

Institut de Formation et de Recherche
Interdisciplinaires en Santé (IFRIS)
09 BP 311 Ouagadougou 09, Burkina Faso
Tel: +226 70 11 33 02 / +226 25 40 75 41



BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

Mémoire de fin d'études

Titre :

**Contribution de la formation des médecins généralistes
en gestion de districts au fonctionnement des districts
sanitaires de la région sanitaire du Centre
au Burkina Faso**

En vue de l'obtention du master 2 en sciences infirmières

(Option : Pédagogie et Management de la qualité et sécurité des soins)

Présenté par :

Abel Téwendé KINDA

Directeur :

ROUAMBA George, Ph.D

Socio-anthropologue

Co-Directrice :

Dr SANON/ OUEDRAOGO Djénéba

MD, MPH, DIU vaccinologie

Jury :

Président

Pr Fla KOUETA, Professeur titulaire

Membre

Dr Abdoulaye SO, MD, MPH, qualicien

Membre

Dr Paulin SOMDA, MD, MPH

Année académique 2016-2017

DEDICACES

- A toute la famille KINDA

- A nos frères et sœurs :

Pour votre soutien inestimable durant cette formation

- A notre chère épouse Aimée NANA

Pour ton soutien inestimable et ta compréhension durant notre formation.

Que DIEU te bénisse !

- A nos enfants Ariane Nadège et Toussaint Elvis

Vous qui avez été souvent privés de l'affection de votre père, trouvez en ce travail la culture de l'effort et du travail bien fait.

A tous nos collègues de la promotion 2015 - 2017, première promotion des conseillers de santé, master II en sciences infirmières et en sciences maïeutiques et santé de la reproduction, souvenir inoubliable. Que cet esprit de solidarité qui a prévalu tout au long de la formation puisse être pérenne en vue des actions futures.

“ in mémorium”

- A feu notre père Kayouré Gilbert et à feu notre mère Noaga

Madeleine KINDA :

Vous qui avez semé en nous le germe du travail bien fait. Trouvez en cette œuvre toute notre gratitude pour l'éducation que vous nous avez donnée !

Reposez en paix !

REMERCIEMENTS

Au terme de notre travail, nous tenons à remercier sincèrement tous ceux qui ont participé de près ou de loin au bon déroulement de notre formation et à l'aboutissement de ce travail. Ce sont :

- ❖ Monsieur le Directeur de l'institut de formation et de recherche interdisciplinaire en santé (IFRIS)
- ❖ L'ensemble des enseignants de l'institut de formation et de recherche interdisciplinaire en santé (IFRIS)
- ❖ L'équipe de direction de notre étude :
 - **Dr Georges ROUAMBA** : notre Directeur de mémoire.
Malgré vos multiples occupations, vous n'avez ménagé aucun effort pour notre encadrement. Vous qui avez toujours été disponible et attentif à nos nombreuses sollicitations, veuillez trouver ici, l'expression de notre reconnaissance.
 - **Dr Djeneba SANON** : notre co-Directrice de mémoire. Votre disponibilité permanente et légendaire , votre rigueur et votre sens du travail bien fait ont permis de modeler et de parfaire ce travail. Soyez-en remercié.
- ❖ Les personnes ressources :
 - **Monsieur Noufou Gustave NANA** : Vous qui nous avez initié à la recherche qualitative, merci pour vos précieux conseils et votre soutien technique.
 - **Dr Adama Diallo** : merci pour l'apport que vous avez fait dans ce travail. Que DIEU vous bénisse !
 - **Monsieur Yempani LANKOANDE** : merci pour avoir apporté votre expertise en lisant ce document. Que DIEU vous bénisse !

- ❖ A monsieur le Directeur Régional de la Santé du Centre : merci pour avoir permis et faciliter l'étude au sein de votre direction.
- ❖ Aux différents médecins chefs de districts et leurs adjoints : merci pour avoir accepté participer à cette étude.
- ❖ Aux membres des équipes cadres des districts (CISSE, planificateurs) : merci pour avoir mis à notre disposition les différents documents dont nous avons besoins pour cette étude
- ❖ A mes amis Arthur, François, Jean, Alexis : merci pour vos soutiens multiformes.
- ❖ Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de l'œuvre.

Table des matières	
DEDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iv
Liste des sigles et abreviations.....	viii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	xi
Listes des annexes.....	xii
Resumé.....	xiii
Introduction.....	2
Chapitre 1 : Problématique.....	5
1.1. Enoncé du problème.....	5
1.2. But de l'étude.....	7
1.3. Question de recherche.....	7
1.4. Objectifs.....	8
Chapitre 2 : Revue de la littérature.....	10
2.1. Le district sanitaire.....	10
2.2. Description du programme de formation en gestion de district sanitaire.....	13
2.1. Etudes sur la question du renforcement des capacités des médecins.....	15
2.2. Modèle théorique.....	17
Chapitre 3 : Cadre de l'étude.....	22
3.1. La région sanitaire du centre.....	22
3.2. Les districts sanitaires de la région du Centre.....	24
3.2.1. Le district sanitaire de Boulmiougou.....	24
3.2.2. Le district sanitaire de Sig-Noghin.....	25
3.2.3. Le district sanitaire de Baskuy.....	26
Chapitre 4 : Méthodologie de l'étude.....	30
4.1. Devis de la recherche.....	30
4.2. Population et échantillonnage.....	31

4.3. Outils et sources de collecte des données.....	32
4.4. Analyse de données.....	35
4.5. Critères de rigueur scientifique.....	36
Chapitre 5 : Présentation des résultats.....	40
Chapitre 6 : Discussions.....	67
Conclusion.....	75
Références bibliographie.....	78
Annexes.....	ii

Liste des sigles et abreviations

ASC: Agent de Santé Communautaire

CADSS: Centre d'Appui à la Décentralisation du Système de Santé

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CISSE: Centre d'Informations Sanitaires et de Surveillance Epidémiologique

CM: Centre Médical

CMA: Centre médical avec Antenne chirurgicale

CMU: Centre Médical Urbain

COGES: Comité de Gestion

CREN: Centre de Récupération Nutritionnel

CS: Centre de Santé

CSD: Cadre de Concertation du District

CSPS: Centre de Santé et de Promotion Sociale

DMEG: Dépôt de Médicaments Essentiels Génériques

DRD: Dépôt Répartiteur du District

DRH: Direction des Ressources Humaines

DRS: Direction Régionale de la Santé

DS: District Sanitaire

DU: Diplôme Universitaire

ECD: Equipe Cadre de District

GDS: Gestion de District

ICP: Infirmier Chef de Poste

INSD: Institut National de Statistique et de la Démographie

IRA:	Infection Respiratoire Aigue
IST:	Infection Sexuellement Transmissible
MCD:	Médecin Chef de District
MEG:	Médicament Essentiel Générique
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
OST:	Office de Santé des Travailleurs
PCA:	Paquet Complémentaire d'Activités
PDSD:	Plan de Développement Sanitaire de District
PMA:	Paquet Minimum d'Activités
RGPH:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SUS:	Surveillant d'Unité de Soins
TPS:	Tradi-Praticien de Santé

Liste des tableaux

Tableau 1: <i>Personnel minimal d'un CMA</i>	12
Tableau 2: <i>Récapitulatif de notation du fonctionnement du district par domaine</i>	Erreur !
Signet non défini.	
Tableau 3: <i>Modules dispensés et leur volume horaire</i>	15
Tableau 4: <i>Grille d'évaluation du fonctionnement du district sanitaire</i>	iv
Tableau 5: <i>Codification des médecins enquêtés</i>	38
Tableau 6: <i>Codification des formateurs enquêtés</i>	38
Tableau 7: <i>Codification des districts sanitaires</i>	39
Tableau 8: <i>Caractéristiques des enquêtés médecins généralistes formés en gestion de district</i>	41
Tableau 9: <i>Caractéristiques des enquêtés formateurs en gestion de district</i>	41
Tableau 10: <i>Résultats de l'évaluation des infrastructures, les équipements et la logistique des districts sanitaires de la région du Centre</i>	58
Tableau 11: <i>Résultats de l'évaluation du personnel des districts sanitaires de la région du Centre</i>	59
Tableau 12: <i>Résultats de l'évaluation des activités cliniques des districts sanitaires de la région du Centre</i>	60
Tableau 13: <i>Résultats de l'évaluation des organes de gestion des districts sanitaires de la région du Centre</i>	61
Tableau 14: <i>Résultats de l'évaluation des activités liées aux processus gestionnaires des districts sanitaires de la région du Centre</i>	62
Tableau 15: <i>Récapitulatif de l'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires de la région du Centre</i>	63

Liste des figures

Figure 1: <i>Schéma du district sanitaire</i>	11
Figure 2: <i>Schéma du cadre conceptuel inspiré du modèle de Kirkpatrick (1959) adapté.</i>	20
Figure 3: <i>Carte de la région du Centre</i>	22

Listes des annexes

Annexe 1: Grille d'informations socio démographiques	ii
Annexe 2: Grilles d'entrevues	ii
Annexe 3 : Grille d'évaluation du fonctionnement du district sanitaire.....	iv
Annexe 4: Formulaire de consentement éclairé.....	vii
Annexe 5: Note d'information aux enquêtés	ix

Resumé

Afin de mettre en œuvre les recommandations issues de l'initiative de Bamako (IB), le Burkina Faso a procédé à une restructuration de son système de santé avec la mise en place du district sanitaire. L'opérationnalisation des districts sanitaire a nécessité le renforcement des membres de l'équipe cadre. La direction des établissements de santé a entrepris dès 1994, la formation des médecins généralistes en gestion de districts sanitaires.

Une étude dont l'objectif est d'évaluer la contribution de la formation des médecins généralistes en gestion de districts au fonctionnement des districts sanitaires de la région du sanitaire du Centre a été réalisée en s'appuyant sur le modèle conceptuel de l'évaluation de la formation de Donald Kirkpatrick. Nous avons utilisé un type d'étude mixte séquentiel. La première séquence intéressant les trois premiers niveaux du modèle de Donald Kirkpatrick est une étude qualitative avec comme devis une étude de cas unique imbriquée de deux niveaux d'analyse, les médecins généralistes formés en gestion de districts et les formateurs. La seconde séquence qui a intéressé le dernier niveau du modèle de Donald Kirkpatrick a consisté en une évaluation du fonctionnement des districts sanitaires de la région du Centre à l'aide de données quantitatives. L'entretien semi-directif a été utilisé ainsi que la revue documentaire et l'observation pour la collecte des données qualitatives. L'enquête s'est déroulée du 28 juillet au 18 août 2017 et a concerné neuf personnes dont sept médecins formés relevant des cinq districts sanitaires de la région du Centre et deux formateurs. La méthode de l'analyse de contenu a été utilisée pour le traitement des données provenant des différents entretiens.

Une grille d'évaluation a été utilisée pour apprécier le fonctionnement des districts sanitaires. Les résultats montrent que les participants ont été motivés pour la formation pour des raisons comme vivre l'expérience, amorcer une carrière de santé publique ou encore acquérir des connaissances pour mieux gérer un district sanitaire. Le niveau de satisfaction est élevé et les participants ont pu acquérir de nouvelles connaissances notamment pour ce qui concerne les modules sur législation sanitaires, la gestion des ressources humaines avec son volet gestion des conflits, la supervision, la gestion des produits pharmaceutiques et la recherche action. Il faut noter qu'à travers nos résultats, il ressort que le transfert de ces connaissances sur le terrain est effectif auprès des autres membres des équipes cadres, des infirmiers chefs de poste mais aussi auprès des structures privées de santé. il se fait lors des réunions, des supervision et lors de la gestion des difficultés qui surviennent quotidiennement. Cependant, le transfert ne se fait pas sans difficultés. A ce titre, il convient de noter les conditions de travail qui rendent

difficile l'application des acquis de la formation. Il s'agit de l'insuffisance d'infrastructures, d'équipement, de matériel. Nos résultats montrent également que les districts dans lesquels l'étude s'est déroulée fonctionnent de façon optimale. En effet, la plupart de ces districts ont une moyenne de plus de 75%, un seul district présentant une moyenne de 54% car ne disposant pas de CMA. La formation des médecins généralistes en gestion de districts a une part contributive dans le fonctionnement des districts sanitaires de la région du Centre. Cependant, des recommandations ont été faites à l'intention des différents acteurs de cette formation pour la rendre plus efficace et plus avantageuse pour les districts sanitaires et partant pour le système de santé.

Mots clés : Formation- Gestion- Districts sanitaires- Médecins généralistes

Abstract

In order to implement the recommendations of the Bamako (IB) initiative, Burkina Faso undertook a restructuring of its health system with the establishment of the health district. The operationalization of the health districts required the reinforcement of the members of the management team. Since 1994, the management of health establishments has undertaken the training of general practitioners in the management of health districts.

A study aimed at evaluating the contribution of the training of general practitioners in district management to the functioning of the health districts in the health region of the Center was carried out using the conceptual model of evaluation of the formation of Donald Kirkpatrick. From a sequential mixed study, the first sequence of the first three levels of Donald Kirkpatrick's model is a qualitative study with a single case study interwoven with two levels of analysis, general practitioners in the health region of Center trained in district management and trainers. The second sequence that interested the last level of Donald Kirkpatrick's model consisted of an evaluation of the functioning of the health districts of the Center region using quantitative data.

The semi-directive interview was used as well as the documentary review and observation for the collection of qualitative data. The survey was conducted from 28 July to 18 August 2017 and involved nine people, including seven trained doctors from the five health districts of the Central Region and two trainers. The method of content analysis was used to process the data from the various interviews.

An evaluation grid was used to assess the functioning of the health districts.

The results show that participants were motivated for training for reasons such as living the experience, starting a public health career or acquiring knowledge to better manage a health district. The level of satisfaction is high and the participants have been able to acquire new knowledge particularly as regards modules on health legislation, human resources management with its conflict management component, supervision, pharmaceutical management and action research. . It should be noted that through our results, it appears that the transfer of this knowledge on the ground is effective with other members of management teams, nurse's responsables but also with private health structures. it is done during meetings, supervision and during the management of difficulties that occur daily (conflict management). However, the transfer is not without difficulties. As such, it should be noted the working conditions that make it difficult to apply learning achievements. it is the insufficiency of infrastructures and equipment. Our results also show that the districts in which the study was

conducted function optimally. Indeed, most of these districts have an average of more than 75%, with only one district averaging 54% because he don't have an hospital. The training of general practitioners in district management has a contributory part in the functioning of the health districts of the Center region. However, recommendations have been made to the various actors in this training to make it more effective and beneficial for health districts.

Keywords: Training- Management- Health districts- General practitioners

INTRODUCTION

Introduction

Le Burkina Faso, à l'instar des autres pays de l'Afrique de l'Ouest, a fait sienne les recommandations de l'initiative de Bamako en entreprenant, dès 1987, la réorganisation de son système de santé afin de mettre en œuvre les soins de santé primaires sous l'impulsion de l'OMS et l'Unicef (Ridde, 2011). Le système de santé a été réorganisé en pyramide avec trois niveaux de soins :

- Le premier niveau qui est le district avec deux échelons qui sont le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA).
- Le deuxième niveau qui est le centre hospitalier régional
- Et le troisième niveau qui est constitué du centre hospitalier universitaire national.

Sur le plan administratif, nous avons trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire avec les directions régionales de la santé et le niveau périphérique avec les districts sanitaires. Le district sanitaire est l'entité opérationnelle du système de santé et est dirigé par une équipe cadre de district (ECD) sous la responsabilité d'un médecin généraliste (médecin chef de district) (CADSS, 2008).

L'opérationnalisation de ces districts sanitaires se devait d'obéir à un certain nombre de conditionnalités dont le renforcement des capacités des acteurs. En effet, le comité consultatif africain pour le développement sanitaire dans son rapport sur le management des ressources en santé en 1988 a recommandé :

« de développer la formation des personnels de santé de toutes les catégories professionnelles et à tous les niveaux, en matière de management des ressources de la santé car considérant que l'efficacité et l'efficience des programmes de santé dépendent en grande mesure des capacités en management des chefs de ces programmes » (OMS, 1988, p. 1)

C'est ainsi que la cellule d'appui à la décentralisation du système de santé (CADSS) « a formé une masse critique importante de médecins généralistes capables de gérer le système de santé de district et de prodiguer des soins complets au premier niveau de recours, l'hôpital de district ou CMA » (N. Meda, 2003, p. 28). Cette formation qui a débuté depuis 1994 et qui s'est poursuivie chaque année a permis de nos jours de couvrir la quasi-totalité des districts sanitaires du Burkina Faso en médecins formés en gestion de district malgré un taux de déperdition de 44% (Ibidem 2003). Cependant, la littérature ne nous renseigne pas sur l'apport de cette formation sur la performance des districts sanitaires.

Nous nous proposons de rendre compte de la contribution de la formation des médecins en gestion de district au fonctionnement des districts sanitaires. L'intérêt de notre étude réside dans les éléments ci-après :

- ✓ Le Burkina Faso a entrepris depuis 1994 la formation des médecins en gestion de district combinée à la formation en chirurgie essentielle afin de rendre opérationnel les districts sanitaires. Ces formations sont réalisées annuellement depuis plus de vingt ans et la 26^{ème} session a eu lieu en 2016. Si des études ont été réalisées sur le sujet de la formation en chirurgie essentielle notamment sur les perceptions aux barrières de cette formation (Traoré, Bocoum, Sennen, Méda, & Diagbouga, 2011), aucune étude à notre connaissance n'a été réalisée sur la contribution de la formation des médecins en gestion de district sur le fonctionnement et l'organisation du district sanitaire.
- ✓ Le district sanitaire, comme nous l'écrivions plus haut, est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé et prend en charge plus de 80% des problèmes de santé des populations (Ridde, 2011). Le premier échelon de cette entité est constitué de centres de santé et de promotion sociale et de centres médicaux avec antenne chirurgicaux qui sont essentiellement animés par des infirmiers et des sages-femmes (Nitiéma, Ridde, & Girard, 2003). Ce personnel, pour mener à bien sa mission a besoin entre autres de responsables de district avec des capacités de gestion efficaces.
- ✓ A l'issue de cette étude des recommandations seront formulées à l'endroit des principaux acteurs de la formations des médecins généralistes en gestion de districts afin que des dispositions soient prises pour la rendre plus efficace et partant l'amélioration de la santé des populations à travers un fonctionnement optimum des districts sanitaires.

Ce travail de recherche sera bâti autour de six chapitres. Le premier chapitre sera consacré à la problématique ; le deuxième présentera la revue de la littérature en rapport avec notre étude ; le troisième chapitre présentera le cadre dans lequel l'étude est menée, le quatrième chapitre décrira la méthodologie utilisée pour conduire le travail de recherche , le chapitre cinq présentera les principaux résultats obtenus qui seront discutés dans le dernier chapitre.

Chapitre 1

PROBLEMATIQUE

Chapitre 1 : Problématique

1.1. Enoncé du problème

Le 12 septembre 1978, la conférence internationale, tenue à Alma Ata (actuel Kazakhstan), a appelé les pays du monde entier à mettre en œuvre les soins de santé primaires. Au cours de cette conférence, l'accès à la santé a été reconnu comme un devoir pour les Etats, car elle permet l'accès à un niveau social satisfaisant et contribue ainsi à un meilleur développement économique des pays (OMS, 1978). Les soins de santé primaires sont des

« soins essentiels fondés sur des méthodes, techniques et pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté que les pays puissent assumer à tous les stades de développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination » (OMS, 1978).

Pour sa mise en œuvre plusieurs initiatives ont été développées sur le continent africain afin d'impulser une véritable dynamique à la promotion de la santé. On peut citer d'abord la conférence de Lusaka (Zambie) en 1985 organisée par l'OMS où les pays membres ont évalué la situation sanitaire du continent depuis Alma-Ata. Ensuite, celle de Harare (Zimbabwe) en août 1987 qui statuait sur le renforcement des systèmes de santé de district basé sur les soins de santé primaire. De cette dernière est sortie une déclaration dite de Harare qui a, entre autres constats, réaffirmé les faiblesses dans la mise en œuvre des soins de santé primaires en termes de planification, d'organisation et de gestion. Elle a été le lieu de donner un ancrage politique au district de santé comme stratégie structurante pour les soins de santé primaires. Après cette déclaration, l'équipe de district a été vue comme le pivot du développement du système de district de santé nécessitant ainsi un renforcement substantiel de ses capacités managériales (Communauté de Pratique Prestation de Services de Santé, 2013). Enfin la conférence de Bamako(Mali) en 1987 dont le but ultime est l'accessibilité universelle aux soins de santé primaires. Les objectifs de cette rencontre étaient de renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local, de promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale, de renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels et d'assurer des ressources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins. Le Burkina Faso, à l'instar des autres pays africains, a entrepris une réforme de son système de santé pour mettre en application cette initiative dite de Bamako. C'est ainsi que les districts sanitaires ont été créés en 1993

(arrêté n°93 146/SASF/SG du 30 N 1993) et les directions régionales en 1996 (Arrêté n 96-195/MS /CAB du 08 août 1996).

Le district sanitaire est l'entité opérationnelle la plus décentralisée et permet la prise en charge de près de 80% des problèmes de santé, aussi il opérationnalise les politiques et les stratégies définies par le niveau central. Selon l'OMS :

« l'efficacité de l'organisation et de la gestion de la prestation de services au niveau du district dépend, entre autres, de la compétence et de la taille de l'équipe de gestion de la santé de district, ainsi que des équipes de gestion dans les centres de santé, les postes de santé et les communautés. Ces équipes coordonnent la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la prestation de services de santé » (OMS, 2011, p. 1).

Afin d'opérationnaliser et rendre efficace ces entités, l'Etat Burkinabé a procédé à la construction d'infrastructures, à leur équipement, au renforcement des capacités des acteurs, et à la mise en place de structures d'appui depuis 1994 (Sombié, 2006).

Le district sanitaire, au Burkina Faso, est dirigé par une équipe cadre (ECD) avec à sa tête un médecin généraliste (médecin chef de district) (CADSS, 2008). Il convient de souligner que dans les pays en développement comme le nôtre, la formation de base du médecin est beaucoup plus axée sur les aspects de la pratique médicale et moins sur ceux de gestion et d'administration (Koffi et al., 2003 ; Moreira, 2011). Alors le renforcement des capacités des médecins chef de district (MCD) en gestion a été perçu comme une activité principale pour accompagner l'opérationnalisation des districts sanitaires étant donné qu'elle en était une condition nécessaire (Ministère de la santé, 2011). Ce faisant, la cellule d'appui à la décentralisation du système de santé (CADSS) a entrepris depuis 1994 date de sa création (arrêté n° 94 191/SASF/SG du 30 novembre 1994), la formation des médecins généralistes en gestion de district.

La région sanitaire du Centre qui est l'une des treize régions sanitaires du pays dispose actuellement de cinq districts sanitaires dont tous les premiers responsables (MCD) ont été formés en gestion de district.

La finalité de cette formation est de renforcer les capacités opérationnelles du district sanitaire et managérial des médecins en matière de gestion. Les thématiques abordées au cours de la formation sont l'organisation des services, la gestion du système d'information sanitaire, la participation communautaire, la collaboration inter et intra sectorielle, la supervision, la formation, la planification sanitaire et la recherche action. Du début de la

formation à nos jours, au moins un médecin a été formé par district sanitaire (Ministère de la santé, 2011).

Cependant, très peu de choses sont connues concernant la contribution de cette formation au fonctionnement des districts sanitaires. En effet, la cellule d'appui à la décentralisation du système de santé, consciente de l'importance du suivi après formation, a initié le suivi post-formation afin de mesurer l'apport du médecin formé dans le développement de son district sanitaire (CADSS, 2008). Plus spécifiquement, il s'agit pour eux de mesurer le degré de motivation du médecin formé dans le renforcement des connaissances acquises pendant la formation, de déterminer les effets de la formation sur le comportement professionnel du médecin formé, de déterminer les types d'aides requises par le médecin formé au cours de son apprentissage, de recueillir des informations pour améliorer les formations à venir, d'adapter les acquis de la formation aux réalités du terrain et enfin d'identifier de nouveaux besoins de formation (CADSS, 2008). Ces sorties de suivi permettent certes de créer un cadre d'échanges pratiques entre les formés et les encadreurs sur certaines difficultés rencontrées sur le terrain et rassurent les médecins dans leur poste de travail afin de leur permettre d'optimiser leurs résultats mais ne mesurent pas les effets de la formation sur les activités qui sont menées par les médecins formés.

Dans ce sens, une évaluation de la contribution de la formation en gestion des districts sanitaires au fonctionnement des districts s'avère nécessaire car on ne doit plus former pour former vu le coût des activités de formation (Gérard, 2003).

1.2. But de l'étude

Cette étude a pour but de fournir aux autorités sanitaires des éléments factuels pour des prises de décisions concernant la formation des médecins en gestion de district afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations.

1.3. Question de recherche

Quelle est la contribution de la formation des médecins généralistes en gestion de district sanitaire au fonctionnement des districts sanitaires dans la région du Centre ?

1.4. Objectifs

1.4.1. Objectif général

Évaluer la contribution de la formation des médecins en gestion de district au fonctionnement des districts sanitaires dans la région sanitaire du Centre.

1.4.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de l'étude sont :

- Déterminer le niveau de satisfaction des apprenants de la région du Centre par rapport au déroulement de la formation en gestion de district.
- Apprécier les acquisitions de nouvelles connaissances des apprenants de la région du Centre à l'issue de la formation en gestion de district.
- Déterminer le niveau de transfert des acquis de la formation en gestion de district sur le terrain dans la région du Centre
- Déterminer l'influence de l'environnement de travail dans la mise en œuvre des acquis de la formation dans la région du Centre
- Apprécier le fonctionnement des districts sanitaires de la région du Centre

CHAPITRE 2

REVUE DE LA LITTERATURE

Chapitre 2 : Revue de la littérature

2.1. Le district sanitaire

2.1.1 Définition

L'OMS définit le district comme «une zone administrative clairement définie, qui englobe une population et où une administration locale, sous une forme ou une autre, assume de nombreuses responsabilités pour le compte de l'administration centrale » (OMS, 2011, p. 1).

Dans le module 2 de la formation des médecins en gestion de district, il est défini comme « un système qui permet de gérer les relations entre la population et le service de santé de premier niveau représenté par deux échelons en relation l'un avec l'autre : le centre de santé et l'hôpital de district » (Ministère de la santé, CADSS, 2006, p. 20)

De ces définitions, il ressort que le district sanitaire, au-delà des limites géographiques, permet de rapprocher les soins aux populations. Il permet d'opérationnaliser, au niveau le plus décentralisé, les orientations stratégiques en matière de santé prises par le niveau central.

2.1.2 Description du district sanitaire¹

2.1.2.1. Organisation

Le district sanitaire, au Burkina Faso est composé des sous éléments suivants :

- Centres de Santé (CS), structures de santé du premier échelon appelé centre de santé et de promotion sociale (CSPS) : c'est l'élément du système de santé qui assure le point de premier contact, entre les services de santé et la population : c'est à ce niveau que se situe l'interface entre les services de santé et la population concernée (population contractuelle de responsabilité). ils sont à la base de la pyramide sanitaire du pays. il y est offert à la population un paquet minimum d'activités comprenant des soins curatifs, préventifs, promotionnels et ré adaptatifs. la population de couverture d'un centre de santé est indicative (entre 10000 et 20000) mais dépend de la charge de travail dans les pays en développement et de l'efficience de la technologie, des compétences requises et de la fréquence attendue de son utilisation. Une couverture inférieure implique une perte de compétence du personnel et un manque de rentabilité de la technologie. Une couverture supérieure implique une charge de travail excessive pour une équipe-cadre réduite et une population dont la taille entrave tout mouvement participatif.

¹ Module 2 de la formation des médecins généralistes en gestion de district « organisation des services de santé dans le district sanitaire ».

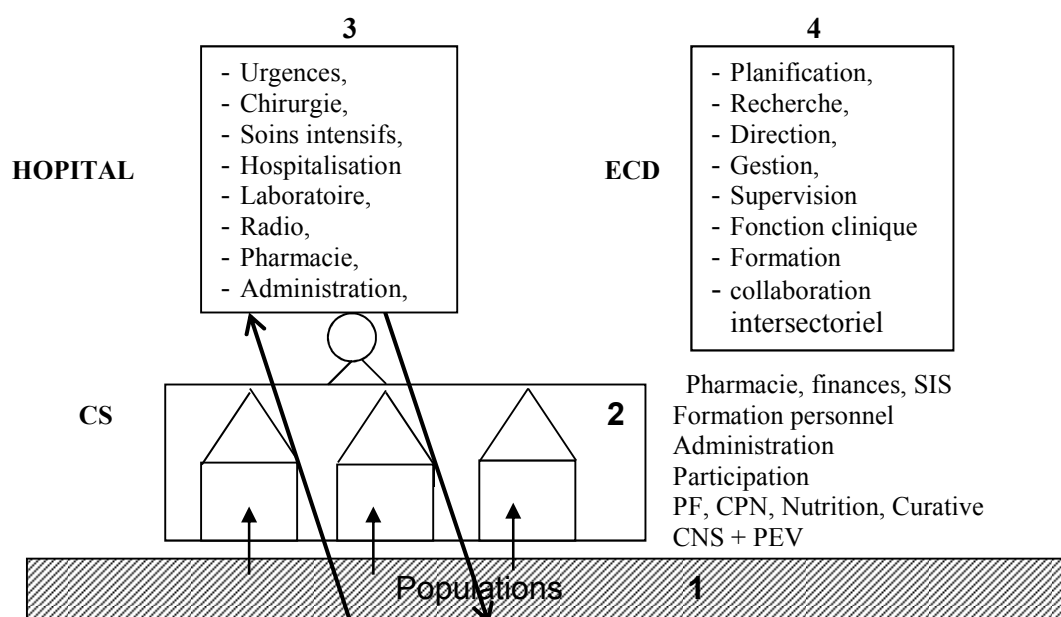
- l'hôpital de district : structure de santé de deuxième échelon, il offre à la population des soins de références qui n'existent pas au niveau du premier échelon.
- l'équipe cadre du district : c'est une équipe composée d'agents de santé aux compétences diverses dont le but est d'œuvrer à l'atteinte d'un but commun à savoir le développement du district sanitaire. Elle est responsable des activités cliniques à l'hôpital et de l'organisation du district. L'encadrement fait par cette équipe comprend la direction de la logistique (par exemple la pharmacie d'approvisionnement du district), la gestion du personnel, la formation (y compris la supervision technique) et la recherche opérationnelle

2.1.2.2. Fonctionnement

Le district sanitaire est dirigé par l'équipe cadre du district dont les activités sont les suivantes:

- La planification et la gestion du district sanitaire incluant le budget et le personnel ;
- Le circuit d'approvisionnement en médicaments pour l'hôpital et les centres de santé ;
- La gestion de l'hôpital ;
- L'organisation de la supervision à l'hôpital et dans les centres de santé
- L'organisation de la formation ;
- Le développement de la collaboration intersectorielle ;
- La recherche opérationnelle ;
- La synthèse de l'information sanitaire pour tout le district sanitaire.

La figure suivante représente le schéma d'un district sanitaire au Burkina Faso :



Source : Formation en gestion de district : Module 2 « organisation des services de santé dans le district »

Figure 1: Schéma du district sanitaire

2.1.2.3. Évaluation du fonctionnement d'un district

‣ Domaines

L'évaluation du fonctionnement du district sanitaire peut se faire à tout moment ; elle est ponctuelle (CADSS, 2006).

Selon l'OMS, cité dans le module 2 « organisation des services de santé dans le district sanitaire » de la formation en gestion de district, les cinq domaines suivants sont utilisés pour déterminer les critères de fonctionnement d'un district sanitaire.

- Les infrastructures, les équipements et la logistique qui correspondent à la construction et l'équipement des structures sanitaires du district sanitaire, à la dotation en ambulances et véhicules de supervision.
- Le personnel : En attendant la validation du document de normes en personnel par niveau de soins, il est admis que chaque formation sanitaire doit disposer d'une équipe minimale pour pouvoir fonctionner. Ainsi l'équipe minimale d'un CSPS comprend :
 - ✓ Personnel soignant : un infirmier, une Accoucheuse auxiliaire, un agent itinérant de santé
 - ✓ Personnel de soutien communautaire : un gérant MEG, un manœuvre

Le personnel minimal d'un CMA comprend :

Tableau 1: *Personnel minimal d'un CMA*

Personnel technique	Personnel administratif et de soutien
Accoucheuses Auxiliaires (AA) (02)	Adjoint des Cadre Hospitalier (ACH) (01)
Attaché de santé en anesthésie (02)	Aide comptable (01)
Attaché de santé en chirurgie (02)	Blanchisseur (01)
Attaché de santé en odontostomatologie (01)	Chauffeur (02)
Attaché de santé en ophtalmologie (01)	Cuisinier (01)
Attaché de santé en psychiatrie (01)	Fille Salle/Garçon Salle (04)
Infirmier Breveté (IB) (05)	Gardien (02)
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) (06)	Gérant MEG (01)
Manipulateur radio (02)	Ouvrier polyvalent (01)
Médecin formé en gestion de district et en chirurgie PEP (01)	Secrétaire (01)
SFE/ME (03)	Technicien d'assainissement (01)
Technicien biomédical / laboratoire (03)	

Source : Module 2 de la formation des médecins généralistes en gestion de district « organisation des services de santé dans le district sanitaire »

- Les organes de gestion : tels que l'ECD (composition, nombre), le Conseil de Santé de District (CSD) et les Comités de Gestion (COGES).
- Les activités cliniques : soins de base à travers le paquet minimum d'activités (PMA) au niveau CSPPS et les soins de référence et d'urgence à travers le paquet complémentaire d'activités (PCA) au niveau CMA
- Les processus gestionnaires qui font référence à l'élaboration et la mise en œuvre des plans de développement des districts sanitaires (PDSD), des plans d'action annuels, du système d'information sanitaire.

2.2. Description du programme de formation en gestion de district sanitaire

➤ Les objectifs de la formation

Le but de la formation est de faire acquérir aux médecins des compétences indispensables pour développer les districts sanitaires. Elle se déroule en deux phases : une phase théorique d'une durée de 41 jours et une phase pratique consistant en un suivi de proximité sur le terrain avec pour objectif de s'assurer de la maîtrise des concepts ainsi que leur application par le médecin ayant participé à la phase théorique (CADSS, 2008).

Les objectifs de la formation sont les suivants :

- ✓ Utiliser les concepts généraux en santé publique et les différentes approches de santé publique dans la gestion de son district sanitaire
- ✓ Expliquer les éléments d'organisation des services de santé sur la base de l'approche district sanitaire
- ✓ Organiser les soins de santé conformément aux directives des programmes et stratégies nationaux
- ✓ Organiser la prise en charge rationnelle des malades chroniques dans le district
- ✓ Appréhender les conditions d'intégration des composantes opérationnelles des programmes sanitaires dans le paquet minimum d'activités
- ✓ Assurer la surveillance épidémiologique et utiliser l'information sanitaire dans la gestion du district sanitaire
- ✓ Mener des activités de supervision dans le district sanitaire
- ✓ Participer à la gestion des ressources humaines du district sanitaire
- ✓ Assurer la gestion rationnelle des ressources matérielles, des médicaments et consommables médicaux
- ✓ Assurer la gestion budgétaire dans un district sanitaire
- ✓ Elaborer des plans pour le développement de son district sanitaire

- ✓ Développer le partenariat en faveur de la santé dans le district sanitaire
- ✓ Mener des activités de recherche action pour résoudre les problèmes de santé
- ✓ Contribuer à l'application effective et régulière des textes régissant le domaine de la santé au Burkina Faso
- ✓ Mener des activités de formation continue du personnel du district sanitaire.

➤ **Les méthodes et techniques d'apprentissage**

Les participants à la formation en gestion de district étant des adultes, les facilitateurs feront appel aux méthodes et techniques suivantes:

- ✓ Méthodes interrogatives
- ✓ Méthodes actives
- ✓ Méthodes de découverte
- ✓ Lectures individuelles suivies de clarifications
- ✓ Présentations et discussions en plénière
- ✓ Exercices d'application
- ✓ Sortie sur le terrain

Par ailleurs, un temps de préparation personnel des modules par les participants avant chaque séance est nécessaire. Pour ce faire, un guide du participant pour chaque module à lire à l'avance permet une participation plus active des apprenants ; ce document comprend le titre, une table de matières, les objectifs, les contenus subdivisés en plusieurs chapitres, des références bibliographiques afin d'orienter les apprenants pour un approfondissement des différents sujets abordés.

➤ **Les moyens d'évaluation**

L'évaluation des apprenants se fait à travers :

- ✓ Une évaluation du pré requis (pré-test)
- ✓ Une évaluation finale permet d'apprécier le niveau d'acquisitions des connaissances par les apprenants.
- ✓ Une enquête d'opinion à la fin de chaque module permet d'apprécier la qualité de la formation du point de vue des apprenants.

➤ **Les modules abordés dans la formation**

Au total dix-sept modules sont abordés dans le déroulement de la formation des médecins généralistes en gestion de districts sanitaires afin d'atteindre les objectifs fixés. Ces modules sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau 2: Modules dispensés et leur volume horaire

N° module	Titre du module	Volume horaire
1	Concepts généraux et approches en santé publique	12h
2	Organisation des services de santé dans le district sanitaire	12h
3	Organisation des soins de santé dans le district sanitaire	12h
4	Organisation de la prise en charge des maladies chroniques dans le district sanitaire	12h
5	Programmes verticaux et leur intégration dans le district sanitaire	06h
6	Système d'information sanitaire et surveillance épidémiologique	06h
7	Supervision	12h
8	Management des ressources humaines et leadership en santé	6h
9	Gestion des ressources matérielles et des médicaments dans le district sanitaire	12h
10	Financement de la santé et gestion budgétaire dans le district sanitaire	18h
11	Planification sanitaire dans le district	12h
12	Développement du partenariat + décentralisation-transfert de compétences	6h
13	Recherche-action	18h
14	Législation sanitaire (textes réglementaires en santé)	18h
15	Formation des personnels de la santé + e-santé	18h
16	Qualité des soins et sécurité des patients*	18h
17	Communication en santé* ²	18h
Total		216h

Source : Direction des établissements de santé (DES)

2.1. Etudes sur la question du renforcement des capacités des médecins

Il faut noter qu'au Burkina Faso, aucune étude n'a été menée concernant l'évaluation de l'impact de la formation des médecins en gestion de district sur le fonctionnement des districts sanitaires, ce qui confère à notre étude son originalité. Cependant, des études réalisées aussi bien au Burkina Faso qu'à travers le monde ont montré l'importance de la

² Modules ajoutés après la relecture des modules en 2013.

formation des médecins en gestion afin de faciliter le travail qui est le leur dans le rôle de gestionnaire/manager d'une structure.

Dans ce sens, une étude a été menée sur la perception des barrières à la stratégie de formation des médecins généralistes à la chirurgie essentielle pour l'offre de soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence au Burkina Faso (Traoré & al., 2011) Cette étude avait pour objectif d'évaluer la capacité et le rapport coût/efficacité de la stratégie des médecins formés à la chirurgie essentielle, comparée à la formation des gynécologues obstétriciens, dans le projet global d'accroître la couverture et la qualité de l'offre de soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence au Burkina Faso .

Une approche qualitative a été utilisée et les données ont été recueillies auprès des bailleurs de fonds, des autorités sanitaires, des formateurs, les médecin formés , leurs proches collaborateurs (attachés de santé, sages-femmes et maïeuticiens d'Etat), et des femmes récemment césarisées. Des résultats, il ressort que la stratégie de formation alternative en chirurgie essentielle est bien adaptée au contexte du pays mais gagnerait à être labélisée si l'on veut qu'elle impacte véritablement la mortalité maternelle. La force de cette étude qualitative est qu'elle a touché pratiquement tous les acteurs impliqués dans cette formation et surtout les bénéficiaires. Cependant, il faut noter que le fait d'inclure uniquement des femmes césarisées récentes donc à issue favorable a quelque peu biaisé l'appréciation de ces dernières. les auteurs d'une étude de cas menée au Burkina Faso, dans le district sanitaire de Orodara sur le thème « Leadership et vision exercée pour la couverture universelle des soins dans les pays à faible revenu » sont parvenu à la conclusion selon laquelle « une stratégie nationale, voire internationale, de renforcement des compétences managériales des ECD et d'encouragement de la performance, paraît un pas en avant important pour améliorer la performance des systèmes de santé dans une même enveloppe financière » (Z. C. Meda et al., 2011, p. 6)

Une autre étude réalisée en Mauritanie par (Amirich, 2012) s'est penchée sur l'appréciation du rôle du médecin chef dans la gestion du centre de santé. Un devis mixte a été utilisé et l'enquête a concerné 89 médecins chefs avec plus de deux ans de fonction en tant que responsable. De cette étude, « les résultats obtenus ont montré que la fonction de gestion attribuée au médecin chef n'est pas bien assumée, du fait des insuffisances importantes en matière de **formation en planification**, en gestion des ressources matérielles et humaines et en communication » (Ibidem 2012, p. 14).

Au Canada, une étude a été réalisée, en 2013, sur « Comment mieux aider les médecins de la relève à assumer des responsabilités de gestion ? ». Cette étude qui a utilisé une méthode

qualitative exploratoire a concernée six (06) médecins qui ont occupé ou qui occupent des postes de responsabilité en gestion. Les données ont été recueillies à travers un focus groupe et a porté sur les motivations, les circonstances et les conditions les ayant conduits à assumer des responsabilités de leadership et de gestion. Cette étude est arrivée à la conclusion selon laquelle il faut « accompagner précocement les médecins de la relève susceptibles d'assumer des responsabilités de gestion » (Voirol et al., 2014).

L'analyse de ces études montre l'importance du renforcement des capacités des médecins responsables des districts sanitaires pour faire face aux nombreux défis qui se présente à eux. Ceci pour une amélioration substantielle de la santé des populations étant donné que le district sanitaire prend en charge plus de 80% de leurs problèmes de santé.

2.2. Modèle théorique :

Il existe plusieurs modèles d'évaluation de la formation dans la littérature. Le modèle de Donald Kirkpatrick est le modèle le plus utilisé par les professionnels de la formation et les chercheurs travaillant sur l'évaluation des actions de formation (Gilibert & Gillet, 2010). Nous avons choisi de nous inspirer du modèle de Donald Kirkpatrick pour notre travail parce que c'est un modèle qui rend moins complexe l'évaluation d'une action de formation en réduisant les exigences de mesures pour une évaluation de formation. En plus, les données concernant les quatre niveaux du modèle peuvent se collecter après la formation (Bates, 2004). Notre étude a pour objectif d'évaluer la contribution de la formation des médecins généralistes en gestion de district au fonctionnement des districts sanitaires. Dans ce contexte, il s'agit d'une formation qui a déjà eu lieu et nous enquêtons auprès de médecins formés il y a au moins une année. En cela le modèle de Donald Kirkpatrick sied mieux à cette étude.

2.4.1. Le modèle de Donald Kirkpatrick

Le modèle d'évaluation de Kirkpatrick est le modèle le plus utilisé dans la littérature scientifique nonobstant le fait qu'il ait fait l'objet de critique. Il se divise en quatre étapes: l'évaluation des réactions des participants face au cours ou programme de formation, celle de l'apprentissage de faits, principes et techniques, celle du comportement au travail après la formation (le transfert de l'apprentissage) et, enfin, celle des résultats de la formation sur le plan des impacts organisationnels (Reitz, 1997).

➤ Description des étapes

- Evaluation des réactions (satisfaction des apprenants)**

Cette étape permet de savoir comment les participants ont apprécié le programme de formation. Évaluer la réaction des participants, c'est en quelque sorte mesurer les sentiments de ces derniers vis-à-vis l'expérience de formation qu'ils ont vécue (Reitz, 1997).

La réaction est associée principalement à la satisfaction à l'issue de la formation suivie. Le degré de satisfaction des stagiaires y est mesuré envers les différents aspects de la formation (objectifs, contenu, pédagogie, conditions matérielles...) (Gilibert & Gillet, 2010).

Il permet de recueillir « le rapport entre les attentes d'une personne et la qualité perçue d'une formation ou un élément de la formation ». (Fraisie, 2012, p. 38)

La satisfaction est donc relative à l'individu (motivation, attentes par rapport à la formation, etc.) et à sa perception, ici, d'une activité de formation. L'auteur du modèle préconise de soumettre l'apprenant à un questionnaire immédiatement après la formation afin d'évaluer son degré de satisfaction (Bates, 2004).

Dans notre étude, étant donné que notre population cible a participé à la formation il y a au moins deux (02) ans, nous avons utilisé l'interview pour évaluer la satisfaction de nos enquêtés.

- **Evaluation de l'apprentissage**

Il s'agit ici de mesurer les connaissances acquises par les participants pendant la formation. Kirkpatrick (2007) suggère d'utiliser des tests écrits pour mesurer un changement au niveau des connaissances. Pour ce faire l'auteur pense que l'on peut utiliser des examens sous forme de pré-test et de post test. Notre étude s'est déroulée après la formation ; ce qui fait que nous sommes dans l'impossibilité de soumettre nos enquêtés à un pré-test et à un post test comme le préconise l'auteur du modèle. Nous avons donc utilisé l'entretien avec les médecins généralistes ayant participé à la formation afin de faire appel à leur perceptions sur les nouvelles connaissances apprises, le sentiment d'avoir appris quelque chose, les modules qui ont fait l'objet de plus d'apprentissage ; il s'est agi d'une autoévaluation de leurs acquisitions à l'issue de la formation. Ce niveau a été également apprécié par les formateurs.

- **Evaluation du transfert de l'apprentissage**

« Le terme «transfert des apprentissages» désigne la mise en application effective, pendant une certaine période de temps, des apprentissages en situation de travail » (Dunberry & Péchard, 2007, p. 47).

C'est la troisième étape du modèle et il mesure l'utilisation des connaissances acquises pendant la formation sur le milieu de travail. En d'autres termes si la formation a eu comme résultat la modification de leurs comportements. Est-ce qu'ils utilisent à leur poste de travail ce qu'ils ont acquis en formation ? Comment les nouvelles compétences et connaissances

sont-elles utilisées dans le milieu de travail ? Quels comportements professionnels nouveaux ont été adoptés ? Certaines méthodes sont préconisées pour son évaluation. On peut utiliser l'enquête ou l'entrevue auprès des apprenants en situation professionnelle ou auprès de leurs collaborateurs (Gilibert & Gillet, 2010).

Dans cette étude le transfert des connaissances sur le terrain a été évalué à travers l'entretien avec les apprenants. En effet, il s'est agi de faire ressortir par les participants à l'étude le mécanisme du transfert, le lieu de transfert, le changement intervenu dans leur comportement après la formation.

Par ailleurs, le transfert a été apprécié aussi, par l'observation du milieu de travail de nos enquêtés lors des différents entretiens. Ces observations ont été notées dans un journal de bord.

- **Evaluation des résultats de la formation**

L'évaluation des résultats de la formation sur l'organisation est le dernier niveau du modèle de Kirkpatrick. Il s'agit à cette étape d'évaluer les résultats de la formation sur le fonctionnement et la performance de la structure.

Dans cette étude, nous avons évalué le fonctionnement des districts sanitaires à travers une grille d'évaluation contenue dans le module 2 du programme de formation des médecins en gestion de district.

- **Les limites du modèle de Donald Kirkpatrick**

En dépit de la qualité du modèle princeps de Kirkpatrick, plusieurs limites ont été relevées.

Au niveau pratique, il traiterait insuffisamment du contexte dans lequel a lieu la formation (prise en compte des besoins de formation, évaluation de la rentabilité, positionnement des acteurs;) (Bates, 2004).

Bates (2004) soutient également que le lien étroit, décrit par Kirkpatrick, qui existerait entre les différents niveaux de son modèle ne va pas nécessairement de soi car il existe des facteurs environnementaux comme le milieu de travail qui influencent par exemple la transformation des apprentissages (acquis) en comportements (transfert).

En effet, l'environnement de travail est l'un des facteurs qui influencent le transfert des connaissances sur le terrain (Dunberry & Péchard, 2007).

Dans notre étude, nous allons apprécier les conditions dans lesquelles se déroule le transfert. Ces conditions renvoient, pour ce qui concerne notre cas, aux ressources humaines, matérielles, infrastructurelles et aussi financières. Ces éléments ont été appréciés à travers l'entretien avec les enquêtés mais aussi à travers les observations faites au cours des entretiens.

La figure suivante représente le schéma de notre modèle conceptuel :

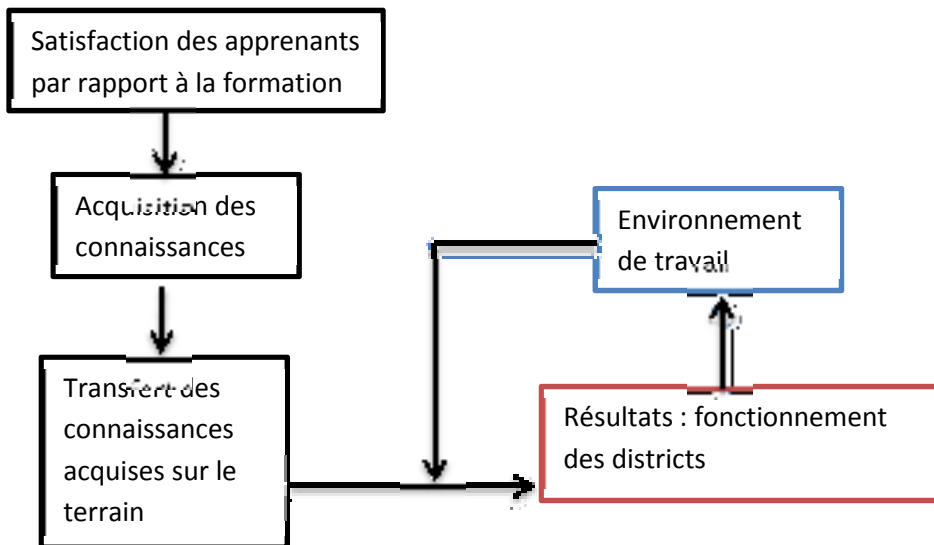


Figure 2: Schéma du cadre conceptuel inspiré du modèle de Kirkpatrick (1959) adapté.

2.4.2. Propositions théoriques de recherche

Les propositions théoriques ci-après reprennent les relations qui sont présentées dans notre cadre conceptuel.

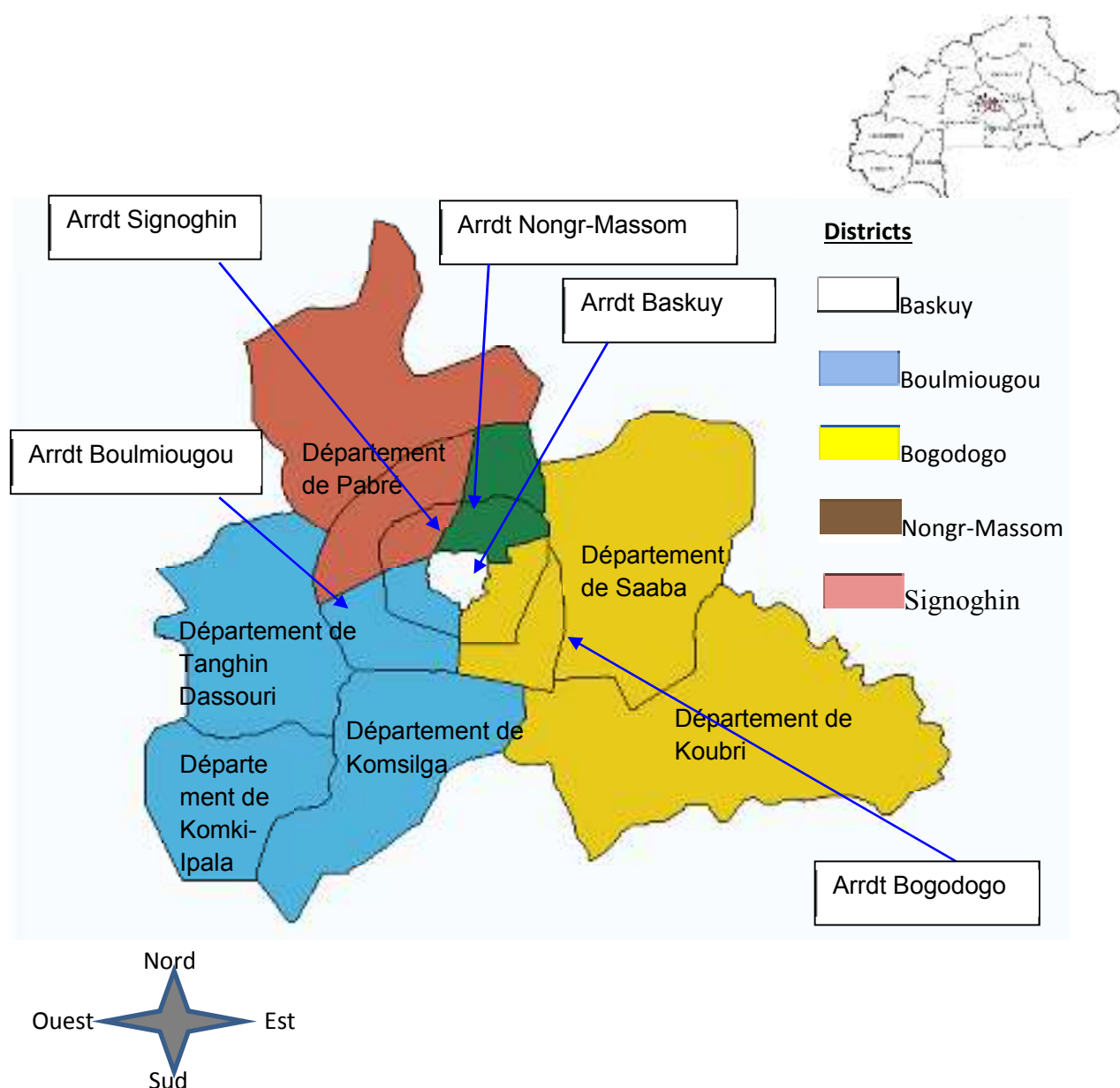
- ✓ La satisfaction des apprenants par rapport au déroulement de la formation en gestion de district va favoriser une meilleure acquisition des connaissances à l'issue de la formation.
- ✓ L'acquisition des connaissances et compétences relatives aux différents modules enseignés théoriquement et pratiquement lors de la formation par les apprenants va permettre un transfert efficace sur le terrain ;
- ✓ un environnement de travail propice et adapté favorisera un bon transfert des connaissances acquises à la formation sur le terrain
- ✓ Le transfert des connaissances acquises pendant la formation par les apprenants va contribuer un meilleur fonctionnement des districts sanitaires.

Chapitre 3

CADRE DE L'ETUDE

Chapitre 3 : Cadre de l'étude

3.1. La région sanitaire du centre³



Source : Plan d'action 2015 de la DRS du Centre

Figure 3: Carte de la région du Centre

› Données administratives

La région sanitaire du centre est l'une des treize régions sanitaires que compte le Burkina-Faso. Elle comporte cinq districts sanitaires que sont le district de Baskuy, celui de Bogodogo, de Boulmiougou, de Nongr-Massom et celui de Sig-Noghin. Elle correspond aux limites territoriales de la province du Kadiogo (cf. carte de la région du centre).

³ Données tirées du plan d'action 2016 de la région sanitaire du Centre

› **Données géographiques**

La région du centre est située dans la partie centrale du pays avec une superficie de 2869 km². Elle est limitée du nord-ouest au sud-est par la région du Plateau central, à l'ouest par la région du Centre ouest, du sud-ouest au sud-est par la région du Centre sud. Le climat est de type tropical et il est caractérisé, de façon alternative par une saison sèche et une saison des pluies avec une pluviométrie irrégulière.

La région est caractérisée sur le plan de la végétation par la savane arborée et la savane arbustive.

› **Données démographiques**

La population totale de la région sanitaire du Centre est estimée à 2 532 311 habitants selon les résultats actualisés du RGPH 2006 ; soit 13,7% de la population nationale. Elle se répartit en 773 481 adultes hommes (30,54%), 760 787 adultes femmes (30,04%) et 998 043 enfants de moins de 15 ans (39,41%). Notons que 46,4% des populations urbaines nationales vivent à Ouagadougou. Dans la région du centre, 1 888 211 habitants (74,56%) vivent en milieu urbain tandis que 644 100 habitants (25,44%) résident dans la périphérie rurale.

› **Données socioculturelles**

La capitale Ouagadougou est une ville cosmopolite. On y trouve une multitude d'ethnies et de communautés étrangères qui se regroupent sous forme de ressortissants de telle ou telle localité afin de perpétuer leurs rites et coutumes mais surtout d'œuvrer au développement de leurs localités d'origine. Certaines pratiques traditionnelles perpétuées, sont néfastes à la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit entre autres, du lévirat, de l'excision, des gavages de nourrissons à la naissance, des interdits alimentaires. L'ethnie la plus importante sur le plan numérique est représentée par les Mossi (81,68 %), suivent par les Dioula, les Bissa, les Peulh, les Samos. La médecine traditionnelle occupe une place non négligeable dans l'itinéraire thérapeutique des patients. La collaboration entre ce secteur et les structures publiques de santé a connu une évolution notable ces dernières années avec l'organisation de rencontres de concertation, de formations et d'informations ainsi que divers appuis/conseils. Cependant on note des insuffisances dans l'application des bonnes pratiques de soins et de fabrication des médicaments traditionnels ainsi que la non identification d'un grand nombre de structures de pharmacopée traditionnelle. Il ressort également une absence de dynamisme des associations des tradi-praticiens de santé (TPS). Sur le plan religieux, les résultats du RGPH de 2006 montrent que la majorité de la population de la région est adepte des religions révélées (Islam 55,93 %, Christianisme 42,23 %). Environ 0,76 % de la population est

animiste. Le comportement en cas de maladie est aussi varié. Certaines personnes recourent aux soins modernes en premier choix, d'autres utilisent l'automédication (médicaments détenus à domicile, médicaments de la rue, acheté chez des vendeurs non autorisés, achetés dans des officines sans prescription médicale), à la médecine traditionnelle, à la prière ou d'autres pratiques religieuses.

› **Organisation de la région sanitaire**

Sur le territoire régional, le système de santé comprend administrativement deux niveaux : le niveau intermédiaire qui est la DRS et le niveau périphérique qui est représenté par cinq districts sanitaires (Baskuy, Bogodogo, Boulmiougou, Nongr-Massom, Sig-Noghin), entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

Au niveau fonctionnel on distingue le premier niveau constitué des deux échelons et du troisième niveau (CHU Yalgado Ouédraogo, CHU Pédiatrique Charles De Gaulle et Hôpital National Blaise Compaoré) avec une offre de soins très diversifiée.

› **Situation sanitaire**

Le profil épidémiologique reste marqué par la persistance des maladies endémo épidémiques et un accroissement de certaines maladies non transmissibles. Le paludisme, dans une proportion de 41,87%, demeure le premier motif de consultation dans les formations sanitaires de la région. Il est suivi dans l'ordre, des affections respiratoires (broncho-pneumopathies et rhinopharyngites à 14.63%), des affections de la peau (4.21%), des parasitoses intestinales (3,57%), affichant ainsi les principaux problèmes de santé des populations. En plus de ces pathologies, il faut noter l'émergence des maladies chroniques non transmissibles de plus en plus fréquentes et de certaines maladies à potentiel épidémique (Grippe, Dengue, Ebola...) (Direction régionale de la santé du Centre, 2016)

La région sanitaire du Centre compte deux cent trois(203) établissements public de santé contre deux cent cinquante-huit (258) établissement privés de santé (*source : enquête SARA 2016*)

3.2. Les districts sanitaires de la région du Centre

3.2.1. Le district sanitaire de Boulmiougou⁴

Le District Sanitaire (DS) de Boulmiougou fait partie des cinq (05) districts qui constituent la région sanitaire du centre. Il est limité à l'est par le DS de Bogodogo, à l'ouest par le DS de

⁴ Données tirées du plan d'action 2017 du district sanitaire de Boulmiougou

Koudougou (Région du centre ouest), au nord par le DS de Sig-Noghin, au le nord-est pas le DS Baskuy et au sud par le DS de Saponé (région du Centre sud).

L'aire sanitaire du district couvre en totalité les communes rurales de Komsilga, Komki-Ipala, Tanghin- Dassouri, les arrondissements 06, 07 et une partie des arrondissements 03 et 08 de la ville de Ouagadougou. Le district couvre d'autres grands centres hospitaliers tels le Centre Hospitalier-Universitaire Blaise Compaoré, la clinique SUKA, le Centre Médical Source de vie.

Sur le plan géographique, le district s'étend sur une superficie de 961 km² avec 110 km² de zone urbaine et péri urbaine et 851 km² de zone rurale. Son siège se trouve dans l'arrondissement 06 de la ville de Ouagadougou, dans la cour de l'Hôpital du District.

Sur le plan démographique, la population du district sanitaire de Boulmiougou est estimée à 883 331 habitants pour l'année 2016 (RGPH, 2006 réactualisé). La densité globale de la population est estimée à 881 habitants/km² liée à la prolifération des habitats spontanés (zones non loties : Wapassi, Tingandogo, Zongo, Zagtouli, Sonré, Boassa...).

Dans le district, il existe quelques unités industrielles Les activités du secteur informel sont importantes avec cependant une prédominance de la vente de produits de consommation courante.

On note que l'automédication est assez importante avec la vente des médicaments de la rue et le recours aux tradipraticiens de santé (TPS). Les TPS sont organisés en associations par commune et dispose d'un regroupement pour le district. Ils sont également membres des bureaux provincial et régional.

Sur le plan sanitaire, le district sanitaire de Boulmiougou compte trente-huit (38) formations sanitaires publiques dont quatre (34) CSPS (centre de santé et de promotion sociale), un(01) dispensaire isolé, un(01) CMA et deux (02) centres médicaux(CM). Le district connaît une persistance des maladies à potentiel épidémique et une augmentation de la prévalence des maladies émergentes (Direction régionale de la santé du Centre, 2016)

3.2.2. Le district sanitaire de Sig-Noghin⁵

Egalement l'un des cinq(5) Districts sanitaires que compte la région sanitaire du Centre le district sanitaire de Sig-Noghin se subdivise en deux grandes parties : une partie urbaine et une rurale. Il est situé dans la zone nord de la province du Kadiogo et couvre une superficie de 546 km². Il partage les limites territoriales avec les Districts sanitaire de Boussé au Nord, le

⁵ Données extraites du plan d'action 2017 du district sanitaire de Sig-Noghin

District sanitaire de Ziniaré au nord-est à l'Est par le District de de Nongr'Massom et au Sud par celui de Boulmiougou et de Baskuy.

Sur le plan démographique, le district sanitaire de Sig-Noghin a une population totale estimée à 321 849 habitants en 2016 (RGPH, 2006 réactualisé), soit 589 habitants au km². Elle est répartie comme suit : zone rurale 24 % et zone urbaine 76%. Le taux d'accroissement est de 6,3 % avec une espérance de vie à la naissance estimée à 66,8 ans. Les mouvements migratoires sont importants tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du district. Les jeunes émigrent vers les pays voisins (la Côte d'Ivoire, le Ghana etc..) pendant la saison sèche. Les migrations internes concernent essentiellement les jeunes de la zone rurale qui vont dans les grandes villes à la recherche d'emplois saisonniers (saison sèche).

En ce qui concerne le volet sanitaire, le district sanitaire de Sig-Noghin compte dix-huit (18) centres de santé et de promotion sociale (CSPS), deux (02) centres médicaux (CM). Il faut noter que le siège du district est logé au sein du CMA Paul VI qui est une structure de santé confessionnelle (District sanitaire de Sig-Noghin, 2016).

Les pathologies les plus couramment rencontrées dans le district sanitaire de Sig-Noghin en 2016 sont le paludisme (33.27%), les infections respiratoires basses et hautes (12.21% et 8.62%), les affections des voies digestives (5.31%) et les parasitoses intestinales (3.36%).

3.2.3. Le district sanitaire de Baskuy⁶

Fonctionnel depuis janvier 2008, le district sanitaire de Baskuy relève de la Direction Régionale de la Santé du Centre. Situé au cœur de la ville de Ouagadougou, le district abrite la plupart des ministères avec leurs directions centrales et institutions (OMS, UNFPA, UEMOA, conseil économique et social, gouvernorat, commissariat central...).

Il s'étend sur les deux premiers arrondissements donc sur les 11 premiers secteurs de la ville de Ouagadougou.

Sur le plan géographique, le district sanitaire de Baskuy est limité au nord par les DS de Sig-Noghin et de Nongr'massom, au sud par les DS de Bogodogo et de Boulmiougou, à l'ouest par le DS de Boulmiougou et à l'est par les DS de Bogodogo et de Nongremassom. Il couvre une superficie de 34,426 km². Son climat est de type soudano sahélien à l'instar de la région du Centre, avec un relief plat composé de sols essentiellement ferrugineux.

En ce qui concerne le volet démographique, la population du district sanitaire de Baskuy en 2016 est de 311 034 habitants (RGPH, 2006 réactualisé) et les enfants de moins de cinq ans représentent 10,68%. La densité est de 9040 habitants/km². C'est une population

⁶ Données tirées du plan d'action 2017 du district sanitaire de Baskuy

essentiellement urbaine. Les taux de natalité, de mortalité et l'espérance de vie sont respectivement de 46‰, 11,08‰ (RGPH 2006) et de 66,82 ans (INSD 2009). Par ailleurs les taux de mortalité infantile et juvénile étaient respectivement de 56‰ et 39‰. La taille moyenne des ménages était de 5,9 individus.

Sur le plan sanitaire, le district de Baskuy compte six (06) centres médicaux urbains (CMU) avec des médecins qui y officient, un (01) CSPS complet, deux (02) formations sanitaires sans maternité. Il faut noter que le district ne dispose pas de centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Par ailleurs, il existe cinquante (50) formations sanitaires privées toutes catégories confondues qui relèvent du district sanitaire de Baskuy.

On note la persistance des maladies à potentiel épidémique et une augmentation de la prévalence des maladies émergentes ou ré émergentes (Dengue) (District sanitaire Baskuy, 2016)

3.2.4. Le district sanitaire de Nongr-Massom⁷

Le district sanitaire de Nongr-massom relève administrativement de l'arrondissement de Nongr-Massom.

Sur le plan géographique, le district est situé dans la partie Nord- Est de la commune de Ouagadougou et est limité au Sud-Ouest par les Districts sanitaires de Baskuy et de Bogodogo, à l'Ouest par le District sanitaire de Sig-Nonghin, au Nord et à l'Est par le District sanitaire de Ziniaré (Province de l'Oubritenga). Il s'étend, selon le nouveau découpage sur superficie de 47,974 km².

La population générale du district est estimée en 2016 à 337 367 habitants. La médecine traditionnelle est beaucoup ancrée au sein des populations (165 TPS recensés en 2016). Diverses associations organisées au sein d'une cellule de coordination interviennent dans le district. Elles mènent des activités comme la mobilisation sociale, la sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA et bien d'autres thématiques de la santé.

Sur le plan sanitaire, la population jeune s'adonne de plus en plus à l'alcool, à la drogue et au tabagisme. Les mutilations génitales féminines, le mariage forcé, le lévirat et le sororat existent dans le district mais il est difficile de mesurer leur ampleur du fait de l'absence de données statistiques. On note une floraison de bars, buvettes et autres débits de boissons. Le système d'hygiène et d'assainissement est défectueux. Ce qui a pour conséquence la persistance des maladies diarrhéiques chez les enfants.

⁷ Données tirées du plan d'action 2017 du district sanitaire de Nongr-Massom

Le district sanitaire de Nongr-Massom compte quatorze (14) formations sanitaires dont un (01) CMA, neuf (09) CSPS complet, un (01) dispensaire isolé et trois (03) infirmeries (OST, scolaire). Il compte également quarante (43) structure privées de santé et cinq (05) structures confessionnelles de santé.

Les pathologies les plus couramment rencontrées dans le district sanitaire de Sig-Noghin en 2016 sont le paludisme (36.87%), les infections respiratoires basses et hautes (12.72%), les affections de la peau (2.58%) et les parasitoses intestinales (2.27%).

3.2.5. Le district sanitaire de Bogodogo⁸

Le district sanitaire de Bogodogo couvre les communes rurales de Saaba (26 villages) et de Koubri (26 villages) ainsi que les arrondissements 5, 10, 11 et 12 de la commune de Ouagadougou.

Sur le plan géographique, le District sanitaire de Bogodogo est situé dans la zone Sud-Est de la province du Kadiogo. Il est limité au Nord par le DS de Nongr-Massom, au Nord-est par le DS de Ziniaré, à l'Ouest par le DS de Baskuy, à l'Est par le DS de Zorgho, au Sud par le DS de Kombissiri et au Sud-ouest par le DS de Boulmiougou.

S'étendant sur une superficie de 1167,77 Km² le District sanitaire de Bogodogo a une population estimée à 795721 habitants en 2016. Les femmes représentent 49,72 % (RGPH 2006, réactualisé).

Sur le plan sanitaire, le district de Bogodogo comprend un (01) CMA, quatre (04) CM, vingt-neuf CSPS, un dispensaire isolé, cinq offices de santé des travailleurs (OST) et treize infirmeries (Ministère de la santé, 2017).

Les pathologies couramment rencontrées sont le paludisme, les infections respiratoires, les affections digestives, les dermatoses, les diarrhées, les affections de l'œil et annexes, les infections sexuellement transmissibles et les affections buccales (District sanitaire de Bogodogo, 2016)

⁸ Données tirées du plan d'action 2017 du district sanitaire de Bogodogo

Chapitre 4

METHODOLOGIE

Chapitre 4 : Méthodologie de l'étude

4.1. Devis de la recherche

L'approche méthodologique mixte séquentielle a été retenue pour mener cette étude. Selon Creswell (2003), « un devis de méthode mixte de recherche est un devis qui combine des méthodes qualitatives et quantitatives, à des degrés d'intégration divers dans chacune des étapes du processus de recherche (i.e., collecte des données, analyse, interprétation ou discussion) » (Larue et al., 2009, p. 8).

En effet, dans notre étude, la méthode qualitative a été utilisée pour les trois premiers niveaux du modèle de Donald Kirkpatrick à savoir la satisfaction, l'acquisition des connaissances et le transfert des connaissances. Pour le dernier niveau (les résultats), une évaluation du fonctionnement des districts sanitaire a été réalisée à travers une grille d'évaluation avec des données quantitatives (scores).

Nous avons utilisé la méthode qualitative pour les trois premiers niveaux de notre modèle car au regard de l'objet de la recherche qui porte sur la contribution de la formation des médecins généralistes en gestion de district au fonctionnement des districts sanitaires, ce type de devis est indiqué car la recherche qualitative « repose sur une visée compréhensive cherchant à répondre aux questions pourquoi et comment » (Dumez, 2011, p. 56). Cette étude cherche à comprendre comment la formation des médecins généraliste en gestion de district contribue-t-elle au fonctionnement des districts sanitaires.

Le devis utilisé pour la séquence qualitative est une étude de cas unique et imbriquée avec deux niveaux d'analyse constitués par les médecins généralistes formés et les formateurs en gestion de district. Selon Yin (1989) l'étude de cas est une « enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans lequel des sources d'informations multiples sont utilisées » (Hamel, 1997, p. 15). De ce fait, ce devis permet d'avoir une compréhension profonde du cas à l'étude en le rapportant dans un contexte précis ainsi que des éléments qui le composent.

Dans cette étude, le cas à l'étude est la direction sanitaire de la région du centre. Ce cas a été choisi pour les raisons suivantes :

- › La direction régionale de la santé du Centre est constituée de districts sanitaires urbains. Si la décentralisation du système a longtemps mis l'accent au niveau du milieu rural se disant que le milieu urbain est plus nanti en infrastructures, en personnel et en avancée technologique, la démographie galopante des villes pose un problème d'accès aux soins

des populations (Cadot & Harang, 2006). Par ailleurs, il y a une forte proportion de population rurale et périurbaine. Face à cette situation, le personnel de santé, en occurrence celui des districts sanitaires doit déployer d'énormes efforts afin de parvenir à une amélioration de l'état de santé de ces populations urbaines. Il est alors intéressant de voir comment la formation des premiers responsables des districts en gestion contribue à l'atteinte de cet objectif.

- La seconde raison relève de l'accessibilité de cette région pour nous afin de mener l'enquête. En effet, le pays compte treize régions sanitaires correspondant aux treize régions administratives. Le site de notre institut de formation se situant dans celle du centre, nous avons un accès facile pour mener les enquêtes auprès de notre population cible.

Pour le volet quantitatif, nous avons retenu la grille d'évaluation du fonctionnement du district sanitaire développée dans le module 2 de la formation en gestion de district et utilisée pour l'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires par le ministère de la santé. La grille est bâtie autour de cinq domaines que sont les infrastructures, les équipements et la logistique, le personnel, les organes de gestion, les activités cliniques et le processus gestionnaire.

Chacun des domaines sus cités comprend plusieurs critères de fonctionnement qui seront appréciés selon une échelle allant de « accord total = maximum des points » à désaccord= 0 point » en passant par accord partiel= moitié des points »

Les domaines n'ayant pas la même importance, il est attribué 25 points pour les infrastructures, les équipements et la logistique et le personnel ; Trente (30) points pour les organes de gestion et dix(10) points pour les activités cliniques ainsi que pour les processus gestionnaires.

Un district sanitaire fonctionnel doit avoir un total correspondant à au moins la moitié des points dans chaque domaine.

4.2.Population et échantillonnage.

4.2.1. Population d'étude

Notre population d'étude est composée :

- Des médecins des districts sanitaires. En effet, la formation en gestion de district sanitaire, objet de notre étude, concerne les médecins généralistes affectés dans les districts sanitaires. De ce fait, pour évaluer la contribution de cette formation à l'organisation et au fonctionnement du district, il est important de recueillir le point de

vue des principaux bénéficiaires de la formation. Il s'agit notamment des médecins chefs de district et des médecins travaillant dans les districts sanitaires et ayant bénéficié de la formation en gestion de district.

- Des formateurs en gestion de district impliqués dans la formation des médecins en gestion de district. A ce titre, ils constituent des personnes ressources à même de fournir des informations utiles à cette étude.

4.2.2. Echantillonnage/échantillon

- Pour les médecins

Nous avons enquêté de manière exhaustive les médecins formés en gestion de district et exerçant dans les districts sanitaires de la région du Centre. Ainsi l'enquête a concerné 07 médecins généralistes dont 02 de sexe féminin sur un échantillon théorique prévu de 07 personnes. Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- Être médecin dans un district sanitaire de la région sanitaire du Centre.
- Avoir participé à la formation des médecins en gestion de district sanitaire il y a au moins un an
- Accepter de participer à l'enquête

- Pour les formateurs :

Un échantillonnage par convenance a été utilisé pour le choix des formateurs avec un échantillon théorique de 5.

Le choix des formateurs a respecté les critères suivants :

- être ou avoir été formateur des médecins généralistes en gestion de district depuis au moins 02 sessions
- accepter de participer à l'étude

4.3. Outils et sources de collecte des données

La méthode de collecte de données utilisée pour mener cette étude est l'enquête. Pour ce faire, nous avons opté pour les techniques d'entrevue, de revue documentaire et d'observation.

4.3.1. La fiche de renseignements sociodémographiques

Avant l'entretien proprement dit avec les formés, nous avons recueilli les données sociodémographiques des participants à l'aide d'une fiche contenant les éléments suivants : le sexe, l'âge, le poste actuel, l'année de la formation en gestion de district, le nombre d'années d'expérience en tant que médecin.

4.3.2. L'entretien

Un guide d'entrevue semi directif a été élaboré à l'intention des apprenants avec des questions ouvertes afin de laisser le participant approfondir ses points de vue sur les différentes parties que sont la satisfaction, l'acquisition des connaissances, le transfert et l'environnement de travail. Lors de l'entretien, les enquêté ont été recadré de temps en temps avec des questions de relance. Ainsi, ce guide comprend les thèmes et les sous thèmes suivants :

- ✓ **La satisfaction du participant par rapport à la formation**
 - Motivation pour la formation
 - Éléments de satisfaction
- ✓ **Les connaissances acquises lors de la formation**
 - Nouvelles connaissances acquises
 - Modules où il y a eu de plus d'intérêt
- ✓ **Les connaissances transférées sur le terrain**
 - Lieu de transfert
 - Mécanisme de transfert
- ✓ **L'environnement de travail**
 - Description de l'environnement de travail
 - Influence de l'environnement de travail sur le transfert
- ✓ **les suggestions pour l'amélioration de la formation**

Aussi, un guide d'entretien peu directif sera élaboré à l'intention des formateurs. Il comprend les points suivants :

- ✓ **conditions de déroulement de la formation,**
 - Cadre de la formation
 - adéquation entre les modules enseignés et les activités des apprenants sur le terrain
- ✓ **Point de vue sur la formation**
 - Intérêt
 - Connaissances acquises par les apprenants
- ✓ **les suggestions pour l'amélioration de la formation**

4.3.3. La revue documentaire

Nous avons consulté les documents en rapport avec notre recherche. La revue documentaire a concerné les documents aussi bien officiels que non officiels et susceptibles de nous fournir des informations utiles pour notre étude. Ainsi, nous avons consulté les plans d'action des

districts, les lettres de félicitations, les rapports de réunions, les rapports de supervisions, les rapports de formations, les descriptions des postes des responsables de services, les arrêtés de nomination, les rapports de progrès des districts. Ces différents documents nous ont permis d'avoir des informations sur les différents aspects de notre étude mais aussi d'utiliser ces informations lors de l'analyse des données.

4.3.4. L'observation,

Nous avons, au cours de l'enquête, observé les infrastructures, l'équipement, le matériel, la logistique au niveau des districts sanitaires.

Un journal de bord a été utilisé pour noter tout ce qui a influencé l'entrevue tel que le climat de l'entrevue, les réflexions personnelles, les sentiments ressentis ou observés chez le participant et tout aspect qui nous avons observés lors de l'entretien. Lors de l'analyse des données, les éléments de l'observation et ceux consignés dans le journal de bord ont constitué une source d'informations complémentaires. Cette observation directe nous a permis de mieux comprendre les données qui nous ont été livrées par les médecins formés et celles issues de l'analyse documentaire. Elle nous a aussi permis quelques fois de corroborer les données issues de nos entretiens.

4.3.5. La grille d'évaluation du fonctionnement des districts

Pour l'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires, nous avons utilisé la grille d'évaluation du fonctionnement des districts contenu dans le module 2 de la formation des médecins en gestion de district. L'évaluation se base sur les éléments que sont les infrastructures, les équipements et la logistique, le personnel, les organes de gestion, les processus gestionnaires, les activités cliniques. la grille d'évaluation du fonctionnement du district sanitaire est en annexe.

4.3.6. La collecte des données

Nous avons dans un premier temps (le 15 juillet 2017) testé notre grille d'entretien auprès d'un médecin formé en gestion de district mais résidant dans une autre direction régionale de santé. Cela a permis de recadrer les questions afin de d'avoir une compréhension unique de l'instrument.

L'enquête s'est déroulée du 28 juillet au 18 août 2017 auprès des médecins formés en gestion de district sur l'ensemble des cinq (05) districts de la région sanitaire du Centre et auprès des formateurs. Nous avons au préalable demandé et obtenu l'autorisation d'enquête auprès du directeur régional de santé du Centre. Les enquêtés ont signé un formulaire de consentement éclairé après avoir lu la note d'information qui a été mis à leur disposition.

Les entretiens se sont bien déroulés tant au niveau des médecins formés en gestion de district qu'au niveau des formateurs. Ils se sont déroulés au lieu de travail des enquêtés. Cependant, la principale difficulté à laquelle nous avons été confrontés a été le calendrier très chargé des enquêtés. Cela nous a amené à prendre plusieurs rendez-vous ; ce qui a allongé le temps qui était prévu pour l'enquête sur le terrain. Au cours de l'enquête terrain, Nous avons recontacté des enquêtés pour vérifier certaines informations ou pour confirmer les contenus des entretiens. Nous avons également soumis la même grille à tous ceux que nous avons interviewés en faisant l'effort de ne pas interférer dans leurs propos.

Pour l'évaluation du fonctionnement des districts, nous avons recensé tous les documents nécessaires puis ils ont été compilé auprès des responsables (MCD, CISSE, responsables de la planification) et ont été exploité.

4.4. Analyse de données

Pour ce qui concerne la séquence qualitative de notre recherche, la méthode d'analyse inductive générale a été utilisée pour traiter les données issues des différentes entrevues. Elle est définie comme :

« Un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche. Elle s'appuie sur différentes stratégies utilisant prioritairement la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuient sur ces données brutes » (Blais & Martineau, 2006, p. 3)

Pour David R. Thomas, (2006), l'analyse inductive permet de :

« Condenser des données brutes, variées et nombreuses, dans un format résumé, d'établir des liens entre les objectifs de la recherche et les catégories découlant des données brutes, de développer un cadre de référence ou un modèle à partir des nouvelles catégories émergentes » (Blais & Martineau, 2006, p. 4)

Nous avons utilisé le dictaphone du téléphone pour l'enregistrement des différents entretiens avec la permission des enquêtés. Nous avons également procéder à une prise de note dans notre journal de bord dans certaines situations ainsi qu'à une revue documentaire.

Pour les entretiens, nous avons procédés immédiatement à la transcription de nos enregistrements. Ensuite, les informations recueillies ont été regroupées selon leurs convergences par thématiques en relation avec les objectifs de l'étude. L'analyse proprement

dite a consisté en une analyse individualisée de chaque entretien et une analyse thématique transversale des différents entretiens. Nous avons mis en relation les thèmes généraux et les sous thèmes qui se sont dégagés en concordance avec nos objectifs de recherche. Cela nous a permis d'avoir des informations convergentes et divergentes de chaque thématique. **A.BLANCHET et A.GOTMAN (2007)** en se référant aux travaux de **L.BARDIN (1991)** soulignent qu'« alors que le découpage par entretien parcourt les thèmes pour en rebâtir l'architecture singulière, l'analyse par thématique défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème » (Blanchet, 2007).

Nous avons analysé, pour le volet quantitatif (niveau résultats de notre modèle) les documents contenant les informations dont nous avons besoins pour l'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires. Ainsi, nous avons pu voir dans chaque district les documents tels que le rapport d'inventaire des infrastructures, des équipements et du matériel, le rapport d'inventaire des MEG, le document récapitulatif du personnel, les notes de nomination des membres ECD, le plan de développement des districts sanitaires, le plan d'action annuel, le rapport de progrès.

4.5. Critères de rigueur scientifique

« La valeur d'une recherche scientifique dépend étroitement de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes » (Drapeau, 2004, p. 80).

La crédibilité des résultats nécessite le respect d'un certain nombre de critères de rigueurs scientifiques. En recherche interprétative,(Guba,1981 ; Pourtois et Desmet, 1988 ; Mucchielli, 1996 ; Laperrière, 1997) cité par Gohier, évoqueront , en terme de rigueur, les paramètres de crédibilité, de transférabilité et de fiabilité (Gohier, 2004).

4.5.1. La crédibilité ou validité interne

Ce critère implique « de vérifier si les observations sont effectivement représentatives de la réalité ou crédibles, c'est-à-dire d'évaluer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer » (Blais & Martineau, 2006, p. 81).

Pour Aubin et al. (2008), la technique de la triangulation des sources et des méthodes permet de parvenir au respect de ce critère (Aubin-Auger et al., 2008) ; En effet, cette technique permettra de comparer les résultats de sources et de méthodes différentes. Le même auteur ajoute par ailleurs qu'il faut soumettre les résultats de la recherche aux participants afin que ces derniers les confirment et aussi comparer ces résultats aux données de la littérature(Ibidem, 2008). Nous allons effectivement soumettre les résultats de notre étude aux

médecins généralistes des districts de la région du Centre formés en gestion de district afin qu'ils les corroborent. Aussi, les résultats ont été discutés en comparaison à ce que dit la littérature sur la question. Nous avons utilisé un tableau de bord afin d'assurer la prise en compte des incidents qui pourraient apparaître lors des entretiens ; la combinaison des sources de collecte des données sera réalisée (entretiens, revue documentaire, journal de bord) pour assurer la triangulation des données afin de corroborer les résultats obtenus à l'analyse.

4.5.2. La transférabilité

La transférabilité ou validité externe implique que les observations puissent être généralisables dans d'autres contextes (Drapeau, 2004). Pour assurer ce critère de rigueur Boudreau et Arseneault (1994) conseille :

Une description étendue des sujets, du terrain, des conditions sociales de l'étude, de l'évolution historique du phénomène ainsi que des précisions sur la définition et la signification accordées aux termes et construits utilisés, permettra une comparaison appropriée des résultats et de maximiser la validité externe (Drapeau, 2004, p. 82)

Lincoln et Guba pensent qu'il faut « décrire le contexte original de façon adéquate pour que le jugement de transférabilité puisse être fait le mieux possible par le lecteur » (Pelletier & Pagé, 2002, p. 41).

Dans notre étude, le contexte de l'étude c'est-à-dire la direction régionale de la santé du Centre et les différents districts sanitaires qui la constituent sera détaillée avec précision, les termes et les construits utilisés dans l'étude seront bien définis afin que les résultats puissent être jugés transférables dans des contextes similaires.

4.6. Éthique de la recherche;

Notre étude s'est faite en conformité avec les exigences en matière d'éthique. En effet, pour le respect des droits des participants dans une démarche de recherche, les participants ont consenti librement à prendre part à cette étude sans aucune forme de pression (morale, matérielle, physique). Aussi, ils ont reçu toutes les informations concernant notre recherche. Cela à travers une note d'information a été élaboré à leur intention. Cette note comporte le titre de la recherche, le chercheur responsable du projet de recherche et ses encadreurs, le but de l'étude, les objectifs de l'étude les modalités de participation, la confidentialité, les avantages et les inconvénients associés au projet de recherche, le droit de retrait et enfin le financement du projet de recherche.

Chaque participant, après avoir pris connaissance des informations concernant l'étude, a procédé à la signature d'un formulaire de consentement.

Nous avons demandé et obtenu l'autorisation d'enquête auprès du directeur régional de la santé du Centre avant de procéder à l'enquête terrain. Les différents entretiens se sont déroulés dans le lieu de travail des participants, dans un local approprié afin de préserver la confidentialité de ces entretiens. Par ailleurs, tous les entrevues ont été enregistrées avec l'autorisation des enquêtés et ont été consignées dans notre ordinateur et protégé par un code. Pour préserver l'anonymat de nos enquêtés, nous avons utilisé des codes pour identifier chaque enquêté ainsi que les districts sanitaires lors des entretiens. Une autre codification a été utilisée pour l'illustration des verbatims. Les tableaux suivant indiquent les codes utilisés:

Tableau 3: *Codification des médecins enquêtés*

Numéro	Enquêtés	Codes
01	Médecin 1	E1 (MD-M)
02	Médecin2	E2 (MD-M)
03	Médecin 3	E3 (MD-F)
04	Médecin 4	E4 (MD-M)
05	Médecin 5	E5 (MD-F)
06	Médecin 6	E6 (MD-M)
07	Médecin 7	E7 (MD-M)

Source : enquête

Tableau 4: *Codification des formateurs enquêtés*

Numéro	Enquêtés	Codes
01	Formateur 1	F1 (FM-M)
02	Formateur 2	F2 (FM-M)
03	Formateur 3	F3 (FM-F)
04	Formateur 4	F4 (FM-M)
05	Formateur 5	F5 (FM-F)

Source : enquête

Tableau 5: *Codification des districts sanitaires*

Numéro	Enquêtés	Codes
01	District sanitaire 1	D1 (DSA)
02	District sanitaire 2	D2 (DSB)
03	District sanitaire 3	D3 (DSC)
04	District sanitaire 4	D4 (DSD)
05	District sanitaire 5	D5 (DSE)

Source : enquête

Aussi nos résultats feront l'objet d'une restitution auprès des participants à l'étude que sont les médecins des districts sanitaires et aussi auprès de la direction des établissements de santé qui est l'organisateur de la formation.

Chapitre 5
PRESENTATION DES
RESULTATS

Chapitre 5 : Présentation des résultats

1.1. Résultats en rapport avec les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les caractéristiques sociodémographiques ont été collectés auprès des enquêtés avant l'entretien proprement dit. Le tableau ci-dessous nous donne les résultats.

Tableau 6: *Caractéristiques des enquêtés médecins généralistes formés en gestion de district*

N° enquêté	Responsabilité	Age	Sexe	Année de formation en GDS	Expérience en tant que médecin généraliste
01	MCD	40 ans	M	2014	05 ans
02	MCD	38 ans	F	2014	08 ans
03	MCD	39 ans	M	2011	09 ans
04	MCD	39 ans	M	2013	06 ans
05	MCD	33 ans	M	2014	05 ans
06	MCD adjoint	35 ans	F	2015	08 ans
07	MCD adjoint	35 ans	F	2015	07 ans

Source : *enquête terrain juillet 2017*

Parmi nos enquêtés, cinq (05) sont médecins chefs de district et deux sont médecins chefs adjoints. On note quatre (04) enquêtés de sexe masculin et trois (03) de sexe féminin ; ils ont tous cinq (05) ans d'expérience ou plus en tant que médecin généraliste et ont tous été formés en gestion de district, il y a plus de deux (02) ans.

Pour ce qui concerne les formateurs, nous escomptons enquêter cinq mais l'échantillon par convenance qui a été utilisé a permis d'avoir deux participants dont les caractéristiques sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 7: *Caractéristiques des enquêtés formateurs en gestion de district*

N° enquêté	Responsabilité	Sexe	Expérience en tant que formateur en GDS
01	directeur central	M	07 ans
02	agent de direction centrale	M	06 ans

Source : *enquête terrain juillet 2017*

Les formateurs que nous avons enquêtés sont tous de sexe masculin et ont plus de cinq (05) ans d'expériences en tant que formateurs en gestion de district.

1.2. Les résultats de l'entretien avec les médecins formés en gestion de districts

1.2.1. La satisfaction

Le niveau de satisfaction des apprenants par rapport à la formation est déterminant pour l'apprentissage. C'est le premier niveau d'évaluation du processus de formation selon Donald KIRKPATRICK. il s'est agi de mesurer les sentiments que les apprenants ont eu par rapport à l'expérience qu'ils ont vécue lors de la formation (Reitz, 1997). Mais avant de donner les éléments de satisfaction des apprenants, nous allons d'abord nous intéresser à leur motivation pour la formation des médecins généralistes en gestion de district.

2.1. Motivation

➤ vivre l'expérience

Pour la plupart de nos interviewés, la formation des médecins généralistes en gestion de district crée une émulation en ce sens qu'elle demeure une expérience à vivre en tant que médecin généraliste. En témoigne les propos de **E2 (H. MCD d'un district)** :

« Euh, c'est ce qu'on avait tous entendus hein, formation des médecins en gestion des districts, c'était d'être choisi (...) en tout cas j'étais tout enthousiaste d'aller à cette formation à l'image de mes prédécesseurs, de mes aînés pour aller savoir qu'est-ce que ça donne en tant que médecin euh en tout cas j'étais motivé à aller participer à la formation et tout au long de mon séjour, je me suis appliqué pour pouvoir acquérir des connaissances, des compétences et puis dans la gestion même de groupe, y avait beaucoup d'autres activités qui sont aux locaux et j'ai pleinement participé ».

➤ Carrière de santé publique

Pour certains, comme **EA2 (F, médecin chef adjoint)**, la formation en gestion de district est un tremplin pour amorcer une carrière dans le système de santé notamment la santé publique. Elle le dit clairement dans ses propos

« Ma motivation ? J'étais déjà dans l'équipe cadre de district et je n'avais pas de formation en gestion de district, j'étais deuxième médecin, chargé des activités cliniques et de la qualité des soins ; c'était ma première motivation. La deuxième motivation, c'est que, en tout cas, j'envisage de me spécialiser en santé publique, je vois que c'est une formation qui allait m'aider »

Sur ce point les propos que **E3 (M, MCD)** nous confie va également dans le même sens que l'intervenant précédant en y ajoutant le fait d'enrichir son curriculum vitae ; il dit ceci :

« il faut dire que, premièrement quand mon MCD m'a contacté je n'étais pas pour (...) mais à la suite je me suis rendu compte que c'est très important, parce que comparaison n'est pas raison apparemment c'est le même diplôme allégé pour ceux qui font santé

*publique qu'on a essayé de nous donner et quand j'ai su ça et en plus le fait que je ne perds rien en adjoignant sur mon CV (curriculum vitae) **gestion de district**, j'étais vraiment très satisfait (...) donc finalement j'ai retrouvé l'intérêt de la formation »*

➤ **Approfondir les connaissances en gestion de district**

Il faut également noter le fait que d'autres médecins étant déjà dans le système de district, il était nécessaire pour eux d'avoir les connaissances et compétences pour accomplir de manière efficace leurs tâches quotidiennes. C'est ce que nous dit **E7 (M, MCD)** en ces termes :

« Mes principales motivations pour la formation en gestion de district, c'est d'abord que je m'intéresse à tout ce qui est activités de santé publique en général, et j'avais aussi un intérêt particulier à évoluer dans le système de district qui est le niveau opérationnel du système de santé. Pour moi c'était un avantage de participer à la formation en gestion de district pour pouvoir appliquer ce que je vais apprendre dans le cadre de mon séjour au sein du district ».

En somme, il convient de dire que les apprenants étaient motivés pour la participation à cette formation en gestion de district. Certains voyaient en cette formation une expérience à vivre en tant que médecin généraliste, d'autres y voyaient un tremplin pour la formation en santé publique ou un cadre d'acquisition de connaissances et de compétences pour mener les activités du district de façon efficace. Tout ceci dénote l'importance que revêt cette formation en gestion de district dans la gestion du système de santé pour eux.

Après avoir passé en revue la motivation des apprenants, nous aborderons dans les lignes à venir la question du niveau de satisfaction des apprenants.

2.2. De la formation

➤ **le lieu de la formation**

Les apprenants enquêtés étaient satisfaits d'une manière générale de la formation en gestion de district, notamment pour ce qui concerne le cadre. Les propos de **EA2 (F, MCDA)** illustrent bien cette affirmation quand il dit :

« Bon, il y a aussi l'endroit où on était hébergé, en tout cas c'était vraiment bien. C'était un cadre calme et très propre, les conditions étaient en tout cas réunies pour qu'on puisse apprendre »

Pour **E3 (M, MCD)**, l'éloignement du cadre de la formation hors du lieu de travail des apprenants a permis d'être concentré seulement sur la formation, toute chose qui les dispose à suivre avec attention la formation. Il le dit en ces termes :

« Pour le cadre, Kongoussi, bon, pour quand même se soustraire aux différentes activités du district, nous permettant en tout cas d'assimiler le plus de notions en ce qui concerne la gestion des districts, c'est bien(...) »

➤ **Le contenu**

Le contenu de la formation a été également un motif de satisfaction pour les apprenants. En effet, il ressort de leurs propos que le contenu dispensé permet d'acquérir les connaissances nécessaire pour la bonne marche des districts sanitaires. Témoignage de **E7 (M, MCD)**

« Oui, disons que sur une échelle de trois (03) niveaux, je peux dire que je suis très satisfait. C'était une très belle expérience parce que ça permet de mieux comprendre les choses, comprendre l'esprit dans lequel on a mis en place les districts et aussi ce qu'on attend du fonctionnement des districts pour l'amélioration de la qualité des soins. (...) »

Pour **EA2 (F, MCDA)**, le contenu présentait des éléments nouveaux dont les apprenants n'avaient pas connaissances. Voici ses propos :

« En tout cas d'une manière générale, je suis satisfaite de la formation ; parce que, il y a beaucoup de choses, en réalité que je ne connaissais pas mais cette formation m'a aidé à comprendre beaucoup de choses. (...) »

Cependant, il est ressorti également des résultats de l'entretien avec les participants à la formation, des éléments dont ils n'ont pas été satisfaits. Il s'agit essentiellement de :

➤ **la durée de la formation**

Les participants enquêtés ont trouvé la durée de cette formation relativement insuffisante pour aborder les modules en profondeur et de manière complète avec tous les échanges d'expérience qu'il faut. Ils le disent en ces termes :

*« (...), maintenant dans le déroulé même des modules, c'est le temps imparti. Si globalement, on veut nous faire assimiler les notions essentielles en quarante-cinq jours, quand nous regardons, en perspective comme ça, il n'y a pas de problème ; mais quand vous êtes pris dans les quarante-cinq jours, vous voyez que véritablement le temps est insuffisant (...) » **E3 (M, MCD)***

➤ **certains contenus non actualisés**

Il est vrai que certains participants enquêtés ont trouvé certains modules un peu dépassés mais les formateurs ont pris des dispositions pour les actualiser lors de la dispensation. Comme, le dit **E6 (F, MCD)**

« ce que nous avons un peu déploré c'est que les modules étaient quand même un peu anciens, ça n'avait pas été actualisé, en tout cas, en tenant compte de la réalité des

choses ; Donc, bon, c'est lors des présentations qu'on essaie d'activer les actualités mais les supports et les documents étaient un peu(...), pas totalement en déphasage mais il y a des choses qui ont évolué »

➤ **Le parchemin reçu**

L'autre point de non satisfaction qui ressort dans les propos de nos enquêtés est relatif au certificat reçu à la fin de la formation. En effet, la formation en gestion de district est sanctionnée par un certificat. Les apprenants, dans leurs propos, ont souhaité que cette formation soit sanctionnée par un diplôme (DU par exemple) quitte à allonger la durée. Plusieurs propos illustrent ce souhait, on a par exemple ceux de **(E7, M, MCD)** :

« (...) c'est de ne pas sous-estimer ce que nous faisons ; et de travailler, de trouver vraiment, heu, j'allais dire, heu..., les moyens pour en faire une formation diplômante puisque, mine de rien, pourquoi est-ce que, nous, nos médecins quand ils sortent et qu'ils sont dans d'autres pays, ils se retrouvent vraiment dans de bonnes conditions, ils sont vraiment trop coté très appréciés, c'est parce qu'il y a quelque chose de très important qui est réalisée et la gestion de district en particulier est un cours qui peut être, j'allais dire, en tout cas considéré comme une formation diplômante de telle sorte à ce que ça puisse ouvrir la porte vers certains horizons. »

Après avoir abordé cette partie consacrée au niveau de satisfaction des apprenants qu'en est-il de l'acquisition des connaissances/compétences lors de cette formation ?

II. Acquisition des connaissances

La formation en gestion de district sanitaire des médecins généralistes a pour but de faire acquérir à ces derniers des connaissances indispensables pour développer les districts sanitaires. Dans cette partie, il s'agit d'analyser les connaissances acquises lors de la formation sur la gestion des districts sanitaires. Nos entretiens ont révélé que l'acquisition des connaissances et compétences étaient aussi l'une des motivations des apprenants. En effet, les apprenants ont pu acquérir des connaissances dont ils avaient besoin pour le bon fonctionnement de leur district sanitaire.

➤ **Des connaissances nouvelles et structurées**

cette formation est une occasion pour les apprenants non seulement d'acquérir de nouvelles connaissances entrant dans le cadre de la gestion de leur organisation mais aussi de mieux structurer les connaissances éparses qu'ils avaient auparavant. Les propos de ces derniers illustrent bien cette affirmation : **EA2 (F, médecin chef adjoint)** confie :

« J'ai beaucoup appris hein, est ce que je peux tout citer ? Si je prends sur le domaine de la planification, en tout cas j'ai beaucoup appris, surtout la planification

de façon générale et c'est là-bas aussi que j'ai appris que la tendance actuelle c'est de faire la planification axée sur les résultats et on nous a en tout cas, beaucoup parlé de ça là-bas. Ça m'a beaucoup aidé dans l'élaboration du plan d'action du district. »

➤ **Des modules qui ont fait l'objet de plus d'acquisition de connaissances**

Certains modules reviennent avec insistance dans les propos des apprenants comme étant les modules qui les ont le plus intéressés, où ils ont beaucoup appris :

« Des nouvelles compétences, c'est d'abord dans la gestion des ressources humaines, la gestion des ressources financières, la gestion des conflits (...) J'ai beaucoup apprécié ces éléments ; aussi dans la pratique le monitoring et la supervision aussi a été un atout j'ai beaucoup apprécié on le faisait déjà sur le terrain mais après c'était quand même (...) la vraie supervision qu'on nous a appris comment ça doit se passer et je... j'ai vraiment apprécié. Ensuite en tant que médecin n'ayant pas aussi eu assez de connaissances sur la gestion des médicaments mais je crois que sur le module de gestion des produits pharmaceutiques ça été aussi intéressant » (E2, M, MCD)

Le même enquêté poursuit en disant :

« Surtout le module recherche action m'a vraiment plu, m'a vraiment émerveillé parce que je l'avais pas encore testé. Ça m'a permis bien sûr de mener un certain nombre de recherches actions dans le district. Ensuite après ça c'était aussi le volet gestion financière où n'étant pas MCD je n'avais pas droit en tout cas à visiter un peu cet aspect donc ça m'a permis de comprendre le mode de financement des districts, le mode de gestion. »

E3 (M, MCD), lui, confie lorsqu'il s'agit de savoir les modules où il a acquis le plus de connaissances :

« La législation sanitaire parce que là-bas mes intérêts personnels étaient en jeux (rires), je parlais des concepts, la gestion du personnel parce que c'est un cours qui nous a été présenté par le DRH (directeur des ressources humaines) et comment gérer les conflits aussi ; dans le cadre de nos missions, c'est combien de conflits il faut gérer ? »

De l'ensemble de ces propos, il ressort que les modules qui ont le plus attirés l'attention des participants à cette formation que nous avons enquêtés sont essentiellement la gestion des ressources humaines surtout le volet gestion des conflits, la gestion des finances, la gestion des médicaments, la législation sanitaire, la recherche action et la supervision.

Aussi, les modules qui sont enseignés lors de cette formation sont en adéquation avec les besoins réels sur le terrain et les formateurs jouissent d'une certaine expérience pour les aborder.

Il faut noter que certains modules n'ont pas été suivis avec beaucoup d'attention. Cet état des faits est surtout ressorti dans les propos des médecins qui ont participé à la formation mais qui avaient un penchant beaucoup plus clinique. Propos illustratif :

« La clinique, ça c'était déjà un acquis. Maintenant, la gestion des ressources humaines et la gestion des finances, ça m'a en tout cas donné beaucoup plus de compétences ; parce que, il y a des aspects sur lesquels, clinicienne pure, on ne s'est pas intéressé, on n'a pas regardé » (E6, F, MCD)

➤ **Des résultats satisfaisants**

Les apprenants sont évalués selon plusieurs moyens au cours de la formation. Il s'agit des travaux de groupes, des évaluations sur tables, des jeux de rôles et des pratiques de terrain. Les résultats obtenus par les apprenants d'une manière générale sont appréciables si l'on en juge les propos de **E7 (M, MCD)** qui dit

« Sinon que, nous avons été évalués pendant notre formation et je pense que les évaluateurs étaient satisfaits »

Après avoir passé en revue la question sur l'acquisition des connaissances/compétences par les médecins généralistes, nous aborderons les aspects liés aux transferts des connaissances/compétences acquises.

IV. Le transfert des connaissances acquises

Le transfert des connaissances acquises c'est-à-dire son application sur le terrain est une étape très importante lors que l'on veut apprécier les effets de cette formation. Le district sanitaire étant le lieu de provenance des participants à la formation, ils ont pu transférer ce qu'ils ont appris au sein de cette entité dans leurs activités quotidiennes.

➤ **Lors des réunions et des supervisions**

Des entretiens que nous avons eu avec les participants à la formation en gestion de district que nous avons enquêtés, le transfert des connaissances acquises s'est fait dès le retour de la formation. Il a été bâti autour des **réunions au sein de l'équipe cadre du district**, lors des **supervisions** vers les personnels des formations sanitaires. A ce sujet **E3 (M, MCD)** confie :

« ça, c'est juste l'aspect de la supervision, on a compris que c'est plutôt les agents de santé qu'on partait superviser, les étapes, la préparation, tout ça (...) on a essayé aussi de partager l'information aux autres membres de l'ECD (équipe cadre de district) qui n'avaient pas été formés en gestion de district, surtout les membres non médecins. Le

reste c'est au cas par cas, quand une situation se pose en réunion ICP/ECD, on fait appel à ces connaissances et on essaye de soutenir ce que nous disons en ayant pas peur »

➤ **Auprès des membres de l'équipe non formés**

Selon nos enquêtés, le transfert des connaissances de la formation se fait aussi auprès des autres de l'équipe qui n'ont pas reçu la formation. En effet, les médecins formés travaillent en équipe au sein de leur district. Cependant, tous les membres de cette équipe ne sont formés en gestion de district. Ce qui amène les premiers responsables à transférer les connaissances apprises auprès de ces personnes ; toute chose qui favorise une même compréhension et assure la bonne marche des services. Les propos de **E1 (M, MCD)** l'atteste :

« Sur le terrain, j'ai maintenant une bonne vision de comment fonctionnent les services que les autres collègues qui n'ont pas eu à faire la formation. Si j'ai un problème, je leur dis par rapport à ce qu'on a appris au niveau de la formation en gestion de district, voilà ce qu'il faut faire, on doit suivre tel chemin pour aboutir à telle attente au niveau des agents. Par rapport au processus managérial au niveau des ICP (infirmier chef de poste), je leur montre comment il faut procéder pour qu'à leur niveau il y ait une bonne gestion de leur personnel. »

Il convient de noter également que le transfert des acquis de la formation se fait dans les structures publiques mais aussi au niveau des structures privées. Ceci, parce que ces derniers sont du ressort des districts sanitaires dans lesquels elles sont implantées. Témoignage de **EA1 (F, MCDA)** :

« Le lieu de transfert, c'est généralement dans les centres de santé, et, bon, entre collègues, entre collaborateurs ; quand on arrive souvent, la personne vous saisit par rapport à quelque chose qui ne fait partie du thème de la présente supervision (...) ; pas que c'est seulement dans le public hein, même dans le privé, y a une clinique qui m'a approchée par rapport à leurs difficultés dans le rapportage et tout. On a organisé pour qu'on parte les appuyer (...) »

➤ **Changement dans la manière de faire les choses**

Cette formation a contribué à un changement de comportement, un changement dans la manière de voir les choses, dans la manière de faire les choses quant à la gestion du district sanitaire qu'ils n'avaient pas avant la formation. Ceci ressort clairement dans les dires des principaux concernés : **E2 (M, MCD)** déclare :

« Par rapport au transfert de connaissances, maintenant, personnellement pour la supervision, c'est avec un autre œil hein ; quand tu arrives, c'est vrai qu'il y a la grille, on va poser des questions mais après la grille, on va un peu plus loin parce

qu'avant moi j'avais l'impression que quand on arrivait pour une supervision, les gens étaient stressés mais depuis cette formation, on dit bon c'est pas un contrôle, on est venu c'est pour aider (...) Faites comme tous les jours. On apprend de vous, vous apprenez de nous (...). »

➤ **Des domaines d'application du transfert**

- **la gestion des ressources humaines, les formations, la budgétisation et la recherche-action**

Les connaissances acquises pendant la formation sont appliquées par les médecins formés dans plusieurs domaines allant de la supervision à la recherche action en passant par la gestion des ressources humaines. Les propos de de nos enquêtés sont assez illustratifs :

« À l'issue de la formation en gestion de district, il y a beaucoup de choses qu'on comprend, qu'on pensait avoir compris mais ce n'est pas ça. Les activités dont le MCD me remettait la charge, je faisais tout pour que tout se déroule comme ça devrait être fait, que ça soit les normes, que ça soit les formations, organisation des formations, que ça soit la budgétisation des activités, que ça soit la gestion des ressources humaines. J'ai mis par exemple un certain nombre de fichiers pour la gestion des formations, la prise en charge des patients ; on a même expérimenté en son temps dans un CSPS, pour les enfants cible du PEV la liste pour pouvoir faire des archives donc j'ai payé moi-même les cahiers pour qu'ils puissent documenter à la fin. J'ai pu faire des recherches action sur l'allaitement maternel, le tabac et l'alcoolisme en milieu scolaire. » E2 (M, MCD)

- **La supervision**

Quant à E7 (M, MCD), répondant à la question du transfert des acquis de la formation sur le terrain, il déclare :

« le transfert, heu, je dirais l'application des connaissances sur le terrain, c'est déjà en terme de préalables pour la mise en œuvre des activités. Quand on prend un volet particulier, par exemple la supervision, il faut déjà identifier les thèmes de la supervision en début d'année, il faut nécessairement planifier, les programmer, ensuite il faut se préparer sur les différents thèmes auxquels nous allons superviser les agents. A partir de là, il faut élaborer des grilles et il faut surtout donner l'information à temps à ceux-là qui doivent être supervisés, il faut former son équipe et aller sur le terrain de telle sorte à ce que ce que vous allez identifier comme constats négatifs, comme insuffisances chez le personnel, que vous puissiez leur apporter des éléments pour corriger ces imperfections et au finish renforcer leurs compétences dans des domaines bien précis. Voilà, disons qu'à

tous les niveaux c'est comme ça ; quand on prend chaque domaine, il y a quand même des astuces que l'on retient pour vraiment la mise en œuvre sur le terrain. »

- **L'organisation des services**

Des résultats de nos entretiens, il ressort que la formation en gestion de district a permis aux apprenants, une fois de retour à revoir l'organisation de leur district sanitaire en y apportant un changement substantiel. On note que, selon les enquêtés, cette formation a permis de mieux organiser le travail dans les districts sanitaires. **E1 (M, MCD)** confie :

« Après cette formation, quand je suis revenu ici, j'ai vu que les membres de l'ECD n'avaient pas de lettre de mission, les membres de l'ECD n'avaient pas de note de nomination, ils n'avaient pas aussi de description de postes. Alors que ce soit les membres de l'ECD, les chefs de service, les chefs d'unité, ils ont tous eu des descriptions de postes et donc, ils savent à quoi s'attendre, quelles sont leurs prérogatives, quelles sont leur missions et en cas de manquement à quoi ils sont exposés. Donc, quand je suis venu, j'ai organisé le service, chacun sait maintenant à quoi s'en tenir ; j'ai donné des lettres de mission à tout un chacun pour que ça aille dans le bon sens. »

Ces propos sont appuyés par ceux de l'importance d'appliquer selon les textes **E3 (M, MCD)** qui dit :

« Elle (la formation) a une très grande contribution. Aujourd'hui, si je n'étais pas formé en gestion de district, je ne suis pas sûr que le district allait fonctionner comme les textes le disent ; on a pu mettre en place depuis l'équipe cadre de district jusqu'au niveau ASC (agents de santé communautaires), un certain nombre de normes de fonctionnement. C'est sûr que c'est parce que j'ai pu avoir ce bagage-là d'abord ; ça a permis de réorganiser, par exemple, le CMA avec les chefs de services, les SUS (Surveillants d'unité de soins), les ICP, en leur donnant leur lettre d'objectifs à atteindre ; on a pu respecter le nombre de membre de l'équipe cadre et lors des questions de planification être plus proactifs avec les autres membres qui n'ont pas fait gestion de district. »

Nous avons pu observer lors de notre passage dans les différents districts, que dans les bureaux de certains membres de l'équipe cadre, des organigrammes et des descriptions de postes étaient affichés. Nous avons pu également voir un certain nombre de documents tels que les notes de nomination (MCD, membres de l'équipe cadre), des lettres de missions (membres de l'équipe cadre). Ce qui vient appuyer certains propos de nos enquêtés.

- **Le leadership**

Selon nos enquêtés, ils ont pu mettre en application les éléments de leadership acquises pendant la formation afin de mieux conduire leurs collaborateurs vers l'atteinte des objectifs qu'ils se sont fixés. C'est ce qui ressort dans les propos de **E7 (M, MCD)** :

« L'apport de la formation en gestion de district pour le premier responsable, renforce son leadership ; parce que vous savez, c'est bien vrai qu'on travaille en équipe mais le médecin chef de district reste quand même le premier responsable du district, il doit, en tout cas, avoir tout le leadership nécessaire vis-à-vis des autres membres de l'équipe pour pouvoir avancer. Dans une équipe, quand il n'y a pas un leader, c'est souvent compliqué, puisque, il y a souvent des intérêt individuels qui peuvent amener à constituer des blocages mais quand il y a un leader dans le groupe, ça permet quand même de faire avancer les choses. Le leader doit avoir des notions, donc c'est quand même important d'être formé en gestion de district. »

➤ **Connaissances pas toujours applicables**

L'application pure et dure des connaissances n'est pas toujours aisée pour les apprenants. En effet, face à certains cas dans la réalité du terrain, ils sont obligés parfois de s'y conformer et de chercher des solutions adaptables quitte souvent à tordre les textes. Illustration faite avec les propos de **E3 (M, MCD)**:

« Je précise aussi que ce qu'on a appris, on ne peut pas l'appliquer forcement comme tel mais c'est des notions maintenant en fonction des personnalités qui sont devant nous dans le cadre des conflits, on essaie de tirer des éléments pour s'en sortir »

Et de poursuivre :

« (Rire), c'est un peu plus de tempérance dans les actes parce que quand on dirige les hommes y en a du tout et les documents, c'est bien mais ce que je puisse ajouter aussi, c'est la question de l'administratif pure basé uniquement et essentiellement sur les textes, il faut souvent tordre les textes pour que ça aille ! »

Le transfert des acquis de la formation est somme toute le but de toute formation continue. Cependant, il convient de signaler que ce transfert se fait dans un environnement de travail donné. Le transfert des connaissances est donc influencé par cet environnement. Qu'en est-il des résultats auxquels nous sommes parvenus dans cette étude à ce propos ?

V. L'environnement du travail

Les médecins formés en gestion de district sont pour la plupart soit des médecins chefs de district, soit des adjoints aux médecins chefs de district appelés donc à travailler dans les districts sanitaires. Le district sanitaire étant une entité opérationnelle de système de santé au Burkina Faso, il regroupe un certain nombre de ressources humaines, infrastructurelles,

matérielles à même de faciliter la mise en œuvre des activités. Cet environnement a nécessairement une influence sur le transfert des acquis de la formation en gestion de district qu'a reçu nos enquêtés.

➤ **Conditions de travail**

Des résultats de notre enquête, il ressort que les districts sanitaires de la région du Centre ont le minimum requis de personnel pour accomplir les activités quotidiennes. Cependant les difficultés résident au niveau des infrastructures, du matériel et des finances. Toute chose qui ne facilite pas la mise en œuvre de ces activités.

Les propos de **E1 (M, MCD)** font clairement ressortir cet état de fait :

« C'est que ici, il y a beaucoup de choses qui ne sont pas dans les normes. Notre travail, c'est de gérer, dans la gestion et à l'endroit même des travailleurs, il faut le minimum. Si à leur niveau, ils n'ont pas le minimum pour travailler, il n'y a pas de matériel, ils ne sont pas motivés, quel que soit ta volonté de bien gérer, il y aura toujours un obstacle. A notre niveau en tout cas, il y a beaucoup de problèmes liés au manque de matériel (...) Pour le personnel il y en a mais coté infrastructure, ça ne répond pas aux normes, équipements biomédicaux, ce n'est pas adapté. »

Comme le précédent enquêté, **E6 (M, MCD)** ressort des difficultés de ressources infrastructurelles en ces termes :

« Maintenant, il faut dire qu'au niveau des conditions de travail ce n'est pas toujours aussi facile, je pense que c'est surtout ça qui fait beaucoup de problèmes (...) Vous voyez que par exemple, le district, nous totalement exigü, dans des locaux exigü, très difficile, il y a des services qui n'ont pas de bureaux ; donc tantôt c'est la salle de réunion qui constitue le bureau pour certains profils, s'il y a des activités, automatiquement ça devient des sans domicile fixe, ça fait des conditions de travail assez difficiles. Le siège du district, il est construit depuis, ce n'est pas fini parce que dans le processus, il faut encore des choses ; malgré les relances, ça y est toujours au statu quo, ça fait que, bon, ce n'est pas toujours aussi facile quand on n'a pas le cadre pour vraiment travailler et il faut toujours demander le meilleur de soi-même aux agents ; donc à un certain moment ça devient compliqué, il faut savoir manager. »

Et de poursuivre, concernant l'influence de ce fait sur le transfert des acquis de la formation :

« Ça joue beaucoup, ça joue beaucoup parce que quand vous n'avez pas un agent motivé quel que soit le degré de transfert de compétences que vous leur donnez, bon, ce n'est pas toujours évident qu'il se sente aussi impliqué ou intéressés par la chose. C'est peut-être la difficulté que je constate. »

En effet, lors de nos différents entretiens, nous avons pu observer, dans certains districts un manque d'infrastructures notamment de bureau pour le personnel du district (les agents étant à trois ou quatre par bureau), certains travaillant dans les salles de réunion ou ayant leur bureau au secrétariat. Nous avons même été reçu par une de nos enquêtés dans une salle de réunion car, disait-elle, n'ayant pas de bureau.

➤ **Collaboration au sein des équipes**

L'autre difficulté relative à l'environnement de travail qui ressort dans nos entretiens, est la collaboration au sein même des équipes de travail. En effet, le fait que tous les membres des équipes cadres de district ne soient pas formés en gestion de district limite quelques fois la compréhension de certains concepts et certaines manières de faire lors des activités. Les propos de **E3 (M, MCD)** sont illustratifs à ce sujet :

« (...) Aujourd'hui, je suis MCD, je comprends encore plus, j'ai la malchance d'être dans une équipe où je suis le seul actuellement à avoir fait gestion de district ; ça fait que les uns et les autres ne comprenant pas ces appréhensions, ces a priori, la difficulté se pose (...) »

➤ **S'adapter aux conditions**

Il faut noter que, pour certains de nos enquêtés, l'influence de l'environnement de travail est à relativiser car pour eux, dans le cadre du transfert des acquis de la formation, il faut s'adapter aux conditions. **E3 (M, MCD)** aborde la question en ces termes :

« Comme j'ai dit, entre la théorie et la pratique, il y a un fossé. Ce qu'on a dit, on a essayé de s'adapter ; il a fallu faire comme les textes le disent même si dans la réalité, face à une contrainte ou une difficulté, ce qui est sûr ce n'est pas de la faute à quelqu'un. Je pense que sur le transfert, la difficulté c'est comment concilier la réalité pratique des choses et puis la théorie qu'on a appris, mais ce qu'on a pu faire c'est aller doucement, doucement ; il y a des choses qui sont allées d'elles même. Quand ça dépendait que de moi, là, y a pas de soucis, quand ça dépend d'un certain nombre de paramètres dont je n'ai pas forcément la main mise, il faut soit concilier soit aller doucement »

Les difficultés de transfert rencontrées sur le terrain ont fait l'objet de discussion pendant la formation. Ce qui, selon les enquêtés, permet de s'y attendre et d'utiliser les acquis de la formation pour y faire face. C'est ce que laisse entendre **E7 (M, MCD)** lorsqu'il dit :

« Bon, je pense que en ce qui concerne les conditions de travail, les conditions de travail sont, j'allais dire, à la fois, peuvent être appréciées à la fois par rapport à une référence, par rapport aussi à des exigences personnelles. Si vous prenez par exemple

un district urbain et un district rural, bon, c'est sûr que vous ne serez pas dans les mêmes conditions de travail ; si vous prenez un CSPS de la ville de Ouagadougou et un CSPS en milieu rural, ils ne seront pas dans les mêmes conditions de travail, ils n'auront pas les mêmes conditions de travail. Donc l'appréciation des conditions de travail a une tendance beaucoup plus subjective. Sinon que, je pense que ce n'est pas l'aspect important pour, j'allais dire, la mise en œuvre de ce que l'on a appris en gestion de district parce que, justement, on vous apprend à faire également avec la situation qui se pose à vous ; c'est-à-dire que vous serez amené au-devant des situations où ce sont des contraintes et vous êtes obligé de faire avec ; je pense que cet aspect n'est pas un aspect à évaluer. Ce qu'on a acquis comme bagages lors de la formation en gestion de district nous permet de gérer. Mais néanmoins, je suis d'accord que si on estime que ces conditions de travail ne sont pas très favorable, nous avons aussi appris à mobiliser des ressources, donc ce volet peut être exploité ; on a appris aussi à gérer les hommes, donc il faut manager, il faut travailler à ce que malgré les dures conditions que les agents fassent ce qu'ils doivent faire. Sinon que, les conditions de travail d'une manière générale, nous, nous avons le devoir de créer un climat serein, un climat en tout cas favorable. »

1.3. Les résultats de l'entretien avec les formateurs en gestion de districts

1.3.1. déroulement de la formation

- **Cadre de la formation**

Le cadre de la formation a été apprécié positivement par les formateurs. Selon leurs propos, le cadre, du fait de son éloignement avec Ouagadougou était très propice à une formation de ce genre qui requière beaucoup d'attention de la part des participants. Il était agréable et a contribué au bon déroulement de la formation. Le formateur **F02 (directeur central)** témoigne :

« Je trouve que c'est une bonne chose, le fait même qu'ils se soient retirés dans une localité vraiment qui est agréable et propice à la formation. »

- **La durée de la formation**

La durée de la formation semble être une des limites de cette formation à en croire les formateurs. Ils pensent cela n'a pas permis non seulement de faire beaucoup de pratiques mais de rentrer dans certains détails pourtant nécessaires Ce sentiment est illustré ici par un des leurs en ces termes:

« Je pense que, il y a quelque chose qui est très claire, la formation, l'ensemble des intervenants pourront peut-être reconnaître cela, le temps imparti à cette formation est

vraiment limité. Si on regarde l'ensemble des modules, en quarante-cinq jours, ce n'est pas évident. Nous avons pour preuve, cette année, nous avons animé cela mais ça été encore réduit, ce qui fait que c'est quand même difficile de faire passer pas mal de choses en si peu de temps. Parce que l'idéal serait qu'on aille à des cas pratiques qui soient traités, discutés mais si on manque de temps, tout cela ne peut pas se faire. » (F02, directeur central)

- **une adéquation entre les modules et la réalité du terrain**

Aussi, selon les formateurs, les modules qui sont enseignés lors de cette formation sont en adéquation avec les besoins réels sur le terrain et les formateurs jouissent d'une certaine expérience pour les aborder. Le témoignage du formateur **F02 (directeur centrale)** est claire à ce sujet :

« On a pris comme facilitateurs des hommes de terrain, des gens responsables qui travaillent déjà, ce qui me fait dire que ce qui est dispensé est en relation avec les réalités du terrain ; donc pour moi l'adéquation, elle est là, ce qui est dispensé est en adéquation avec ce qui est sur le terrain quoi qu'il y ait le besoin d'actualiser à chaque fois, rien n'est statique »

1.3.2. Point de vue sur la formation

- **une formation utile**

La formation en gestion de district revêt une importance capitale dans le système de santé pour ce qui concerne le volet santé publique et communautaire. En effet, les médecins sont un maillon important du système de santé. Leur formation de base ne prenant pas certains aspects des activités qu'ils sont appelés à mener, le renforcement de leur capacité managériale est la bienvenue. Les formateurs que nous avons rencontrés ressortent dans leurs propos cette importance quand ils déclarent :

« C'est une très bonne chose, hein, que d'organiser ces formations-là. Parce que en tant que formateur, je me rends compte qu'il s'agit d'un ensemble d'informations utiles que l'on donne aux médecins effectivement qui la plupart du temps intègrent comme ça la fonction publique sans véritablement avoir des informations surtout au niveau administratif, de comment on gère une structure. De mon point de vue c'est une très bonne chose d'avoir initié cette formation qui est, en fait, complémentaire à leur formation de base. » (F02, direction centrale)

- **Apport de la formation**

La formation en gestion de district a un apport substantiel non seulement aux bénéficiaires mais également au bon déroulement des activités au niveau des districts sanitaires selon les

résultats obtenus de l'entretiens avec les formateurs. En effet, il ressort que la formation apporte de nouvelles connaissances aux apprenants sur la gestion et le management.

Pour le formateur **F01 (M, direction centrale)** les résultats de la dernière session en est la preuve pour ce qui est de l'acquisition de connaissances. Voici ses propos :

« Par exemple, la dernière session qui vient de se terminer il y a moins d'un mois, la synthèse des évaluations formatives a montré que les apprenants eux-mêmes accordent une certaine importance à la formation, la moyenne générale était de 15/20 »

Les formateurs pensent qu'en plus de l'acquisition de connaissances par les apprenants, la formation apporte une plus-value qui permet à ces derniers de gérer convenablement les districts sanitaires en se basant sur des données factuelles et des textes réglementaires. Ils le soulignent dans les propos suivants avec des exemples :

« En termes de contribution, c'est claire que cela apporte... il y a une plus-value, cette formation là, tout simplement parce qu'on apporte beaucoup d'informations aux médecins donc aux futurs médecins chefs qui permettent de mieux gérer les ressources au niveau de ces structures. Des exemples, oui ; par rapport au module où j'interviens puisque les cas, les petits problèmes de management des ressources humaines qui sont très souvent posés et pour avoir eu le contact avec les apprenants, il y en a qui appellent pour préciser certaines choses. Ils disent, effectivement à votre passage, vous avez parlé de ceci et de cela et sur le terrain, je suis confronté à telle situation, voilà ce que j'ai pris comme précaution. Et nous de dire, effectivement, c'est bien ça et s'il y a autre chose à entreprendre également on le leur rappelle ; mais ça dénote déjà, d'une certaine maîtrise, j'allais dire de la gestion, à savoir, devant une situation, quelle est la conduite à tenir et c'est déjà une bonne chose que d'avoir des réflexes qui vont véritablement dans le sens de la meilleure gestion. » F02 (M, directeur centrale)

Et le formateur **F01 (M, direction centrale)** d'ajouter :

« En tout cas, partout où, on a pu faire le suivi post formation, je pense quand même que, du point de vue organisationnelle quand le médecin a patte blanche pour appliquer les concepts, je veux dire quand il est, par exemple, médecin chef de district on constate que le plus souvent ces concepts-là sont intégrés dans leur quotidien. Je prends un exemple concret, la description des postes, sur le terrain, je peux dire que ça c'est un acquis. (...) et là où je voudrais peut-être insister, c'est le côté management des ressources humaines, on constate qu'il y a, bon c'est des choses qu'on ne peut pas éviter, c'est-à-dire les conflits, on constate qu'il y a de moins en moins ces conflits là sur le terrain. Il y a, aussi, la question fondamentale de la

planification, en tout cas, le constat que, moi, j'ai fait, ceux qui élaborent leur plan d'action en suivant la méthodologie qui leur a été enseignée, le plus souvent quand on va aux sessions de financement, ils s'en sortent. »

Les résultats des entretiens avec les formateurs montrent toute l'importance de la formation en gestion de district aussi bien pour les participants que pour le système de santé du pays. Cela pour ce qu'elle apporte comme plus-value dans la gestion et le management des organisations de santé. Ce qui corrobore certains résultats trouvés au niveau de l'entretien avec les médecins formés que nous avons rencontré.

VI. Résultats de l'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires de la région du Centre

L'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires a concerné les infrastructures, les équipements et la logistique, le personnel, les activités cliniques, les organes de gestion et les processus gestionnaires. Cela s'est fait à travers essentiellement une revue documentaire.

6.1.les infrastructures, les équipements et la logistique

Tableau 8: Résultats de l'évaluation des infrastructures, les équipements et la logistique des districts sanitaires de la région du Centre

Districts /Critères	Le CMA est construit selon les normes (1)	Le CMA est équipé selon les normes (2)	L'ECD dispose d'un bureau administratif. (2)	Le DRD est construit selon les normes (4)	Les CSPS sont construits selon les normes. (5)	Les CSPS sont équipés selon les normes (6)	L'ECD dispose d'un véhicule de supervision (7)	Le CMA dispose d'une ambulance 4 roues (8)	Chaque CSPS dispose d'au moins 01 moto (9)	Le district dispose de moyens de communication adaptés (10)	Chaque CSPS dispose de MEG selon les normes (11)	Le DRD dispose de MEG selon les normes (12)	Score/ 25
D1 (DSA)	0	0	1	2	1	1	2	0	2	2	2	2	15
D2 (DSB)	2	1	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2	23
D3 (DSC)	2	1	2	0	2	1	2	3	2	2	2	0	19
D4 (DSD)	1	1	2	2	1	1	2	3	2	2	2	1	20
D5 (DSE)	2	2	1	1	2	1	2	3	1	1	2	2	20

Source : Revue documentaire (Enquête 2017)

Accord total : 2 ; 3 (critère 8)

Accord partiel : 1 ; 1,5 (critère 8)

Désaccord : 0

Au vu des résultats contenus dans ce tableau, on constate que, du point de vue des infrastructures, équipement et logistique, la plupart des cinq districts sanitaires de la région du Centre sont au-dessus de la moyenne. Cependant, le district sanitaire D1 (DSA) a un score de 15/25 ; ce qui est en deçà de la moyenne. Cela est dû au fait que ce district ne dispose pas d'un CMA.

6.1. Le personnel

Tableau 9: Résultats de l'évaluation du personnel des districts sanitaires de la région du Centre

Critères Districts	Le CMA dispose de personnel selon les normes (1)	Chaque CSPS dispose de personnel selon les normes (2)	Score/25
D1 (DSA)	0	12,5	12,5
D2 (DSB)	12,5	6,25	18,75
D3 (DSC)	12,5	6,25	18,75
D4 (DSD)	6,25	12,5	18,75
D5 (DSE)	12,5	6,25	18,75

Source : Revue documentaire (Enquête 2017)

Accord total : 12,5

Accord partiel : 6,25

Désaccord : 0

Du point de vue personnel, le tableau indique que les districts sanitaires D1(DSA), (D2DSB), D3(DSC), D4(DSD), D5(DSE) sont largement au-dessus de la moyenne.

6.1. Les activités cliniques et para cliniques

Tableau 10: Résultats de l'évaluation des activités cliniques des districts sanitaires de la région du Centre

Districts /Critères	Toutes les activités du PMA sont exécutées dans tous les CSPS (1)	Toutes les activités du PCA sont exécutées au CMA (2)	Le laboratoire du CMA assure les examens essentiels(3)	Score/30
D1 (DSA)	10	0	0	10
D2 (DSB)	10	15	05	30
D3 (DSC)	05	15	05	25
D4 (DSD)	10	15	05	30
D5 (DSE)	05	15	05	25

Source : Revue documentaire (Enquête 2017)

Accord total : 10 (critère 1) ; 15 (critère 2) ; 5 (critère3)

Accord partiel : 5 (critère 1) ; 7,5 (critère 2) ; 2,5 (critère3)

Désaccord : 0

Concernant les activités cliniques et para cliniques, les districts sanitaires de la direction sanitaire du Centre sont largement au-dessus de la moyenne ; En effet, toutes les activités du PMA et du PCA sont exécutées dans les différentes formations sanitaires des districts sauf le district D1 (DSA) qui ne dispose pas de CMA ;

6.1.Les organes de gestion

Tableau 11: Résultats de l'évaluation des organes de gestion des districts sanitaires de la région du Centre

Critères	Le MCD est nommé par arrêté ministériel(1)	L'ECD est formalisée par un texte de la DRS(2)	L'ECD est constituée de membres selon les normes (3)	Les membres de l'ECD sont formés en gestion des districts (4)	Le CSD est formalisé par une note de l'autorité administrative (5)	Les ICP sont désignés par une note du MCD (6)	Chaque COGES dispose d'un CGES reconnu par une autorité administrative (7)	Score/10
D1 (DSA)	2	1	1	1	2	1	0,5	8,5
D2 (DSB)	2	1	1	1	2	1	0,5	8,5
D3 (DSC)	2	1	1	1	2	1	0,5	8,5
D4 (DSD)	2	1	1	1	2	1	1	09
D5 (DSE)	2	1	1	1	0	1	0	06

Source : Revue documentaire (Enquête 2017)

Accord total : 2 (critères 1,4 et 5) ; 1(critères 2, 3, 6 et 7)

Accord partiel : 1 (critères 1,4 et 5) ; 0,5(critères 2, 3, 6 et 7)

Désaccord : 0

Au niveau des districts sanitaires de la région du Centre, les organes de gestion sont mis en place selon les normes établies avec un score qui se situe au-dessus de la moyenne.

6.1. Les activités liées aux processus gestionnaires

Tableau 12: Résultats de l'évaluation des activités liées aux processus gestionnaires des districts sanitaires de la région du Centre

Districts/Critères	Il existe un plan de développement sanitaire (PDSD) en exécution (1)	Il existe un plan d'action annuel (PAA) en exécution(2)	Le plan d'action du district est financé(3)	Il existe un plan d'action dans chaque FS(4)	Le CISSE est fonctionnel (5)	Score/ 10
D1 (DSA)	0	2	1	2	2	7
D2 (DSB)	2	2	1	2	2	9
D3 (DSC)	2	2	1	2	2	9
D4 (DSD)	0	2	1	2	2	7
D5 (DSE)	0	2	1	2	2	7

Source : Revue documentaire (Enquête 2017)

Accord total : 2

Accord partiel : 1

Désaccord : 0

Les activités du processus de gestion sont d'une manière générale réalisée dans les cinq (05) districts. Néanmoins, il faut noter qu'il n'existe pas de plan de développement sanitaire de district en exécution dans trois districts.

6.1. Récapitulatif de l'évaluation du fonctionnement des district sanitaires de la région du Centre

Tableau 13: Récapitulatif de l'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires de la région du Centre

Districts/ Critères	Infrastructures/équipements/logistique	Personnel	Activités cliniques et para cliniques	Organes de gestion	Activités liées au processus gestionnaire	Score total /100
D1 (DSA)	15	12,5	10	8,5	07	54
D2 (DSB)	23	18,75	30	8,5	09	89,25
D3 (DSC)	16	18,75	25	8,5	09	77,25
D4 (DSD)	19	12,5	30	09	07	77,5
D5 (DSE)	20	18,75	25	06	07	76,75

Source : Revue documentaire (Enquête 2017)

Le tableau synthèse de l'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires de la région du Centre, montre un fonctionnement au-delà de 75% pour la plupart des districts. Malgré, le fait que le district sanitaire D1 (DSA) ne dispose pas de CMA, son fonctionnement est au-dessus des 50%.

VII. Synthèse générale des résultats

Cette partie fait la synthèse des résultats de l'analyse des données issues des entrevues, de la revue documentaire et des observations menées sur le terrain ainsi que de l'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires de la région du Centre.

D'une manière générale, les participants à l'étude sont satisfaits de la formation des médecins en gestion de district. Pour la formation, la motivation des apprenants était de trois ordres à savoir vivre l'expérience de la formation, amorcer une carrière de santé publique et acquérir des connaissances pour une gestion efficace d'un district sanitaire. Les formateurs eux, étaient motivé surtout par l'utilité et l'importance de cette formation.

Au vu des résultats, les éléments de satisfaction qui ressort à l'issue de la formation sont le cadre qui selon les participants et même les formateurs était agréable, propice car éloigné de la capital soustrayant ainsi les participants des activités quotidiennes ; le contenu des modules qui a offert de nouvelles connaissances utiles pour la gestion des districts sanitaires. Cependant, des motifs de non satisfaction existent et sont essentiellement relatifs à la durée de la formation qui, selon nos enquêtés est limitée, toute chose qui n'a pas permis de faire beaucoup de pratiques et d'approfondir certains points à la non actualisation de certains contenus même si cela se faisait séance tenante, au parchemin reçu à l'issue de la formation qui pour les apprenants devait être un diplôme , un DU par exemple, et non une attestation de participation.

Pour ce qui concerne les apprentissages, les résultats font état d'une acquisition de nouvelles connaissances notamment dans certains modules qui ont beaucoup plus intéressé les apprenants. Ce sont la législation sanitaires, la gestion des ressources humaines avec son volet gestion des conflits, la supervision, la gestion des produits pharmaceutiques et la recherche action. Il ressort également que les résultats engrangés par les participants étaient satisfaisants ce qui démontre encore une fois la motivation avec laquelle les apprenants ont suivi cette formation.

Dans le volet transfert des connaissances acquises sur le terrain, les résultats montrent que les apprenants ont d'une manière générale pu appliquer ce qu'ils ont appris sur leurs lieux de travail. En effet, les connaissances ont été transférées auprès des autres membres de l'équipe n'ayant pas participés à la formation en gestion de district par le biais des rencontres, des supervisions et lors de la gestion de certains cas (gestion des conflits).

Il faut noter que les apprenants ont aussi, dans le cadre du transfert, opéré des changements de comportement notamment dans leur manière de voir et de faire les choses dans leurs activités quotidiennes : la tempérance, la manière de conduire les réunions, les supervisions, etc.

En outre, les acquisitions de la formation ont pu être transférer dans différents domaines entrant dans le cadre des activités de gestion d'un district sanitaire. Il ressort notamment que les domaines essentiels de transfert sont la gestion des ressources humaines, la formation, la planification (surtout la planification), l'organisation des services, le développement du leadership. Ces domaines représentent pour la plupart les modules qui ont eu le plus d'intérêt lors de la formation.

Cependant, le transfert ne s'est pas fait sans difficultés. Il ressort effectivement un certain nombre de facteurs qui ont influencé négativement la mise en application des connaissances de façon efficace sur le terrain. Ces facteurs se résument aux conditions de travail qui ne sont pas souvent facile même si les médecins formés font preuve d'adaptation et souvent de sacrifice pour en venir à bout. On peut citer l'insuffisance d'infrastructures (bureaux, CMA, etc.), d'équipement (ordinateurs, moyens de communication), de matériel.

Par ailleurs, souvent face à la réalité des choses, les médecins ayant participés à la formation éprouvent des difficultés pour l'application de ce qu'ils ont appris. Ils tordent souvent les textes pour trouver des solutions adaptables à certaines situations selon les résultats des entretiens.

Les résultats de l'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires montrent que la plupart de ces districts ont une moyenne de plus de 75%. Ce qui veut dire que le fonctionnement est optimum. Un seul district présente une moyenne de 54% qui signifie un fonctionnement tout juste au-dessus de la moyenne mais cela s'explique par le fait qu'il ne dispose pas d'un CMA. En somme, nous pouvons en déduire que les résultats de notre étude montrent que la formation apporte a une part contributive dans le fonctionnement des districts sanitaires nonobstant le fait qu'il existe des limites à corriger afin de la rendre plus efficace.

Chapitre 6

DISCUSSION

Chapitre 6 : Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer la contribution de la formation des médecins en gestion de districts au fonctionnement des districts sanitaires dans la région sanitaire du Centre. Plus spécifiquement, il s'agissait de mesurer le niveau de satisfaction des apprenants par rapport au déroulement de la formation en gestion de districts, d'apprécier les acquisitions des connaissances et des compétences des apprenants à l'issue de la formation en gestion de districts, de mesurer le niveau de transfert des acquis de la formation sur le terrain, de déterminer l'influence de l'environnement de travail dans la mise en œuvre des acquis de la formation et afin d'apprécier l'apport de la formation en gestion de district au fonctionnement des districts sanitaires de la région du Centre. Bien que nous n'ayons retrouvé dans la littérature des études sur les effets de la formation en gestion de districts sanitaires, nous avons discuté nos résultats par rapport à ce qui est ressorti dans des études similaires et les écrits sur l'évaluation de la formation. Nous allons également faire ressortir, dans cette partie, les limites de notre étude et les recommandations pour améliorer la formation.

6.1. De la motivation des apprenants

Les résultats de notre étude montrent que les apprenants ont des motivations diverses pour la formation en gestion de district. Ces motivations vont du besoin de vivre une expérience et découvrir ce qu'est la formation en gestion de district, à l'amorce d'un début de carrière en santé publique en passant par le besoin d'acquérir des connaissances et compétences pour mener à bien les activités au niveau des districts sanitaires. Selon Knowles (1987: 173), cité par Tessier S. « la motivation préalable des sujets est associée, au "besoin d'organiser l'apprentissage en fonction des besoins professionnels ou des problèmes de la vie » (Tessier, 2004, p. 166). Ces motivations permettent donc aux apprenants d'être très productifs pendant la formation toute chose qui favorise l'acquisition des connaissances et compétences afin d'être plus efficaces sur le terrain. La motivation est un élément très important dans le processus de formation en ce sens que des participants motivés pour une formation sont déjà dans des dispositions mentales pour aborder cette dernière. En cela, nous sommes en accord avec (Moreira, 2011) dans son étude sur l'évaluation d'un programme alternatif de formation de médecins généralistes en Gynécologie et Obstétrique lorsqu'il dit ceci : « la sélection des deux apprenants a permis de disposer de deux candidats motivés, qui ont toujours voulu embrasser la fonction de gynécologue obstétricien. Leur motivation, leur leadership et leur

volonté de réussir dans ce programme novateur sont donc des éléments importants de succès de ce programme ».

6.2. De la satisfaction par rapport à la formation

A la lumière des résultats de notre étude, on peut dire que la formation en gestion de districts était globalement satisfaisant pour nos enquêtés nonobstant le fait que la durée de celle-ci a constitué une limite non négligeable. A en croire ces derniers et même les formateurs, cela n'a pas permis de faire beaucoup de pratiques afin de faciliter l'assimilation des modules dispensés. Les médecins généralistes formés que nous avons questionnés étaient surtout satisfaits du cadre de la formation, du déroulement, du contenu mais aussi de l'expérience des formateurs. Cette satisfaction même si pour certains auteurs a peu de corrélation avec l'application des connaissances et compétences sur le terrain (Courchesne, 2008 ; Gérard, 2003 ; Tessier, 2004), il n'en demeure pas moins qu'elle reste un indice qui montre à quel point la dite formation est acceptée par ces derniers ; En effet, plus les apprenants sont satisfaits d'une formation plus il y a des chances qu'ils apprennent bien les modules qui y sont présentés et les appliquent dans leur milieu de travail.

Par ailleurs, il ressort qu'une des limites de cette formation dont les apprenants, mais aussi les formateurs, n'ont pas été satisfaits reste sa durée qui est de quarante-cinq(45) jours. L'analyse de nos entretiens montre qu'il y a eu peu de temps qui ont été consacrés à la pratique or il faut rappeler que la formation en gestion de district vise à outiller les futurs responsables des districts afin qu'ils puissent gérer le district de façon optimale ; ce qui nécessite une approche plus basée sur la pratique qui de ce fait a besoin de plus de temps. En ce sens, Roussel et Scroble (2003), cité par Thiam M. dans sa thèse intitulée « Évaluation d'un programme de formation en administration des services de soins infirmiers : le cas du Sénégal » témoignent que « quel que soit le degré d'acquisition des connaissances théoriques, le développement des compétences ne peut se faire que par une formation pratique(Thiam, 2012, p. 174).

En outre, certains enquêtés pensent que la formation devrait être diplômante. La formation en gestion de district connaît, nous l'avons dit plus haut, une forte déperdition post formation de ses participants au détriment des districts sanitaires. En effet, après quelque deux à trois années de formation, ces derniers postulent à des concours professionnels occasionnant ainsi un départ massif en leur sein. Rendre la formation diplômante pourrait les maintenir pendant longtemps dans les districts sanitaire afin d'y apporter leur expertise. Cette réflexion va dans le même sens que Traoré et al. dans leur étude sur les « Perceptions des barrières à la stratégie de formation des médecins généralistes à la chirurgie essentielle pour l'offre de soins

obstétricaux et chirurgicaux d'urgence au Burkina Faso » qui disent de la formation des médecins généralistes en chirurgie essentielle que « sa viabilité est mise à épreuve du fait que la formation ne soit pas diplômante, avec des avantages incitatifs »(Traoré & al., 2011)

6.3. De l'acquisition des connaissances

La formation en gestion de districts constitue une aubaine pour les médecins travaillant dans les districts sanitaires d'être outillés afin de mieux gérer, de mieux conduire les districts vers l'atteinte de leur but ultime qui est celui d'améliorer la santé des populations à la base. En effet, à lumière des propos de nos enquêtés, cette formation a permis non seulement d'actualiser leurs connaissances mais aussi d'acquérir d'autres connaissances et compétences que bon nombre n'avaient pas pour l'exercice efficiente des fonctions qui étaient les leurs au sein des districts sanitaires. On peut en déduire que les outils pédagogiques utilisés lors de la formation semblent bien adaptés pour que les participants puissent se l'approprier.

Cependant, l'analyse des résultats montre qu'un certain nombre de modules a fait l'objet de plus d'acquisition de connaissances et de compétences de la part des apprenants. Ce sont la gestion des ressources humaines surtout le volet gestion des conflits, la gestion des finances, la gestion des médicaments, la législation sanitaire, la recherche action et la supervision. Ces modules semblent être ceux où les apprenants avaient très peu de notions et qui étaient très importants voire primordiaux pour la bonne marche du district sanitaire. En effet, les contenus abordés dans ces modules sont en adéquation avec la pratique sur le terrain et sont dispensés par des formateurs expérimentés comme le soutiennent les apprenants et les formateurs eux-mêmes. Ils apportent des réponses à la plupart des problèmes posés quotidiennement dans la gestion des districts sanitaires dans le contexte du Burkina Faso. Ce qui explique certainement l'intérêt qu'ont eu les apprenants vis-à-vis de ces modules.

On peut aussi dire que la motivation et la satisfaction des apprenants par rapport à la formation ont été d'un grand apport dans l'acquisition des connaissances et compétences. Ce qui est en accord avec Tannenbaum et Yulk (1992) qui relèvent que « l'apprentissage et le transfert surviendront si les sujets possèdent la capacité et la volonté d'acquérir et d'appliquer les habiletés enseignées » (Tessier, 2004, p. 164).

6.4. Du transfert des connaissances sur le terrain et l'environnement de travail

Les résultats auxquels nous sommes parvenus montrent que les participants à la formation en gestion de districts ont appliqué les connaissances et compétences qui ont été acquises lors de la formation sur le terrain. Ce transfert a été fait à travers les rencontres de concertation (réunion ECD, réunion ICP/ECD), les supervisions et aussi lors de la gestion de certaines

situations. Ces cadres de rencontres sont effectivement, les moments privilégiés non seulement pour partager les connaissances acquises lors de la formation en gestion de district mais aussi pour les mettre en pratique.

Il convient de souligner que le fait d'être nommé médecin chef de district (MCD) est très capital dans l'application optimale des acquis de la formation. En effet, le transfert est facilité lorsque le médecin généraliste formé occupe un poste de responsabilité. Rappelons qu'à l'issue de la formation, tous les participants ne sont responsabilisés à la tête d'un district sanitaire. Or, le transfert des connaissances acquises pendant la formation nécessite d'avoir les « coudés franche » et une certaine liberté d'action. Ceci est corroboré, non seulement par les résultats de nos entretiens mais aussi par Ford et al. (1992), Quinones et al. (1995), Cannon-Bowers (2001) lorsqu'ils affirment que « les stagiaires ont besoin d'avoir l'occasion de mettre en œuvre ce qu'ils ont appris récemment pour pouvoir le transférer » (Dunberry & Péchard, 2007, p. 53)

A la lumière des résultats de nos entretiens, il faut dire que l'influence de l'environnement de travail sur le transfert des acquis de la formation est réelle. En effet, les formés en gestion de districts éprouvent certaines difficultés dans la mise en application de ce qu'ils ont appris. Ces difficultés sont liées, comme cela est ressorti, aux ressources infrastructurelles (bureaux, bâtiments...), aux équipements (ordinateurs, moyens de communication...), aux ressources financières (financement des activités) et à la logistique. Il faut noter que l'ensemble de ces difficultés sont inhérentes au contexte général du pays. En effet, à l'instar de tous les services du pays, les districts sanitaires sont confrontés à la rareté des ressources tant humaines, matérielles, infrastructurelles que financières.

Cependant, les entretiens avec les médecins chefs de districts montrent que ces difficultés sont souvent transcendées à travers des sacrifices consentis et un savoir-faire managérial. Ce qui est en phase avec les conclusions de l'étude sur « Leadership et vision exercée pour la couverture universelle des soins dans les pays à faible revenu » selon lesquelles « *il est possible de progresser vers la couverture universelle des soins à faibles coûts dans un district sanitaire malgré les moyens limités mis à la disposition des districts* » (Z. C. Meda et al., 2011).

A cela s'ajoute des difficultés de collaboration entre les équipes de travail en occurrence les membres non médecins de l'équipe cadre de district car bon nombres d'entre eux n'ont pas reçu de formation en gestion de district. Cela contribue de beaucoup à des divergences de vue, à des incompréhensions au sein de l'équipe du fait que les membres ne sont pas au même niveau de connaissances en matière de gestion de districts. Or, comme le dit Meda et

al.(2011) « *des responsables ayant des capacités managériales, une bonne vision du système intégré de santé et qui sont capables de répondre au changement durant le processus de management, peuvent avoir une influence significative sur les résultats du district* »(Z. C. Meda et al., 2011).

Selon nos enquêtés, l'application des connaissances acquises à l'issue de la formation a impulsé un grand changement dans la gestion des districts. Ils sont gérés maintenant « *comme il se doit* ». L'équipe cadre du district étant l'organe dirigeante des districts sanitaires, la formation a permis aux premiers responsables de parfaire son organisation avec des descriptions de postes, des attributions de lettre de mission aux différents membres, la révision du nombre à neuf(09) afin d'être dans les normes et surtout un effort de leur transférer les connaissances apprises (même si une formation formelle des membres de l'ECD en gestion de district est nécessaire). En témoignent les résultats de l'évaluation des organes de gestion qui montrent que tous les districts de la région sanitaire du Centre sont au-dessus de la moyenne. Cette réorganisation favorise le bon fonctionnement de l'équipe et partant une certaine motivation dans l'accomplissement des activités. En ce sens, nous sommes en accord avec les résultats de Meda Z.C. et al. selon lesquels « *le rôle joué par l'ECD a contribué à améliorer la fonctionnalité et l'offre de services et des soins de l'hôpital de district, à réduire la part intra hospitalière des décès maternels et néonataux, à améliorer l'équité, l'accès géographique et financier aux soins et à motiver le personnel* »(Ibidem, 2011, p. 182).

Par ailleurs, il ressort que la formation en gestion de district a induit un changement dans la manière de faire des formés. Ils s'appuient désormais sur non seulement ce qu'ils ont appris pendant la formation mais aussi se réfèrent aux formateurs pour avoir leur avis devant certaines situations comme la gestion des conflits, la législation sanitaire, etc. Cette attitude permet aux responsables des districts sanitaires de diriger leur entité selon les textes et les normes établies.

En outre, le fait d'avoir participer à la formation en gestion de district incite les responsables des districts sanitaires à développer le leadership. Cela s'exprime en termes d'assurance dans ce qu'ils prennent comme décisions devant des situations à gérer, le sentiment d'efficacité personnelle, managériale et dans la réalisation des activités. Tout ceci parce qu'ils ont une base de référence qu'est la formation. Le leadership est élément important lorsqu'on dirige une équipe pour l'atteinte d'un but donnée. Les médecins de districts doivent organiser, planifier, contrôler et prendre des décisions idoines pour la bonne marche de leur district ; ce qui nécessite une certaine personnalité, un certain leadership. Et comme le dit l'OMS « sans politique et un« leadership » fort, les systèmes de santé ne répondent pas spontanément de

façon équilibrée aux besoins et attentes des populations et n'utilisent pas leurs ressources de manière optimale » (Z. C. Meda et al., 2011, p. 182).

6.5. Du fonctionnement des districts sanitaires

Le but ultime d'une action de formation est que cette dernière puisse avoir un apport sur le développement de la structure d'où proviennent les participants (Dunberry & Péchard, 2007 ; Reitz, 1997 ; Tessier, 2004)

Les résultats de l'évaluation du fonctionnement montrent que tous les cinq (05) districts sanitaires de la région du Centre sont au-dessus de la moyenne (de 54% pour le district D1 (DSA) à 89.25 pour le district D2 (DSB)). Bien que ces résultats soient issus d'analyse documentaire, ils sont corroborés par les propos des médecins formés et des formateurs. Cela signifie que les districts fonctionnent normalement dans le respect des normes et des textes. Et une entité qui fonctionne est susceptible d'atteindre de bonnes performances et atteindre les objectifs qui lui sont assignés. Nous sommes conscients que ces résultats ne sont pas du seul fait de la formation car elle est un facteur parmi tant d'autre et son effet seul est difficile à isoler (Dunberry & Péchard, 2007), mais son apport y est pour quelque chose. Moreira (2011) est également arrivé à la conclusion dans son étude sur « l'Évaluation d'un programme alternatif de formation de médecins généralistes en Gynécologie et Obstétrique au Sénégal » que « l'analyse des effets et de l'implantation, grâce aux données quantitatives des statistiques de services et aux données qualitatives recueillies auprès des bénéficiaires et des acteurs montre une évolution favorable des indicateurs SONU par rapport à deux sites témoins » (2011, p. 101).

6.6. Limite de l'étude

La séquence qualitative de notre étude qui est une étude de cas unique imbriquée avec deux niveaux d'analyses qualitatives présente des limites méthodologiques :

- ✓ Il ne présente pas de districts témoins qui allait sans doute nous permettre de faire une étude comparative afin d'isoler les effets réels de la formation sur l'organisation et le fonctionnement des districts sanitaires. Il faut dire que cela était difficile car tous les districts sanitaires du Burkina Faso ont au moins le responsable (MCD) formé en gestion de district. Cependant, Selon Kirkpatrick, les différentes étapes de son modèle représentent une chaîne de causes à effets qui relie la formation à ses résultats sur l'organisation.
- ✓ Les entretiens avec les participants ont eu lieu au moins un an après la formation. Cela peut occasionner un biais de mémoire. En effet, les participants à l'étude pourraient éprouver des difficultés pour se rappeler exactement de ce qui s'est passé lors d'une

formation d'il y a au moins un an. Cependant, le recoupement de certaines informations aussi bien de la part des médecins formés que des formateurs nous amène à donner du crédit à ce qui est dit lors de nos entretiens.

- ✓ Le nombre de formateur (02) que nous avons enquêté ne permet pas d'avoir une diversité de point de vue de ces derniers. Nous avons été contraints par le temps consacré à notre étude et la non disponibilité des formateurs.
- ✓ Notre étude ayant intéressé la région sanitaire du Centre, elle est difficilement généralisable à l'ensemble des régions sanitaires du pays. Cependant, elle a pu donner un aperçu de la contribution de la formation des médecins en gestion de district sur l'organisation et le fonctionnement des districts sanitaires à travers le point de vue des principaux acteurs que sont les responsables des districts et les formateurs.
- ✓ L'étude se limite au fonctionnement des districts. la séquence quantitative pourrait s'intéresser à l'évaluation de la performance des districts à travers une étude qui tiendra compte de tous les districts à l'échelle nationale.

CONCLUSION

Conclusion

La formation des médecins généralistes en gestion de districts sanitaires a été entreprise depuis 1994 par le ministère de la santé afin de rendre opérationnels les districts sanitaires. Cette étude visait à répondre à la question de savoir quelle est la contribution de cette formation à l'organisation et au fonctionnement des districts sanitaires ?

Pour ce faire, nous avons mené une étude mixte séquentielle dont la première séquence est une étude qualitative avec comme devis une étude de cas unique imbriquée de deux niveaux d'analyse. Le cas est la région sanitaire du Centre avec un devis qualitatif et les niveaux d'analyse sont les médecins généralistes formés et les formateurs. Cette séquence a intéressé la satisfaction des apprenants, les acquisitions de connaissances et le transfert des connaissances sur le terrain. La séquence quantitative a intéressé les résultats de la formation pour l'organisation qui dans notre étude a consisté en l'évaluation du fonctionnement des districts sanitaires de la région du Centre.

Nous avons interrogé 07 médecins formés en gestion de districts et 02 formateurs à travers un entretien semi directif. En plus une revue documentaire et une observation ont été réalisées afin de recueillir un certain nombre de renseignements utiles pour l'étude. Le fonctionnement des districts a été réalisé par l'intermédiaire d'une grille d'évaluation.

Les résultats de notre ont montré que le niveau de satisfaction des médecins formés de la région du Centre était élevé par rapport au déroulement de la formation même si elle a eu un certain nombre de limites que sont la durée, l'obsolescence de certains contenu et le parchemin délivré qui n'était au goût des participants. Aussi, les participants à cette formation que nous avons rencontrée ont acquis de nouvelles connaissances, bien structurées avec des modules qui sont adaptés aux défis du terrain. Ils ont, en outre, transféré ces connaissances à travers les réunions, les formations, les supervisions auprès de leurs collaborateurs malgré les conditions de travail quelque fois difficiles notamment infrastructurelles, matérielles et financières. L'évaluation du fonctionnement des districts a montré que tous les districts sanitaires de la région sanitaire du Centre de façon satisfaisante avec un score au-dessus de la moyenne (50%) dénotant ainsi la part contributive de la formation.

Des recommandations ont été faites à l'intention des différents acteurs de la formation notamment au ministre de la santé et au directeur des établissements de santé. Au ministre de la santé nous recommandons de travailler à rendre la formation des médecins généralistes en gestion de districts diplômante ; Il s'agit de professionnaliser la fonction de responsable de district et la rendre plus attractive, d'organiser régulièrement la formation des autres

membres des équipes cadres des districts de façon formelle afin de potentialiser son effet sur la gestion du district et de doter les districts sanitaires en infrastructures et en équipements afin de faciliter le transfert des acquisitions de la formation sur le terrain. ce sont la construction d'un siège du district avec CMA, la dotation équipements informatiques (ordinateurs, imprimantes), en moyens de communication (téléphones, flotte).Quant au directeur des établissement de santé les recommandations consistent à faire au moins deux sorties de suivi post formation à l'endroit des nouveaux formés ; un suivi trois(03) mois après la fin de la formation et un autre une année après, à mettre les modules à jour en y intégrant les éléments nouveaux qui sont en phase avec l'évolution de la science et de la technologie avant chaque séance de formation.

Nous pensons avoir atteint nos objectifs et pensons qu'une étude à l'échelle nationale pourrait être envisagée afin de cerner tous les contours des effets de la formation des médecins généralistes en gestion de district sur le fonctionnement et partant sur la performance des districts sanitaires.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographie

- Amirich, M. (2012). Appréciation du rôle du médecin chef dans la gestion du centre de santé, 38.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142–5.
- Bates, R. (2004). A critical analysis of evaluation practice: the Kirkpatrick model and the principle of beneficence. *Evaluation and program planning*, 27(3), 341–347.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1–18.
- Blanchet, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. (S.l.) : Armand Colin.
- Cadot, E., & Harang, M. (2006). Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso). *Espace populations sociétés*, (2006/2-3), 329-339.
- CADSS. (2006). Module 2 Organisation des services de santé dans le DS.pdf.
- CADSS. (2008). Guide de suivi des medecins formés en gestion des districts sanitaires.
- Communauté de Pratique Prestation de Services de Santé. (2013). Rapport de la Conférence Régionale «Les districts sanitaires en Afrique : Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare».
- Courchesne, A. (2008). Évaluation de la formation accompagnant l'outil de prévention de la prostitution en contexte de gangs: le silence de Cendrillon.
- Direction régionale de la santé du Centre. (2016). *Plan d'action 2016*.
- District sanitaire Baskuy. (2016). *Plan d'action 2017*.
- District sanitaire de Bogodogo. (2016). *Plan d'action 2017*.
- District sanitaire de Sig-Noghin. (2016). *Plan d'action 2017*.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Dumez, H. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative? *Le Libellio d'Aegis*, 7(4-Hiver), 47–58.
- Dunberry, A., & Péchard, C. (2007). *L'évaluation de la formation dans l'entreprise État de la question et perspectives*.
- Gérard, F.-M. (2003). *L'évaluation de l'efficacité d'une formation*. (S.l.) : Recherches et publications en management ABSL.

- Gilibert, D., & Gillet, I. (2010). Revue des modèles en évaluation de formation: approches conceptuelles individuelles et sociales. *Pratiques psychologiques*, 16(3), 217–238.
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24(1), 3–17.
- Hamel, J. (1997). *Étude de cas et sciences sociales*. Montréal : Harmattan.
- Koffi, N.-M., Diarra Nama, A. J., Angbo-Effi, O., Chanfreau, B., Saracino-Tagliante, J., & Le Bras, M. (2003). Pourquoi un diplôme de gestion de projets de santé en Côte d'Ivoire ? *Santé Publique*, 15(1), 79.
- Larue, C., Loiselle, C. G., Bonin, J.-P., Cohen, R., Gélinas, C., Dubois, S., & Lambert, S. (2009). Les méthodes mixtes stratégies prometteuses pour l'évaluation des interventions infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 50–62.
- Meda, N. (2003). Le pilotage du système de santé au Burkina Faso: analyse des stratégies systémiques et individuelles.
- Meda, Z. C., Konate, L., Ouedraogo, H., Sanou, M., Hercot, D., & Sombie, I. (2011). Leadership and vision in the improvement of universal health care coverage in low-income countries. *Cahiers Sant*, (3), 178–184.
- Ministère de la santé. (2011). Plan national de développement sanitaire 2011-2020.
- Ministère de la santé. (2017). annuaire statistique 2016.
- Moreira, I. V. (2011). Évaluation d'un programme alternatif de formation de médecins généralistes en Gynécologie et Obstétrique au Sénégal.
- OMS. (1978). Rapport de la conférence sur les soins de santé primaires.
- OMS. (1988). Formation en management pour la santé.
- OMS. (2011). Renforcement des systèmes de santé: amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires: rapport du Directeur régional.
- Reitz, P. (1997). L'évaluation de la formation en entreprise selon le modèle, de Donald L. Kirkpatrick: Un regard critique. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 12(2), 1.
- Ridde, V. (2011). Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso. *Cahiers d'Études africaines*, (1), 115–143.
- Sombié, I. (2006). Analyse de la politique de décentralisation du système de santé du Burkina Faso.pdf.

- Tessier, S. (2004). *L'évaluation des effets d'une action de formation en résolution de problèmes: les conditions du transfert des acquis dans trois entreprises québécoises*. Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille.
- Thiam, M. (2012). *Évaluation d'un programme de formation en administration des services de soins infirmiers : le cas du Sénégal*. Université de Montréal.
- Traoré, A., & al. (2011). Perceptions des barrières à la stratégie de formation des médecins généralistes à la chirurgie essentielle pour l'offre de soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence au Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 18(4), 20-30.
- Voirol, C., Audétat, M.-C., Pelland, M.-F., Lajeunesse, J., Gareau, R., & Duplain, R. (2014). Comment mieux aider les médecins de la relève à assumer des responsabilités de gestion? *Pédagogie Médicale*, 15(3), 169-181.

ANNEXES

Annexes

Annexe 1: Grille d'informations socio démographiques

Informations générales

Informations générales médecins formés

- Age :
- Sexe :
- Poste actuel :..... Année de la formation :.....
- Expérience en tant que médecin généraliste.....

Annexe 2: Grilles d'entrevues

Grille d'entrevue pour les formateurs

Bonjour Monsieur, je m'appelle KINDA Abel Téwendé, étudiant en master sciences infirmières option pédagogie/management de la qualité et sécurité des soins. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, une recherche dont le thème est « la contribution de la formation des médecins généralistes en gestion de district à l'organisation et au fonctionnement des districts sanitaires » est réalisée. Le but de l'étude est de fournir aux autorités sanitaires des éléments factuels pour des prises de décisions concernant la formation des médecins en gestion de district afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations. Vous avez été choisi en tant que concerné par cette étude et les informations que nous allons recueillir auprès de vous pourront faire avancer notre recherche. Rassurez-vous que les informations que je vais recueillir seront utilisées uniquement pour la recherche et seront traitées avec confidentialité et de manière anonyme. Au regard de ce qui précède seriez-vous prêt à nous accorder cette entrevue ?

- Date de l'entretien :..... Lieu de l'entretien :.....
- Heure de début de l'entretien :.....Heure de fin de l'entretien :.....
- Numéro de l'enquête :
- ✓ **conditions de déroulement de la formation,**
 - Cadre de la formation
 - adéquation entre les modules enseignés et les activités des apprenants sur le terrain
- ✓ **Point de vue sur la formation**
 - Intérêt de la formation

- Connaissances acquises par les apprenants
- ✓ **les suggestions pour l'amélioration de la formation**

Grille d'entrevue pour médecins formés en gestion de district

- Date de l'entretien :..... Lieu de l'entretien :.....
-
- Heure de début de l'entretien :.....Heure de fin de l'entretien :.....

I. Satisfaction du participant par rapport à la formation

- Vous avez pris part à la formation des médecins généralistes en gestion de district.
- Pouvez-vous nous parler de votre niveau de satisfaction par rapport au déroulement de cette formation ?
- Quelle était votre motivation par rapport à cette formation ?
- Quelles sont les aspects qui ont le plus été satisfaisants pour vous ((objectifs, contenu, méthodes et techniques d'apprentissage, méthode d'évaluation, conditions matérielles...)) ?
- Pouvez-vous nous en dire plus sur votre satisfaction par rapport à la formation? (relance)

II. Connaissances acquises lors de la formation

- Avez-vous acquis de nouvelles connaissances et des compétences à l'issue de la formation ?
- Pouvez-vous nous parler de ces acquisitions ?
- Quels sont les modules où vous pensez avoir acquis plus de connaissances

III. Connaissances transférées sur le terrain

- Pouvez-vous nous parler du transfert de ces connaissances/compétences sur le terrain ?(mécanisme de transfert, lieu de transfert...)
- Qu'est ce qui a changé dans votre manière de faire sur le terrain à l'issue de cette formation ?

IV. Environnement de travail

- Pouvez-vous nous parler de votre environnement de travail ?
- Quelle est son influence sur le transfert des acquis de la formation sur le terrain ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter concernant l'environnement de travail ? (relance)

V. Suggestions /recommandations et autres informations

- Avez-vous des suggestions/recommandations pour l'amélioration de la formation ?

- Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter concernant la formation des médecins généralistes en gestion de district que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent important ?

Nous vous remercions pour votre collaboration et le temps que vous avez consenti pour cette entrevue.

Annexe 3 : Grille d'évaluation du fonctionnement du district sanitaire

1. Grille d'appréciation des infrastructures, équipements et logistique d'un district sanitaire

Critères	Note maxi	Echelle d'appréciation		Note obtenue	Observations
1. Le CMA est construit selon les normes	2	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
2. Le CMA est équipé selon les normes	2	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
3. L'ECD dispose d'un bureau administratif.	2	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
4. Le DRD est construit selon les normes	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
5. Les CSPS sont construits selon les normes.	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
6. Les CSPS sont équipés selon les normes	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
7. L'ECD dispose d'un véhicule de supervision.	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
8. Le CMA dispose d'une (01) ambulance 4 roues	03	Accord total	3		
		Accord partiel	1,5		
		désaccord	0		
9. Chaque CSPS dispose d'au moins une (01) moto.	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
10. Le district dispose de moyens de communication adaptés	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
11. Chaque CSPS dispose de MEG selon les normes	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
12. Le DRD dispose de MEG selon les normes	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
TOTAL	25				

2. Grille d'appréciation du personnel dans un district sanitaire

Critères	Note maxi	Echelle d'appréciation		Note obtenue	Observations
1. Le CMA dispose de personnel selon les normes	12,5	Accord total	12,5		
		Accord partiel	6,25		

		Désaccord	0		
2. Chaque CSPP dispose de personnel selon les normes	12,5	Accord total	12,5		
		Accord partiel	6,25		
		Désaccord	0		
Total	25				

3. Grille d'appréciation des activités cliniques et para cliniques dans un district sanitaire

Critères	Note maxi	Echelle d'appréciation		Note obtenue	Observations
1. Toutes les activités du PMA sont exécutées dans tous les CSPP	10	Accord total	10		
		Accord partiel	5		
		Désaccord	0		
2. Toutes les activités du PCA sont exécutées au CMA	15	Accord total	15		
		Accord partiel	7,5		
		Désaccord	0		
3. Le laboratoire du CMA assure les examens essentiels.	05	Accord total	05		
		Accord partiel	2,5		
		Désaccord	0		
Total	30				

4. Grille d'appréciation des organes de gestion dans un district sanitaire

Critères	Note maxi	Echelle d'appréciation		Note obtenue	Observations
1. Le MCD est nommé par arrêté ministériel	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		Désaccord	0		
2. L'ECD est formalisé par un texte de la DRS	01	Accord total	1		
		Accord partiel	0,5		
		Désaccord	0		
3. L'ECD est constituée de membres selon les normes	01	Accord total	1		
		Accord partiel	0,5		
		Désaccord	0		
4. Les membres de l'ECD sont formés en gestion des districts	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		Désaccord	0		
5. Le CSD est formalisé par une note de l'autorité administrative.	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		Désaccord	0		
6. Les ICP sont désignés par une note du MCD	01	Accord total	1		
		Accord partiel	0,5		
		Désaccord	0		
7. Chaque CSPP dispose d'un COGES reconnu par une autorité administrative (récépissé)	01	Accord total	1		
		Accord partiel	0,5		
		Désaccord	0		
Total	10				

5. Grille d'appréciation des activités liées au processus gestionnaire dans un district sanitaire

Critères	Note maxi	Echelle d'appréciation	Note obtenue	Observations
----------	-----------	------------------------	--------------	--------------

1. Il existe un plan de développement sanitaire (PDSD) en exécution	02	Accord total	02		
		Accord partiel	01		
		Désaccord	0		
2. Il existe un plan d'action annuel (PAA) en exécution	02	Accord total	02		
		Accord partiel	01		
		Désaccord	0		
3. Le plan d'action du district est financé	02	Accord total	02		
		Accord partiel	01		
		Désaccord	0		
4. Il existe un plan d'action dans chaque FS	02	Accord total	02		
		Accord partiel	1		
		Désaccord	0		
5. Le CISSE est fonctionnel (*)	02	Accord total	02		
		Accord partiel	1		
		Désaccord	0		
Total	10				
Total général			100		

(*)Critères de fonctionnalité du CISSE:

- Un responsable formé, un substitut.
- Equipement disponible : ordinateur complet.
- Données statistiques disponibles dans les délais requis.

Annexe 4: Formulaire de consentement éclairé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre :

« Contribution de la formation des médecins généralistes en gestion de district à l'organisation et au fonctionnement des districts sanitaires de la région sanitaire du Centre au Burkina Faso »

Contexte et but de l'étude :

Dans le but de contribuer à l'amélioration de la formation continue des médecins généralistes et partant l'amélioration de la santé des populations, une étude de cas unique est conduite afin d'évaluer la contribution de la formation des médecins généralistes en gestion de district à l'organisation et au fonctionnement des districts sanitaires de la région sanitaire du Centre au Burkina Faso. C'est une étude qualitative à visé exploratoire. Les résultats de cette étude permettront d'avoir des connaissances sur la contribution de la formation des médecins généralistes en gestion de district à l'organisation et au fonctionnement des districts sanitaires. Aussi Ils pourraient fournir aux autorités sanitaires des éléments factuels pour des prises de décisions concernant la formation des médecins en gestion de district

Participation à l'étude :

La participation à cette étude demande de votre temps, mais elle vous permet d'exprimer votre point de vue de façon libre concernant la contribution de la formation des médecins généralistes en gestion de district à l'organisation et au fonctionnement des districts sanitaires de la région sanitaire du Centre. Votre participation à cette étude consiste à prendre part à une entrevue d'une durée approximative d'une heure. L'entrevue porte sur les éléments suivants :

- ✓ Informations générales
- ✓ Satisfaction du participant par rapport à la formation
- ✓ Connaissances acquises lors de la formation

- ✓ Connaissances transférées sur le terrain
- ✓ Environnement de travail
- ✓ Contribution de la formation à l'organisation du district sanitaire
- ✓ Contribution de la formation au fonctionnement du district sanitaire
- ✓ Suggestions /recommandations et autres informations

Avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone. En cas de refus, des notes manuscrites seront prises. Les entrevues seront retranscrites intégralement. Les enregistrements audio seront détruits dans l'année qui suivra l'entrevue.

Vous êtes entièrement libre de participer à cette entrevue et vous pourrez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir d'inconvénient ou de préjudice quelconque.

Nous tenons à vous assurer de la plus stricte confidentialité des renseignements qui nous seront fournis. Aucun risque ne sera lié à la participation à cette étude, d'autant plus que l'anonymat et la confidentialité seront assurés par les mesures suivantes :

- Les noms des participants(es) et celui des établissements ne paraîtront sur aucun résultat, rapport ou note;
- Seul un numéro d'identification sera utilisé sur les divers documents de la recherche;
- S'il doit arriver que l'information obtenue dans le cadre de la présente étude soit soumise à des analyses ultérieures, aucun nom réel ne sera utilisé sur les divers documents.

L'étude fera objet de publications dans des revues scientifiques. Un court résumé des résultats du volet qualitatif de l'étude parviendra aux répondants(es) en faisant la demande.

Si vous désirez obtenir des informations complémentaires, vous pouvez me contacter à l'adresse et au numéro de téléphone indiqués ci-dessous.

Je déclare avoir pris connaissance de ce formulaire de consentement et j'accepte de participer à cette étude.

Participant

Nom et prénom :

Signature :

Date :

Responsable de l'étude : KINDA Abel Tewendé, Adresse mail : kabeltwend@yahoo.fr

Merci pour votre collaboration

Annexe 5: Note d'information aux enquêtés

Note d'information aux enquêtés

1. Titre de notre recherche

« Contribution de la formation des médecins généralistes en gestion de district à l'organisation et au fonctionnement des districts sanitaires de la région sanitaire du Centre au Burkina Faso »

2. Chercheur responsable du projet de recherche et encadreurs

☐ Nom de l'étudiant :

KINDA Abel Tewendé, étudiant de Master en sciences infirmières à l'Institut de formation et de recherche interdisciplinaire en santé (IFRIS)

Email: kabeltwend@yahoo.fr ;

Mobile : +226 70433335

☐ Encadreur 1 :

ROUAMBA George, Ph.D

Socio-anthropologue

BP 3245 Ouagadougou 01

Mobile : 226 70 34 16 63

Email: rouambageorge@hotmail.com

georgerouamba@gmail.com

☐ Encadreur 2 :

Dr SANON/ OUEDRAOGO Djénéba

MD, MPH, DIU vaccinologie

Téléphone: (00226) 70 23 58 33

Email: djenebasa@yahoo.fr

3. But de l'étude

Le but de notre étude est de fournir aux autorités sanitaires des éléments factuels pour des prises de décisions concernant la formation des médecins en gestion de district afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations

4. Objectifs de l'étude

gestion de district sur le terrain dans la région du Centre ; (iv) de déterminer l'influence de l'environnement de travail dans la mise en œuvre des acquis de la formation dans la région du centre ; (v) d'apprécier la contribution de la formation en gestion de district sur l'organisation des districts sanitaires de la région du centre ; (vi) et d'apprécier la contribution de la formation en gestion de district sur le fonctionnement des districts sanitaires de la région du centre

5. Modalité de participation

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant responsable du projet.

«Votre participation à cette recherche consiste à m'accorder une entrevue d'environ une heure où vous pourrez discuter de la contribution de la formation des médecins généralistes en gestion de district à l'organisation et au fonctionnement des districts sanitaires de la région sanitaire du Centre au Burkina Faso. Je vous poserai des questions auxquelles vous allez répondre ou choisir de ne pas répondre tout en indiquant que l'une ou l'autre de vos réponses doit demeurer confidentielle. » L'entrevue sera enregistrée sur support audio numérique puis retranscrite pour nous aider dans notre travail de recherche.

6. Confidentialité

« Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seul le chercheur principal, c'est-à-dire moi-même, aura la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. » Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

7. Avantages

«En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'amélioration de la formation des médecins en gestion de district afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des

populations». La participation à cette recherche ne donne pas droit à une compensation de quelque nature que ce soit.

8. Inconvénients associés au projet de recherche

Aucun inconvénient ou risque pour la santé des participants ou l'organisation que vous représentez ne peut être envisagé.

9. Droit de retrait

« Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision ».

« Avez-vous des questions au sujet de votre participation à cette recherche ? Vous avez bien compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche ? Si oui, acceptez-vous, après réflexion, à prendre part à cette recherche, tout en sachant que vous pouvez vous retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier votre décision ? »

L'obtention du consentement est enregistrée avec les dates et toutes les informations nécessaires.

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer en personne avec moi par le biais du Secrétariat général du Ministère de la santé ou par téléphone au numéro suivant : 70 43 33 35.

« Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée au Secrétariat général du Ministère de la santé à l'adresse suivante : 03 BP 7035 Ouagadougou 03 ; Standard : 50326188 ; Secrétariat particulier : (226) 50326340 ; Fax : (226) 50317024 ; Site Internet: www.sante.gov.bf

11. Financement du projet de recherche

L'étudiant responsable du projet n'a pas reçu de financement pour mener ce projet de recherche. Il est financé par son propre budget