



HAL
open science

Nouvelles contributions de l'approche qualitative dans l'évaluation des interventions en santé mondiale

Loubna Belaid, Oriane Bodson, Oumar Mallé Samb, Valery Ridde, Anne-Marie
Turcotte-Tremblay

► **To cite this version:**

Loubna Belaid, Oriane Bodson, Oumar Mallé Samb, Valery Ridde, Anne-Marie Turcotte-Tremblay. Nouvelles contributions de l'approche qualitative dans l'évaluation des interventions en santé mondiale. 2017. <hal-04158730>

HAL Id: hal-04158730

<https://hal.science/hal-04158730v1>

Preprint submitted on 11 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

NUMÉRO 12 | FÉVRIER 2017

Nouvelles contributions de
l'approche qualitative dans
l'évaluation des interventions en
santé mondiale

Loubna Belaid, Oriane Bodson, Oumar Samb,
Valéry Ridde, Anne-Marie Turcotte-Tremblay



RECHERCHES APPLIQUÉES
INTERVENTIONNELLES
EN SANTÉ ET ÉQUITÉ

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers

Nouvelles contributions de l'approche qualitative dans l'évaluation des interventions en santé mondiale

Loubna Belaid, Oriane Bodson, Oumar Samb, Valéry
Ridde, Anne-Marie Turcotte-Tremblay

Auteurs * :

- **Loubna Belaid,**
École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Centre de recherche du centre hospitalier de Université de Montréal (CRCHUM) Montréal, Canada.
- **Oriane Bodson,**
Économie politique et économie de la santé. Faculté des sciences sociales de l'Université de Liège, Belgique.
- **Oumar Samb,**
Département des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Canada.
- **Valéry Ridde,**
Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal, (IRSPUM), École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Montréal, Canada.
- **Anne-Marie Turcotte-Tremblay,**
Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal, (IRSPUM), École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Montréal, Canada.

*L'ordre alphabétique des auteurs a été choisi pour la signature. Valéry Ridde a coordonné l'écriture du chapitre et supervisé les travaux de recherche à l'origine des sections dont les auteurs sont Loubna Belaid (hétérogénéité), Oriane Bodson (fidélité), Oumar Samb (effets sociaux), Anne-Marie Turcotte-Tremblay (conséquences non intentionnelles). Tous les auteurs ont relu et amélioré l'ensemble du chapitre.

NB: Cet article est tiré d'un chapitre d'un ouvrage collectif sur les recherches qualitatives en santé publié par la maison d'Édition Armand Colin.

Remerciements :

Nous remercions le Docteur Emmanuelle Bélanger pour la révision du manuscrit.

Les auteurs sont entièrement responsables de la qualité scientifique de la recherche qui fait l'objet de la présente publication.

Résumé

Dans le champ de l'évaluation des interventions en santé, l'usage du qualitatif est souvent limité à la compréhension des perceptions des acteurs impliqués dans les interventions ou l'analyse des processus mis en branle. Des entretiens ou des discussions de groupes sont organisés pour comprendre la perspective des acteurs. Cette approche est importante à l'analyse des interventions et mérite d'être développée et poursuivie. Cependant, elle reste assez traditionnelle et classique.

Dans cet article, nous souhaitons partager plutôt notre expérience de tentatives d'innovations méthodologiques dans l'usage du qualitatif pour l'évaluation des interventions en santé mondiale. Nous présentons quatre exemples innovants i) comprendre la fidélité d'une intervention, ii) analyser l'hétérogénéité des effets, iii) appréhender les effets sociaux et iv) étudier les conséquences non intentionnelles d'une intervention. À partir de ces quatre exemples, nous décrivons comment les méthodes qualitatives ont été mobilisées pour répondre à nos questions d'évaluation. Nous montrons également la pertinence et les défis d'utiliser ces méthodes.

Mots-clés : Objectifs du Millénaire pour le Développement, Objectifs du Développement Durable, santé publique, Nations Unies, cadre mondial de développement.

1. Introduction: l'évaluation et les sciences sociales qualitatives

L'évaluation des interventions¹ en santé est appréhendée dans cet article comme un processus de collecte systématique de données dans le but de soutenir les décisions pour améliorer les actions. Il ne s'agit pas d'un acte normatif ou d'une sentence de jugement. Ce processus peut osciller entre une approche très directive où l'évaluateur prend la plus grande part des décisions concernant l'évaluation à une démarche très participative où les participants et intervenants sont au cœur du processus et des décisions (Dagenais & Ridde, 2012). Les interventions de santé sont par essence complexes, mises en œuvre par des acteurs sociaux dans un contexte particulier, dont les intervenants et les évaluateurs font nécessairement partie (Blaise, Marchal, Lefèvre, & Kegels, 2010). Les analyses que nous présentons dans les prochaines pages s'inscrivent dans une approche évaluative fondée sur la théorie des interventions (Weiss, 1998), cette dernière guidant les questions d'évaluation puis les processus de collecte de données² (et non pas l'inverse !).

Le champ de l'évaluation des interventions proviendrait de deux domaines en particulier, soit le contrôle et la comptabilité, d'une part, et, les sciences sociales, d'autre part (Alkin, 2004). Bien que les sciences sociales ne soient évidemment pas l'apanage des méthodes qualitatives, ce retour historique montre bien qu'elles ont toutes leurs places dans le domaine de l'évaluation. Pourtant, la domination générale des approches quantitatives ancrées dans un paradigme positiviste ne fait pas exception parmi les évaluateurs des interventions de santé (J.-P. Olivier de Sardan & Ridde, 2014). Toutefois, l'une des compétences essentielles des évaluateurs est la capacité de collecter, analyser et utiliser les données qualitatives (Agence de la santé publique du Canada, 2008; Société Canadienne d'Évaluation, 2014; Stevahn, King, Ghery, & Minnema, 2005). L'usage de ces données n'est pas nouveau. Nombre d'experts utilisent le qualitatif pour réaliser leurs évaluations, même si trop souvent certains n'ont pas le temps, les ressources ou les compétences pour effectuer des analyses en profondeur, respectant la « *rigueur du qualitatif* » (J. P. Olivier de Sardan, 2008).

Mais l'usage du qualitatif est souvent restreint à l'élucidation de la perception des acteurs de l'intervention et de ses effets ainsi qu'à la compréhension des processus mis en branle. Des entrevues individuelles ou des groupes de discussion vont ainsi être organisés pour rencontrer les intervenants ou les participants afin d'obtenir leurs points de vue. Cette démarche est essentielle à la compréhension des interventions et mérite d'être développée et poursuivie. Cependant, elle reste assez traditionnelle et classique.

Dans cet article, nous voulons plutôt partager nos tentatives d'innovations méthodologiques dans l'usage du qualitatif pour l'évaluation des interventions en santé mondiale. Nous n'évoquerons qu'à la marge les enjeux de l'utilisation des méthodes mixtes dans les évaluations d'interventions, pour plutôt nous concentrer sur la manière innovante, ou à tout le moins peu développée dans les écrits, dont nous avons usé du qualitatif. Faute de place, nous avons choisi de nous concentrer sur quatre exemples innovants i) comprendre la fidélité d'une intervention,

1. Il faut comprendre ce terme au sens large, donc englobant les projets, programmes, interventions, politiques, etc.

2. Faute de place dans ce chapitre, le lecteur trouvera ailleurs une bibliographie annotée lui permettant de mieux appréhender en détail ces approches évaluatives (Ridde and Robert 2014).

ii) analyser l'hétérogénéité des effets, iii) appréhender les effets sociaux et iv) étudier les conséquences non intentionnelles d'une intervention.

2. Le qualitatif pour comprendre la fidélité de l'implantation d'une intervention

L'importance de la fidélité des interventions

Longtemps passée sous silence, l'importance que revêt l'étude de l'implantation d'une intervention est aujourd'hui soulignée. En mettant au jour les éléments d'une intervention mis en œuvre comme convenu par rapport à ceux qui ne le sont pas, elle permet de 1) ouvrir la « boîte noire » qui amène à considérer aveuglement les effets obtenus comme seuls garants de la réussite de l'intervention 2) participer à l'explication du « pourquoi » une intervention aboutit ou échoue 3) identifier les changements survenus au cours de l'implantation et saisir leurs impacts sur les résultats obtenus 4) appréhender les forces et les faiblesses de l'intervention et donc rendre compte de sa validité interne (C. V. Meyers, Brandt, & Christopher, 2015). L'analyse de la fidélité d'implantation constitue donc un outil essentiel à l'amélioration continue d'une intervention puisqu'elle développe une meilleure interprétation du lien, à ce jour établi par les recherches (D. C. Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012), entre la mise en place d'une intervention et ses résultats. Aussi, l'implantation non fidèle au modèle planifié d'une intervention peut porter préjudice à son efficacité et interférer dans l'évaluation de ses résultats (Duerden & Witt, 2012). Le degré de fidélité au modèle planifié se doit toutefois d'être nuancé. Si l'absence de fidélité totale au modèle logique théorique de départ représente une menace pour l'efficacité de l'intervention, la poursuite aveugle d'une conformité absolue - et dès lors dans le refus d'adapter et/ou de modifier le programme - est un obstacle à la viabilité de l'intervention qui se montrerait alors en décalage avec son environnement (Pérez et al., 2011).

Les dimensions de la fidélité

Les études de fidélité d'implantation mobilisent généralement des méthodes qualitatives (entretiens individuels ou en groupes, observations directes) et des instruments de type qualitatif tels que des guides d'entretiens, des questionnaires, grilles d'analyses et des journaux de bord. L'approche qualitative s'immisce dans chacune des cinq dimensions proposées pour étudier la fidélité: 1) l'adhérence précisant le degré de conformité au modèle planifié et pouvant par exemple s'appréhender sur base d'observations ou de consultations de journaux de bord, 2) le dosage ou l'exposition qui détermine le respect de la couverture, de la durée et de la fréquence planifiées des activités de l'intervention, par exemple sur base d'entretiens avec les acteurs, 3) la qualité traduisant la capacité des acteurs à mettre en œuvre fidèlement l'intervention et pouvant être déterminée à l'aide d'auto-rapportage 4) la réceptivité des participants à l'intervention pouvant par exemple s'étudier sur base d'entretiens 5) la différenciation où la méthode qualitative concourt à l'identification des composantes essentielles à l'intervention et qui la distinguent des autres programmes grâce par exemple à l'analyse de contenu (Carroll et al., 2007; C. V. Meyers et al., 2015). Une fois la fidélité d'implantation précisée par l'évaluation, la démarche qualitative permet également d'appréhender la nature, l'acceptabilité et le contexte des éventuelles modifications et adaptations réalisées.

Une intervention organisant un financement basé sur les résultats en Afrique

En Afrique, la défaillance des services de santé nuit à la santé maternelle et infantile. Pour remédier à la situation, des organisations soutiennent l'implantation du Financement Basé sur les Résultats (FBR) qui vise à offrir des incitatifs financiers aux gestionnaires des centres de santé et aux soignants pour les motiver à améliorer la quantité et la qualité des soins de santé (Turcotte-Tremblay, Gautier, Bodson, Sambieni, & Ridde, 2017). Cette approche a connu une forte expansion durant la dernière décennie, malgré le peu de preuves de son efficacité (Witter, Fretheim, Kessy, & Lindahl, 2013).

Jusqu'alors jamais réalisée, l'étude de la fidélité d'implantation d'une intervention mettant en place le FBR se justifie au Burkina Faso par son caractère pilote. En effet, sa poursuite et sa mise à l'échelle nationale dépendent de ses résultats. Or, s'arrêter à la simple mention de résultats, ou d'absence de résultats, sans compréhension de la manière dont ils ont été produits, n'offrirait qu'un regard fragmenté et peu évocateur de la situation. Nous ne pouvons-nous satisfaire de savoir si le FBR fonctionne ou pas. De surcroît, étudier la fidélité d'implantation participe à l'amélioration continue de l'intervention. L'objectif de l'évaluation était avant tout d'apprécier et de comprendre la mise en œuvre du FBR au Burkina Faso (avec un volet concernant la fidélité de l'implantation) ainsi que d'appuyer l'analyse prévue des résultats au moyen d'un devis quasi-expérimental. Le protocole de notre étude reposait sur la comparaison de la fidélité d'implantation un an après le lancement de l'intervention entre trois districts sanitaires et entre deux niveaux de soins (hôpitaux et centres de santé). La fidélité de l'intervention FBR circonscrite à ses caractéristiques essentielles était examinée selon trois dimensions, soit le contenu, la couverture et la temporalité (fréquence et durée du contenu).

Une démarche innovante de méthodes mixtes

L'objet de notre étude, tout comme son caractère précurseur, ont motivé le recours à une méthode mixte nous permettant de développer, d'une part, une connaissance nouvelle et approfondie de l'intervention et, d'autre part, une évaluation comparable de l'implantation effective entre plusieurs districts et centres de santé. L'approche qualitative a été dans un premier temps mobilisée dans le cadre du développement de notre grille. Les données recueillies ont été étudiées sur la base d'un cadre d'analyse adapté de la fidélité d'implantation (Carroll et al., 2007). Nous avons tout d'abord développé au début de l'intervention la liste exhaustive des activités planifiées classées selon les principales dimensions de l'intervention (planification, mise en œuvre, outils de mise en œuvre, autres) sur la base d'une revue approfondie de documents officiels et administratifs ainsi que de nombreux entretiens avec des acteurs clés sélectionnés au sein d'un échantillon raisonné des personnes ressources (Palinkas et al., 2015). Ensuite, nous avons tenté de rendre cette première liste d'activités plus lisible en regroupant les activités similaires et en circonscrivant notre inventaire aux composantes essentielles de l'intervention. Par exemple, les activités de dotation de matériel de bureautique n'ont pas été conservées car elles n'ont pas été jugées essentielles. Puis, la liste d'activités a été soumise et validée par les responsables de l'intervention. Douze mois après le début de l'intervention, des données empiriques ont été collectées grâce à une étude de terrain durant laquelle les enquêteurs ont mené une vingtaine d'entretiens semi-directifs avec des personnes ressources dans chacun des districts et centres de santé à l'étude. L'approche qualitative a une nouvelle fois été mobilisée

à ce stade. Au cours de chacun des entretiens, l'enquêté était invité à réagir sur l'ensemble des activités planifiées que comporte la liste validée et pouvait même, si cela lui semblait pertinent, rajouter des activités qui n'auraient pas été planifiées initialement, mais qui ont bel et bien été implantées. Les commentaires éventuels ont été scrupuleusement collectés par les enquêteurs.

Les données de fidélité d'implantation des activités recueillies qualitativement par entretiens ont, dans un troisième temps, été traduites en données quantitatives en considérant la proportion d'activités classées par nos interlocuteurs en quatre modalités. L'activité était soit 1) implantée comme planifiée, 2) non implantée comme planifiée, 3) adaptée et/ou modifiée, et 4) « Non-Réponse » (NR), modalité ajoutée pour considérer l'absence de réponses qui peut dans certains cas être évocateur d'un manque de communication ou d'un malaise. Cette dernière modalité signifie que les répondants ne savent pas, mais cela ne permet pas d'affirmer que l'activité a été implantée, modifiée ou non. La quantification des données qualitatives permet de les rendre intelligibles et utiles à la comparaison. Les données ont été présentées sous la forme de graphiques. Les commentaires des personnes enquêtées ainsi que les journaux de bord de l'équipe d'enquête ont enfin été mobilisés afin d'interpréter qualitativement les variations statistiques et de comprendre les matériaux quantitatifs alors obtenus par notre analyse. Les commentaires de nos interlocuteurs nous ont ainsi permis d'appréhender par exemple la sous-implantation (14,3%) de la dimension recherche-action en explicitant l'absence de communication officielle autour de la nature première de cette activité.

Le défi de l'accès à l'information

Un problème épineux rencontré au cours de notre collecte de données est l'absence de personnes ressources disposant de l'information dû à des changements de personnel survenus dans certaines formations sanitaires. Les personnes présentes au moment du lancement de l'intervention ou durant son cours ont parfois été mutées, laissant les nouveaux en poste dans l'inconnu. Le fort roulement de personnel, la faible transmission de l'information et le manque de mémoire institutionnelle sont des phénomènes connus dans les systèmes de santé en Afrique. De plus, il a été parfois difficile pour les personnes enquêtées de se rappeler avec certitude des limites temporelles d'une activité qui se serait déroulée il y a plusieurs mois. Nous avons essayé de prévenir ce biais de mémoire en travaillant par trimestre plutôt que par mois mais cette stratégie n'a pas semblé suffisante, nous obligeant à considérer à l'avenir des passages plus réguliers de nos enquêteurs.

3. Le qualitatif pour comprendre l'hétérogénéité des effets des interventions

La santé maternelle en Afrique et une politique au Burkina Faso

Dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement, plusieurs pays africains ont mis en œuvre des politiques sanitaires pour réduire les ratios de mortalité maternelle et infantile. Plusieurs recherches ont évalué les effets de ces politiques sur les indicateurs d'utilisation des services de santé (McKinnon, Harper, Kaufman, & Bergevin, 2014; Valery Ridde, 2015). Toutefois, peu d'entre elles ont analysé les effets en tenant compte du contexte dans lequel ces politiques

ont été mises en œuvre et peu se sont attachées à comprendre les variations observées sur ces indicateurs d'utilisation des services de santé.

Nous avons tenté de comprendre les effets d'une de ces politiques de santé en utilisant une approche essentiellement qualitative. Mais contrairement à la plupart des recherches, nous n'avons pas limité notre analyse aux effets globaux car nous avons aussi souhaité explorer l'hétérogénéité de ces changements. La politique à l'étude consistait à réduire les coûts des accouchements et des urgences obstétricales afin d'inciter les femmes à utiliser les services de santé pour accoucher. Elle a été mise en place au Burkina Faso. Au niveau national, une tendance à la hausse du taux de couverture des accouchements dans les centres de santé a été observée après la mise en œuvre de cette politique. Toutefois, cette augmentation générale masquait des variations à l'intérieur du pays notamment entre les régions, les districts sanitaires et les centres de santé.

Notre problématique de recherche s'est construite à partir de ce constat. Des analyses statistiques sous la forme de séries temporelles retraçant l'évolution du taux de couverture des accouchements de chaque centre de santé ont été réalisées dans le district sanitaire de Djibo, situé au nord du Burkina. Nous avons ainsi constaté une hétérogénéité concernant l'évolution du taux de couverture des accouchements entre les centres de santé. Alors que dans certains centres, elle a augmenté de manière exponentielle immédiatement, dans d'autres, l'augmentation s'est réalisée dix-huit mois après la mise en œuvre de cette politique. En revanche, dans d'autres centres, la couverture est restée inchangée malgré la mise en place de la politique. Après avoir vérifié que la politique avait été mise en œuvre de manière identique dans tous les centres de santé, l'objectif de l'évaluation était donc de comprendre cette hétérogénéité observée.

Étude de cas et méthodes qualitatives de collecte de données

Dans l'éventail des démarches qualitatives dans le domaine de l'évaluation des interventions, l'étude de cas est particulièrement pertinente lorsque l'on souhaite comprendre le « pourquoi » d'un phénomène (Yazan, 2015; Yin & Ridde, 2012). Ainsi, nous avons entrepris une étude de cas multiples où chaque cas mettant en œuvre la politique représentait un centre de santé.

Nous avons mobilisé plusieurs méthodes de collecte de données qualitatives dont des entretiens individuels avec des femmes (n=71) et des prestataires de soins de santé (n=26), des observations dans les centres de santé (n=22) et une analyse documentaire (n=20). Une fois sur le terrain, qui a duré quatre mois, nous avons constaté la difficulté de faire émerger les facteurs concernant les communautés qui expliquent l'hétérogénéité. Les femmes ne disposaient pas suffisamment d'informations sur la formation sanitaire (perception de la qualité des soins, rotation du personnel de santé), et sur la mise en œuvre de la politique sanitaire. Ainsi, nous avons ajouté des groupes de discussions dans les villages (n=62). Ils ont été réalisés avec l'aide d'une enquêtrice maîtrisant la langue locale. Nous avons utilisé des graphiques représentant l'évolution (les séries temporelles) de la couverture des accouchements assistés de chaque centre comme support visuel durant les discussions de groupe. L'enquêtrice a expliqué le graphique et a invité les participants à identifier les facteurs qui expliquent l'évolution de la courbe qui représente le taux de couverture des accouchements de leur formation sanitaire. Toutes les données recueillies ont été transcrites et traduites du Fulfulde au Français. Les données ont

été par la suite traitées à l'aide d'un logiciel informatique (QDA miner) et analysées selon une démarche thématique (Miles & Huberman, 2003).

Des difficultés logistiques et méthodologiques

Nous avons rencontré deux difficultés principales lors de notre étude, l'une est d'ordre logistique et l'autre méthodologique.

Au plan logistique, les données collectées auprès des communautés étaient dans la langue locale. La durée des discussions de groupe était d'environ une heure. Les travaux de traduction et de transcription ont été particulièrement longs, environ six mois. Pour éviter la longue attente des données, nous avons envoyé nos enregistrements des entretiens et des discussions de groupe à une enquêtrice locale au fur et à mesure que nous avançons dans notre collecte de données.

Au plan méthodologique, la multiplicité des méthodes de collecte et les sources de données ont entraîné un important corpus de données textuelles à traiter. Nous avons en main une dizaine de cahiers de petit format qui ont constitué notre journal de bord et dans lesquels nous avons transcrits les notes d'observation. Nous avons également les transcriptions des entretiens et des discussions de groupes sur support informatisé, ce qui représentait un corpus d'environ 700 pages. Les informations collectées n'étaient toutefois pas toutes pertinentes pour répondre à notre problématique. Il a fallu donc réduire à plusieurs reprises les données brutes. L'usage du logiciel informatique a été utile pour effectuer cette condensation et sélection des données.

La pertinence de la démarche qualitative dans l'analyse des effets des politiques sanitaires

Les méthodes qualitatives ont été pertinentes pour identifier les facteurs qui influencent l'hétérogénéité de la couverture des accouchements car elles ont contribué à mieux comprendre l'influence du contexte local sur cette politique. En effet, l'un des facteurs majeurs identifiés était la qualité de la relation entre les prestataires de soins de santé et les communautés. Seule une démarche qualitative permet de rendre compte de cette compréhension fine.

Par le biais de ces méthodes de recherche, nous avons également découvert l'organisation d'une mesure locale qui visait à sanctionner les accouchements à domicile une année après la mise en œuvre de cette politique dans certains villages. Cet élément a été identifié comme un facteur déterminant pour expliquer l'effet différé dans le temps de cette politique. Sans une étude qualitative à cette échelle, cet élément contextuel aurait été difficilement identifiable. Les analyses statistiques nous permettaient seulement de les montrer mais pas de les expliquer.

Enfin, les méthodes qualitatives permettent une réelle proximité avec les communautés qui sont les principales cibles des politiques publiques. L'immersion sur le terrain, nous a permis de mieux comprendre le quotidien des communautés et notamment les obstacles auxquels ils font face pour se rendre au centre de santé pour accoucher.

Les défis de l'usage des méthodes qualitatives

Toutefois, les méthodes qualitatives ne sont pas à l'abri de défis. Elles exigent une réelle ouverture vers l'Autre, de la patience et une capacité à s'adapter au terrain et au changement car « tout ne se passe pas comme prévu ». C'est ici que la distinction entre des protocoles de recherche fixes et flexibles a du sens et pose des défis majeurs pour les comités d'éthique de la recherche (Robson, 2011).

Enfin, nous avons constamment cette inquiétude d'influencer les résultats de notre recherche en raison de la subjectivité du chercheur. Les stratégies que l'on a utilisé pour réduire cet effet consubstantiel à toute recherche interventionnelle étaient la mobilisation de plusieurs méthodes et plusieurs sources de données afin de trianguler les informations obtenues (Blaise et al., 2010). En outre, un processus de partage des résultats de l'étude avec les parties prenantes avait été entrepris avant de quitter le terrain afin de nous assurer de la pertinence et de la validité de nos analyses (Miles & Huberman, 2003).

4. Le qualitatif pour comprendre les effets sociaux des interventions

L'analyse causale en recherche qualitative

Certains scientifiques considèrent que seules les approches quantitatives sont de nature à produire des explications fortes lorsqu'il s'agit d'une évaluation d'intervention visant l'attribution causale (Miles & Huberman, 2003). Cette conception de la causalité est largement influencée par les théories de certains philosophes des sciences, pour qui, elle est impossible à dégager sur la seule base de l'observation et ne peut être qu'inférée grâce aux devis expérimentaux. Cependant, cette vision est jugée étroite et elle a aussi été critiquée par les penseurs réalistes qui avancent que la causalité est observable grâce à l'analyse qualitative (Maxwell 2004). En effet, si l'analyse causale est « *la notion de faire arriver quelque chose : dans le sens le plus primitif, quand C cause E, C fait arriver E* » donc on peut considérer qu'« à chaque fois que le chercheur se prononce sur ce qui produit quelque chose, il fait une analyse causale » (Pires, 1989). Si on accepte cette définition, l'analyse causale peut être considérée comme synonyme de description et d'explication profonde, tel que le soutiennent Miles et Hubermann (2003) : « *De la même manière qu'il n'existe pas de frontière clairement définie entre la description et l'explication, il n'existe pas de démarcation précise entre « l'explication générale » et la « causalité »*. Faire de l'imputation causale avec des données qualitatives revient donc à ouvrir la « boîte noire » et procéder à une description profonde des événements liés à une intervention, ainsi qu'une étude minutieuse et approfondie des mécanismes et des processus impliqués dans la production des effets observés (Maxwell, 2004; Weiss, 1998). De ce fait, il n'est pas besoin d'attendre une répétition de l'évènement ou d'un volume déterminé d'effets semblables pour procéder à une attribution causale (Pires, 1989). Il n'est pas non plus besoin de chercher à contrôler le contexte qui fait partie du processus causal (Deslauriers & Kérisit, 1997), car interférant dans la production des effets : « *Les contextes sociaux et culturels des phénomènes étudiés sont cruciaux pour comprendre l'opération des mécanismes causaux*³ » (Maxwell, 2004).

3. Traduction libre

Pourtant, l'évaluation des interventions accorde peu d'attention aux études qualitatives dans l'étude des effets dans le domaine de la santé. Par exemple, plusieurs études ont été réalisées ces dernières années pour étudier les effets des interventions de gratuité des soins en Afrique (McKinnon et al., 2014; Valéry Ridde & Morestin, 2011). Cependant, dans ces revues, aucune des recherches étudiées n'a fait appel à une approche qualitative pour apprécier l'efficacité. Même si ces travaux existent, ils sont le plus souvent écartés des recensions car ils ne répondent pas aux critères de rigueur proposés par les tenants de ces approches quantitatives.

L'impact social de la gratuité des soins sur le pouvoir d'agir des femmes

Nous présentons une recherche originale qui montre comment l'approche qualitative peut procéder à de l'imputation causale et permet d'apprécier les effets d'une intervention de santé. L'objectif de notre recherche était d'analyser l'impact social d'une intervention de santé sur **l'empowerment** (le pouvoir d'agir) des femmes au Burkina Faso. Les interventions étudiées se déroulaient dans deux districts sanitaires et consistaient à une gratuité totale des accouchements et des soins pour les enfants de moins de cinq ans. Nous avons réalisé une étude de cas multiples (Yin & Ridde, 2012). Les cas étaient constitués par ces deux interventions de gratuité des soins. Nous avons utilisé trois types de méthode : l'analyse documentaire, des entrevues semi-dirigées individuelles (n=104) et de groupe (n=8). Les données ont été analysées selon une démarche thématique (Ritchie & Spencer, 2002).

L'enquête de terrain a duré 6 mois. La triangulation des méthodes qualitatives a contribué à assurer la crédibilité de nos résultats.

Pour procéder à l'imputation causale entre la suppression du paiement des soins et **l'empowerment** des femmes, la démarche adoptée a consisté à nous appuyer sur un cadre conceptuel robuste (la **Capability Approach** d'Amartya Sen) et l'arrimage de toutes les étapes de notre processus de recherche et d'analyse à ce cadre conceptuel a contribué à renforcer la rigueur et la validité à notre recherche (Sen, 2000). En effet, l'utilisation d'un cadre de référence (théorique ou conceptuel) est considérée comme un élément clé sur lequel repose la validité de toute étude de cas (Yin & Ridde, 2012).

De plus, nous avons procédé à une description minutieuse du contexte. Ce qui a permis de comprendre la place des femmes dans la société et leurs stratégies de mobilisation des ressources nécessaires pour l'utilisation des services de santé avant la mise en place des interventions. Nous avons pu constater que les femmes étaient obligées de négocier constamment avec leurs maris ou de s'endetter auprès des voisins pour disposer des ressources nécessaires au paiement des soins. La compréhension de tels éléments a aidé à mettre au jour le processus par lequel la gratuité des soins a pu aboutir à l'acquisition d'un pouvoir de décision sanitaire par les femmes. En effet, nos résultats ont montré que la suppression de la barrière financière a contribué à éliminer le besoin des femmes de s'adonner à ces stratégies pour disposer de l'argent des accouchements. Cette nouvelle donne constitue « la cause » à la base de l'acquisition par les femmes d'un pouvoir de décision sanitaire (effet de premier ordre). « Un effet de premier ordre » est considéré comme une caractéristique constitutive du système étudié et son effet immédiat, tandis qu'« un effet de deuxième ordre » est un effet corrélatif de celui de premier ordre (Pires,

1989). L'acquisition de ce pouvoir sera par la suite déterminante, « mécanisme causal » à la réalisation d'autres effets (effet de deuxième ordre) au plan sanitaire (augmentation du recours aux soins dans les formations sanitaires), mais aussi au niveau de l'amélioration de leur statut social (renforcement de leur estime de soi et un plus grand respect au sein de leur ménage).

La rigueur du qualitatif ou l'importance de minimiser les biais

Il est cependant important de noter que faire de l'imputation causale dans une étude qualitative n'est pas chose aisée. Il y a de nombreux biais potentiels auxquels le chercheur est appelé à faire face, comme nous en avons fait l'expérience (Maxwell, 2004). Pour autant, il serait prétentieux pour le chercheur qualitatif de vouloir éliminer ces biais (J. P. Olivier de Sardan, 2008), car « *la politique du terrain* » *se mène en naviguant à vue parmi ces biais.* » (J. P. Olivier de Sardan, 2008). Son objectif doit donc être de tenter de les minimiser, de les maîtriser ou d'en tenir compte. Ainsi, pour faire face au biais de désirabilité sociale, souvent consubstantiel aux projets de développement, nous avons insisté durant notre évaluation sur notre indépendance par rapport à l'ONG, mais aussi par rapport à l'État. Nous avons réitéré au début de chaque entrevue que cette recherche n'aura aucune incidence sur la continuité de ces interventions de santé. En ce qui concerne le biais lié à la présence du chercheur sur le site, qui peut modifier les comportements des personnes étudiées (J. P. Olivier de Sardan, 2008) ou influencer sur le contenu des entrevues, nous l'avons limité en restant longtemps sur le terrain (six mois) afin que les acteurs s'habituent à notre présence (J. P. Olivier de Sardan, 2008) et en profitant des échanges informels et des moments de socialisation pour mieux expliciter l'objet de notre travail et clarifier nos intentions.

5. Le qualitatif pour comprendre les conséquences non intentionnelles des interventions

Des interventions de santé centrées sur l'incitation financière

De nombreux acteurs soutiennent que l'intervention du Financement basé sur les résultats (FBR) présentée dans la section sur l'analyse de la fidélité, peut engendrer des conséquences non intentionnelles allant au-delà des objectifs ciblés. Elles sont définies comme des changements, pour lesquels il y a un manque d'action ou de causalité délibérée, qui se produisent dans un système social à la suite de l'adoption ou du rejet d'une innovation (Ash et al., 2007). Elles peuvent être désirables ou indésirables ainsi qu'anticipées ou non. Dans le cas du FBR, par exemple, une amélioration ou diminution des soins qui ne font pas l'objet d'incitations financières pourrait constituer une conséquence non intentionnelle.

Comme c'est souvent le cas dans les évaluations d'interventions, très peu d'attention a été consacrée à l'étude des conséquences non intentionnelles. Cette lacune peut être partiellement due à la difficulté de les prévoir et les mesurer (Rogers, 2003). Ainsi, nous avons réalisé une étude pilote, dans le cadre d'une recherche réalisée en équipe visant à accroître les connaissances scientifiques sur les conséquences non intentionnelles du FBR (Valéry Ridde et al., 2014). Pour ce faire, nous avons effectué une étude de cas multiples. Nous avons combiné diverses méthodes de collecte de données complémentaires, c'est-à-dire, des entretiens informels,

l'observation non participante et des entrevues semi-structurées. Les notes des observations et des entretiens informels ont été systématiquement reportées dans un journal de bord et les enregistrements des entrevues ont été retranscrits pour effectuer l'analyse thématique (Fereday & Muir-Cochrane, 2006).

L'observation non participante et les discussions informelles sont essentielles

L'étude pilote a démontré que l'observation non participante (c'est-à-dire observer sans agir) est une méthode de recherche qualitative particulièrement utile pour révéler de nombreuses conséquences non intentionnelles du FBR. Par exemple, nous avons observé et étudié le fait que les soignants remplissent les registres de soins médicaux de façon rétrospective et arbitraire pour augmenter leurs scores de performance et maximiser leurs profits. Par ailleurs, les conversations informelles entre les acteurs ont permis de comprendre que le FBR engendre de l'insatisfaction pour certains infirmiers-chefs de poste (ICP), responsable des centres de santé.

Nous avons également pu observer que les soignants organisent des mises en scène pour créer l'illusion qu'ils répondent aux critères de performance. Juste avant l'évaluation qui détermine le niveau de performance et la distribution des paiements, par exemple, les agents de santé enfilent leur blouse avec leurs noms, s'organisent pour nettoyer les salles et changent les matelas sales ou abimés des patients par leurs propres matelas. Les médicaments habituellement entreposés à terre pour faciliter l'accès sont temporairement rangés dans les étagères. Mais cela ne dure que le temps de l'évaluation et les habitudes sont ensuite rapidement reprises.

En outre, nous avons pu étudier des divergences importantes entre les discours livrés lors des entrevues formelles et enregistrées et les entretiens informels ou les comportements observés. Par exemple, lors d'une conversation informelle, un infirmier a expliqué qu'il ne fait aucune visite à domicile en raison des exigences trop élevées du FBR qui nécessite la présence d'une équipe de trois personnes pour cela. Plus tard, lors d'une entrevue enregistrée, ce même infirmier nous déclarait faire des visites à domicile régulièrement. Cette divergence est un résultat intéressant en soi et peut s'expliquer par le désir de protéger des intérêts dans un contexte de recherche sur une intervention financée par l'aide internationale et dont les bénéfices pour les soignants sont importants. Lorsque de tels décalages existent, il est utile de trianguler le plus possible avec d'autres sources de données pour identifier la version la plus probable. La longue immersion sur le terrain permet notamment le recours à cette vérification. Il est aussi possible d'en partager sereinement les résultats avec les acteurs concernés une fois l'évaluation terminée afin de mieux en comprendre les raisons et éventuellement poursuivre la recherche sur ces dernières (V. Ridde & Dagenais, 2012).

Quelques précautions pour le terrain

Étant donné la nature sensible du sujet de recherche, nous avons compris qu'il est préférable de ne pas prendre de notes d'observation devant les participants et de ne pas enregistrer toutes les entrevues. En effet, cela peut grandement influencer leurs comportements et les échanges subséquents. Par conséquent, il est souvent nécessaire de mémoriser les conversations et les actions pertinentes pour pouvoir les transcrire de façon détaillée plus tard. Ce défi peut être surmonté en s'éclipsant discrètement pour écrire les idées essentielles et en complétant les

notes de façon assidue après chaque séance d'observation. L'enregistrement verbal des notes peut accélérer le processus de documentation lorsqu'il est difficile d'écrire. Enfin, sur une longue période de temps, la combinaison de plusieurs méthodes de collectes de données pour étudier les conséquences non intentionnelles peut engendrer une quantité énorme de données. L'analyse de toutes ces données peut devenir difficile à gérer. Il est important de bien évaluer nos capacités d'analyse à l'avance pour éviter de mobiliser les ressources locales (p. ex., le temps des participants, coûts d'hospitalité) inutilement.

Les méthodes de recherche habituelles semblent être inadaptées à l'étude des conséquences non intentionnelles (Ash et al., 2007; Rogers, 2003). En effet, l'utilisation de questionnaires quantitatifs et d'entrevues qualitatives semi-structurées enregistrées comporte des limites lorsque les thèmes abordés sont très sensibles, les comportements ne sont pas reconnus ouvertement, les opinions ne sont pas politiquement correctes, les changements ne sont pas anticipés par les acteurs et les phénomènes sont émergents. En revanche, notre étude pilote a montré que certaines techniques de collecte de données longitudinales, préconisées par les anthropologues, les ethnologues comme l'observation non participante et les entretiens informels avec les acteurs, peuvent favoriser la compréhension du contexte local, l'observation des comportements en temps réel, la saisie des discussions spontanées entre acteurs et la découverte de phénomènes émergents à travers le temps (Patton, 2011; Rogers, 2003). Le niveau de confiance entre les participants et les chercheurs augmente à travers le temps donc les comportements et les discussions deviennent plus naturelles. C'est principalement dans un contexte naturel, sans filtre, sans retenue et sans mise en scène, que les conséquences non intentionnelles d'une intervention sont susceptibles d'émerger aux yeux du chercheur qualitatif lors des évaluations d'interventions. Ainsi, il est utile de prendre son temps sur le terrain et de tisser des liens avec les acteurs locaux, sans précipiter les discussions sensibles. La patience porte ses fruits car il n'est pas rare que les participants offrent volontairement des explications sur les conséquences non intentionnelles aux moments les moins attendus.

6. Conclusion

Dans le domaine de l'évaluation des interventions, le recours aux données et analyses qualitatives reste encore rare et trop souvent cantonné à la seule étude de la perception des acteurs sur les actions et leurs effets. Il est donc d'abord indispensable d'accroître le nombre d'études qualitatives concernant les interventions mais aussi, et surtout, les associer avec les recherches quantitatives car les méthodes mixtes devraient devenir la norme et non l'exception de l'évaluation des interventions (V Ridde & Olivier de Sardan, 2014).

En outre, nous avons tenté de montrer dans cet article qu'il est possible d'innover dans l'usage des données qualitatives et que ces dernières peuvent être d'un apport original pour comprendre les interventions de santé des populations. Elles sont même souvent les seules à nous permettre d'entrer dans la fameuse « boîte noire » des interventions (Weiss, 1998). Cependant, pour mobiliser de telles approches, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir notamment en formant mieux les jeunes chercheurs, en renforçant la rigueur de la présentation des résultats qualitatifs dans les écrits, en proposant plus de travaux de nature réflexive sur la mobilisation de ces méthodes, et enfin, en sensibilisant les financeurs de la recherche et les décideurs à l'importance de donner plus de place à ces méthodes.

Références bibliographiques

Agence de la santé publique du Canada. (2008). <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf>.

Alkin, M. C. (2004). *Evaluation Roots. Tracing Theorists' Views and Influences*. Thousand Oaks.

Ash, J. S., Sittig, D. F., Poon, E. G., Guappone, K., Campbell, E., & Dykstra, R. H. (2007). The Extent and Importance of Unintended Consequences Related to Computerized Provider Order Entry. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 14(4), 415-423. doi:10.1197/jamia.M2373

Blaise, P., Marchal, B., Lefèvre, P., & Kegels, G. (2010). Au-delà des méthodes expérimentales, l'approche réaliste en évaluation. In L. Potvin, M. J. Moquet, & C. Jones (Eds.), *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis: NPES coll Santé en action.

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(40), 1-9.

Dagenais, C., & Ridde, V. (2012). *Approches et Pratiques En Évaluation de Programme*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (1997). Le Devis de Recherche Qualitative. In J. Poupart, J. Deslauriers, & L. Groulx (Eds.), *La Recherche Qualitative. Enjeux Épistémologiques et Méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.

Duerden, M., & Witt, P. A. (2012). Assessing program implementation: What it is, why it is important and how to do it. *Journal of extension*, 50(1), 1-8.

Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80-92. doi:10.1177/160940690600500107

Maxwell, J. A. (2004). Using Qualitative Methods for Causal Explanation. *Field Methods*, 16(3), 243-264. doi:10.1177/1525822x04266831

McKinnon, B., Harper, S., Kaufman, J. S., & Bergevin, Y. (2014). Removing user fees for facility-based delivery services: a difference-in-differences evaluation from ten sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*. doi:10.1093/heapol/czu027

Meyers, C. V., Brandt, W., & Christopher, W. (2015). *Implementation Fidelity in Education Research: Designer and Evaluator Considerations*. New York: Routledge.

Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 462-480. doi:10.1007/s10464-012-9522-x

Miles, M., & Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2 ed.). Belgique De Boeck

Université.

Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2014). *Diagnostic d'une politique publique: les exemptions de paiement pour les soins de santé au Sahel*. Paris, Karthala.

Olivier de Sardan, J. P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Belgique Académia Bruylant.

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533-544. doi:10.1007/s10488-013-0528-y

Patton, M. (2011). *Developmental Evaluation Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. New York: The Guilford Press.

Pérez, D., Lefèvre, P., Castro, M., Sánchez, L., Toledo, M. E., Vanlerberghe, V., & Van der Stuyft, P. (2011). Process-oriented fidelity research assists in evaluation, adjustment and scaling-up of community-based interventions. *Health Policy and Planning*, 26(5), 413-422. doi:10.1093/heapol/czq077

Pires, A. (1989). Analyse causale et récits de vie. *Anthropologie et sociétés*, 13(3), 37-57.

Ridde, V. (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research*, 15(Suppl 3), S6.

Ridde, V., & Dagenais, C. (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Deuxième édition. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Ridde, V., & Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy and Planning*, 26(1), 1-11. doi:10.1093/heapol/czq021

Ridde, V., & Olivier de Sardan, J. (2014). Une contribution des méthodes mixtes à l'étude des politiques publiques : complémentarités et difficultés. In J. Olivier de Sardan & V. Ridde (Eds.), *Une Politique Publique de Santé et Ses Contradictions: La Gratuité Des Soins Au Burkina Faso, Au Mali et Au Niger*. Paris: Khartala.

Ridde, V., Turcotte-Tremblay, A.-M., Souares, A., Lohmann, J., Zombré, D., Koulidiati, J. L., . . . De Allegri, M. (2014). Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso. *Implementation Science*, 9(1), 1-12. doi:10.1186/s13012-014-0149-1

Ritchie, J., & Spencer, L. (2002). Qualitative data analysis for applied policy research. *The qualitative researcher's companion*, 573, 305-329.

Robson, C. (2011). *Real World Research : A Resource for Users of Social Research Methods in Applied Settings*. Chichester, West Susse: Wiley.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovation*. New York: Free Press.

Sen, A. (2000). *Un Nouveau Modèle Économique. Développement, Justice, Liberté*. Paris Odile Jacob.

Société Canadienne d'Évaluation. (2014). <http://evaluationcanada.ca/fr/competences-pour-les-evaluateurs-canadiens>.

Stevahn, L., King, J. A., Ghere, G., & Minnema, J. (2005). Establishing Essential Competencies for Program Evaluators. *American Journal of Evaluation*, 26(1), 43-59. doi:10.1177/1098214004273180

Turcotte-Tremblay, A.-M., Gautier, L., Bodson, O., Sambieni, N. E., & Ridde, V. (2017). Dans les coulisses du pouvoir décisionnel : le rôle des organisations internationales dans l'expansion du financement basé sur les résultats dans les pays à faible et à moyen revenu In C. p. l. h. é. e. f. d. l. France (Ed.), *En Finir avec le New Public Management? De nouvelles perspectives pour l'action publique*. France, Accepté.

Weiss, C. H. (1998). *Evaluation : Methods for Studying Programs and Policies*. Upper Saddle River, N.J., : Prentice Hall.

Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F., & Lindahl, A. (2013). Paying for Performance to Improve the Delivery of Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

Yazan, B. (2015). 'Three Approaches to Case Study Methods in Education: Yin, Merriam, and Stake. *The Qualitative Report*, 20(2), 134-152.

Yin, R., & Ridde, V. (2012). *Théorie et pratiques des études de cas en évaluation*, Montréal: Presses de l'Université de Montréal

Cahiers REALISME
Numéro 12, Février 2017

Comité éditorial:

Maria José Arauz Galarza
Marie Munoz Bertrand
Lara Gautier
Valéry Ridde
Emilie Robert
Emmanuel Sambieni
Sylvie Zongo

Coordinatrice de la collection:

Lara Gautier

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/
cahiers-realisme@equitesante.org

La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.

Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME
Numéro 12, Février 2017

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/