



paramètres

Sous la direction de
Valéry Ridde et Christian Dagenais

Approches et pratiques en évaluation de programmes

NOUVELLE ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE



Les Presses de l'Université de Montréal

10

Théorie et pratiques des études de cas en évaluation de programmes

Robert K. Yin et Valéry Ridde

Dans le domaine de l'évaluation des programmes, les études de cas peuvent être employées de deux différentes façons, soit elles font partie de l'une des méthodes auxquelles ont recours les évaluateurs dans le processus d'évaluation (par exemple, Cronbach *et al.*, 1980, p. 222-223 ; Datta, 1997, p. 348), soit elles sont utilisées à titre de démarche méthodologique principale (par exemple, Yin, 2000a). La première utilisation est la plus répandue, alors que la seconde pose davantage de difficultés.

L'étude de cas en tant que méthode de recherche¹

Que l'étude de cas soit employée à titre de méthode principale ou secondaire, sa nature demeure la même. Elle consiste dans l'étude approfondie d'un cas dans son contexte. Contrairement aux enquêtes ainsi qu'aux études expérimentales et quasi expérimentales, les études de cas servent à analyser des cas en profondeur et à examiner les relations entre les cas à l'étude et certains éléments contextuels. Pour saisir la complexité d'un cas et de son contexte, les études de cas utilisent plusieurs types de sources de données, tels que les entretiens, les documents, l'observation sur le

1. Il s'agit d'une présentation abrégée des études de cas (voir Yin, 2009, pour une présentation détaillée).

terrain, les archives et l'observation participante. La triangulation des données provenant de ces différentes sources aide à confirmer et à corroborer les résultats. Les données collectées peuvent être de nature qualitative, quantitative ou les deux.

L'étude de cas peut également s'appuyer sur une théorie provisoire. La théorie peut être descriptive (décrire les caractéristiques du cas) ou explicative (émettre des hypothèses à propos du cas). Lorsque la théorie est explicative, l'étude de cas devrait considérer différentes hypothèses, ce dont doivent tenir compte le choix du devis d'évaluation et le processus de collecte de données (Campbell, 1984, 2009; Yin, 2000b). L'ensemble des éléments mentionnés plus haut caractérise les évaluations par étude de cas, comme le montrera la suite de ce chapitre.

L'étude de cas en tant que méthode complémentaire

Pour juger de la performance d'une intervention, l'évaluation peut se baser sur différentes méthodes, comme celle qui consiste à conduire une étude expérimentale distribuant les sujets entre les groupes contrôle et expérimental de façon aléatoire. Une étude de cas peut alors servir à examiner de plus près un ou plusieurs sujets dans chaque groupe. À titre d'exemple, une évaluation peut porter sur un programme novateur mis en œuvre dans une école. Une étude expérimentale peut répartir les classes entre des groupes contrôle et expérimental pour ensuite comparer les résultats à l'aide d'un même outil, comme le score de rendement des élèves. Une étude de cas a plutôt tendance à se concentrer sur un nombre restreint de classes et à considérer surtout les processus d'enseignement et d'apprentissage. Ainsi, les études de cas permettent de mettre en lumière les processus d'enseignement et d'apprentissage qui caractérisent le programme évalué. Cependant, lorsque les études de cas sont employées comme méthode complémentaire, leurs résultats occupent une place secondaire par rapport à ceux tirés des méthodes principales.

Plusieurs exemples permettent d'illustrer ce fait. Dans le domaine de l'éducation, une évaluation peut porter sur un programme de développement professionnel destiné aux directeurs d'école. Elle peut reposer sur une enquête menée auprès d'un grand nombre de directeurs, alors qu'une étude de cas porte sur un nombre plus restreint. En développement communautaire, l'évaluation d'un programme de développement immobilier

peut faire intervenir une analyse économique des unités de logement et une étude de cas couvrant un plus petit groupe de ménages vivant au sein de ces unités. En santé publique, une évaluation peut prendre en compte les effets d'un nouveau traitement testé dans des cliniques et s'appuyer sur une étude de cas visant à examiner en détail les expériences vécues dans un nombre plus restreint de cliniques.

L'étude de cas en tant que stratégie méthodologique principale

Lorsque l'étude de cas est employée comme stratégie méthodologique principale, le « cas » à l'étude correspond à l'intervention ou au traitement évalué. D'autres données peuvent être collectées par le moyen d'études de cas dont le niveau d'analyse est inférieur (individus ou groupes) ou d'autres types d'études de nature qualitative ou quantitative. On distingue trois types d'évaluation dans lesquels l'étude de cas constitue la démarche principale: 1) l'évaluation des processus; 2) l'évaluation des résultats; 3) l'évaluation des processus et des résultats (voir chapitre 1).

L'évaluation des processus

Comme les études de cas permettent de saisir la complexité d'un cas ainsi que les changements subis par ce dernier au fil du temps², elles sont considérées comme étant tout indiquées pour réaliser des évaluations de processus ou d'implantation. Une étude de cas vise alors à suivre le processus de mise en œuvre et se révèle particulièrement utile si l'intervention présente des caractéristiques d'organisation complexes (voir chapitre 14). En revanche, l'évaluation d'un nouveau médicament ne peut se concentrer sur l'administration unique d'un médicament à un seul patient. Dans un tel cas, l'implantation est dite simple et l'étude de cas n'est pas appropriée. L'étude de cas devrait d'abord déterminer les unités d'analyse principales et secondaires, telles que les individus, les groupes ou les organisations qui chapeautent l'intervention. Ensuite, elle cherche à documenter et à expliquer le processus de mise en œuvre et à fournir des indications sur le potentiel de l'intervention et sur le respect du calendrier. S'il est trop tôt

2. En ayant recours aux entretiens en profondeur et à l'analyse de documents, les études de cas peuvent recueillir des données rétrospectives à propos des événements. Ainsi, le temps de la collecte des données n'est pas toujours celui de l'analyse du cas.

pour pouvoir juger des résultats d'une intervention, l'évaluation de processus ou d'implantation peut constituer la totalité de la démarche évaluative. L'évaluation est alors formative puisque ses résultats permettent d'améliorer ou de réorienter l'intervention. Par exemple, la mise en œuvre d'une intervention complexe peut s'étendre sur plus d'un an et les résultats peuvent se manifester seulement après quelques années. Une étude de cas effectuée durant la première année de la mise en œuvre peut fournir des informations qui seront utiles pour une éventuelle rétroaction.

L'évaluation des résultats

Les études de cas peuvent aussi se concentrer uniquement sur les résultats des interventions. L'évaluation peut avoir pour but de dépouiller l'ensemble des résultats, comme cela est le cas lorsque l'on cherche à étudier les mesures de performance des services publics (Wholey, 1997, p. 131-132). Les études de cas centrées sur les résultats sont également utiles lorsque les principaux résultats sont déjà connus. L'évaluation vise alors à recueillir des données qui rendent compte de l'évolution et de la portée de ces résultats (par exemple, Schwandt, 2009, p. 202). Par exemple, l'évaluation d'une initiative permettant aux élèves de choisir leur école plutôt que d'y être assignés portait sur deux aspects : le rendement des élèves et la capacité de l'intervention à accroître les occasions de s'instruire pour la totalité des parents et des élèves, et non seulement pour une partie d'entre eux (Teske, Schneider, Roch et Marschall, 2000). Afin d'interpréter les résultats, les évaluateurs ont comparé les données provenant des écoles ayant fait l'objet d'une intervention avec celles provenant d'autres écoles du district dans lesquelles il n'y a pas eu d'intervention. Les évaluations par étude de cas peuvent aussi avoir pour but d'expliquer les résultats. Ainsi, une évaluation dans le domaine de l'éducation a montré que les parents ne s'occupaient pas suffisamment des devoirs que leurs enfants avaient à faire à la maison (Yin, 2011, p. 188-192). Ce résultat s'explique, d'abord par le fait que les parents sont trop occupés par leur propre travail et par leurs autres enfants. Toutefois, une analyse plus approfondie des données provenant des études de cas a mis en évidence un autre aspect de l'évaluation : en aidant leurs enfants à obtenir de meilleurs résultats, les parents craignent que la réussite scolaire des enfants ne coupe ceux-ci de leur communauté, caractérisée, depuis plusieurs décennies, par un déclin de l'économie de la population, puisque les enfants auraient ainsi plus de possibilité de quitter leur milieu.

L'évaluation des processus et des résultats

Les études de cas peuvent enfin servir à établir des liens entre les interventions et leurs résultats (Shavelson et Towne, 2002, p. 99-110; Mark, 2008, p. 125). Le rôle des études de cas consiste alors à enrichir les évaluations effectuées en leur adjoignant un devis expérimental ou quasi expérimental, même s'il s'agit d'essais randomisés. La principale force des essais randomisés réside dans leur capacité à juger de la relation entre l'intervention et ses résultats et d'attribuer les résultats à l'intervention (par exemple, Bickman et Reich, 2009; voir chapitre 6). Cependant, les évaluations par essais randomisés demeurent incomplètes puisqu'elles n'expliquent pas les processus ou les mécanismes permettant aux interventions d'aboutir à des résultats (par exemple, Labin, 2008, p. 101; Julnes et Rog, 2009, p. 102-103). Les études de cas viennent combler cette lacune.

À cet égard, les modèles logiques (par exemple, Wholey, 1979; Kellogg, 2004; voir chapitre 5) jouent un rôle fondamental³. Au départ, le modèle logique peut être reconstitué de façon hypothétique, soit à partir des liens conceptuels qui permettent aux activités (intrants) de produire des effets directs (extrants) et des effets à long terme (impact)⁴. Pour être pertinent, le modèle logique doit opérationnaliser ces liens, c'est-à-dire préciser comment les activités produisent les résultats attendus, ce qui ne peut s'expliquer uniquement par une relation causale. De plus, le modèle logique devrait considérer différentes hypothèses (Yin, 2000b). En effet, « plus l'intervalle entre le début de l'intervention et l'obtention des résultats que l'on souhaite mesurer est long, plus il est difficile de formuler des hypothèses causales différentes » (Julnes et Rog, 2009, p. 110; notre traduction).

Malgré le fait qu'il est difficile de réaliser des études de cas permettant d'expliquer comment les interventions produisent des résultats, plusieurs exemples peuvent être cités dans divers domaines : la fermeture d'une base

3. Les modèles logiques sont généralement représentés sous la forme d'un graphique comportant une série de boîtes (désignant un ensemble de variables) reliées par des flèches. La tâche la plus complexe (souvent négligée) est de décrire les flèches qui représentent les mécanismes d'intérêt.

4. Bien que les modèles logiques aient souvent été décrits de façon linéaire, les relations entre les intrants, les extrants et les impacts sont davantage complexes. L'évaluateur peut donc opter pour une approche plus dynamique (par exemple, voir Dyehouse *et al.*, 2009), qu'il est impossible de décrire en détail ici.

militaire d'une petite communauté (Bradshaw, 1999); une initiative visant la revitalisation d'un quartier (Galster, Tatian et Accordino, 2006); des changements dans un système de santé mentale pour enfants (Bickman et Mulvaney, 2006); et une réforme de l'éducation dans un district urbain de grande étendue (Supovitz et Taylor, 2005)⁵.

L'exemple fourni dans la section suivante aidera à mieux comprendre les études de cas axées à la fois sur les processus et les résultats. Il présente la version abrégée d'une évaluation portant sur les activités de prévention de la toxicomanie d'une coalition communautaire (Yin, 2012).

Évaluation des activités de prévention de la toxicomanie d'une coalition communautaire⁶

La coalition était composée d'individus et d'organismes communautaires (centres communautaires, groupes de locataires, associations parentales, etc.). Elle était au service d'une communauté établie dans un quartier où abondaient les magasins de peinture automobile, les centres de recyclage et les logements délabrés et qui était peu à peu devenu un dépotoir de déchets médicaux. Tout cela a favorisé l'émergence de commerces illégaux, tels que la prostitution et le trafic de drogues. À un moment donné, le taux de chômage a été évalué à 47 %. De plus, la concentration de magasins d'alcool était particulièrement élevée, avec 728 commerces détenant un permis d'alcool dans une zone de 40 milles carrés, 10 fois plus que dans les autres quartiers. Contrairement à bon nombre d'organisations communautaires, la coalition était basée sur un modèle d'organisation communautaire qui avait pour but d'amener les citoyens à influencer les prises de décision dans l'arène politique. Elle mettait sur pied des « campagnes d'enjeux ». Une campagne pouvait, à elle seule, couvrir de multiples enjeux tels que le soutien à apporter à des candidats politiques, des projets de loi, des décisions juridiques ou des réglementations.

5. Les auteurs de ces articles n'utilisent pas nécessairement le terme « étude de cas » pour définir leurs évaluations. Toutefois, pour l'ensemble de ces exemples, le principal sujet à l'étude consiste en une seule entité (par exemple, une initiative de revitalisation), les données sont recueillies sur le terrain en fonction du sujet à l'étude et les conclusions portent sur cette seule entité.

6. Les données ont été collectées par le moyen d'entrevues, de revues de publications et de rapports des médias, de séances d'observation et d'un sondage. Ces méthodes ne seront pas décrites dans cette version abrégée.

Les activités de la coalition. Au cours d'une période de troubles, de nombreuses propriétés ont été détruites, dont plus de 200 magasins d'alcool. Un an après les événements, la coalition a organisé une campagne de reconstruction qui avait pour but de faire baisser la consommation d'alcool et de drogues chez les mineurs⁷. L'objectif de la campagne était de reconstruire la communauté et, en même temps, de réduire le nombre de magasins détenant un permis d'alcool. La présence de ces magasins favorisait la consommation d'alcool chez les mineurs, le commerce de drogues ainsi que d'autres activités criminelles. Dans un premier temps, les chefs de la coalition ont rencontré les membres de la mairie, du comité d'urbanisme et du *Alcohol Beverage Control* (ABC) pour discuter du renouvellement des permis d'alcool. La coalition a présenté une pétition de 25 000 signatures demandant un moratoire sur le renouvellement des licences jusqu'à ce que de nouvelles conditions soient établies.

Certaines des nouvelles conditions nécessitaient des changements législatifs. C'est le cas de celles qui exigeaient des peines plus sévères (augmentation de la durée de la suspension du permis) pour les commerçants vendant de l'alcool aux mineurs, ainsi que de celles qui incitaient les commerçants à engager des gardes de sécurité, à améliorer l'éclairage et à surveiller plus étroitement les activités criminelles sur leur territoire. De plus, un nouveau règlement permettrait aux membres du ABC de faire respecter les conditions et d'infliger des sanctions aux commerçants récalcitrants. Au cours de l'année qui a suivi, la coalition a donné à des citoyens la formation nécessaire pour recueillir des preuves, tenir des séances d'information, témoigner devant les instances publiques ou judiciaires et collaborer avec les médias en vue de sensibiliser le public aux problèmes contre lesquels elle luttait. Au bout de quelque temps, le conseil municipal a adopté le nouveau règlement.

7. Cette approche suit un modèle de « santé publique » selon lequel une stratégie de prévention ne réussit parfois que lorsque des modifications sont apportées à l'environnement des individus. Ce modèle contraste avec l'approche individuelle dans laquelle les individus doivent changer leurs comportements, même s'ils sont non pas les responsables des problèmes de santé publique, mais plutôt les victimes. Elle peut s'appliquer dans bon nombre de domaines : élimination des mares d'eau stagnante (pour éviter la propagation des maladies transmises par les moustiques), nettoyage des réservoirs d'eau, suppression des distributeurs de cigarettes dans les endroits fréquentés par les mineurs, cessation de la vente de bières fraîches dans les stations d'essence pour réduire les accidents routiers.

Les commerçants ont d'abord contesté la décision rendue par le conseil municipal et ont demandé à la cour locale d'émettre une injonction, ce qui a été refusé. Les commerçants se sont ensuite tournés vers la cour d'appel qui a également rejeté leur requête afin d'éviter d'aller à l'encontre de la décision rendue par la cour locale. Cela a eu pour effet de renforcer la capacité des administrations municipales à lutter contre les problèmes de criminalité auxquels ils font face. En effet, les villes environnantes se sont prévaluées de cette décision pour imposer des conditions plus strictes à leurs commerçants.

Premiers résultats. L'effet direct des activités de la coalition a d'abord été de permettre aux membres du ABC d'imposer des conditions pour le renouvellement des permis d'alcool. Les membres disposaient également des moyens nécessaires pour assurer le respect des conditions. Il en est résulté par la suite une baisse du nombre de commerces détenant un permis d'alcool. Les nouvelles conditions étant plus strictes, seulement 56 des 200 commerces ont pu renouveler leur permis. Ainsi, non seulement les magasins d'alcool étaient moins nombreux, mais les commerces ayant le permis étaient également plus sécuritaires. L'analyse de la suite des événements, allant de la mise en œuvre de la campagne de reconstruction jusqu'à l'augmentation de l'attention médiatique, a permis de conclure que la coalition a été le principal responsable de la réduction du nombre de commerces détenant un permis d'alcool. L'hypothèse suivant laquelle d'autres acteurs ont également contribué à ces résultats n'a jamais été avancée. Le rôle central de la coalition a été reconnu lorsque d'autres communautés lui ont demandé de les aider à réaliser les mêmes activités.

Résultats quant à la prévention de la toxicomanie. L'étude de cas a évalué les résultats relatifs à la prévention de la toxicomanie en interrogeant un échantillon aléatoire de citoyens et d'élèves du quartier au sujet de leur consommation d'alcool. Les résultats ont ensuite été comparés à des données similaires provenant d'une autre communauté. Cette dernière présentait des caractéristiques économiques et démographiques analogues, mais ne disposait pas d'organismes communautaires ressemblant à la coalition. Les sondages étaient de nature transversale et ont eu lieu avant l'intervention et deux ans après. La comparaison des données provenant de chaque communauté n'a montré aucune différence statistique-

ment significative entre l'évolution des comportements auto-déclarés des adultes ou des jeunes au cours de cette période de deux ans.

Pour montrer d'autres possibilités d'application de la stratégie méthodologique des études de cas dans l'évaluation d'interventions, considérons maintenant le contexte dans lequel s'est inscrit notre recours à des études de cas multiples à deux reprises.

Contexte général des deux exemples d'études de cas en Afrique

Le contexte est celui de l'Afrique de l'Ouest dans les années 1980. Les pays de cette région de l'Afrique ont décidé à cette époque de demander aux patients de payer les soins de santé lorsqu'ils se rendaient dans des établissements sanitaires. Les politiques adoptées dans le domaine de la santé s'inscrivaient dans un plan de réforme du système de santé, lequel fonctionnait plutôt mal, n'était pas utilisé par la population et était sous-financé. De plus, elles visaient à décentraliser le fonctionnement des systèmes de santé en mettant en place des comités locaux de gestion des centres de santé, composés d'habitants des villages environnants, et veillant à ce que le paiement demandé au point de service soit géré localement par ces comités de gestion (COGES). Mais, bien que ces politiques aient rendu possible un approvisionnement constant en médicaments dans les centres de santé primaires, elles ont été incapables d'organiser les systèmes de santé de façon qu'ils répondent aux besoins de la population. Actuellement, ces systèmes de santé sont quasiment délaissés par les populations. L'une des principales raisons est liée au fait que l'on demande aux patients de payer au point de service sans considérer leur capacité de payer et donc sans leur offrir un mode de financement équitable prenant la forme d'une taxe ou d'une assurance universelle (WHO, 2010), ceux qui sont incapables de payer ne vont pas dans les formations sanitaires. Or, les tarifs pratiqués dans ces centres sont sans commune mesure avec les ressources des populations. Ainsi, nous avons calculé que le coût moyen d'une consultation curative (actes et médicaments) pour un enfant de moins de cinq ans dans les centres de santé du nord-est du Burkina Faso était de l'ordre de 1300 F CFA (2,70 \$ CAD). Cette somme représente cinq jours de dépenses (santé, alimentation, école, logement, etc.) pour 46 % de la population du pays considérée comme vivant sous le seuil de pauvreté (INSD, 2009).

Face à cette situation et suivant les recommandations de l'Union africaine, des Nations unies ou de l'OMS, plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest ont imité les pays de l'Afrique australe en établissant des politiques publiques de suppression du paiement des soins au point de service (Meessen *et al.*, 2011 ; Ridde et Morestin, 2011). Les patients ou, du moins, certaines catégories de patients (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, etc.), n'ont donc plus à payer lorsqu'ils vont dans les centres de santé. Pour compenser le manque à gagner, l'État doit trouver des modalités de remboursement des établissements sanitaires. Pour que ces politiques puissent fonctionner correctement, l'État doit aussi s'assurer que tous les intrants sont disponibles (personnel, médicaments, etc.), que les agents connaissent les modalités de mise en œuvre et que les populations sont au courant. L'objectif est ainsi de rendre les services de santé accessibles à tous et de protéger les ménages contre le risque d'appauvrissement lié aux coûts des soins.

C'est dans ce contexte que deux recherches évaluatives s'appuyant sur la stratégie méthodologique des études de cas multiples ont été conduites. Il s'agit essentiellement ici de montrer comment cette stratégie méthodologique a été employée (Ridde, Diarra et Moha, 2011 ; Ridde et Queuille, 2011).

Étude de cas multiples contrastés sur les processus d'une intervention au Niger

En avril 2006, le gouvernement du Niger a aboli le paiement direct des soins pour les enfants de moins de cinq ans. La formalisation de cette politique figure dans les objectifs du Plan de développement pour la santé (PDS) 2005-2010. Cette politique a trouvé une justification supplémentaire du fait de l'augmentation des taux d'incidence de la malnutrition sévère à la suite de la crise alimentaire de 2005. Il est admis que l'accès aux services de santé aide à combattre la malnutrition.

Le système de santé comporte des districts sanitaires organisés selon une structure pyramidale. Chaque district, administré par une équipe cadre de district (ECD), dispose d'un hôpital employant un médecin et une sage-femme. Le second niveau est composé de centres de santé intégrés (CSI) gérés par des infirmiers. Il y a enfin les postes de santé dans lesquels des agents de santé communautaires (ASC) dispensent des premiers soins payants. Chacun de ces établissements sanitaires recueille les

contributions des utilisateurs. Ces fonds sont conservés et gérés localement par les COGES.

Une « cellule gratuité » coordonne la politique au niveau central. Les établissements sanitaires reçoivent un remboursement pour les services fournis gratuitement, sur la base de taux forfaitaires variant en fonction des types de soins et de structures. Ces fonds permettent aux établissements de santé de s'approvisionner en médicaments dans les pharmacies populaires, qui sont des satellites de la centrale nationale d'achat (ONPPC).

En 2009, soit deux ans après la mise en place de la politique à l'échelle nationale, une évaluation a été menée en vue de rendre compte de la mise en œuvre de la politique dans deux districts.

L'approche méthodologique adoptée est celle des études de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués (Yin, 2009). Les cas sont les districts de santé. Ayant choisi d'adopter une démarche heuristique et comparative, nous avons sélectionné deux cas contrastés, puisque « des cas multiples sont considérés comme plus robustes », comme le précise Yin (2009). Le contraste s'observe entre, d'une part, le soutien d'une ONG internationale dont a bénéficié l'un des deux districts et qui est susceptible d'avoir facilité la mise en œuvre de la politique, et, d'autre part, des différences qui tiennent au contexte. Seul le district de Keïta a été appuyé par une ONG depuis 2006. Cet appui ne s'est pas limité aux aspects organisationnels de la politique d'abolition. L'ONG a en outre fait de la gestion, veillé à la qualité des soins et à l'évacuation des malades, formé du personnel, rénové des centres de santé, etc. Pour des raisons financières et logistiques, nous avons décidé de procéder à une comparaison avec un des districts situés à proximité de Keïta, soit celui d'Abalak. Ce district était celui qui offrait le meilleur contraste sur le plan géographique (population et climat).

L'étude a utilisé des données qualitatives collectées entre janvier et mars 2009. Des analyses documentaires et des enquêtes de terrain de type socio-anthropologique (Olivier de Sardan, 2008) ont été réalisées dans tous les établissements sanitaires des deux districts ($n = 23$), y compris dans les hôpitaux de district. En vue d'obtenir une triangulation de données, nous avons mené des entrevues individuelles approfondies et organisé des *focus groups* avec des informateurs clés rangés en trois catégories (Monnier et Spenlehauer, 1992) : 1) les *actants*, c'est-à-dire les personnes qui ont participé à la mise en œuvre de la politique (agents de santé, membres du personnel de l'ONG, membres des COGES, etc.) ; 2) les *réac-*

tants, c'est-à-dire les bénéficiaires de l'action ; 3) les *légitimants*, soit les décideurs concernés. Au total, nous avons rencontré 221 personnes, 40 % d'entre elles étant des femmes.

Toutes les entrevues individuelles et de groupe ont été menées par les chercheurs à l'aide du même canevas. Les entrevues conduites dans la langue locale ont été réalisées par un des chercheurs, puis traduites en français de manière que tous puissent participer à leur analyse. Dans les centres de santé et les équipes de district, tous les agents de santé et les décideurs présents et disponibles ont été interrogés. Quant aux bénéficiaires, nous les avons sélectionnés au hasard parmi les personnes présentes à chacune de nos visites. Dans certains villages, des associations de femmes nous ont aidés à organiser des *focus groups* avec des femmes qui ne se trouvaient pas dans le centre de santé. Pour répondre aux exigences de la triangulation, nous avons veillé à ce que les profils des personnes sélectionnées soient diversifiés. Sur chaque site, nous avons mis fin à l'étape des entrevues lorsque nous estimions avoir atteint un point de saturation empirique. Les entrevues ont fait l'objet d'une prise de notes systématique, et un grand nombre d'entre elles ($n = 167$) ont été enregistrées et transcrites. Les données ont ensuite été analysées suivant l'approche de l'analyse de contenu.

Les résultats, que nous résumons ici brièvement (voir Ridde *et al.*, 2011), indiquent que tout le monde reconnaît que la décision d'abolir le paiement direct des soins aux enfants de moins de cinq ans au Niger est à l'origine largement politique. Bien que cette décision soit techniquement pertinente pour lever l'obstacle pécuniaire et améliorer l'accès aux soins des enfants, elle n'est peut-être pas adaptée au contexte. Dans le cas du Niger, il y a eu un manque de préparation technique, et le financement s'est révélé insuffisant, tout cela sur fond d'instabilité politique. La présente étude de cas montre que la garantie d'un bon accès aux médicaments et le renforcement du système d'approvisionnement sont des éléments indispensables au succès d'une telle politique. Il apparaît en outre qu'on n'a pas vraiment tiré un enseignement d'un projet pilote mené par une autre ONG dans deux districts (Ridde et Diarra, 2009) avant que la politique ne soit étendue à tout le pays.

En ce qui concerne les limites méthodologiques, il convient de préciser que, puisque cette étude portait sur deux districts (deux cas) seulement du Niger, il était impossible d'étendre nos conclusions à l'ensemble du

territoire de ce pays. En réalité, les deux districts n'ont pas été sélectionnés pour leur représentativité de l'ensemble du Niger – une manière de procéder qui dépassait nos moyens –, mais plutôt parce qu'ils offraient deux situations suffisamment contrastées pour nous permettre d'arriver à une bonne compréhension du phénomène étudié. De plus, nos conclusions ont acquis une fiabilité supplémentaire du fait de la profondeur de notre analyse, de la triangulation des données et de la validation des résultats par les principaux acteurs concernés. L'ONG présente à Keïta n'est intervenue d'aucune manière dans le processus d'évaluation. En outre, les résultats de cette étude s'accordent en grande partie avec les analyses réalisées par les autorités politiques (Tari Bako, 2010) et par les experts étrangers (Louis, Nachtigal, Kourguéni et Issa, 2008), de même qu'avec les résultats d'études en cours (Olivier de Sardan et Ridde, 2011; Ousseni, 2010). Le recours à deux cas contrastés permet de voir si des répliques logiques résistent à la confrontation avec les données empiriques. Cela renforce par ailleurs la « généralisation analytique » (Yin, 2009) de la difficulté liée à la mise en œuvre de la politique d'abolition.

Études de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués concernant la mise en œuvre et les résultats d'interventions dans six pays de l'Afrique de l'Ouest

En attendant que les études scientifiques sur ces politiques soient publiées, il a été décidé d'aider les responsables de leur mise en œuvre dans un exercice de capitalisation de leur expérience⁸. En effet, les connaissances empiriques dont les « *implementors* » (Pressman et Wildavsky, 1984) disposent peuvent aussi être utilisées en vue de mieux comprendre ces politiques sans attendre que les scientifiques, dont le travail est souvent long, produisent et rendent publiques des données probantes. Aussi, des équipes de personnes responsables de la mise en place de ces politiques dans six pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Mali, Niger, Togo, Sénégal) ont-elles été regroupées afin de réaliser une capitalisation nationale (étude de cas unique), puis transversale (étude de cas multiples), concernant ces politiques. Ces équipes se sont réunies plusieurs fois et ont travaillé pendant

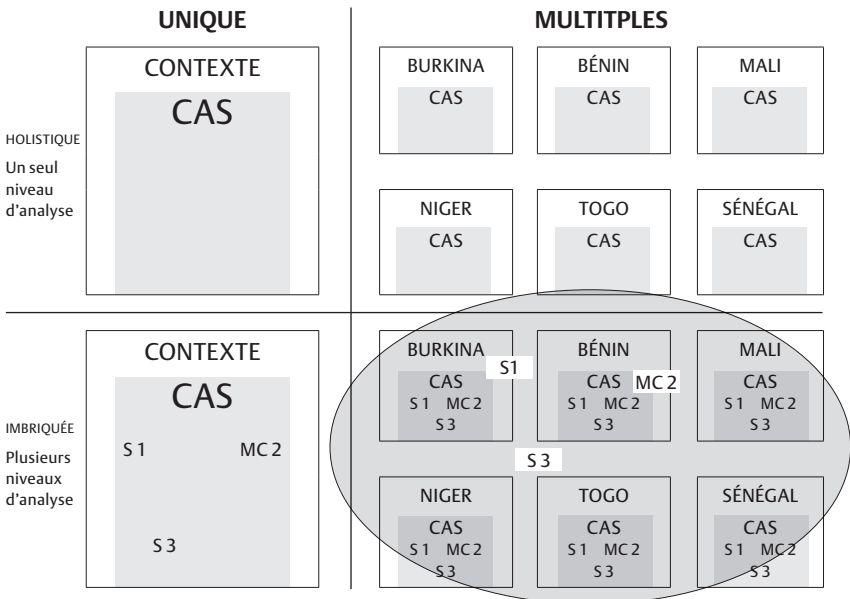
8. Merci à Ludovic Queuille et Yamba Kafando qui ont été les principaux organisateurs de ce projet financé par l'Union européenne (ECHO) en collaboration avec l'ONG allemande HELP.

environ un an (2010-2011) sur une étude de cas unique pour chaque pays⁹, le cas étant la politique d'exemption du paiement des soins appliquée dans chacun de ces pays. Ainsi, le Sénégal a étudié la politique d'exemption du paiement des soins pour les personnes âgées de plus de 60 ans (seule politique du genre en Afrique), tandis qu'au Togo on a considéré la politique d'exemption du paiement des traitements antirétroviraux contre le VIH/sida. Les données utilisées pour ces études de cas unique étaient variées : données secondaires prises dans des rapports d'experts, de chercheurs ou de l'administration publique, données primaires obtenues au moyen d'un questionnaire ou d'entrevues approfondies, etc.

L'analyse transversale effectuée par la suite provient donc de l'analyse de ces études de cas unique. Ainsi, parmi les quatre types d'études de cas possibles (figure 10.1), la stratégie méthodologique retenue dans ce processus de capitalisation inter-pays est celle de l'étude de cas multiples à plusieurs niveaux d'analyse imbriqués (cases encadrées de bleu) (Yin, 2009).

FIGURE 10.1

Les différentes formes d'études de cas (en encadré, le choix pour l'analyse transversale)



9. Voir Kratochwill et ses collaborateurs (2010) pour une autre façon de présenter la démarche des études de cas unique.

Les cas sont constitués des politiques d'exemption du paiement des soins mises en œuvre dans six pays. Le choix des cas dans chaque pays a été en quelque sorte instrumental, il a été effectué en fonction de l'utilité que les membres des équipes pays pouvaient tirer des résultats de l'étude (voir Patton et LaBossière, chapitre 8).

L'analyse transversale, donc l'étude de cas multiples, rend compte de la synthèse des connaissances acquises dans les pays suivant plusieurs niveaux d'analyse imbriqués. Les différents niveaux d'analyse, dont quelques exemples sont présentés à la figure 10.1 (S1, S3, MC2; voir le tableau 10.1 pour les dénominations), sont empruntés au cadre analytique de l'étude qui s'inspire de l'approche d'évaluation *realist* (Pawson et Tilley, 1997; Ridde *et al.*, 2012) décrite au chapitre 14. Les niveaux d'analyse correspondent, d'une part, aux stratégies suivies au moment de l'application de ces politiques, et, d'autre part, aux attitudes et aux réactions de la population face à ces politiques. Autrement dit, il s'agissait de documenter les activités organisées et les mécanismes cognitifs (Astbury et Leeuw, 2010) mobilisés par les acteurs sociaux concernés par ces politiques. Les éléments constituant ces deux catégories de niveaux d'analyse ont été déterminés à la suite d'une revue des écrits traitant de ces politiques publiques et des interventions des organisations non gouvernementales (Robert, 2011). Ainsi, les responsables de l'application des politiques dans chacun des pays concernés ont été en mesure de collecter des données nationales et de classer les résultats de leurs expériences en fonction de 10 éléments, compris comme des niveaux d'analyse, de ces deux catégories (tableau 10.1).

Ainsi, cette étude de cas multiples à plusieurs niveaux d'analyse imbriqués s'appuyait sur trois sources de données.

TABLEAU 10.1

Les niveaux d'analyse employés dans l'étude de cas multiples

Stratégies de mise en œuvre	Attitudes des individus
gestion (S1)	motivation et satisfaction du personnel (MC1)
communication (S2)	relation soignant/utilisateur (MC2)
suivi/évaluation/coordination (S3)	satisfaction des bénéficiaires (MC3)
participation communautaire (S4)	perception des effets par les bénéficiaires (MC4)
prise en charge et orientation du patient (S5)	adaptation du personnel fournissant des soins de santé (MC5)

La première source est constituée par les discussions et les interactions permanentes entre les auteurs de l'analyse transversale et les membres des équipes des pays concernant leur étude de cas unique. Ces discussions ont eu lieu dans les trois ateliers qui réunissaient tous les protagonistes du projet. Au cours de ces rencontres collectives, les auteurs des études de cas unique ont présenté oralement leurs travaux, puis il y a eu des discussions de groupe, et d'autres travaux de groupe ont permis aux membres des équipes des différents pays de poursuivre la rédaction de leur étude. Le contenu de ces discussions a été pris en compte dans l'analyse transversale.

La deuxième source est constituée par les versions intermédiaires et finales des études de cas. Ainsi, les études de cas des pays ont toutes été lues en entier plusieurs fois, ce qui était nécessaire pour bien comprendre et analyser leur contenu.

La troisième source de données est constituée par l'analyse transversale amorcée par les auteurs des études de cas unique par pays. Dans l'atelier final du projet (mai 2011), les membres des équipes des différents pays ont formé plusieurs groupes de travail afin d'effectuer un début d'analyse transversale par groupe de trois pays. La présentation de ces travaux en séance plénière ainsi que la version préliminaire de l'analyse transversale fondée sur les deux premières sources de données ont aussi permis de poursuivre la réflexion analytique. Toutes ces discussions ont fait l'objet de prises de notes systématiques et ont été enregistrées en vue d'une analyse subséquente.

L'une des limites méthodologiques – mais, à un autre point de vue, un avantage – des processus de capitalisation est que les nombreuses données endogènes utilisées proviennent de propos énoncés par les acteurs, qui sont souvent aussi les premiers responsables de la mise en œuvre des politiques étudiées. Les conflits d'intérêts, surtout dans des contextes africains où il est relativement difficile de mener une démarche réflexive et critique (Ndiaye, 2009), sont évidemment possibles. Cependant, d'une part, les auteurs des études de cas ne s'en sont pas toujours tenus à un discours lénifiant et, d'autre part, les auteurs de l'analyse transversale, qui connaissaient parfaitement les conditions dans lesquelles étaient appliquées ces politiques, ont été capables de rédiger l'étude de cas multiples avec le recul critique nécessaire.

L'analyse des résultats de cette étude de cas multiples montre que, dans l'ensemble, les processus de mise en œuvre de ces politiques d'exemption

sont plutôt laborieux, par-delà les effets bénéfiques qui ont été décrits dans d'autres publications (Ridde et Morestin, 2011) et perçus ici (MC₃). Ces difficultés dans la mise en application ont aussi été largement signalées dans d'autres pays d'Afrique (Meessen *et al.*, 2011). Ce n'est donc pas nouveau. Mais les études de cas effectuées dans ces six pays d'Afrique de l'Ouest confirment l'importance, une fois les décisions prises, d'accorder une attention particulière aux processus de mise en œuvre afin que les politiques aient tous les effets positifs escomptés. Mieux, l'approche séquentielle et linéaire des politiques publiques suivant laquelle l'émergence est suivie de la formulation et de la mise en œuvre doit être repensée de façon à obtenir une vision plus consensuelle, tourbillonnaire ou interactive (Grindle et Thomas, 1991; Monnier, 1992; Ridde, 2010). Car si le principe de l'exemption du paiement paraît partout apprécié, les difficultés auxquelles se heurte sa mise en œuvre pourraient aboutir à une remise en cause de ses fondements.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons décrit une des utilisations possibles des études de cas dans le domaine de l'évaluation de programmes. Encore une fois, il ne s'agit qu'une des multiples approches possibles, mais nous avons voulu, dans ce texte, présenter quelques concepts clés ainsi que des exemples de leur application dans des contextes très différents. Il reste maintenant à employer cette stratégie méthodologique et à suggérer à ceux ou celles qui l'utilisent de réfléchir aux moyens de la développer.

Références

- ASTBURY, B. et F. L. LEEUW (2010), « Unpacking black boxes: Mechanisms and theory building in evaluation », *American Journal of Evaluation*, 31(3), 363-381.
- BICKMAN, L. et S. MULVANEY (2005), « Large scale evaluation of children's mental health services: The Ft. Bragg and Stark County Studies », dans STEELE, R. et M. ROBERTS (dir.), *Handbook of Mental Health Services for Children, Adolescents, and Families*, New York, Kluwer Academic/Plenum.
- BICKMAN, L. et S. M. REICH (2009), « Randomized controlled trials: A gold standard with feet of clay? », dans DONALDSON, S. I., C. A. CHRISTIE et M. M. MARK (dir.), *What Counts as Credible Evidence in Applied Research and Evaluation Practice?* (p. 51-77), Thousand Oaks, Sage.

- BRADSHAW, T. K. (1999), « Communities not fazed: Why military base closures may not be catastrophic », *Journal of American Planning Association*, 65, 193-206.
- CAMPBELL, D. T. (2009), « Foreword », dans Yin, R. K., *Case Study Research: Design and Methods*, 4^e éd., Thousand Oaks, Sage.
- CRONBACH, L. J. *et al.* (1980), *Toward Reform in Program Evaluation*, San Francisco, Jossey-Bass.
- DATTA, L. E. (1997), « Multimethod evaluations: Using case studies together with other methods », dans CHELIMSKY, E. et W. R. SHADISH (dir.), *Evaluation for the 21st Century: A Handbook* (p. 344-359), Thousand Oaks, Sage.
- DYEHOUSE, M. *et al.* (2009), « A comparison of linear and systems thinking approaches for program evaluation illustrated using the Indiana Interdisciplinary GK-12 », *Evaluation and Program Planning*, 32, 187-196.
- GALSTER, G., P. TATIANET et J. ACCORDINO (2006), « Targeting investments for neighborhood revitalization », *Journal of the American Planning Association*, 72, 457-474.
- GRINDLE, M. S. et J. W. THOMAS (1991), *Public Choices and Policy Change. The Political Economy of Reform in Developing Countries*, Baltimore et Londres, The Johns Hopkins University Press.
- INSD (2009), *Annuaire statistique. Édition 2008*, Ouagadougou, INSD.
- JULNES, G. et D. ROG (2009), « Evaluation methods for producing actionable evidence: Contextual influences on adequacy and appropriateness of method choice », dans DONALDSON, S. I., C. A. CHRISTIE et M. M. MARK (dir.), *What Counts as Credible Evidence in Applied Research and Evaluation Practice?* (p. 96-131), Thousand Oaks, Sage.
- KELLOGG FOUNDATION (2004), *Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action: Logic Model Development Guide*, Battle Creek, à compte d'auteur.
- KRATOCHWILL, T. R. *et al.* (2010), « Single-case designs technical documentation », What Works Clearinghouse website: http://ies.ed.gov/ncee/wwc/pdf/wwc_scd.pdf
- LABIN, S. N. (2008), « Research syntheses: Toward broad-based evidence », dans SMITH, N. L. et P. R. BRANDON (dir.), *Fundamental Issues in Evaluation* (p. 89-110), New York, Guilford.
- LOUIS, J.-P., J. NACHTIGAL, I. A. KOURGUÉNI et M. S. ISSA (2008), *Évaluation externe à mi-parcours du PDS 2005-2010* (p. 133), Programme FED.
- MARK, M. M. (2008), « Building a better evidence base for evaluation theory », dans SMITH, N. L. et P. R. BRANDON (dir.), *Fundamental Issues in Evaluation* (p. 111-134), New York, Guilford.
- MEESSEN, B. *et al.* (2011), « Removing user fees in the health sector: A review of policy processes in six sub-Saharan African countries », *Health Policy and Planning* (Supplement 2), 26, ii16-ii29.

- MONNIER, E. (1992), *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*, Paris, Économica.
- MONNIER, E. et V. SPENLEHAUER (1992), « L'évaluation dans le triangle de la décision. Opinions singulières et processus pluraliste », *Politiques et management public*, 10(3), 61-82.
- NDIAYE, A. (dir.) (2009), *Chercheurs et décideurs d'Afrique. Quelles synergies pour le développement ?*, Dakar, CODESRIA/CRDI.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. (2008), *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. et V. RIDDE (2011), *Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger)* (p. 32), Niamey, LASDEL/CRCHUM.
- OUSSANI, A. (2010), *Une politique publique de santé au Niger. La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants* (p. 58), Niamey, LASDEL.
- PAWSON, R. et N. TILLEY (1997), *Realistic Evaluation*, Londres, Thousand Oaks, Sage.
- PRESSMAN, J. L. et A. WILDAVSKY (1984), *Implementation. How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland* (3^e éd.), Berkeley, Los Angeles, Londres, University of California Press.
- RIDDE, V. (2010), « Multiple streams theory », dans T. Kurian (dir.), *The Encyclopedia of Political Science*, CQ Press.
- RIDDE, V. et A. DIARRA (2009), « A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa) », *BMC Health Services Research*, 9(89).
- RIDDE, V. et F. MORESTIN (2011), « A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa », *Health Policy and Planning*, 26(1), 1-11.
- RIDDE, V. et L. QUEUILLE (dir.) (2012), *Capitalisation des politiques publiques d'exemption du paiement dans six pays d'Afrique de l'Ouest*, Montréal, CRCHUM.
- RIDDE, V., A. DIARRA et M. MOHA (2011), « User fees abolition policy in Niger: Comparing the under five years exemption implementation in two districts », *Health Policy*, 99, 219-225.
- RIDDE, V. et al. (2012), « L'approche Realist à l'épreuve du réel », *Revue canadienne d'évaluation de programmes*, numéro spécial sur l'évaluation des interventions complexes, (26) 3.
- ROBERT, É. (2011), « État des lieux des connaissances disponibles sur les politiques et les programmes d'exemption des paiements directs des soins en Afrique de l'Ouest: Bénin, Burkina Faso, Ghana, Guinée, Mali, Niger et Sénégal »,

- Montréal, CRCHUM/ONG HELP/ECHO. Disponible à : www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm
- SCHWANDT, T. A. (2009), « Toward a practical theory of evidence for evaluation », dans DONALDSON, S. I., C.A. CHRISTIE et M. M. MARK (dir.), *What Counts as Credible Evidence in Applied Research and Evaluation Practice?* (p. 197-212), Thousand Oaks, Sage.
- SHAVELSON, R. et L. TOWNE (2002), *Scientific Research in Education*, Washington, D. C., National Academy Press.
- SUPOVITZ, J. A. et B. S. TAYLOR (2005), « Systematic education evaluation: Evaluating the impact of system wide reform in education », *American Journal of Evaluation*, 26, 204-230.
- TARI BAKO, I. F. (2010), *Présentations thématiques. Chirurgie de districts et gratuité des soins*, Niamey, Direction de l'organisation des soins, janvier.
- TESKE, P., M. SCHNEIDER, C. ROCHET et M. MARSCHALL (2000), « Public school choice: A status report », dans RAVITCH, D. et J. P. VITERITTI (dir.), *Lessons from New York City Schools* (p. 313-338), Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- WHO (2010), *The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage* (p. 106), Genève, WHO.
- WHOLEY, J. S. (1979), *Evaluation: Performance and Promise*, Washington, D. C., The Urban Institute.
- WHOLEY, J. S. (1997), « Trends in performance measurement: Challenges for evaluators », dans CHELIMSKY, E. et W. R. SHADISH (dir.), *Evaluation for the 21st Century: A Handbook* (p. 124-133), Thousand Oaks, Sage.
- YIN, R. K. (2009), *Case Study Research: Design and Methods*. (4^e éd.), Los Angeles, Sage Publications.
- YIN, R. K. (2000a), « Case study evaluations: A decade of progress? », dans STUFFLEBEAM, D. L., G. F. MADAUS et T. KELLAGHAN (dir.), *Evaluation Models: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation* (2^e éd.) (p. 185-193), Boston, Kluwer.
- YIN, R. K. (2000b), « Rival explanations as an alternative to “reforms as experiments” », dans BICKMAN, L. (dir.), *Validity and Social Experimentation: Donald Campbell's Legacy* (p. 239-266), Thousand Oaks, Sage.
- YIN, R. K. (2009), *Case Study Research: Design and Methods* (4^e éd.), Los Angeles, Sage.
- YIN, R. K. (2011), *Qualitative Research from Start to Finish*, New York, Guilford Press.
- YIN, R. K. (2012), *Applications of Case Study Research* (3^e éd.), Los Angeles, Sage.