



**Guide pratique
pour la formation
des personnels de santé**

© Médecins Sans Frontières - Paris - Avril 1997

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés pour tous pays

Guide pratique pour la formation des personnels de santé

1ère édition réalisée par :

Ph. Biberson, C. Damour, R. Gagnayre*, N. Sohier,

Nous remercions pour leur lecture critique H. Grandguillot et J.F. d'Ivernois*

2ème édition revue et augmentée par :

Rémi Gagnayre* et Nathalie Sohier

(édition révisée en 1997 et 1999)

* Département de Pédagogie des Sciences de la Santé - Université Paris Nord.
Centre collaborateur de l'O.M.S.

Ce document doit bien sûr subir les critiques et les remarques des utilisateurs. Nous vous invitons à nous les faire connaître afin d'assurer à cet ouvrage l'évolution la plus proche possible des réalités de terrain.

Les remarques sont à adresser à :

Médecins sans Frontières – Service Médical

8 rue Saint-Sabin – 75011 Paris – France

Tél. : 33 (0)1 40.21.29.29 – Fax : 33 (0)1 48.06.68.68 – e-mail : office@paris.msf.org

Table des matières

Introduction	6
---------------------------	---

CHAPITRE I

Analyse de la situation

Identification des besoins de formation	9
Etude de faisabilité	12

CHAPITRE II

Construction d'un programme de formation : les différentes étapes

Définition des objectifs de formation	17
Élaboration du contenu	20
Méthodes d'enseignement / apprentissage	21
Méthodes d'évaluation	28
Planification du programme	33

CHAPITRE III

Organisation de la formation

Sélection des participants	37
Activités des enseignants	38
Contrat de formation	40
Stages	41
Ressources matérielles	42
Budgétisation / Cahier des charges	43
Evaluation / Suivi du programme	45
Mémoire / Transmission	47

CHAPITRE IV

Aspects particuliers de la formation

Problèmes posés par la certification	49
Précautions à prendre en formation	50

Annexes	52
----------------------	----

Bibliographie	86
----------------------------	----

Introduction

L'idée de former du personnel est assez naturelle. Elle repose sur une volonté de partage de connaissances ; c'est une démarche active et généreuse qui prend ses sources dans le fond de notre culture et qu'on retrouve dans le serment d'Hippocrate.

Elle naît, en général, de l'observation de carences en matière de compétence ou de performance du personnel local, qu'il s'agisse de personnel déjà qualifié ou de bénévoles comme on en trouve dans les situations de déplacement de populations.

Il convient ici de bien analyser ces besoins pour faire la part de ce qui tient effectivement à un défaut ou à une insuffisance de formation et de ce qui relève d'autres causes pour lesquelles la formation ne pourra rien.

Plus inconsciemment, le désir de laisser une trace personnelle de notre passage nous pousse assez naturellement à nous engager dans des actions de formation.

Il nous faut cependant réaliser que les bonnes intentions en ce domaine ne suffisent pas et que parfois elles s'avèrent préjudiciables.

La formation n'est pas une activité anodine. Elle est chargée philosophiquement et culturellement.

Elle comporte une obligation de résultats et demande certaines compétences de la part de ses organisateurs : la qualité pédagogique d'une action de formation dépend de la validité de ses objectifs, de l'adaptation du contenu et des méthodes aux personnes choisies ainsi qu'au contexte général. Les obstacles liés à la langue et à la culture sont fréquemment mal estimés et peuvent grever le résultat.

La formation contribue efficacement à la résolution de problèmes de santé si elle est utilisée à bon escient.

Elle peut être considérée comme un des moyens de l'aide, au même titre que l'approvisionnement en médicaments ou l'envoi d'équipes médicales. En effet, l'amélioration des compétences du personnel local pour une meilleure efficacité et une plus grande autonomie est souvent la condition essentielle d'un soutien médical objectif.

Il est plus rare que la formation soit l'objectif propre de l'action humanitaire, mais dans un cas comme dans l'autre la qualité du résultat de la formation aura des répercussions directes sur la prise en charge médicale des populations et des individus.

Dans les pays en crise qui nous intéressent plus particulièrement, les ressources matérielles et humaines sont toujours limitées et il est important de veiller à leur meilleure utilisation. Il faudra faire des choix parmi tous les besoins pour retenir ceux qui paraissent prioritaires. L'objectif de formation devra s'adapter à celui de la mission et tenir compte de la situation d'ensemble : ce compromis devra être clairement exposé aux différents intervenants et rester dans la mémoire de la mission.

La formation peut se concevoir, selon les cas, du plus simple au plus compliqué :

- il peut s'agir d'échanges informels tels que ceux qui se pratiquent au quotidien entre un médecin, une infirmière, un technicien sanitaire,... et les personnes qui l'entourent dans ses activités : c'est la formation «au lit du malade» où l'entourage apprend par l'exemple et la démonstration, le dialogue et l'observation.
- Cela peut prendre un aspect plus organisé, plus formel lorsque la formation fait partie des activités d'encadrement et de supervision d'une catégorie de personnel. Il n'est pas rare qu'on ait recours à des séances plus ou moins régulières d'enseignement théorique ou de démonstrations pratiques.
- A un stade plus avancé, l'essentiel de l'activité de la mission peut consister à former ou recycler du personnel médical, dans des programmes de formation à proprement parler.

Le temps à consacrer à la formation est constamment sous-estimé. En conséquence, le temps de préparation pour la conception, la mise en place et le suivi se révèle presque toujours insuffisant. Dans tous les cas, elle est toujours plus lourde à organiser qu'on ne se l'imagine au premier abord et demande un suivi prolongé.

Si la formation fait souvent partie intégrante du travail effectué par chaque volontaire sur le terrain de sa mission, les médecins et infirmières ainsi que les autres professionnels travaillant dans les pays en voie de développement (PVD) sont en général mal préparés à tenir un rôle de formateur.

Les connaissances propres de chacun dans son domaine de compétence sont bien sûr indispensables mais elles suffisent rarement pour réaliser une formation de qualité : on conçoit aisément qu'il serait hasardeux de prétendre enseigner ce qu'on ne connaît pas; cependant une approche pédagogique cohérente et des qualités d'organisation sont essentielles à l'obtention de résultats objectifs en matière de formation professionnelle.

Quels que soient le niveau de structuration de la formation et sa durée, il est nécessaire au moment de la conception, d'envisager un certain nombre d'étapes qui sont décrites dans ce guide.

La première consiste à poser l'équation suivante : contexte général / besoins en formation / possibilités d'y répondre.

On constate souvent que le besoin d'observer des résultats immédiats pousse à brûler les étapes. En réalité, la plupart des échecs ou des problèmes rencontrés au cours des programmes de formation sont dus à l'absence d'une analyse de la situation et au non respect des conditions préalables.

Ce guide s'adresse aux médecins et paramédicaux chargés de formation et d'encadrement de personnel local. Il peut également servir aux non médicaux qui s'intéressent à la formation puisqu'il s'agit d'orienter, de structurer la démarche et la méthode générale quelle que soit la spécialité enseignée. Chaque chapitre peut être lu indépendamment mais pour concevoir un programme, il est conseillé d'en suivre l'ordre chronologique.

Il utilise un vocabulaire simple et précis qu'il faut posséder pour se comprendre quand on parle de formation, et comprend de nombreux exemples du terrain regroupés dans les annexes.

Des ouvrages plus spécialisés sont proposés dans la bibliographie de référence qui constitue la dernière partie du guide.

CHAPITRE I

ANALYSE DE LA SITUATION

Identification des besoins de formation

Etude de faisabilité d'un programme de formation

Identification des besoins de formation

Dans une situation médicale ou sanitaire donnée, les besoins observés sont de nature diverse:

- besoins en infrastructure et logistique,
- besoins en matériel et équipement,
- besoins en médicaments,
- besoins administratifs et financiers,
- mais aussi, besoins en formation de personnel.

On définit les besoins de formation par l'écart quantitatif ou qualitatif entre le nombre et /ou le niveau de compétence observé des personnels de santé et le nombre et/ou le niveau de compétence souhaité pour répondre aux problèmes de santé.

L'identification des besoins de formation permet de mesurer cet écart et repose sur trois types d'analyse:

Analyse du contexte

L'analyse du contexte va permettre d'identifier si les besoins de formation relèvent plutôt d'une insuffisance quantitative ou qualitative des personnels de santé.

- Une insuffisance quantitative de personnel de santé doit faire envisager :
 - une insuffisance en nombre de personnels formés (problème de production)
 - une mauvaise répartition des personnels de santé entre les structures de santé
 - une mauvaise répartition des personnels au sein d'une structure de santé
 - une mauvaise organisation du travail (répartition des tâches).

La réponse aux deux premières causes est généralement du ressort d'une politique des ressources humaines en santé conduite par le ministère ou les autorités de tutelle. Concernant le problème de production, deux cas de figure existent: une insuffisance partielle en professionnels (il faut donc augmenter le nombre de personnels) ou une absence totale d'une catégorie donnée de professionnels auquel cas il faut créer un programme de formation spécifique.

La réponse aux deux dernières causes peut être apportée par une formation ad hoc à la gestion du personnel de santé.

- Une insuffisance **qualitative** de personnel de santé doit faire envisager :
 - une formation initiale insuffisante (trop courte par exemple) ou inappropriée (ne répondant pas aux besoins de santé)
 - une absence de formation continue ou de supervision à caractère pédagogique.

Dans le cas d'une insuffisance qualitative, il est nécessaire de procéder à une analyse précise du travail effectivement réalisé par le personnel.

Analyse du travail effectué par le personnel

Il s'agit d'évaluer avec précision le travail accompli par une catégorie professionnelle donnée et d'identifier les raisons pour lesquelles certaines tâches ne sont pas ou mal réalisées.

1. Entretiens individuels et collectifs et enquêtes

Ils s'adressent aux professionnels, mais aussi aux autorités sanitaires et éventuellement à la population pour préciser les causes des besoins en formation.

2. Observation

Cette observation peut être libre mais il est préférable qu'elle soit structurée à l'aide de grilles pré-établies. Ces grilles ne doivent pas être considérées comme la référence professionnelle définitive à suivre mais elles sont une aide temporaire. Elles doivent permettre à l'observateur de réfléchir sur les causes d'un éventuel écart entre la pratique observée et ce qui est attendu. Ces grilles peuvent ensuite être modifiées pour concilier ce qui est acceptable sur le plan professionnel et ce qu'il est possible de faire dans un contexte donné (référence souhaitable). Cette adaptation permet d'éviter d'imposer des références professionnelles non réalistes.

Cette analyse permet de faire une évaluation initiale des compétences servant à formuler les objectifs précis de la formation et mesurer par la suite les progrès accomplis.

Recherche de documents

Il existe deux types de documents :

- les documents officiels tels les descriptions de postes, les programmes nationaux de formation, et des documents descriptifs de la politique nationale de santé (une politique de santé, un organigramme du système de santé national). Ces documents peuvent aider à préciser les besoins de formation, légitimer des actions de formation que l'on souhaite entreprendre ou préciser la marge de manoeuvre que l'on a par rapport à des directives officielles. Il peut être aussi nécessaire de travailler au niveau national pour modifier certaines directives si celles-ci ne sont pas

- compatibles avec l'analyse de la situation sanitaire.
- les documents pédagogiques émanant d'ONG ou d'autres institutions décrivant les formations réalisées antérieurement (objectifs, programmes, plans de cours, évaluations etc.).

Etablissement des priorités

1. Les besoins, de quelque nature qu'ils soient, doivent être classés par ordre de priorité. Ils ne s'expriment pas dans l'absolu, mais en fonction d'un contexte de pénurie et de précarité qui impose de faire des choix limitatifs. Les besoins en formation n'échappent pas à cette règle.
2. L'étude du contexte de la mission doit permettre de décider de la pertinence de la mise en place d'une formation. L'analyse de priorité doit veiller à combler en premier lieu les besoins les plus élémentaires, les plus urgents, les plus graves et les plus accessibles à la formation.

Ce travail préalable doit associer plusieurs niveaux de décision, politique et technique, la formation devant s'intégrer aux objectifs généraux de la mission.

En conclusion, lors de l'analyse d'une situation sanitaire donnée, il faut se méfier d'attribuer faussement tous les problèmes rencontrés à des besoins de formation.

En effet un manque de motivation au travail lié à des aspects financiers ou d'organisation du travail (surcharge), de mauvaises conditions matérielles (équipement et matériel insuffisants) ne pourront pas être réglés uniquement par des actions de formation.

Etude de faisabilité

Elle a pour but de vérifier si plusieurs conditions indispensables sont réunies pour pouvoir réaliser une formation.

Ces conditions sont les suivantes :

Le contexte géopolitique

Une situation très instable peut remettre en cause la décision de faire une formation et influencer sa durée prévue.

La demande

Elle peut provenir de différents acteurs tels : les personnels de santé eux-mêmes, les responsables locaux à divers niveaux, d'autres ONG, le ministère concerné, les organismes internationaux, les pourvoyeurs de fonds ...

Il faut s'assurer de son existence et de sa pertinence par rapport aux besoins identifiés. En effet, il arrive fréquemment que des pressions financières ou politiques incitent à entreprendre des programmes de formation en complet décalage avec la réalité des besoins.

Les conditions d'exercice ultérieur

Il faut s'assurer que les personnels formés auront les moyens d'exercer leurs compétences dans de bonnes conditions. Cela concerne les moyens matériels d'exercice, la rétribution et la reconnaissance professionnelle et sociale.

Les ressources humaines, matérielles et financières

Le nombre de personnes disponibles et compétentes pour superviser et encadrer la formation doit être déterminé.

Il faut obtenir un lieu adapté, du matériel d'équipement et du matériel didactique en quantité suffisante.

Il faut prévoir un budget et s'assurer des sources de financement pour la durée de la formation.

A ces quatre conditions s'ajoutent des conditions plus spécifiques à la formation :

Le nombre d'étudiants souhaité

Il faut veiller à un équilibre entre le nombre d'enseignants et le nombre de participants. A titre indicatif, un rapport de un pour quinze ne devrait pas être dépassé.

La maîtrise de la sélection des étudiants

Elle permet un recrutement plus homogène des participants et minimise les passe-droits.

Les critères de sélection doivent être précisés selon les besoins de la formation (cf. chapitre III).

La durée de la formation

Elle doit être déterminée pour des raisons opérationnelles et en particulier pour la prévision des ressources.

Elle est fréquemment sous-estimée et son appréciation dépend :

- de la forme de l'enseignement : plein temps, temps partiel...
- du niveau des objectifs à atteindre par rapport au niveau de base du personnel à former,
- d'évènements extérieurs tels que les fêtes nationales, les facteurs climatiques...

Le type de formation

L'étude de faisabilité consiste à identifier le type de formation le plus réaliste à mettre en oeuvre en fonction du rapport numérique enseignant/participant et des objectifs à atteindre.

On distingue trois types de formation :

- le compagnonnage (ou formation d'accompagnement)
- les formations ad hoc, initiales ou de recyclage organisées pour répondre à un problème spécifique (par exemple pour une campagne de vaccination ou une épidémie de choléra), également appelées formation de proximité
- les formations professionnelles intégrales

L'établissement d'un contrat de formation (cf. annexe 1)

Dans la mesure du possible, un «contrat de formation», agréé par les autorités, devrait être passé entre les participants et les formateurs.

Il comprend :

- le règlement interne de la formation : droits et devoirs des participants durant la formation, décisions à prendre en cas d'absentéisme, de faute professionnelle...
- la durée d'engagement professionnel des participants à l'issue de la formation.
- les moyens mis en oeuvre par l'organisme formateur, ...

Compte tenu des informations recueillies jusqu'alors, une proposition de **projet de formation** peut être réalisé.

- une description de la situation sanitaire comprenant la liste des besoins classés par ordre de priorité,
- une étude de faisabilité du projet reprenant l'analyse des conditions décrites plus haut.

C'est à partir de ce document que la décision d'entreprendre ou non un projet de formation sera prise.

CHAPITRE II

CONSTRUCTION D'UN PROGRAMME DE FORMATION

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES

Définition des objectifs de formation

Elaboration du contenu

Méthodes d'enseignement/ apprentissage

Méthodes d'évaluation

Planification du programme

Définition des objectifs de formation

Quel que soit le type de formation envisagé, il est impératif d'en fixer les objectifs. Leur définition correspond à l'écart constaté entre le nombre et le niveau de compétence attendu et le nombre et le niveau observé. Leur maîtrise par des professionnels doit en théorie participer à réduire l'écart et donc à combler les besoins.

Il s'agit de répondre aux questions: qui veut-on former et pour quoi faire? Il faut donc définir le titre, la ou les fonctions et les compétences du personnel à former. Tous ces éléments permettent de rédiger la description de poste, document essentiel à la construction du programme de formation et au positionnement administratif du personnel.

Titres et Fonctions

L'objectif général de tout programme de formation est de préparer un personnel compétent à un poste de travail. Titre et fonctions définissent ce poste de travail. Or, bien souvent, les titres que l'on attribue aux personnels de santé sont très variables et peuvent recouvrir différentes fonctions selon les programmes. Il est donc nécessaire de préciser le titre par les fonctions auxquelles le personnel est destiné.

Par exemple, lors d'une épidémie de choléra, l'*infirmier choléra* (titre) est chargé des soins aux patients atteints de choléra dans un camp d'isolement et de traitement (fonction).

Autre exemple, le mot *matrone* est utilisé très variablement selon les pays.

Dans certains pays, ce mot désigne les accoucheuses traditionnelles au sens propre ; c'est-à-dire des femmes chargées par un processus social traditionnel d'assister les femmes lors de l'accouchement. Leur rôle est social et culturel ; c'est une caste particulière qui agit selon des rites et des représentations propres au groupe ou au clan.

Dans d'autres pays, le mot *matrone* désigne des auxiliaires formées sur le tas ou ayant suivi un programme officiel. Ces auxiliaires ne sont pas des accoucheuses traditionnelles mais du personnel de santé dépendant du ministère et formé dans ce cadre. Elles sont officiellement supervisées par des sages-femmes (par exemple, au Soudan).

Ailleurs, les *matrones* sont des accoucheuses traditionnelles travaillant dans les structures de santé sous la supervision de sages-femmes diplômées (ex : Guinée Conakry, Mauritanie) à la suite de décisions et lois mises en place par le gouvernement. Leur pratique est reconnue uniquement dans ce cadre, les autres étant ignorées du ministère et parfois même légalement exposées aux poursuites. Elles sont utilisées parfois pour le ménage dans ces structures de santé.

Certains pays francophones utilisent également ce mot pour désigner la sage-femme en chef ou la sage-femme surveillante d'une salle ou encore d'un service entier.

Compétences et tâches

Elles constituent un deuxième niveau de définition des objectifs de formation.

Plus précises que les fonctions, elles indiquent ce que le personnel doit être capable de faire au terme de son apprentissage. Il existe des outils pédagogiques comme le système PUIGER qui permettent de déterminer des compétences professionnelles par rapport à des besoins de santé (cf annexe 2)

Cependant, les compétences sont des activités complexes. Une compétence professionnelle ne peut pas être atteinte immédiatement. Elle demande de passer par la maîtrise de différentes tâches. Il faut donc décomposer une compétence en un ensemble de tâches de façon à pouvoir les enseigner progressivement.

Les compétences et les tâches professionnelles souhaitées doivent être pertinentes et surtout réalistes par rapport au terrain et aux besoins identifiés. Elles doivent pouvoir être observées et évaluées.

Leur formulation correspond aux objectifs pédagogiques de la formation et doivent compléter la phrase «à la fin de la formation, le participant doit être capable de ...»

Exemple :

- Titre : infirmier choléra
- Fonction : dispenser les soins aux patients atteints de choléra dans un camp d'isolement.
- Compétence : à la fin de la formation, le participant doit être capable d'**assurer** la surveillance d'un cas de choléra simple.
- Les différentes tâches à enseigner pour acquérir cette compétence peuvent s'énumérer comme suit :
 - **prendre** les constantes vitales du patient selon la prescription du médecin, **reporter** les données sur la feuille de surveillance,
 - **noter** le nombre de selles et de vomissements,
 - **reconnaître** l'aggravation de l'état du malade
 - **alerter** le médecin si l'état du malade se dégrade...

Description de poste

Un programme de formation peut couvrir tout ou partie de la description de poste.

La description de poste a pour objectif de lister par écrit et de manière précise les compétences (activités), les tâches et les responsabilités attribuées à un poste ou à une fonction. Elle peut éventuellement mentionner les droits et les devoirs du personnel ainsi que la description de l'organisation du travail (cf annexe 3).

Elle peut aider à améliorer les relations entre les différents membres de l'équipe sanitaire en précisant leur rôle respectif.

Elle peut aussi servir à établir un contrat clair entre l'équipe d'encadrement et le personnel :

- comme base d'un contrat d'embauche,
- comme référence en cas de problèmes ou conflits.

La description de poste doit être :

- **réaliste et adaptée au contexte de travail :**
 - Un infirmier n'aura pas la même description de poste selon qu'il travaille dans un dispensaire ou dans un hôpital ; de même s'il est rattaché au service de pédiatrie ou au service de petite chirurgie.
 - Il est parfois utile que la description de poste soit faite en concertation avec l'ensemble de l'équipe, le personnel concerné et les responsables.
- **écrite :** un accord verbal sur une description de poste est insuffisant. On doit pouvoir en garder une copie pour y faire référence le cas échéant.
- **évaluée régulièrement :** en effet, elle est susceptible d'évoluer avec le temps, en fonction des besoins, de l'organisation du travail, etc...

Élaboration du contenu

Le contenu est l'ensemble des connaissances, gestes, attitudes qui doit être enseigné pour atteindre les objectifs de formation. En d'autres termes, c'est le choix des informations nécessaires et suffisantes à l'enseignement des tâches professionnelles. Précisons qu'il est très difficile de déterminer le contenu utile à la maîtrise de la tâche. La difficulté est d'éviter un transfert de connaissances encyclopédiques ou un enseignement simpliste et réducteur.

La sélection des informations peut se faire :

En fonction du temps imparti et du résultat final escompté

On est souvent amené, par manque de temps, à sélectionner les informations les plus utiles en délaissant certaines notions de base non directement liées à la tâche.

Par exemple, un assistant médical a besoin de connaître les symptômes d'une maladie pour pouvoir en faire le diagnostic. Par contre, un infirmier n'a pas forcément besoin de connaître tous les noms des muscles pour faire correctement des injections. S'il s'agit de former du personnel rapidement opérationnel sur le plan des soins infirmiers et de la surveillance des patients, on peut limiter au maximum la partie théorique (anatomie et physiologie) et plutôt développer l'apprentissage des tâches techniques à l'aide de fiches de procédure. Bien entendu, ce choix comporte le risque d'obtenir des comportements «mécaniques».

En fonction du niveau de base du personnel

Les connaissances à acquérir doivent être adaptées au niveau d'instruction générale du personnel.

Par exemple, certaines notions de posologie, de débit, de dilution ne peuvent être enseignées qu'à partir d'un certain niveau de mathématiques élémentaires. Si ce niveau n'est pas atteint, deux solutions sont possibles : reprendre l'enseignement des mathématiques élémentaires, ou bien choisir des biais: tableaux standardisés en fonction du poids par exemple, prescriptions détaillant le nombre de comprimés ou de ml. à administrer...

En fonction du degré d'autonomie souhaité pour ces personnels

L'autonomie professionnelle est liée à la capacité de résoudre seul des problèmes. Pour ce faire, le formateur doit aider le participant à s'interroger lui-même sur les connaissances nécessaires à la résolution du problème, à les classer, les hiérarchiser, les organiser. C'est cette interaction pédagogique entre l'enseignant et le participant sur les connaissances qui constitue progressivement ce que l'on appelle le «contenu utile».

Méthodes d'enseignement / apprentissage

Principes généraux

En pédagogie des adultes, l'enseignement doit privilégier au maximum les méthodes actives, participatives. Ces méthodes ont pour but de faciliter l'acquisition de connaissances et leur utilisation pour résoudre des problèmes.

On pose, par postulat, que ces méthodes sont efficaces quelles que soient les cultures.

Nous retenons approximativement, lorsque nous faisons attention :

- 10% de ce que nous lisons;
- 20% de ce que nous entendons;
- 30% de ce que nous voyons;
- 50% de ce que nous voyons et entendons en même temps.
- Par contre nous retenons 80% de ce que nous disons et 90% de ce que nous disons en faisant quelque chose à propos de quoi nous réfléchissons et qui nous implique.

Il faut donc privilégier des mises en situation individuelles ou par groupe pour créer les meilleures conditions d'apprentissage.

Il est reconnu actuellement que tout enseignement doit prendre en compte les connaissances antérieures (c'est-à-dire les connaissances que possède un participant sur le sujet traité) afin de corriger les erreurs et renforcer les notions correctes. Cette étape est importante dans la mesure où si les connaissances fausses ne sont pas mises à jour et discutées, elles peuvent persister et empêcher l'acquisition de nouvelles connaissances et donc être à l'origine d'erreurs professionnelles.

Chaque objectif pédagogique peut être atteint à l'aide d'une ou plusieurs méthodes d'enseignement/apprentissage.

Pour faciliter l'enseignement des tâches, on détermine les domaines d'apprentissage qui les caractérisent le mieux. Il peut s'agir du domaine des connaissances, du domaine des habiletés gestuelles et celui des attitudes. Chaque domaine oriente vers un choix de méthodes pédagogiques spécifiques. Deux cas sont envisageables :

- une tâche relève d'un seul domaine, en général celui des connaissances par exemple «interpréter une radiographie pulmonaire sur un cliché de face et de profil»; dans ce cas, les méthodes choisies relèveront du domaine du savoir, par exemple lecture d'une série de clichés normaux et pathologiques
- une tâche relève de plusieurs domaines, comme c'est le cas pour la plupart des tâches gestuelles faisant appel à des connaissances et des attitudes ; dans ce cas, il faut déterminer le domaine dominant pour éviter de passer du temps d'enseignement sur ce qui ne constitue pas l'essentiel de la tâche.

Exemple : «pratiquer une injection intraveineuse» correspond au domaine dominant des habiletés gestuelles et la méthode choisie sera une séance de travaux pratiques sur mannequin avant la pratique en situation réelle. On pourra évidemment y adjoindre un apport théorique de courte durée.

Il se peut qu'une tâche corresponde à deux domaines d'importance égale, dans ce cas des méthodes pédagogiques spécifiques des domaines seront envisagées.

Exemple : «convaincre une mère d'allaiter son enfant» peut s'enseigner par un travail de groupe pour faire la liste des arguments en faveur de l'allaitement. On peut également analyser une vidéo pour travailler les connaissances et faire un jeu de rôle pour travailler spécifiquement l'attitude.

Au niveau des compétences, c'est le stage en situation réelle qui s'avère le plus efficace pour permettre au participant de faire le lien entre les tâches qui les constituent et de relier les compétences entre elles.

Les descriptions qui suivent sont quelques exemples de méthodes fréquemment utilisées sur le terrain et qui ont fait la preuve de leur efficacité. Cette liste n'est pas exhaustive et d'autres méthodes peuvent être trouvées dans les références bibliographiques.

LE SAVOIR (domaine des connaissances)

1) Le cours magistral

Le cours de type magistral se prête bien à l'enseignement des connaissances théoriques s'il s'appuie sur les connaissances préalables des participants.

Quelques conseils pour le réaliser :

- Avant le cours :
 - Préparer la salle : disposer les sièges en cercle ou demi-cercle pour favoriser la communication.
 - Préparer le matériel : photocopiés, aides visuelles (affiches, tableaux, diapositives...).
- Pendant le cours :
 - Parler fort et lentement, employer un langage simple et employer beaucoup d'exemples pour illustrer ses idées.
 - Laisser du temps aux participants pour poser des questions.
 - Ecrire au tableau les mots ou phrases clés du cours.
 - Répartir le cours en petites séquences de 20 mn.
 - Prévoir des pauses
 - Vérifier les connaissances enseignées : questions orales et/ou écrites.
- A la fin du cours :
 - Faire un résumé des points principaux du cours.

2) Méthode d'Intégration Guidée par le Groupe (M.I.G.G)

Peut remplacer avantageusement le cours magistral pour enseigner des connaissances impliquant un raisonnement ou une démarche intellectuelle.

Par exemple pour un cours de 50 minutes :

- Le formateur prépare la salle de cours à l'avance avec des aides visuelles : les objectifs sont écrits au tableau ainsi que la définition des mots nouveaux.
- Lorsque les participants arrivent en cours, ils prennent note des informations écrites sur le tableau.
- Le formateur invite son auditoire à l'écouter sans prendre de notes et fait son exposé en 15 à 20 minutes.
- Ensuite, il demande aux participants de reconstituer le cours par écrit et individuellement dans l'ordre chronologique en 10 mn.
- Puis, en sous groupes de 3 ou 4 personnes les participants comparent et échangent leurs notes (10 à 15 mn).
- Les 15 dernières minutes sont utilisées à compléter les notes et répondre aux questions.

3) Méthode «boule de neige».

- Énoncer le thème de discussion, exemple : «les indications de la pose d'une sonde gastrique...»
- Individuellement les participants réfléchissent sur le thème (10 minutes).
- Former des paires et les participants s'échangent leurs idées (10 minutes).
- Rassembler les paires par deux (groupe de 4) et mise en commun des productions de groupe (10 mn).
- Agrandir les groupes à 8 personnes (même travail pendant 10 minutes).
- Synthèse par un rapporteur devant le grand groupe.
- Commentaire et synthèse par le formateur.

4) Méthodes de travail sur cas clinique

Elles s'appliquent plus particulièrement à l'enseignement du raisonnement, des conduites à tenir, de la démarche diagnostique et thérapeutique.

Il en existe de plusieurs types :

- Etude de cas clinique
 - Rédiger un cas concret simple et réaliste.
 - Dégager de ce cas 4 à 5 thèmes de réflexion et les présenter sous forme de questions, *exemple* «Quel traitement donnez vous à ce malade? - Quelles sont les complications qui peuvent survenir chez ce patient ? »
 - Faire travailler chaque groupe sur un thème.
 - Présentation du travail des groupes par des rapporteurs.
 - L'enseignant commente le travail de chaque groupe puis fait la synthèse.

- Les cas croisés
 - Répartir les participants en groupe et leur demander de construire un cas clinique comportant trois à cinq questions (1 cas par groupe, environ 1h30).
 - Croiser les cas: le groupe 1 répond aux questions du groupe 3... L'enseignant demande au groupe de faire la liste des informations qui leur manquent pour répondre (il est très rare que toutes les informations nécessaires pour répondre aient été données par le groupe qui a construit le cas). Le cas est alors renvoyé pour complément d'informations,
 - Les groupes répondent aux questions des cas cliniques complétés,
 - puis un rapporteur expose le travail du groupe,
 - l'enseignant commente le travail de chaque groupe puis fait la synthèse.
- Le parcours du patient
 - Préparer l'histoire clinique et la présenter aux participants répartis en groupes,
 - demander à chaque groupe de préparer un interrogatoire pour ce patient,
 - passer dans chaque groupe pour répondre aux questions de l'interrogatoire et ne donner de réponse que pour les informations explicitement demandées,
 - demander à chaque groupe de réfléchir sur l'examen clinique (quels organes examinent-ils ?),
 - passer dans chaque groupe et donner les réponses concernant l'examen clinique («y-a-t'il des lésions cutanées ?» Réponse : «oui, ce malade a une gale». «Y-a-t'il une splénomégalie ?» Réponse : «oui, rate à deux doigts»),
 - demander à chaque groupe quels examens complémentaires ils demandent pour ce patient,
 - donner le résultat des examens si ceux-ci sont pertinents (sinon dire : «cet examen n'est pas pertinent pour ce malade»),
 - demander à chaque groupe de déterminer la thérapeutique,
 - demander à chaque groupe de déterminer le suivi du patient,
 - synthèse des travaux.

On peut faire une remise à jour des connaissances après chaque question ou laisser les groupes travailler chacun à son rythme

Si on les laisse continuer jusqu'au bout, on peut demander à un rapporteur de présenter l'ensemble du travail et le comparer avec les propositions des autres groupes.

LE SAVOIR FAIRE (domaine des habiletés gestuelles)

Les démonstrations et les travaux pratiques s'appliquent à l'enseignement des gestes et des techniques.

1) La démonstration d'une tâche permet aux participants d'observer ce qu'ils vont avoir à faire. Toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de la tâche sont données (liste de procédure, «check-list»,...) et toutes les explications sont accompagnées d'une démonstration. (cf annexe 4).

Les démonstrations sont faites en simulation ou en situation réelle.

2) Les travaux pratiques permettent aux participants de s'exercer à des gestes, des techniques et d'acquérir progressivement une certaine dextérité.

Il faut prévoir :

- des listes de procédures,
- du matériel de soins,
- du matériel de simulation (mannequins, etc...).

Il est bon de faire travailler les participants par paires en les incitant à s'évaluer mutuellement à l'aide des listes de procédures. Il faut veiller à ce que les participants répètent plusieurs fois le geste ou la technique même si ils réussissent correctement dès la première fois.

Il faut au minimum 1 formateur pour 10 participants pour que la séance de TP soit efficace et que chaque participant puisse recevoir une rétro-information sur sa pratique.

La pratique des tâches en simulation doit être effectuée dans des conditions aussi proches que possible des conditions réelles de travail.

Exemple : les participants peuvent s'exercer à faire la pratique de l'injection intramusculaire dans une orange.

3) L'enseignement «au lit du malade».

L'apprentissage des tâches dans le service (stage) doit faire l'objet d'un encadrement.

Chaque tuteur (personnel d'encadrement local ou expatrié) a la responsabilité de faire travailler 1 à 2 participants sur les gestes vus en séances de TP.

Exemple : prendre une température, une tension artérielle, effectuer une palpation abdominale.

LE SAVOIR ÊTRE (domaine des attitudes)

Les attitudes adéquates à l'accomplissement des fonctions de soignant ou d'une compétence peuvent difficilement s'enseigner efficacement par l'injonction.

• **Les «jeux de rôles»** se prêtent très bien à l'enseignement des tâches de communication et des attitudes adéquates en mettant les participants en situation de s'analyser :

- Énoncer la tâche à réaliser (par exemple «convaincre une maman d'amener son enfant à une séance de vaccination»).
- Décrire le contexte dans lequel se déroule la tâche de communication.
- Donner le rôle du ou des personnages : chaque acteur reçoit une fiche décrivant la psychologie de départ du personnage, son niveau de connaissance général et particulier sur le sujet, quelques éléments de son histoire personnelle.
- Donner au participant qui joue le rôle du soignant des informations sur le contexte et sur le ou les personnages.
- Faire jouer la scène pendant une dizaine de minutes maximum.
- Faire exprimer par les acteurs leur vécu de la scène.

- Mener avec les acteurs et les autres participants une discussion sur l'atteinte de l'objectif.
- Effectuer une synthèse des commentaires.
- Proposer de rejouer la scène plusieurs fois avec d'autres acteurs pour améliorer les performances.

Quelques conseils :

- Seuls les acteurs peuvent commenter leur propre comportement ou autoriser des commentaires sur eux.
- L'enseignant doit éviter que les appréciations et les observations du groupe prennent à partie directement les acteurs. Il doit rapidement tirer les principes généraux à partir de l'exemple fourni par le jeu de rôle.

Exemple : au cours d'un jeu de rôle où un participant a par son attitude exacerbé l'agressivité d'une famille, un observateur pose la question suivante : «pourquoi as-tu réagi de telle façon ?», l'enseignant doit reformuler la question en proposant au groupe la question suivante : «quelle serait la meilleure attitude professionnelle pour limiter l'agressivité d'une famille ?»

- **La table ronde** : elle a pour but de permettre des échanges entre participants sur un thème donné. Elle permet l'expression des vécus, des expériences à partir desquels l'animateur tentera de tirer des principes, des règles, des conduites à tenir :
 - choisir un objectif ou un thème de réflexion très précis ; exemple pour des élèves promoteurs de santé dans la région de Masisea au Pérou: «quelles sont les raisons pour lesquelles les femmes arrêtent d'allaiter leurs enfants lorsqu' ils ont la diarrhée ?»
 - animer la discussion pendant environ une heure, faciliter l'expression de chacun, recentrer les échanges sur le thème, recueillir les informations significatives,
 - faire faire une synthèse par le groupe.

Evaluation des méthodes d'enseignement / apprentissage

Quelles que soient la ou les méthodes d'enseignement / apprentissage utilisées, il est important que l'enseignant ait une information sur leur efficacité et la manière dont il les anime. Si l'évaluation de la compétence de l'étudiant en est un bon témoin, l'opinion des participants sur l'enseignement qu'ils reçoivent est utile pour analyser la qualité de l'enseignement et de la relation formateur/participant.

Classiquement l'opinion des participants sur l'enseignement renseigne le formateur sur :

- le contenu de son enseignement
- sa maîtrise d'une (ou plusieurs) méthode(s) pédagogique(s)
- sa relation avec les participants
- l'ambiance du groupe
- l'organisation générale de l'enseignement.

Cette évaluation de l'enseignement par les participants permet à l'enseignant de chercher à comprendre les causes d'un incident, d'une difficulté, d'une opinion défavorable, d'une impression de gêne. Cela peut amener à remettre en question sa méthode, son mode relationnel avec les participants, l'organisation de l'enseignement ou simplement l'amener à modifier quelques aspects.

A contrario, la satisfaction générale des participants ne doit pas lui faire croire qu'il n'y a pas besoin d'améliorer son enseignement. Pour différentes raisons, liées à la culture ou à l'éducation, certains groupes de participants n'exprimeront jamais leur désaccord.

Méthodes d'évaluation

Dans un programme de formation, l'évaluation de la maîtrise par les participants des compétences et des tâches enseignées est une composante majeure. Le but de cette évaluation est de vérifier si le personnel de santé est capable de réaliser les activités pour lesquelles il a été formé.

L'évaluation doit être conçue en même temps que le choix des méthodes d'enseignement/apprentissage pour conserver une pertinence.

Principes généraux

Une des caractéristiques de l'évaluation en formation repose sur le fait que les réponses à fournir, les gestes à effectuer et les attitudes à démontrer par les participants sont définis avant l'épreuve d'évaluation ainsi que le niveau de performance requis. Ce principe évite des biais de correction.

L'évaluation doit répondre à certaines qualités:

Validité

La validité est l'adéquation entre l'outil d'évaluation et l'objectif que l'on cherche à mesurer.

Exemple : si l'on cherche à vérifier qu'un infirmier prend la température correctement, on utilisera une grille d'observation au lieu de lui demander de décrire oralement ou par écrit le geste en question. En outre, il est plus important de vérifier qu'un infirmier sache prendre la température et la prenne à bon escient, plutôt que de tester s'il en connaît la définition académique.

Fiabilité

La fiabilité est la constance avec laquelle un test apporte les résultats espérés.

Il existe plusieurs niveaux de fiabilité ; nous retiendrons qu'une évaluation sera d'autant plus fiable :

- qu'il existe une constance des résultats selon les examinateurs (d'où l'obligation de grilles d'évaluation)
- qu'il existe une constance des résultats dans le temps (une même épreuve corrigée à quelques heures d'intervalle par le même examinateur aura la même note même s'il est très fatigué)

Nous retiendrons également que pour affirmer la compétence d'un participant il faut que toutes les tâches aient été évaluées.

Exemple : si le participant est censé être capable de contrôler les signes vitaux, il faudra vérifier sa capacité à mesurer le pouls, la fréquence respiratoire, la tension artérielle etc ...

Objectivité

C'est le degré d'accord entre différents examinateurs sur ce qui constitue d'une part la bonne réponse, un geste correctement effectué, une attitude adéquate et d'autre part le système de notation. Pour une bonne objectivité, toute évaluation doit être construite de manière collégiale.

Commodité

L'évaluation doit être simple dans sa construction et son exécution. Elle doit tenir compte des moyens existants.

Types d'évaluation

On distingue deux types d'évaluation :

Evaluation formative

Une évaluation formative fait généralement partie d'un processus continu : elle va surtout permettre de renseigner le participant sur son niveau et sur les efforts qu'il lui reste à fournir pour la maîtrise de la compétence. Elle n'a pas pour but de donner une note au participant mais de lui indiquer s'il maîtrise ou non une tâche. Elle permet également au formateur de mieux contrôler et de réajuster son enseignement et de donner des conseils appropriés au participant.

Evaluation sommative ou sanctionnelle

C'est celle qui certifie que la compétence est acquise au terme de la formation. Elle permet de garantir les compétences du personnel formé et donc de protéger la population. Dans ce cas également, une évaluation continue sera préférable pour éviter le stress inutile d'un examen final.

Niveau acceptable de performance

L'évaluation permet de décider du succès ou de l'échec. Le niveau de réussite s'établit à partir de critères de performance qui sont déterminés en fonction du degré d'exigence de l'équipe de formateurs et de l'organisme qu'ils représentent. Ce niveau s'appelle le niveau acceptable de performance.

Ce principe évite de fixer le niveau de réussite en comparant les participants entre eux, ce qui amènerait à certifier un participant tout simplement parce qu'il est le meilleur d'un groupe faible. Il évite également de faire une moyenne des compétences ce qui amènerait à certifier un participant bon dans un domaine et mauvais dans l'autre.

Exemple : une bonne technique de perfusion ne peut pas compenser une mauvaise pose de sonde urinaire.

On certifie la compétence d'un participant sur le fait que pour toutes les tâches enseignées, il atteint le niveau fixé. S'agissant de la santé d'une population, ce niveau doit être élevé.

Exemple : on fait correctement une injection ou non. Il n'y a pas d'à peu près. On ne peut pas se permettre de certifier un professionnel de santé s'il y a une chance sur deux qu'il provoque un abcès.

Méthodes d'évaluation

Les méthodes d'évaluation doivent être cohérentes avec les objectifs pédagogiques et les méthodes d'enseignement/apprentissage.

- Tant sur la forme,

Exemple : si la préparation du SRO est enseignée sous forme de travaux pratiques, elle doit être évaluée de la même façon ou en situation réelle.

- que sur le fond, on cherchera surtout à vérifier les notions importantes. Les questions pièges ou de détail n'apportent aucune information sur la compétence réelle du participant.

Des méthodes d'évaluation spécifiques correspondent à chaque domaine d'apprentissage.

LE SAVOIR (domaine des connaissances)

Epreuves écrites

- Considérations générales :
 - il faut éviter les devoirs écrits du type grande question ou composition parce qu'ils sont très difficiles à corriger et donc peu fiables
 - les questions doivent être claires et sans ambiguïté : dans ce but leur compréhension peut être testée par des personnes étrangères à l'enseignement
 - la correction du test écrit doit se faire à partir d'une grille de réponses préparée en même temps que les questions

Cette grille doit faire l'objet d'un consensus parmi les examinateurs dans le choix des réponses attendues et dans le système de pondération adopté.

L'évaluation du savoir fait appel à différents niveaux d'intégration : la mémorisation, l'interprétation de données et enfin, la résolution de problèmes.

- Plusieurs méthodes permettent d'explorer ces niveaux :
 - *1er niveau* : Les QCM (questions à choix multiple) évaluent surtout la mémorisation. Il en est de même pour les QROC (questions à réponse ouverte et courte).

Exemple de QCM : on attribue au caractère non stérile de l'aiguille lors d'une injection intramusculaire le ou les risques suivants (une ou plusieurs réponses possibles) :

- a - une paralysie du nerf sciatique
- b - un abcès au point d'injection
- c - une réaction allergique locale
- d - un hématome profond
- e - une séro-conversion HIV

Réponses attendues : b, e

Exemple de QROC : citer les 3 signes cliniques les plus fréquemment rencontrés lors d'un accès palustre.

Réponses attendues : fièvre, frissons, sueurs

- 2ème niveau : Les questions posées à partir de cas cliniques et de mises en situation permettent de vérifier si le participant est capable de relier, d'associer des données entre elles – le niveau d'interprétation de données–.

Cette méthode se prête bien au domaine clinique –association de signes cliniques en faveur d'un diagnostic– et au domaine des examens complémentaires –reconnaissance d'une lame, interprétation d'un bilan biologique–. (cf annexe 5.1).

Exemple : une femme de trente ans se présente aux urgences pour une douleur de la fosse iliaque droite apparue quelques heures auparavant. Elle ne sait pas de quand datent ses dernières règles et n'a aucun antécédent chirurgical. Elle a vomi une fois dans la matinée. Ses constantes vitales sont les suivantes: pouls: 85/mn; TA: 95/50 mm de Hg; T°: 37°5. A ce stade de l'interrogatoire et de l'examen clinique, quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous face à cette symptomatologie ? (une ou plusieurs réponses possibles) :

- a- appendicite
- b- torsion de kyste de l'ovaire
- c - rupture de kyste de l'ovaire
- d - grossesse extra utérine
- e - diverticulite

Réponses attendues : a, b, c, d

- 3ème niveau : Les questions posées (QCM ou QROC) à partir de problèmes concrets et réalistes permettent de vérifier si l'étudiant est capable de résoudre une situation, de poser un diagnostic, de mettre en oeuvre le traitement correspondant, de décider des mesures à prendre (niveau de résolution de problèmes). On fait appel à des méthodes d'évaluation comme les cascades, les problèmes à résolution séquentiel (cf annexe 5.2).

Epreuves orales

Elles s'utilisent couramment dans le cadre d'une évaluation formative pour apprécier les connaissances du participant mais «l'interrogation orale» est déconseillée dans le cadre d'une évaluation sanctionnelle car trop soumise à des biais tels que la qualité de l'expression orale, du langage, le physique, la gestion de l'émotion, etc...

Cependant, il existe une épreuve orale particulière appelée «Cartes de Barrows» qui permet d'évaluer de manière formative mais aussi sanctionnelle les capacités du participant à prendre les bonnes décisions face à une situation donnée. Son intérêt réside dans le fait qu'elle peut être utilisée auprès de personnes ne maîtrisant pas l'écriture et pour lesquelles il faut cependant vérifier certaines compétences (cf annexe 5.3).

LE SAVOIR FAIRE (domaine des habiletés gestuelles)

Epreuve pratique

L'épreuve pratique peut être réalisée soit en simulation, soit en situation réelle. Dans tous les cas, elle met le participant en situation de réaliser une tâche. C'est une démonstration qui est évaluée par l'enseignant à partir d'une grille d'observation. Cette dernière doit être construite à partir des listes de procédure utilisées lors de l'enseignement auxquelles on associe une pondération.

Celle-ci tiendra compte :

- des éléments essentiels et importants de la tâche, toutes les composantes n'auront pas la même valeur,
- des éléments à valeur négative, qui peuvent avoir, si ils sont omis ou mal réalisés des conséquences directes ou indirectes sur le patient (Ex : faute d'asepsie ou encore faute modifiant un résultat de lecture) et qui peuvent entraîner l'élimination.

Il existe de nombreux types de grille d'observation. Le choix dépend du niveau de précision avec lequel on cherche à mesurer un objectif (cf annexe 6).

LE SAVOIR ÊTRE (domaine des attitudes)

Il s'agit d'évaluer l'attitude d'un participant soit en simulation (jeux de rôle), soit en situation réelle (stage). Elle consiste en une observation à partir d'une grille dont les critères ont été préalablement définis (cf annexe 7).

On peut également intégrer des critères d'évaluation de l'attitude d'un participant dans les listes d'évaluation de gestes techniques.

EPREUVE INTÉGRÉE DU SAVOIR, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ÊTRE

L'ESO, c'est à dire l'Examen Séquentiel Objectif est un examen qui permet de vérifier un grand nombre de compétences pour un groupe de participants en un temps relativement court. Le principe de cet examen est d'organiser un circuit d'évaluation comportant plusieurs stations. A chaque station, une compétence est évaluée au moyen d'une grille préparée à l'avance (cf annexe 5.4).

Planification du programme

Construire un programme c'est prévoir l'enchaînement des séquences d'enseignement/apprentissage et d'évaluation que le participant doit suivre pour pouvoir atteindre les objectifs fixés .

Le choix du modèle de planification dépend des théories de l'apprentissage et des conditions de terrain (par exemple : instabilité politique, accessibilité du lieu de formation, continuité des soins ...).

Lorsque on s'adresse à des personnels en exercice, il faut tenir compte de leur activité et de leur charge de travail. Cela implique une organisation souple permettant d'utiliser les périodes creuses de la journée mais il faut retenir que l'enseignement doit se faire sur les heures de travail.

Pour planifier le programme, on retiendra quelques principes :

- l'enseignement théorique doit toujours être intégré à l'enseignement pratique
- l'application sur le terrain (stage) de ce qui a été enseigné doit être la plus précoce possible
- le respect d'une progression d'apprentissage allant du plus simple au plus complexe
- l'assurance de la maîtrise d'une tâche avant d'envisager d'en enseigner une nouvelle
- l'agencement des contenus pour l'atteinte des objectifs doit être logique et cohérent.

Plusieurs types de planification sont possibles :

Exemples :

- Planification par modules :
 - module Nutrition,
 - module Hygiène et Sanitation,
 - module Vaccination.

- Planification par fonctions physiologiques :
 - système Respiratoire,
 - système Circulatoire,
 - système Digestif.

- Planification par spirale :

Il s'agit d'un apprentissage par répétition. On cherche à faire atteindre dans un premier temps les objectifs prioritaires puis s'il reste du temps de formation, on peut revoir chaque objectif en l'approfondissant.

Une fois le type de planification choisi, il faut estimer le temps nécessaire à l'atteinte de l'ensemble des objectifs. Il n'existe pas de règle en la matière. Seuls l'expérience personnelle et l'exemple de programmes réalisés dans des conditions similaires peuvent permettre d'en prévoir la durée. On retiendra :

- que l'apprentissage demande beaucoup de temps ; lequel est systématiquement sous-estimé.
- que la planification doit être relativement souple pour pouvoir envisager des réajustements immédiats.

A ce stade de la conception d'un programme de formation il est conseillé d'écrire un document présentant le type de planification choisi, les objectifs, les méthodes d'enseignement et d'évaluation et la durée estimée. Ce document s'appelle un plan de programme de formation (cf. annexe 8).

CHAPITRE III

ORGANISATION DE LA FORMATION

Sélection des participants

Activités des enseignants

Contrat de formation

Stages

Ressources matérielles

Budgétisation / Cahier des charges

Evaluation / Suivi du programme

Mémoire / Transmission

Sélection des participants

On sélectionne les participants pour au moins trois raisons principales. La première pour obtenir un rapport formateur/participants de l'ordre de 1 pour 15 maximum. La seconde pour obtenir un niveau initial de connaissances plus ou moins homogène parmi les participants. Et enfin pour limiter les passe-droits et offrir des chances de formation à chacun selon sa capacité.

Les critères de sélection des participants

- La sélection peut porter :
 - sur un niveau d'instruction scolaire minimum : langue parlée et écrite, raisonnement, logique, notions de mathématiques, culture générale. Dans la mesure où un infirmier aura à faire des calculs de débit, de dilution, un assistant médical devra rédiger une observation, écrire des prescriptions
 - sur un niveau d'instruction professionnelle minimum lorsque le programme doit faire atteindre des compétences spécialisées.
 - sur une durée d'expérience professionnelle minimum.
 - sur l'origine géographique des candidats (parfois sur l'appartenance politique ou ethnique) quand il s'agit d'obtenir une répartition homogène des personnels.
 - sur certaines caractéristiques : âge minimum ou maximum, disponibilité future, sexe, mobilité géographique, etc...
 - sur la motivation que l'on peut tenter d'apprécier au moyen d'une lettre ou d'un entretien.

La sélection tiendra également compte du nombre de places disponibles. Pour fixer ce nombre il faut tenir compte :

- des besoins prioritaires identifiés (*exemple* : si le nombre de postes à pourvoir est important, il faut répartir les formations dans le temps et/ou recruter plus d'enseignants)
- du nombre d'enseignants disponibles
- du budget prévu pour la formation
- des locaux (salle de cours, de travaux pratiques), du matériel disponible
- des terrains de stage : capacité d'accueil des structures sélectionnées, nombre de stagiaires, personnel d'encadrement
- d'un pourcentage estimé d'abandons en cours de route.

- Le mode de sélection :

Il doit être très rigoureux pour éviter toute contestation. De plus, chaque candidat potentiel doit savoir sur quels critères il sera sélectionné. Il est préférable d'informer le plus longtemps à l'avance les candidats pour leur permettre de prendre leurs dispositions. On peut effectuer une présélection «sur dossier» lorsque les candidatures sont très nombreuses afin d'écartier des candidats ne répondant pas du tout aux critères sus-cités.

Activités des enseignants

Le choix des enseignants ne doit pas être laissé au hasard ni sous estimé.

Dans certains cas, il faudra recruter et sélectionner des enseignants.

Critères de sélection

– Le formateur doit avant tout être **compétent** dans la ou les matières qu'il va enseigner.

Exemple : une infirmière sans expérience peut difficilement former des assistants médicaux à la clinique.

Mais, être compétent soi-même dans une pratique professionnelle n'entraîne pas automatiquement la capacité d'enseigner et de transmettre cette compétence.

– Le formateur doit être compétent en pédagogie.

– Le formateur doit si possible **maîtriser la langue** qui aura été retenue pour l'enseignement.

– Le formateur doit être **disponible** : le temps consacré aux diverses activités de formation par le personnel local et/ou expatrié sur le terrain doit être évalué. Trop souvent, ce temps est sous estimé.

Organisation du travail

Des réunions régulières avec l'ensemble des enseignants doivent être prévues afin de préparer chaque intervention et de faire le point sur le déroulement de la formation.

Si des intervenants extérieurs sont sollicités, ils doivent être prévenus suffisamment à l'avance de la date de leur intervention. On leur remettra les objectifs précis de leur enseignement. On s'assurera que leurs méthodes d'enseignement et d'évaluation correspondent aux choix pédagogiques des responsables. On privilégiera des interventions d'au moins une demi journée afin de ne pas découper l'enseignement en différents contenus disparates.

Chaque enseignant devra fournir le plan de son cours, un résumé du contenu, un descriptif des méthodes d'enseignement/ apprentissage et d'évaluation.

Un document présentant une planification hebdomadaire des activités doit être rédigé (cf annexe 9).

Il constitue une base de travail utile pour tous ceux qui sont concernés par la réalisation de la session : l'organisateur, les formateurs, le personnel d'encadrement local, les élèves.

Ce plan doit indiquer :

- les activités prévues : cours, séances pratiques, stages sur le terrain,
- le ou les responsables de chaque activité,
- les jours et les heures,
- l'endroit où aura lieu l'enseignement.

Formation de formateurs

Les axes prioritaires d'un soutien pédagogique aux formateurs sont le plus souvent :

- définition des objectifs pédagogiques (les compétences et tâches professionnelles à maîtriser à la fin de la formation)
- identification et adaptation du contenu par rapport aux objectifs
- choix des méthodes d'enseignement

Exemple :

- préparation des cours et des plans de cours (cf annexe 10)
 - préparation et organisation d'une séance de travaux pratiques (avec utilisation de listes de procédure)
-

- choix des méthodes d'évaluation

Exemple :

- organisation d'un système d'évaluation continue
 - élaboration de grilles d'évaluation
 - définition des niveaux acceptables de performance.
-

Contrat de formation

Un programme de formation (d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une formation qualifiante, donnant lieu à un diplôme) est parfois un enjeu pour lequel il est souvent impossible de tout maîtriser.

Il est donc important et utile :

- d'établir un contrat clair entre les participants, les organisateurs de la formation et l'autorité administrative,
- et de définir avec précision les règles de fonctionnement de la formation.

Le contrat de formation décrit très précisément :

1. Les engagements réciproques des différents partenaires qui doivent porter sur :

- les conditions d'admission à la formation : âge, diplômes, expériences...
- la durée de la formation
- la reconnaissance éventuelle du diplôme par les autorités
- le statut administratif et professionnel à l'issue de la formation
- la durée d'engagement de travail ultérieur
- les moyens humains, matériels et financiers mis à disposition par chacune des parties (en particulier dépenses à la charge du participant, per diem, bourse ...)
- les conditions de suivi de la formation : évaluation/supervision à distance, formation continue, etc...

2. Le règlement intérieur :

- Les modalités pratiques, dates, lieu et horaires de la formation :
 - planning des activités : stages, cours...
 - périodes de vacances
- Les modalités d'évaluation et de validation
- Les modalités de fonctionnement :
 - obligation des participants : attitude, ponctualité, assiduité aux cours, aux stages...
 - dispositions particulières concernant les absences : absences autorisées (maladie, grossesse, décès d'un membre de la famille,...) ou non autorisées
 - nature des sanctions prises en cas de non respect des règles établies (absences prolongées, fautes professionnelles,...)

Le contrat doit être lu, accepté et signé par les autorités, l'organisme formateur et par chaque participants.

Un exemple de contrat de formation est donné en annexe 1.

Stages

On appelle stage une activité d'apprentissage qui se déroule sur un lieu de travail. Au cours du stage, le participant est confronté à la réalité ce qui lui permet d'acquérir et de maîtriser les compétences définies.

Dans un stage, le rôle du formateur ou du professionnel responsable du stagiaire (tuteur) consiste à favoriser l'application de la compétence, évaluer la performance du participant et demander à celui-ci de s'auto-évaluer.

Choix du terrain de stage

Il faut choisir les terrains de stage en fonction des critères suivants :

- activité de la structure (nombre de patients, fréquence des actes...)
- plateau technique
- qualité des prestations des personnels de la structure
- disponibilité et compétence pédagogique des tuteurs.

Organisation

Il faut préciser les droits et devoirs des participants :

les droits concernent son apprentissage tandis que les devoirs concernent sa collaboration au travail de l'équipe qui l'accueille. Bien entendu, les devoirs ne doivent pas occulter les droits relatifs à l'apprentissage.

Pour chaque stage, il faut indiquer les objectifs, les activités et les modalités d'évaluation. Ces éléments peuvent être consignés dans un carnet de stage qui est remis au participant. Ce carnet lui permet d'être plus actif au cours de son stage en sachant exactement ce qu'il doit faire et comment il sera évalué.

Lorsqu'il s'agit de terrains de stages spécialisés (par exemple chirurgie, pédiatrie...), il faut s'arranger pour que les enseignements correspondants soient le plus proches possible de la période du stage car cela tend à faciliter l'apprentissage.

Supervision

Dans le cas où le formateur ne participe pas directement à l'encadrement en stage, **il faut au moins qu'il participe à l'évaluation** et s'assure fréquemment que les conditions d'apprentissage sont respectées. L'opinion des stagiaires et des tuteurs peut être sollicitée pour estimer la valeur formatrice du stage.

Il ne faut pas hésiter à changer de terrain de stage si les critères de qualité d'un stage ne sont pas réunis.

Ressources matérielles

Les locaux

Il est important de déterminer **où** la formation doit avoir lieu, d'identifier l'environnement le plus propice à l'apprentissage des tâches, compte tenu du nombre de participants.

- L'espace doit être suffisant et adapté au contexte : l'enseignement peut avoir lieu dans une salle de classe, dans un service, sous un arbre,... Si différents cycles de formation ont lieu en même temps, il faut prévoir des lieux différents.
- L'espace doit être modulable pour permettre différentes activités (travaux de groupes, travaux pratiques) et favoriser la communication (disposition des tables en rond,...).
- Les locaux doivent être accessibles

Si le programme recommande des travaux personnels exigeant un travail en bibliographie, les participants doivent avoir accès à des documents de référence, à une bibliothèque.

L'hébergement

Dans certains cas, il faut prévoir un logement pour les participants et/ou les enseignants.

Équipement / matériel

Une liste détaillée du matériel et équipement nécessaires doit être établie.

Elle est indispensable si l'on veut estimer le coût d'une formation, pour la préparation d'un budget.

- Matériel d'enseignement : documentation, appareils ronéo, photocopieuse, matériel visuel, matériel médical utilisé pour les pratiques en simulation.
- Équipement pour les participants: blouses, protections..
- Fournitures diverses : papeterie, stylos..

Budgétisation / Cahier des charges

Le budget

L'organisation d'un programme de formation nécessite de pouvoir disposer de ressources financières qui permettront de couvrir les différentes dépenses. Il permet d'évaluer l'ensemble des ressources et des dépenses estimées nécessaires dans les phases de préparation, de réalisation et de suivi de la formation.

Prévision des ressources financières

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- financement de la formation entièrement pris en charge par l'organisation,
- contribution financière d'organismes partenaires pour la prise en charge d'une partie des dépenses (cas de sessions conjointes avec d'autres organisations),
- subventions d'organismes ou d'institutions extérieures. Dans ce cas, il faut respecter la procédure officielle de requête auprès des organismes concernés et entamer les démarches suffisamment à l'avance.

Prévision des dépenses

Les dépenses sont variables en fonction du contexte, du type de formation prévu, du nombre de participants et d'enseignants. La liste des dépenses concerne :

– Le personnel

L'encadrement (expatrié, local) et les participants constituent en général la rubrique budgétaire la plus importante, aussi doit-elle être établie avec soin.

Il faut tenir compte :

- du transport, des frais de séjour et/ou indemnités, des honoraires pour le personnel d'encadrement (responsables, formateurs, intervenants...),
- des bourses accordées aux participants pour suivre la formation.

– La logistique

- la location ou l'aménagement des salles de cours, des équipements,
- les fournitures, la documentation (livres, photocopiés,...),
- l'acheminement du matériel.

– L'aspect officiel

- Les séances officielles d'ouverture et de clôture de sessions de formation,
- la visite de personnalités.

– Le suivi

- Les visites de suivi de supervision ou de consultation.

Le cahier des charges

Il précise ce qui est à la charge du ou des pourvoyeurs de fonds du programme de formation.

Exemple : l'intervention d'un consultant extérieur pour évaluer un programme de formation est planifiée. Il faut alors préciser qui aura la charge financière :

- du transport de cette personne,
 - de ses honoraires,
 - de son hébergement,...
-

Le cahier des charges, ainsi rédigé, doit être soumis et approuvé par les divers organismes financeurs. Il permet d'éviter toute ambiguïté quant aux responsabilités de chacun.

Evaluation / Suivi du programme

L'évaluation et le suivi d'un programme de formation s'intègrent dans un processus de supervision. Leur organisation doit être prévue avant la fin de la formation.

L'évaluation a pour but :

- de mesurer l'efficacité du programme,
- d'améliorer la qualité de l'enseignement,
- de prévoir des réajustements immédiats et à moyen terme (éventuellement par la mise en place d'une formation continue).

En cours de formation, des évaluations doivent être régulièrement réalisées afin de permettre les réajustements nécessaires tant sur le plan des objectifs que des méthodes.

En fin de formation, une évaluation plus précise doit concerner au moins:

- les objectifs du programme,
- le contenu,
- les méthodes d'enseignement et d'évaluation utilisées,
- l'organisation de la formation,
- les ressources matérielles,
- la gestion du temps,
- les enseignants (cf annexe 11).

Il s'agit de déterminer ce qui a été réalisé, d'apprécier la valeur générale de la formation, de trouver les moyens de l'améliorer.

Cette évaluation peut être faite par le responsable du programme de formation, les enseignants. Cette auto-évaluation peut s'avérer difficile et nécessiter l'aide d'un consultant.

Pour compléter cette évaluation, il est nécessaire de vérifier si les participants ont utilisé leurs nouvelles compétences sur le terrain professionnel. Ceci s'intègre généralement dans un processus de supervision et peut se faire au moyen de méthodes directes ou indirectes.

Méthode directe

Elle consiste à identifier un indicateur de type épidémiologique, qualité de soins, technique dont la variation peut être imputable à la formation.

Exemple : amélioration sensible du nombre de prescriptions rationnelles, augmentation de la fiabilité d'un laboratoire de 60% à 90%, disparition des abcès iatrogènes, etc.

Méthode indirecte

Il s'agit de mesurer le niveau de compétence des professionnels après la formation. On peut utiliser les méthodes vues précédemment comme les grilles d'observation. On peut également s'entretenir avec les professionnels et les responsables afin d'identifier les points positifs ou les difficultés.

Les échecs constatés peuvent être dûs soit à la formation, en particulier du fait d'objectifs qui s'avèrent finalement non pertinents voire irréalisables, soit au contexte professionnel qui entre temps a évolué. Selon l'analyse des échecs, il faudra réajuster l'enseignement lorsqu'il existe de nouvelles promotions, combler immédiatement les lacunes lorsqu'elles sont ponctuelles et en nombre limité, ou envisager l'instauration d'un système de formation continue.

Mémoire / Transmission

Un programme de formation doit être écrit au fur et à mesure de son déroulement. Cela facilite la coordination entre les intervenants.

Le dossier doit comporter :

- Un historique de la mission, c'est-à-dire :
 - un résumé de l'analyse de la situation,
 - un argumentaire de la faisabilité du programme.
- Une description du contexte actuel :
 - l'organigramme de la (ou les) structure(s) concernée(s) et du système de santé national,
 - la description de poste du personnel concerné,
 - la liste des médicaments accessibles au personnel prescripteur, les protocoles thérapeutiques et les conduites à tenir (en cas de formation de ce personnel).
- Le contrat de formation.
- Le dossier et épreuves de sélection.
- Le programme de formation :
 - Les objectifs de la formation (ce que le personnel doit être capable de faire à la fin du cycle de formation),
 - la planification du programme (découpage par semaine, durée globale),
 - un plan type de cours, de travaux pratiques ou de travaux dirigés précisant l'organisation et le matériel requis,
 - un descriptif des méthodes d'évaluation :
 - les grilles d'évaluation,
 - les critères de performance acceptable,
 - le système de notation adopté par les enseignants,
 - les résultats : les évaluations individuelles du personnel en formation,
 - la liste des terrains de stage.
- L'organisation générale de l'encadrement (nombre, qualité et responsabilité des enseignants).
- Des indications sur l'organisation logistique et matérielle de la formation.
- Le budget de la formation.
- Les rapports décrivant le déroulement de la mission et mentionnant des observations « culturelles » ou sociales pouvant aider à ne pas commettre trop d'impairs ou de répéter des erreurs.

Le dossier constitué est un document de synthèse de la formation prodiguée.

Il peut servir de base pour la transmission.

CHAPITRE IV

ASPECTS PARTICULIERS DE LA FORMATION

Problèmes posés par la certification

Précautions à prendre en formation

Problèmes posés par la certification

Au terme du processus d'apprentissage, il peut être décidé de certifier le personnel formé (remise d'un diplôme, d'un certificat ou d'une attestation,...).

Mais **ATTENTION** : la délivrance de diplômes n'est pas un acte anodin. Elle produit chez les professionnels des attentes (valorisation, changement statutaire, ...) qui si elles ne sont pas satisfaites peuvent entraîner une démotivation.

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- Il s'agit d'une formation professionnelle agréée et négociée avec le ministère ou les autorités de tutelle .

Ce personnel de santé appartient à l'organigramme médical ou paramédical. Son statut est clair, ses fonctions définies. Le diplôme est reconnu par le ministère concerné. Il valide des compétences acquises.

- Il s'agit d'un recyclage de personnel de santé déjà en poste.

Il peut être organisé, en accord avec les responsables locaux, sur les temps et lieux de travail ou dans le cadre de «séminaires» .

Deux situations sont possibles :

- les autorités délivrent le diplôme ou le certificat en fonction de leur stratégie sanitaire,
- il n'y a pas de reconnaissance de la formation par les autorités.

L'ONG peut délivrer un descriptif précis des tâches exécutées et **maîtrisées** par un individu. Ces tâches ont été au préalable observées et évaluées de manière objective à plusieurs reprises. Ce **document est nominatif**, une copie est conservée par l'administration de la structure concernée.

- Il s'agit de formation de personnes déplacées ou réfugiées dans un pays hôte.
 - **Si le pays hôte organise lui même cette formation** ou la parraine, il lui appartient d'établir ou non un diplôme reconnu de lui. Il ne lui appartient pas de reconnaître un diplôme pour un pays voisin en dehors d'accords diplomatiques officiels.
 - **Si un organisme privé ou institutionnel étranger organise une formation** ou la parraine sans mandat officiel, il ne lui appartient pas d'imposer la reconnaissance d'un statut ou d'un diplôme professionnel en dehors des cadres diplomatiques et légaux prévus par la législation du pays concerné.

L'arbitrage de l'Organisation Mondiale de la Santé pourrait être proposé en cas de rupture de contrat ou d'infraction à ces règles et si les parties s'accordent sur cet arbitrage. Il appartient aux **gouvernements de décider de leur stratégie en matière de personnel de santé.**

Remarquons que l'Europe commence seulement à établir des équivalences et reconnaissances de diplômes.

Précautions à prendre en formation

Dans le cadre des missions médicales humanitaires, il est important de respecter certaines règles vis à vis de la population et du personnel local.

En particulier, dans la relation qui s'établit entre le formateur et les participants, il conviendra de réfléchir sur les points suivants.

Respect du personnel local

Il arrive que les participants entrent dans une relation maître / élève au sens scolaire du terme. Cette relation est souvent renforcée par le pouvoir qu'elle confère aux expatriés de l'aide internationale. Les participants peuvent se complaire dans cette relation d'autant plus que le système social ou scolaire y contribue. Ainsi le rôle de maître peut être dévolu au formateur de l'ONG qui doit en faire bon usage.

Il arrive aussi que le personnel de santé refuse un processus d'infantilisation imposé par un ou des formateurs et réagisse passivement ou activement. L'obstruction active ou passive est souvent la conséquence de l'absence d'intérêt du formateur pour les gens en tant qu'adultes et même en tant que personnes. Pourtant la résistance passive ou active, n'éveille souvent pas d'autres réflexions et conclusions que négatives vis à vis du personnel concerné.

Il faudrait probablement plus de modestie et d'interrogations avant de décider que tel ou tel participant est imperméable à la formation (au changement ?), qu'il «n'est pas motivé», «n'a pas de conscience professionnelle» et autres leitmotifs fréquemment entendus.

Respect du statut professionnel

Le respect du statut des personnels de santé est indispensable dans l'approche du formateur dans tous les cas de figure. Les médecins sont des médecins, les infirmiers et sages-femmes diplômés sont des infirmiers et sages-femmes,

Il n'y a aucune raison de profiter du pouvoir conféré par l'aide humanitaire matérielle et humaine pour ignorer les statuts professionnels existants ou les dévaloriser *a priori*.

Rappelons donc que les statuts professionnels impliquent une attention justifiée :

- dans le respect des circuits administratifs et hiérarchiques existants,
- dans les relations officielles, mais aussi officieuses (discussions privées sur le travail),
- dans la définition des publics pour l'enseignement.

Par exemple, ne mélangeons pas des médecins locaux et des infirmiers pour des cours, quelles que soient les compétences réelles ou supposées.

Respect des fonctions

Dans les pays en voie de développement, on rencontre souvent le cas de personnels non qualifiés *a priori* pour les fonctions exercées.

Exemple : auxiliaires faisant fonction d'infirmiers, assistants médicaux faisant fonction de médecins,...

La substitution de personnel local par des expatriés peut entraîner une dérive de fonction. On entend par là qu'une tâche réalisée par un médecin en France, va être exécutée par une infirmière en mission. Cette situation est souvent due à un manque de personnel qui explique que l'on ne puisse pas faire autrement sur le moment. Mais cela n'est pas sans poser des problèmes dans la qualité des prestations et la responsabilité. Ce phénomène ne doit pas devenir routinier. On peut également le retrouver dans la formation. C'est ainsi que sans une bonne analyse de la situation, il peut être proposé à des personnels d'effectuer des tâches qui ne relèvent pas de leur domaine de compétence.

De même, fournir des stéthoscopes à du personnel n'ayant pas de réelle compétence clinique doit être considéré comme une défaillance de la responsabilité professionnelle. Le symbole de l'instrument est extrêmement puissant. Le port et l'utilisation du stéthoscope indiquent la fonction et le statut médical. Il est incohérent et dangereux de distribuer des stéthoscopes à n'importe qui.

ANNEXES

Annexe 1 : Exemple de contrat de formation

Annexe 2 : Description du système P.U.I.G.E.R.

Annexe 3 : Exemple de description de poste

Annexe 4 : Exemple de liste de procédure

Annexe 5 : Exemples d'outils d'évaluation dans le domaine des connaissances.

5.1 : Cas clinique Q.C.M.

5.2 : Cascade

5.3 : Cartes de Barrows

5.4 : ESO

Annexe 6 : Exemple de grille d'observation de tâches techniques

Annexe 7 : Exemple de grille d'observation des attitudes

Annexe 8 : Exemple de programme de formation

8.1 : Liste des compétences

8.2 : Extrait du plan de programme

8.3 : Planning général

Annexe 9 : Exemple de planification hebdomadaire

Annexe 10 : Exemple de plan de cours

Annexe 11 : Exemple de grille d'observation d'un cours

1. Exemple de contrat de formation

Règlement spécifique à la formation d'ISAR

(réalisé au Cambodge)

Les élèves inscrits à la formation d'ISAR sont tenus de suivre le règlement intérieur de l'ECCS ainsi que celui spécifique à la formation, venant en complément et/ou substitution du premier.

Règlement général

- La présence est obligatoire à tous les cours et stages.
- La formation est découpée en modules :
 - chaque module doit être validé par une évaluation,
 - une évaluation générale aura lieu à la fin de chaque année.
- Des séances de rattrapage seront organisées pour les élèves :
 - absents lors d'une évaluation,
 - n'ayant pas validé correctement leurs modules.

Les critères de performance ou de validation (note acceptable) d'une évaluation pratique et/ou théorique seront définis ultérieurement par les médecins anesthésistes enseignants.

- Le passage de première en deuxième année est conditionné par l'obtention de la moyenne des notes suivantes :
 - la moyenne des évaluations des modules (coef 1),
 - la moyenne des notes de stages (coef 1),
 - la note obtenue à l'évaluation de fin de première année (coef 2).
- Un élève échouant au passage de première en seconde année est exclu de la promotion. Il doit repasser l'examen de sélection s'il désire suivre la promotion suivante.
- Un élève peut passer l'examen de sélection autant de fois qu'il le désire.
- Un carnet de stage sera distribué à chaque étudiant et le suivra pendant toutes ses études.
 - L'élève est responsable de son carnet et doit l'avoir en permanence avec lui, ou le remettre à son maître de stage,
 - Les moniteurs et/ou enseignants MSF y noteront les gestes effectués au cours des stages,
- Le carnet de stage sera exigé lors de l'examen final.
- Un diplôme d'ISAR reconnu par le gouvernement cambodgien sera délivré aux élèves ayant validé la totalité des évaluations pratiques et théoriques à la fin des deux années.

Règlement concernant les absences

Une absence, justifiée ou non, de plus de 25 jours au total (consécutifs ou non) et par année, entraîne un arrêt de la formation, après délibération du conseil de discipline. Ce délai représente 10% de la formation. Celui-ci décidera si l'élève est accepté directement à la promotion suivante, ou s'il doit repasser l'examen. Si le problème survient au cours de la deuxième année, la première année reste validée et l'élève est autorisé à reprendre la formation directement en deuxième année à la promotion suivante.

Toute absence doit être justifiée dans un délai de 2 jours. Tout justificatif sera signé par la directrice de formation et contresigné par le directeur de l'ECCS. Si après 48h d'absence l'élève n'a pas fourni de justificatif, l'absence est considérée comme injustifiée. Un avertissement écrit sera délivré à l'élève par la directrice de formation et contre-signé par le directeur de l'ECCS.

Les absences justifiées probables et acceptables seront pour une maladie, un accident, un mariage, un décès ou une naissance.

- en cas de maladie ou d'accident entraînant une absence supérieure à deux 2 jours : l'élève doit présenter un certificat médical délivré par le médecin coordinateur de MSF à Phnom Penh, ou un représentant d'une agence en province. Celui-ci examinera et traitera l'élève. S'il doit être hospitalisé, le certificat sera délivré par l'hôpital concerné.
- pour le mariage d'un élève, parent ou ami, l'élève doit demander une autorisation à la directrice au moins 5 jours à l'avance. Une autorisation de 5 jours maximum peut lui être délivrée sur présentation du faire-part de mariage. Passé ce délai, l'absence sera considérée injustifiée.
- en cas de décès d'un parent ou ami, une autorisation de 5 jours maximum peut être délivrée par la directrice. L'élève peut prendre entre un et cinq jours à sa convenance. Passé ce délai, l'absence sera considérée comme injustifiée.
- un mari peut demander une autorisation de 5 jours maximum à la directrice, en cas d'accouchement de sa femme.

Un retard de plus de 10 minutes en cours équivaut à une absence et doit être justifié auprès de la directrice. L'accès au cours est refusé. L'absence de justificatif entraîne la délivrance d'un avertissement écrit.

3 avertissements écrits entraînent la comparution de l'élève en conseil de discipline.

Règlement concernant les stages hospitaliers

Le supérieur hiérarchique de l'élève en stage est l'infirmier anesthésiste MSF et/ou le médecin anesthésiste enseignant MSF. En cas d'absence de l'un ou l'autre, l'élève sera intégré dans la hiérarchie normale de l'hôpital où il se trouve.

En première année l'élève n'est autorisé à travailler ni la nuit ni le dimanche.

En deuxième année certains stages se déroulent en province. Les élèves sont intégrés au personnel normal, travaillent à temps plein et participent au service de garde.

Fautes professionnelles :

- sur la demande d'un des 2 moniteurs MSF et/ou de l'enseignant MSF, la directrice convoquera le conseil de discipline,
- sont considérées comme une fautes professionnelles :
 - la mise en danger, volontaire ou par incompetence d'un patient,
 - la non assistance à une personne en danger,
 - l'abandon de poste,
 - le non respect des règles d'hygiène et d'asepsie,
 - l'utilisation à des fins personnelles ou mercantiles du matériel et des médicaments de l'anesthésie,
 - la rémunération de son travail dans le cadre de la formation d'ISAR,
 - la divulgation du secret médical.

Engagements mutuels

Engagement de l'ECCS envers les élèves :

- L'ECCS s'engage à fournir une habitation à chaque candidat venant de province et ne pouvant être logé sur Phnom Phen.

Engagements de l'ECCS envers MSF :

- L'entretien du bureau est à la charge de l'ECCS. Celui de la salle de classe est à la charge des élèves.

Engagements de MSF envers les élèves :

- MSF s'engage à verser une bourse d'étude aux élèves dans les conditions suivantes:
 - l'élève s'est engagé sur l'honneur à travailler pendant 2 ans après la fin de la formation,
 - l'élève recevra la somme de 2 dollars par jour pour un total de 25 jours par mois, 12 mois par an,
 - la somme totale (50 USD) sera versée au début du mois par la directrice de la formation.
- MSF se réserve le droit de suspendre cette bourse pour les raisons suivantes :
 - l'abandon des études par l'élève,
 - sur décision du conseil de discipline pour faute disciplinaire ou professionnelle,
 - le renvoi de l'élève décidé par le conseil de discipline.

Date

Signature de l'élève

Signature du responsable formation

2. Description du système de P.U.I.G.E.R.

Pour retenir au programme une situation dont la maîtrise est exigible en fin de cycle, il faudra qu'elle réponde en règle générale à trois au moins des critères suivants :

Critère P. (prévalence ou fréquence)

C'est la fréquence estimée d'une maladie que l'on rencontre en médecine de famille ou en médecine hospitalière. Cette fréquence, élément déterminant dans la décision médicale diagnostique est évaluée à partir des données épidémiologiques disponibles.

Les compétences rattachées à une telle situation pathologique sont d'être capable d'en faire le diagnostic positif, différentiel, étiologique, ce qui recouvre des objectifs tels que : réunir les arguments cliniques et paracliniques, planifier les investigations, argumenter et discuter le diagnostic différentiel de...

Critère U. (urgence)

L'urgence est une situation pathologique qui rend nécessaire une décision adaptée et rapide en terme de minutes ou d'heures. L'urgence peut être créée par une souffrance extrême, une détresse fonctionnelle, ou par la mise en jeu d'un pronostic vital à court terme.

Les compétences requises sont exprimées par : reconnaître l'urgence de... ce qui s'explique par : identifier les signes d'appel de..., rechercher les signes cliniques de...

Critère I. (Intervention)

Ce sont les situations où l'intervention médicale peut modifier l'évolution spontanée de l'état morbide.

Les objectifs correspondant à ces critères sont : définir les principes du traitement (discuter les stratégies thérapeutiques), planifier le traitement, assurer la surveillance de tel traitement, évaluer les bénéfices de tel traitement.

Critère G. (Gravité)

Ce sont les situations pathologiques qui comportent un risque de mort ou de lourde invalidité.

Les objectifs correspondants se regroupent sous le terme : évaluer le pronostic, identifier les critères cliniques et paracliniques du pronostic de..., préciser les modalités évolutives de...

Critère E. (Exemplarité pédagogique)

Ce sont les situations pathologiques qui permettent la démonstration qu'un mécanisme physiopathologique ou anatomoclinique dont la connaissance dépasse le cas particulier et fait mieux comprendre une loi biologique ou un mécanisme pathologique général.

Les objectifs correspondants sont : expliquer les mécanismes physiopathologiques... identifier les corrélations anatomocliniques et les mécanismes physiologiques...

Un autre critère est apparu plus tardivement:

Critère R. (Répercussion)

Ce sont des répercussions d'ordre social, économique et professionnel qui peuvent être engendrées par une affection ou un problème de santé.

Les objectifs correspondants sont : identifier (regrouper) les intervenants (structures, individus) à la résolution de... (maladie), évaluer (chiffrer) les conséquences sociales, professionnelles, économiques de... (maladie), préciser (expliquer) les aspects réglementaires de ... (maladie) et analyser les conséquences individuelles et collectives de (maladie).

Remarque : la réunion de deux critères P et I peut justifier à elle seule l'inscription d'une situation médicale au programme.

Avantages

Le système P.U.I.G.E.R. permet de :

- rationaliser le programme et de l'adapter,
- délimiter le contenu de l'enseignement,
- définir les objectifs de chaque maladie traitée (ou problème de santé) et retenue dans le programme,
- adapter les questions d'examens aux objectifs.

Contraintes et limites

Le système P.U.I.G.E.R. sous entend :

- une connaissance des besoins,
- une concertation large entre les enseignants, les autres médecins, les professionnels de santé et les différents protagonistes du système de santé.

Le système P.U.I.G.E.R. ne s'applique qu'à la pathologie. Pour les sciences fondamentales, le débat est en cours. On s'oriente actuellement sur la nécessité de complémentarité avec les sciences cliniques et thérapeutiques et leur valeur scientifique actuelle et future.

Source : Jean François d'Ivernois
Ministère de l'Education Nationale
Ministère de la Santé
Extrait du Rapport du Groupe de Travail sur le Programme et les modalités des examens et concours de fin de 2ème cycle de médecine.
Paris, 1993

3. Exemple de description de poste

Pour un agent de santé réalisant des consultations en dispensaire dans un camp de réfugiés.

Fonction :

- Assurer des prestations curatives au niveau du dispensaire.

Activités et tâches :

- Tenir correctement le dossier médical, en incluant :
 - la raison de la consultation,
 - la durée de la maladie ou des douleurs,
 - la présence ou l'absence de symptômes courants comme fièvre, diarrhée, toux, difficultés de respiration, vomissements,
 - le passé médical,
 - les traitements déjà reçus.
- Faire un examen médical :
 - inspection, auscultation, percussion, palpation,
 - vérification systématique de : rigidité du cou, oedème au visage ou aux jambes, état de conscience diminué, tests respiratoires, examen thoracique, anémie, déshydratation.
- Diagnostiquer et soigner, selon les protocoles de traitement établis, les pathologies suivantes :
 - accès de paludisme simple,
 - infections respiratoires aiguës bénignes,
 - diarrhée aqueuse avec ou sans déshydratation légère ou modérée,
 - dysenterie chez des patients avec un état général satisfaisant,
 - vers intestinaux,
 - infection urinaire sans fièvre
 - MST : ulcères génitaux, urétrite, pertes vaginales,
 - conjonctivite,
 - impétigo,
 - gale, poux,
 - plaies superficielles.
- Ecrire sur la carte de santé du patient les signes, symptômes, diagnostics et traitements les plus importants.
- Expliquer le traitement au patient.
- Donner une information médicale individuelle au patient sur la maladie concernée.
- Référer tous les patients avec diarrhée au Centre de SRO et superviser le processus de réhydratation.
- Vérifier le statut vaccinal des enfants de moins de 5 ans et référer ceux qui ont

besoin d'être vaccinés au centre de vaccination.

- Vérifier, avec le MUAC, l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et référer au centre de nutrition ceux dont le MUAC est inférieur à 11 cm.
- Diagnostiquer et référer correctement et au niveau approprié de soin les cas suivants :
 - risques vitaux (détresse respiratoire, choc, coma),
 - neuro-paludisme,
 - IRA grave,
 - déshydratation sévère due à la diarrhée,
 - dysenterie sévère,
 - infections urinaires avec fièvre,
 - salpingite aiguë,
 - méningite,
 - rougeole
 - plaies profondes, traumatismes sévères,
 - anémie sévère,
 - et tout autre cas au-dessous du niveau de compétence de l'agent de santé.
- Remplir le formulaire quotidien de surveillance de la morbidité en utilisant les définitions de cas des maladies.
- Ecrire sur le livre de consultations : la date, le numéro de la carte du patient, le numéro de la consultation, le nom, l'âge, le sexe, l'adresse dans le camp, le lieu d'origine du patient, les symptômes les plus significatifs, le diagnostic et le traitement ou le référé.

4. Exemple de liste de procédure

Tâche : prise de la tension artérielle

- 1 Saluer le patient
- 2 Expliquer simplement la procédure pour diminuer l'anxiété du patient
- 3 Relever la manche; enlever un vêtement trop serré si nécessaire
- 4 Vérifier le brassard en le dégonflant si nécessaire
- 5 Enrouler le brassard au milieu du bras doucement mais fermement
- 6 (Suivant le type de matériel) placer la colonne de mercure sur une surface plane à hauteur du regard et la connecter au brassard
- 7 Chercher le pouls radial. Fermer la valve de la poire et gonfler rapidement le brassard jusqu'à ce que le pouls ne soit plus perçu
- 8 Retenir le chiffre correspondant à la disparition du pouls puis dégonfler rapidement le brassard
- 9 Chercher le pouls brachial à l'intérieur du pli du coude.
- 10 Fermer la valve et gonfler le brassard de 20 à 30 mm Hg au dessus du chiffre perçu à la première étape
- 11 Appliquer la membrane du stéthoscope sur l'artère brachiale et écouter attentivement
- 12 Ouvrir la valve pour diminuer lentement la pression d'environ 2 mm Hg par seconde
- 13 Retenir le chiffre exact auquel le premier son est apparu (systolique)
- 14 Continuer à diminuer la pression au même rythme et retenir le chiffre exact auquel le battement a disparu (diastolique)
- 15 Dégonfler complètement le brassard et déconnecter l'équipement
- 16 Noter les 2 chiffres (ex : 130/80 mm Hg)
- 17 Si une deuxième mesure doit être faite, attendre 5 mn avant de répéter la procédure.

5. Exemples d'outils d'évaluation dans le domaine des connaissances

5.1 - Cas clinique QCM

Un homme de trente ans est amené aux urgences de l'hôpital en hamac parce qu'il a été poignardé par son voisin.

Le couteau est toujours dans la blessure, située entre le troisième et le quatrième espace intercostal, face antérieure droite du thorax, sur la ligne claviculaire médiane. Le couteau est planté perpendiculairement au plan cutané.

Le patient est très agité et semble beaucoup souffrir.

1) Parmi les propositions suivantes, choisissez celle qui correspond à votre action immédiate (une seule réponse possible) :

- a - faire une injection intraveineuse de 20mg de diazepam pour calmer le patient
- b - rassurer le patient et prendre ses constantes vitales
- c - retirer le couteau et suturer la plaie
- d - nettoyer la plaie autour du couteau sans le retirer
- e - faire une injection intraveineuse d'une ampoule de pentazocine à but antalgique

Réponse : b

2) Quels sont les organes susceptibles d'avoir été touchés par la lame du couteau (une ou plusieurs réponses possibles) :

- a - les gros vaisseaux
- b - le coeur
- c - le poumon droit
- d - la plèvre
- e - la bronche souche gauche

Réponses : a – c – d

Le patient a une tension basse. Vous décidez de poser une perfusion.

4) Parmi les différents types de solutions et de cathéters, choisissez la meilleure combinaison (une seule réponse possible) :

- a - flacon de glucosé avec un cathéter 16 G
- b - flacon de Ringer lactate avec un cathéter 18 G
- c - flacon de sérum physiologique avec un cathéter 20 G
- d - flacon de Ringer lactate avec un cathéter 25 G
- e - flacon de glucosé/salé avec un cathéter 22 G

Réponse : b

4) Le patient a des signes importants de détresse respiratoire. Quelle(s) sont la ou les causes possibles de cette détresse respiratoire ? (un ou plusieurs réponses possibles) :

- a - pneumothorax
- b - hémothorax
- c - hémopneumothorax
- d - fracture d'une côte
- e - infection aigüe due au corps étranger

Réponses : a – b – c

5) Répondez vrai (V) ou faux (F) aux propositions suivantes. Encerclez la bonne réponse.

- 1 - V - F Une blessure par arme blanche située dans le dixième espace intercostal gauche peut toucher la rate
- 2 - V - F Une blessure par arme blanche peut provoquer un pneumothorax suffocant
- 3 - V - F Un hémothorax est une collection de sang dans le poumon
- 4 - V - F Une plaie de thorax par arme blanche doit rester à l'air libre (sans pansement) lorsque l'on voit de l'air sortir par la blessure lors de la respiration
- 5 - V - F Une plaie pénétrante du thorax causée par une balle doit être suturée le plus vite possible

Réponses : 1V – 2V – 3F – 4F – 5F

5.2 - Cascade

Exemple Kompong Cham / Cambodge / Février 1993

Vous êtes de garde au service des urgences. Une jeune femme de 25 ans, accompagnée de son mari, arrive d'un village voisin. Depuis 24 h. elle se plaint d'une douleur abdominale de plus en plus intense, surtout à droite. Elle est anxieuse. La douleur est accompagnée d'une sensation d'asthénie, de vertiges et de nausées, sans vomissement. La patiente a l'impression d'avoir de la fièvre, mais n'a pas pu contrôler sa température. La palpation de l'abdomen ne révèle ni défense ni contracture, mais réveille une douleur qui prédomine à droite. A l'auscultation il y a un transit, et la patiente confirme avoir eu une selle normale ce matin.

Compte-tenu de ces données, entourez dans la liste suivante les diagnostics possibles (plusieurs choix possibles) :

- 1 - occlusion haute sur bride
- 2 - cholécystite aiguë
- 3 - hépatite virale
- 4 - choléra
- 5 - colique néphrétique droite
- 6 - pancréatite aiguë
- 7 - perforation d'ulcère duodénal

- 8 - grossesse extra-utérine droite
 - 9 - cystite
 - 10 - appendicite aiguë
 - 11 - pyélonéphrite droite
 - 12 - accès pernicieux palustre
- La patiente a deux enfants de 4 ans et 1 an, en bonne santé et les accouchements, à domicile, se sont bien passés.
- Elle n'a pas d'antécédents médicaux en dehors d'une crise de paludisme bénigne il y a 4 ans.
- Elle n'a jamais été opérée.
- La douleur irradie vers les épaules, mais pas vers les organes génitaux externes.

A l'examen :

- T° = 37°8,
- PA = 95/60, pouls = 92/mn,
- les conjonctives sont pâles, il n'y a pas d'ictère,
- il n'y a pas de signes de déshydratation,
- il n'y a pas de contact lombaire, ni de douleur provoquée à la percussion de cette région,
- le foie et la rate ne sont pas perçus.

Compte-tenu de ces nouvelles données, entourez dans la liste suivante le(s) diagnostic(s) possible(s) (une ou plusieurs réponses) :

- 1 - occlusion haute sur bride
- 2 - cholécystite aiguë
- 3 - hépatite virale
- 4 - choléra
- 5 - colique néphrétique droite
- 6 - pancréatite aiguë
- 7 - perforation d'ulcère duodénal
- 8 - grossesse extra-utérine droite
- 9 - cystite
- 10 - appendicite aiguë
- 11 - pyélonéphrite droite
- 12 - accès pernicieux palustre

En reprenant l'interrogatoire, vous apprenez qu'il n'y a ni pollakiurie, ni brûlures mictionnelles, et que les urines sont limpides. Les dernières règles remontent à un mois et demi, et la patiente ne prend pas de contraceptifs. La langue est propre. Le relâchement brutal d'une pression au point de Mac Burney ne provoque pas de douleur, mais le toucher vaginal réveille une vive douleur du cul de sac de Douglas.

Quel est votre diagnostic ? (Une seule réponse)

- 1 - occlusion haute sur bride
- 2 - cholécystite aiguë
- 3 - hépatite virale
- 4 - choléra
- 5 - colique néphrétique droite
- 6 - pancréatite aiguë
- 7 - perforation d'ulcère duodénal
- 8 - grossesse extra-utérine droite
- 9 - cystite
- 10 - appendicite aiguë
- 11 - pyélonéphrite droite
- 12 - accès pernicieux palustre

Parmi les informations complémentaires suivantes, lesquelles auraient pu vous aider à confirmer ce diagnostic ?

- 1 - la patiente a déjà eu des infections génitales
- 2 - elle a des cycles menstruels réguliers
- 3 - elle a eu une jaunisse dans l'enfance
- 4 - elle a des vertiges quand elle change brusquement de position
- 5 - elle n'a pas de sang dans les selles
- 6 - elle est vaccinée contre la tuberculose (B.C.G.),
- 7 - son mari n'utilise pas de préservatifs comme moyen de contraception
- 8 - elle n'a pas pris d'antibiotiques récemment
- 9 - son mari a fréquemment des brûlures mictionnelles
- 10 - ses enfants ont eu la diarrhée tous les deux il y a 4 ou 5 jours
- 11 - elle dort sous une moustiquaire

Parmi les éléments suivants de l'examen clinique, lesquels auraient pu vous aider à confirmer votre diagnostic ?

- 1 - PA debout: 65/40
- 2 - il n'y a pas de signes méningés
- 3 - on entend quelques râles sibilants peu intenses de la base pulmonaire gauche
- 4 - le TR ne ramène pas de sang
- 5 - les réflexes ostéo-tendineux sont normaux
- 6 - il n'y a pas d'œdèmes des membres inférieurs
- 7 - il existe un souffle cardiaque systolique
- 8 - les paumes des mains sont pâles
- 9 - les veines des bras sont peu visibles
- 10 - il existe un petit goitre

Parmi les examens paracliniques suivants, quels sont ceux que vous jugez utiles pour confirmer votre diagnostic ?

- 1 - abdomen sans préparation debout de face
- 2 - Rx pulmonaire de face
- 3 - hématicrite
- 4 - hémoglobine
- 5 - numération des leucocytes et formule leucocytaire
- 6 - TS et TC
- 7 - ionogramme sanguin
- 8 - échographie abdominale
- 9 - examen parasitologique des selles
- 10 - dosage des transaminases (SGOT et SGPT)
- 11 - dosage de la bilirubine
- 12 - recherche de sang dans les urines
- 13 - examen bactériologique des urines
- 14 - goutte épaisse et frottis
- 15 - amylasémie

5.3 - Cartes de Barrows

Description de la méthode

Ce type particulier d'examen s'inspire du même principe que l'examen programmé tel qu'il est décrit dans le «guide pédagogique pour les personnels de santé» de l'O.M.S. Cette méthode est habituellement utilisée pour tester la capacité décisionnelle d'un participant. On peut l'utiliser pour des étudiants en médecine, des médecins, des infirmiers, des sages-femmes... ou même des matrones illettrées puisque il s'agit d'un examen oral.

Grâce à ce type de test, l'accent est mis sur la capacité d'un participant à prendre la bonne décision face à une situation donnée. La situation envisagée doit être aussi proche que possible de la réalité. Le plus simple lorsque l'on construit cet outil d'évaluation est donc de choisir une situation que l'on a soi-même vécue et de redécomposer les étapes successives qui ont amené à prendre telle ou telle décision et les conséquences que ces décisions ont entraînées.

Dans un certain contexte (lieu, heure), un patient s'est présenté à vous avec telle ou telle plainte et telle condition physique. Quelle décision avez-vous prise (traitement ? référence ? examens complémentaires...). Quelles ont été les conséquences immédiates de vos actions? La condition du patient s'est-elle améliorée ou détériorée ?

En situation réelle, vous obtenez cette information immédiatement ce qui vous permet de réajuster le tir. Les cartes de Barrows essaient de reproduire l'expérience vécue en donnant immédiatement un feed-back du participant vis à vis de ses actions.

Caractéristiques*

Les cartes de Barrows constituent la base des systèmes utilisés pour la simulation par ordinateur.

Elles explorent la capacité de décision d'examens complémentaires et d'attitudes thérapeutiques.

C'est un examen oral mais objectif : chaque choix du participant est noté selon l'échelle de pondération à 5 niveaux (choix nuisible à essentiel) ; une décision létale peut constituer une note éliminatoire.

Structure

Les cartes de Barrows sont constituées de 3 éléments :

- le cas clinique,
- la liste de choix,
- le jeu de cartes : conséquences du choix ou de la décision.

Le cas clinique :

Le cas clinique doit être clair, précis et limité (une page environ).

Le diagnostic n'est pas fourni, mais il est facilement accessible.

CAS CLINIQUE

La liste de choix

Liste de 20 à 50 choix en rapport avec le cas clinique :

- choix de prescription d'examens
- choix d'ordre thérapeutique.

Les choix doivent être bons, mauvais ou neutres.

LISTE DE CHOIX
1 _____

20 _____

50 _____

* d'Ivernois J.F., Chabot J.M. *Guide de l'évaluation au cours des études médicales*, Faculté de médecine et de pharmacie Casablanca, 1987, 70p.

Le jeu de cartes

Le jeu de cartes comprend autant de cartes qu'il y a de choix.

Chaque carte (ou choix) comporte la conséquence de la décision et non un jugement de valeur sur la décision.

Certaines cartes peuvent être remplacées par un document : radiographie, examen de laboratoire...

JEU DE
CARTES

1

20

50

Notation

Chaque carte ou choix est noté selon l'échelle internationale à 5 niveaux :

- 2 : nuisible, coûteux, voire dangereux
- 1 : inutile, mais non nuisible
- 0 : indifférent
- +1 : utile
- +2 : essentiel

Un choix, correspondant à une faute grave (décision létale), peut être considéré comme éliminatoire.

- Score de l'étudiant = somme algébrique des choix positifs et négatifs.
- La moyenne ou «barre» est située à 60 ou 70% du score maximum, selon la difficulté du problème. Elle doit de toutes façons être supérieure ou égale au score correspondant à la démarche minimale de sécurité, fixé au moment de la construction de l'épreuve.

Remarques

- Brûler les étapes ne fait pas gagner de points ; la décision doit être opportune et reposer sur des bases solides.
- Lors de la construction de l'épreuve, il faut :
 - veiller à ce que la somme de tous les choix ne corresponde pas à la moyenne,
 - éviter que les seuls choix de prescription d'examens ne permettent à l'étudiant d'atteindre la moyenne exigée, avant même d'avoir traité le malade.

Déroulement

Le participant est assis face à l'examineur. Il lit le cas clinique et la liste des propositions d'actions (liste de choix). Il choisit autant de propositions qu'il le souhaite, sans limite de temps. Les cartes numérotées sont étalées sur la table, le numéro face contre ciel. Le participant choisit les cartes correspondant à son choix pour lire la conséquence de son action. L'examineur peut ainsi noter au fur et à mesure en fonction du numéro choisi.

Exemple : épidémie de choléra dans un camp de réfugiés (80 000 personnes)

Cas clinique :

Assistant médical, vous recevez :

Le lundi :

- un cas de diarrhée avec déshydratation chez une femme de 40 ans,

Le mardi :

- 2 adultes :
 - une femme de 56 ans,
 - un homme de 25 ans.

Ces deux personnes sont en état de choc. Elles présentent des signes de déshydratation sévère due à une diarrhée profuse et à des vomissements. Elles se plaignent de crampes musculaires.

- 2 enfants :
 - un agé de 8 ans, déshydraté,
 - un agé de 3 ans en état de choc.

Les deux enfants souffrent également de diarrhée profuse.

Le mercredi, vous signalez 2 morts dans le camps du fait de diarrhées et 15 personnes qui consultent pour vomissements, diarrhée liquide et déshydratation.

Le contexte général est le suivant :

- fin de la saison sèche,
- restriction en eau : 10 l./pers./24h,
- les puits de surface se sont multipliés depuis un mois, l'eau n'étant plus traitée,
- 1 latrine pour 150 personnes du fait de l'arrivée de 20 000 personnes ces derniers mois.

Que faites-vous ?

1. Je fais isoler les malades présentant une diarrhée acquise + vomissements.	1. Les autres malades de l'hôpital sont protégés.	+2
2. J'envoie au laboratoire les prélèvements de selles pour recherche de choléra.	2. La réponse sous 48 h. est +.	+2
3. J'entreprends une campagne de vaccination anticholérique et commande les vaccins.	3. Vos supérieurs hiérarchiques sont mécontents et vous disent que vous jetez l'argent par les fenêtres.	- 2
4. Je sectorise une partie de l'hôpital en fonction de l'âge et du sexe.	4. Les patients sont sectorisés.	0
5. Je préviens les autorités du camps de réfugiés immédiatement.	5. Le chef du camp vous délègue du personnel et vous obtient des fonds.	+1
6. Je préviens le Ministère de la Santé du pays.	6. Le Ministère vous délivre les autorisations nécessaires.	+1
7. J'organise un système d'évacuation des malades sur l'hôpital de la ville provinciale située à 40 km.	7. L'hôpital est déjà plein et n'accepte plus les malades.	0
8. Je distribue de la doxycycline à toute la population.	8. Vous êtes rapidement en rupture de stock et vous n'avez plus de doxycycline pour protéger la population à risque.	- 1
9. Je choisis de ne pas avertir la population de peur de l'affoler.	9. Des rumeurs circulent dans le camps concernant l'empoisonnement criminel de la population.	- 2
10. Je traite les vomissements des patients avec du primpéran.	10. Vos stocks sont épuisés en moins de 24h.	- 1
11. J'organise une distribution générale de vitamine C.	11. Vos réserves ne vous permettent pas d'assurer cette distribution.	0
12. Je fais l'inventaire des stocks en vue de commander du Ringer Lactate, de la tétracycline, du chlore et du matériel à injection.	12. Vous pouvez envoyer votre commande en urgence.	+2
13. Je fais des prélèvements au niveau des puits.	13. Les prélèvements reviennent positifs dans une des sections.	+1
14. J'organise une équipe pour chlorer l'eau des puits.	14. Le nombre de cas diminue.	+1
15. J'organise une équipe pour creuser des latrines.	15. Le nombre de cas diminue.	+1
16. J'organise une campagne d'information pour toute la population du camp.	16. La morbidité et la mortalité diminuent. Les rumeurs disparaissent. La population se calme.	+1
17. J'organise des équipes d'agents de santé pour faire de la recherche active.	17. La mortalité diminue.	+2
18. J'identifie un endroit où l'on puisse établir un camp de traitement du choléra.	18. Vous organisez votre camp en trois jours, le nombre de cas diminue.	+1
19. Je n'isole que les malades perfusés.	19. Les diarrhées se propagent aux autres malades de l'hôpital.	- 1
20. Je distribue de l'imodium à tous les patients.	20. Les patients vomissent l'imodium.	- 1
21. J'informe le personnel de l'hôpital sur les mesures de désinfection à prendre et sur les conduites à tenir.	21. La prise en charge des patients s'améliore. La mortalité baisse.	+ 2

**Propositions
Conséquences**

Pondération

Note maximale : 18 points

Niveau acceptable de performance : 14 points

5.4 - ESO

Examen séquentiel objectif (E.S.O.)

Ce type d'examen permet d'évaluer de nombreuses compétences pour un groupe de participants en un temps relativement court.

Le principe est d'organiser un circuit comportant des stations (de 5 à 10 habituellement dans les situations de formation rencontrées dans les contextes où nous travaillons). A chaque station, une tâche particulière est évaluée qu'elle fasse partie du domaine des connaissances, des habiletés gestuelles ou du domaine de la communication (savoir, savoir faire, savoir être).

Exemples de stations :

- dans le domaine des connaissances: QROC, QCM, Cas cliniques, cartes de Barrows...
- dans le domaine des habiletés gestuelles : examen clinique sur un patient simulé ou réel, préparation d'une perfusion, préparation d'une goutte épaisse, injection IM dans une orange, réalisation d'une suture...
- dans le domaine de la communication : rassurer un patient (simulé), convaincre une mère d'amener son enfant à la séance de vaccination...

L'évaluation de chacune des tâches se fait au moyen d'une grille préparée à l'avance. Il faut prévoir un examinateur pour chaque station et éventuellement un patient simulé ou réel pour certaines stations.

En général, chaque épreuve dure environ cinq minutes. A l'issue de cette période de temps, les participants doivent impérativement passer à la station suivante. Les explications concernant ce que l'on attend précisément du participant doivent être fournies par écrit et tout le matériel nécessaire à la réalisation de la tâche doit être mis à disposition. Il faut faire en sorte que le participant n'ait pas besoin de poser de question. Lorsque l'on prépare cet examen, il faut s'assurer que les épreuves sont d'égale durée.

Un animateur central organise le flux des participants et contrôle le temps. En pratique, au début de l'épreuve, le premier participant entre à la première station, puis au top de l'animateur central, il passe à la deuxième et le deuxième participant entre à la première. Les participants se suivent mais ne doivent pas se rencontrer. Il faut également prévoir un «stockage» des participants à l'entrée ou à la sortie pour qu'il n'y ait pas de communication entre ceux qui ont fini et ceux qui n'ont pas commencé.

6. Exemple de grille d'observation de tâches techniques

Liste de procédure et d'évaluation de la pose d'une perfusion

E : éliminatoire si non effectué correctement

Niveau acceptable de performance : 80% de la note maximale (notation sur 22)

- Vérifier la prescription du médecin .../1
- Préparer le matériel (flacon, tubulure, cathlon, coton, antiseptique, garrot, haricot) .../1
- Inscrire la date et l'heure sur le flacon .../1
- Se laver les mains .../1
- mettre des gants non stériles .../1
- Informer le malade .../1
- Désinfecter le bouchon du flacon .../1 ou E
- Purger la tubulure .../2 ou E
- Garder l'extrémité de la tubulure stérile .../1 ou E
- Préparer le sparadrap pour fixer la perfusion .../1
- Mettre le garrot sur le bras du malade et repérer une veine .../0
- Désinfecter la peau au point de ponction .../1
- Piquer la peau puis la veine .../0
- Vérifier le retour du sang dans le cathlon .../1 ou E
- Retirer le mandrin .../0
- Ajuster l'extrémité de la tubulure au cathlon de manière aseptique .../1 ou E
- Enlever le garrot .../1
- Ouvrir la roulette .../1
- Fixer le cathlon avec du sparadrap (mettre une attelle pour un enfant) .../1 ou E
- Vérifier l'absence de gonflement au point de ponction .../1 ou E
- Vérifier le débit de la perfusion et l'adapter à la condition du malade .../2 ou E
- Eliminer les déchets en respectant la procédure en vigueur .../1 ou E
- Noter la perfusion sur la feuille de surveillance du malade .../1 ou E

7. Exemple de grille d'observation des attitudes

7.1 - L'évaluation du comportement se fait sur les critères et l'échelle de mesure suivants :

A = CONSTANT B = FRÉQUENT C = RARE D = JAMAIS

date date date date date date

Assiduité, ponctualité :

A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intérêt pour le patient :

A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les éléments décrits sont pratiquement tous constatés +2	La majorité des éléments décrits est constatée +1	La majorité des éléments décrits n'est pas constatée 0	Aucun des éléments décrits n'est constaté et/ou erreur ou omission importante -1
--	--	--	---

C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motivations professionnelles :

Les éléments décrits sont pratiquement tous constatés +2	La majorité des éléments décrits est constatée +1	La majorité des éléments décrits n'est pas constatée 0	Aucun des éléments décrits n'est constaté et/ou erreur ou omission importante -1
--	--	--	---

A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les éléments décrits sont pratiquement tous constatés +2	La majorité des éléments décrits est constatée +1	La majorité des éléments décrits n'est pas constatée 0	Aucun des éléments décrits n'est constaté et/ou erreur ou omission importante -1
--	--	--	---

Sens des responsabilités :A B

Les éléments décrits sont pratiquement tous constatés +2	La majorité des éléments décrits est constatée +1	La majorité des éléments décrits n'est pas constatée 0	Aucun des éléments décrits n'est constaté et/ou erreur ou omission importante -1
--	---	--	--

C D

Les éléments décrits sont pratiquement tous constatés +2	La majorité des éléments décrits est constatée +1	La majorité des éléments décrits n'est pas constatée 0	Aucun des éléments décrits n'est constaté et/ou erreur ou omission importante -1
--	---	--	--

Les éléments décrits sont pratiquement tous constatés +2	La majorité des éléments décrits est constatée +1	La majorité des éléments décrits n'est pas constatée 0	Aucun des éléments décrits n'est constaté et/ou erreur ou omission importante -1
--	---	--	--

Les éléments décrits sont pratiquement tous constatés +2	La majorité des éléments décrits est constatée +1	La majorité des éléments décrits n'est pas constatée 0	Aucun des éléments décrits n'est constaté et/ou erreur ou omission importante -1
--	---	--	--

Esprit d'initiative :A

Les éléments décrits sont pratiquement tous constatés +2	La majorité des éléments décrits est constatée +1	La majorité des éléments décrits n'est pas constatée 0	Aucun des éléments décrits n'est constaté et/ou erreur ou omission importante -1
---	--	---	---

B C D **Esprit d'organisation :**A

Les éléments décrits sont pratiquement tous constatés +2	La majorité des éléments décrits est constatée +1	La majorité des éléments décrits n'est pas constatée 0	Aucun des éléments décrits n'est constaté et/ou erreur ou omission importante -1
---	--	---	---

B C D

7.2 Communiquer avec un patient

Grille d'évaluation d'un entretien

1/ Introduction de l'entretien

L'étudiant salue le patient, se présente. Il expose les modalités de l'entretien de façon claire et compréhensible

L'étudiant crée toutes les conditions de lieu et de temps pour le bien-être du patient et la confidentialité de l'entretien ; il adopte une attitude de réceptivité ouverte à la communication.

2/ Déroulement de l'entretien

L'étudiant laisse le patient s'exprimer pendant l'entretien sans l'interrompre et n'apporte pas d'interprétation subjective. Il contrôle ses réactions spontanées (verbales et non verbales).

L'étudiant évalue ce que le patient connaît de sa maladie (perception subjective) et ce que le patient veut savoir au sujet de sa maladie (c'est-à-dire, le niveau d'information que le patient veut recevoir) en posant des questions ouvertes et en utilisant les contenus verbaux et les signaux non verbaux pour poser les questions.

L'étudiant reformule les contenus du patient ; il pose des questions de vérification et de clarification, fait des commentaires de facilitation et effectue une synthèse.

L'étudiant communique au patient l'information que le patient a demandée en vérifiant en permanence son niveau d'intégration. L'étudiant utilise un langage adapté au patient, il vérifie la bonne compréhension, il tient compte de son niveau de compréhension et de son contexte socio-culturel.

L'étudiant laisse le patient exprimer ses émotions, il identifie les émotions et les préoccupations du patient en posant des questions ouvertes, en utilisant les contenus verbaux et les signaux non verbaux.

L'étudiant répond aux émotions sans les banaliser, il ne rassure pas trop tôt et superficiellement le patient. Il ne rassure pas le patient avec des explications peu crédibles, il fait des commentaires d'empathie, de légitimation et de respect.

3/ Clôture de l'entretien

L'étudiant laisse le patient poser des questions et sollicite lui-même le questionnement du patient. Il fait réaliser par le patient une synthèse des points saillants de l'entretien. Il confirme son niveau d'accord avec la synthèse du patient.

SCORE TOTAL

BARRE DE PASSAGE : 11 POINTS

8. Exemple de programme de formation

COMPÉTENCES	TÂCHES	CONTENUS	ACTIVITÉS+RESSOURCES	EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les mesures de la prévention de la transmission du choléra en vigueur dans le camp 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le mécanisme de la transmission féco-orale • Identifier les personnes pouvant transmettre la maladie dans l'enceinte du camp • Identifier les circonstances favorisant cette transmission • Utiliser les mesures de prévention en vigueur dans toutes les circonstances prescrites • Préparer les solutions chlorées à 2%, 0,2% et 0,05 • Expliquer à un agent de santé les circonstances d'utilisation de chaque type de solution 	<ul style="list-style-type: none"> • Notion de micro-organismes infectieux • Réservoir humain • Milieu de transport : eau... • Contacts humains (mains+++) • Contacts selles infectées/eau/mains • Isolement des malades, port de l'uniforme, bottes, utilisation du savon, des différents types de solutions (nettoyage sols, cadavres, mains, malades, désinfection des selles et vomissements...) 	<ul style="list-style-type: none"> • A partir d'une discussion de groupe sur les croyances traditionnelles concernant la transmission du choléra, introduire les notions "scientifiques occidentales" • Discussion de groupe pour l'identification des personnes et des circonstances • Discussion de groupe sur les mesures observées pendant la visite de terrain. Synthèse et complément si besoin – Ressources : tableaux, marqueurs • TP : préparation des solutions – Ressources : chlore/eau/seaux • Jeux de rôles 	<ul style="list-style-type: none"> • QCM
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiquer un cas de choléra simple (non déshydraté) 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire l'interrogatoire orienté du malade et de sa famille • Identifier les symptômes du choléra • Prendre le pouls, la TA et la température du malade 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques du choléra chez l'adulte et chez l'enfant • Notions simples sur le rôle du cœur et de la circulation sanguine • Notions simples de thermorégulation • Apprentissage des gestes 	<ul style="list-style-type: none"> • «Cours magistral» – Ressources : tableau, craie • TP avec démonstration et pratique. Utilisation de listes de procédures 	<ul style="list-style-type: none"> • QCM • Évaluation pratique avec grille d'observation

pour la formation d'un auxiliaire de santé dans un camp choléra

	J1	J2	J3	J4	J5
S E M A I N E 1	<p>A.M.</p> <ul style="list-style-type: none"> Présentation du programme de la formation et de J1 Description du camp choléra 	<ul style="list-style-type: none"> Discussion de groupe Mécanismes de transmission du choléra Mesures de prévention dans le camp - 5-6-7-8 	<ul style="list-style-type: none"> Cours magistral Signe clinique d'un cas de choléra non compliqué Interrogatoire du malade -11-12 	<ul style="list-style-type: none"> TP sur prise de la tension artérielle -13- Évaluation formative pratique sur TA 	<ul style="list-style-type: none"> Révision théorique en fonction du résultat de l'évaluation formative
	<p>P.M.</p> <ul style="list-style-type: none"> Visite du camp choléra Travail de groupe et présentation du plan du camp choléra -1-2-3-4 	<ul style="list-style-type: none"> TP préparation des solutions chlorées -9-10- Jeu de rôle sur l'utilisation des différentes sortes de solutions Évaluation formative sur préparation de solutions 	<ul style="list-style-type: none"> TP sur prise de la température et du pouls Évaluation formative pratique sur T°, pouls -13- 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation formative théorique sur la transmission du choléra les mesures de prévention et les signes cliniques du choléra non compliqué 	<ul style="list-style-type: none"> Procédures d'admission d'un malade (rôle de l'agent de santé, carte verte d'admission) Exercice pour remplir la fiche d'admission : jeu de rôle
S E M A I N E 2	<p>A.M.</p> <ul style="list-style-type: none"> Traitement d'un cas de choléra simple (rôle du SRO) -18- Présentation des médicaments utilisés dans le camp - exercice de distribution -19- 	<ul style="list-style-type: none"> Principes de la surveillance d'un malade Exercice de remplissage de feuillets de surveillance -20-21-22-23-24 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation sommative (50% note finale) Théorique Cas cliniques.. 	<ul style="list-style-type: none"> Apport théorique sur les signes cliniques déshydratation Visite de terrain pour examen des malades déshydratés -25- 	<ul style="list-style-type: none"> Apport théorique sur les signes cliniques de choc hypovolémique -26- Pratique de pose de perfusion sur les malades -32-36-42
	<p>P.M.</p> <ul style="list-style-type: none"> TP préparation du SRO -17- Évaluation formative pratique sur SRO 	<ul style="list-style-type: none"> Révision des pratiques : poids, TA, température, solutions chlorées, SRO 	<ul style="list-style-type: none"> Pratique (ESO) 	<ul style="list-style-type: none"> Indication et complication + TP sur la pose d'une perfusion (simulation) -36-41-42 	<ul style="list-style-type: none"> Indications et complications + TP sur la pose d'une sonde nasogastrique (simulation) Évaluation formative pratique -34-
S E M A I N E 3	<p>A.M.</p> <ul style="list-style-type: none"> Apport théorique sur les signes cliniques de détresse respiratoire, coma et convulsion -27-28-30 Pratique de pose de perfusion sur des malades -32-36-42 	<ul style="list-style-type: none"> Travail de groupes sur cas concrets pour déshydratation, détresse respiratoire, convulsion, coma -25-26-27-28-30 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation sommative (50% de la note finale) Théorique (cas concrets) 	<ul style="list-style-type: none"> Gestion de la pharmacie d'une unité de soins Exercices de commandes de médicaments -43-44-45-46 	<ul style="list-style-type: none"> Agent de santé invité comme intervenant extérieur pour dialoguer avec les élèves sur son rôle dans le camp -54-55-56
	<p>P.M.</p> <ul style="list-style-type: none"> Jeu de rôle pour convaincre une mère d'accepter la sonde nasogastrique pour son enfant -35- Étude des protocoles pour réévaluer un malade compliqué -31-32-33 	<ul style="list-style-type: none"> Cas concrets surveillance des malades -37-38-39-40 Jeu de rôle pour interroger un malade pour convulsions -29- 	<ul style="list-style-type: none"> Pratique - pose de perfusion Pratique - pose de sonde nasogastrique 	<ul style="list-style-type: none"> Gestion du stock de matériel non médical -47-48-49 Visite des stocks pharmacie et matériel non médical 	<ul style="list-style-type: none"> Visite de terrain et travail de groupe pour la compétence "référer oralement toute situation sanitaire dans le cadre d'un rapport ou d'une demande d'intervention" -50-51-52-53

Cette formation de proximité ne dure que trois semaines (15 jours de cours) à l'issue desquelles les élèves doivent impérativement être opérationnels du fait du contexte d'urgence. Le principe qui sous-tend le programme est l'application immédiate sur le terrain des compétences enseignées. Ainsi, les élèves sont-ils immédiatement envoyés dans le camp choléra afin d'observer les lieux, de pratiquer des gestes, d'examiner des malades... On peut éventuellement envisager d'envoyer les élèves en stage à plein temps pendant les week-ends en limitant leur activité aux compétences enseignées. Pendant le premier week-end, les élèves pourraient préparer des solu-

JOURS	LUNDI		MARDI	MERCREDI
Enoncé des cours	<ul style="list-style-type: none"> • Pose de perfusion Séance pratique en simulation à l'école			
Classes	A	B		
Heures	Matin	Matin		
	Après-midi.	Après-midi		
Noms des enseignants, des intervenants				
Commentaires				

tions chlorées, prendre les constantes vitales des malades et préparer l'admission des cas simples de choléra, puis pendant le second week-end, ils pourraient en plus administrer le traitement de SRO, distribuer les médicaments, surveiller les malades, poser des perfusions et des sondes gastriques.

8.1 - Liste des compétences

En nous basant sur la description de poste des auxiliaires de santé dans un camp choléra, nous avons établi la liste des compétences et des tâches qui sous-tendent ces compétences.

- **Orienter correctement un patient, son accompagnant familial ou un agent de santé dans un camp choléra :**

1. expliquer à une tierce personne (patient, membre de la famille, agent de santé) l'organisation spatiale d'un camp choléra,
2. nommer les différents secteurs d'un camp choléra (admission, observation, hospitalisation cas simples, hospitalisation cas compliqués, pédiatrie, salles d'accouchement, secteur des convalescents, morgue, blocs sanitaires pour les patients, blocs sanitaires pour le personnel, cuisines, stocks de matériel et de médicaments, salle de préparation du SRO, incinérateur),
3. expliquer le parcours du patient dans le camp,
4. expliquer à un agent hospitalier quelles sont les zones contaminées et non contaminées dans le camp.

• Appliquer les mesures de prévention de la transmission du choléra en vigueur dans le camp choléra :

Contenu	Methodes d'enseignement	Temps	Matériel
Anatomie et physiologie du système circulatoire	Questions Réponses	10 mn	<ul style="list-style-type: none"> • tableau • poster du système circulatoire
Comment prendre le pouls ?	Démonstration pratique	10 mn	<ul style="list-style-type: none"> • poster • montre
Pratique de la prise de pouls	Pratique de la tâche – sur soi même – sur un autre élève	20 mn	<ul style="list-style-type: none"> • montre
Evaluation formative	Mise en situation	15 mn	<ul style="list-style-type: none"> • montre

5. expliquer le mécanisme de la transmission féco-orale,
6. identifier les personnes pouvant transmettre la maladie dans l'enceinte du camp,
7. identifier les circonstances favorisant cette transmission,
8. utiliser les mesures de prévention en vigueur dans toutes les circonstances prescrites (port de l'uniforme, port de bottes, lavage des mains, chloration...),
9. préparer les solutions chlorées à 2%, 0,2% et 0,05%,
10. expliquer à un agent hospitalier les circonstances d'utilisation de chaque type de solution,

- **Diagnostiquer un cas de choléra simple (non déshydraté) :**
 11. faire l'interrogatoire orienté du malade et de sa famille,
 12. identifier les symptômes du choléra (diarrhée profuse, vomissements et douleurs musculaires),
 13. prendre le pouls, la tension artérielle et la température du malade.
- **Organiser l'admission d'un cas de choléra simple :**
 14. remplir un dossier d'admission,
 15. superviser le travail de l'agent hospitalier concernant l'installation du malade et de son «accompagnant»,
 16. expliquer au malade et à son accompagnant «les règles de vie» dans le camp choléra.
- **Administer le traitement d'un cas de choléra simple :**
 17. préparer les quantités requises de SRO,
 18. expliquer au malade et à son accompagnant pourquoi et comment utiliser le SRO,
 19. distribuer les médicaments prescrits (et s'assurer de leur prise).
- **Assurer la surveillance d'un cas de choléra simple :**
 20. prendre les constantes vitales du patient suivant la prescription,
 21. les reporter sur la feuille de surveillance,
 22. noter les selles et les vomissements sur la feuille de surveillance,
 23. vérifier la réhydratation orale et les prises médicamenteuses,
 24. alerter la personne appropriée si l'état du malade se dégrade.
- **Diagnostiquer un cas de choléra compliqué : reconnaître une déshydratation, un choc hypovolémique, une détresse respiratoire, une convulsion, un coma :**
 25. identifier les signes cliniques de déshydratation chez un adulte et un enfant,
 26. identifier les signes cliniques de choc hypovolémique chez un adulte et un enfant,
 27. identifier les signes cliniques de détresse respiratoire chez un adulte et un enfant,
 28. identifier les signes cliniques de convulsion chez un adulte et un enfant,
 29. faire l'interrogatoire orienté de l'accompagnant du malade en cas de suspicion de convulsion,
 30. identifier les signes cliniques d'un coma.
- **Référer un cas de choléra compliqué au personnel de santé approprié :**
 31. dans tous les cas cités, alerter immédiatement le personnel compétent,
 32. en cas de choc, poser une voie d'abord veineuse avec un soluté de Ringer lactate®,
 33. en cas de détresse respiratoire ralentir la perfusion au minimum suivant le protocole (nombre de gouttes/mn).

- **Administer le traitement d'un cas de choléra compliqué en fonction des prescriptions :**

34. poser une sonde naso-gastrique en respectant les règles de l'asepsie suivant la prescription,
35. convaincre la mère d'un enfant d'accepter la pose de sonde gastrique pour son enfant,
36. poser une voie d'abord veineuse en respectant les règles de l'asepsie suivant la prescription.

- **Assurer la surveillance d'un cas compliqué en fonction des prescriptions :**

37. prendre les constantes vitales du malade (pouls, TA) suivant la fréquence indiquée sur les prescriptions,
38. reporter les données sur la feuille de surveillance adéquate,
39. alerter le personnel adéquat si l'état du malade se dégrade (détresse respiratoire, coma, convulsion, choc hypovolémique),
40. noter la fréquence des selles et des vomissements sur la feuille de surveillance en fonction de la prescription,
41. surveiller une perfusion (état veineux, débit) et prendre les mesures adéquates suivant le protocole en vigueur,
42. renouveler une perfusion en fonction des prescriptions.

- **Gérer la pharmacie d'une unité de soins dans le camp choléra :**

43. faire l'inventaire du stock de pharmacie d'une unité de soins,
44. prévoir les quantités correctes à commander,
45. commander les quantités appropriées de solutés, médicaments et matériel médical,
46. ranger les drogues en respectant les conditions optimales de stockage.

- **Gérer le stock de matériel d'une unité de soins :**

47. identifier les besoins en matériel non médical,
48. commander le matériel non médical de façon appropriée,
49. assurer la maintenance du matériel non médical dans la mesure de ses connaissances.

- **Référer oralement toute situation sanitaire dans le cadre d'un rapport ou d'une demande d'intervention :**

50. nommer les différentes catégories de personnel dans le camp,
51. faire l'organigramme du personnel du camp,
52. expliquer la fonction de chaque catégorie de personnel,
53. expliquer le rôle des auxiliaires de santé dans les différents secteurs où ils travaillent.

- **Superviser le travail des agents hospitaliers dans l'unité de soins :**

54. décrire le poste de travail d'un agent hospitalier,
55. organiser le travail des agents hospitaliers,

56. aider les agents hospitaliers dans la réalisation de leur travail.

8.2 - Extrait du plan de programme

8.3 - Planning général

9. Exemple de planification hebdomadaire

Semaine N°:

Dates : du .../.../... au .../.../...

10. Exemple de plan de cours

Sujet	: « comment prendre le pouls »
Nombre d'élèves	: 20
Objectifs du cours	: À la fin de la séance, les élèves doivent être capables de : <ul style="list-style-type: none">– décrire la fonction des battements cardiaques,– identifier 3 endroits du corps où prendre le pouls,– prendre le pouls.
Évaluation	: observation individuelle de la pratique avec grille.

11. Grille d'évaluation d'une séance d'enseignement / apprentissage

* Tiré du travail de DEA : Validation d'un guide d'évaluation de programmes de formation en santé mis en oeuvre dans les pays en situation de précarité. 1996, Claire Marchand.

Cette grille représente un outil de base pour l'observation d'une séance d'enseignement/apprentissage. La liste des items proposés n'est pas exhaustive, chaque évaluateur est libre de la modifier ou de la compléter en fonction du contexte. Les indicateurs et les critères proposés tentent d'apprécier la qualité des stratégies d'enseignement/apprentissage en général et en particulier sous l'aspect du développement des compétences de résolution de problèmes.

L'échelle utilisée est la même que pour le guide d'évaluation. Il est ainsi facile d'identifier les lacunes au niveau d'une séance d'enseignement/apprentissage.

- 1** Très bonne appréciation correspondant à : très satisfaisant, parfait, toujours...
—> **Aucune amélioration n'est nécessaire.**
- 2** Bonne appréciation correspondant à : satisfaisant, acceptable, souvent ...
—> **Des améliorations sont possibles.**
- 3** Mauvaise appréciation correspondant à : insuffisant, non satisfaisant, médiocre, rarement...
—> **Nécessite des améliorations rapidement.**
- 4** Très mauvaise appréciation correspondant à : très insuffisant, mauvais, jamais...
—> **Des améliorations urgentes et approfondies doivent être mises en oeuvre.**

Organisation générale de la séance

- Les objectifs d'enseignement sont clairement définis

1 2 3 4

Ce guide s'adresse aux médecins et paramédicaux chargés de formation et d'encadrement de personnel local. Il peut également servir aux non médicaux qui s'intéressent à la formation puisqu'il s'agit d'orienter, de structurer la démarche et la méthode générale quelle que soit la spécialité enseignée. Chaque chapitre peut être lu indépendamment mais pour concevoir un programme, il est conseillé d'en suivre l'ordre chronologique.

Il utilise un vocabulaire simple et précis qu'il faut posséder pour se comprendre quand on parle de formation et comprend de nombreux exemples du terrain regroupés dans les annexes.