



Évaluation de la formation portant sur l'approche centrée sur la personne dans le cadre du projet d'amélioration de la santé des mères et des enfants

Mémoire

Inheldia Cossou-Gbeto

Maîtrise en santé publique - avec mémoire
Maître ès sciences (M. Sc.)

Québec, Canada

**Évaluation de la formation portant sur l'approche centrée sur la
personne dans le cadre du projet d'amélioration de la santé des
mères et des enfants**

Mémoire

Inheldia Cossou-Gbeto

Sous la direction de :

Maman Joyce Dogba

RÉSUMÉ

La deuxième phase du programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants au Burkina Faso a développé et implanté une formation portant sur l'approche centrée sur la personne dans les soins maternels pour les professionnels de la santé afin d'améliorer la qualité des soins. Il a aussi prévu d'évaluer cette formation qui fait l'objet de ce travail. L'objectif est : 1) d'évaluer la fidélité de l'implantation de la formation ACP, 2) d'évaluer les déterminants contextuels (les facteurs ayant influencés l'implantation et le résultat du projet) et 3) d'évaluer les effets immédiats. Elle a été réalisée à l'aide de trois modèles : le « *Conceptual Framework for Implementation Fidelity* », « *The presage, process and product (3P) model of learning and teaching* » et le modèle intégré.

Cette évaluation a été conduite dans une perspective d'évaluation participative afin de renforcer l'utilisation des résultats de l'évaluation et de permettre le renforcement des capacités des acteurs. Il s'agit d'une recherche évaluative qui a combiné des méthodes qualitatives et quantitatives. La composante qualitative est basée sur une analyse documentaire et des entrevues auprès de sept (7) acteurs impliqués dans le projet. La composante quantitative a été faite à l'aide des questionnaires : 1) de satisfaction, 2) d'apprentissage et 3) le DPC-Réaction. Les résultats de la composante qualitative ont montré que l'approche participative utilisée a permis des ajustements dans l'implantation de la formation. Les résultats de la composante quantitative ont aussi montré une satisfaction élevée des participants à la formation ACP, une augmentation des connaissances acquises après la formation ACP et une intention élevée de changement de comportement des professionnels de la santé. Ces résultats présentent aussi les recommandations des participants afin d'améliorer la formation.

ABSTRACT

The second phase of the Maternal and Child Health Improvement Program in Burkina Faso has developed and implemented training on the person-centred approach (PCA) in maternal care for health professionals to improve quality care. It also planned to evaluate this training, which is the subject of this work. The objective is: 1) to evaluate the implementation fidelity of the PCA training, 2) to evaluate the contextual determinants (the factors that influenced the implementation and the outcome of the project) and 3) to evaluate the immediate effects. It was carried out using three models: the Conceptual Framework for Implementation Fidelity, the presage, process and product (3P) model of learning and teaching and the integrated model.

This evaluation was conducted in a participatory evaluation perspective in order to strengthen the use of the evaluation results and to enable the capacity building of the actors. It is an evaluative research that has combined qualitative and quantitative methods. The qualitative component is based on a documentary analysis and interviews with 7 actors involved in the project. The quantitative component was done using questionnaires: 1) satisfaction, 2) learning and 3) CPD-Reaction. The results of the qualitative component showed that the participatory approach used allowed adjustments in the implementation of the training. The results of the quantitative component also showed a high satisfaction of PCA training participants, an increase in knowledge gained after PCA training and a high intention of behavioural change among health professionals. These results also present participants' recommendations for improving training.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
ABSTRACT	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	viii
DÉDICACES.....	ix
REMERCIEMENTS	x
AVANT-PROPOS.....	xi
INTRODUCTION.....	1
1 Chapitre 1 : Contexte et problématique.....	3
1.1 Contexte.....	3
1.1.1 Présentation du Burkina Faso.....	3
1.1.2 Le projet ACP-PASME 2	5
1.2 Problématique	6
1.3 Pertinence de l'étude.....	8
1.4 Description de la formation portant sur l'approche centrée sur la personne pour l'amélioration de la santé des mères et des enfants	9
1.4.1 L'approche centrée sur la personne	9
1.4.2 Format de la formation	13
1.4.3 Modèle logique du projet ACP-PASME 2	16
2 CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL.....	20
2.1 Recension des écrits : évaluation d'une formation	20
2.1.1 Analyse de la fidélité	21
2.1.2 Analyse des déterminants contextuels.....	23
2.1.3 Analyse des effets de la formation	24
2.2 Objectifs et questions d'évaluation.....	28
2.3 Hypothèse de recherche	30
3 Chapitre 3 : Méthodologie.....	31
3.1 Approche méthodologique.....	31
3.2 Stratégie de recherche	32
3.2.1 Analyse de la fidélité d'implantation et des déterminants contextuels	32
3.2.1.1 Devis	32

3.2.1.2	Population à l'étude	32
3.2.1.3	Échantillonnage	33
3.2.1.4	Collecte des données.....	34
3.2.1.5	Analyse des données.....	35
3.2.1.6	Critères de qualité de la recherche.....	35
3.2.2	Évaluation des effets.....	36
3.2.2.1	Devis	36
3.2.2.1.1	Évaluation de la satisfaction et évaluation de l'intention de changement de comportement.....	36
3.2.2.1.2	Évaluation des apprentissages.....	37
3.2.2.2	Population à l'étude	37
3.2.2.3	Collecte de données	39
3.2.2.3.1	Évaluation de la satisfaction.....	39
3.2.2.3.2	Évaluation des apprentissages.....	40
3.2.2.3.3	Évaluation de l'intention de changement de comportement.....	41
3.2.2.4	Définition opérationnelle des variables d'étude	41
3.2.2.4.1	Variable indépendante.....	41
3.2.2.4.2	Variables dépendantes.....	42
3.2.2.4.3	Autres variables.....	43
3.2.2.5	Analyse des données.....	44
3.2.2.6	Les biais potentiels.....	45
3.2.3	Conformité éthique.....	45
4	CHAPITRE 4 : ARTICLE QUANTITATIF.....	47
	Résumé	50
	Abstract.....	51
5	CHAPITRE 5 : RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES SUR L'ANALYSE DE LA FIDÉLITÉ D'IMPLANTATION ET DES DÉTERMINANTS CONTEXTUELS	65
6	CHAPITRE 6 : DISCUSSION ET RECOMMANDATION	69
6.1	DISCUSSION	69
6.2	RECOMMANDATIONS	71
	CONCLUSION	73
	RÉFÉRENCES.....	74
	ANNEXES	78

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle logique du programme du projet ACP-PASME 2

Figure 2 : Cadre conceptuel pour la fidélité d'implantation

Figure 3 : Cadre conceptuel retenu pour l'évaluation de la formation ACP-PASME 2

Figure 4 : Schématisation du devis descriptif simple

Figure 5 : Schématisation du devis quasi expérimental de type pré et post intervention sans groupe contrôle

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résumé de la formation en cascade

Tableau 2 : Objectifs, questions et critères d'évaluation

Tableau 3 : Résumé des scores du questionnaire DPC-Réaction sur les items et les construits

LISTE DES ABRÉVIATIONS

3P : presage-process-product

ACP : Approche centrée sur le patient ou Approche centrée sur la personne

ACP-PASME 2 : Approche centrée sur la personne pour l'amélioration de la santé des mères et des enfants

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHR : Centre hospitalier régional

CICDoc : Centre d'information, de conseil et de documentation sur le SIDA

CM : Centre médical

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

CPN : Consultation prénatale

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

DRS : Direction régionale de la santé

DS : District sanitaire

EUMC : Entraide universitaire mondiale du Canada

OMS : Organisation mondiale de la santé

PASME 2 : Programme d'amélioration de la santé des mères et enfants — phase 2

PCA: Person-centred approach

RRI : Radios rurales internationales

SEMUS : Solidarité et entraide mutuelle au Sahel

SMNE : Services de santé maternelle, néonatale et des enfants

UFR : Unité de formation et de recherches

ULaval/UL : Université Laval

DÉDICACES

Je dédie ce travail à tous ceux qui me sont chers.

À la mémoire de mon fils Enzo Olayintan Sean MEVOANOU

Mon petit ange, je te dédie ce travail comme signe de mon affection et de ma reconnaissance. Que ton âme repose en paix !

À mes enfants Cameron et Elsa

Merci à vous de m'avoir donné la force et le courage nécessaire qu'il faut pour finir ce travail. Trouvez en ce travail l'inspiration et l'énergie suffisante pour aller de l'avant. Que l'Éternel vous bénisse et vous protège à jamais. Amen !

À mon Conjoint Romain Jocelyn MEVOANOU

Loin d'être un obstacle, tu m'as stimulée dans la poursuite de ce travail. En témoignage de ton soutien, de ton affection et surtout de ta patience, je te dédie ce travail comme symbole de ma gratitude.

Aux membres de ma famille

Vous aviez été d'un soutien inconditionnel pour moi. Merci à vous tous pour vos conseils, soutiens et amour que vous m'aviez apportés dans les moments difficiles de ma vie. Recevez ce travail comme signe de mon affection et de ma gratitude.

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la réalisation de ce mémoire.

Je voudrais tout particulièrement remercier ma directrice de mémoire, Dre Maman Joyce Dogba pour i) sa disponibilité, ii) son soutien inconditionnel, iii) ses conseils et iv) m'avoir donné l'opportunité de faire partie de son équipe. Bien plus qu'une simple directrice de mémoire, elle a été comme une mère dans la période difficile que j'ai traversée. Enzo et moi te disions infiniment merci.

Je remercie tous les membres de l'équipe de recherche, en particulier ceux qui ont supervisé et participé à différentes phases de mon mémoire : Marlyse Mbakop Nguebou, Landry Traoré, Johanne Ouédraogo, Gérard Ngueta. Merci pour vos soutiens et contributions.

Je remercie Madame Gisèle Groleau pour son accueil, sa disponibilité et le soutien continu qu'elle m'a apporté durant ma formation.

J'aimerais aussi remercier aussi tous les enseignants du département, qui m'ont encadré et donné le savoir durant ma formation.

Je tiens aussi à remercier tous les participants à ce projet pour leur disponibilité et le temps qu'ils nous ont accordé.

AVANT-PROPOS

La présente étude a été réalisée dans le cadre de la deuxième phase du programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants au Burkina Faso. Le but ultime du programme est de réduire la mortalité chez les mères et les enfants dans huit districts sanitaires de trois régions du Burkina Faso. Pour atteindre cet objectif, PASME 2 vise à : i) améliorer la prestation des services de santé essentiels fournis aux mères, aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et aux enfants de moins de 5 ans ; et ii) améliorer le taux d'utilisation des services essentiels de santé par les mères, les femmes enceintes, les nouveau-nés et aux enfants de moins de 5 ans. Pour ce, des chercheurs de l'Université Laval ont mis en place dans le cadre de PASME 2 plusieurs projets de recherche-action dont le projet ACP-PASME 2 qui inclut la conception, le développement et l'évaluation d'une formation portant sur l'ACP.

Le présent mémoire porte sur l'évaluation de la formation ACP, plus précisément l'évaluation de l'implantation et des effets de la formation ACP. Un article intitulé « Évaluation des effets de la formation portant sur l'approche centrée sur la personne dans le cadre du programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants au Burkina Faso » dont je suis la première auteure a été inséré dans le chapitre 4 de ce mémoire. Cet article sera soumis à la revue académique *medicine* avant la fin de l'année 2019. Les coauteurs de l'article sont : Gérard Ngueta, Johanne Ouedraogo, Landry Traoré, Seydou Barro, Thècle Twungubumwe, Josette Castel, Isabelle Savard, Jean Ramdé, André Côté, Ruth Ndjaboue, Maman Joyce Dogba.

Dans le cadre de ce travail, j'ai i) rédigé le protocole de recherche, ii) fait la revue de la littérature, iii) développé les grilles de collecte de données, iv) interprété les résultats des analyses et v) rédigé en tant que première auteure l'article présenté au chapitre 4 de ce mémoire.

INTRODUCTION

Le Burkina Faso se retrouve parmi les pays ayant des taux de mortalité maternelle et infantile les plus élevés au monde. En 2015, le taux de mortalité maternelle y était estimé à 371 décès pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infanto-juvénile à 88,6 ‰ (1). Bien que la couverture des soins prénatals ait été améliorée (95 % en 2010), l'utilisation des services de santé reste faible (2). Elle est attribuable entre autres à la mauvaise qualité des soins offerts par les professionnels de la santé (3, 4).

Plusieurs études soulignent que les patients se plaignent du mauvais traitement des professionnels de la santé, particulièrement dans le réseau de santé (5, 6). Des expériences de stigmatisation, d'intimidation, d'humiliation, de manque de respect, voire de violence physique et verbale, ainsi que la remise en question de la confidentialité et de l'anonymat sont souvent rapportées par les patients dans les services de santé (2, 3, 7, 8). Or, les femmes font de plus en plus de choix dans l'utilisation des services de santé, elles expriment quand elles le peuvent leurs préférences, valeurs et perceptions dont les professionnels de la santé doivent savoir tenir compte (9, 10). L'accès à des soins maternels et infantiles centrés sur les usagers et de meilleure qualité semble être un impératif pour améliorer l'utilisation des services et ultimement réduire les taux de mortalité des mères et des enfants. Il demeure donc une priorité des autorités burkinabé et plusieurs projets d'interventions tels que le *Programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants* y accordent une grande importance.

Dans cette optique, la deuxième phase du programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants a instauré dans ses activités **la formation des agents de santé et du personnel d'appui en accueil et communication sexo-spécifique, incluant l'approche centrée sur le patient (ACP)**. L'objectif est de concevoir, mettre en œuvre et évaluer la formation portant sur l'ACP. Cette formation culturellement adaptée au contexte burkinabé est destinée aux professionnels des services de santé maternelle et infantile dans les huit districts du Burkina Faso couverts par le projet PASME 2.

Le présent mémoire est une recherche évaluative dont le but est d'évaluer l'implantation et les effets à court terme de la formation ACP-PASME 2 au Burkina Faso. Elle vise à répondre aux questions générales suivantes : i) quelle est la perception des principaux acteurs sur l'implantation de la formation ACP-PASME 2 ? ii) quels sont les effets à court terme de la formation ACP-PASME 2 ?

Le présent mémoire est composé de six chapitres. Consacré au contexte et la problématique, le premier chapitre présente le contexte dans lequel le projet s'est déroulé, la problématique de recherche et une description détaillée du projet. Le deuxième chapitre décrit le cadre conceptuel, les objectifs, questions et hypothèses de recherche. Le troisième chapitre décrit la méthodologie utilisée pour la collecte des données. Il regroupe les informations sur la population à l'étude ainsi que les outils de collecte de données et des procédures utilisées. Le quatrième chapitre présente notre article portant sur les effets de la formation ACP-PASME 2 au Burkina Faso. Le cinquième chapitre présente les résultats complémentaires. Enfin, le sixième chapitre présente la discussion et les recommandations qui se dégagent de cette étude.

1 Chapitre 1 : Contexte et problématique

1.1 Contexte

1.1.1 Présentation du Burkina Faso

La plupart des informations de cette section ont été tirées du rapport de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD, 2012) sur l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2010 (EDSBF-MICS IV) et du plan national de développement sanitaire 2011-2020.

Le Burkina Faso, autrefois appelé Haute-Volta qui signifie en français *pays des hommes intègres*, est un pays situé en Afrique de l'Ouest. Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, au nord-est par le Niger, au sud-est par le Bénin et au sud par le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Sa capitale est Ouagadougou, une ville située au centre du pays. Il s'étend sur une superficie de 272 967 km². Le Burkina Faso possède un climat tropical de type soudano-sahélien, caractérisé par des variations pluviométriques considérables, avec deux saisons : la saison des pluies et la saison sèche.

Sur le plan administratif, le Burkina Faso est divisé en 13 régions (boucle du Mouhoun, cascade, centre, centre-est, centre-nord, centre-ouest, centre-sud, est, hauts-bassins, nord, plateau central, sahel, sud-ouest) dirigées par des gouverneurs. Ces régions sont subdivisées en 45 provinces et en 350 départements. Chaque province est dirigée par un haut-commissaire et chaque département par un Préfet. Les départements sont repartis en 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8228 villages. De nos jours, le Burkina Faso est organisé en collectivités territoriales : la région et la commune. L'annexe 1 présente les 13 régions et les provinces associées.

Selon les données du quatrième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2006, la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants avec une densité d'environ 51,4 habitants au kilomètre carré. Les femmes représentaient 52 % de la population contre 48 % pour les hommes. En 2018, cette population était estimée à 20 244 080 habitants avec un taux d'accroissement annuel moyen de 3,1 %. Les moins de 15 ans représentaient 47 % de la population, ce qui caractérise une population très jeune. Environ 77 % de la

population vivent en milieu rural et 23 % de la population en milieu urbain. En ce qui concerne le niveau d'instruction de la population, les résultats du RGPH de 2006 ont montré que 71 % des Burkinabé de 6 ans et plus n'ont aucun niveau d'instruction. Sur le plan religieux, l'islam constitue la religion majoritaire au Burkina Faso avec 61 % de la population. Ensuite vient la religion catholique avec 19 % de la population.

Le Burkina Faso est un pays à faible revenu dont l'économie est essentiellement basée sur l'agriculture. Les activités agricoles occupent près de 80 % de la population active et contribuent pour près du tiers du produit intérieur brut (PIB). En 2010, l'agriculture et l'élevage occupaient plus des trois quarts de la population active et contribuaient pour 37 % au PIB du pays. Le PIB par habitant s'élevait en 2009 à 585,11 dollars canadiens \$ CAN et 44 % de la population vivent en dessous du seuil national de pauvreté estimé à 108 454 FCFA par an. Cette situation de pauvreté rend difficile l'accès aux services sociaux de base, et entraîne un taux élevé de morbidité et de mortalité. Par rapport au développement humain, le Burkina Faso se figure parmi les pays à faible développement humain. Il est classé au 161^e rang sur 169 pays selon l'Indice du développement humain (IDH) publié en 2010 par le PNUD.

Le système de santé du Burkina Faso comporte trois différents niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires. Le troisième niveau est le niveau central, lequel comprend les directions et structures centrales organisées autour du cabinet du ministre et du Secrétariat général de la santé. Il est aussi constitué par les centres hospitaliers universitaires et constitue le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Le second niveau est le niveau intermédiaire. Il comprend les Directions régionales de la Santé, est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR) et sert de référence et de recours au Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Enfin le premier niveau est le niveau périphérique. Il est représenté par 63 districts sanitaires répartis sur tout le territoire national (annexe 2). Les districts sanitaires sont des entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. Ils sont divisés en deux échelons de soins : i) le premier échelon de soins est le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) qui est la structure sanitaire de base du système de santé et ii) le deuxième échelon de soins est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) qui sert de référence pour les formations sanitaires du district.

Malgré les nombreux efforts déployés par le gouvernement pour assurer l'amélioration de l'état de santé des populations, la situation sanitaire demeure précaire. Le profil sanitaire du Burkina Faso est caractérisé par des taux élevés de morbidité et de mortalité. Au Burkina Faso, la mère et l'enfant constituent les populations les plus vulnérables en termes de santé publique. En effet, le taux de mortalité maternelle est estimé à 371 décès pour 100 000 naissances vivantes (1). Les femmes en âge de procréation (15 à 49 ans) courent un risque de 1 sur 50 de décéder de cause maternelle. De plus, les décès maternels représentent 19 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans. Quant au taux de mortalité infantile, il est de 42,68 pour 1000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 88,6 pour 1000 naissances vivantes (1).

1.1.2 Le projet ACP-PASME 2

La deuxième phase du *Programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants* (PASME 2) résulte d'une initiative de l'Entraide universitaire mondiale du Canada (EUMC), en partenariat avec Université Laval (ULaval) et Radios rurales internationales (RRI). Il est financé par Affaires mondiales Canada (AMC) sur 4 ans (2016-2020). Son objectif ultime est de réduire la mortalité chez les mères et les enfants de 0 à 59 mois selon une approche de continuum de soins dans huit districts sanitaires de trois régions du Burkina Faso (Bogandé et Manni dans la région de l'Est ; Yako et Gourcy dans la région du Nord ; et Koudougou, Sabou, Tenado et Réo dans la région du Centre-Ouest). Pour atteindre cet objectif, PASME 2 vise à : i) améliorer la prestation des services de santé essentiels fournis aux mères, aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et aux enfants de moins de 5 ans ; et ii) améliorer le taux d'utilisation des services essentiels de santé par les mères, les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans. Pour ce, des chercheurs de l'Université Laval ont mis en place dans le cadre de PASME 2 des projets de recherche-action. Un de ces projets de recherche-action est le projet ACP-PASME 2 (Approche centrée sur la personne pour l'amélioration de la santé des mères et des enfants). Le projet ACP-PASME 2 inclut la conception, le développement et l'évaluation d'une formation des professionnels de la santé et du personnel d'appui en accueil et communication sexo-spécifique, incluant l'approche centrée sur la personne, grâce à une approche participative et de co-construction avec divers acteurs (incluant des chercheurs burkinabés, des patients, des professionnels de la santé et

des décideurs). L'objectif de ce projet est d'améliorer les compétences des professionnels de la santé, tout en respectant le contexte culturel et les pratiques burkinabé.

Le projet ACP-PASME 2 comporte cinq étapes dont les quatre premières sont déjà réalisées : i) la réalisation d'une étude préliminaire visant la validation transculturelle du concept d'ACP dans le contexte burkinabé, ii) le développement de la formation, iii) le déploiement d'une cascade de formations portant sur l'ACP et iv) l'évaluation de la formation. La dernière étape restante est v) la mise en place d'outils cliniques et organisationnels pour faciliter l'adoption de l'ACP.

Ce projet de maîtrise s'insère dans l'étape iv et vise à évaluer l'implantation et les effets à court terme (satisfaction, apprentissages et l'intention de changements de comportement) de la formation ACP-PASME 2.

1.2 Problématique

Au Burkina Faso, la majorité des professionnels de la santé n'est pas outillée pour prendre en considération les particularités, les valeurs et le vécu des patients dans les prestations de soins. C'est pour contribuer à résoudre ce problème que le projet PASME 2 a conçu une formation portant sur l'approche centrée sur la personne pour les professionnels de la santé. Il s'agit d'une activité de développement professionnel continu qui devrait non seulement améliorer les connaissances des professionnels de la santé, mais aussi soutenir les changements de comportement dans les pratiques cliniques (11). Selon Kumar et *al.* (2012), la formation est une stratégie clé pour améliorer les compétences des professionnels de la santé, car elle leur permet à la fois d'acquérir de nouvelles compétences et de modifier des manières de faire inappropriées (12). Les compétences acquises après la formation aident les professionnels de la santé à améliorer leurs performances au sein du système de santé (13). L'évaluation d'une formation est une étape importante parce qu'elle permet d'améliorer la qualité des formations.

Les bailleurs de fonds investissent de grandes ressources dans les formations afin d'obtenir des données valides et fiables qui montrent les résultats de leur investissement. Cependant, peu d'organisations évaluent rigoureusement leurs programmes de formation (12). Selon

Kumar et *al.* (2012), les raisons évoquées sont entre autres : les difficultés rencontrées dans l'évaluation de la formation, le manque de financement, l'absence de données d'évaluation normalisée pour bien comparer les formations, l'absence d'instruments valides et de modèles viables (12). Selon Mann (1996), la réticence de certaines organisations à évaluer leurs programmes de formation peut être en partie due à une confusion sur la manière d'évaluer les formations et sur les éléments à évaluer (14). Comme le signale Mann (1996), les directeurs des formations n'ont souvent pas les compétences nécessaires pour effectuer les évaluations. En outre, dit-il, il existe peu de livres sur ce qui devrait être évalué et comment les évaluations devraient être conduites (14). Bien qu'il existe de nombreuses méthodes bien documentées sur l'évaluation des formations, les preuves en faveur de l'une ou l'autre méthode sont parcellaires et souvent contradictoires. Berge (2008) a montré qu'il est difficile d'évaluer une formation à cause d'un manque de planification, de parrainage et de budget ou parce que la formation est dispensée pour les mauvaises raisons (15). Selon lui, l'évaluation de la formation est difficile parce que les responsables des formations recherchent une performance accrue et pas nécessairement un apprentissage accru sur lequel les formateurs jugent généralement le succès de leur formation (15). Néanmoins, toutes les formations nécessitent une évaluation, car, sans l'évaluation, personne ne peut justifier l'efficacité du programme de formation (13).

Par ailleurs, l'évaluation des formations devrait être considérée comme une plus-value pour améliorer l'efficacité de l'apprentissage (11). Elle est nécessaire parce qu'elle identifie les contenus de la formation qui ne sont pas nécessaires et les nouveaux contenus qui doivent être ajoutés (13). Kirkpatrick et Kirkpatrick (1994) identifient trois raisons pour évaluer une formation. Ces raisons sont : i) justifier l'existence du programme de formation en montrant comment il contribue au développement des compétences ; ii) déterminer s'il faut poursuivre ou interrompre le programme de formation ; et iii) obtenir des informations afin d'améliorer le programme (16). Ainsi, une bonne évaluation de la formation peut démontrer l'utilité du programme de formation. Ce type d'information peut en réalité montrer les avantages de la formation pour les professionnels de la santé, le système de santé et en termes de coût (13, 14). Le rapport coût-efficacité est très important pour l'évaluation en raison des coûts élevés de la formation (13). Les résultats de la formation, et son efficacité sur une organisation pourraient justifier l'investissement (13). Les résultats d'évaluation de la formation

pourraient aussi être utilisés pour améliorer les méthodes de formation, sa conception et son contenu (13).

1.3 Pertinence de l'étude

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les systèmes de soins de santé représentent un déterminant vital de la santé (17). Elles doivent être en mesure d'offrir des soins de qualité axés sur les besoins et les attentes des patients afin d'améliorer la santé de la population. Malheureusement, dans les pays en développement, la formation initiale des professionnels de la santé repose essentiellement sur une approche de soins non holistique qui ne prend pas en considération toutes les dimensions des patients (physique, sociale, affective, cognitive et spirituelle) lesquelles sont nécessaires pour la prévention et la promotion de la santé et pour une guérison complète des patients. La formation ACP-PASME 2 vise donc à outiller les professionnels de la santé sur cinq dimensions de l'approche centrée sur la personne afin d'améliorer le bien-être des femmes et des enfants, qui sont considérés comme un groupe vulnérable, mais aussi améliorer la qualité des services de santé maternelle et infantile au Burkina Faso.

Par ailleurs, bien que des études aient été réalisées pour promouvoir l'ACP dans les systèmes de santé, peu s'intéressent à l'évaluation de la formation dans un contexte africain. Très peu de formations sont rigoureusement évaluées soit par manque de compétences évaluatives au sein des formateurs, soit par négligence de cette étape ou encore par manque de temps. Or, il est important de porter un regard critique sur les programmes visant à promouvoir la santé maternelle et infantile afin de s'assurer des effets de ces programmes. Il persiste donc des lacunes tant dans les pratiques de développement des formations que dans les pratiques et connaissances soutenant leur mise en œuvre dans les pays en développement en particulier. Cette recherche évaluative permettra de combler en partie cette lacune. Elle propose d'évaluer la fidélité d'implantation de la formation ACP-PASME 2 et les effets à court terme de la formation afin de comprendre les mécanismes de production de ces effets. De plus, cette évaluation a été réalisée afin de bonifier la formation ACP-PASME 2 pour l'avenir, d'identifier les conditions gagnantes pour sa pérennisation, mais aussi et surtout, de permettre un déploiement à grande échelle au Burkina Faso.

1.4 Description de la formation portant sur l'approche centrée sur la personne pour l'amélioration de la santé des mères et des enfants

1.4.1 L'approche centrée sur la personne

Thématique centrale de la formation ACP-PASME 2, l'approche centrée sur le patient (ACP) représente l'une des composantes essentielles de la qualité des soins de santé. C'est un concept qui est de plus en plus préconisé et intégré dans la formation des professionnels de la santé (18). Elle repose sur le principe selon lequel l'égalité entre le médecin et le patient est mutuellement avantageuse et constitue le modèle de soins le plus privilégié par les patients par rapport au modèle paternaliste (19). Selon certains auteurs, l'une des barrières à la mise en œuvre efficace de l'ACP est l'ambiguïté de la définition du concept et de ses composants clés (20). L'IOM (*Institute of Medicine*), définit l'ACP comme une démarche destinée à apporter un soin qui soit respectueux du patient, adapté aux préférences individuelles de celui-ci, à ses besoins et ses valeurs, et qui fasse en sorte que les valeurs du patient guident l'ensemble des décisions cliniques (21). Elle permet aux professionnels de la santé de placer les intérêts des patients avant tout et de respecter leur autonomie personnelle (21). L'ACP repose sur un respect profond des patients en tant qu'êtres vivants uniques et sur l'obligation de prendre soin d'eux selon leurs conditions. Elle implique des soins propres à chaque individu qui sont basés sur des informations spécifiques aux patients, plutôt que de se concentrer exclusivement sur la maladie des patients (20). Cela crée une approche globale des soins de santé, dans laquelle le médecin essaie de voir la maladie du point de vue du patient tout en répondant aux besoins et aux préférences du patient (20). Cette définition proposée par l'IOM souligne l'importance de la collaboration entre professionnels de la santé et patients afin d'obtenir de meilleurs résultats en termes de santé (22). Mais cette définition ne prend pas en compte l'ACP dans son intégralité. C'est ainsi que Morgan et Yoder (2012) définissent l'ACP comme « *une approche holistique (biologique-psycho-sociale-spirituelle) pour dispenser des soins respectueux et individualisés, permettant la négociation des soins et offrant un choix grâce à la relation thérapeutique où les patients peuvent participer aux décisions prises sur leur santé et sur les soins qu'ils reçoivent* » (18). Les patients peuvent donc aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic précis, choisir le traitement

qui leurs est approprié et une stratégie de prise en charge, s'assurer que le traitement est correctement suivi et identifier les effets secondaires agissant sur eux (23).

Par ailleurs, l'ACP peut présenter des avantages importants tant pour les patients que pour les professionnels de la santé. Des études montrent que l'ACP améliore la satisfaction des patients à l'égard de l'expérience de soins dans un établissement de santé, améliore les résultats en termes de santé, améliore l'état de santé des patients, améliore la qualité des soins et de sécurité des patients, réduit l'utilisation des services de santé et aide à contrôler les coûts liés aux soins de santé (18, 24, 25). Selon certains auteurs, l'ACP entraîne aussi une amélioration de la satisfaction des professionnels de la santé et une diminution des taux de faute professionnelle (25). D'autres études ont aussi montré que l'ACP améliore la communication, favorise la participation des patients aux soins, crée une relation positive avec le professionnel de la santé et améliore l'adhésion du patient au plan de traitement (19, 21, 26). Par ailleurs, certains auteurs ont identifié trois facteurs clés pour la réalisation de l'ACP. Il s'agit de : i) un patient et une famille informés et impliqués ii) des professionnels de la santé réceptifs et réactifs qui peuvent se concentrer sur la maladie et bien connaître le patient et iii) un environnement de soins de santé bien coordonné et bien intégré qui appuie les efforts des patients, des familles et des professionnels de la santé (21).

Pour étudier l'ACP, Mead et Bower (2000) ont passé en revue la littérature conceptuelle et empirique et ils ont proposé un cadre comportant cinq dimensions principales (27) : i) la perspective biopsychosociale ; ii) le patient en tant que personne ; iii) le partage du pouvoir et de la responsabilité ; iv) l'alliance thérapeutique et v) le médecin en tant que personne.

- Première dimension : La perspective biopsychosociale

Elle permet de comprendre la maladie au-delà de la perspective biomédicale. Elle se concentre à la fois sur le patient et la maladie, et met l'accent sur les interactions entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux nécessaires pour mieux comprendre la santé du patient et sa maladie (27). Cette dimension de l'ACP permet de considérer le patient comme un individu expérimenté au-delà d'un simple corps avec une maladie (27).

- Deuxième dimension : Le patient en tant que personne

Il permet au médecin ou autre professionnel de comprendre la signification personnelle de la maladie pour chaque patient (27). Cette dimension de l'ACP permet au médecin ou autre professionnel de comprendre le patient en tant que personnalité idiosyncratique dans son contexte unique afin de comprendre la maladie du patient et assurer une prise en charge efficace (27).

- Troisième dimension : Le partage du pouvoir et de la responsabilité

Il favorise une relation égalitaire entre le médecin et le patient. Les patients sont considérés comme des consommateurs ayant droit à une certaine norme de service, notamment le droit à une information complète, d'être traités avec respect et de participer activement aux décisions cliniques (27). L'information fournie par le médecin permet aux patients de prendre davantage en charge leur santé. Cette dimension de l'ACP reflète la reconnaissance des besoins ainsi que des préférences des patients et est caractérisée par des comportements tels que l'encouragement du patient à exprimer ses idées, l'écoute, la recherche et la collaboration (27).

- Quatrième dimension : L'alliance thérapeutique

Il s'agit d'une collaboration mutuelle, un partenariat, entre le patient et le médecin dans le but de réaliser les objectifs fixés (28). Elle permet une compréhension commune des objectifs et des exigences du traitement et permet de renforcer le lien personnel entre le médecin et le patient (27). L'alliance thérapeutique est donc essentielle pour l'efficacité des interventions thérapeutiques (28).

- Cinquième dimension : Le médecin en tant que personne

Cette dernière dimension de l'ACP permet une prise de conscience de l'influence des qualités personnelles et de la subjectivité du médecin sur la pratique de la médecine (27).

La mise en application de ces dimensions requiert des professionnels de la santé des compétences de communication, de partenariat de soins et de promotion de la santé (29). D'autres auteurs identifient la capacité du professionnel de la santé à comprendre les besoins de chaque patient, et une relation interpersonnelle saine comme primordiaux dans l'ACP

(18). Cependant, un consensus croissant identifie la communication entre le soignant et le soigné comme étant la clé de la réalisation de l'ACP (30). Little et al. (2001) ont montré que la communication dans l'ACP a un impact positif sur les résultats cliniques, la satisfaction du patient, l'adhésion au traitement recommandé et l'autogestion des maladies chroniques (29). La communication permet i) d'accroître la compréhension des professionnels de la santé sur les besoins, les perspectives et les valeurs individuelles des patients ii) de donner aux patients les informations dont ils ont besoin pour participer à leurs soins et iii) d'établir la confiance et la compréhension entre les professionnels de la santé et les patients (31). Par exemple, pour évaluer les désirs et les besoins des patients, le médecin doit poser aux patients des questions sur leurs préoccupations, leurs priorités et leurs valeurs. Ainsi, le médecin doit écouter attentivement les réponses des patients et leur poser des questions de clarifications si les réponses ne sont pas compréhensives (31). Ce n'est qu'après avoir clarifié les valeurs et les préférences du patient que le médecin et le patient pourront prendre des décisions véritablement axées sur la collaboration, dans l'intérêt du patient (31). Lorsque les professionnels de la santé utilisent efficacement leurs compétences en communication, ils en bénéficient, ainsi que leurs patients (32). Selon certains auteurs, les professionnels de la santé ayant de bonnes compétences en communication identifient clairement les problèmes des patients, ont une plus grande satisfaction de leur pratique quotidienne et moins de stress au travail (32).

Par ailleurs, l'institut national du cancer à Bethesda énumère six fonctions fondamentales de la communication entre le médecin et son patient. Il s'agit notamment de : i) favoriser les relations de guérison ; ii) échanger des informations ; iii) répondre aux émotions des patients ; iv) gérer l'incertitude ; v) prendre des décisions éclairées et vi) permettre aux patients de s'autogérer (31). Il est de plus en plus reconnu que l'éducation et la formation des professionnels de la santé devraient les aider à développer ces compétences. C'est ainsi que plusieurs interventions ont été mises en place afin de promouvoir l'ACP. Ces interventions prennent en compte le caractère centré sur le patient et de leur famille ainsi que sur les cliniciens et les systèmes de santé (22). Selon Ronald et al. (2011), la formation des professionnels de la santé sur l'ACP leur permettra d'être plus attentifs, informatifs et empathiques envers les patients (22). Elle transforme le rôle du professionnel de la santé qui

se caractérisait par une autorité, en un rôle ayant des objectifs de partenariat, de solidarité, d'empathie et de collaboration (22).

1.4.2 Format de la formation

La formation ACP-PASME 2 est une formation interprofessionnelle. Selon Reeves et al. (2008), « *An Interprofessional education intervention occurs when members of more than one health and/or social care profession learn interactively together, for the explicit purpose of improving interprofessional collaboration and/or the health/well-being of patients/clients. Interactive learning requires active learner participation and active exchange between learners from different professions* » (33). La formation interprofessionnelle vise à améliorer les attitudes, les connaissances, les compétences et les comportements pour la pratique en collaboration, ce qui peut également influencer de manière positive sur la pratique clinique et améliorer les résultats cliniques (34). Elle est perçue comme un moyen de faciliter la pratique en collaboration et, par conséquent, de répondre aux besoins complexes de la population en matière de santé (34).

En effet, la formation ACP-PASME 2 rassemble différentes catégories de professionnels de la santé (infirmiers, médecins, sages-femmes, maïeuticiens). Cette formation permettra aux professionnels de la santé d'appliquer toutes les connaissances acquises lors de la formation dans leur pratique quotidienne afin de prévenir les différentes causes de morbidité et de mortalité maternelle et infantile au Burkina Faso. Les objectifs de cette formation sont :

- Expliquer l'ACP aux participants afin de les rendre capables de fournir des soins maternels et infanto-juvénile de haute qualité dans leur structure de santé au Burkina Faso ;
- S'engager à intégrer l'ACP dans sa pratique quotidienne.

Plus spécifiquement, cette formation vise à amener les apprenants à :

- Décrire les principales composantes de l'ACP ;
- Soutenir les patientes dans la reconnaissance de leurs droits et devoirs ;
- Identifier les habiletés nécessaires pour une bonne communication entre la patiente et les professionnels de la santé ;

- Identifier les obstacles à l'application de l'ACP dans leur milieu de travail ;
- Expliquer les étapes de la prise de décision partagée.

Par ailleurs, la formation ACP-PASME 2 est une formation démultipliée (ou en cascade) qui consiste à former des formateurs qui formeront ensuite les autres professionnels de la santé au Burkina Faso. Chaque atelier de formation s'est déroulé sur trois jours ; en journée continue de 8 h à 16 h 30, entrecoupés d'une pause-café et d'une pause repas. Toutes les formations prennent la forme d'atelier interactif en présence. Au total, treize ateliers de formation de trois jours chacun ont été animés d'octobre 2018 à janvier 2019.

La formation est composée de cinq modules développés après une étude anthropologique et une revue de la littérature. Cette étude anthropologique qui s'est fait en dehors du cadre de la présente recherche a permis d'identifier les concepts de l'ACP les plus adaptés au contexte de soins de santé maternelle et infantile au Burkina Faso et de déterminer les modalités de la formation portant sur l'ACP, culturellement adaptée, qui favorisent l'apprentissage collaboratif entre les professionnels de la santé et les patientes. Les cinq principaux modules développés sont :

- La dimension biopsychosociale ;
- La patiente en tant que personne ;
- Le partage du pouvoir et des responsabilités ;
- L'alliance thérapeutique soignante soignée ;
- Le professionnel de la santé en tant que personne (équipe ; pratique réflexive).

Au début de chaque atelier de formation, des supports papier sont remis à tous les participants pour leur permettre de suivre les diapositives projetées. À la fin des projections, les participants sont invités à soumettre des questions de clarification sur les différents concepts de l'ACP. Lors de chaque atelier, des groupes de travail sont formés pour échanger et discuter des composantes de l'ACP et de la pertinence de l'intégrer dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé.

La première formation de vingt-six (26) formateurs a eu lieu les 8, 9 et 10 octobre 2018 à Koudougou au Burkina Faso et est animée par l'équipe de projet et les volontaires de

PASME 2. Par la suite, des trios de formateurs ont à leur tour formé des professionnels de la santé dans les huit districts couverts par le projet. Au total, 297 professionnels de la santé sont formés. Les professionnels de la santé ont été formés comme suit dans les villes suivantes : Koudougou 1 (25 professionnels de la santé), Koudougou 2 (21 professionnels de la santé), Réo (2 professionnels de la santé), Ténado (25 professionnels de la santé), Gourcy (25 professionnels de la santé), Yako 1 (25 professionnels de la santé), Yako 2 (25 professionnels de la santé), Yako 3 (26 professionnels de la santé), Bognadé 1 (26 professionnels de la santé), Bognadé 2 (25 professionnels de la santé), Sabou (25 professionnels de la santé), Manni (25 professionnels de la santé).

Le tableau 1 ci-dessous résume la formation en cascade

Tableau 1 : Résumé de la formation en cascade

District sanitaire	Nombre de personnes formées	Nombre de formateurs	Date de début	Date de fin
Première cohorte : Formation des formateurs				
Koudougou	26	3	08-10-2018	10-10-2018
Deuxième cohorte : Formation des professionnels de la santé par les formateurs, après leur formation				
Koudougou 1	25	3	14-11-2018	16-11-2018
Koudougou 2	21	3	08-01-2019	10-01-2019
Réo	24	3	14-11-2018	16-11-2018
Ténado	25	4	14-11-2018	16-11-2018
Sabou	25	3	18-12-2018	20-12-2018
Manni	25	2	26-11-2018	28-11-2018

Bogandé 1	26	2	17-11-2018	19-11-2018
Bogandé 2	25	3	21-11-2018	23-11-2018
Yako 1	25	3	03-12-2018	05-12-2018
Yako 2	25	3	19-11-2018	21-11-2018
Yako 3	26	4	12-12-2018	14-12-2018
Gourcy	25	4	22-11-2018	24-11-2018
Total	297			

1.4.3 Modèle logique du projet ACP-PASME 2

La première étape de cette évaluation est la construction du modèle logique du projet ACP-PASME 2. C'est un outil efficace pour la planification des programmes ainsi que pour la mise en œuvre et la gestion des performances dans de nombreux domaines (35). En effet, il est utilisé pour clarifier et décrire les différentes composantes d'un programme. Le modèle logique est défini comme une représentation graphique ou textuelle de la manière dont un programme est censé fonctionner et relie les résultats aux processus et aux hypothèses théoriques du programme (35). Selon Savaya et Waysman (2005), '*The logic model is such a tool, whose purpose is to describe and articulate program theory*'. Il permet de définir l'ensemble des postulats sur la manière dont un programme est relié aux résultats qu'il est censé produire, la stratégie et les tactiques qui ont été adoptées pour atteindre ses buts et ses objectifs (36). En d'autres termes, il s'agit d'un cadre permettant de décrire les relations entre les ressources, les activités et les résultats liés à un programme ou à un objectif spécifique du projet (35). Bien qu'il existe plusieurs façons de représenter le modèle logique, le modèle logique de base comprend les composants suivants (37) :

- Les intrants : ils regroupent les ressources humaines, financières, organisationnelles et communautaires qui doivent être investies dans un programme afin que celui-ci puisse exécuter les activités planifiées ;
- Les activités : elles regroupent les actions et les tâches qui font partie de la mise en œuvre du programme ;
- Les extrants : il s'agit des produits directs des activités de programme et sont généralement mesurés en termes de volume de travail accompli et la nombre de personnes atteintes ;
- Les résultats : ce sont les avantages ou les changements observés dans la population cible du programme. Les programmes proposent souvent une chaîne de résultats qui sont liés les uns aux autres dans une séquence logique au fil du temps, les résultats immédiats conduisant à des résultats intermédiaires, qui à leur tour conduisent à des résultats à long terme.

Le développement de la formation ACP a nécessité trois activités principales à savoir : i) la conception et le développement des modules de la formation ; ii) l'implantation de la formation et iii) l'évaluation de la formation. Pour réaliser ces différentes activités, plusieurs moyens ont été déployés. Il s'agit de : la recension des écrits, l'identification de modules similaires existants, le choix des contenus, le choix des stratégies éducatives, le tournage (et montage) des vidéos, le développement du matériel de formation, le recrutement de formateurs, la réservation des salles, la location des matériels audiovisuels, le développement des questionnaires d'évaluation, la collecte des données et l'analyse des données. Deux catégories de participants ont été ciblées par le projet : 1) les médecins travaillant dans les CSPS, les CM/CMA et les CHR, les sages-femmes, les infirmier(e)s, maïeuticiens, les agents itinérants de la santé et les agents de santé à base communautaire ; 2) les patients et leurs familles, les CSPS, CM/CMA et les CHR, le système de soins et le système éducatif. À l'issue des activités, il est attendu à court terme, une augmentation des connaissances des professionnels de santé en matière d'ACP ; une prise de conscience de la pertinence de l'ACP ; une augmentation de la propension à utiliser l'ACP et une augmentation de l'intérêt pour les pratiques réflexives de l'ACP. Les effets attendus à moyen terme sont : l'amélioration des compétences en ACP ; un meilleur développement professionnel ; la routinisation de la pratique de l'ACP ; et l'implication des patientes dans les soins maternels

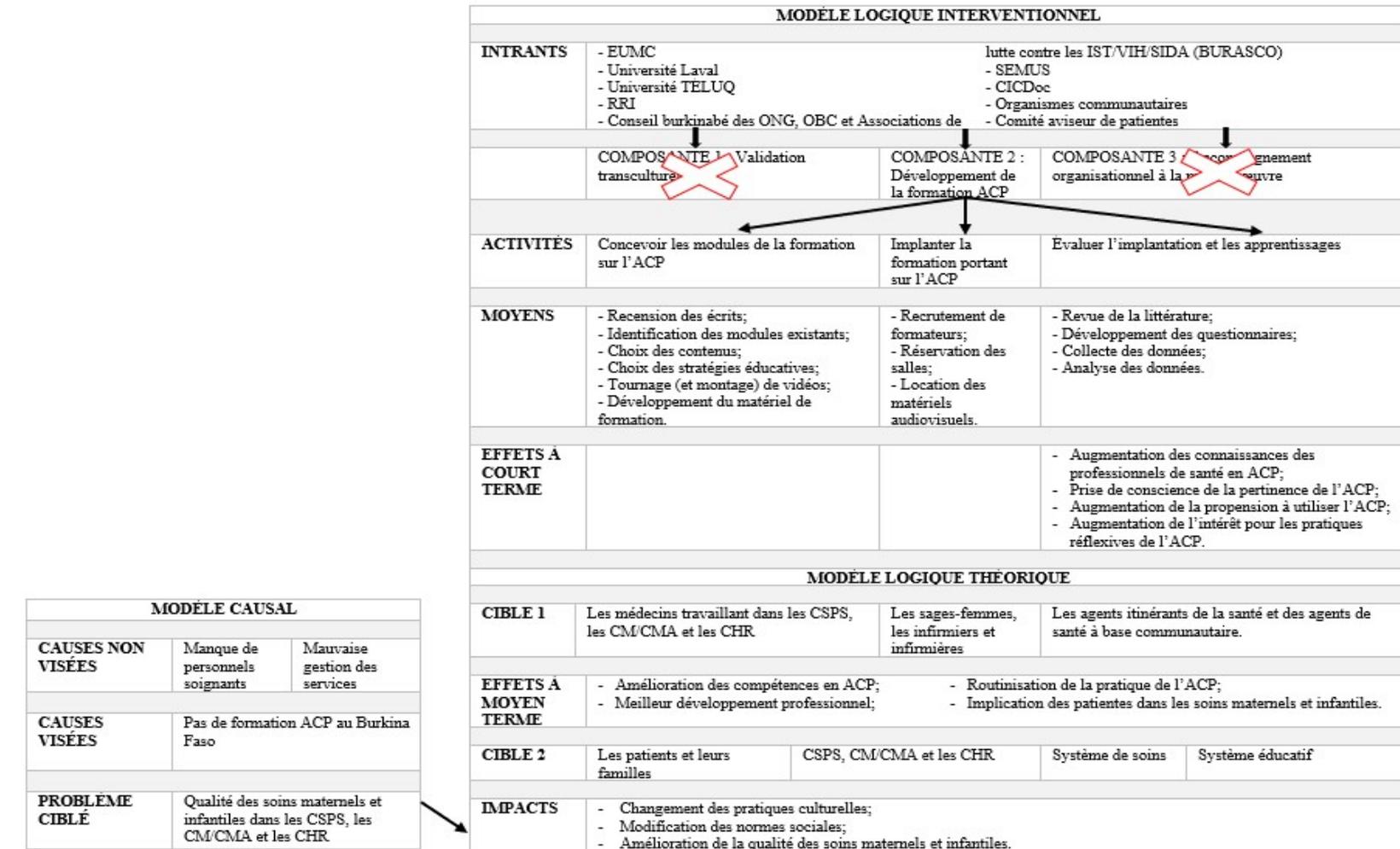
et infantiles. Enfin, les impacts (effets à long terme) du projet sont : le changement des pratiques culturelles et la modification des normes sociales qui deviendront favorables à la mise en œuvre de l'ACP et l'amélioration de la qualité des soins maternels et infantiles.

Rappelons que cette évaluation ne vise pas la mesure de l'impact de l'intervention. Toutefois, elle cherche à évaluer les effets à court terme du projet et à comprendre les mécanismes de production de ces effets.

La figure 1 nous donne un aperçu du projet ACP-PASME 2.

Figure 1 : Modèle logique du projet ACP-PASME 2 adapté de Dagenais et Ridde (2009)

Les « X » signifient que les composantes 1 et 3 ne sont pas incluses dans l'évaluation de la formation ACP.



2 CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL

2.1 Recension des écrits : évaluation d'une formation

La définition du concept « évaluation » a été proposée par plusieurs auteurs. Reeves et al. (2015) définissent l'évaluation comme étant un processus qui consiste à évaluer les activités d'un programme de manière formelle et systématique (38). Selon Weiss (1998), l'évaluation est « *l'appréciation systématique du fonctionnement et/ou des résultats d'un programme ou d'une politique en fonction des critères explicites et implicites, de façon à contribuer à l'amélioration du programme ou de la politique* ». Patton (1997) définit l'évaluation des programmes comme « *une collecte systématique d'information sur les activités, les caractéristiques et les résultats de ces programmes afin de porter des jugements sur eux, d'améliorer leur efficacité et d'éclairer les décisions concernant de nouveaux programmes* ». L'un des objectifs de l'évaluation est donc de porter des jugements sur l'utilité des programmes afin de les améliorer.

Par ailleurs, selon Reeves et al. (2015), l'évaluation est axée sur le changement d'activités ou de programmes ; elle traite les questions prédéfinies de manière transparente ; et est basée sur la collecte et l'analyse systématiques des données (38). Il s'agit donc d'une activité empirique qui examine les causes et les effets des différentes activités entreprises dans un programme (38). Il existe plusieurs types d'évaluation selon l'objectif poursuivi par l'évaluateur. Dans cette étude, nous allons évaluer l'implantation et les effets de la formation ACP-PASME 2.

Selon certains auteurs, l'évaluation de l'implantation est une évaluation qui vise à décrire les processus engagés dans la production des effets d'une intervention (39). Elle cherche à déterminer les raisons de l'écart entre ce qui a été implanté et ce qui était prévu (36). Une analyse de l'implantation s'avère pertinente, car la formation ACP-PASME 2 est « *une intervention complexe composée d'éléments séquentiels sur lesquels le contexte peut interagir de différentes façons* » [(40) page 69]. De plus, du fait que la formation ACP-PASME 2 est une intervention nouvelle, « *une analyse de l'implantation permettra de cerner les facteurs explicatifs critiques* » [(40) page 244]. Ce type d'évaluation est particulièrement important lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre d'un nouveau programme (comme dans le cas de la formation portant sur l'ACP), au moment de

généraliser l'intervention, ou lors de l'interprétation des résultats d'efficacité d'un programme (41).

Trois aspects semblent importants dans l'évaluation d'une formation : i) analyse de la fidélité de l'implantation, ii) analyse de l'influence des déterminants contextuels et iii) analyse des effets de la formation.

2.1.1 Analyse de la fidélité

Une composante importante de l'évaluation de la formation est l'analyse de la fidélité de l'implantation. En effet, elle permet de savoir si l'intervention a été implantée comme prévu et sinon d'en identifier les raisons. La fidélité d'implantation est un facteur qui peut influencer la relation entre l'intervention et les résultats obtenus (42). En d'autres termes, la fidélité avec laquelle une intervention est mise en œuvre peut affecter son succès. Cette évaluation est aussi importante parce que cette variable peut empêcher des conclusions potentiellement fausses sur l'efficacité d'une intervention (42). Tout cela nécessite un cadre dans lequel nous pouvons comprendre et mesurer le concept et le processus de la fidélité d'implantation.

Ainsi, nous avons utilisé le « *Conceptual Framework for Implementation Fidelity* » pour l'évaluation de la fidélité d'implantation (42). Selon ce cadre, la fidélité d'implantation se mesure par l'adhésion au programme et comprend quatre sous-catégories (42).

- Le contenu : il fait référence aux différents sujets abordés dans le programme. Il peut être considéré comme les compétences ou les connaissances que le programme cherche à transmettre aux bénéficiaires.
- La fréquence : elle fait référence au nombre de périodes consacrées au programme sur une période de temps donnée.
- La durée : elle correspond au temps accordé au programme.
- La couverture : elle correspond au degré d'application du programme.

Lorsque l'implantation d'un programme respecte totalement le contenu, la fréquence, la durée et la couverture du programme tel que prévu, on parle d'une fidélité d'implantation élevée. La mesure de la fidélité d'implantation consiste à évaluer si les résultats du processus d'implantation peuvent

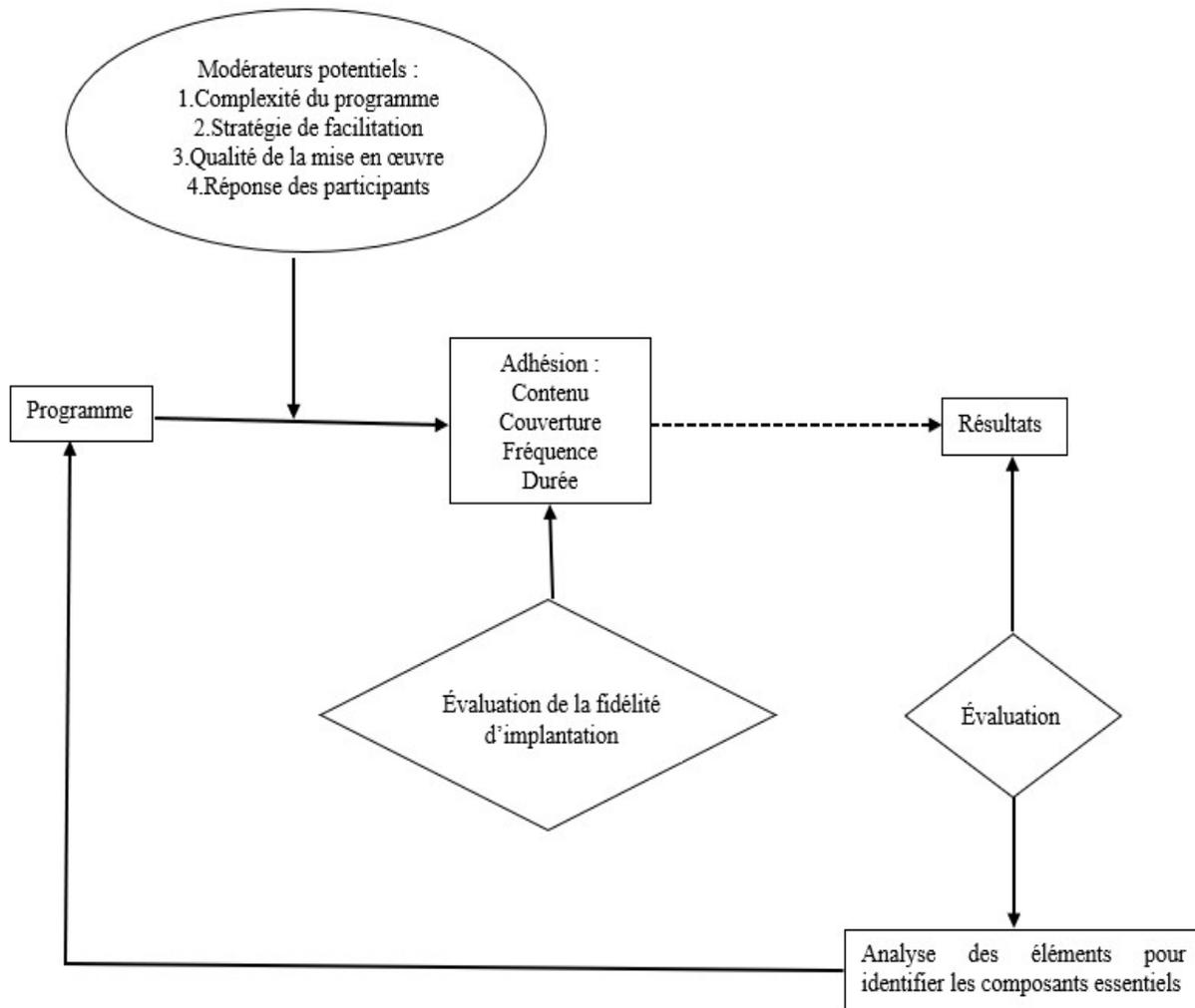
être attribuables au programme tel que prévu (42). Alors que, le degré d'implantation du contenu ou de la fréquence d'un programme est le niveau de fidélité atteint pour ce programme (42). Par ailleurs, plusieurs facteurs peuvent influencer le niveau de fidélité d'implantation d'un programme. Il s'agit notamment de (42) :

- **La complexité du programme** : la description d'un programme peut être simple ou complexe, détaillée ou vague. Plus un programme est simple et détaillé, plus il risque d'être implanté fidèlement. Les programmes complexes peuvent varier lors de l'exécution et sont donc plus vulnérables à un ou plusieurs composants qui ne sont pas mis en œuvre comme ils le devraient.
- **Les stratégies de facilitation de mise en œuvre** : les stratégies d'appui peuvent être utilisées à la fois pour optimiser et normaliser la fidélité d'implantation, c'est-à-dire pour garantir que tous reçoivent la même formation et le même soutien, dans le but que le déroulement du programme soit aussi uniforme que possible. Un programme qui s'accompagne d'outils ou de guides favorisant sa mise en œuvre est plus susceptible d'être implanté de la façon dont il a été conçu.
- **La qualité de mise en œuvre** : la qualité de mise en œuvre est un modérateur potentiel évident de la relation entre un programme et la fidélité avec laquelle il a été mis en œuvre. Il s'agit de voir si le programme a été implanté de manière à atteindre les objectifs fixés. Lorsque le contenu d'un programme est mal livré, cela peut affecter le degré de réalisation de la mise en œuvre complète.
- **La réponse des participants** : lorsque les participants considèrent une intervention comme étant sans intérêt pour eux, leur non-engagement peut être une cause majeure de l'échec du programme ou de sa faible couverture. Ainsi, la fidélité d'implantation peut être considérée comme faible. Plus les participants sont engagés et participent pleinement au programme, plus les chances d'être implanté fidèlement augmentent. La réponse des participants peut donc être un modérateur important dans tout le processus d'évaluation de la fidélité d'implantation.

La figure 2 présente le cadre conceptuel de la fidélité d'implantation. La ligne pointillée indique que la relation entre le programme et les résultats est externe à la fidélité d'implantation, mais que le niveau de fidélité atteint peut affecter cette relation. Enfin, une analyse des résultats peut

identifier les composants essentiels du programme qui doivent être implantés pour que le programme produise les effets voulus.

Figure 2 : Cadre conceptuel pour la fidélité d'implantation (42)



2.1.2 Analyse des déterminants contextuels

Cette analyse s'appuie conceptuellement sur trois composantes : i) les facteurs préalables, ii) le processus, iii) et le produit (39).

Il existe diverses approches pour comprendre la nature et le contexte dans lequel la formation ACP-PASME 2 a été entreprise et explorer les processus associés aux activités connexes. Ainsi, nous utiliserons le modèle théorique de Biggs (1993) intitulé « *The presage, process and product*

(3P) *model of learning and teaching* » qui a été revu et adapté par Freeth & Reeves (2004). Il s'agit d'un modèle fondé sur la théorie des systèmes (43). Il vise à étudier comment les facteurs contextuels (*presage*) affectent le processus des activités (*process*) d'enseignement et d'apprentissage et comment ces processus à leur tour ont un impact sur les résultats obtenus après la formation (*product*) (38). La figure 3 illustre ces trois composantes et leurs interactions.

Les facteurs contextuels (*presage*) fournissent le contexte dans lequel les activités d'enseignement et d'apprentissage sont menées (figure 3) (44). Ces facteurs sont regroupés en trois catégories : i) le contexte d'apprentissage qui examine les principaux facteurs préalables associés au contexte d'apprentissage : politique et réglementation, ressources et logistique ; ii) les caractéristiques des enseignants qui incluent la conception d'apprentissage et d'enseignement, la qualité de la planification du programme, l'expertise des formateurs ; et l'enthousiasme du formateur ; et iii) les caractéristiques de l'apprenant qui inclent leurs connaissances antérieures et croyances, leurs besoins d'apprentissage concomitants et leurs approches d'apprentissage préférées (44).

Les processus des activités d'enseignement et d'apprentissage (*process*) correspondent aux pratiques éducatives (Figure 3) (44). Cette section met en évidence les principaux domaines d'apprentissage associés à la pratique en collaboration. En particulier, il s'agit de : l'utilisation de différentes approches éducatives ; la durée de l'enseignement... (44)

Enfin, le produit visé (*product*) est le résultat des activités d'enseignement et d'apprentissage (figure 3). Il comprend les connaissances, des attitudes et des comportements propres à chaque discipline, leur impact sur la prestation des services et les résultats pour les patients. (44).

2.1.3 Analyse des effets de la formation

L'évaluation des formations interprofessionnelles peut être entreprise à diverses fins. En effet, elle peut être réalisée pour évaluer les effets d'une nouvelle activité de formation interprofessionnelle, comparer les coûts et les avantages liés à une formation interprofessionnelle ou explorer la nature des processus de facilitation interprofessionnelle (38). Pour cela, il est primordial de préciser le but de l'évaluation et les questions d'évaluation.

Par ailleurs, il importe de préciser si l'évaluation d'une formation est à visée formative ou sommative (38, 45). L'évaluation formative permet de fournir des informations pour améliorer la

conception et le développement d'un programme (45). Son objectif est de déterminer les faiblesses du matériel pédagogique, des méthodes ou des objectifs d'apprentissage dans le but de proposer des solutions normatives pour la conception et de la mise en œuvre des programmes de formation (45). Elle permet de rassembler des données pour améliorer les activités de formation interprofessionnelle (38). En revanche, l'évaluation sommative permet de déterminer si les objectifs et les résultats attendus de formation sont atteints (45). Elle cherche à identifier les avantages de la formation pour les participants et les organisations sous forme d'apprentissage et d'amélioration des performances au travail spécifiées lors de la phase d'analyse (45). Elle cherche à évaluer l'impact final des activités de formation interprofessionnelle (38). Ainsi, compte tenu de nos objectifs, l'évaluation sommative est la plus adaptée à notre recherche.

Par ailleurs, la plupart des cadres d'évaluation utilisés pour évaluer le développement professionnel continu sont dérivés du modèle de Kirkpatrick qui évalue l'efficacité de la formation. Ce modèle suggère une évaluation à quatre niveaux distincts (16) :

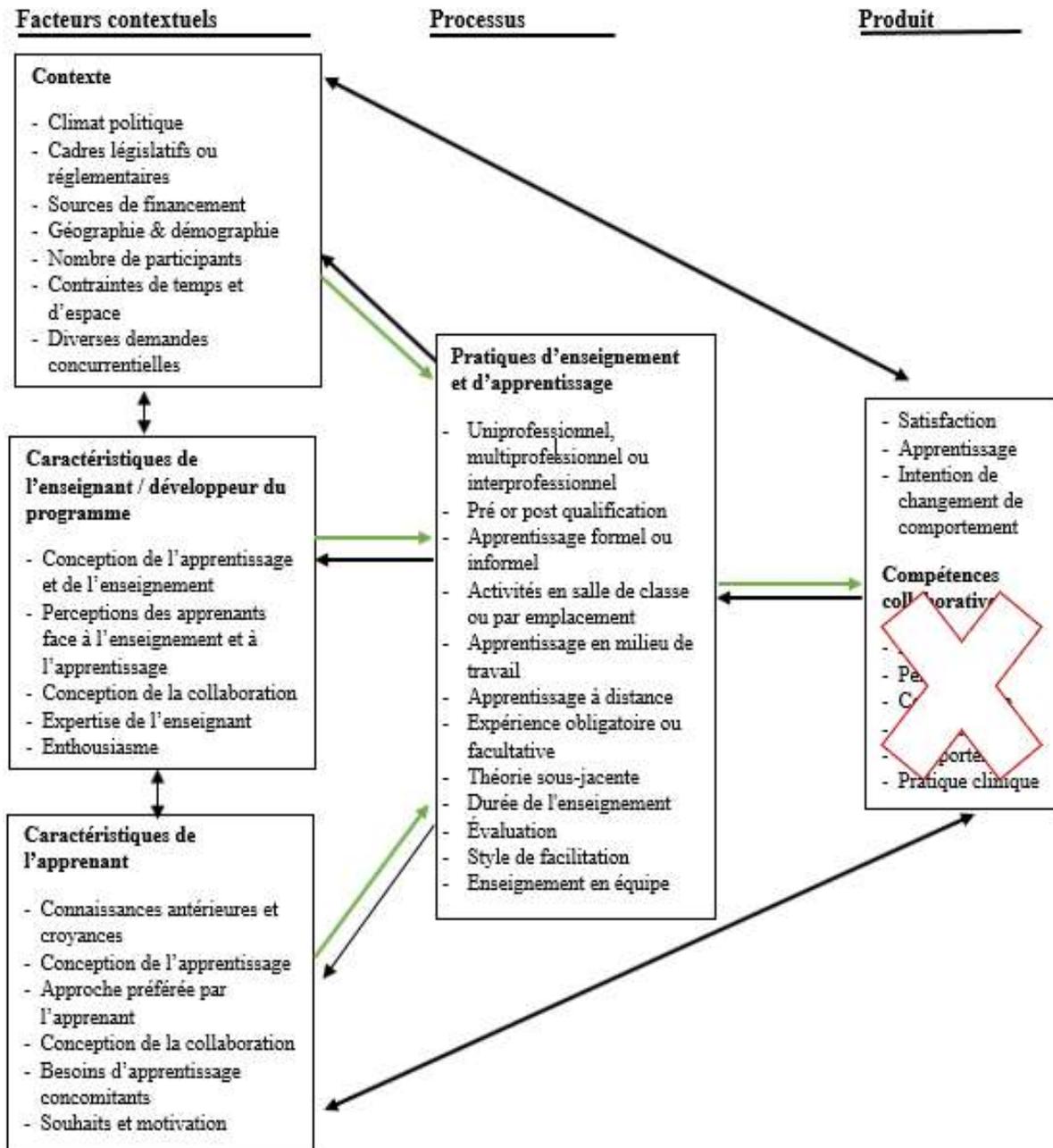
- Le **niveau 1** évalue la réaction (ou satisfaction) des participants à une activité de formation ;
- Le **niveau 2** évalue les connaissances, les compétences ou les attitudes des participants à une activité de formation ;
- Le **niveau 3** évalue le transfert de l'apprentissage à la pratique ;
- Le **niveau 4** évalue les résultats du comportement nouvellement acquis sur les résultats organisationnels tels que la productivité et la qualité.

Cependant, la plupart des évaluations de formation se concentrent sur les deux premiers niveaux du modèle de Kirkpatrick qui ne permettent pas d'évaluer l'impact réel de la formation. Dans un contexte de développement professionnel continu, l'utilisation du modèle intégré (dérivé de deux théories sociocognitives : la théorie du comportement planifié (TPB) et la théorie de Triandis) est préconisée afin d'évaluer l'intention de changement de comportement chez les professionnels de la santé (46). Ce modèle correspond à trois des quatre niveaux de résultats proposés par le modèle de Kirkpatrick (47). Selon le modèle intégré, les résultats du niveau 2 de Kirkpatrick (Atteinte des cibles d'apprentissages (connaissances, habiletés, attitudes ou compétences)) sont liés à l'intention comportementale (les décisions individuelles jouent un rôle central dans l'adoption de

comportements), alors que les résultats de niveau 3 (transfert de l'apprentissage à la pratique) ont trait au comportement clinique (47). La transition nécessaire du niveau 2 au niveau 3 ne peut se produire qu'à la suite de changements favorisés par le contenu et le format de l'activité de développement professionnel continu (47). Selon le modèle intégré, l'intention comportementale peut s'expliquer par : i) les croyances quant aux capacités de chacun des professionnels ; ii) l'habitude ; iii) les croyances quant aux conséquences du comportement ; iv) la norme morale (sentiment d'obligation personnelle vis-à-vis de l'adoption du comportement) ; v) les influences sociales (impression d'approbation ou de désapprobation de la part de personnes importantes pour l'adoption du comportement) ; vi) le rôle et l'identité (convictions quant à l'adoption de ce comportement par une personne du même âge, sexe ou situation sociale), et vii) les caractéristiques des professionnels de la santé en fonction de leurs données sociodémographiques (47). Ainsi, dans notre étude, le niveau 1 évaluera la satisfaction des participants, le niveau 2 évaluera les apprentissages et le niveau 3 évaluera les intentions de changement de comportement des participants. Notre mémoire se limitera à l'évaluation des trois premiers niveaux, car nous manquons de recul suffisant pour évaluer les impacts dans le milieu clinique.

La figure 3 présente le cadre conceptuel que nous avons utilisé pour l'évaluation de la formation.

Figure 3 : Cadre conceptuel retenu pour l'évaluation de la formation ACP-PASME 2 (44)



Le « X » signifie que les compétences collaboratives n'ont pas été évaluées.

2.2 Objectifs et questions d'évaluation

Cette évaluation a été entreprise pour évaluer la fidélité d'implantation de la formation ACP-PASME 2 ainsi que les effets immédiats (à court terme) de la formation afin de comprendre les mécanismes de production de ces effets.

De façon spécifique, cette évaluation cherche à :

- Analyser la fidélité d'implantation de la formation ACP-PASME 2 ;
- Identifier et comprendre les éléments qui ont freiné ou favorisé cette implantation ;
- Évaluer la satisfaction des participants aux ateliers de formation ;
- Évaluer les connaissances acquises à la fin de la formation ACP-PASME 2 ;
- Évaluer l'intention des professionnels de la santé à s'engager dans l'ACP par leurs pratiques cliniques.

Le tableau 2 ci-dessous présente les questions et les critères d'évaluation relativement aux objectifs de l'évaluation.

Tableau 2 : Objectifs, questions et critères d'évaluation

Objectifs de l'évaluation	Questions d'évaluation	Critères d'évaluation
1) Analyser la fidélité d'implantation de la formation ACP-PASME 2	La formation ACP-PASME 2 a-t-elle été implantée tel que prévu ?	Efficacité du projet ACP-PASME 2
	Quel est le rôle de chacune des composantes de la formation ACP et du contexte dans la réussite ou l'échec de l'implantation de la formation ? (Facteurs contextuels)	
2) Identifier et comprendre les	Quels sont les facteurs organisationnels du succès ou	

éléments qui ont freiné ou favorisé cette implantation	d'échec de l'implantation de la formation ? (Processus)	Pérennité du projet
	Quelles sont les conditions gagnantes pour la pérennisation de la formation ACP-PASME 2 ? (Facteurs contextuels et processus)	
3) Évaluer la satisfaction des participants aux ateliers de formation	<p>Quel est le degré de satisfaction des participants aux ateliers de formation ? (Produit)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction par rapport aux objectifs, contenu et méthodes pédagogiques de la formation ; - Satisfaction par rapport aux compétences professionnelles des formateurs ; - Satisfaction par rapport au cadre et à l'organisation de la formation ; - Satisfaction par rapport aux apprentissages réalisés. 	Perception de pertinence du projet
4) Évaluer les connaissances acquises à la fin de la formation ACP-PASME 2	Dans quelle mesure la formation ACP a-t-elle permis d'atteindre les objectifs d'apprentissage relatifs à l'acquisition des connaissances ? (Produit)	Effets à court terme du projet

5) Évaluer l'intention des participants à s'engager dans l'ACP par leurs pratiques cliniques	Quel est le score des participants ayant l'intention d'appliquer l'ACP dans leurs pratiques quotidiennes ? (Produit)	Effets à court terme du projet
	Quels sont les facteurs sur lesquels les formateurs doivent mettre l'accent pour modifier le comportement clinique des participants aux ateliers de formations ? (Produit)	

2.3 Hypothèse de recherche

De tout ce qui précède, nous avons formulé trois hypothèses :

- **Hypothèse 1** : À la fin de la formation ACP-PSASME 2, les participants aux ateliers de formation seront satisfaits :
 - Des objectifs, du contenu et de la méthodologie de la formation ;
 - Des compétences professionnelles des formateurs ;
 - Du cadre et de l'organisation de la formation ;
 - De leurs apprentissages ;
 - De la formation en générale.
- **Hypothèse 2** : La formation ACP-PSASME 2 va permettre d'atteindre les objectifs d'apprentissage relatifs à l'acquisition des connaissances en matière d'ACP chez les participants aux ateliers de formation.
- **Hypothèse 3** : À la fin de la formation ACP-PSASME 2, les participants auront l'intention d'appliquer l'ACP dans leur pratique quotidienne.

3 Chapitre 3 : Méthodologie

3.1 Approche méthodologique

Cette évaluation est une recherche évaluative puisqu'elle est menée de manière systématique à partir de données empiriques, comme moyen d'améliorer le programme (48). Elle permet d'analyser et de comprendre par une démarche scientifique les relations de causalité entre les différentes composantes du programme (49). Selon Rutman (1982), la recherche évaluative est définie comme « un processus d'application de méthodes scientifiques visant à rassembler des données fiables et valides pour savoir comment et à quel degré des activités particulières produisent des effets ou des résultats particuliers ». C'est une démarche qui permet de poser un jugement *a posteriori* sur une intervention en employant des méthodes scientifiques (49). Plus spécifiquement, il s'agit d'analyser la pertinence, les fondements théoriques, la productivité, les effets et le rendement d'une intervention ainsi que les relations existantes entre l'intervention et le contexte dans lequel elle se situe généralement dans le but de mieux comprendre l'intervention et d'aider à la prise de décision (49). Le but de la recherche évaluative est de développer de nouvelles connaissances pouvant être utilisées pour améliorer un(e) programme/intervention ou généraliser/poursuivre un programme mis en place (48).

Par ailleurs, la stratégie évaluative utilisée est l'évaluation participative qui repose sur une approche coproduite (50). L'évaluation participative a été utilisée afin de renforcer l'utilisation des résultats de l'évaluation et de permettre le renforcement des capacités des acteurs, en l'occurrence dans le cas de l'ACP-PASME 2 : les formateurs et les professionnels de la santé (51). En effet, il s'agit d'une évaluation qui implique les différentes parties prenantes d'un projet, d'un programme ou d'une politique dans sa planification et sa réalisation (50). Les approches d'évaluation participative poursuivent deux grandes finalités, une finalité émancipatrice qui vise principalement à rendre les individus ou les groupes d'acteurs plus autonomes au travers de leur participation à l'exercice évaluatif et une finalité pratique qui vise principalement à faciliter l'utilisation des résultats de l'évaluation (comme dans le cas de notre évaluation) (52). L'approche coproduite est une évaluation qui préconise de réunir un petit nombre d'acteurs clés du programme pour réaliser la quasi-totalité des composantes de l'évaluation en collaboration avec l'équipe de chercheurs (50). Elle considère que pour maximiser l'utilisation de l'évaluation, il est nécessaire

d'impliquer les acteurs qui seront les utilisateurs de première ligne des résultats de l'évaluation dès le début de l'évaluation et de les impliquer dans toutes les phases du processus (50).

3.2 Stratégie de recherche

3.2.1 Analyse de la fidélité d'implantation et des déterminants contextuels

3.2.1.1 Devis

Le devis de recherche que nous avons utilisé pour l'analyse de la fidélité d'implantation est l'étude de cas. En effet, l'étude de cas est une stratégie de recherche qui permet la compréhension des phénomènes complexes dans leurs contextes (53). Elle combine généralement plusieurs méthodes de collecte de données dont les plus importantes sont : l'observation participante, l'observation participative, l'entrevue, la documentation, les documents d'archives, et les artefacts physiques afin d'assurer une triangulation des données [(54) page 66-67]. Une étude de cas peut porter sur un (étude de cas unique) ou plusieurs cas (étude de cas multiple) et sur de nombreux niveaux d'analyse (53).

Ainsi, dans cette recherche évaluative, nous avons opté pour une étude de cas unique. Cette approche permet une analyse approfondie des divers aspects d'un cas ou d'un programme particulier afin de ressortir les éléments significatifs et les liens qui les unissent, dans l'objectif de saisir la dynamique particulière du cas (53). Elle est utilisée « pour une problématique de recherche de type empirique brut, c'est-à-dire un phénomène jusque-là inexploré » [(54) page 43].

Par ailleurs, nous avons abordé l'étude de cas unique sous un angle de recherche qualitative. La recherche qualitative nous a permis de comprendre la dynamique sous-jacente les relations entre les composantes du programme. Dans cette étude, il s'agit d'identifier les facteurs qui ont influencé la mise en œuvre de la formation ACP.

3.2.1.2 Population à l'étude

Selon Collerette (1997), un cas est un système comportant ses propres dynamiques qui demandent à être explicitées et qui feront l'objet d'une recherche méthodique. Ainsi, dans notre étude, le cas représente le projet ACP-PASME 2. Il est composé des différents acteurs impliqués dans le projet ACP-PASME 2.

Les critères d'inclusion de notre étude sont :

- Bien connaître le projet ACP-PASME 2 ;
- S'impliquer activement dans les différentes phases du projet ACP-PASME 2.

Par ailleurs, nous avons exclu de notre étude :

- Les acteurs qui ne maîtrisent pas le projet ACP-PASME2 ;
- Les participants aux différents ateliers de formation qui ne sont pas impliqués dans le projet.

3.2.1.3 Échantillonnage

L'échantillonnage est une étape importante pour la collecte et l'analyse des données. C'est un processus qui permet de sélectionner un groupe de personne ou une partie de la population pour représenter la population étudiée [(55) page 226]. Elle suppose une définition claire de la population étudiée et des éléments qui la composent [(55) page 226].

Dans une perspective d'échantillonnage non probabiliste, nous avons utilisé l'échantillonnage par choix raisonné, aussi appelé « *échantillonnage intentionnel* », « *typique* » ou « *au jugé* » pour le recrutement des participants [(55) page 235]. Dans cet échantillonnage, le recrutement des participants est fait sur la base de critères bien précis afin d'obtenir un échantillon représentatif du phénomène étudié [(55) page 235].

Dans notre étude, le recrutement des participants a été fait, avec l'aide de notre directrice de mémoire. Puisqu'elle est directement impliquée dans le projet, elle connaît bien les acteurs qui maîtrisent les différentes composantes du projet et qui sont impliqués activement dans le projet. C'est ainsi qu'elle nous a suggéré des acteurs à qui nous pourrions nous référer. La sélection de ces différents acteurs a été faite sur la base des critères prédéfinis.

Nous avons contacté les participants par courriel pour prendre un rendez-vous. Ce courriel précise aussi le but et les objectifs de notre étude ainsi que les objectifs de l'entrevue. Au total, 12 acteurs ont été contactés par courriel et 7 acteurs ont répondu. Notre échantillonnage est donc constitué de 7 acteurs du projet ACP-PASME 2.

3.2.1.4 Collecte des données

Nous avons utilisé principalement deux méthodes de collecte de données. Il s'agit notamment des entretiens semi-dirigés, menés auprès des acteurs impliqués dans le projet et l'analyse documentaire (documents et archives).

L'entretien est considéré comme un rapport verbal et représente l'une des plus importantes sources d'informations [(54) page 67-68]. Elle permet aux acteurs de présenter leur interprétation des faits et des événements [(54) page 45]. Elle « *est utilisée pour recueillir de l'information sur les perceptions des répondants en vue de comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les participants* » [(55) page 282]. Par ailleurs, l'entretien semi-dirigé est une interaction verbale animée par l'intervieweur à partir d'une liste de sujets qu'il souhaite aborder avec le répondant [(55) page 428]. Elle permet de réduire le degré de liberté des répondants par des questions larges, mais précises [(54) page 68]. Elle permet d'obtenir des données descriptives riches en contenu, mais exige beaucoup de temps pour la réalisation et l'analyse des données [(55) page 445]

Nos entretiens semi-dirigés ont été réalisés à l'aide d'une grille d'entretien (annexe 7) que nous avons élaborée, testée avec les deux premières entretiens et modifiée par la suite. Une même grille d'entretien a été utilisée pour tous les participants. Elle est composée de treize questions ouvertes et nous a permis de documenter sur les concepts suivants :

- La pertinence du projet pour les professionnels de la santé au Burkina Faso ;
- Les différences entre le projet initial et le projet implanté ;
- Les défis et enjeux liés à l'implantation du projet ;
- Les points forts du projet ;
- Les facteurs organisationnels, individuels ou systémiques qui ont favorisé la réussite de l'implantation du projet ;
- Les obstacles liés à l'implantation du projet ;
- Les facteurs organisationnels, individuels ou systémiques qui ont entravé la réussite de l'implantation du projet ;
- Les aspects n'ont pas été pris en compte lors de l'implantation ;

- Des suggestions pour améliorer l'implantation du projet.

La participation était volontaire et seuls les participants qui ont accepté participer ont été interviewés face à face, pour les acteurs qui étaient au Canada ou par Skype, pour les acteurs qui étaient au Burkina Faso. La permission d'enregistrer l'entrevue a été demandée aux participants avant de commencer et les entrevues ont duré en moyenne 45 minutes.

Les documents utilisés pour la collecte de données ont permis de corroborer et de compléter les renseignements provenant des entrevues. Ces documents sont les documents relatifs à l'implantation du projet ACP-PASME 2 et les rapports des réunions. Les documents ont été analysés afin de comprendre le contexte de mise en œuvre du projet ACP-PASME 2.

3.2.1.5 Analyse des données

Dans un premier temps, les transcriptions de tous les enregistrements audios en verbatims ont été effectuées par une compagnie. Ensuite, une analyse de contenu a été faite à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives QDA Miner. L'analyse de contenu est une technique d'étude détaillée de documents qui permet de ressortir les significations, les associations, les intentions qui ne sont peut-être pas perceptibles à la simple lecture d'un document [(54) page 86]. Elle comporte trois phases à savoir : le codage, le triage du contenu des textes et l'analyse [(54) page 86]. Nous avons effectué plusieurs lectures des verbatims afin de nous familiariser avec son contenu, de prendre connaissance de son sens global et de déterminer les unités d'information qui ont été marquées par un code [(54) page 81]. Puis, les unités d'information ont été regroupées en catégories. Et enfin, une analyse des verbatims a été faite selon les catégories préétablies.

3.2.1.6 Critères de qualité de la recherche

Selon certains auteurs, les valeurs des résultats de la recherche qualitative dépendent de quatre critères à savoir la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité [(55) page 283]. Ainsi, certaines mesures ont été prises dans notre étude afin d'assurer la rigueur scientifique.

La crédibilité réfère à la concordance entre la description du phénomène vécu par les participants et la réalité interprétée [(55) page 284]. Elle a été recherchée dans notre étude au travers de la triangulation des données et de la recherche d'explications divergentes. En effet, la triangulation

des données consiste à combiner plusieurs sources de données afin de tirer une conclusion qui reflète la réalité [(55) page 284].

La transférabilité réfère à la possibilité de généraliser les conclusions tirées de l'analyse des données à d'autres contextes similaires [(55) page 285]. Ce critère a été pris en compte dans notre étude par la description détaillée du contexte et de la population à l'étude. De plus, nous avons montré comment le contexte a favorisé l'atteinte de nos objectifs.

La fiabilité réfère à « *la stabilité des données et à la constance des résultats* » [(55) page 285]. Ce critère a été pris en compte dans notre étude par la triangulation et la diversité des participants. La diversité des participants nous a permis d'obtenir des points de vue variés. De plus, une vérification des résultats, de l'interprétation, et des conclusions a été assurée par la chercheuse principale.

La confirmabilité « *réfère à l'objectivité dans les données et leur interprétation* » [(55) page 285]. Ainsi, nous avons fait une rencontre d'équipe pour valider globalement les résultats de l'interprétation de nos données.

3.2.2 Évaluation des effets

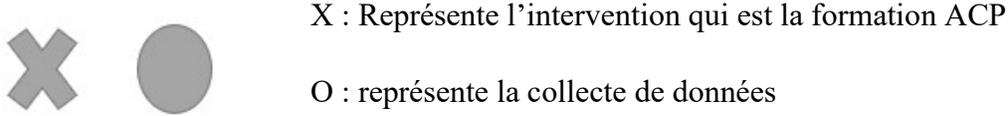
Dans cette partie, nous avons analysé l'effet à court terme de la formation ACP-PASME 2 sur les professionnels de la santé. Cette analyse a été faite en trois parties à savoir : i) l'évaluation de la satisfaction des participants, ii) l'évaluation des apprentissages et iii) l'évaluation de l'intention de changement de comportement.

3.2.2.1 Devis

3.2.2.1.1 Évaluation de la satisfaction et évaluation de l'intention de changement de comportement

Pour réaliser ces deux types d'évaluation, nous avons utilisé une étude descriptive simple [(55) page 294]. L'étude descriptive simple permet de décrire les caractéristiques d'une population ou d'un phénomène particulier sans chercher à en établir la cause [(55) page 294]. Cette étude nous a permis de fournir l'information nécessaire sur la satisfaction des participants et sur leur intention de changement de comportement à la suite de la formation ACP-PASME 2.

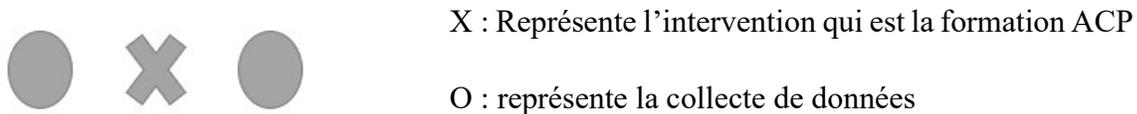
Figure 4 : Schématisation du devis descriptif simple



3.2.2.1.2 Évaluation des apprentissages

Pour cette évaluation, nous avons utilisé un devis de recherche quasi expérimental de type pré et post intervention sans groupe contrôle. Le devis quasi expérimental est souvent utilisé lorsqu'il est impossible pour le chercheur de faire une assignation aléatoire. Ce type de devis qui comporte un seul groupe de sujets est évalué avant et après l'intervention afin de mesurer les changements survenus dans la variable dépendante [(55) page 347]. Ainsi, ce devis nous a permis de comparer les connaissances acquises des participants à leurs connaissances de base et de montrer les changements survenus.

Figure 5 : Schématisation du devis quasi expérimental de type pré et post intervention sans groupe contrôle



3.2.2.2 Population à l'étude

La population à l'étude est constituée de 318 participants aux ateliers de formation. Il s'agit notamment des professionnels de la santé des huit districts sanitaires couverts par le projet PASME 2. Les participants sont subdivisés en deux cohortes dont :

- **Les formateurs** : ils regroupent le personnel de l'Équipe Cadre de District (ECD) et de la Direction Régionale de Santé (DRS). Le ECD est composé des responsables des soins infirmiers et obstétricaux (responsable « santé de la reproduction) et des médecins responsables de la qualité des soins. La DRS est composée de médecins spécialistes en santé publique du service de lutte contre la maladie et la protection du groupe de

spécifique, des responsables en charge des questions de santé maternelle et infantile, des médecins-chefs des huit districts et certains attachés de santé de ces districts.

- **Les professionnels de la santé :** Ils regroupent les différents professionnels de la santé (médecins, sage-femme, infirmier(e)s...) intervenant dans la santé maternelle et infantile des différents districts sanitaires couverts par le projet.

Le recrutement des formateurs a été fait par l'équipe responsable du projet ACP-PASME 2. Les critères d'inclusion utilisés pour le choix des formateurs sont :

- Être un employé de la fonction publique ;
 - Les médecins ;
 - Les cadres infirmiers (Attaché de santé) ou infirmiers d'état ;
 - Les cadres sages-femmes (Attaché de santé) ou sage-femme et maïeuticien d'état ;
 - Les cadres ou personnes-ressources.
- Avoir au moins deux ans d'expérience.

Comme atouts, l'équipe a maximisé son choix sur des personnes :

- Ayant une expérience de formateur ;
- Qui savent parler une autre langue que le français (Mooré, Goulmatchéma, Yadré, Lélé...).

Les critères d'exclusion pour le choix des formations sont :

- Non-employé du système ;
- Moins de deux ans d'expérience ;
- Intégration non optimale dans la structure.

Pour la formation en cascade, le recrutement des professionnels de la santé a été fait par les formateurs. Il s'agit spécifiquement des professionnels de la santé qui travaillent dans les maternités des différentes structures sanitaires couvertes par le projet. Au moins 3 professionnels de la santé ont été recrutés dans chaque structure sanitaire.

Au total, 26 formateurs et 297 professionnels de la santé ont reçu la formation sur l'ACP dont 25 formateurs et 293 professionnels de la santé ont accepté de participer à cette évaluation.

3.2.2.3 Collecte de données

Tous les participants aux différents ateliers de formation qui ont accepté participer à cette évaluation ont signé un formulaire de consentement. Nous avons utilisé quatre différents questionnaires auto-administrés pour la collecte des données. Il s'agit notamment d'un questionnaire sociodémographique, d'un questionnaire de satisfaction, d'un questionnaire d'apprentissage et du questionnaire DPC-Réaction qui permet d'évaluer l'intention de changement de comportement des professionnels de la santé. En effet, le questionnaire est un instrument de collecte des données qui permet au participant de répondre par écrit à un ensemble de questions [(55) page 432].

Le questionnaire sociodémographique (annexe 3) a été administré une seule fois à tous les participants. Il comprend : un numéro de référence, l'âge, le sexe, le niveau d'étude le plus élevé, la profession actuelle, l'année d'expérience dans le système de santé et l'année d'expérience comme enseignant. Ce questionnaire a permis de dresser le portrait sociodémographique des participants. Par ailleurs, le numéro de référence est unique à chaque participant. Il est inscrit sur tous les autres questionnaires afin d'associer les informations sociodémographiques du participant aux autres questionnaires remplis par ce dernier.

3.2.2.3.1 Évaluation de la satisfaction

Le questionnaire de satisfaction (annexe 4) a été élaboré en nous basant sur un questionnaire d'évaluation des réactions lors d'une activité de formation (56). Ce questionnaire nous a permis de mesurer la satisfaction des participants à la suite de la formation ACP-PASME 2. Il est composé de 24 questions fermées et de 4 questions ouvertes. Les réponses aux questions fermées se généraient avec l'échelle de Likert qui est constituée d'une série d'énoncés permettant aux participants d'exprimer leur degré d'accord ou de désaccord en choisissant parmi cinq catégories de réponses (1 = tout à fait en désaccord, 2 = en désaccord, 3 = neutre, 4 = en accord et 5 = tout à fait en accord) [(55) page 438]. Ce questionnaire de satisfaction a permis aux participants

d'exprimer leur degré d'accord ou de désaccord sur la formation ACP en général. Il comporte quatre sections :

- Objectifs, contenu et méthodologie : cette section comporte huit questions. Elle permet de mesurer la satisfaction des participants par rapport aux objectifs, contenu et méthodes de la formation ;
- Personne-ressource (formateur) : cette section comporte cinq questions. Elle permet de mesurer la satisfaction des participants par rapport aux compétences professionnelles des formateurs ;
- Environnement : cette section comporte six questions. Elle permet de mesurer la satisfaction des participants par rapport à l'aménagement des locaux, l'organisation de la formation, la durée de la formation et aux ressources matérielles utilisées lors de la formation ;
- Apprentissage et transfert des apprentissages : cette section comporte cinq questions. Elle permet de mesurer la satisfaction des participants par rapport à l'apprentissage et au transfert de l'apprentissage réalisé par les participants.

Ce questionnaire a été administré à tous les participants à la fin de la formation. Le questionnaire imprimé sur papier a été distribué aux participants pour le compléter. Après cela, les questionnaires remplis ont été ramassés tout en s'assurant que les participants ont rempli le questionnaire. Cette méthode a favorisé un meilleur taux de participation. Chaque participant a pris en moyenne dix minutes pour remplir le questionnaire.

3.2.2.3.2 Évaluation des apprentissages

Le questionnaire d'apprentissage (annexe 5) a été élaboré en se basant sur les objectifs spécifiques de la formation ACP-PASME 2. Il est composé de douze questions fermées (questions à choix multiples et des questions vrai ou faux) et a permis d'évaluer les connaissances des participants par rapport aux cinq modules de la formation à savoir : i) la perspective biopsychosociale, ii) le patient en tant que personne, iii) le partage du pouvoir et de la responsabilité entre le médecin et le patient, iv) l'alliance thérapeutique soignant-soigné et v) le médecin en tant que personne.

Le questionnaire d'apprentissage a été administré à tous les participants avant la formation (T0) et juste après la formation (T1). Une analyse approfondie des différences entre T0 et T1 nous a permis d'évaluer l'apprentissage des participants à la formation. Le questionnaire imprimé sur papier a été distribué à tous les participants pour le compléter. Après cela, les questionnaires remplis ont été ramassés, tout en s'assurant que les participants ont rempli le questionnaire. Cette méthode a favorisé un meilleur taux de participation. Chaque participant a pris en moyenne quinze minutes pour remplir le questionnaire.

3.2.2.3.3 Évaluation de l'intention de changement de comportement

Nous avons utilisé un questionnaire (annexe 8) qui vise à évaluer l'effet de la formation ACP-PASME 2 en évaluant les changements d'intention quant à l'adoption d'un comportement par le professionnel de la santé (46, 47). Ce questionnaire est une adaptation du questionnaire DPC-Réaction. Le questionnaire DPC-Réaction est un outil valide et fiable pour évaluer l'effet des activités de développement professionnel continu sur les changements de comportement des cliniciens tel que prédit par les théories sociocognitives, dans différents domaines cliniques (46, 47). Cet instrument comporte 12 questions fermées et évalue les différents facteurs associés à un changement de comportement clinique (46, 47). Les réponses aux questions se font au moyen d'une échelle de Likert qui est constituée d'une série d'énoncés permettant aux participants d'exprimer leur degré d'accord ou de désaccord en choisissant parmi sept catégories de réponses. Le questionnaire DPC-Réaction a été imprimé sur papier et distribué à tous les participants à la fin de la formation pour le compléter. Après cela, les questionnaires remplis ont été ramassés tout en s'assurant que les participants ont rempli le questionnaire. Cette méthode a favorisé un meilleur taux de participation. Chaque participant a pris en moyenne dix minutes pour remplir le questionnaire.

3.2.2.4 *Définition opérationnelle des variables d'étude*

3.2.2.4.1 Variable indépendante

Dans notre étude, la variable indépendante représente la formation ACP-PASME 2.

Formation ACP-PASME 2 : Il s'agit d'un ensemble d'actions, de ressources, de méthodes et de supports planifiés à l'aide desquels les participants sont incités à améliorer leurs connaissances, leurs comportements et leurs attitudes en matière d'ACP (57).

3.2.2.4.2 Variables dépendantes

Les variables dépendantes de cette étude sont : i) la satisfaction par rapport aux objectifs, contenu et méthodologie de la formation ; ii) la satisfaction des participants vis-à-vis des formateurs ; iii) la satisfaction par rapport à l'encadrement ; iv) la satisfaction par rapport à l'apprentissage et transfert des apprentissages ; v) la satisfaction par rapport à la formation ACP-PASME 2 ; vi) les connaissances acquises et vii) l'intention de changement de comportement.

Satisfaction par rapport aux objectifs, contenu et méthodologie de la formation : Il s'agit de l'appréciation faite par les participants aux ateliers de formation des objectifs, contenu et méthodologie de la formation ACP (57).

Satisfaction des participants vis-à-vis des formateurs : Il s'agit du degré auquel les participants aux ateliers de formation estiment que les formateurs ont pu répondre à leurs besoins (57).

Satisfaction par rapport à l'encadrement : Il s'agit de l'appréciation faite par les participants aux ateliers de formation de l'aménagement des locaux, l'organisation de la formation, la durée de la formation et aux ressources matérielles utilisées lors de la formation (57).

Satisfaction par rapport à l'apprentissage et transfert des apprentissages : Il s'agit de l'appréciation faite par les participants aux ateliers de formation de l'atteinte d'objectifs d'apprentissage (57).

Satisfaction par rapport à la formation ACP-PASME 2 : Il s'agit du degré auquel les participants aux ateliers de formation estiment que la formation ACP répond à leurs besoins et permet la mise en application de ces nouvelles compétences dans leur pratique quotidienne (57).

Connaissances acquises : Il s'agit de l'appréciation des connaissances, des habiletés ou des attitudes des participants aux ateliers de formation afin de déterminer dans quelle mesure les objectifs de la formation ACP ont été atteints (57).

Intention de changement de comportement : Il s’agit de calculer le score moyen des participants aux ateliers de formation qui ont l’intention d’appliquer l’ACP dans leur pratique quotidienne (tableau3).

Tableau 3 : Résumé des scores du questionnaire DPC-Réaction sur les items et les construits (58).

Construct scale	Items ^a	Responses choices	Pre-coded item value ^b	Final item score ^c	Score by construct ^d
Intention	I ₁ I intend to [<i>behavior</i>]	Strongly disagree/agree	1 to 7	1 to 7	(I ₁ +I ₇)/2
	I ₇ I plan to [<i>behavior</i>]	Strongly disagree/agree	1 to 7	1 to 7	
Social influence	I ₂ To the best of my knowledge, the percentage of my colleagues who [<i>behavior</i>] is. . .	0–20%	1	1.4	(I ₂ +I ₆ +I ₉)/3
		21–40%	2	2.8	
		41–60%	3	4.2	
		61–80%	4	5.6	
	81–100%	5	7		
I ₆ Now think about a co-worker whom you respect as a professional. In your opinion, does he/she [<i>behavior</i>]?	Never/Always	1 to 7	1 to 7		
I ₉ Most people who are important to me in my profession [<i>behavior</i>]	Strongly disagree/agree	1 to 7	1 to 7		
Beliefs about capabilities	I ₃ I am confident that I could [<i>behavior</i>] if I wanted to.	Strongly disagree/agree	1 to 7	1 to 7	(I ₃ +I ₅ +I ₁₁)/3
	I ₅ For me, [<i>behavior</i>] would be. . .	Extremely difficult/easy	1 to 7	1 to 7	
	I ₁₁ I have the ability to [<i>behavior</i>]	Strongly disagree/agree	1 to 7	1 to 7	
Moral norm	I ₄ [<i>Behavior</i>] is the ethical thing to do.	Strongly disagree/agree	1 to 7	1 to 7	(I ₄ +I ₁₀)/2
	I ₁₀ It is acceptable to [<i>behavior</i>]	Strongly disagree/agree	1 to 7	1 to 7	
Beliefs about consequences	I ₈ Overall, I think that for me [<i>behavior</i>] would be. . .	Useless/Useful	1 to 7	1 to 7	(I ₈ +I ₁₂)/2
	I ₁₂ Overall, I think that for me [<i>behavior</i>] would be. . .	Harmful/Beneficial	1 to 7	1 to 7	

^a Item number (e.g., I₁ = Item 1)

^b Pre-coded item value is a Likert scale assigned value (i.e., Strongly disagree = 1, Strongly agree = 7; Never = 1, Always = 7, etc.)

^c Final item score is the score by item for each participant (possible range scale = 1 to 7)

^d Score by construct = mean score by construct (possible range scale = 1 to 7).

Note: for constructs with two items, no imputed values are possible. For constructs with three items, the raw score of the scale is missing if two or more items are missing. In the case of one missing item, the missing item is imputed from the mean of the two other item.

3.2.2.4.3 Autres variables

Il s’agit principalement de variables qui interviennent dans la relation entre la variable dépendante et la variable indépendante. Dans cette étude, un questionnaire portant sur les informations sociodémographiques (annexe 3) a été administré lors de la formation à tous les participants afin de dresser le portrait sociodémographique des participants aux ateliers de formation. Les données recueillies à ce niveau sont : sur l’âge (variable par intervalle : 18 - 24 ans ; 25 — 29 ans ; 30 —

34 ans ; 35 — 39 ans ; 40 — 45 ans ; 46 ans et plus), le sexe (variable dichotomique : masculin ou féminin), le niveau d'étude le plus élevé (variable catégorielle : baccalauréat, licence, maîtrise, doctorat, autre à préciser), la profession actuelle (variable catégorielle : gynécologue, sage-femme, infirmier(e), autre à préciser), l'année d'expérience dans le système de santé (variable par intervalle : aucune, 0 à 5 ans, 6 à 10 ans, 11 à 15 ans, 16 à 20 ans, 21 et plus, ne s'applique pas), l'année d'expérience comme enseignant (variable par intervalle : aucune, 0 à 5 ans, 6 à 10 ans, 11 à 15 ans, 16 à 20 ans, 21 et plus, ne s'applique pas).

3.2.2.5 Analyse des données

Les données quantitatives provenant du questionnaire ont été analysées à partir du logiciel statistique SAS version 9.4. Premièrement, une analyse descriptive de notre échantillon et des distributions mesurées a été faite afin de décrire les caractéristiques de notre échantillon. Ensuite, pour chaque composante relative à la satisfaction, le score de satisfaction a été estimé en divisant le nombre d'items pour lesquels le sujet a auto-rapporté qu'il était satisfait (en répondant par « En accord » ou « Totalelement en accord ») par le nombre total d'items en lien avec la composante en question. La distribution du score de satisfaction a ensuite été décrite en utilisant la procédure UNIVARIATE. Pour chaque composante relative à la connaissance, le niveau moyen de connaissance a été estimé en divisant le nombre d'items pour lesquels le sujet a apporté une réponse correcte par le nombre total d'items en lien avec la composante en question. Ainsi, chaque sujet avait un score avant la formation et un score après la formation, qui a été décrit à l'aide de la procédure MEANS. Les modèles linéaires généraux mixtes ont été utilisés pour estimer le changement pré et post formation dans le niveau de connaissances. La méthode du maximum de vraisemblance restreint a été utilisée pour le choix de la matrice de corrélation adéquate, et la méthode du maximum de vraisemblance nous a servi pour estimer les coefficients de régression. Enfin, la procédure FREQ a permis d'évaluer la proportion de personnes ayant l'intention de changer de comportement, ainsi que la proportion de personnes satisfaites pour chaque item en lien avec la formation. Les intervalles de confiance de ces proportions ont été estimés par la méthode de Wilson.

3.2.2.6 Les biais potentiels

Nous avons pris certaines mesures afin d'assurer la rigueur scientifique de notre étude. Avant la collecte des données, un prétest a été réalisé pour tous nos questionnaires non valides afin de les valider. Cette technique nous a permis de contourner certains biais d'instrumentations. Les biais de non-réponses ont été limités en assurant que tous les participants à l'évaluation ont répondu aux différents questionnaires. Le biais de désirabilité sociale a été minimisé par le mode d'administration utilisé pour la collecte de données. En effet, les questionnaires ont été remplis individuellement par chaque participant et de façon anonyme. Cela permet d'éviter une déformation de la vérité par les participants au niveau de la question de satisfaction, juste pour faire bonne impression. Toutes ces mesures nous ont permis de renforcer la validité interne de notre recherche.

Par ailleurs, le biais de sélection des participants n'a pas pu être contrôlé parce que la sélection des participants aux ateliers de formation ne dépendait pas nous. De plus, il pourrait aussi y avoir les effets d'interaction avec la sélection des participants à la formation. Néanmoins, nous avons pris soin de décrire comment la sélection des participants a été faite et d'inclure dans cette évaluation les participants qui ont accepté d'y participer. Les effets d'histoire, de maturation et de test pourraient influencer notre étude compte tenu du devis quasi expérimental à groupe unique utilisé. Cependant, tous les participants aux ateliers de formation ont suivi les trois jours de formation. Donc, il n'y a pas eu d'entrée ni de sortie entre les trois jours de formation. La période de formation étant limitée à trois jours, nous ne pensons pas que les participants ont pu participer à d'autres formations dans la même période qui pourraient influencer les résultats des connaissances acquises par les participants après la formation.

3.2.3 Conformité éthique

Le projet a été exempté d'une approbation éthique par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (CERUL) puisqu'il constitue un des volets d'un plus large déjà approuvé par le CERUL (numéro d'approbation : 2017-302) et le comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (numéro d'approbation : 2018-02-020). Néanmoins, le projet a été soumis à la direction du programme de maîtrise en santé publique qui a approuvé son exécution.

Par ailleurs, des mesures ont été prises afin de respecter les règles d'éthique dont les deux premières sont le respect de la dignité humaine et le respect du consentement libre et éclairé [(55) page 101]. La participation à l'étude était volontaire. Un formulaire de consentement (Annexe 8) incluant le résumé du projet et les objectifs de l'évaluation a été soumis à tous les participants à l'étude. Les informations recueillies ont été traitées confidentiellement et l'anonymat des participants a été respecté. Les données statistiques et les transcriptions des entrevues ont été stockées sur un serveur sécurisé.

4 CHAPITRE 4 : ARTICLE QUANTITATIF

Le présent chapitre présente les résultats des objectifs 3, 4 et 5 (page 30 et 31) faisant l'objet de la rédaction d'un article. L'article est intitulé « Évaluation des effets de la formation portant sur l'approche centrée sur la personne dans le cadre du programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants au Burkina Faso ». Cet article sera soumis au journal Academic medicine avant la fin de l'année 2019. Ce journal est une revue officielle qui sert de forum international pour des échanges d'idées, d'informations et de stratégies afin de relever les principaux défis auxquels est confrontée la communauté de la médecine universitaire dans l'accomplissement de sa mission dans l'intérêt général.

Evaluation of the effects of training in the person-centred approach as part of the maternal and child health improvement program in Burkina Faso

Authors: Inheldia Cossou-Gbeto, MSc (c)¹, Gérard Ngueta, Johanne Ouedraogo, MSc (c)¹, Landry Traoré, MSc (c)¹, Seydou Barro, M.D, MSc³, Thècle Twungubumwe, MSc (c)¹, Josette Castel, ^{1,4}MD, MSc, Isabelle Savard, PhD ⁵, Jean Ramdé, PhD ⁶, André Côté, PhD ⁷, Ruth Ndjaboue, PhD ¹, Maman Joyce Dogba, M.D, PhD^{1,2*}

¹ Department of Family and Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Université Laval, Quebec City, Canada

² Centre for Research on Primary Care and Services, Université Laval

³ Regional Health Department / Ministry of Health, Burkina Faso

⁴ Vice Dean for Social Responsibility, Faculty of Medicine, Université Laval

⁵ Université TÉLUQ

⁶ Faculty of Education, Université Laval

⁷ Faculty of Administration, Université Laval

Correspondence should be addressed to Maman Joyce Dogba, 1050 Avenue de la Médecine, Quebec City, Canada G1V 0A6; email: Joyce-maman.dogba@fmed.ulaval.ca ; telephone: (001) 418-656-2131, Ext. 402235; Fax: 418-656-2465

Acknowledgements: The authors wish to thank all participants in this study as well as the entire research team.

Funding/Support: This program is made possible with financial support from the Government of Canada through Global Affairs Canada and implemented by World University Service Canada (WUSC) in collaboration with the Canadian partners of Université Laval (ULaval) and Farm Radio International (FRI).

Other disclosures: None reported.

Ethical approval: The project was exempted from ethical approval by the Université Laval research ethics committee (CERUL) since it is one of the components of a larger project already

approved by CERUL (approval number: 2017-302) and the health research ethics committee of Burkina Faso (approval number: 2018-02-020).

Disclaimer: None reported.

Résumé

Contexte : Dans le cadre du programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants au Burkina Faso, nous avons développé une formation destinée aux professionnels de la santé et portant sur l'approche centrée sur la personne dans les soins maternels et infantiles.

Objectifs : L'objet de cette évaluation est d'apprécier les effets immédiats de la formation à l'aide d'un modèle conceptuel intégré dérivé de deux théories sociocognitives (la théorie du comportement planifié (TPB) et la théorie de Triandis).

Méthodes : Nous avons opté pour une évaluation de type participatif, l'objectif visé étant de renforcer l'utilisation des résultats et de permettre le renforcement des capacités des acteurs. La collecte des données a été faite à l'aide de trois questionnaires : i) de satisfaction, ii) d'apprentissage et iii) le développement professionnel continu (DPC)-Réaction qui permet d'évaluer l'intention de changement de comportement.

Résultats : Les participants étaient en grande partie satisfaits de la formation et ont l'intention d'appliquer l'ACP dans leur pratique quotidienne. De plus, cette formation a amélioré la connaissance des participants sur l'ACP. Néanmoins, certains concepts sont moins maîtrisés par rapport à d'autres. Il s'agit notamment du partage du pouvoir et des responsabilités et de l'alliance thérapeutique.

Conclusion : Cette évaluation permettra d'améliorer la formation ACP-PASME 2 afin de l'étendre à grande échelle au Burkina Faso.

Mots-clés : formation, approche centrée sur la personne, ACP, programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants, PASME 2, évaluation, évaluation des apprentissages, DPC-Réaction, Burkina Faso.

Abstract

Purpose: The second phase of the Maternal and Child Health Improvement Program in Burkina Faso has developed and implemented a training program on the person-centered approach (PCA) in maternal care. This training developed for health professionals aims to improve quality of care, attendance at health facilities, and ultimately the health of mothers and children. An evaluation of the training program was planned as well. This evaluation aims to evaluate the immediate effects of the training using an integrated conceptual model derived from two socio-cognitive theories (the theory of planned behavior (TPB) and the Triandis theory).

Method: The data collection realized from October 2018 to January 2019. With a participatory approach designed to strengthen result use and to enable actor capacity building, data collection was done using three questionnaires: i) satisfaction; ii) learning; and iii) the CPD-Reaction questionnaire that assesses behavior change intention.

Results: Most participants were satisfied with the training and intended to apply the PCA in their daily practice. In addition, this training improved participants' knowledge of the PCA. Nevertheless, some concepts were less mastered compared to others. These include the sharing of power and responsibility and the therapeutic alliance.

Conclusions: The data collected as part of this evaluation will improve PCA training in order to scale it up in Burkina Faso.

Keywords: training, person-centred approach, PCA, maternal and child health improvement program, PASME 2, evaluation, evaluation of learning, CPD-Reaction, Burkina Faso.

INTRODUCTION

Most healthcare professionals, particularly in Burkina Faso, are not equipped to take into consideration the specificities, values, and life experience of patients when it comes to healthcare delivery. In order to help strengthen the capacities of healthcare professionals, the coordinators of phase 2 of the *Maternal and Child Health Improvement Program (MACHIP 2)* designed a training program in the person-centered approach (PCA – MACHIP 2) so as to improve the knowledge of healthcare professionals and to support behavioural changes in their clinical practices (1).

PCA-MACHIP 2 training is a form of cascade training for individuals who, in turn, have trained other healthcare professionals in Burkina Faso. For this purpose, a total of 13 training workshops lasting 3 days each were organized from October 2018 to January 2019. They included an initial training workshop with 26 trainers followed by 12 cascade training workshops. Subsequently, trios of trainers in turn trained 297 healthcare professionals in the 8 districts covered by the project. Each training session took the form of in-person interactive workshops. The training program brought together different categories of healthcare professionals, including nurses, physicians, midwives, and birth attendants. In total, 323 healthcare professionals had been trained by the end of the project.

Furthermore, the training program is made up of five themes (the biopsychosocial dimension, patients as people, sharing of power and responsibilities, the therapeutic alliance, and healthcare professionals as people) developed after an anthropological study (2) and a literature review. The objective of this training is to equip participants so that, on the one hand, they are able to provide high-quality maternal and child healthcare and, on the other, they commit to including the PCA in their daily practice. In total, 323 healthcare professionals received training by the end of the project.

Evaluation is an important step in any quality of training improvement process. Unfortunately, very few training programs are rigorously evaluated. According to Kumar *et al.* (2012), the reasons given include methodological difficulties in evaluating the training program, lack of funding, absence of standardized evaluation data to properly compare programs, and absence of valid instruments and viable models (3). Mann (1996) reports a lack of knowledge and skills required

to conduct evaluations (4). Nevertheless, all training programs require an evaluation in order, among other things, to justify their effectiveness (5).

In our case, four main questions guided this evaluation: i) What is the level of satisfaction among training workshop participants? ii) To what extent did PCA training improve knowledge concerning the PCA of training workshop participants? iii) What is the impact of PCA-MACHIP 2 training on the behavioural change intention of healthcare professionals? and iv) What are the factors on which trainers must focus to change the clinical behaviour of training workshop participants?

METHOD

Theoretical approach

To conduct this evaluation, we used an integrated conceptual model derived from two socio-cognitive theories (the theory of planned behaviour [TPB] and Triandis' theory) (6) which enabled us to evaluate the immediate effects of the training, i.e. i) participant satisfaction; ii) training-related learning; and iii) the behavioural change intentions of participants.

Study protocol

We designed a simple protocol to evaluate the satisfaction and behavioural change intention of participants having completed the training, as well as a quasi-experimental protocol without a control group to evaluate the knowledge acquired by participants.

Participants

A total of 318 participants among the 323 in the various training workshops agreed to take part in our study by signing the consent form. Participants are subdivided into two groups: i) initial trainers who are public service employees with at least two years of professional experience, including the staff of the District Management Team (DMT), and of the Regional Health Department (RHD) and ii) trained healthcare professionals on the ground working in the field of maternal and child health.

Data collection

The data collection took place from October 2018 to January 2019. We used four self-administered questionnaires for data collection: i) a socio-demographic questionnaire administered to participants before the beginning of training; ii) a satisfaction questionnaire administered to participants after the training; iii) a learning questionnaire administered to participants before and after the training; and iv) a CPD-Reaction questionnaire administered to participants after the training.

In addition to the socio-demographic questionnaire, a satisfaction questionnaire was developed based on a questionnaire evaluating reactions during the training activities (7). This questionnaire measured participant satisfaction based on a five-point Likert scale. The satisfaction questionnaire consisted of a series of statements enabling participants to express their degree of agreement or disagreement by checking an answer among the following five responses: 1) completely disagree; 2) disagree; 3) neutral; 4) in agreement; and 5) fully in agreement [(8) page 438]. The learning questionnaire was developed based on the acquisition of specific knowledge objectives of the training program and established during the development of the program. It is composed of 12 closed questions (multiple choice and true or false questions) and has made it possible to evaluate the knowledge of participants with regard to the 5 training modules. The CPD-Reaction questionnaire is a valid and reliable tool to evaluate the effect of continuing professional development activities on behavioural changes among clinicians in different clinical areas, as predicted by social cognitive theories (6, 9). Composed of 12 closed questions, this instrument has enabled the evaluation of various factors associated with a change in clinical behaviour, i.e. intention, social influence, beliefs about capabilities, moral norm, and beliefs about consequences. The Cronbach alpha coefficients are 0.77 to 0.85 (9).

Data analysis

We analysed quantitative data from the questionnaire using SAS version 9.4 statistical software. Firstly, a descriptive analysis of our sample and of measured distributions was carried out to describe the characteristics of our sample. Then the satisfaction score was estimated for each satisfaction-related component by dividing the number of items for which the subject self-reported that he or she was satisfied (by answering “in agreement” or “fully in agreement”) by the total number of items in connection with the component in question. The distribution of the satisfaction score was then described using the UNIVARIATE procedure. For each knowledge-related

component, the average level of knowledge was estimated by dividing the number of items for which the subject gave a correct answer by the total number of items in connection with the component in question. As a result, each subject had a score before the training and a score after the training, with all scores described using the MEANS procedure. Mixed general linear models were used to estimate pre-post training changes with regard to level of knowledge. The restricted maximum likelihood method was chosen as the proper correlation matrix, with this method proving useful in estimating regression coefficients. Finally, the FREQ procedure made it possible to evaluate the proportion of people who intend to change their behaviour, as well as the proportion satisfied by each training-related item. The confidence intervals of these proportions were estimated using the Wilson method.

RESULTS

A total of 323 participants attended PCA-MACHIP 2 training; among them, 318 participated in this evaluation, of whom 167 (52.52%) were women and 125 (39.31%) were men. Regarding their professions, 12 (4.2%) of participants were physicians, 79 (27.8%) were midwives/ birth attendants, 121 (42.6%) were nurses, and 72 (25.3%) were patented or auxiliary birth attendants, itinerant health workers, medical technologists, and sociologists. Furthermore, 159 (57.4%) of participants had held this position for under 5 years. Table 1 summarizes the sociodemographic characteristics of participants in the training program.

Overall, 89.4 (3.4) of participants were satisfied with the training program (Table 2). More specifically, 89.4 (3.4) expressed satisfaction with its objectives, content, and teaching method; 86.6 (3.9) with the trainers; 84 (4.1) with the physical set-up, the length of the training, and the material resources used; and 97.6 (1.7) with the new knowledge acquired and the possibilities of using it in their practice. Furthermore, participants appreciated the techniques and learning methods used during the different training workshops, in particular animated films, videos, and small group work. However, certain participants suggested to the project team that the training period be lengthened (four days instead of three), that the size of the font used for documentation provided be increased, and that the modules on patients as people and on the sharing of power and responsibility be upgraded.

The pre-training evaluation of learning revealed a level of knowledge of 39.6 (5.4) (Table 3) on average among participants. After the training, there was a significant increase of 14.1 (0.1) after

adjustment for age, gender, level of education, profession, district, and type of training. Specifically, the average level of knowledge among participants before the training was 46.1 (5.7) for the biopsychosocial dimension; 29.7 (5.2) for patients as people; 26.0 (5.0) for the sharing of power and responsibilities; 31.3 (5.3) for the therapeutic alliance; and 50.2 (5.7) for professionals as people. After the training, there was a significant increase respectively of 23.3 (0.1); 34.2 (0.1); 25.0 (0.1); 22.8 (0.1); and 34.6 (0.1) after adjustment for age, gender, education level, profession, district, and type of training.

Furthermore, a comparative analysis of trainer training and cascade training reveals a significant difference ($p < .0001$) between the average level of knowledge of participants in trainer workshops and the average level of knowledge of participants in cascade workshops (Table 3). Indeed, the average level of knowledge before training was 47.4 (19.6) among participants in trainer workshops and 40.5 (5.6) among participants in cascade workshops. After the training, we can see in the five modules developed as part of the training that the average level of knowledge of participants in trainer workshops exceeds that of participants in cascade workshops.

The results of the CPD-Reaction questionnaire show high scores related to intention for all constructs, with the highest score for the construct related to beliefs regarding consequences (Table 4) featuring a score of 6.73 (0.73) on a scale of 7. The construct with the lowest score is social influence at 5.05 (0.93) on a scale of 7.

DISCUSSION

This study made it possible to evaluate participants' level of satisfaction, their knowledge acquisition, and their behavioural change intention following PCA-MACHIP 2 training.

The results of the study showed that 89.4 (3.4) of participants were satisfied with their PCA-MACHIP 2 training. When we look at specific sections, satisfaction varies between 86.6 (3.9) and 97.6 (1.7). This level of satisfaction is very high, corroborating the results reported in the literature. Training evaluation studies have demonstrated that most participants were very satisfied with the training received (10, 11). For example, certain authors showed that among the 34,336 evaluations completed, the average level of satisfaction was about 82% (12). Furthermore, Mullan and Kothe (2010) showed that participants who expected to be satisfied with the training expressed a higher level of satisfaction than those who did not (10). When all is said and done, this result is particularly

encouraging to the extent that it could confirm that PCA-MACHIP 2 training met participants' needs and expectations and could motivate them to put it into practice the knowledge acquired in their daily practice. This corroborates the results of many studies which have shown that a high level of participant satisfaction at the end of a training program conditions the motivation of participants to transfer the knowledge acquired during the program and put it into practice in a real-life context (13, 14). According to Le Louarn and Pottiez (2010), "what we think we have learned depends on our level of satisfaction with the training, more specifically the impression that it was useful and relevant" (our translation) (12). Effective training has to generate positive participant feedback (15). Otherwise, participants may not be motivated and, by extension, may undermine the training through negative comments (15). PCA training is therefore effective given that it elicited positive comments from participants, who described the program as innovative, revolutionary, and complete.

The results of this study also demonstrated that the training program improved participant knowledge with regard to the PCA. According to Férec et al. (2011), good knowledge acquisition is indispensable to enable behavioural change in daily practice (13). In fact, our results demonstrated a significant increase ($p < 0,000 1$) in knowledge acquired with regard to the five PCA dimensions developed by the PCA-MACHIP 2 training program. However, certain concepts were less well mastered compared to others. These include sharing of power and responsibilities and the therapeutic alliance. It must be said that the paternalistic care model used in Burkina Faso does not foster an egalitarian relationship, mutual collaboration, or a partnership between healthcare professionals and patients.

Our results once again spark reflections about the effectiveness of cascade-type training. There is indeed a difference in terms of knowledge acquisition between the two training groups, i.e. the initial trainers and trained healthcare professionals on the ground. However, the data we have do not explain this difference between the two groups. Research results remain contradictory. Some authors consider cascade training as a useful tool enabling wide information dissemination in most continuing training programs (16, 17). Despite these advantages, its effectiveness is often criticized. Dichaba and Mokhele (2012) have demonstrated that cascade training does not significantly improve participant performance (16). Suzuki's results (2008) have shown that the intended messages are often distorted, but that some of the key concepts are effectively transferred

to participants (17). However, the choice of this training method remains a national prerogative, and much more scientific work is required to inform these decisions.

Finally, most participants having undergone this training intend to apply the PCA in their daily practice. The results of our study have shown that moral norm and beliefs about consequences are the most influential factors with regard to PCA adoption, as reflected in impact evaluation studies of a professional development program by Luconi et al. (2019) (18). This means that the moral imperative to adopt the PCA in daily practice was translated into the motivation to do so (19). Indeed, moral norm is closely linked to attitudes and is a prerequisite for PCA adoption in daily professional practice (19). In other words, encouraging PCA adoption goes beyond individual behaviours and should include interventions at the group level. Our results have also shown social influence to be the least influential factor, suggesting that after the training, participants noted that they were less likely to influence PCA adoption in their practice setting. In a recent Canada-based study on continuing professional development, Luconi et al. (2019) also showed that social influence is less important with regard to behavioural change intention (18). Conversely, a number of studies have demonstrated that social influence is a behavioural change predictive factor (9, 20). For example, a Canadian study by Boland et al. (2019) on the evaluation of the use of shared decision making by pediatric healthcare professionals showed that social influence and beliefs about abilities were significant predictors of behavioural change intention (20). Rigorous and systematic knowledge syntheses, probably using realistic approaches, would probably be necessary to identify the conditions under which social influence is important.

In short, PCA-MACHIP 2 training would seem to be appropriate for a change of clinical behaviour linked to the person-centered approach with a strong potential to trigger behaviour change and to influence the practice of healthcare professionals in Burkina Faso. This training is relevant in light of the results obtained. But it must be recalled that behavioural intention is not a measure of behaviour per se but rather a reasonable predictor of actual behaviour (9). Further measures should be undertaken to see if trained healthcare professionals apply the PCA in their daily practice.

The results of the evaluation of PCA-MACHIP 2 training have revealed i) a high level of participant satisfaction; ii) an increase in PCA-related knowledge acquisition; and iii) a high score with regard to behavioural change intention among participants in their daily practices. However, the PCA-MACHIP 2 project team must enrich the themes concerning patients as people and

sharing of power and responsibility. In addition, the team must focus much more on social influence in order to change participants' clinical behaviours. Given the effectiveness of the PCA-MACHIP 2 project, it can therefore be extended to other regions of Burkina Faso.

Limits: Some limits must be mentioned in this evaluation. In fact, the absence of a control group to evaluate learning makes it impossible to state that the increase in knowledge acquired was exclusively linked to PCA-MACHIP 2 training. The impact of the training on knowledge acquired may have been influenced by other contextual variables. In addition, the lack of a pretest for evaluating behavioural change intention makes it impossible to measure the impact of the training on participants' intentions in this regard. Furthermore, the self-reported nature of the questionnaires used is susceptible to social desirability biases. Participant selection bias could not be controlled given that training workshop participants were selected by the project team. Participant selection could also have been impacted by interaction effects with workshop participants. Nevertheless, we have been careful to describe how participants were selected and to include in this evaluation participants who agreed to take part in the process. The evaluation of the immediate effects enables us solely to evaluate knowledge acquisition while the training also targets skill development, which can only be assessed on a longer-term basis.

REFERENCES

1. Filipe HP, Silva ED, Stulting AA, Golnik KC. Continuing professional development: best practices. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2014;21(2):134-41.
2. Twungubumwe T. Les perspectives des professionnels de la santé et des patientes sur les soins maternels et infantiles centrés sur la personne au Burkina Faso. 2019.
3. Kumar V, Narayana M, Vidya Sagar M. Evaluation of training in organizations: A proposal for an integrated model. *International Journal of Engineering and Management Sciences*. 2012;3(1):77-84.
4. Mann S. What should training evaluations evaluate? *Journal of European Industrial Training*. 1996;20(9):14-20.
5. Rafiq M. Training evaluation in an organization using Kirkpatrick model: a case study of PIA. *Journal of Entrepreneurship & Organization Management*. 2015.
6. Légaré F, Borduas F, Jacques A, Laprise R, Voyer G, Boucher A, et al. Developing a theory-based instrument to assess the impact of continuing professional development activities on clinical practice: a study protocol. *Implementation Science*. 2011;6(1):17.
7. électronique Csdm-dodliée. Questionnaire d'évaluation des réactions lors d'une activité de formation, répertorié à : <http://www.elexpertise.qc.ca/sites/default/files/upload/Questionnaire%20d'%C3%A9valuation%20des%20r%C3%A9actions.pdf> le 19/08/2018.
8. Fortin F, Côté J, Filion F. *Fondements et étapes du processus de recherche*: Chenelière éducation Montréal; 2006.
9. Légaré F, Borduas F, Freitas A, Jacques A, Godin G, Luconi F, et al. Development of a simple 12-item theory-based instrument to assess the impact of continuing professional development on clinical behavioral intentions. *PLoS One*. 2014;9(3):e91013.
10. Mullan BA, Kothe EJ. Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. *Nurse education in practice*. 2010;10(6):374-8.
11. Pelayo M, Cebrián D, Areosa A, Agra Y, Izquierdo JV, Buendía F. Effects of online palliative care training on knowledge, attitude and satisfaction of primary care physicians. *BMC family practice*. 2011;12(1):37.
12. Le Louarn J-Y, Pottiez J. Validation partielle du modèle d'évaluation des formations de Kirkpatrick. Communication au 21 e congrès de l'AGRH. 2010.
13. Férec N, Pansu P, Py J, Somat A. Évaluation d'un programme de formation à la clairvoyance normative pour demandeurs d'emploi. *L'orientation scolaire et professionnelle*. 2011;40(3):287-311.
14. Gegenfurtner A, Veermans K, Festner D, Gruber H. Integrative literature review: Motivation to transfer training: An integrative literature review. *Human resource development review*. 2009;8(3):403-23.

15. Dunberry A, P  chard C. L'  valuation de la formation dans l'entreprise:   tat de la question et perspectives. UQAM/CIRDEP. 2007.
16. Dichaba MM, Mokhele ML. Does the cascade model work for teacher training? Analysis of teachers' experiences. *International Journal of Educational Sciences*. 2012;4(3):249-54.
17. Suzuki T, editor The effectiveness of the cascade model for in-service teacher training in Nepal. The 6th International Conference on Education and Information Systems, Technologies and Applications; 2008.
18. Luconi F, Boillat M, Mak S, Chartrand D, Korah N, Daly M, et al. Patient Safety and Quality of Care are Everybody's Business: Evaluating the Impact of a Continuing Professional Development Program beyond Satisfaction. *MedEdPublish*. 2019;8.
19. Conner M, Armitage CJ. Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of applied social psychology*. 1998;28(15):1429-64.
20. Boland L, Lawson ML, Graham ID, Légaré F, Dorrance K, Shephard A, et al. Post-training shared decision making barriers and facilitators for pediatric healthcare providers: a mixed-methods study. *Academic pediatrics*. 2019;19(1):118-29.

Table 1: Sociodemographic characteristics of the 318 participants

	Overall	Women [‡]	Men [‡]
No. of participants	318	167	125
Categories of age, n (%)			
25 – 29 years	45 (15.4)	34 (20.4)	11 (8.8)
30 – 34 years	117 (40.1)	63 (37.7)	54 (43.2)
35 – 39 years	65 (22.3)	41 (24.5)	24 (19.2)
40 – 45 years	51 (17.5)	22 (13.2)	29 (23.2)
≥ 46 years	14 (4.8)	7 (4.2)	7 (5.6)
Missing values	26		
Highest education, n (%)			
Less than secondary level	22 (8.4)	6 (4.0)	16 (14.2)
Secondary or college level	152 (58.2)	80 (54.0)	72 (63.7)
University level	87 (33.3)	62 (41.9)	25 (22.1)
Missing values	57		
Current position, n (%)			
Medical doctor	12 (4.2)	2 (1.2)	10 (8.3)
Nurses	121 (42.6)	40 (24.4)	81 (67.5)
Auxiliary	79 (27.8)	63 (38.4)	16 (13.3)
Other	72 (25.3)	59 (36.0)	13 (10.8)
Missing values	34		
Experience in health systems, n (%)			
Less than 5 years	159 (57.4)	111 (68.9)	48 (41.4)
6 – 10 years	62 (22.4)	27 (16.8)	35 (30.2)
11 – 15 years	31 (11.2)	16 (9.9)	15 (12.9)
≥ 16 years	25 (9.0)	7 (4.3)	18 (15.5)
Missing values	41		

[‡] There is a total of 26 missing values; †expressed in % (95% CI).

Table 2: Distribution of the satisfaction rate of the 318 participants

	No.	Mean (SD)
Overall satisfaction	310	89.4 (3.4)
Satisfaction with its objectives, content, and teaching method	310	89.4 (3.4)
Satisfaction with the trainer	294	86.6 (3.9)
satisfaction with the frame	304	84.0 (4.1)
Satisfaction with the learning	302	97.6 (1.7)

Table 3: Average level of knowledge of 318 participants before and after the training

Dimensions	No.	Before training Mean (SD)	After training Mean (SD)	Adjusted ^a overall change
Biopsychosocial perspective				
Overall participants	318	46.7 (5.4)	66.9 (5.2)	+23.3 (0.1) (p<.0001)
Health professionals	292	46.1 (5.7)	68.4 (5.3)	
Trainers	26	46.1 (17.5)	80.7 (15.5)	
Patient-as-person				
Overall participants	318	28.7 (5.0)	61.5 (5.4)	+34.2 (0.1) (p<.0001)
Health professionals	292	29.7 (5.2)	63.3 (5.5)	
Trainers	26	28.8 (17.8)	67.3 (18.4)	
Sharing power and responsibility				
Overall participants	318	25.2 (4.8)	49.2 (5.5)	+25.0 (0.1) (p<.0001)
Health professionals	292	26.0 (5.0)	50.9 (5.7)	
Trainers	26	26.9 (17.4)	48.1 (19.6)	
Therapeutic alliance				

Overall participants	318	30.9 (5.1)	52.2 (5.5)	+22.8 (0.1) (p<.0001)
Health professionals	292	31.3 (5.3)	53.5 (5.7)	
Trainers	26	42.8 (19.4)	60.4 (19.2)	
Doctor-as-person				
Overall participants	318	48.9 (5.5)	81.9 (4.2)	+34.6 (0.1) (p<.0001)
Health professionals	292	50.2 (5.7)	84.0 (4.2)	
Trainers	26	55.8 (19.5)	94.2 (4.2)	
Overall dimensions				
Overall Participants	318	39.6 (5.4)	52.5 (5.5)	+14.1 (0.1) (p<.0001)
Health professionals	292	40.5 (5.6)	53.9 (5.7)	
Trainers	26	47.4 (19.6)	59.6 (19.2)	

^a Adjusted for age, gender, education levels, profession, district, and type of training

Table 4: Construct scores for training program of 318 participants

Construct	N	Mean (SD)	Range	Percentiles	
				p25	p75
Intention	307	6.52 (0.84)	0.50 – 7.00	6.50	7.00
Social influence	306	5.05 (0.93)	0.67 – 6.33	4.67	5.67
Beliefs about capacities	306	6.15 (0.84)	2.33 – 7.00	5.67	6.67
Moral norm	306	6.53 (0.84)	2.00 – 7.00	6.50	7.00
Beliefs about consequences	306	6.73 (0.73)	1.00 – 7.00	7.00	7.00

5 CHAPITRE 5 : RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES SUR L'ANALYSE DE LA FIDÉLITÉ D'IMPLANTATION ET DES DÉTERMINANTS CONTEXTUELS

Les résultats de cette étude seront regroupés en catégories (thèmes) émergeant de l'analyse de contenu.

1^{re} catégorie : Formation innovante et révolutionnaire

De façon générale, les participants exprimaient des commentaires positifs par rapport à la formation. En effet, l'équipe de projet a su susciter l'intérêt des participants et favoriser leur apprentissage à travers des méthodes adéquates et nouvelles. De ce fait, les participants ont qualifié la formation d'innovante, révolutionnaire, c'est-à-dire capable de changer les façons de faire. Ils ont également trouvé que la formation a été une réussite.

« Je dirais même que la formation ACP a été une innovation un peu différente des formules classiques de formation que nous avons l'habitude de faire. Surtout à travers certains points par exemple le jeu des étiquettes. Le fait qu'on a organisé des villages, et on a brisé la barrière avec l'organisation habituelle qui était en U comme si on était dans une classe de formation ça déjà c'était positif dans les esprits des gens. En plus, chaque jour chacun changeait de village si bien que d'avance on ne sait même pas qui sera son collaborateur. Donc c'est un style nouveau que les gens ont beaucoup aimé ». (Participant 1)

Ceci s'explique par la prise en compte dans la formation de certaines thématiques comme le droit des patients et l'approche psychosociale, qui entre autres, avaient été relevés comme des besoins dans le milieu.

« En comme je le disais tantôt, dans notre pratique habituelle, dans notre contexte, c'est le droit du patient par exemple, n'était pas reconnu. Le patient était comme un élément, une personne qui doit subir tous les aléas du praticien. Cette fonction a permis aux uns et aux autres de comprendre que autant nous praticiens nous avons des droits, autant le patient a des droits, et nous avons un devoir vis-à-vis du patient. Vraiment c'est ce qui m'a un peu beaucoup plus plu dans cette session, dans l'implantation de ce projet ». (Participant 4)

2^e catégorie : Formation flexible

Les participants étant impliqués dans le projet, certes à divers niveaux d'implication, avaient connaissance du contenu, de la fréquence, de la durée et de la couverture prévue pour la formation APC-PASME 2. De leur avis, tous ces aspects n'ont pas été respectés. Il y a eu un décalage entre ce qui a été initialement prévu et ce qui a été implanté. L'approche participative utilisée par l'équipe du projet a permis la flexibilité par rapport à la fréquence, la durée et la couverture de la formation qui n'ont pas été implantées tel que prévu. Ceci est dû aux réalités sur le terrain en lien avec la disponibilité des participants. Toutefois, les participants ont jugé cette flexibilité nécessaire et bénéfique parce que cela a favorisé l'atteinte des objectifs de formation.

« Je pense que l'organisation a eu un petit retard, mais on a pu rattraper ce retard... Il fallait le meilleur moment pour que les gens soient disponibles pour apprendre. Rien ne sert de précipiter de coincer pour administrer cette formation et les gens auront l'esprit ailleurs et ne vont pas sortir avec les connaissances. Mais le fait qu'on a su coordonner avec leur programme tous les participants étaient là disposés pour apprendre et là on gagne plus parce que chacun se concentre sur l'objectif de la formation ». (Participant 1)

De plus, cette flexibilité était un impératif compte tenu de l'approche de co-construction qui a été adoptée dans cette formation. Une approche de co-construction qui a démarré par la validation transculturelle et la présence des volontaires et des collaborateurs tout le long de la formation.

« À un atelier. C'était d'abord avec Picasso, lorsque nous a approché sur la mise en œuvre du projet dans notre district il était question que nous puissions voir quelles étaient les thématiques dans le cas du renforcement des capacités des agents que nous pensions était très important ». (Participant 4)

3^e catégorie : Pérennisation de l'ACP

Facteurs facilitants à la pérennisation

Les participants se sont prononcés sur les facteurs pouvant favoriser la pérennisation de la formation ACP-PASME 2. Plusieurs facteurs ont été énumérés. Ces facteurs sont : i) les suivis, ii) la création du groupe WhatsApp, iii) l'intégration de l'ACP dans la formation initiale des professionnels de la santé. Dans le cadre de la formation, l'équipe du projet a organisé des suivis et une supervision des participants, ce qui a été d'une grande utilité pour

certain participants pour appliquer les notions apprises. Les participants ont évoqué l'utilité du groupe WhatsApp qui a été créé après la formation afin de les soutenir dans les difficultés qu'ils pourront rencontrer dans la pratique quotidienne. De la même façon, ils ont souligné l'importance d'intégrer l'ACP dans la formation initiale des professionnels de la santé afin de permettre l'intégration de l'ACP dans leur culture.

« Une plateforme comme WhatsApp qu'on a créé lors de ces formations devrait permettre aux gens de suppléer les difficultés qu'ils vont rencontrer dans l'application ». (Participant 1)

« À long terme voir avec les différentes écoles de formation, les universités, de l'introduire, je pense que c'est assez bien comme trouvaille cette approche de formation. En ayant l'approche, même de continuer la démarche et tous ces aspects sont pris en compte ». (Participant 2)

Barrières à la pérennisation

Les participants ont évoqué quelques barrières à la pérennisation de la formation ACP-PASME 2. Ces barrières sont en lien avec l'absence de : i) suivi, ii) rappels, iii) de per diem, iv) le manque de personnel, v) le roulement de personnel et la formation d'une minorité de professionnels de la santé, et vi) la résistance au changement. Dû au manque de moyens, certains sites n'ont pas pu bénéficier de suivis et de supervision post formation. De ce fait, certains participants pensent que l'absence de suivi et supervision adéquats, ainsi que l'absence de recyclage constituent une menace pour la pérennisation de l'ACP. Les participants ont également souligné l'importance de faire des suivis afin d'éviter les pièges de la routine clinique. Par ailleurs, selon les participants, leur expérience de l'ACP a engendré une augmentation du temps de consultation qui pourrait les détourner de cette pratique si cela n'est associé à une forme de rémunération supplémentaire. Les participants ont souligné l'importance du roulement de personnel qui pourrait influencer négativement la pérennisation de l'ACP. De la même façon certains participants pensent que tous les professionnels de la santé et non juste une minorité devrait bénéficier de la formation afin d'harmoniser la pratique de l'ACP dans le rang des professionnels de la santé. Une autre barrière en lien avec cette dernière et qui a été soulignée par quelques participants est la résistance au changement, car selon eux, cela engendre des obstacles au projet.

« Pour une très bonne implantation du projet, il doit y avoir des répétitions des suivis, des classements, des évaluations périodiques. Sinon comme les agents de santé roulent, la mobilité dans notre contexte est très élevée, un agent plus ou moins c'est trois ans puis il disparaît, il part ailleurs. Donc c'est pour dire qu'il faut un système d'évaluation qui puisse être instauré, il faut un système de suivi rapproché et un système de renforcement des compétences sur le projet. Au cas contraire comme c'est une petite portion qui exécute ce projet, il sera envahi par la plus grande masse qui ne fait pas le projet. Comme je vous le dis, dans notre système de santé, l'État n'accorde pas d'important au droit du patient. Le patient doit subir, il ne doit pas exprimer son droit envers le praticien. Donc à ce titre, la petite portion qui a été formée, s'il n'y a pas de suivi, de système d'évaluation ou de motivation y va retourner à leur case départ ». (Participant 4)

« Oui la réticence des... de certains professionnels de la santé et la routine aussi aidant, certains professionnels de la santé ne veulent pas quitter la routine. Ils veulent toujours se focaliser dans les vieilles habitudes sans pour autant innover. Y a d'autres professionnels de la santé qui sont aussi hostiles aux changements et tout ça constitue des obstacles pour ce projet ». (Participant 3)

6 CHAPITRE 6 : DISCUSSION ET RECOMMANDATION

6.1 DISCUSSION

Cette étude évaluative visait à évaluer la fidélité d'implantation de la formation ACP-PASME 2. Les résultats de cette évaluation ont montré qu'il y a eu une flexibilité dans l'implantation de la formation affectant ainsi la fidélité d'implantation. Nos résultats montrent aussi certains facteurs organisationnels qui sont en faveur du succès de la formation ACP-PASME 2 ainsi que les conditions gagnantes à la pérennisation de l'ACP chez les professionnels de la santé. Ces résultats nous amènent à formuler trois observations.

Premièrement, il y a eu une variation entre l'implantation de la formation ACP-PASME 2 planifiée et celle offerte. La fidélité d'implantation a été discutée en fonction du contenu, de la fréquence et de la durée de la formation. Selon Carroll et al. (2007), il s'agit d'évaluer si le résultat du processus d'implantation est une réalisation effective de l'intervention telle que planifiée par ses concepteurs (42). Les participants à l'étude ont mis en évidence la variation qu'il y a eu entre la formation planifiée et celle offerte. Selon eux, il y a eu des modifications acceptables au niveau de la durée de la formation, du nombre de participants à former, du nombre d'ateliers de formation, des dates prévues pour certains ateliers de formation et de la période consacrée aux ateliers de formation. Ceci est essentiellement dû aux contraintes de temps des partenaires sur le terrain. Cependant, ces modifications ont été jugées bénéfiques puisqu'elle a permis d'atteindre les objectifs fixés par la formation ACP-PASME 2. Selon certains auteurs, une intervention ne peut pas être pleinement mise en œuvre à cause du contexte qui peut exiger une flexibilité et une adaptation des interventions, ce qui pourrait améliorer l'intervention (42). Dusenbury et al. (2003) ont montré que les interventions réussies sont celles qui s'adaptent aux besoins participants (59). En effet, l'implantation d'un programme peut être flexible sans compromettre son intégrité, tant qu'il y a une fidélité aux éléments dits « essentiels » du programme qui sont responsables des effets de la formation (42, 59, 60). On peut donc dire que le contenu de la formation ACP-PASME 2 constituait l'élément essentiel de notre intervention. La modification du contenu de la formation pourrait avoir des effets négatifs importants sur la capacité de l'intervention à atteindre ses objectifs (42). S'il n'y a pas une adhérence dans le contenu de la formation ACP-PASME 2, on ne peut pas vraiment dire que la formation a atteint une grande fidélité d'implémentation.

Deuxièmement, nous avons identifié certains facteurs qui ont favorisé l'implantation de la formation ACP-PASME 2. Il ressort de l'analyse de nos données que l'approche participative, la validation transculturelle et l'appui des volontaires tout le long de la formation étaient les facteurs qui ont favorisé la réussite de la formation ACP-PASME 2. Ce qui corrobore les résultats d'autres études. En effet, l'approche participative est connue comme une méthode favorisant une implantation efficace (61, 62). Selon certains auteurs, l'implantation d'une intervention nécessite la participation des partenaires sur le terrain afin de garantir son succès (63). L'approche participative adoptée dans la mise en œuvre de la formation ACP-PASME 2 a permis aux partenaires locaux de mieux comprendre l'intervention, ses objectifs et ses éléments essentiels, ce qui pourrait les inciter à développer, adapter et mettre en œuvre des interventions futures portant sur l'ACP (63). Par ailleurs, la validation transculturelle réalisée a permis d'identifier les besoins réels des professionnels de la santé en matière d'ACP afin d'adapter le contenu de la formation au contexte burkinabé. L'analyse des besoins d'apprentissage joue un rôle fondamental dans l'éducation et la formation (64). Selon Moran et al. (2014), une analyse des besoins préalable à l'intervention permet d'obtenir des résultats positifs (65). En effet, en ce qui concerne le développement professionnel continu, la littérature suggère que l'apprentissage est plus susceptible d'entraîner un changement de pratique lorsque l'évaluation des besoins est réalisée (64). L'évaluation des besoins d'apprentissage est donc cruciale dans tout processus éducatif qui conduit à des changements de pratique (64). Par ailleurs, les participants ont évoqué que l'appui des volontaires et des collaborateurs tout le long de la formation a favorisé la réussite de l'intervention. Selon les participants, les collaborateurs ainsi que les volontaires ont été présents tout le long de la formation afin de les appuyer à dans les différentes phases de la mise en œuvre de la formation ACP-PASME 2.

Enfin, nous avons identifié les facteurs qui pourraient favoriser ou entraver la pérennisation de l'ACP. Selon les participants, les facteurs qui pouvaient favoriser la pérennisation de la formation sont : i) les suivis, ii) la création du groupe WhatsApp et iii) l'intégration de l'ACP dans la formation initiale des professionnels de la santé. Ils ont aussi évoqué les barrières à la pérennisation de la formation ACP-PASME 2 qui sont l'absence de : i) suivi, ii) rappels, iii) de per diem, iv) le manque de personnel, v) le roulement de personnel et la formation d'une minorité de professionnels de la santé, et vi) la résistance au changement. Selon

certain auteurs, il n'existe pas de conditions adéquates à la pérennisation de l'implantation des programmes (66). De nombreux facteurs pourraient empêcher la pérennisation de l'ACP dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé. Cependant, ces facteurs pourraient affecter de différentes manières la pérennisation de l'ACP en fonction du contexte dans lequel elle a été implantée. L'identification de ces facteurs pourrait permettre à l'équipe du projet d'anticiper les solutions permettant de surmonter les obstacles. Par ailleurs, la résistance au changement pourrait être un facteur très influençant dans la pérennisation de la formation ACP-PASME 2. Selon Velazquez et al. (2005), toute tentative qui pourrait favoriser la pérennisation de l'ACP rencontrera une résistance énorme de la part de nombreuses personnes (66). Selon ces auteurs, les personnes qui sont résistantes aux changements considèrent la pérennisation comme un intrus dans un domaine d'étude spécifique qui va changer la méthode d'éducation et de recherche (66).

Limites

Dans notre étude, la limite majeure réside dans la validité externe de nos résultats. L'étude de cas unique utilisée dans l'évaluation d'implantation de la formation ACP-PASME 2 ne permet pas de généraliser les résultats à tous les districts sanitaires du Burkina Faso. La formation ACP-PASME 2 a couvert seulement huit districts et dans ces huit districts, certains CSPS n'ont pas été sélectionnés pour la formation.

6.2 RECOMMANDATIONS

Compte tenu de l'approche participative utilisée dans cette évaluation, les participants ont formulé quelques suggestions qui méritent d'être prises en compte par l'équipe du projet. Les suggestions des participants sont entre autres à l'équipe du projet de :

- ✓ Par rapport à la formation ACP :
 - Adapter le contenu de la formation à tous les professionnels de la santé ;
 - Augmenter la taille de police des documentations fournies ;
 - Augmenter la durée de la formation de 3 à 4 jours au moins ;
 - Enrichir les modules portant sur la patiente en tant que personne et le partage du pouvoir et de la responsabilité.

- ✓ Par rapport à la pérennisation de la formation ACP-PASME 2 :
 - Former les professionnels de la santé des autres CSPS des huit districts sanitaires couverts par le projet ;
 - Faire un suivi des professionnels de la santé formée ;
 - Faire le recyclage de la formation après un temps donné ;
 - Effectuer un déploiement à grande échelle au Burkina Faso de la formation ACP-PASME 2 ;
 - S'assurer de la pérennisation de la formation ;
 - Intégrer l'ACP dans la formation initiale des professionnels de la santé

CONCLUSION

En conclusion, nous pouvons dire que cette étude a permis d'analyser la fidélité d'implantation de la formation ACP-PASME 2 ainsi que ses effets immédiats sur les professionnels de la santé. Les résultats ont été discutés en s'appuyant sur la littérature et des recommandations ont été proposées par les participants. À notre connaissance, il s'agit de la première étude réalisée dans un contexte africain sur la formation ACP.

Les résultats de l'analyse de la fidélité de l'implantation ont montré que l'approche participative utilisée par l'équipe du projet a permis des ajustements dans la mise en œuvre de la formation. Ces résultats ont permis aussi de mettre en lumière les facteurs qui ont favorisé l'implantation de la formation ACP-PASME 2 et d'identifier les facteurs qui pourraient influencer la pérennisation de l'ACP. Les résultats des effets de la formation ont montré : une satisfaction élevée des participants à la formation ACP, une augmentation des connaissances acquises après la formation ACP et une intention élevée de changement de comportement des professionnels de la santé. Cependant, certaines thématiques sont moins maîtrisées par les participants. Il s'agit de la patiente en tant que personne et le partage du pouvoir et de la responsabilité. De plus, l'équipe du projet doit beaucoup plus mettre l'accent sur le construit «influence sociale» afin de modifier les comportements cliniques des participants.

Malgré les forces de cette étude, elle ne nous montre pas l'impact de la formation ACP dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé formée au Burkina Faso. Il serait donc important de faire une évaluation d'impact afin de voir i) si les professionnels de la santé utilisent l'ACP dans leur pratique quotidienne et ii) l'influence de la formation sur la santé des mères et des enfants au Burkina Faso.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie de Coopération : un aperçu Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205680/ccsbrief_bfa_fr.pdf;jsessionid=02E602B58A01901DEAC2174AE3A25FDC?sequence=1 le 25 août 2018. 2018.
2. Niang M, Dupéré S, Bédard E. Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. *Santé Publique*. 2015;27 (3):405-14.
3. Dogba M, Fournier P. Human resources and the quality of emergency obstetric care in developing countries: a systematic review of the literature. *Human resources for health*. 2009;7 (1):7.
4. Dogba MAJ. Ressources humaines et santé materno-infantile à Kayes (Mali) : La performance du système de référence-évacuation de Kayes : Éditions Universitaires Européennes ; 2012.
5. Barro S. Patient-centered care approach: is it an alternative strategy for better utilization of first line health services? An action-research project in Fada N’Gourma health district (Burkina Faso). Antwerpen-Belgium: Institut de médecine tropicale Anvers ; 2012.
6. Direction des statistiques générales de santé. RAPPORT SUR LA SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISÉS ET AMBULATOIRES. Burkina Faso : Ministère de la Santé ; 2013.
7. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive health*. 2014;11 (1):71.
8. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, et al. Going to scale with professional skilled care. *The Lancet*. 2006;368 (9544):1377-86.
9. Baltussen R, Yé Y, Haddad S, Sauerborn RS. Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health policy and planning*. 2002;17 (1):42-8.
10. Larson E, Vail D, Mbaruku GM, Kimweri A, Freedman LP, Kruk ME. Moving Toward Patient-Centered Care in Africa: A Discrete Choice Experiment of Preferences for Delivery Care among 3,003 Tanzanian Women. *Plos One*. 2015;10 (8).
11. Filipe HP, Silva ED, Stulting AA, Golnik KC. Continuing professional development: best practices. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2014;21 (2):134-41.
12. Kumar V, Narayana M, Vidya Sagar M. Evaluation of training in organizations: A proposal for an integrated model. *International Journal of Engineering and Management Sciences*. 2012;3 (1):77-84.
13. Rafiq M. Training evaluation in an organization using Kirkpatrick model: a case study of PIA. *Journal of Entrepreneurship & Organization Management*. 2015.
14. Mann S. What should training evaluations evaluate? *Journal of European Industrial Training*. 1996;20 (9):14-20.
15. Berge ZL. Why it is so hard to evaluate training in the workplace. *Industrial and Commercial Training*. 2008;40 (7):390-5.
16. Donald K, James D. Evaluating training programs: four levels. Anonymous Berrett-Koehler San Francisco. 1994.
17. Organisation Mondiale de la Santé. Comblé le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux repéré à http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/ le 28/10/2016. 2008.
18. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing*. 2012;30 (1):6-15.

19. Draeger RW, Stern PJ. Patient-centered care in medicine and surgery: guidelines for achieving patient-centered subspecialty care. *Hand clinics*. 2014;30 (3):353-9.
20. Jayadevappa R, Chhatre S. Patient centered care-a conceptual model and review of the state of the art. *The Open Health Services and Policy Journal*. 2011;4 (1).
21. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29 (8):1489-95.
22. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Annals Family Med*; 2011.
23. Ocloo J, Matthews R. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Qual Saf*. 2016:bmjqs-2015-004839.
24. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*. 2013;32 (2):223-31.
25. Maizes V, Rakel D, Niemiec C. Integrative medicine and patient-centered care. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 2009;5 (5):277-89.
26. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20 (12):600-7.
27. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*. 2000;51 (7):1087-110.
28. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives psy*. 2010;49 (4):317-26.
29. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *Bmj*. 2001;322 (7284):468.
30. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012 (12).
31. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health affairs*. 2010;29 (7):1310-8.
32. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *Bmj*. 2002;325 (7366):697-700.
33. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;1 (1).
34. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*. 2016;38 (7):656-68.
35. Hayes H, Parchman ML, Howard R. A logic model framework for evaluation and planning in a primary care practice-based research network (PBRN). *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2011;24 (5):576-82.
36. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. L'évaluation : concepts et méthodes : Deuxième édition : Les Presses de l'Université de Montréal ; 2011.
37. Savaya R, Waysman M. The logic model: A tool for incorporating theory in development and evaluation of programs. *Administration in Social Work*. 2005;29 (2):85-103.

38. Reeves S, Boet S, Zierler B, Kitto S. Interprofessional Education and Practice Guide No. 3: Evaluating interprofessional education. *J Interprof Care*. 2015;29 (4):305-12.
39. Champagne F, Denis J-L. Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service social*. 1992;41 (1):143-63.
40. Brousselle A. L'évaluation : concepts et méthodes. 2e éd. [mise à jour] ed. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2011. 332 p p.
41. Durlak JA. Why program implementation is important. *Journal of Prevention & Intervention in the community*. 1998;17 (2):5-18.
42. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation science*. 2007;2 (1):40.
43. Reeves S, Freeth D. Re-examining the evaluation of interprofessional education for community mental health teams with a different lens: understanding presage, process and product factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13 (6):765-70.
44. Freeth D, Reeves S. Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *J Interprof Care*. 2004;18 (1):43-56.
45. Wang GG, Wilcox D. Training evaluation: knowing more than is practiced. *Advances in Developing Human Resources*. 2006;8 (4):528-39.
46. Légaré F, Borduas F, Jacques A, Laprise R, Voyer G, Boucher A, et al. Developing a theory-based instrument to assess the impact of continuing professional development activities on clinical practice: a study protocol. *Implementation Science*. 2011;6 (1):17.
47. Légaré F, Borduas F, Freitas A, Jacques A, Godin G, Luconi F, et al. Development of a simple 12-item theory-based instrument to assess the impact of continuing professional development on clinical behavioural intentions. *PLoS One*. 2014;9 (3): e91013.
48. Depover C, Karsenti T, Komis V. La recherche évaluative. *La recherche en éducation : étapes en approches*. 2011:213-28.
49. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Avargues M. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2000;48 (6):517-39.
50. Baron G, Monnier E. Une approche pluraliste et participative. *Informations sociales*. 2003 (110):120-9.
51. Dagenais C, Ridde V. Approches et pratiques en évaluation de programmes : Nouvelle édition revue et augmentée : Les Presses de l'Université de Montréal ; 2012.
52. Plottu B, Plottu É. Contraintes et vertus de l'évaluation participative. *Revue française de gestion*. 2009;192 (2):31-58.
53. Eisenhardt KM. Building theories from case study research. *Academy of management review*. 1989;14 (4):532-50.
54. Gagnon Y-C. L'étude de cas comme méthode de recherche : guide de réalisation : PUQ ; 2005.
55. Fortin F, Côté J, Filion F. Fondements et étapes du processus de recherche : Chenelière éducation Montréal ; 2006.
56. Comité sectoriel de la main-d'oeuvre de l'industrie électrique et électronique. Questionnaire d'évaluation des réactions lors d'une activité de formation, Repéré à <http://www.elexpertise.qc.ca/sites/default/files/upload/Questionnaire%20d%C3%A9valuation%20des%20r%C3%A9actions.pdf> le 19/08/2018. ND.
57. Blouin S. L'évaluation des programmes de formation et l'efficacité organisationnelle. *Interactions*. 2000;4 (2):28.

58. Légaré F, Freitas A, Turcotte S, Borduas F, Jacques A, Luconi F, et al. Responsiveness of a simple tool for assessing change in behavioural intention after continuing professional development activities. *PloS one*. 2017;12 (5): e0176678.
59. Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health education research*. 2003;18 (2):237-56.
60. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2011;38 (1):4-23.
61. Emery F. Participative design: effective, flexible and successful, now! *The Journal for Quality and Participation*. 1995;18 (1):6.
62. Waller A, Franklin V, Pagliari C, Greene S. Participatory design of a text message scheduling system to support young people with diabetes. *Health Informatics Journal*. 2006;12 (4):304-18.
63. Van Daele T, Van Audenhove C, Hermans D, Van den Bergh O, Van den Broucke S. Empowerment implementation: enhancing fidelity and adaptation in a psycho-educational intervention. *Health promotion international*. 2012;29 (2):212-22.
64. Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. *Bmj*. 2002;324 (7330):156-9.
65. Moran AM, Coyle J, Pope R, Boxall D, Nancarrow SA, Young J. Supervision, support and mentoring interventions for health practitioners in rural and remote contexts: an integrative review and thematic synthesis of the literature to identify mechanisms for successful outcomes. *Human resources for health*. 2014;12 (1):10.
66. Velazquez L, Munguia N, Sanchez M. Deterring sustainability in higher education institutions: An appraisal of the factors which influence sustainability in higher education institutions. *International Journal of Sustainability in Higher Education*. 2005;6 (4):383-91.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Carte administrative de Burkina Faso



ANNEXE 2 : Répartition des districts sanitaires par région

Région	Districts sanitaires
Boucle du Mouhoun	District Sanitaire de Boromo District Sanitaire de Dédougou District Sanitaire de Nouna District Sanitaire de Solenzo District Sanitaire de Toma District Sanitaire de Tougan
Est	District Sanitaire de Gayeri District Sanitaire de Bogandé District Sanitaire de Diapaga District Sanitaire de Fada District Sanitaire de Manni District Sanitaire de Pama
Cascades	District Sanitaire de Banfora District Sanitaire de Mangodara District Sanitaire de Sindou
Hauts-Bassins	District Sanitaire de Dafra District Sanitaire de Dandé District Sanitaire de Dô District Sanitaire de Houndé District Sanitaire de Karangasso Vigué District Sanitaire de Léna District Sanitaire de Orodara
Centre	District Sanitaire de Baskuy District Sanitaire de Bogodogo District Sanitaire de Boulmiougou District Sanitaire de Nongr-Massom District Sanitaire de Sig-Noghin
Centre-Est	District Sanitaire de Koupéla District Sanitaire de Bittou District Sanitaire de Garango District Sanitaire de Ouargaye District Sanitaire de Pouytenga District Sanitaire de Tenkodogo District Sanitaire de Zabré
Centre-Nord	District sanitaire de Barsalogo District sanitaire de Boulsa District Sanitaire de Kaya District sanitaire de Kongoussi
Centre-Ouest	District Sanitaire de Koudougou District Sanitaire de Léo District Sanitaire de Nanoro

	District Sanitaire de Réo District Sanitaire de Sapouy
Centre-Sud	District Sanitaire de Kombissiri District Sanitaire de Manga District Sanitaire de Pô District Sanitaire de Saponé
Nord	District Sanitaire de Gourcy District Sanitaire de Ouahigouya District Sanitaire de Séguenega District Sanitaire de Titao District Sanitaire de Yako
Plateau central	District Sanitaire de Boussé District Sanitaire de Ziniaré District Sanitaire de Zorgho
Sahel	District Sanitaire de Djibo District Sanitaire de Dori District Sanitaire de Gorom-Gorom District Sanitaire de Sebba
Sud-Ouest	District Sanitaire de Batié District Sanitaire de Dano District Sanitaire de Diébougou District Sanitaire de Gaoua

Source : http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_content&view=article&id=196&Itemid=1039

ANNEXE 3 : INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Numéro de référence :

1. Âge

- 18 — 24 ans
- 25 — 29 ans
- 30 — 34 ans
- 35 — 39 ans
- 40 — 45 ans
- 46 ans et plus

2. Sexe

- Masculin
- Féminin

3. Niveau d'étude le plus élevé

- BAC
- Licence
- Maîtrise
- Doctorat
- Autre, précisez :

4. Profession actuelle

- Gynécologue
- Sage-femme
- Infirmier(e)
- Autre, précisez :

5. Année d'expérience dans le système de santé

- Aucune
- 0 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- 16 à 20 ans
- 21 et plus
- Ne s'applique pas

6. Années d'expérience comme enseignant

- Aucune
- 0 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- 16 à 20 ans
- 21 et plus
- Ne s'applique pas

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION
ATELIER DE FORMATION SUR L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE
POUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES MÈRES ET DE L'ENFANT AU
BURKINA FASO

Numéro de référence :

Pour les questions suivantes, veuillez cocher le chiffre de l'énoncé qui correspond le mieux à votre opinion en utilisant l'échelle d'appréciation suivante :

- 1- Tout à fait en désaccord ;
- 2- En désaccord ;
- 3- Neutre ;
- 4- En accord ;
- 5- Tout à fait en accord.

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord.
Objectifs, contenu et méthodologie :	1	2	3	4	5
1. Les objectifs de la formation ont été présentés clairement et précisément.					
2. Les objectifs de la formation ont été atteints.					
3. Le contenu de cette formation répondait à mes besoins en matière d'ACP.					
4. Le déroulement de la formation a facilité ma compréhension.					
5. La méthodologie et les techniques utilisées ont favorisé mon apprentissage.					
6. La durée de la formation était suffisante.					
7. La documentation fournie était utile.					
8. Les évaluations ont permis de mesurer ma compréhension des aspects présentés.					
La personne-ressource (formateur) :	1	2	3	4	5
9. Le formateur était compétent.					
10. Le formateur a été clair et précis dans ses explications.					
11. Le formateur respectait le rythme d'apprentissage de chacun.					
12. Le formateur était bien préparé.					
13. Le formateur a suscité mon intérêt pour l'activité de formation.					
L'encadrement :	1	2	3	4	5
14. Le local et l'aménagement étaient propices à la formation.					
15. Le nombre de participants était adéquat.					

16. Les équipements utilisés étaient adéquats et en quantité suffisante.					
17. Les horaires de la formation étaient appropriés.					
18. L'organisation de la formation (pause, déplacements, déroulement) convenait au type d'activité de formation et à mon horaire personnel.					
19. Il était assez facile de concilier la formation, le travail et mes autres activités.					
Apprentissage et transfert des apprentissages :	1	2	3	4	5
20. Cette formation m'a permis d'augmenter mon niveau de connaissances et d'habiletés.					
21. Je compte mettre en application ces nouvelles compétences au travail.					
22. Je suis optimiste quant aux possibilités de transfert des compétences acquises.					
23. Cette formation aura un impact positif sur la qualité de vie au travail de l'ensemble de mon équipe.					
24. Dans l'ensemble, je suis satisfait de la formation.					

Commentaires et recommandations

1. Quels éléments de cette formation ont été les plus utiles à votre apprentissage ?

.....

.....

.....

2. Quels éléments de cette formation pourraient être améliorés ?

.....

.....

.....

3. Anticipez-vous des difficultés ou obstacles potentiels à la mise en pratique des notions apprises dans cette formation ? Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

4. À la suite de cette formation, y a-t-il des sujets relatifs à l'ACP qui soient pertinent à votre fonction/à votre rôle, mais qui n'ont pas été présentés et que vous souhaitez recommander pour une prochaine formation ?

.....

.....

.....

Merci de votre collaboration !

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DES APPRENTISSAGES
ATELIER DE FORMATION SUR L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE
POUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES MÈRES ET DE L'ENFANT AU
BURKINA FASO

Numéro de référence :

1. Encerchez la ou les bonnes réponses

Les cinq ingrédients essentiels de l'approche centrée sur la personne sont :

- a. L'alliance thérapeutique, la perspective biopsychosociale, le partage du pouvoir et des responsabilités, la patiente en tant que personne, le médecin en tant que personne
- b. La prise de décision éclairée, le consentement aux soins, les déterminants de l'environnement, le respect de la personne, l'inclusion des comités d'usagers
- c. La perspective biopsychosociale, la médecine traditionnelle, le partenariat de soins, le respect du professionnel, la patiente en tant que personne
- d. Toutes ces réponses

2. Encerchez la ou les bonnes réponses

L'approche centrée sur la personne se définit par les éléments suivants :

- a. Une approche qui permet au thérapeute d'être ouvert et de s'intéresser aux conditions de la patiente, à son contexte social et culturel
- b. Une approche qui permet au thérapeute de convaincre la patiente d'appliquer ses recommandations adaptées à la situation de la patiente
- c. Une approche qui s'intéresse aux répercussions de la situation de la patiente sur ses besoins et ses attentes
- d. Toutes ces réponses
- e. Aucune de ces réponses

3. Laquelle des affirmations suivantes est fausse ?

Le modèle biopsychosocial est :

- a. Toujours d'actualité dans les pays dits en développement
- b. Une révolution paradigmatique du 21^e siècle
- c. Insuffisant pour expliquer les inégalités sociales de santé

4. Dans une perspective biopsychosociale, la consultation consiste exclusivement au traitement des symptômes.

- a. Vrai
- b. Faux

5. Pour une bonne prise en charge de la patiente selon l'approche centrée sur la personne, le professionnel doit obliger la patiente à suivre le meilleur traitement recommandé selon les données probantes

- a. Vrai
- b. Faux

6. Laquelle des affirmations suivantes est fausse ?

- a. Une bonne alliance thérapeutique est souhaitable et facile à réaliser
- b. Une relation de confiance (entre le professionnel et la patiente) augmente l'observance thérapeutique
- c. Une compréhension commune (entre le professionnel et la patiente) des objectifs et des exigences du traitement est cruciale
- d. La famille de la patiente peut être associée aux décisions

7. La prise de décision partagée empêche des regrets décisionnels
- a. Vrai
 - b. Faux

8. Encerchez la ou les bonnes réponses
- Les obstacles principaux à la prise de décision partagée sont :
- a. Le manque de temps et les faibles niveaux d'instruction des patientes
 - b. La présence des maris dans la salle de consultation et le contexte d'urgence de soins
 - c. L'absence de formation des professionnels et le faible soutien organisationnel
 - d. Toutes ces réponses
 - e. Aucune de ces réponses

9. Encerchez la ou les bonnes réponses.

Les trois ingrédients qui définissent la prise de décision partagée sont :

- a. L'intégration des valeurs du professionnel, l'utilisation des données probantes et la prise en compte des valeurs de la patiente
- b. La participation conjointe du professionnel et de la patiente, l'intégration des valeurs du professionnel et le savoir expérientiel de la patiente
- c. La participation conjointe du professionnel et de la patiente, l'intégration des valeurs de la patiente et l'utilisation des données probantes
- d. La participation conjointe du professionnel et de la patiente, le savoir expérientiel du professionnel et l'utilisation des données probantes
- e. Toutes ces réponses
- f. Aucune de ces réponses

10. Encerchez la ou les bonnes réponses.

L'alliance thérapeutique englobe les notions suivantes :

- a. La collaboration et le partenariat
- b. Le pouvoir et la responsabilité
- c. La prise de décision partagée
- d. L'autorité et le détachement du professionnel
- e. Toutes ces réponses
- f. Aucune de ces réponses

11. Laquelle des réponses suivantes est fausse.

Les droits de la patiente englobent :

- a. Le droit à l'information, le droit au respect, le droit au consentement libre et éclairé aux soins

- b. Le droit à la parole, le droit de porter plainte, le droit aux soins d'urgence sans paiement, le droit au bon accueil et aux soins de qualité, le droit à la protection
 - c. La liberté de faire des observations sur les soins et l'accueil
 - d. Le libre choix du prestataire de soins
12. La notion de professionnel en tant que « personne » permet une prise de conscience de l'influence des qualités personnelles et de la subjectivité du professionnel dans la pratique de la médecine.
- a. Vrai
 - b. Faux

Merci de votre collaboration !

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE DPC-RÉACTION
ATELIER DE FORMATION SUR L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE
POUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES MÈRES ET DE L'ENFANT AU
BURKINA FASO

Numéro de référence :

S'il vous plaît répondre à chacune des questions suivantes en indiquant le numéro qui correspond le mieux à votre opinion par rapport au comportement indiqué. Certaines questions peuvent vous sembler similaires, mais elles mesurent des aspects différents du comportement énoncé.

1. J'ai l'intention d'appliquer l'approche centrée sur le patient (ACP) dans ma pratique quotidienne.	Fortement en désaccord						Fortement en accord
	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>						
2. Au meilleur de ma connaissance, la proportion de mes collègues qui appliqueront l'ACP est de :	0-20 %	21-40 %	41-60 %	61-80 %	81-100 %		
	<input type="checkbox"/>						
3. Je suis confiant que je pourrais appliquer l'ACP si je le voulais.	Fortement en désaccord						Fortement en accord
	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>						
4. Il est éthique d'appliquer l'ACP dans ma pratique quotidienne.	Totalement en désaccord						Totalement en accord
	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>						
5. Pour moi, l'application de l'ACP serait :	Extrêmement difficile						Extrêmement facile
	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>						
6. Pensez maintenant à un collègue de travail que vous respectez comme professionnel. À votre avis, appliquerait-il l'ACP dans sa pratique quotidienne ?	Jamais						Toujours
	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>						
7. Je planifie d'appliquer l'ACP dans ma pratique quotidienne.	Fortement en désaccord						Fortement en accord
	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>						
8. De façon générale, je pense que l'application de l'ACP dans ma pratique quotidienne serait pour moi	Inutile						Utile
	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>						

<p>9. La plupart des personnes importantes pour moi dans ma profession appliqueront l'ACP dans leur pratique quotidienne.</p>	<p>Fortement en désaccord</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fortement en accord</p>
<p>10. Il est acceptable d'appliquer l'ACP dans ma pratique quotidienne.</p>	<p>Totalement en désaccord</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Totalement en accord</p>
<p>11. Je suis capable d'appliquer l'ACP dans ma pratique quotidienne.</p>	<p>Fortement en désaccord</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fortement en accord</p>
<p>12. De façon générale, je pense que l'application de l'ACP dans ma pratique quotidienne serait pour moi :</p>	<p>Néfaste</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bénéfique</p>

ANNEXE 7 : ÉBAUCHE DE LA GRILLE D'ENTREVUES INDIVIDUELLES POUR ANALYSER L'IMPLANTATION DE LA FORMATION ACP-PASME 2

Grille d'entrevue individuelle

Remerciements pour l'intérêt à l'égard du projet et pour la présence à l'entrevue

Présentation du participant à l'entrevue

Avant de commencer la discussion proprement dite, nous vous demanderons de vous présenter en précisant :

- ✓ Votre profession
- ✓ Le poste que vous occupez
- ✓ Le nombre d'années d'expériences que vous avez dans votre métier et à ce poste
- ✓ Votre rôle dans le projet ACP-PASME 2
- ✓ Et précisez si vous avez assisté/participé à la formation

Objectifs de l'entrevue

Cette entrevue vise à :

- ✓ Comparer le programme implanté à ce qui est prévu :
- ✓ Identifier et comprendre les éléments ayant freiné ou favorisé cette implantation ;
- ✓ Recueillir des suggestions pour améliorer le programme et le déploiement à grande échelle

L'interviewer doit rappeler aux participants que :

Les échanges vont durer à peu près une heure, qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, uniquement des points de vue différents. Il n'est pas non plus nécessaire de parvenir à un consensus. Le participant doit se sentir à l'aise d'émettre son opinion.

Questions

1. Comment avez-vous pris connaissance de ce projet ACP-PASME 2 ?
2. Comment voyez-vous votre rôle dans ce projet ?
3. Selon vous, quelle est la pertinence du programme pour les professionnels de la santé au Burkina Faso ?
4. Selon vous, le projet a-t-il été implanté tel que prévu ? (Implantation par rapport au contenu de la formation, période consacrée à la formation, durée de la formation, est-ce que tous les participants qui devraient participer à la formation étaient au rendez-vous ?) Pourquoi ? Quelles sont les différences entre le projet initial et le projet implanté ?
5. Quels sont les défis et enjeux liés à l'implantation du projet ?
6. Que pourriez-vous nous dire sur la réussite ou non de l'implantation du projet ?
7. Quels sont selon vous les points forts du projet ?
8. Quels sont les facteurs organisationnels, individuels ou systémiques (système de santé, système de l'éducation, etc.) qui ont favorisé la réussite de l'implantation du projet ?
9. Quels sont les obstacles liés à l'implantation du projet ?

10. Quels sont les facteurs organisationnels, individuels ou systémiques (système de santé, système de l'éducation, etc.) qui ont entravé la réussite de l'implantation du projet ?
11. D'après vous quels aspects n'ont pas été pris en compte lors de l'implantation du projet ?
12. Que suggèreriez-vous pour améliorer l'implantation du projet ?
13. Y a-t-il des sujets qui vous semblent importants dont nous n'avons pas discuté ?

Remercier le participant pour le temps qu'il nous a accordé

ANNEXE 8 : FEUILLET D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

(Participation à une entrevue individuelle)

Titre du projet :

Évaluation de la formation portant sur l'approche centrée sur la personne dans le cadre du projet d'amélioration de la santé des mères et des enfants

Équipe d'évaluation : Maman Joyce Dogba, Marlyse Mbakop, Wilfried Affodegon, Inheldia Cossou-Gbeto

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 au chercheur.

Description du projet :

Le projet PASME 2 vise donc à accroître la capacité technique des structures de santé, à améliorer les connaissances des agents de santé à base communautaire (ASBC) et à fournir des services adaptés aux mères, aux femmes enceintes, aux adolescentes, aux nouveau-nés et aux enfants de moins de 5 ans. La formation des agents de santé et du personnel d'appui en accueil et communication sexo-spécifique, incluant l'approche centrée sur le patient est l'une des activités clés prévues dans PASME 2 et qui est développée dans le projet nommé Approche centrée pour la personne — PASME 2 ou ACP-PASME 2.

L'objectif du projet ACP-PASME 2 est de concevoir, avec toutes les parties prenantes, les modules de la formation, en tenant compte des résultats de la validation transculturelle préalable ; ii) implanter la formation portant sur l'ACP co-développée avec les parties prenantes et destinée au personnel des services de santé maternelle et infantile dans les districts retenus, et iii) évaluer les apprentissages et les changements de comportements consécutifs à la mise en œuvre de la formation.

Nature de la participation :

Votre participation consistera à participer à une entrevue de groupe d'une durée approximative environ une (1) heure visant à recueillir vos perceptions sur la phase d'implantation du programme. Par la même occasion, des informations sur vos caractéristiques socioprofessionnelles (profession, poste occupé, ancienneté) seront recueillies. Afin de garantir la confidentialité, cette entrevue aura lieu dans une salle isolée. Elle sera enregistrée avec votre consentement.

Avantages liés à votre participation :

Bien que cette étude n'ait pas pour but de vous apporter un bénéfice personnel, votre participation contribuera à améliorer le projet avant son éventuel déploiement au niveau national.

Risques et inconvénients liés à votre participation :

La participation à cette étude ne comporte aucun risque. Elle vous demande cependant un peu de votre temps, soit environ une (1) heure, pour participer à une entrevue de groupe.

Confidentialité :

Les responsables de l'étude tiennent à vous assurer de la plus stricte confidentialité qui sera préservée à toutes les étapes de la recherche de même qu'au moment de la diffusion du rapport de recherche. Tous les renseignements recueillis au cours de cette entrevue demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous serez identifié par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche. Les enregistrements et le matériel de recherche numérisé seront conservés dans une banque de données électronique sécurisée.

Compensation :

Aucune compensation pour la participation à ce projet de recherche n'est prévue.

Liberté de participation et liberté de retrait :

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter, tout comme de refuser d'y participer, sans aucun préjudice. Par ailleurs, vous êtes également libre de vous retirer du projet, en tout temps, sur simple avis verbal, sans que vous n'ayez à donner les motifs de votre décision. En pareil cas, vous ne subirez aucun préjudice, et si vous le désirez, vous pourrez demander la destruction des enregistrements.

Personnes-ressource

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de ce projet, si vous avez des questions en cours de projet, vous pourrez contacter Maman Joyce Dogba.

Procédure en cas de plainte :

Si vous avez des plaintes ou des critiques concernant ce projet, vous pourrez les adresser à Maman Joyce Dogba.

J'ai lu et compris le contenu du présent feuillet d'information et formulaire de consentement. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de ce projet et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de ce projet de recherche en tout temps, par avis verbal, sans préjudice. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. J'accepte librement et volontairement de participer au présent projet de recherche.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui Non

Signature du participant :

Date de la signature :

ENGAGEMENT DE L'ÉVALUATEUR

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent feuillet d'information et formulaire de consentement ; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; c) m'être assuré qu'il ne s'y oppose pas ; d) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à son autorisation aux fins du présent projet de recherche ; et e) que je lui remettrai une copie signée du présent feuillet d'information et formulaire de consentement.

Évaluateur ou représentant désigné	Fonction	Signature	Date
-------------------------------------------	-----------------	------------------	-------------