l'expérience. L'accent fut mis sur les principes de la formation professionnelle des adultes et les qualités d'un bon animateur de groupe.

On discutait les techniques de formation, et il était rappelé aux participants qu'il y a de différentes façons d'apprendre qui imposent de divers procédés, de diverses méthodes d'attaque, et des instruments de formation variés. En utilisant la technique de brainstorming, le formateur a aidé les participants à dresser la liste de techniques de formation. Après avoir passé du temps à en parler, les participants ont examiné la liste pour identifier ces techniques qui conviennent le mieux au développement des connaissances, des aptitudes, ou des attitudes. Ensuite, on a fait un examen bref des techniques de formation les plus courantes, y compris:

- o La Démonstration
- o La Discussion dirigée/ Questions - Réponses
- o Présentation/Discours
- o Etude individuelle
- o Travail en groupe
- o Histoire/Conte/Fable

Après avoir présenté les objectifs de comportement et leur utilité, on a amplement discuté l'importance et les caractéristiques fondamentales de ces objectifs. Ensuite, on a demandé aux participants de s'entraîner pour rédiger quelques objectifs que l'on a corrigés par la suite en assemblée plénière.

A l'aide d'un schéma sur de grandes feuilles de papier, le formateur passa en revue les cinq niveaux de communication:

- o L'intention de celui qui transmet le message.
- o Le message transmis.
- o La façon par laquelle on transmet le message.
- o La réception du message.

- o L'interprétation de celui qui le reçoit.

Puis, un modèle d'évaluation d'ensemble d'un programme fut présenté qui envisage quatre aspects d'un programme:

- o La Réaction (Quels commentaires les participants ont-ils fait sur le programme?).
- o L'Apprentissage (Quelles connaissances, aptitudes, ou attitudes ont été acquises?).
- o Le Comportement (Le programme a-t-il donné lieu à des changements de comportement?).
- o Les Résultats (Le programme a-t-il eu des effets à long terme?).

3. La Planification Locale et La Surveillance Epidémiologique

Pendant la réunion avec les facilitateurs, la décision fut prise de faire l'application des recommandations suivantes au module sur la planification locale:

- o Pour le Cours Moyen, ne pas présenter les cibles de l'année prochaine puisque ces cibles ont rapport aux tâches du superviseur.
- o Présenter les pages 1 à 18 pendant le cours.
- o Utiliser les pages 20 à 31 pour la formation des superviseurs.
- o Réviser l'exercice D, troisième point, en changeant le nombre d'épisodes diarrhéiques de 16000 à 32000.

Quant au module sur la surveillance épidémiologique, la décision fut prise d'insister sur les points suivants:

- o Les cinq phases d'identification.
- o Un bref aperçu des tendances géographiques, saisonnières, et annuelles.
- o Un bref aperçu des critères pour la collecte des données.

L'incorporation de ces recommandations fit que l'étude de ces deux modules (planification locale et surveillance épidémiologique) ne fut qu'une simple introduction. Pourtant les participants firent l'application des principes pendant les travaux pratiques sur le terrain qui avaient lieu les troisième et quatrième jours de l'atelier. Néanmoins, il était évident que ces notions étaient bien compliquées pour la plupart des

participants. A l'avenir, il faudra consacrer plus de temps à ces concepts.

4. Les Maladies Cibles du PEV

Ce sujet était au coeur de l'atelier parce que l'on a choisi le PEV comme première priorité et l'on a décidé d'y mettre un accent particulier. Comme déjà mentionné dans l'introduction à ce rapport, selon le jugement des responsables du projet, Gerski et Haba, il valait la peine de se concentrer sur le PEV de sorte que l'atelier soit un travail complémentaire à la récente évaluation de la couverture vaccinale dirigée par l'UNICEF en collaboration avec l'OMS et le CCCD.

Comme l'on a décidé pendant l'atelier de formation des facilitateurs, l'étude et le travail s'accomplirent à deux niveaux: pendant les réunions en classe on a mis la valeur sur les théories des maladies et du programme et on les a discutées; pendant les travaux pratiques sur le terrain, on a essayé de concrétiser les notions et de mettre en exécution les nouvelles idées acquises au cours du travail sur la surveillance épidémiologique et la planification locale. Le travail fait en classe consistait à passer en revue les maladies telles qu'elles sont présentées dans le module, "Les Maladies Cibles," et à faire individuellement les exercices, à corriger les exercices en petit groupes, et à les discuter en assemblée plénière. Quant aux travaux pratiques du module, on se servait des techniques recommandées dans le module, "Education Communautaire pour la Santé." De cette façon, le contenu de ce module-ci s'intégrait dans les activités envisagées au lieu d'être étudié séparément pendant le cours.

Chaque groupe avait la responsabilité de préparer et d'effectuer un travail pratique sur le terrain en employant une des méthodes connues. Il fallait que le groupe se réunisse avant la visite sur le terrain pour:

- o Organiser le travail (p.e., répartir les tâches et le temps.
- o Etablir des objectifs.
- o Préparer des instruments (p.e., des questionnaires).

Les groupes passèrent le mardi à accomplir le travail pratique et à se préparer à faire une présentation d'une durée de 45 minutes le mercredi en assemblée plénière. Pendant la présentation, chaque groupe devait:

- o Décrire l'organisation du travail y compris les procédés et les objectifs.

- o Présenter les constatations.
- o Présenter les conclusions en utilisant les graphes à l'appui s'il était nécessaire.
- o Présenter les recommandations.

A cause de ces activités, les participants pouvaient travailler à l'hôpital au centre de SMI. Les groupes ont utilisé des techniques diverses. Par exemple, deux groupes ont utilisé la technique d'observation, deux autres groupes celle de l'interview, et un groupe celle de l'étude de dossiers. Ils avaient l'occasion de faire des recommandations particulières au Directeur Préfectoral de la Santé qui était présent aux travaux pratiques. Un groupe avait à analyser la situation de la rougeole dans la préfecture de Telimele tandis qu'un autre a étudié la population cible par rapport aux diverses maladies. Les résultats de leurs études étaient présentés et discutés en assemblée plénière, et on a fait une synthèse avant de passer au sujet des maladies diarrhéiques.

5. Les Maladies Diarrhéiques

Pendant l'atelier de formation des facilitateurs et les discussions relatives au module sur la diarrhée, les facilitateurs avaient à réfléchir aux problèmes techniques et culturels qu'il faut résoudre avant de se lancer dans un programme valable de lutte antidiarrhéique. Parmi les problèmes techniques qu'on a soulevés, il y avait:

- o Le service suffisant des eaux potables.
- o L'assainissement du milieu par moyen de l'enlèvement, l'évacuation, et le traitement des ordures solides et liquides.
- o Le ravitaillement en sachets SRO.
- o La formation du personnel technique.

Les problèmes culturels qu'on a soulevé comprenaient:

- o Le régime alimentaire (p.e., la mauvaise qualité du lait et la restriction alimentaire en cas de diarrhée).
- o La restriction hydrique.
- o Le rapport entre adulte et diarrhée chez une femme allaitante.
- o Le manque de protection des denrées comestibles mis au marché.

Le travail sur le module pendant le Cours Moyen à Telimele consistait à passer un aperçu du module avant de se concentrer sur les problèmes concrets et pratiques qui se rencontrent sur le terrain. La décision fut prise de mettre l'accent sur l'utilisation des sachets SRO au lieu de la solution sucre salée faite à domicile. Puisque plusieurs participants avaient assisté à des ateliers sur la TRO, nos activités se composaient d'une revue de la matière et de la préparation des recommandations visant l'adoption d'une stratégie nationale pour la lutte contre la diarrhée (voir Annexe E). Au cours des séances en petits groupes ou en assemblée plénière où il s'agissait du maniement de démonstrations, tous les participants avaient l'occasion de se rendre compte des problèmes posés sur le terrain par l'usage, la promotion, et la distribution des sachets.

6. Le Paludisme

Il semble que les facilitateurs et les participants connaissent le mieux le paludisme. Les objectifs suivants étaient fixés au cours de l'atelier de formation des facilitateurs:

- o Identifier les populations les plus exposées au paludisme.
- o Décrire les symptômes habituels du paludisme et les complications du paludisme grave et ses conséquences.
- o Identifier et se familiariser avec les formations sanitaires et leur disponibilité.
- o Traiter les cas du paludisme par la chloroquine par rang d'âge et de poids.
- o Retirer les cas graves de paludisme.
- o Combiner la réhydratation par voie orale avec le traitement à la chloroquine en cas de diarrhée.
- o Limiter les injections aux cas seuls où les malades ont perdu conscience.
- o Administrer un traitement prophylactique aux femmes enceintes.

Faute d'une stratégie nationale dans la lutte contre le paludisme, on a suivi le module tel quel. Les exercices que chaque participant a fait individuellement étaient corrigés et discutés en assemblée plénière. Les docteurs Pathe Barry et Moussa Keita étaient les facilitateurs principaux de ce module; celui-là est Directeur Préfectoral de Santé de Kankan et celui-ci est responsable national du paludisme. Le fait que tous les deux venaient de profiter d'un stage en France sur le paludisme était très avantageux à l'atelier parce que les orientations que va

suivre le Ministère sont sur le point d'être développés.

Néanmoins il existe de grands besoins en assistance technique. Comme proposé dans les recommandations en vue de l'adoption d'une politique nationale (voir Annexe D), il existe un besoin urgent de développer un arbre de décision pour le traitement du paludisme.

Les participants connaissent à fond la matière de paludisme, et presque tous ont une connaissance théorique au sujet des signes et symptômes de cette maladie. Mais, le manque d'une stratégie nationale rend assez difficile la pratique sur le terrain. Un inventaire des pratiques utilisées par les participants révéla qu'il y a une multiplicité de régimes de traitement employés dans les deux préfectures de Telimele et Kindia.'

Joel Breman, paludologue de CDC aux Etats-Unis, dont la visite était envisagée pendant la semaine aussitôt après le programme de formation, devrait aider à répondre à quelques-uns de ces besoins.

Les facilitateurs et les participants ont fait cas du module tel quel. Il semble que le contenu technique se conforme aux besoins du pays et que peu de problèmes existent en adaptant le module à ces besoins. Cette adaptation devrait se faire en collaboration avec le docteur Moussa Keita ou le docteur Pathe Barry. Le fait que les bureaux du projet CCCD se situeront dans les locaux mêmes du service de lutte antipaludéenne devrait rendre plus facile cette tâche.

CHAPITRE III

EVALUATION, SYNTHÈSE, RECOMMANDATIONS

A. L'AUTO-EVALUATION

Avant d'administrer le deuxième examen d'auto-évaluation, on a conduit une séance dirigée à faire une revue de tout ce qu'on a présenté. L'accent fut mis sur les maladies et le programme du PEV, les matières centrales de l'atelier. Ensuite, les participants ont passé le deuxième examen d'auto-évaluation. Dans les paragraphes suivants se trouve une synthèse de toutes les questions posées dans cet examen. Les pourcentages représentent les moyennes de l'ensemble des participants. Le pourcentage à gauche donne la moyenne gagnée au moment du prétest; le pourcentage à droite démontre la moyenne gagnée à la fin (au moment du "post-test"). Après la présentation de l'examen d'auto-évaluation et ses résultats se trouve une brève interprétation de ces résultats.

QUESTIONS	RESULTATS	
	Prétest	Post-test
1. Quelles sont les quatre (4) étapes du modèle d'apprentissage fondé sur l'expérience?	0,0%	52,0%
2. Citer au moins quatre (4) qualités d'un formateur d'adultes en zone rurales.	19,0%	64,0%
3. Citer trois (3) méthodes de formation à utiliser en zone rurale.	7,5%	76,0%
4. Parmi les paramètres suivants, souligner d'un trait tous ceux dont vous tiendrez compte dans une planification locale.	4,0%	58,0%
Diagnostic		
Population		
Nombre de nouveaux cas enregistrés		
Traitement administré		
Nombre de personnes bénéficiaires		
Taux de croissance naturelle		
Lieux d'habitation		

	Prétest	Post-test
Régime alimentaire		
Taille du malade		
Poids du malade		
5. Citer trois (3) paramètres qui influent sur l'accessibilité des Services de Santé.	7,5%	52,0%
6. (Mettez une croix devant le mot juste.) Le paludisme est transmis par les vecteurs ci-après:	77,0%	100,0%
--Mouche domestique		
<input type="checkbox"/> Mouche tse-tse		
<input type="checkbox"/> Simulie		
<input type="checkbox"/> Anophèle		
<input type="checkbox"/> Culex		
7. Parmi les signes et symptômes ci-dessous, il y en a qui sont typiques dans l'évolution du paludisme. Soulignez-les.	23,0%	80,0%
Sueurs		
Frissons		
Nausées		
Vomissements		
Diarrhée		
Convulsions		
Hyperthermie		
Céphalées		
Perte de connaissance		
8. Parmi les paramètres suivants quels sont ceux dont vous tiendrez compte dans l'administration de la chloroquine à un enfant?	50,0%	100,0%
poids		
taille		
âge		
surface corporelle		
sexe		
9. Mettez une croix devant les groupes de population à risque en zone d'endemie mise au premier plan.	19,0%	92,0%

	Prétest	Post-test
<input type="checkbox"/> Enfants de 0 à 5 ans <input type="checkbox"/> Enfants de 5 à 10 ans <input type="checkbox"/> Enfants de 10 à 15 ans <input type="checkbox"/> Personnes âgées de plus 40 ans <input type="checkbox"/> Femmes enceintes		
10. Qu'est-ce que la Diarrhée? (Soulignez la bonne réponse.)	73,0%	80,0%
Emissions de selles fréquentes Emissions de selles liquides Emission fréquentes de selles liquides		
11. Quelle est la complication la plus grave de la Diarrhée? (Soulignez la bonne réponse.)	80,0%	96,0%
Vomissements Convulsions Deshydratation Fièvre		
12. Lequel ou lesquels des signes cliniques qui suivent sont celui ou ceux de la deshydratation? (Soulignez la bonne ou les bonnes réponses.)	57,0%	96,0%
Toux Fontanelle déprimée Vomissements Pli cutané abdominal paresseux Raideur de la nuque		
13. Parmi les ordonnances suivantes, laquelle choisirez-vous pour traiter la Deshydratation? (Soulignez la bonne réponse.)	73,0%	100,0%
Ganidan (Sulfaguanidine) Solution de Réhydratation par voie orale Chloramphenicol Sirop		
14. Lesquelles des personnes suivantes s'intéressent à la lutte contre les maladies diarrhéiques? (Mettez une croix devant les bonnes réponses.)	19,0%	92,0%

Prétest Post-test

La mère
Le chef religieux
L'agent de santé
Le chef administratif
Tous ceux cités ci-dessus

15.	Citer tous les renseignements que vous portez dans votre registre lorsque vous recevez un malade.	11,5%	84,0%
16.	En tant que responsable de votre Centre de Santé, que ferez-vous lorsque vous constatez un nombre important de cas de rougeole?	54,0%	76,0%
17.	Pensez-vous que le dénombrement des cas de maladies ou de décès soit une activité importante? Si oui, pourquoi? Si non, pourquoi pas?	54,0%	72,0%
18.	Vous n'avez enregistré aucun cas de maladie ou de décès dans votre Centre de Santé pendant un mois. Etes-vous tenu de fournir un rapport à l'échelon supérieur?	57,0%	96,0%
19.	Citer les six (6) maladies du PEV.	73,0%	96,0%
20.	A quel âge vaccine-t-on contre la rougeole?	73,0%	88,0%
21.	Quels sont les vaccins associés que vous connaissez?	46,0%	72,0%
22.	Citer les vaccins à congeler et la température à laquelle ils doivent être congelés.	42,0%	96,0%
23.	Citer les vaccins à réfrigérer et la température.	23,0%	84,0%
24.	Quelles sont les voies d'administration des vaccins suivants?	69,0%	72,0%

B.C.G.
Polio Orale

	Prétest	Post-test
D.T.COQ Rougeole Tétanol		
25. Citer les contra-indications principales de la vaccination.	4,0%	96,0%
26. Indiquer les doses d'administration des vaccins ci-dessous:	35,0%	80,0%
B.C.G. Rougeole Polio D.T.COQ Tétanol		
27. Donner le Calendrier National de Vaccinations.	11,5%	72,5%

Les résultats ci-dessus de l'auto-évaluation démontrent la nécessité du travail supplémentaire des matières suivantes: Processus de Formation, Planification Locale, et Surveillance Epidémiologique. D'un part, la faiblesse de connaissances en ces matières peut s'expliquer par le fait qu'on n'a pas consacré beaucoup de temps à ces sujets. D'autre part, ces matières contiennent des idées neuves à la plupart des participants. De plus, aux échelons professionnels où les participants travaillent, ils ne sont pas directement chargés de ces activités. Néanmoins, l'introduction de ces sujets dans le Cours a permis aux participants de mieux saisir l'importance et l'utilité de ces activités pour la lutte contre les maladies transmissibles des enfants.

Par contre, les bons résultats montrés dans les autres sujets indiquent que les participants connaissent bien les trois volets du projet CCCD. Cependant, les travaux pratiques sur le terrain et les exercices proposés dans les modules divers ont révélé de graves lacunes qu'on doit combler aussitôt que possible. Des lacunes étaient évidents même au sujet de PEV, ce qui est le plus avancé des trois volets du programme CCCD. En établissant des stratégies nationales, surtout en matière de lutte contre la diarrhée et le paludisme, on pourrait combler la plupart de ces lacunes.

B. L'EVALUATION DU STAGE

Pour évaluer la qualité du stage, à la fin du stage on a demandé aux participants de remplir une fiche d'évaluation visant estimer le stage dans son ensemble et en tant qu'expérience éducative. Les réponses aux questions ont montré que les

participants étaient au total très satisfaits du déroulement du stage. Sur 25 participants, 5 ont estimé le Cours à la valeur d'excellent, 11 à la valeur de très bon, et le reste à la valeur de bon. Les raisons données par les participants pour corroborer leur évaluation du stage comprenaient les suivantes:

- o Nouvelles connaissances apprises.
- o Stage très instructif.
- o Attitudes sincères, assidus, et motivés de la part des participants.
- o Bonne méthodologie utilisée.
- o Qualité des documents reçus.

Une des questions a demandé le degré auquel le stage allait permettre aux participants d'améliorer leur travail sur le terrain. Les réponses à cette question étaient comme suit: "considérablement" (5 sur 25 participants) et "beaucoup" (20 sur 25 participants).

Les connaissances acquises à l'issue du stage comprenaient:

- o Une meilleure compréhension du calendrier vaccinal.
- o Une meilleure connaissance des maladies du PEV.
- o L'acquisition de nouvelles méthodes de formation.
- o Une meilleure appréciation de la valeur de l'Education pour la Santé.
- o Echanges de vue entre collègues au sujet de leurs expériences.
- o Approfondissement des connaissances grâce à la documentation reçue.
- o La bonne volonté des frères médecins en partageant leurs connaissances.
- o La découverte des façons de remédier les mauvaises habitudes qu'on a reconnues.
- o L'éclaircissement des doutes.

C. LES LEÇONS TIREES DE L'INTERVENTION GENERALE

Il y a une grande leçon que l'on peut tirer de cette mission d'assistance technique. C'est que la stratégie de formation

proposée peut bien et belle être appliquée maintenant que les bases sont établies. Le pays où il y a assez de personnes compétentes qui ont les qualités requises pour constituer un noyau solide de formateurs pourra assurer les activités envisagées à l'avenir dans le cadre du projet. La mission qui vient de se terminer avait atteint son but, mais au cours de cette mission on a découvert qu'il y a de graves lacunes qu'il faudra combler si le projet va réussir. Si l'on met en pratique les recommandations qui se trouvent dans la section suivante de ce chapitre, on pourra résoudre ces problèmes.

Après cette intervention, reste à savoir si les participants peuvent mettre en pratique les connaissances et les aptitudes qu'ils viennent d'acquérir. Avant de lancer le programme de formation, on se demanda si c'était le moment opportun de faire la formation, surtout que les brochures d'instructions envisagées dans le cadre du projet ne sont pas encore disponibles. En dressant le plan de ce stage de formation, on avait l'idée que le stage servirait de lancer les activités et qu'il ferait de publicité pour le projet. Il n'y a aucun doute que ces objectifs ont été atteints, surtout si l'on juge par la participation active du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. De plus, les communiqués écrits et parlés de la presse ont aidé à la sensibilisation de l'opinion publique. Pour que les formateurs et les participants de ce stage n'aient pas beau travailler, il faudrait que les brochures d'instructions soient mises à leur disposition dans le plus bref délai. Il y existe certainement les ressources humaines pour assurer le succès de toutes les activités envisagées dans le cadre de ce projet, mais il faut y fournir les brochures d'instructions pour faire le complément de ces ressources.

Les facteurs contributifs au succès de cette mission comprennent ceux qui suivent:

- o Le choix des facilitateurs était excellent. Les participants à l'atelier de formation travaillaient de coeur et d'âme à la tâche.
- o Malgré la situation temporaire où il se trouvait, le docteur Fassou a tout fait pour manier les problèmes logistiques, surtout ceux qui traitaient du salaire journalier.
- o Le site à Telimele était bien choisi et bien entretenu. Le Directeur Préfectoral de Santé a pris à son compte ses responsabilités au sérieux et avec dévouement, ce qui a permis aux formateurs de s'occuper de leur travail sans s'inquiéter trop des problèmes logistiques.
- o Les participants s'intéressaient beaucoup à leur travail, et ils étaient bien motivés. A noter qu'il y en avait deux qui marchaient à pied pendant deux

jours pour assister au stage.

- o Il était possible d'accommoder le programme et le contenu du module aux besoins des participants.
- o Les participants avaient la bonne volonté et la réceptivité à l'apprentissage et à la pratique de nouvelles méthodes d'aborder la formation.
- o UNICEF a offert sa bonne coopération et son soutien moral.

D. DES DEMARCHES A ENTREPRENDRE

Dans l'avenir immédiat, il faudra faire plusieurs démarches essentielles pour se conformer au programme du projet visé à mettre en marche la stratégie de formation et à poursuivre les activités du travail de continuation. Par exemple:

1. Le projet CCCD devrait confirmer aussitôt que possible la deuxième activité de formation, c'est-à-dire, le cycle d'études sur la chaîne de froid pour les agents de santé des préfectures de Conakry. Dans les dernières discussions avec le docteur Dieno, responsable national du PEV, celui-ci a révélé que ce sera le mois de septembre au plus tôt quand on pourra organiser la ce cycle d'études.
2. On devrait nommer au niveau du projet un responsable de formation qui travaille à plein temps pour poursuivre et gérer le tas d'activités de formation. De l'avis de cet auteur, le docteur Fassou Haba a les qualités requises pour cette responsabilité. Le docteur Haba a déjà suivi l'atelier de formation de formateurs subventionné et organisé par CDC Atlanta au Togo. En outre, étant donné que le docteur Haba est Directeur National de l'Education pour la Santé et ancien Directeur dans le projet CCCD, il connaît le projet d'une façon qu'un nouvel employé trouverait difficile à égaler. Le docteur Haba devrait profiter de toute autre formation organisée par CDC.
3. Il est fortement recommandé que le groupe de facilitateurs proposé (voir Annexe A) soit renforcé par d'autres nationaux qui font partie des institutions de formation telles que l'université et la faculté de médecine. Une telle équipe devrait recevoir une formation de base en techniques et méthodes participatives de formation.
4. Un comité de coordination de formation devrait être créé. Ce comité regrouperait des représentants de l'UNICEF et d'autres ONG dans le pays ainsi que des représentants du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Au début, le comité devrait se réunir au moins une fois par mois pour discuter et tomber d'accord sur le programme des séances; sur les sites, les

participants, et les formateurs proposés; et sur les visites de continuation aux participants à leurs postes de travail.

5. Le projet CCCD devrait établir une bibliothèque d'ouvrages de référence sur la formation et prévoir dans le nouveau bureau une salle de conférences à laquelle les membres de l'équipe de formation auront accès. Si l'on adopte la deuxième recommandation (voir ci-dessus, numéro 2), le docteur Fassou Haba pourra être responsable de la bibliothèque.

6. Des modules supplémentaires ainsi que les brochures d'instructions proposées dans la stratégie de formation devraient être commandés dès maintenant pour éviter au dernier moment les délais et les problèmes.

7. A ce moment-ci, on ne devrait pas donner la priorité à l'adaptation des modules à la situation guinéenne telle qu'elle était envisagé dans la stratégie de formation. Il semble que le contenu des modules tels quels peut suffire aux besoins actuels. Au lieu de dépenser des ressources et de l'énergie à cette activité, le projet devrait continuer à identifier et former du personnel.

8. Il y aura une nécessité absolue et urgente d'élaborer une politique nationale en matière de la diarrhée et du paludisme si les activités de formation vont continuer.

ANNEXES

- A. LA LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE FORMATION DES FACILITATEURS
- B. LA LISTE DES PARTICIPANTS AU PREMIER COURS MOYEN
- C.1 HORAIRE: L'ATELIER DE FORMATION DES FACILITATEURS
- C.2 HORAIRE: L'ATELIER DE FORMATION DES SUPERVISEURS
- C.3 HORAIRE: LE COURS MOYEN
- D. RECOMMANDATIONS EN VUE DE L'ADOPTION D'UNE POLITIQUE NATIONALE POUR LA LUTTE ANITPALUDEENNE
- E. RECOMMANDATIONS POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES
- F. TRAINING STRATEGY

LA LISTE DE PARTICIPANTS
A L'ATELIER DE FORMATION DES FACILITATEURS

Premier Cours Moyen

CCCD/GUINEE

1. Alpha Diallo
2. Barry Mahi
3. Mary Koryati
4. Celle Diallo
5. Balla Camara
6. Candiomr Drame
7. YaYa Diallo
8. Fassou Haba
9. Gadir Ba
10. Moussa Keita
11. Boubacar Dieng
12. Souley Diallo
13. Patne Barry
14. Rolert Tolron
15. Dr. Mara
16. Dr. Lama
17. Dr. Prosper Haba
18. Mariama Barry

ANNEXE B

LA LISTE DE PARTICIPANTS
AU PREMIER COURS MOYEN

CCCD/GUINEE

1. Barry Djolikatou
2. Dr. Diallo Mala'
3. Koloukolou Suzanne Goomamor
4. Dr. Baloe Alimadou
5. Dr. Sekou Keita
6. Foula Bailo Bak
7. Amadou Mouctar Diallo
8. Mohamed Abdoulaye
9. Amadou Sara Maci Batt
10. Sidy Diallo
11. Mamadou Alimou Diallo
12. Zeze Koevogui
13. Ibrahima Sylla
14. Ignace Gbamou
15. Nionkoye Amos Eya
16. Dr. Mousse Kouruma
17. Zozo Sakoujoqui
18. Aly Traoure
19. M. Mamadou Lauarana Barry
20. Mamladouba Camara
21. Alpha Abdoulaye Diallo
22. Saïdo Balde
23. Paul Thea
24. Lancere Camara
25. Maurice CeceGoa

ANNEX C.1

L'ATELIER DE FORMATION DES FACILITATEURS

5-12 mai, 1986

Lundi 5	Mardi 6	Mercredi 7	Jeudi 8	Vendredi 9	Samedi 10	Lundi 11
Introduction	Processus de la Formation	Processus de Formation (Suite)	Présentations des T.P.	Présentations	Résumé du Cours	Organisation du Cours de Telimele
Attentes	-Définition -Principes -Modèle -Canevas	-Evaluation	-Diarrhée -Paludisme	Travaux Pratiques	Horaires du Cours Moyen	-Répartition des tâches -Rôles et responsabilités des facilitateurs
Ouverture Officielle	Elements de la Communication	Travaux Pratiques	Travaux Pratiques	-Surveillance -Planification Locale	Synthèse	
Préparation et choix de modules	Synthèse et Evaluation	-Diarrhée -Paludisme	-Surveillance Epidémiologique -Planification Locale -Education pour la santé -Maladies cibles	Education pour la santé Maladies Cibles		Planification individuelle

ANNEXE C.2

FORMATION DES SUPERVISEURS

13-15 mai, 1986

Mardi 13	Mercredi 14	Jeudi 15
Introduction	Le Superviseur comme formateur	E t u d e s e t adaptation des fiches techniques de supervision
Attentes	- Changement - Théories de motivation	
R ô l e s d u superviseur	- Principes en "conseil"	
Analyse des tâches	Etudes de cas	Evaluation du Cours
Inventaire des aptitudes nécessaires au superviseur	- Conduite de situations Aptitudes - Observation - Ecoute - Réaction	

ANNEX C.3

COURS MOYEN

17-24 mai, 1986

Samedi 17	Dimanche 18	Lundi 19	Mardi 20	Mercredi 21	Jeudi 22	Vendredi 23	Samedi 24
Ouverture officielle	Surveillance épidémiologique et Planification locale	Les maladies du PEV	Maladies du PEV	Présentation des travaux pratiques sur le terrain	Les Maladies diarrhéiques	Le Paludisme	Synthèse
Introduction							"Post-test"
Attentes							Ciôture
Objectifs							
Introduction au projet CCCD	Maladies cibles	Travaux en petits groupes	Travaux pratiques sur le terrain				
Prétest	-Introduction		-Observation -Interview -Etude de dossiers				
Idées sur le processus de formation							

RECOMMANDATIONS EN VUE DE L'ADOPTION
D'UNE POLITIQUE NATIONALE
POUR LA LUTTE ANTIPALUDEENNE

FORMATION DES FACILITATEURS
COURS MOYEN DE TELIMELE
MAI 1986

La lutte antipaludéenne est intégrée aux activités de santé générale. La lutte antipaludéenne s'articule sur:

- o Les Services de Soins (Traitement des Cas)
- o Les Services Spécialisés (Surveillance de l'Endemie, Formation, Recherche-Coopérations)
- o L'Appui Communautaire (Soins de Santé Communautaire)

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

1. Développer le réseau de distribution.
2. Administrer la Chloroquine (à 100 mg) par voie orale).
3. Administrer le sel de quinine par voie intramusculaire/ intraveineuse.
4. Ne pas administrer les sels de quinine dans les services de soins que par un agent compétent qui a les qualités requises.
5. Charger les services de soins de:
 - a. Dresser un arbre de décision thérapeutique;
 - b. Traiter les accès fébriles simples;
 - c. Traiter les accès palustres;
 - d. Prélever une goutte épaisse, la lire, et l'interpréter; et
 - e. Se référer à l'échelon supérieur en cas de complication.
6. Charger les services spécialisés de:

- a. Surveiller l'endemie
 - o Entomologie
 - o Parasitologie
 - o Chimiosensibilité
 - o Recherche appliquée
 - o Lutte contre les vecteurs et les larvés

- b. Prendre la responsabilité de formation

- o Séminaires
- o Apprentissage du personnel sur le tas
- o Faculté de Médecine et de Biologie

- 7. Charger les communautés, par le biais des ASV formés dans le cadre des Soins de Santé Primaires, de:

- a. Faciliter et encourager l'assainissement de base;
- b. Faciliter et encourager l'utilisation des moustiquaires, des produits antimoustiques, etc.;
- c. Faciliter, s'il est possible, la chimioprophylaxie des femmes enceintes; et
- d. Traiter les accès fébriles.

RECOMMANDATIONS POUR LA LUTTE CONTRE
LES MALADIES DIARRHEIQUES

1. Fournir l'alimentation suffisante en eau potable (des puits en zone rurale, l'adduction d'eau en zone urbaine).
2. Encourager l'assainissement:
 - a. Collecte, évacuation, et traitement des ordures;
 - b. Encouragement de la population à la construction et l'utilisation des latrines; et
 - c. Elaboration d'un code d'hygiène dont l'application nécessite la formation d'un corps de surveillance convenable.
3. Entretenir l'approvisionnement régulier et suffisant en sachets SRO.
4. Organiser des ateliers de formation de recyclage du personnel médical et paramédical dans le traitement (ainsi que la prévention) de la diarrhée.
5. Donner l'instruction et les renseignements pour la santé de la population sur les problèmes liés à la diarrhée.
6. Insister sur les sachets SRO pour les raisons suivantes:
 - a. acquisition à bas prix,
 - b. conservation facile,
 - c. composition plus équilibrée,
 - d. l'acceptabilité appréciable dans la population cible, et
 - e. dosage plus facile.
7. Améliorer le système de participation communautaire.
8. Etudier un circuit de distribution en tenant compte des coûts et rendements.
9. Faire participer les autres secteurs, y compris les secteurs non-gouvernementaux.
10. Introduire l'enseignement par apprentissage des soins de santé primaires dans les écoles et les universités.
11. Faire des recherches appliquées sur le comportement des

collectivités et du personnel de santé.

12. Améliorer et renforcer la stratégie qui vise à traiter les cas bénignes à domicile par une technologie convenable (l'eau de riz, le lait de coco).
13. Améliorer la collecte des données démographiques, géographiques, et socio-économiques.
14. Faciliter les activités SMI en mettant l'accent sur l'allaitement maternel.
15. Intégrer le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques dans un cadre beaucoup plus général de lutte contre les maladies infectieuses et nutritionnelles.

ANNEX F

TRAINING STRATEGY FOR
CCCD/GUINEA

A Report Prepared By PRITECH Consultant:
PAPE A. GAYE

During The Period:
APRIL, 1986

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT
Supported By The:
U.S. Agency For International Development
AID/DPE-5927-C-00-3083-00

AUTHORIZATION:
AID/S&T/HEA: 6/2/86
ASSGN. NO: SS 116

TABLE OF CONTENTS

	<u>PAGE</u>
Glossary of Acronyms	ii
I. EXECUTIVE SUMMARY AND RECOMMENDATIONS	1
II. INTRODUCTION	2
A. Background	2
B. Methodology	2
III. EXISTING SITUATION	3
A. Short Term Needs Assessment	3
B. Training Strategy (Principles)	4
IV. RESOURCES NECESSARY	7
A. Training of Trainers	7
B. Equipment & Materials	7
C. Logistic Support	7
List of Persons Contacted	9

GLOSSARY OF ACRONYMS

CCCD	Combatting Childhood Communicable Diseases
DPS	Direction Prefectoral de la Sante
MLM	Mid-level Management
MOHSA	Ministry of Health and Social Affairs
PEV	Program Elargi de Vaccination
TO	Technical Officer
TOF	Training of Facilitators
TOT	Training of Trainers
SMI	Sante Maternelle et Infantile
SSP	Soins de Sante Primaire

I. EXECUTIVE SUMMARY AND RECOMMENDATIONS

In order to help the CCCD project in Guinea launch its training activities, Pape Gaye, a Training Consultant, was sent to Conakry to assist in the development of a training plan. The training plan and suggested strategy would offer a framework through which all future training needs and activities would be filled.

The visit was just a preliminary one and lasted only four days. Furthermore, due to the fact that the Technical Officer was away attending the annual consultative meeting, only a short term plan was developed. During the implementation phase of this plan starting in the first week of May 1986, the long term strategy will be completed. The assignment consisted of two major steps. The first step was to identify the immediate training needs and the second step was to develop a strategy to meet these needs. The strategy which resulted included both the development of an overall system as well as the details of a short term training plan.

Three main elements comprise the suggested training strategy. The first is a training of trainers. The second is the use of a standardized curriculum since many of the courses will be repeated during the life of the project. The third is a system of follow up to insure that the learning from each training event is properly applied.

The strategy proposes two distinct levels. The top one is a national training team for the CCCD project composed of individuals from various Ministry of Health and Social Affairs agencies. Once their training is completed, the members of this team will be responsible for training the health personnel at the prefectural level.

This report presents our findings and outlines the training needed for each target group. These are summarized below.

- | | |
|---|--|
| o National Core of Trainers (12-15) | A series of 3 workshops of training of trainers |
| o Fifteen Facilitators for upcoming mid-level management course | Ten day Training of Facilitators |
| o Five Supervisors for the three project "prefectures" | Four day Supervisor training |
| o Forty-five health personnel working at the prefecture level | Two week mid-level management course focusing on diarrhea, malaria and EPI |
| o Fifteen Health Agents working in Conakryville | A two day workshop on cold-chain |

Recommendations were also made which were discussed with Dr. Fasou Haba, National CCCD Coordinator and Ms. Dianna Gersky, Technical Officer.

II. INTRODUCTION

A. Background

At the conclusion of the first Mid-level Management (MLM) Pilot courses in Rwanda and the Congo, CDC/IHPO Annie Voigt suggested that Training Consultants Tom Leorhardt and Pape Gaye assist the CCCD project in developing training strategies in Guinea and the Ivory Coast. This had not been done in the past with other countries and since Guinea and the Ivory Coast were just beginning their CCCD bilateral projects, a solid training strategy from the onset would help better implement this very important function.

The project in Guinea has been underway for about eight months. In addition to other standard areas of assistance, CCCD is to assist in the organization and delivery of central and regional courses.

The scope of work for the assignment entailed assistance in planning long term needs, and assistance in the preparation of training needs assessment.

Upon arrival in country, the above scope of work was modified to include the development of a training calendar for the month of May. This modification was in part due to the need to immediately start activities. The situation in Guinea is a very peculiar one due to the lack of any infrastructure, materials and personnel. Training Consultant Pape Gaye visited Conakry from March 16 to 21 to carry out the assignment.

B. Methodology

The first step in the methodology used to carry out the assignment was to identify a list of objectives to be achieved by the end of the visit. These included the following:

- o Draw up an organizational chart of the Ministry of Health and Social Affairs, including all the agencies directly or indirectly involved in the CCCD project;
- o Identify all the health personnel to be trained;
- o Identify possible participants to the training of a core team of trainers;
- o Schedule the first MLM course in May 1986;

- o Visit possible training sites;
- o Establish a list of criteria for the participants to the TOT;
- o Visit the UNICEF office to discuss the proposed training plan.

All the work was done in collaboration with Dr. Fasou Haba, the National CCCD Coordinator. Interviews were conducted with various health personnel and with Dr. Pathe Diallo, Minister of Health and Social Affairs. Another part of the strategy was to assess the existing training materials and curricula. Since practically none were available in the country, this task was fairly easy to accomplish. The second step of the methodology was to develop a strategy to meet the perceived training needs. To accomplish this second step, an assessment of previous training activities related to the project was conducted and past participants and trainers interviewed.

III. EXISTING SITUATION

The following summarizes the existing situation in Guinea as far as training is concerned.

1. The National Coordinator and CDD Coordinator both attended a one week inter-country TOT sponsored by CDC.
2. Many health personnel have attended WHO sponsored courses.
3. There has never been a systematic Training of Trainers for the Health Personnel having training as one of their major activities.
4. Because of the recent changes in the government and the appointment of a new Minister of Health and Social Affairs, the whole Ministry is being reorganized making it almost impossible to have an accurate chart.
5. There are no training materials (didactic and support documents) currently available in the country.
6. The people identified as possible candidates for the training of a core team of trainers are all in positions with many other responsibilities. This brings the question to mind as to whether they are the right people to benefit from a long and involved training of trainers.
7. There is a definite shortage of trained personnel in the MOHSA coupled with a serious lack of equipment.

A. Short Term Needs Assessment

Conversations with the National Coordinator and various health officials revealed the following training needs.

1. Health agents at the subregional (sous-prefecture) level. All the officials we talked with agreed that the most pressing training needs are for the health agents working at the subregional level. This group will be mixed, comprised of "medecins" and ATS (Agents Techniques de Sante).

2. Supervisors for the Three Project Zones. There is a need to identify and train supervisors in each of the project zones. Since Conakry is subdivided in three zones, a total of five supervisors will be necessary for Conakry, Kindia and Telimele.

3. Core of Trainers. Only two Guinean participants attended the inter-country TOT recently sponsored by CDC. Both of these participants (Dr. Faso Haba and Dr. Alpha Diallo) have major responsibilities in the project and will be able to help only partially in training activities. In order to ensure long term independence from outside training assistance, it is necessary to train enough trainers. Suggestions have been made by the UNICEF Director to include personnel already involved in training such as those from medical schools.

4. Health Agents working in DPI in the Conakry Prefecture. It is the Technical Officer's opinion that there is a very pressing need to train personnel in the only prefecture where cold chain exists, namely the Conakry prefecture.

B. Training Strategy (Principles)

The following basic principles underlie the training strategy being proposed.

1. All training must be based on carefully written job descriptions which are consistent with CCCD objectives.

2. Training in isolation will have very limited benefits. If such factors as transportation, materials, equipment, and timely salary payments are not taken care of, the skill learned in the training will not be put into practice.

3. Individual follow up of each workshop will be done to strengthen training. On site visit should be made within three months after the workshop by one of the trainers who would act as coach and mentor to assist in applying the skills learned in the workshop.

4. It will be necessary to coordinate the various workshops offered in the context of the project, so that the same approach is used for all the activities. For example, the approach towards community participation used in the mid-level management course should be the same in the peripheral training workshops.

5. Since many of the courses will be repeated during the life of the project, the curricula which are developed should be standardized. Adaptation of the training modules to the Guinean realities is the

major effort required for this process.

6. A training of trainers approach will be used at every level of the project, since almost every level will be responsible for carrying out training at the next level down. It is necessary to develop the skills of all those responsible for planning, implementing and evaluating the training.

7. Training will integrate theory and practice. Training should have the opportunity to put into practice the skills and knowledge that are being learned. Any training activity should be organized so as to provide the opportunity for practical, hands-on experience.

8. A ratio of two trainers per every group of 15-18 participants is used.

It is with the assumption that all of the above principles are used that we proposed the following training activities (see chart):

ACTIVITIES	PARTICIPANTS	DUREE	DATES	FORMATEURS	REMARQUES
Formation de Formateurs en vue du M.L.M.	-Medecins-Inspecteurs de Province -Directeurs des 3 volets OGD -Directeurs D.P.S. -Coordonateur National OGD -Directeurs de services Paralleles Nb Total = 15	10 jours	5/3 - 14/3		Conakry
Cours de Niveau Moyen	-Medecins -ATS Nb Total = 35	15 jours	A determiner	1 Consultant 2 Co-Formateurs OGD/Guinee	
Developpement du Materiel pour la formation au niveau peripherique	3 ou 4 parmi le groupe de Formateurs y compris 1 specialiste au moins pour chaque volet	Long terme (6 mois a un an)	A commencer aussitot apres le premier MM	1 Formateur/Consultant 3 - 4 responsables designes par OGD/Guinee	
Adaptation des Modules pour le MM	3 ou 4 parmi le noyau de Formateur	3 mois	Aussitot apres le Premier MM	1 Consultant/Formateur au moins 3 Formateurs Guineens	
Formation de Formateurs	12 a 15 dont la majorite sont choisis parmi les Formateurs du premier MM	sur une periode de un an et demi -2 semaines -tous les 6 mois	3-4 mois apres le MM	1 Consultant 2 Co-Formateurs Guineens	L'equipe devrait inclure des Formateurs venant des formations medicales dans le pays et qui font deja la formation
Seminaire sur la chaine de Froid	Personnel Medical au niveau de Conakry utilisant une chaine de froid	2 jours		1 Consultant Technique de CDC ou OMS	

IV. RESOURCES NECESSARY

A. Training of Trainers

Twelve to fifteen Guinean Trainers must be identified who will comprise the core team of Trainers. These individuals should come from the various agencies and educational institutions that are involved in health. The major criterion for selecting these individuals should be their availability to do training in the context of the CCCD project for a minimum time to be established by the project coordinators. A complete list of these criteria will be established during the May 1986 training consultancy.

B. Equipment and Materials

The workshop will not require elaborate or expensive training materials. The following list of materials can serve as a guide for establishing available resources:

- 3-5 flipchart stands
- 7-10 magic markers (varying colors)
- 10 packets of flipchart paper
- 1 slide projector
- 1 overhead projector
- 100 transparencies
- 2-3 packets of transparency pens
- office supplies (paper, pens, pencils, etc.)

In addition to the above, costs for reproduction should be included. There will also be costs associated with the various components and activities such as transportation and supplies. A sample list follows for reference:

- 75 sets of modules
- 75 pens
- 75 pencils
- 75 erasers
- 75 rulers
- 75 calculators
- 75 folders
- 75 notebooks
- 5 buckets
- 3 packages of sugar cubes
- 3 packages of sugar powder
- salt, rock and powder
- knives
- spoons (big and small)
- glasses

C. Logistic Support

Given the difficulty of logisitics in Guinea and the number of training sessions to be conducted during the project, the support

needs for these workshops will be extensive. They include the following:

- o Arrange training sites
- o Notify Ministry of Health
- o Notify participants
- o Arrange transport for participants
- o Finalize arrangements with trainers
- o Arrange per diem with collaborating agencies (i.e. UNICEF)
- o Procure all supplies and equipment and make sure they are available on site
- o Budget and keep track of all expenses
- o Reproduce training materials
- o Design/Print certificates
- o Select appropriate modules
- o Invite other agencies to send observers and/or participants.

The complexity of the task of managing the training process coupled with the heavy logistical demands constitutes enough justification to hire and/or train a full time training coordinator for the project.

LIST OF PERSONS CONTACTED

1. Dr. Pathe Diallo Ministre de la Sante et des Affaires Sociales
2. Dr. Fasou Haba Directeur de Education pour la Sante, Coordonnateur National CCCD
3. Ms. Dianna Gersky Technical Officer CCCD
4. Dr. Yaya Diallo Directeur Service National de Prevention
5. Mr. Ian Hoppwool Representant de l'UNICEF
6. Dr. Kandoura Drame Soins de Sante Primaire/ Nutrition
7. Dr. Boubacar Dieng Directeur PEV
8. Dr. Alpha Diallo Directeur CDD
9. Dr. Lucien Prosper Haba Medecin-Inspecteur Primaire de Kindia
10. Dr. Boubacar Galee Diallo Medecin Inspecteur de Labe (Fouta Djallon)
11. Ms. Anne Marie Gaudras Assistant Program Officer, UNICEF
12. Ms. Maria Calivis Program Officer, UNICEF
13. Dr. Francois Dramou Directeur Hygiene Scolaire
14. Dr. Balla Camara Responsable de la Lutte Contra la Tuberculose