

HORS-SÉRIE | JUIN 2018

La pratique réflexive en santé mondiale : expériences et leçons apprises de jeunes chercheur.e.s et intervenant.e.s

Linda François, Lara Gautier, Solène Lagrange, Esther Mc Sween-Cadieux, et Mathieu Seppey

La pratique réflexive en santé mondiale : expériences et leçons apprises de jeunes chercheur.e.s et intervenant.e.s

Linda François, Lara Gautier, Solène Lagrange,
Esther Mc Sween-Cadieux, et Mathieu Seppey

Auteurs ayant dirigé cet ouvrage :

- **Linda François**
Agente de recherche, Coordinatrice de la Chaire de recherche REALISME, Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal
- **Lara Gautier**
Étudiante au doctorat, École de Santé Publique de l'Université de Montréal; Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal; Centre d'Études en Sciences Sociales sur les Mondes Africains, Américains et Asiatiques, UMR 245, IRD, Université Sorbonne Paris Cité
- **Solène Lagrange**
Agente de recherche, Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal
- **Esther Mc Sween-Cadieux**
Étudiante au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal
- **Mathieu Seppey**
Étudiant au doctorat, École de Santé Publique de l'Université de Montréal; Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal

Remerciements :

Les auteurs remercient l'ensemble des personnes qui ont pris le temps de réviser les textes soumis : Maria Jose Arauz, Linda François, Lara Gautier, Solène Lagrange, Esther Mc Sween-Cadieux, Emilie Robert, Oumar Malla Samb, et Mathieu Seppey.

Les coordinateurs de cette publication souhaiteraient remercier chaleureusement Marie-Claude Tremblay pour ses apports théoriques sur la réflexivité en santé publique lors de l'atelier réflexif, ainsi que Luc Dancause pour son accompagnement pendant les stations réflexives et ses contributions graphiques qui figurent dans cet éditorial, et Charles Marsan pour sa contribution à la vulgarisation de la dynamique de l'atelier par les montages vidéo. Nous remercions également Nicolas Barrau pour la mise en page de ce numéro spécial.

Enfin, nos remerciements vont à Valéry Ridde et à la Chaire REALISME pour avoir initié cette réflexion et apporté son soutien financier.

Sommaire du Hors-série

Éditorial (François L., Gautier L., Lagrange S., Mc Sween-Cadieux E., & Seppey M.).....	<i>Page 3</i>
Assumer nos identités multiples : capitaliser sur une posture intersectionnelle de praticienne du terrain et d'étudiante-chercheure (Mac-Seing M.).....	<i>Page 12</i>
Ces institutions qui nous transforment : expérience de résilience académique et sentiment d'insécurité sur le plan des valeurs (Tiné S.).....	<i>Page 16</i>
Les difficultés dans le recrutement des personnes migrantes sans assurance médicale à Montréal (Lagrange S.).....	<i>Page 20</i>
L'accès aux soins des enfants sans parents connus dans les services de pédiatrie au Mali : l'anthropologue doit-il intervenir ? (Guindo A.).....	<i>Page 23</i>
Oscillating Between Passive and Active Roles During Non-Participant Observation in Global Health Research (Turcotte-Tremblay A.-M.).....	<i>Page 27</i>
La relation chercheur-participants dans les focus group : leçons apprises (Borvil A. D.).....	<i>Page 33</i>
Mon outil réflexif : mon livre de contes africains (Seppey M.).....	<i>Page 38</i>
Coordonner des projets de développement en santé mondiale, une expérience à multiples facettes (François L.).....	<i>Page 41</i>
Réflexivité sur ma participation à la riposte aux épidémies d'Ebola en Afrique (Mwanba K. D.).....	<i>Page 45</i>
Analyse rétrospective d'une politique publique et la phase de collecte de données : prendre son mal en patience (Kadio K.).....	<i>Page 49</i>
Se positionner dans l'entrevue avec les élites : leçons apprises d'une doctorante en santé mondiale (Gautier L.).....	<i>Page 52</i>
Positionality in elite interviewing on global health policy : reflections from a doctoral researcher (Jones C.M.).....	<i>Page 58</i>
Produire des données scientifiques et après ? Réflexivité autour des bénéfices de nos projets de recherche (Fillol A.).....	<i>Page 62</i>
Postface (Ridde V.).....	<i>Page 67</i>

ÉDITORIAL

Linda François, Agente de recherche, Coordonnatrice de la Chaire de recherche REALISME, Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal. Courriel : linda.francois@umontreal.ca

Lara Gautier, Étudiante au doctorat, École de Santé Publique de l'Université de Montréal; Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal; Centre d'Études en Sciences Sociales sur les Mondes Africains, Américains et Asiatiques, UMR 245, IRD, Université Sorbonne Paris Cité.
Courriel : lara.gautier@umontreal.ca

Solène Lagrange, Agent de recherche, Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal.
Courriel : solene.lagrange.umontreal@gmail.com

Esther Mc Sween-Cadieux, Étudiante au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
Courriel : esther.mcsween-cadieux@umontreal.ca

Mathieu Seppey, Étudiant au doctorat, École de Santé Publique de l'Université de Montréal; Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal.
Courriel : mathieu.seppey@umontreal.ca

La recherche en santé mondiale implique divers acteurs et secteurs, tous concernés par les enjeux sociaux de la santé. Au cours de la dernière décennie, l'intérêt des chercheurs pour la réflexivité en santé mondiale s'est amplement développé. La réflexivité s'avère être une composante cruciale de toute forme de pratique professionnelle, allant de l'enseignement à la recherche, visant à produire des transformations sociales. Elle permet de s'interroger sur ses propres pratiques pour les améliorer. Au vu de l'évolution et des changements de pratiques et des contextes en santé mondiale, il semble primordial de sensibiliser et initier la relève (chercheurs et intervenants) dans une démarche de réflexivité pour permettre de garantir le développement d'interventions cohérentes, adaptées au contexte, et qui répondent aux objectifs communs au développement social.

Dans cette optique, la chaire de recherche REALISME a démarré un processus de réflexivité avec un groupe d'étudiants en santé mondiale. Ce projet a été conçu pour créer un espace destiné à renforcer les liens et les échanges entre les chercheurs et praticiens de la santé mondiale, développer des capacités réflexives sur leurs pratiques et transmettre leurs expériences et fruits de leurs réflexions individuelles et collectives aux futurs étudiants-chercheurs en santé mondiale.

Dans un premier temps, en 2016, deux ateliers ont été organisés en collaboration avec une vingtaine d'étudiants des cycles supérieurs afin de sonder l'idée de démarrer ce processus collectif d'analyse réflexive sur nos pratiques de recherche et d'intervention en santé mondiale. Un consensus a émergé sur la nécessité de s'engager dans cette démarche extracurriculaire.

Ces ateliers ont également permis de dégager plusieurs thématiques importantes et de se familiariser avec la posture de réflexivité car contrairement aux experts en sciences sociales ceux de la santé publique y sont peu habitués.

Dans un deuxième temps, un appel à communications a été lancé afin que les étudiants-chercheurs entament d'abord un processus de réflexion individuelle. Chaque personne intéressée devait rédiger un texte afin de partager une problématique ou un défi lié à leur terrain, réaliser une analyse réflexive de leur pratique de recherche ou d'intervention et identifier des leçons apprises à partager à leurs pairs.


Dans un troisième temps, un atelier réflexif a été organisé à l'hiver 2018 en collaboration avec la Communauté Étudiante de Santé Mondiale de l'Université de Montréal (CÉSM). Les textes partagés ont également permis d'alimenter ce processus réflexif collectif en identifiant quatre thématiques centrales :

- L'implication en contexte de pauvreté : quels sont les défis et postures d'intervention pour le chercheur ?
- Pourquoi et comment adapter ses attitudes et discours sur le terrain ?
- Comment construire une relation de confiance avec les communautés locales ?
- L'accès aux élites politiques : comment le chercheur doit-il se positionner ?

Pendant l'atelier, chaque thématique a été discutée dans une "station réflexive" facilitée par un animateur provenant du groupe organisateur. Cet exercice novateur a ainsi permis aux participants, praticiens ou jeunes chercheurs en santé mondiale, de partager leurs défis personnels, de les mettre en lien avec les expériences de leurs collègues et d'en tirer des apprentissages. Les différentes leçons apprises émergeant de ces "stations réflexives" sont présentées dans la première partie de ce cahier scientifique.

La seconde partie inclut 13 courts textes réflexifs. Les deux premiers textes portent sur la dichotomie entre l'engagement et l'expérience professionnelle du praticien et le (nécessaire) développement scientifique du jeune chercheur (Mac-Seing 2018; Tine 2018). Trois textes s'intéressent ensuite aux défis et questionnements que pose l'implication du chercheur en contexte de pauvreté (Guindo 2018; Lagrange 2018; Turcotte-Tremblay 2018). Les deux textes suivants portent sur la nécessité pour le chercheur d'adapter ses attitudes et discours dans la collecte de données afin de pouvoir gérer les imprévus ou situations difficiles sur le terrain de recherche (Borvil 2018; Sepey 2018). Deux auteurs s'expriment ensuite sur les défis liés à la création de liens de confiance avec les communautés (François 2018; Mwamba 2018). Le positionnement du chercheur dans la collecte de données auprès des élites est abordé dans les trois textes suivants (Gautier 2018; Jones 2018; Kadio 2018). Un autre texte s'intéresse aux enjeux de la dissémination des résultats auprès des participants (Filloi 2018). Enfin, une postface tente de retracer les principales conclusions de cette réflexion collective (Ridde 2018).

L'ensemble des échanges ont été filmés et sont disponibles ici :

[1. Lien Vidéo : Atelier sur la réflexivité en santé mondiale - vue d'ensemble](#) 

[2. Lien vidéo : Synthèse et leçons apprises de l'atelier sur la réflexivité en santé mondiale](#) 

[3. Lien vidéo : Capsules vidéos de participants à l'atelier sur la réflexivité en santé mondiale](#) 

Station Réflexive : Implication du chercheur en contexte de pauvreté

L'IMPLICATION DU **CHERCHEUR** EN CONTEXTE DE **PAUVRETÉ**

En tant que chercheur dans un contexte de pauvreté, nous sommes amenés à nous poser un certain nombre de questions et à nous interroger sur notre propre posture. À la suite des échanges de l'atelier réflexif, des leçons apprises, concernant toutes les étapes du processus de recherche ont pu être mises en évidence, tels qu'être conscient de son positionnement et de ses présuppositions, établir un lien de confiance, savoir être à l'écoute et s'adapter.



De manière générale, sur le terrain, il est essentiel de rester vigilant à la relation de pouvoir que l'on peut créer et de ne pas se positionner en tant que « sauveur ». Cela accentue le clivage entre le chercheur et l'enquêté et diminue le lien de confiance entre les deux. Également, il est nécessaire de trouver un équilibre entre l'empathie et la distance envers le public cible. Pour cela, les échanges régulièrement avec ses pairs sont élémentaires. Il est également essentiel d'apprendre à connaître ses propres limites et d'être capable de les exprimer.

En amont de la collecte de données, le temps d'immersion sur le terrain est fondamental afin de se faire accepter de la population et mieux comprendre ses valeurs, ses habitudes et ses croyances. Également, il est important de créer des liens avec les leaders politiques, communautaires et religieux. Cela favorise la relation de confiance ainsi qu'une meilleure appréhension du contexte d'étude.



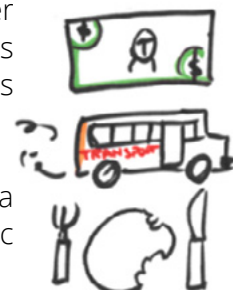
Pendant la collecte de données, il est capital d'être conscient de ses préjugés et de ses présuppositions et de toujours rester ouvert et à l'écoute. Il faut pouvoir ajuster sa posture, son discours, sa tenue vestimentaire et son matériel au contexte.

RÉCOMPENSER
OU NON?
COMMENT?

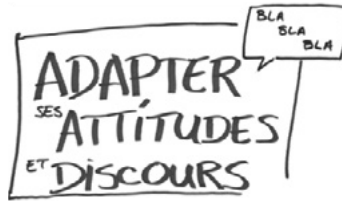
↓
DIRE
POURQUOI!

Concernant les bénéfices de la recherche, il est important d'adapter les bénéfices directs à la population étudiée et de prendre le temps de leur expliquer ainsi qu'organiser une restitution des résultats de l'étude.

Enfin, si l'on souhaite aider les personnes rencontrées, au-delà de la recherche, il est primordial de le faire à titre personnel et non avec la casquette de chercheur.



Station Réflexive : Pourquoi et comment adapter ses attitudes et discours sur le terrain?



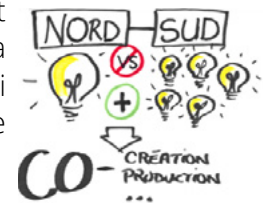
La santé mondiale est un domaine où le dépaysement est constant, tant au niveau des climats que des cultures et des rencontres. Il devient donc très important pour une personne évoluant de ce domaine de s'adapter constamment et d'adopter certaines "techniques de survie". Cette station réflexive a donc permis d'identifier les raisons "pourquoi" et les méthodes "comment" s'adapter à ces divers contextes.

Pourquoi adapter nos attitudes et nos discours?

Deux grands axes ont été identifiés par les participants, expliquant les raisons nous poussant à adapter nos attitudes/discours. Premièrement, nos a priori quant aux projets, nos partenaires, le milieu de travail ou le milieu vie peuvent être nombreux et s'avérer inexacts, une fois sur le terrain. Notre présence sur le terrain nous oblige à reconcevoir nos attitudes/discours ceci dans plusieurs buts, tels que la bonne conduite de notre intervention, l'assurance de la satisfaction des parties prenantes, l'inclusion de tous les points de vue, etc.



Deuxièmement, l'aspect de co-construction de l'information est très important en santé mondiale. En termes d'intervention, on cherche donc moins à « faire pour » que « faire avec » les personnes sur place, ceci dans un souci d'apprentissage mutuel et d'empowerment. Il devient donc important de se repositionner afin de permettre ce partage et diffusion d'information.



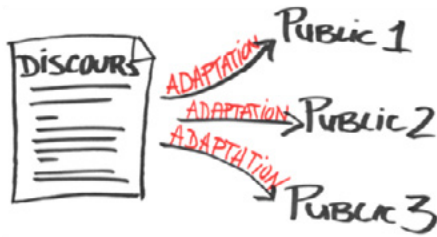
Comment adapter nos attitudes/discours?

Plusieurs savoirs-être ont été identifiés comme préalables/facilitateurs à l'adaptation de nos attitudes/discours : être à l'écoute, respecter/valoriser l'autre, être empathique, humaniste, authentique, ouvert, humble, compréhensif, ou flexible.



Le rapport à l'autre est effectivement primordial et doit passer par une certaine compréhension de la situation de l'autre. De manière plus concrète, en mettant les personnes au centre de nos actions (en évaluant leurs besoins, leurs attentes, etc.) on peut ainsi mieux comprendre leur réalité et s'adapter conséquemment. Pour mieux comprendre ces différentes réalités, l'intégration dans le milieu de vie ou de travail devient donc très importante. Ce processus d'intégration permet ainsi de comprendre plus facilement l'histoire, les raisons ou les choix des

gens nous entourant tout comme l'environnement (social, culturel, politique) dans lequel on se retrouve. En plus d'une bonne intégration, ceci peut se faire par une préparation à notre séjour à l'étranger, en s'informant sur la culture, les enjeux locaux, la politique ou en discutant avec des gens ouverts à nos questionnements.



Il est aussi très important de bien s'entourer, de faire des collaborations, d'avoir des personnes ressources pour s'assurer que nos attitudes/discours sont bien adaptés au contexte. Finalement, prendre du recul est souvent nécessaire pour bien comprendre quelles sont nos relations avec les autres (par ex. : sommes-nous en relations d'aide ? Sommes-nous trop ou pas assez impliqués ?). Nous devons ainsi réfléchir sur notre rôle en

tant que chercheur, professionnel de la santé, étudiants ou "simple" individu et ainsi ré-évaluer comment nous communiquons ou nous comportons avec les autres, ceci dans un processus réflexif très salutaire!

Station Réflexive : Comment construire une relation de confiance avec les communautés locales

L'importance de la relation de confiance pour l'atteinte des résultats d'un projet de recherche ou d'intervention

Que ce soit pour le développement de projet de recherche ou d'intervention, la relation de confiance avec les partenaires et les acteurs du terrain est un facteur essentiel au succès des interventions et à l'atteinte des résultats escomptés. Les échanges de cette station réflexive ciblent quatre attitudes gagnantes.

L'importance d'un dialogue pérenne, transparent et respectueux des priorités

Parfois pris dans l'engrenage du démarrage des projets et des activités, les intervenants peuvent être portés à négliger la phase de dialogue et d'état des lieux, qui contribuent à bâtir la relation de confiance entre les différents acteurs impliqués dans le projet. Le maintien d'un dialogue constant avec les autorités politiques des pays bénéficiaires est une étape primordiale, et ce, avant même le lancement officiel du projet et tout au long de son cycle de vie. D'abord à un niveau central, le dialogue établi avec les autorités permet de garantir la réponse aux besoins prioritaires fixés par les orientations stratégiques et politiques, mais aussi de garantir la cohérence d'intervention qui respecte d'une part le contexte, les codes, les us et coutumes, et d'autre part, les priorités locales, lesquelles diffèrent selon la nature de la négociation (recherche, développement international, priorités politiques locales).



RESPECT DES
CODES
LOCAUX



L'importance d'une relation réciproque, inclusive et gagnante

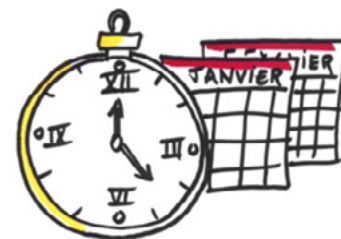
Parmi les multiples échanges qui vont permettre de construire la stratégie de l'intervention, se pose parfois le défi du travail de co-construction en équipe. La multidisciplinarité des acteurs est à la fois une force mais peut aussi s'avérer un défi d'écoute et d'inclusion des idées. Le mutisme qui opère lorsque différents pouvoirs hiérarchiques sont réunis, doit être anticipé et prévu pour toute la durée du cycle du projet par une stratégie transversale de communication participative et inclusive. Il est important de respecter les niveaux d'autorité tout en essayant de supprimer les artifices qui parfois peuvent encombrer une dynamique participative.



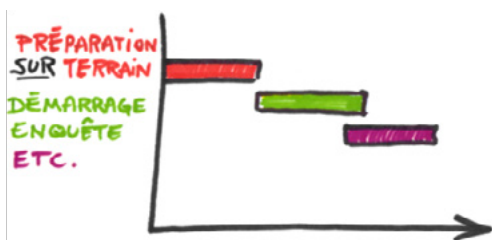
Afin d'éviter les barrières à la mobilisation et les frustrations personnelles, il est essentiel d'expliquer à chacun des acteurs leur rôle et responsabilité au sein du projet mais aussi, et surtout, partager leur besoins et leurs attentes en terme d'engagement personnel. L'intervention doit répondre à un besoin personnel mais aussi collectif de renforcement des capacités.

L'importance de prendre le temps et de mesurer le pouls du terrain

Le démarrage des activités est parfois influencé par la pression exercée par les organismes subventionnaires à vouloir rapidement démarrer. Ces précipitations peuvent avoir des répercussions sur tout le cycle du projet et conduire à un mauvais ancrage. Les autorités, décideurs sont parfois indisponibles de part leur forte sollicitation dans les multiples programmes de recherche et de projet de développement, les rencontrer peut s'avérer un vrai défi. Parmi les plus hautes recommandations en



développement de projet, qu'il soit de recherche ou d'intervention, il est fortement encouragé de prendre le temps de s'immerger localement, de mesurer, de mener des observations terrain pour comprendre les interactions locales, les façons de faire mais aussi pour investiguer les initiatives déjà mises en place. Il est également primordial d'aller à la rencontre, quand cela est possible, des populations bénéficiaires directes des retombés du projet pour comprendre leurs réalités et les difficultés locales qui peuvent entraver la mise en œuvre des interventions. Cette phase de recul, par l'observation et les entretiens est souvent assujettie aux modifications d'échéanciers, de prévisions budgétaires, et parfois de stratégie d'intervention (modèle logique). Il faut alors faire preuve de souplesse, de flexibilité et ne pas s'opposer à des modifications et délais supplémentaires au risque de devoir gérer dans le futur du cycle du projet, de la recherche, des crises et difficultés qui vont venir entraver les résultats attendus.



L'importance de la reconnaissance et de la gratification

S'il est des priorités de « ne pas acheter la collaboration », il est important de la reconnaître et l'encourager à perdurer. Il est favorablement recommandé de récompenser mais de ne pas inciter. La reconnaissance et la gratification peuvent prendre plusieurs formes. Elles peuvent être en espèce ou en nature. Les compensations financières viendront reconnaître un investissement personnel ou parfois pécuniaire. Des formations et leur certification par exemple permettent de reconnaître un effort et un développement personnel. Le bénévolat/volontariat est également une source de reconnaissance de plus en plus encouragée pour s'immerger dans les contextes parfois hostiles pour mieux comprendre les enjeux de la mise en œuvre d'une intervention.

Station réflexive : L'entrevue avec les élites politiques : quelles stratégies et quel positionnement pour le chercheur ? Quelques leçons à retenir



Quand on travaille sur les politiques de santé mondiale, on est souvent amené à interroger des acteurs « haut placés » aussi appelés les élites. Celles-ci englobent les représentants des bailleurs de fonds, hauts cadres des organisations internationales, et décideurs des pays en développement. Cette station réflexive a permis d'identifier des façons d'anticiper les éventuels problèmes rencontrés pendant l'entrevue avec les élites : 1) développer des stratégies pour accéder aux élites et maintenir leur confiance, et 2) offrir des conseils pour mieux se positionner dans l'interaction.

1) Stratégies d'accès aux élites

Les décideurs politiques prennent les décisions importantes, qui touchent les professionnels de santé, les populations et les communautés. Il convient de chercher à capter leur attention, en reliant par exemple nos thèmes de recherche à leurs intérêts ou objectifs programmatiques.

Il s'agit aussi, et surtout, de savoir construire une relation de proximité avec les élites que l'on souhaite interviewer. Si le contexte le permet, identifier des points communs (culturels/linguistiques/thématiques) avec ses répondants peut être déterminant dans cette mise en confiance. Avant et après l'entrevue, on peut aussi multiplier les situations d'interaction avec les élites : à cet égard, les rencontres informelles en dehors de l'entrevue peuvent être extrêmement utiles. Après l'entrevue, assurer un suivi, partager les résultats préliminaires et tenir compte des commentaires des répondants sont autant de stratégies à exploiter pour maintenir le contact avec les répondants.



De façon très pratique, les stratégies d'échantillonnage et de recrutement des participants qui fonctionnent bien dans le cas de répondants « élites », sont celles qui reposent sur la socialisation du répondant. En d'autres termes, l'échantillonnage boule de neige et/ou le recrutement par une personne intermédiaire, qui soit reconnue comme personne ressource pour les répondants, facilitent l'accès aux élites.

2) Quelques conseils pour savoir mieux se positionner dans l'interaction

L'entrevue avec les élites demande un long temps de préparation – temps pour tester ses grilles d'entrevues et améliorer ses formulations, temps pour « avoir accès » aux élites, temps pour relire les transcriptions et prendre du recul, temps pour partager ses résultats, et enfin pour intégrer les commentaires des participants. Ceci doit être pris en considération dans la planification de la recherche par tout chercheur désireux de collecter des données auprès de ce type de répondants.

Pour dépasser le discours du « politiquement correct », il peut être pertinent de viser les techniciens plutôt que des hauts décideurs, et d'adopter la posture d'un jeune chercheur innocent, mais connaissant le sujet abordé et vigilant afin d'éviter toute manipulation de la part des répondants.

Enfin, il convient de faire toujours preuve d'honnêteté, en annonçant clairement que l'objectif est de décrire le phénomène abordé à partir des perceptions du participant sur ce phénomène. Il est également important de conserver une ouverture d'esprit, car il est essentiel de pouvoir s'adapter à son interlocuteur en tout temps.



Assumer nos identités multiples : capitaliser sur une posture intersectionnelle de praticienne du terrain et d'étudiante-chercheure

Par Muriel Mac-Seing, Étudiante au doctorat, École de Santé Publique de l'Université de Montréal ; Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal ; Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal. Courriel : muriel.k.f.mac-seing@umontreal.ca

Problématique

Après avoir œuvré pendant 14 ans sur le terrain en coopération internationale dans le cadre de différents projets de mise en œuvre en santé et en matière de plaidoyer en Asie et en Afrique subsaharienne, j'ai entamé en septembre 2015 un PhD en santé publique dans l'option en santé mondiale. Ce passage, bien que voulu et muri pendant plusieurs mois, voire des années de réflexions continues, fut un moment marquant dans mon parcours doctoral en santé mondiale, générant en moi des tensions cognitives, émotionnelles et physiques vives. La problématique était ce transfert rapide d'une posture de professionnelle de terrain en déplacement constant à celle d'étudiante, c'est-à-dire d'« apprenante » dans un contexte plus sédentaire. Compte tenu du long laps de temps entre mon premier et deuxième cycle en sciences infirmières et le PhD en santé publique, énorme fut mon choc de réintégrer les bancs d'école et de vouloir, à l'époque, reléguer au second plan mon passé de praticienne. Il me semblait devoir adopter une nouvelle posture d'étudiante pour apprendre, comprendre, penser et agir différemment en santé mondiale. Parallèlement, je ne savais plus si j'étais à ma place. Aurais-je dû ou pu garder mes deux chapeaux de praticienne du terrain et d'activiste, et d'étudiante-chercheure, ou aurais-je dû faire une chose à la fois afin de garder une distance et de rester objective dans ma nouvelle démarche d'étudiante-chercheure? Telles étaient quelques interrogations qui m'animaient au quotidien, sans pouvoir pour autant y répondre de façon sans équivoque.

Corolaire à ce malaise identitaire, je devais, d'une part, laisser des réflexes de gestion et de coordination d'équipes internationales, basées en Asie, et en Afrique de l'Est et de l'Ouest. D'autre part, j'ai dû rapidement apprendre les pratiques estudiantines de l'ÉSPUM. Il était implicitement attendu de nous de travailler sans relâche, souvent en solitaire, pour exceller académiquement, à la recherche effrénée de bourses de financement, et d'accepter de sacrifier le peu de temps libre qu'on avait à disposition. Je voulais embrasser cette nouvelle vie d'étudiante-chercheure en quête d'apprentissage, et en même temps, j'étais tiraillée par cette ancienne vie en perpétuel mouvement. Mais cette dernière ne me permettait plus d'aller ni en profondeur dans mes réflexions, ni de prendre le temps d'acquérir de nouvelles connaissances et méthodes afin d'améliorer la santé des populations pour lesquelles je travaillais. C'est ainsi qu'un processus réflexif et critique – plus conscient – a débuté pour m'aiguiller dans ma démarche doctorale et m'aider à prendre de la hauteur, tout en restant fidèle aux valeurs qui me sont chères, soit le partage et la solidarité sociale, si cruciales dans la pratique de la santé publique.

Analyse réflexive

À la lumière de cette problématique et avec un peu plus de deux ans au PhD dans l'option en santé mondiale dans le corps et dans la tête, je ne peux que constater le processus métamorphique dans lequel je m'inscris et duquel je m'imprègne.

Les défis rencontrés

L'un des premiers défis rencontrés était de trouver un équilibre dans ce que je pensais être une dualité, entre mon identité de praticienne du terrain « faisant de la santé dans le monde », avide de justice sociale et de solidarité entre communautés et celle de devenir, pendant les prochaines cinq années, une étudiante-chercheuse en santé mondiale. À force de découvrir sur la perspective intersectionnelle en santé mondiale, permettant d'appréhender un monde complexe où s'entrechoquent des identités multiples assujetties à des dynamiques de pouvoir, je commençais à voir les choses sous différents angles. Je me rendais de plus en plus compte de la nécessité, non pas de reléguer aux oubliettes mon passé, mais de jauger à quel moment le plus opportun, je pouvais mettre à contribution mes acquis professionnels pour mieux comprendre, critiquer et me positionner vis-à-vis des différentes théories, approches et interventions en santé mondiale. Chaque identité devenait importante afin de gérer mon nouveau parcours en recherche en santé mondiale. En d'autres termes, je devais être astucieuse dans la manière et le moment de souligner mon expérience professionnelle et/ou celui relatif à l'apprentie étudiante-chercheuse et ce, sans compromettre mon objectivité, ni mon temps privilégié d'apprentissage.

L'autre défi majeur auquel je devais faire face était d'adopter une posture d'étudiante-chercheuse qui allait me permettre de prendre du recul quant aux pratiques et aux théories en santé mondiale. Je devais absorber de nouvelles connaissances, les utiliser de façon critique, en métaboliser les vitamines théoriques essentielles, et éliminer les toxines mythologiques liées à la santé mondiale. Entreprendre un PhD peut être comparé à un parcours de combattants. Le cheminement est ardu et requiert la mobilisation de toutes ses capacités et forces. Il est aussi profondément formateur et provoquant, car je devais apprendre à déconstruire des aprioris professionnellement acquis au fil des ans, et acquérir de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences de savoir-faire. C'est d'ailleurs un immense privilège pour quelqu'un qui n'a pas arrêté de travailler pendant une quinzaine d'années de prendre une « pause » – et d'avoir la possibilité temporelle de se questionner sur sa pratique du terrain, de réfléchir sur le pourquoi, et comment réaliser différemment les interventions en santé mondiale. Accepter et adopter les différents contours d'étudiante-chercheuse que je suis devenue, et utiliser à bon escient ma posture de praticienne du terrain s'est avéré nécessaire pour me permettre de me réapproprier mon identité de professionnelle du terrain, et de mieux vivre ma métamorphose identitaire.

Les éléments facilitateurs

Plusieurs éléments facilitateurs m'ont permis et continuent de me permettre de négocier les va-et-vient entre mes différentes postures et les chevauchements entre elles. Le premier est de s'entourer de pairs qui ont des trajectoires de vies professionnelles similaires. Quel soulagement et quelle joie ai-je eus en apprenant que mes compères du PhD en santé publique ont aussi pratiqué pendant plusieurs années dans leur domaine d'expertise, que ce soit sur le

terrain ou dans leur pays d'origine. De plus, on constitue une cohorte très multidisciplinaire et aux nationalités multiples. En ce qui concerne notre groupe restreint dans l'option en santé mondiale, nous sommes toutes issues du terrain, avec des expériences variées en gestion, en mise en œuvre de projets interventionnels en santé et en mobilisation communautaire.

L'autre élément crucial est d'échanger avec des étudiants-chercheurs seniors ou des gradués doctoraux qui peuvent devenir des mentors, ou du moins nous donner des conseils judicieux sur notre parcours doctoral en santé mondiale. Ces derniers sont déterminants quant aux discussions qui nous permettent de relativiser nos insécurités de tout type (ex : sur le parcours étudiant, les demandes de bourses, l'équilibre entre le travail et la vie sociale, etc.), tout en nous aidant à nous projeter dans le futur de manière constructive et plus sereine. Au fil des années, nous sommes aussi amenés nous-mêmes à devenir des mentors, apportant un soutien social et/ou moral à des nouveaux étudiants-chercheurs à la maîtrise ou au PhD. Cela contribue à bâtir notre propre confiance et consolide graduellement notre compréhension des différents parcours de recherche en santé mondiale et ce, en clarifiant aussi, tout au long du PhD, nos objectifs personnels et professionnels.

Les incontournables

Pour pouvoir maintenir un équilibre et bien vivre notre parcours doctoral en santé mondiale, il importe d'avoir l'appui presque'inconditionnel de nos directeurs et directrices de thèse à qui l'on donne notre confiance, et dont les visions du monde doivent être compatibles aux nôtres. Un directeur ou une directrice de thèse sera en quelque sorte notre guide intellectuel dans une démarche longue, mais édifiante afin de capitaliser sur nos forces professionnelles et personnelles. Ces derniers nous aideront à nous poser les bonnes questions, à utiliser les méthodes appropriées ainsi qu'à exercer une recherche équitable en santé mondiale. Concrètement, leurs valeurs fondamentales et les nôtres devraient être au même diapason pour que l'on puisse bien être accompagné et évoluer de façon optimale, en apprenant à se connaître mutuellement, en étant ouvert aux critiques constructives et en osant de nouvelles approches, jusque-là non explorées. Par ailleurs, notre entourage familial et social revêt une place importante. Il est un socle incontournable à notre santé mentale et à un équilibre de vie plus sain. S'ajoute aussi à ceci le maintien de notre santé physique en pratiquant des sports qui nous permettent d'évacuer le trop plein de stress lorsque ce dernier est prêt à imploser !

Les opportunités à saisir

Le parcours doctoral en santé mondiale procure des opportunités innombrables de renforcement de nos compétences, l'une d'entre elles est la réflexivité critique. Ceci ne coûte rien, l'on peut la pratiquer n'importe où, il s'agit de s'armer de son portable ou tout simplement d'un carnet et d'un stylo afin d'asseoir nos observations, nos questions méthodologiques et nos plans d'action. La réflexivité nous permet de nous observer, de nous analyser, et d'analyser ce que l'on est en train d'entreprendre (ou pas), tout en nous donnant la possibilité de réfléchir différemment à notre question de recherche et à notre démarche doctorale. De plus, il est aussi fondamental de s'engager socialement pour mobiliser les différentes facettes de notre identité, partager avec d'autres ce que l'on a appris, et apprendre d'autrui pour améliorer collectivement nos diverses démarches en santé mondiale.

Leçons apprises

En tant que praticienne du terrain et en tant qu'étudiante-chercheure au niveau doctoral, voici les leçons les plus importantes que je tire, jusqu'à ce jour, de mon expérience en santé mondiale.

- **Savoir préserver son identité plurielle en maximisant son processus de recherche**

Selon les contextes dans lesquels on évolue, certains aspects de notre identité, qu'ils soient académiques, professionnels ou relatifs à la recherche prendront préséance, alors que dans d'autres situations, ils seront moins mis en évidence. En être conscients nous permettra de négocier avec plus de finesse nos différentes identités.

- **Parler et partager avec des pairs qui ont un parcours similaire**

Ne pas garder ses incertitudes, ses inquiétudes et ses interrogations pour soi car, dans bien des cas, ils sont aussi partagés et vécus par d'autres.

- **Bien s'entourer socialement et élargir son réseau académique**

Continuer à préserver les différents tissus sociaux dans lesquels on évolue et bâtir des nouveaux réseaux dans lesquels l'on voudrait évoluer et auxquels l'on souhaiterait contribuer.

- **S'engager socialement**

S'engager socialement donne du sens à notre démarche d'étudiants-chercheurs et consolide nos objectifs de vie sur le long terme et ce, à travers le réseautage et l'ouverture sur autrui.

- **Être fidèle à ses propres valeurs**

Ne pas perdre de vue ce qui nous inspire et anime dans la pratique de la santé mondiale ou de la santé publique, tel que le partage, l'éthique, l'équité et la solidarité sociale.

- **Pratiquer la réflexivité**

Nourrir consciemment sa réflexivité critique en écrivant, en s'interrogeant, et en prenant du recul sur notre façon d'être, de penser et de faire.

- **Identifier un mentor et le devenir pour d'autres**

Se trouver des mentors auxquels on s'identifie intellectuellement et émotionnellement, et le devenir soi-même pour d'autres.

Ces institutions qui nous transforment : expérience de résilience académique et sentiment d'insécurité sur le plan des valeurs

Stella Tiné, Étudiante au doctorat, École de santé publique de l'Université de Montréal, Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal ; Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal. Courriel : Sctine80@gmail.com

Le chemin qui mène au doctorat en santé publique à l'école de santé publique de l'université de Montréal (ESPUM) est un parcours de longue haleine pour certains, mais peut également se passer comme « une lettre à la poste » pour d'autres. Comme quoi, les 10 doigts de la main ne sont pas égaux. Dès ma première année de thèse, j'ai été confrontée à la désillusion sur l'idée généralement partagée que les étudiants-chercheurs au Canada disposent d'un budget relativement conséquent durant leur formation. Grosse désillusion, car j'ai vite fait de « mordre dans la neige » quand j'ai été confrontée aux refus de mes multiples demandes de bourses. Laissez-moi vous dire qu'appliquer à une demande de bourse n'est pas si évident. Entre remplir les formulaires kilométriques et « faire la cour » auprès du corps enseignant, superviseurs ou réseaux professionnels pour solliciter leurs appuis, on navigue à vue. Néanmoins, dans cette impasse, émergent parfois des promesses de financement, ce qui conduit le thésard à vivre avec l'espoir qu'un jour on lui accordera enfin cette manne qui tombera peut-être du ciel à force de prières et de rappels incessants, frôlant ainsi l'obsession.

Faire un doctorat sans financement c'est tout simplement naviguer à vue, dans une embarcation fragile, dans laquelle on essaie de boucher les trous au fur et à mesure qu'ils se présentent, tout en conservant l'espoir qu'on arrivera un jour à destination. C'est à se demander pourquoi nous avons embarqué dans un tango dont on ne maîtrise pas les pas. Cela vaudrait-il la peine d'endurer ce calvaire pour un avenir qui paraît aussi incertain ? Pourquoi faire de si longues études sans être sûre de pouvoir bien gagner sa vie ? Ne serait-il pas temps de décrocher ? Combien de finissants arrivent à décrocher un poste universitaire comme professeur ou chercheur ? Combien sont recrutés par le gouvernement ? Peut-être est-il nettement plus facile de travailler à l'international ? Cela prend-il un doctorat en santé publique pour travailler à l'international ? Tout ceci pour en venir au fait que les thésards s'embarquent dans cette aventure pour diverses raisons. Y en a qui ont décidé de faire carrière dans les études et qui n'ont jamais travaillé depuis qu'ils sont scolarisés. Pour ceux-ci, les études ont une finalité toute autre que celle d'acquérir un diplôme, elle est leur raison de vivre. Il y en a qui entreprennent ces études simplement pour avoir une expérience enrichissante et s'adonner à un exercice intellectuel sur plusieurs années. Il y a enfin, ceux qui y ont misé toutes leurs économies et leur avenir avec l'espoir que les nouvelles compétences qu'ils développeront leur permettraient d'être compétitifs sur le marché du travail. En ce qui me concerne, je fais partie de cette troisième catégorie, qui pense que cette spécialisation en santé publique apportera une valeur ajoutée à mon doctorat en médecine. Cet objectif poursuivi est une expérience qui va au-delà de la sphère académique, il s'agit d'une expérience humaine car nous développons en chemin une capacité à résister psychiquement aux différents obstacles que nous rencontrons durant notre formation.

Le programme de doctorat en santé publique à l'Université de Montréal est structuré de manière

à ce qu'il puisse être achevé dans un délai de cinq ans. Il admet des étudiants intelligents et compétents avec des profils diversifiés. Ceux-ci, bien que poursuivant des buts différents, en termes de carrière, partagent l'objectif commun de réaliser leur projet de recherche et d'achever leurs études dans les limites de temps prévues par le règlement. Les deux premières années sont consacrées aux cours, à l'examen de synthèse et à la défense du protocole et les autres années consacrées à la recherche et à la rédaction de la thèse. Lorsqu'on débute le programme, on est optimiste, tout est nouveau, tout est beau, on est admis au doctorat. Par la suite, la recherche de financement s'avère compliquée, compétitive, stressante et tellement incertaine. Mais pour ceux qui s'accrochent, l'école de santé publique leur apprend à se former à la résilience, car on y enseigne aussi l'école de la vie, c'est-à-dire que nous y apprenons à nous adapter aux difficultés auxquelles nous sommes confrontés.

Nous sommes 19 étudiants à avoir été admis à l'automne 2015. De cette cohorte, 7 étudiants, soit 37%, ont pu obtenir du financement pour leurs études. Les autres fonctionnent sur la base de promesses de financement. Mais par quel miracle un étudiant pourrait-il réaliser des études de doctorat sans financement? Les études doctorales sont très prenantes et c'est l'excellence du dossier académique et les publications scientifiques qui conditionnent l'obtention d'une bourse d'étude. Pour garantir cela, le thésard doit se consacrer à ses études à temps plein. Dans ce cas de figure, comment pourrait-il assumer les dépenses imposées par son entrée au doctorat : achat de livre, se nourrir, se vêtir, se loger, frais d'impressions, de photocopie, de transport, frais de santé, etc. Il se trouve confronté au dilemme de soit augmenter son endettement en prenant un prêt pour financer ses études et pouvoir se concentrer, rédiger des articles et obtenir de bonnes notes ou étudier à temps partiel et travailler à temps plein pour financer ses études. Certains ont la chance durant leur parcours de signer des contrats d'auxiliaire d'enseignement, d'assistant de recherche ou de chargé de cours à temps partiel, ce qui leur permet d'arrondir leur fin de mois tout en travaillant dans le milieu universitaire ou en recherche. D'autres travaillent hors du milieu académique, comme par exemple dans des entrepôts, plus particulièrement les immigrants qui ont obtenu leur diplôme de 1er et de 2ème cycles hors du Canada et de l'Amérique du nord. Cette réalité vécue par les thésards de l'ESPUM a quand même des aspects positifs car cela favorise la culture d'une résilience académique et d'une persévérance. Cette expérience nous amène à développer l'esprit de débrouillardise, à être inventifs, proactifs et à s'outiller pour réaliser nos ambitions, nos rêves dans cet univers académique et scientifique en mutation qui s'adapte au contexte actuel de santé planétaire.

Ayant travaillé sur le terrain avant de poursuivre ce doctorat en santé mondiale, mon parcours professionnel et académique m'impose une réflexion préalable sur plusieurs questions : Quels genres d'institutions sont créées pour former les professionnels de demain ? Sur quelles valeurs et principes repose notre formation ? Notre système d'enseignement est-il juste et équitable ? Existe-t-il des inégalités dans la formation ? Si oui, ces inégalités pourraient-elles exercer leur effet plus tard dans notre pratique ? Pour nous permettre de réaliser notre projet d'étude, l'université s'efforce de favoriser notre accès à des ressources financières telles que les prêts et bourses gouvernementaux ou des bourses de soutien financier universitaire, des bourses d'institutions et de fonds de recherche. Mais ce système incitatif universitaire tient-il compte de ceux provenant de milieux socioéconomiquement défavorisés ? Accentue-t-il les inégalités ? Est-il adapté à ceux ayant des parcours non académiques ? Juste penser à l'importance de ma marge de crédit étudiante après mon doctorat, me pousse dès à présent à me bâtir un réseau

qui pourrait faciliter mon employabilité plus tard. Mais où vais-je travailler ? Pour qui vais-je travailler ? J'ambitionnais de travailler pour les Nations unies après mon doctorat, ce qui n'est plus le cas maintenant car je ne fais plus assez confiance en ces institutions.

Durant notre formation, l'ESPUM se donne comme responsabilité de nous transmettre des compétences essentielles à la bonne pratique en santé mondiale. À travers les cours, lectures, séminaires, conférences, j'ai acquis et je continue d'acquérir le savoir, mais ma manière de penser cette formation, est qu'elle devrait également reposer sur le savoir-faire et le savoir-être. L'adaptation de ces termes à la pratique en santé m'a été enseignée par un professeur qui m'a positivement marquée à l'ESPUM, le Dr V-KN. À travers ma pratique professionnelle et mes lectures, j'ai pris conscience que le savoir-faire et le savoir-être font cruellement défaut dans la pratique et que ces valeurs devraient nous être enseignées durant notre formation. Certains d'entre nous travaillerons dans le milieu académique, d'autres pour des organisations gouvernementales, non gouvernementales ou philanthropiques, certains dans le milieu de la recherche. Il s'avère donc primordial que nos institutions académiques aient un rôle significatif dans le développement de la culture des valeurs car ce sont elles qui formeront les acteurs et les leaders de demain.

Au fur et à mesure que je progresse dans ma formation, je prends conscience des enjeux économiques et géopolitiques autour de la santé qui ne tiennent pas forcément compte de la justice sociale et de l'équité. Nous connaissons les causes fondamentales des inégalités sociales et de santé à l'intérieur des pays et entre les pays, mais s'attaquer aux causes des causes (à noter que je tiens ce terme du Dr LP, une professeure que j'admire énormément) reviendrait à s'attaquer au système capitaliste et à lutter contre les inégalités qu'il crée et qui se perpétuent de génération en génération. Contrairement aux idées reçues, j'entrevois la possibilité que les politiques et orientations proposées par les institutions qui nous gouvernent ne poursuivent pas forcément l'intérêt général mais plutôt l'intérêt de certaines nations dominantes, l'intérêt de certains lobbys. Peut-être qu'il existe des dessous sombres dans la diplomatie sanitaire mondiale qui justifient la tolérance institutionnelle ? Aimerais-je faire partie d'une telle entité ? Pour moi, il est important de travailler pour des causes justes pilotées par des valeurs que je trouve fondamentales.

En santé mondiale, il existe un référentiel de valeurs qui soutiennent l'action, entre autres, la solidarité, la justice sociale, l'équité, la protection des intérêts collectifs, le bien collectif, les conditions idéales pour le bien-être de la planète et l'épanouissement des êtres humains, la responsabilité des états, la réciprocité et la confiance du public. J'ai malheureusement perdu cette confiance en nos institutions. Fort a été mon désappointement quand j'ai constaté à travers mes cours de séminaires et de pratique en santé mondiale que plusieurs de ces valeurs ne sont pas appliquées par les institutions qui nous gouvernent. Les auteurs Regien Biesma, Sara Davies, Tim Markey, Derick Brinkerhoft et Paul Farmer, pour ne citer que ceux-là, m'ont édifiée sur la gouvernance et la gouvernementalité en santé mondiale. Ils ont modifié le regard innocent que je portais sur ces institutions qui nous gouvernent. Avec ces connaissances apprises, il m'est impossible de rester indifférente et ne pas porter un regard critique sur la crédibilité et la transparence des preuves scientifiques étayant les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui sont mises en application à l'échelle planétaire. Cela n'en a pas l'air, mais c'est assez bouleversant pour quelqu'un comme moi, pour qui travailler pour les

nations unies aurait été un accomplissement en termes de carrière. Le mode de financement de l'OMS et le lobbying remet fortement en question son indépendance et son intégrité dans ses actions, comme on dit chez moi, « c'est la main qui nourrit qui dirige ». Je me rends compte qu'il y a bel et bien une responsabilité des États et une solidarité mondiale, mais celle-ci n'est pas basée sur la transparence et la démocratie.

Tout ceci m'amène à reconsidérer les sacrifices que je fais pour cette formation, que ce soit sur le plan financier, de la vie personnelle et de ma santé mentale. Je me pose des questions sur la finalité de cette formation. J'étais sur le terrain auparavant et j'ai pris conscience de mes limites dans ma pratique et en recherche. Je suis revenue dans le milieu académique pour m'améliorer avec l'objectif d'y retourner en ayant l'espoir de pouvoir changer les choses et de contribuer à l'atteinte d'un monde meilleur pour tous sur le plan sanitaire. Et si cela n'était pas possible ? Et si la façon dont le système planétaire est pensé et conçu est ainsi fait pour perpétuer les inégalités pour le bien de certaines puissances dominantes ? Et si la valeur que j'accorde à chaque vie humaine n'est pas partagée de la même façon par ceux qui nous gouvernent ? Si pour certains la vie des uns est plus importante que celle des autres ? Je porte dès à présent un regard différent sur ma formation et les interventions en santé mondiale. J'ai peur que cette réalité me détourne du bien-fondé de cette formation. Devrais-je plonger dans l'océan et nager dans le sens des vagues comme tout le monde ou nager à contre-courant ?

Les difficultés dans le recrutement des personnes migrantes sans assurance médicale à Montréal

Solène Lagrange, Agente de recherche, Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal. Courriel : solene.lagrange.umontreal@gmail.com

Analyse

Je travaille en tant que coordinatrice de recherche sur un projet ayant pour objectif principal de mesurer et de comprendre la perception de l'état de santé et l'accès aux soins des migrants sans assurance médicale (MSAM) de Montréal. Ce projet a donc pour but d'améliorer leur condition dans une perspective de santé publique. Un des volets du projet a consisté à la réalisation d'une enquête auprès des 853 MSAM. Durant cette étape, j'ai rencontré certaines difficultés auxquelles je n'étais pas préparée.

J'ai été confrontée à plusieurs barrières dans le recrutement de la population cible. J'avais conscience qu'aller au-devant de cette population serait complexe puisqu'il est impossible d'avoir connaissance des personnes étant dans une situation migratoire complexe. Toutefois, bien que ces barrières aient été identifiées pour la plupart au préalable, elles se sont montrées plus contraignantes qu'envisagées.

Tout d'abord, l'ensemble des personnes rencontrées ont montré des craintes vis à vis de nos éventuelles connections avec les autorités et particulièrement les services d'immigration. Pour cela, nous avons mis en place plusieurs stratégies :

1. créer des partenariats étroits, en amont et pendant toute la période de recrutement, avec les leaders d'organismes communautaires ou de lieux de culte afin d'instaurer une relation de confiance. Cependant, les mises en contacts avec ces représentants n'ont pas été aussi évidentes que ce que j'avais imaginé. Cela a nécessité un long travail de relance et de communication parfois vain. J'ai trouvé que cela demandait énormément d'énergie pour un résultat difficilement quantifiable sur le moment. Il a fallu que je me rappelle régulièrement pourquoi ces étapes étaient essentielles et que j'échange avec mes collègues pour garder ma motivation. Une fois les liens créés avec les leaders, cette stratégie s'est avérée efficace pour une grande partie de notre population cible ;
2. participer, pendant toute la période de recrutement, à des sessions d'informations publiques telles que des kiosques lors d'évènements communautaires ainsi qu'à des ateliers au sein des organismes communautaires pour faire connaître notre projet et rassurer la population cible ;
3. diffuser l'information via des médias de communication appropriés (journaux et radio spécifiques, réseaux sociaux) et du matériel éducatif adapté à chaque culture (affiches, flyers) pour faire connaître notre projet et rassurer la population cible.

Cependant, un grand nombre de personnes approchées semblaient septiques vis à vis de

l'objectif final de l'étude. Elles ont pu avoir des difficultés à saisir ce que cette recherche va pouvoir leur apporter à l'instant où j'échange avec elles. Je me suis interrogée sur la manière dont j'expliquais la recherche et des termes que j'employais. J'ai essayé d'adapter au mieux mon discours à chaque individu. Avant chaque questionnaire, j'ai pris le temps d'expliquer qu'au terme de l'entrevue je leur fournirai des informations sur les ressources communautaires disponibles près de chez eux, quelque soit le statut migratoire. Il nous semblait essentiel de leur donner accès à ces références puisque lors de nos études préliminaires, l'accent avait été mis sur le manque d'information flagrant de cette population quant aux services disponibles.

En outre, il a été décidé de donner une compensation de 20\$ à tous les participants pour leur temps accordé et leur partage d'expérience. Pour ma part, je ne pouvais pas imaginer que cette compensation puisse engendrer des difficultés. Pourtant, plusieurs problématiques sont apparues :

- dans certaines communautés, le message des 20\$ de compensation a été très bien diffusé. J'ai été face à des personnes non éligibles mais qui pour recevoir l'argent, n'expliquaient pas clairement leur situation migratoire ou d'assurance ;
- certaines personnes ont saisi le « bon filon » et ont réussi à passer l'entrevue deux fois puisque nous étions plus de 15 professionnels de la recherche à faire passer le questionnaire. Ceci nous contraignant donc à enregistrer des doublons dans notre base de données ;
- certaines personnes, de culture musulmane se sont senties « offusquées » qu'on veuille leur donner de l'argent. Elles estiment qu'elles font cela pour le bien de tous en vertu des droits humains et de la justice sociale.

Enfin, pour réaliser une enquête de cette envergure, 15 assistants de recherche ont été recrutés avec des parcours migratoires, des expériences professionnelles et des cultures différents. La gestion d'une équipe comme celle-ci a été un des aspects les plus exigeants pour moi. Il m'a fallu faire preuve d'une grande souplesse et de compréhension envers mes collègues. Étant une personne par nature bienveillante et indulgente envers les autres de manière générale, j'ai tendance, lorsqu'il s'agit du domaine professionnel à attendre et exiger de mes collègues une très grande organisation, rapidité, précision et rigueur de travail.

Leçons apprises

Cette expérience de recherche m'a permis d'approfondir certains enseignements essentiels, quant au recrutement d'une population non visible et appréhensive concernant les retombées de l'étude mais également sur ma propre pratique professionnelle en recherche.

Tout d'abord, il s'agit, de ne jamais être totalement « fermée » sur ses acquis et connaissances théoriques. Chaque culture est différente, et bien plus encore chaque individu est singulier tant par ses croyances, ses perceptions et son caractère et sera influencé par son propre environnement. Il faut savoir être à l'écoute, flexible, patient, persuasif. Il est nécessaire de pouvoir ajuster et adapter ses techniques d'approches et son discours afin d'être au plus juste de la réalité de terrain. L'ensemble de ces qualités est essentiel à ce type projet. J'ai pu apprendre à mieux les développer durant ce volet du projet.

Ensuite, ce projet étant très prenant, et passionnant par la même, de par sa problématique, il faut savoir prendre de la distance et du recul face aux difficultés et aux échecs rencontrés. Cela

n'est pas toujours facile, puisqu'on peut avoir tendance à vivre comme un fait personnel le refus d'une personne éligible ou d'un leader communautaire qui ne semblent pas intéressés par notre étude. J'ai eu une tendance parfois à remettre en cause ma pratique : est-ce que j'ai le bon positionnement ? Est-ce que mon discours est adapté ? Cette reconsidération, certes nécessaire pour s'adapter au terrain et aux situations, ne doit pas entièrement remettre en question nos propres qualités. J'ai appris à trouver un meilleur équilibre pour ajuster ma pratique et me faire également confiance.

Enfin, pour travailler en équipe il est nécessaire d'être toujours à l'écoute et d'essayer de comprendre le positionnement de chacun pour pouvoir avancer et réaliser les projets. Ce projet m'a appris à être plus patiente et compréhensive dans ma pratique professionnelle ainsi qu'à développer une meilleure critique constructive.

L'accès aux soins des enfants sans parents connus dans les services de pédiatrie au Mali : l'anthropologue doit-il intervenir ?

Guindo Abdoulaye, Anthropologue, Chercheur Associé, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali. Courriel : abloguindo@yahoo.fr

Introduction

Le biais de subjectivité existe dans toute recherche qualitative. Cela est vrai pour l'anthropologie de la santé lorsque le processus de recueil de données implique souvent pour les anthropologues de développer une relation très étroite avec les sujets qu'ils étudient. Il devient ainsi très difficile d'observer strictement les recommandations méthodologiques héritées de son parcours académique. De fait, de nouveaux dispositifs favorisant la prise en compte des contextes dans lesquels évoluent les anthropologues devraient être envisagés.

Ce texte est tiré d'une étude ethnographique réalisée en 2013 en milieu hospitalier dans le cadre de ma thèse de doctorat. La collecte de données a été menée dans le département de la pédiatrie du Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré (CHU GT). Ce texte met en lumière le cas d'Abdoulaye, un adolescent que j'ai aidé à accéder aux soins. Abdoulaye n'avait pas de parent connu à l'hôpital. L'aide qu'un chercheur peut apporter à un malade peut s'avérer nécessaire dans le contexte hospitalier malien marqué par la limitation du pouvoir médical et par des facteurs économiques. Cependant, il ne doit pas faire oublier que le chercheur est avant tout un observateur. Ainsi, cet article vise, d'abord, à documenter l'accès aux soins des enfants sans parents connus à l'hôpital. Ensuite, il cherche à comprendre en quoi l'intervention du chercheur auprès de ces enfants, aspect encore peu étudié au Mali, constitue un espace de réflexion permettant à l'anthropologue d'améliorer son outil de travail et aux soignants de dispenser des soins de qualité.

L'anthropologue à l'hôpital, pour quoi faire ?

Le chercheur au sein d'une équipe médicale joue un rôle prépondérant sur le conditionnement du matériau à recueillir. Pour ce qui me concerne, dans le cadre de cette enquête, il est utile de rappeler, qu'au départ, mon statut d'anthropologue a posé des problèmes. Que s'est-il passé ? Tout d'abord, dans le service de pédiatrie du CHU GT, l'anthropologie en tant que discipline était peu connue. Ceci a eu la conséquence suivante : plusieurs professionnels de santé me posaient des questions sur son intérêt pour la pratique médicale. Ces questions se résumaient à : qu'est-ce l'anthropologie ? qu'est-ce qu'un anthropologue cherche à l'hôpital ? En outre, les premiers travaux anthropologiques dans le domaine de la santé en Afrique de l'Ouest parlent du mauvais comportement des professionnels de santé comme l'illustre le titre de cet ouvrage : « *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* » (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Ainsi la faible connaissance de ma discipline associée à sa connotation négative a suscité des méfiances de la part de certains soignants, notamment les pédiatres, à mon égard. Ces méfiances se fondaient sur la conviction de ces

derniers de me voir juger négativement leurs pratiques. Plutôt que de répondre ouvertement en disant que je n'étais pas là pour juger qui que ce soit, j'ai commencé à adopter une attitude qui légitimerait ma présence à leur côté. La manière la plus facile d'y arriver était d'intégrer une équipe médicale et d'y mener les activités. Au début, je me suis intéressé aux visites et aux staffs médicaux. La participation à ces deux activités m'a permis de me familiariser avec les aspects techniques des diagnostics et traitements des maladies. Remarquant mon intérêt pour comprendre leurs pratiques, certains pédiatres se sont ouverts à moi, m'expliquant notamment leur contexte de travail. Je peux donner un exemple assez caractéristique de cette situation. Cela s'est passé lors d'une interaction ratée entre un pédiatre et un père d'enfant. En effet, un pédiatre en colère contre un père n'ayant pas respecté ses consignes de soins a demandé à ce dernier de rentrer à la maison avec son malade. Le père, pris de panique, est venu me voir pour que j'intervienne auprès du pédiatre. J'ai accepté et je suis allé discuter avec le pédiatre qui a accepté les excuses du père et est revenu sur sa décision. Ce rôle d'écoute et de médiation que je jouais souvent et dont les professionnels ainsi que les usagers avaient besoin légitimait d'une certaine façon ma présence à leurs côtés.

Par ailleurs, au regard du nombre élevé de malades à traiter par rapport au nombre restreint du personnel médical, je pouvais intervenir sur certains axes de soins. Même si je ne m'étais pas préparé au départ, je ne pouvais me permettre le luxe de tenir mon journal de bord et observer simplement les soignants travailler. C'est ainsi que j'ai commencé à intervenir. Mes interventions ont été d'abord ponctuelles. Ce fut le cas, par exemple, où un jour une femme venue d'un village avait besoin de donner du sang à la « banque de sang » pour pouvoir bénéficier du sang pour transfuser son enfant. Comme elle n'avait de parent proche à Bamako, j'ai donné mon sang. Ce n'est pas tout, j'ai aussi souvent complété les ordonnances des parents démunis ou recommandé un enfant malade à un médecin avec qui j'avais une bonne relation. Je précise, par rapport à ce dernier point, que souvent à cause du flux, certains parents n'ayant pas de relations peuvent attendre longtemps dans la salle d'attente. Dans ce genre de situations, si je remarquais que l'état de santé de l'enfant nécessitait une prise en charge immédiate (forte fièvre par exemple) je le recommandais à un confrère. Je présentais l'enfant malade au médecin consultant comme « mon malade ». Cette règle tacite, « mon malade » est connue du personnel soignant.

Quand l'on observe ce dernier type d'intervention on a l'impression que mon attitude tend à favoriser les enfants dont je suis le parcours de soin dans le cadre de mes recherches. Mais, quand on analyse la situation plus sereinement, on se rend compte que cela n'est pas le cas. D'abord, en recommandant « mes malades » je ne faisais que recourir aux « règles pratiques » d'une certaine manière. Au-delà, sur le plan éthique, selon les recommandations de l'OMS, on doit commencer à traiter les enfants les plus gravement malades sans avoir égard aux rangs sociaux de leurs parents ou accompagnants. Toujours dans cette perspective, éthique, il faut noter que le fait de faciliter l'accès aux soins des enfants que je suivais dans le cadre de ma recherche doctorale pouvait être perçu comme une sorte de compensation aux usagers pour le temps consacré à l'enquête.

Par la suite, j'ai mené d'autres interventions qui se sont inscrites dans la durée. Il s'agissait d'orienter les malades ou de les accompagner. L'orientation concernait surtout les parents qui venaient des villages et qui ne savaient pas lire. Pour ces derniers, lorsque les pédiatres prescrivaient des examens complémentaires, je les conduisais au laboratoire ou à la radiographie pour la

réalisation. S'agissant de l'accompagnement, mon rôle consistait à assister, sans jouer le rôle de prêtre ou d'imam, ceux qui avaient perdus leurs enfants. À cet effet, mon travail s'est surtout focalisé à parler aux parents mais aussi à prendre les corps des enfants pour les amener à la morgue ou au domicile des parents s'ils le désiraient. Tout ce travail a permis de lever certaines tensions, comme l'étonnement que ma présence avait suscité au départ auprès de certains pédiatres. À l'évidence, ces interventions étaient nécessaires car en leur faveur j'ai compris que c'est en partant du parcours réel de l'enfant malade et de l'activité ordinaire du service que l'on peut mesurer les situations de vulnérabilité variables, dans lesquelles se trouvent les usagers et les professionnels de santé (Chave, 2002, p. 7). Le cas d'Abdoulaye est illustratif à cet égard.

Le cas d'Abdoulaye

Abdoulaye avait été abandonné à la porte d'entrée du CHU GT où je menais mes enquêtes. Il n'avait aucun papier sur lui et se trouvait dans un état comateux lorsque je lui ai rencontré. Il avait la méningite. Comme le parcours de soins des patients anonymes était peu documenté au Mali, j'ai alors décidé de le suivre.

De façon statutaire Abdoulaye correspond à un cas social car : « **les cas sociaux sont constitués des malades qui viennent tout seul et qui n'ont aucun répondant.** » (Agent service social). L'accueil de cette catégorie de malade pose énormément de problèmes au CHU GT. Tout d'abord, parce que, dans cet hôpital le personnel de santé manque de tout ou presque pour réaliser correctement son métier. Ensuite, Abdoulaye n'avait aucun référent à qui le personnel médical devait s'adresser. Or, son état de santé nécessitait une prise en charge immédiate car il était dans le coma. Sachant que la démarche administrative pour le prendre en charge allait prendre du temps¹ j'ai décidé d'intervenir en signant des engagements comme étant un de ses parents et l'introduire dans le circuit de soins. Il est resté aux urgences pédiatriques durant un mois. Quand il a été rétabli, je suis allé faire une déclaration au niveau de l'Ambassade du Burkina-Faso, pays où il est originaire, au Mali qui a accepté le recevoir. Dans une certaine mesure, sans mon intervention, on peut dire Abdoulaye risquait de mourir.

Donc, de façon classique sur le plan méthodologique, j'ai mis en œuvre ce que l'on peut appeler de l'observation participante, mais qui dans mon cas est devenue de la participation observante, à cause de l'aide que j'ai apporté à Abdoulaye.

Il convient de préciser qu'au-delà de la question de mon choix de l'inclure dans mon étude, je me suis posé une autre question avant d'intervenir : qu'est-ce que j'aurais voulu que l'on me fasse si j'étais à la place de cet enfant malade ? Ou encore : s'il était mon enfant ou celui d'une sœur, d'un frère ou d'une connaissance ? La réponse était claire : j'aurais souhaité que l'on prenne soin de moi ou de l'enfant des gens que je connais. Alors, je me suis engagé dans cette voie. Ce choix m'apparaissait comme un choix moral.

La prise en compte au niveau de l'analyse ces deux exigences, méthodologique et morale, m'a ainsi permis d'appréhender de manière réflexive la problématique de l'intervention dans le cadre de mes recherches.

¹ Quand un enfant sans parent arrive à l'hôpital, le pédiatre, l'ayant consulté, informe le major de l'unité. Le major à son tour saisit le service social. Une fois saisi, le service social envoie un agent pour venir voir l'intéressé et ouvrir à son nom une enquête sociale. « *Seule l'enquête menée par les agents du service social peut déterminer la nature du besoin du malade.* » (Responsable du service social).

Conclusion et leçons apprises

Au cours de mes enquêtes, je me suis rendu compte que le processus de la production de la connaissance dépend des phénomènes que l'on étudie. Ce qui veut dire que la logique de la recherche n'est peut-être pas tout à fait autonome. De plus, j'ai également compris que je n'ai pas été toujours maître ni de mes outils d'investigations ni de la trajectoire de ma recherche. Je me suis laissé guider par mon terrain car « la force de l'enquête réside dans la prise en compte des contextes » (Olivier De Sardan, 1995). Pourtant, tout au long de mon ethnographie j'ai cherché à contrôler un aspect : celui de mes limites en interrogeant chaque fois la frontière de mon implication. Il est difficile de délimiter cette frontière de manière générale pour tous les chercheurs. En effet, elle dépend du positionnement de tout un chacun et de sa capacité à se distancier de son terrain de recherche. Mais, pour ce qui me concerne, la limite à respecter, c'était d'éviter de glisser dans le jugement des actes que posaient les acteurs gravitant autour des enfants que je suivais dans mes recherches. En dehors de cet aspect, je tenais également à donner un nom, un visage à tous les enfants que je rencontrais en documentant leurs parcours de soins. À travers mes écrits, les lecteurs pouvaient ainsi accéder à la fois à mes émotions et à la posture plus distanciée d'analyse des situations.

Parfois, l'implication du chercheur peut constituer une véritable source de production de données, comme ce fut mon cas. On le voit, accepter d'intervenir c'est aussi d'une certaine manière admettre une déstabilisation de sa démarche initiale. De mon point de vue, tout ceci contribue à formuler de nouvelles expériences pour le chercheur ainsi que pour les professionnels de santé et participe ainsi à la construction de dispositifs réflexifs pour chaque acteur (anthropologue et soignants). Ces leçons apprises peuvent être utiles aux jeunes anthropologues qui vont investiguer les structures de santé dans des milieux de forte pauvreté.

Références

Chave, F. (2002). *La prise en charge médicale dans les services d'urgences pédiatriques*. Rapport d'enquête, Paris, France : Université Paris X-Nanterre, École d'Architecture de Paris-Belleville.

Jaffré, Y. & Olivier de Sardan J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, France : Karthala

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain, *Enquête* [En ligne], 1. Retrieved from <http://journals.openedition.org/enquete/263>

Olivier de Sardan, J.-P., & Blundo, G. (2003). Observation et description en socio-anthropologie. *Enquête*, 3, 13-40.

Oscillating Between Passive and Active Roles During Non-Participant Observation in Global Health Research

*Anne-Marie Turcotte-Tremblay, Étudiante au doctorat, École de Santé Publique de l'Université de Montréal ; Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal.
Courriel : anne-marie.turcotte-tremblay@gmail.com*

Introduction

The researcher's immersion in a milieu can be useful in global health to understand local contexts, actors, and intervention processes. Through observation, the researcher can be in direct contact with the research object in a real-life setting. This method may be particularly pertinent for global health researchers, who generally come from outside the study site and need to understand local practices and norms. As a female Canadian researcher with a background in psychology and public health, I found this data collection method highly useful for my doctoral research on the unintended consequences of a health intervention in Burkina Faso (Turcotte-Tremblay, Gali-Gali, De Allegri, & Ridde, 2017).

Upon adopting observation as a method, I had to take strategic decisions about how to behave *in situ* because my presence in the field could interact with the object of study. Different models of observation with varying levels of integration have been documented (Olivier de Sardan, 2015; Poupart, Groulx, Deslauriers, Laperrière, & Mayer, 1997). For my doctoral study, I initially decided to conduct "non-participant" observation, which involved observing participants without becoming actively involved with them. My rationale, developed with my supervisors, was that because I am not trained to assist healthcare workers in their professional activities, I could not actively participate. My intention was simply to observe daily activities, like a bird on a branch, capturing every moment with as little interference as possible to allow natural behaviours to emerge in a natural setting. I believed my role was to stay passive and in the background to reduce potential biases caused by my presence.

In the field, however, I found I was sometimes invited or tempted to abandon my position as a passive observer and adopt a more active role in the social system. It was not always possible or even desirable, for the study and also for me, as an ethical individual, to remain a mere observer on the sidelines. I was occasionally called to intervene actively, that is, to take action within the environment where observation was being conducted. In this context, a series of questions arose : To what extent can a non-participant observer actively intervene in the local context? When are these interventions more or less useful? How could they affect the data collection? There may be no universal answer to these questions, as different disciplines (e.g. anthropology, medicine) may conceive observation differently. Nevertheless, engaging in a reflexive process may be useful to understand and improve our practices as researchers. As such, my objective in this paper is two fold: 1) to describe different types of interventions I conducted during my observation sessions, and 2) to present a reflexive analysis of these interventions that led to personal lessons learned. While social scientists such as Chauvin and Jounin(2012) have previously raised some of the issues discussed in this text, I hope these concrete examples

from doctoral research in global health will help others better prepare and position themselves regarding some of the questions they may encounter during non-participant observation.

Context of the reflexive analysis

This reflexive analysis is based on my experience conducting an exploratory study for my doctoral research. The objective of the study was to understand the unintended consequences of combining an intervention called performance-based financing (PBF) with health equity measures in Burkina Faso (Ridde et al., 2014). In this intervention, healthcare workers receive financial incentives to improve healthcare services. They also receive compensation to provide free healthcare services to indigents. Our research team developed a conceptual framework based on Rogers' theory on the diffusion of innovations. Applying this framework, we examined how the social system (including local norms and culture), the characteristics of its members, and the nature and use of the innovation (i.e., the PBF intervention) interacted to influence the emergence of unintended consequences over time. The conceptual framework was deliberately broad, in order to capture all relevant data. For the data collection, I conducted three months of non-participant observation in healthcare centres, held semi-structured interviews, and participated in informal discussions with local actors. Observation sites included healthcare centres and their catchment areas. To integrate the field, I first obtained approval from ethics committees and district management teams. Then I called the head nurses of the selected healthcare centres to explain that I would be visiting in the upcoming days to conduct a study on the implementation and consequences of PBF. All the head nurses welcomed me cordially. In each case, I lodged in one of the facility's buildings, often with one of the healthcare workers. This enabled me to conduct observation around the clock for a wide spectrum of daily activities. I ate meals and spent all my leisure time with participants such as healthcare workers, villagers, and community leaders. Each activity represented an opportunity to collect relevant data on the nature of the social system, the characteristics of local actors, and the implementation of the intervention. As a consequence, however, it was difficult to make clear-cut distinctions between the object of study and my participation in the community. I recorded field notes systematically in a research diary. During this field work, I identified four main types of situations in which I was voluntarily or involuntarily incited to intervene. The section below presents each type, along with a general statement based on my reflexive analysis.

The non-participant observer's four types of interventions

1. Intervening to promote health

While conducting non-participant observation, I encountered vulnerable individuals in dire need. For example, a hut collapsed onto a baby whom I had previously met at the healthcare centre. With an eyeball bulging from its socket, this baby required healthcare, but his mother could not afford to bring him to the hospital. During observation sessions, I witnessed healthcare workers mistreating girls in the facility. I also encountered elderly indigents who urgently required financial support. « When I'm hungry, I simply cry », said one such person during a heartbreaking conversation. Observing suffering and vulnerability triggered internal debates on whether I should intervene out of a moral solidarity for humankind. From an ethical perspective, how can one passively observe such suffering without providing immediate assistance?

Some of these situations were directly related to the intervention I was studying. For example, healthcare workers at one facility misunderstood the PBF intervention. They mistakenly believed the government would reimburse 100% of the cost of the medication they were distributing free of charge to poor patients. This misunderstanding could negatively impact the healthcare centre's financial situation and medication stock, ultimately hindering access to care. Realizing this conundrum, I had to decide whether to intervene by informing the healthcare workers that the medication would not be entirely reimbursed or instead continue to observe the situation silently as it unfolded. Intervening implied influencing the implementation process of the intervention I was studying, thereby changing its course permanently, while not intervening implied possibly allowing the healthcare centre to sink into a financial hole. In a similar situation, I met a blind indigent woman who did not know she had been selected to obtain free healthcare services. Again, I had to decide whether I should intervene to inform her.

Of course, each of these situations should be handled on a case-by-case basis. In general, however, I concluded that a non-participant observer such as myself should avoid intervening to promote health during fieldwork. Researchers should focus on the primary objectives of their presence in the field and carry out activities approved by ethics committees. Intervening in the situations described above could lead to research biases if participants come to see the researcher as a donor. It could also create financial expectations regarding researchers, thereby undermining research and its possible benefits for local populations. More importantly, researchers can involuntarily create more harm than good by intervening locally. For example, an observer could negatively influence the coping strategies, empowerment, or resilience of local actors. To make their decision, researchers can do risk-benefit assessments. If they determine an intervention is necessary and unlikely to cause perverse consequences or negatively influence the study, they can try to seek external help without intervening directly. In such difficult situations, researchers may find it useful to remind themselves of the long-term benefits of research that require sacrifices in the short term. This calls for emotional disengagement from immediate situations to prioritize a long-term development perspective.

2. Intervening to integrate the social system and become accepted by local actors

While conducting non-participant observation, I was sometimes invited to partake in interactions that would enable me to better integrate the social system and be accepted by local actors. These included helping to prepare meals and conversing with local actors. In some of these situations, however, local actors implicitly or explicitly invited me to adopt behaviours that conflicted with my principles or values. Resisting could negatively influence the relationship I was trying to build, while consenting would involve behaving in ways that were contrary to my principles or values. In the middle of medical consultations and birth deliveries, for example, healthcare workers sometimes interrupted their professional activities to engage in excessive laughter, drink tea, yell, and discuss their personal plans for the evening. My initial attempts to distance myself from such unprofessional behaviour in the presence of patients clashed with the social dynamic. Healthcare workers were outgoing and friendly towards me, while I responded quietly and reservedly so as not to encourage them. A similar situation occurred with a PBF verification officer who continually interrupted the verification process with healthcare workers to chitchat with me about the possibilities of acquiring a Canadian wife, etc. Responding would have interrupted the natural flow of the verification process I was observing, while ignoring him might have been perceived as being hostile.

In general, I realized a non-participant observer such as myself must sometimes adapt to the local setting to facilitate integration, even if this requires setting aside one's own values and principles. To be accepted, it is sometimes necessary to "play the game" with local actors, as long as no additional harm is caused by the observer's participation. The researcher should not assume responsibility for other people's behaviours, as this is outside of his or her control. Refusing to conform to local practices (even unprofessional ones) may hinder the relationship with actors and create tensions that could, among other things, cause potential biases in the data production. Local actors may not feel comfortable opening up and displaying natural behaviours if the non-participant observer is not able to show that he or she is "one of them". Observers may have to make concessions regarding their "non-participation" to find a middle ground where everyone is comfortable.

3. Intervening to understand the research object

One challenge I encountered as a non-participant observer was to determine how best to intervene during informal conversations to obtain information. At first, during informal conversations between healthcare workers, I interjected questions for clarification. I soon realized, however, that this influenced the natural progression of the conversations and sometimes inhibited conversations, as participants appeared wary of my proactive questions. I learned it was more useful to simply listen to conversations without interfering too much. Patience often paid off, as clarifications and explanations sometimes arose naturally in due time.

On some occasions, I was invited to participate actively in healthcare centre activities and social events to gain a better understanding of the local context. During a consultation for healthy children, for example, a woman placed her malnourished child in my care, inadvertently breaking my status as a non-participant observer. I waited one hour in the company of other mothers, with this girl on my lap; then I placed the harness on her and measured her before consulting with the midwife. This experience enabled me to feel and relate to mothers' experience when bringing their children to healthcare centres. I faced some of their daily challenges, namely regarding excessive heat, lack of water, and wait times. On another occasion, healthcare workers invited me to conduct outreach activities in nearby villages. They asked me to help them measure the babies' heights as they weighed them. For a brief moment, I was transformed into a healthcare worker facing ordinary challenges, such as the lack of safe roads to rural villages, long work hours without food, the heat, the dust, etc. By experiencing this firsthand, I could better account for those challenges in my analyses.

Overall, I found that intervening occasionally with moderation could be useful to understand the actors' points of view within the social system. Although I positioned myself formally as a non-participant observer, I still had to decipher when it was acceptable and useful to intervene to better understand the research object. Moreover, I realized it was sometimes necessary to set limits regarding healthcare workers' demands, such as those that involved performing medical acts (e.g. inserting a syringe, interpreting malaria tests). Even though it may be helpful to take part in local activities, non-participant observers should continuously assess the potential risks and benefits of their actions, not only for the research, but also for local participants, especially when the observers have no medical training.

4. Intervening to serve an instrumental purpose to local actors

In some cases, local actors tried to persuade me to intervene to achieve their own ends. For example, one healthcare worker who was concerned that the low use of healthcare services was negatively influencing his performance asked me to talk to the population to convince them to seek care. “If you tell them to come, it will stay in their heads,” he pleaded. I politely declined this request, as it was not my mandate as a researcher and could influence the healthcare centre’s performance score in the upcoming months, which our research team was investigating. In another situation, a healthcare worker strongly insisted that I ask a PBF officer to “excuse” his team for not having complied with the verification process. He also insisted that I tell this PBF officer that I had seen the worker and his colleagues “work as a team” to prepare the verification documents. I explained that I was only present as an observer, but after much insistence from the healthcare worker I eventually just nodded quietly. Not complying with this request was tricky, as we had developed a friendship. In another case, a midwife tried to obtain my explicit support to refuse a patient who arrived late at night. Despite her insistence, I refused to explicitly condone this behaviour and remained unresponsive to her request. The midwife felt some pressure and provided treatment to the woman in pain. Thus, my reactions as an observer potentially influenced the healthcare centres’ activities, despite my intentions. In general, non-participant observers should avoid being instrumentalized to further local actors’ purposes, as this may influence the research process and possibly the results of the study. However, this must be done delicately, as refusing to be instrumentalized can influence relations with local actors.

Conclusion

This reflexive analysis highlights how difficult and sometimes impossible it is to observe passively from a distance without intervening when conducting non-participant observation during extended field immersion. Despite their best intentions, non-participant observers can find themselves oscillating between passive and active roles. They may intervene to : 1) promote health, 2) integrate the social system and become accepted by local actors, 3) understand the research object, or 4) serve an instrumental purpose to local actors. Finding the appropriate distance for different situations requires some adjustment. It is important for observers to analyze their interventions *in situ* and to be conscious of them, as they are an integral part of how data are collected and can influence the object of study to varying degrees. Each of the different types of interventions has the potential to trigger a chain of events leading to other changes (Reardon, 1994). Ethical implications should be considered, as they can directly and indirectly affect the health of community members. Students in global health research should be encouraged and trained to adopt and reflect on different types of observations, as this can add value to our field of practice. Having support groups and safe spaces in which to engage in reflexive discussions before, during, and after data collection could help researchers produce sound findings.

Acknowledgements

The author is grateful to the Chair REALISME for its ongoing support. Special thanks go to Emilie Robert, Esther Mc Sween-Cadieux, and Kadidiatou Kadio for their comments on an earlier version of this paper. The author would also like to thank Donna Riley for her editing support. AMTT received a training bursary from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and a doctoral research award from the International Development Research Centre.

References

Chauvin, S., & Jounin, N. (2012). L'observation directe. In S. Paugam (Ed.), *L'enquête sociologique* (pp. 143–165). Paris: Presses Universitaires de France.

Olivier de Sardan, J.-P. (2015). *Epistemology, fieldwork, and anthropology*. New York, NY: Palgrave Macmillan.

Poupart, J., Groulx, L. H., Deslauriers, J. P., Laperrière, A., & Mayer, R. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montreal: Gaëtan Morin Éditeur.

Reardon, J. (1994). Treehouse of horror V. *The Simpsons*. 20th Century Fox.
Retrieved from www.youtube.com/watch?v=oUbzxPpaxjw

Ridde, V., Turcotte-Tremblay, A.-M., Souares, A., Lohmann, J., Zombré, D., Koulidiati, J. L., ... Allegri, M. D. (2014). Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso. *Implementation Science*, *9*(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0149-1>

Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali-Gali, I. A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2017). The unintended consequences of community verifications for performance-based financing in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, *191*, 226–236.

La relation chercheur-participants dans les focus group : leçons apprises

*Achille Dadly Borvil, Étudiante au doctorat, École de santé publique de l'Université de Montréal.
Courriel : achille.dadly.borvil@umontreal.ca*

Introduction

Il existe une variété d'approches en recherche qualitative pour réussir nos études qualitatives dont l'une est la réflexivité. Elle est définie ici comme « un terme pour décrire le degré d'influence du chercheur dans le processus de la recherche; que cette influence soit intentionnelle ou pas » (traduction libre) (Jootum, 2009 : 42). C'est un outil méthodologique qui sert à valider et légitimer les pratiques de recherche qualitative (Pillow, 2003; Dowlin, 2006; Jootum, 2009; Berger, 2013; Underwood, 2010). Certains auteurs suggèrent de l'exiger de tous les chercheurs qualitatifs (Underwood et al 2010) et de la considérer dans toutes les étapes de la recherche (Hangue, 2003 cité par Dowlin, 2006 : 15) incluant la collecte de données. Les focus group s'avèrent être une des méthodes de collecte de données très populaire dans la recherche qualitative en sciences sociales (Kitzinger, 1994) et en sciences de la santé (Barbour, 2005; Liamputtong, 2011; Flynn, 2018). La manière dont la réflexivité est appliquée dans les focus group est un peu négligée dans la littérature. L'article cherche à documenter la nature de la relation chercheur-participants dans la collecte de données par focus group et à identifier des leçons apprises de mon expérience.

La relation chercheur-participants dans les Focus group : pourquoi s'y intéresser ?

L'importance de la réflexivité dans la recherche qualitative est indiscutable. Néanmoins, son approche varie d'un auteur à l'autre et très peu décrivent la façon dont ils l'utilisent dans leur pratique de recherche (Pillow, 2003; Underwood, 2010). La littérature regorge de stratégies et d'approches quant à l'utilisation de la réflexivité dans la validation de la recherche (Pillow, 2003). Toutefois, la tendance la plus répandue dans l'utilisation de la réflexivité est de porter attention à l'influence du chercheur sur les participants (Underwood, 2010). Cette notion d'influence du chercheur par rapport à son rôle est basée sur la dynamique des entrevues individuelles ou d'observation dans laquelle le chercheur joue le rôle central. Sa position d'« expert » lui confère un rôle supérieur dans la relation chercheur-participants. C'est ce qui justifie l'appel incessant fait aux chercheurs qualitatifs d'utiliser la réflexivité pour donner « la voix aux participants » et ainsi diminuer leur influence dans la collecte.

Les focus group sont « des groupes de discussion organisés pour explorer un ensemble de sujets ou de problèmes précis liés aux opinions et aux expériences des gens. Le groupe est « centré » dans le sens où il implique une activité collective » (Kitzinger, 1999:104). L'interaction entre les participants est ce qui les distingue des autres méthodes de collecte (Kitzinger, 1994; Barbour, 2005). Dans les focus group, le chercheur devient un « animateur » qui « maintient la communication au sein du groupe et qui veille à la qualité de la communication » (Guillemette et al, 2011 :194). Le chercheur-animateur n'interagit pas directement avec les participants, mais avec le groupe (Parker et Tritter, 2007). La documentation sur les focus groups abonde en stratégies

relatives à l'organisation, la conduite du focus group. Il existe tout un débat méthodologique sur le recrutement et la sélection des participants, le fait d'indemniser les participants ou pas; la facilitation et la participation, les rôles et responsabilités éthiques du chercheur-animateur et sur la transférabilité des résultats (Parker et Tritter, 2007; Liamputtong, 2011).

Introduits dans la santé publique en 1980 pour évaluer et améliorer les interventions de santé (Liamputtong, 2011), les focus group sont devenus une méthode populaire, autonome et bien établie (Parker et Tritter, 2007). Pourtant, malgré sa popularité et tout le débat méthodologique qui l'entoure, peu d'attention est accordée à l'utilisation de la réflexivité dans les focus group. « De nombreux auteurs nous implorent d'être réflexifs, mais peu nous disent comment procéder dans la pratique » (traduction libre) (Underwood, 2010 : 1593). Si dans les focus group le chercheur joue un rôle périphérique (Parker et Tritter, 2007) et interagit avec le groupe, il s'avère important de se questionner sur la nature de la relation chercheur-participants, car la dynamique de groupe est totalement différente de celle des entrevues individuelles. En me basant sur mes expériences, je voudrais alimenter la réflexion sur la nature de la relation chercheur-participants par un processus réflexif et dégager des leçons qui pourront profiter au chercheur débutant qui généralement n'est pas préparé à l'imprévisibilité de la dynamique de groupe.

La relation chercheur-participants : nature et leçons apprises

A- Nature de la relation chercheur-participants

Le focus group utilisé ici provient d'une collecte de données plus large pour un projet de recherche collaborative ayant pour but de comprendre comment les acteurs intersectoriels concilient leurs intérêts organisationnels et collectifs dans un processus délibératif. Le focus group avait pour objectif d'identifier, de sélectionner et de valider les événements critiques survenus lors d'un processus de révision du cadre de référence d'une intervention intersectorielle de développement social à Montréal. La démarche utilisée pour identifier et sélectionner les événements critiques est décrite dans Borvil et al. (2017). Le focus group d'une heure a été réalisé avec quatre acteurs représentant les quatre partenaires impliqués dans le processus pendant toute la période de révision. Ces acteurs sont des collègues qui ont une longue tradition de collaboration, qui se respectent mutuellement et qui ont l'habitude de participer à d'autres projets de recherche. Ils entretiennent un excellent rapport de travail avec le groupe de recherche auquel j'appartiens. Ce rapport de travail préexiste à mon arrivée dans le groupe de recherche.

1. Le chercheur-animateur face à l'effet de groupe

Au début de la session, j'ai remis aux participants une recension de tous les événements provenant d'une étude approfondie des documents de l'intervention pour réduire les biais de mémoire inhérents au processus de révision. Dix minutes plus tard, je leur ai demandé si la recension correspondait à ce qui s'était réellement passé. Tout d'abord, les participants ont été surpris du nombre d'événements recensés. Ils étaient très contents de voir sur papier tout le chemin qu'ils avaient parcouru en 4 ans. Certains avaient plus de difficultés que d'autres à se souvenir de certains événements. Au fur et à mesure que la discussion prenait corps et que la synergie entre les participants s'installait, j'avais l'impression d'assister à une soirée de 5@7 entre amis qui riaient constamment et se taquinaient en se rappelant des événements

passés. Certains riaient jusqu'à avoir des larmes aux yeux. C'était la première fois, depuis la fin du processus, qu'ils s'étaient rencontrés pour revivre le moment ensemble et s'en reparler, disaient-ils. Cela leur « a fait un drôle d'effet ». Durant les premières minutes de discussion, ils ont exprimé toutes sortes d'émotions. Ils parlaient presque tous en même temps. Quelle attitude dois-je adopter devant ce fou rire partagé qu'on peut qualifier « d'effet de groupe », ces expressions émotionnelles et ces chevauchements de parole ? Comment dois-je m'y prendre pour les ramener à l'objectif de la rencontre ? Dois-je les interrompre pour leur rappeler le but du focus group ? Dois-je attendre qu'ils aient fini avant de relancer la discussion ? Ce sont toutes ces questions qui me travaillaient l'esprit et pour lesquelles je n'avais pas de réponse. Finalement, j'ai attendu en silence jusqu'à ce qu'ils décident eux-mêmes de « se mettre au travail » dans une ambiance détendue.

2. Le chercheur-animateur confronté aux imprévus

La discussion allait bon train et la dynamique de groupe demeurait décontractée jusqu'à ce qu'un des participants affirme d'un ton cordial la chose suivante : « ... il manque quelque chose d'important dans ta liste...madame ». Cette phrase était suivie d'un bref rire partagé et d'un échange de regards. Je comprenais tout de suite qu'il s'agissait d'un évènement important. Je m'y attendais, car la rencontre avait été organisée justement pour compléter la recension étant donné qu'en général toutes les informations ne sont pas inscrites dans les procès-verbaux des réunions. Après quelques secondes de silence arrivait ce qui suit :

P1

Est-ce qu'on peut en parler ?... (Silence). Oui, je suppose... C'est pour la recherche.

D'après ce que j'ai compris, Cédric était allé voir Olivier pour lui dire...

Phase interrompue par P2. (NB : Les noms ont été modifiés pour assurer la confidentialité)

P2

Ah bon c'était ça, moi je pensais que c'était Castel qui a été raconter à Olivier...

Phase interrompue par P3 et P4.

P3 et P4 (ensemble)

Non, P1 a raison. C'est effectivement Cédric et Olivier qui se sont rencontrés au...Et après ils ont dit à Castel...

Rires partagés

P2

Maintenant, on peut en rire... Ça prouve que nous avons fait du chemin... (rires)...Hein... (rires) N'est-ce pas ? À l'époque, on était tellement en colère...(rires).

Dans cette séquence, les participants parlaient d'un évènement majeur qui avait changé le cours du processus. Cependant, cet évènement ainsi que les noms cités (Cédric, Olivier, Castel) n'apparaissent dans aucun des documents auxquels j'avais accès. Pour comprendre de quoi ils parlaient, je les ai interrompus et leur ai demandé des explications. En accord avec

les autres, l'un d'entre eux m'a raconté l'histoire. Cette information était fondamentale pour comprendre l'ensemble. Toutefois, le participant avait cité les noms de Cédric, Olivier et Castel en me racontant l'histoire sans préciser à quel secteur ces personnes étaient rattachées. Une situation inattendue s'est produite quand je suis intervenue pour savoir qui étaient ces gens et leur secteur d'appartenance. Je leur ai expliqué que j'étais soumise à la loi de confidentialité, que les noms m'intéressaient peu et que c'était leur fonction et leur d'organisme d'attache qui étaient importants pour la recherche. Mon intervention a changé la dynamique interactionnelle du groupe. Les participants étaient devenus froids et silencieux. Leur malaise par rapport à mon intervention était palpable. Je venais de briser la dynamique de groupe que j'étais censée favoriser. Pour y remédier, j'ai pris le temps de m'excuser pour l'inconfort provoqué, de bien m'expliquer et de reformuler mes phrases.

3. Le chercheur-animateur et le sentiment d'impuissance

Une fois l'étape de clarification passée, la dynamique de groupe était redevenue décontractée et tous les participants s'étaient à nouveau engagés dans la discussion. Soudain, l'un d'entre eux s'est demandé si je compte aborder tel aspect dans mon projet et que ce serait bien de « mettre ça sur papier ». Ayant appris de ma récente expérience, j'ai pris quelques secondes pour réfléchir avant de répondre avec prudence : « oui, effectivement ça aurait été une excellente idée, mais dans le cadre de ce projet, je dois satisfaire les exigences académiques aussi. C'est la raison pour laquelle nous avons privilégié cet aspect ». L'un d'entre eux m'a fait remarquer (en riant) que je ne pourrai pas satisfaire les exigences académiques s'ils décident de ne pas participer à la collecte. Cette remarque a suscité le rire de tous. Les participants savaient qu'ils étaient « des experts » qui possédaient les informations dont j'avais besoin pour faire aboutir mon projet de recherche. À cette étape du focus group, ce sont les participants qui avaient le « pouvoir » puisqu'ils détenaient les informations. Je me sentais impuissante et prise au piège. En même temps, je ne pouvais pas laisser paraître mon inconfort et ma gêne de peur de créer un autre malaise dans le groupe ; ce qui aurait pu nuire à ma collecte. Comme stratégie, j'ai dû admettre avec eux leur pouvoir (sans le nommer), leur rappeler qu'ils pouvaient mettre fin à la discussion de groupe à tout moment comme indiqué dans le formulaire de consentement.

B- Leçons apprises

L'article visait à documenter la relation chercheur-participants dans un focus group et à identifier des leçons qui pourront aider d'autres chercheurs débutants à mieux se préparer avant d'entreprendre un focus group. Les principales leçons tirées de mon expériences sont les suivantes :

1. Premièrement, le chercheur-animateur doit être conscient du fait qu'il peut être confronté à des imprévues inhérentes au dynamique de groupe ; que ces imprévues peuvent avoir des impacts nocifs sur lui-même et sa collecte. Il doit être ouvert, flexible et prêt à adopter une posture stratégique pour y faire face en fonction du contexte ;
2. Deuxièmement, le chercheur-animateur doit être prudent dans ses interventions de clarification et de précision. Il doit prendre le temps de formuler clairement ses demandes et s'assurer que ses propos soient bien compris pour éviter toute incompréhension ou malentendu qui peut briser la dynamique de groupe ;
3. Troisièmement, le chercheur-animateur doit être humble et reconnaître qu'il n'est plus

l'expert qui possède les connaissances et le pouvoir, mais un « ignorant » pour reprendre le terme de Berger (2013) à la merci des participants. Au cas où il se sentirait inconfortable dans sa nouvelle posture, il doit constamment surveiller ses émotions pour éviter de créer des malaises dans le groupe.

Références

- Barbour, R. S. (2005). Making sense of focus group. *Medical Education*, *39*, 742-750.
- Berger, R. (2013). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, *15*(2), 219-234.
- Borvil, A.D., et al. (2017). The use of critical incident technique in population health intervention research: lessons learned. *International Journal of Public Health*, *63*(3), 429-430. doi: 10.1007/s00038-017-1057-3
- Dowling, M. (2006). Approaches to Reflexivity in qualitative research. *Nurse Researcher*, *13* (3), 7-21.
- Flynn, R. et al. (2018). Two Approaches to Focus Group Data Collection for Qualitative Health Research: Maximizing Resources and Data Quality. *International Journal of Qualitative Methods*, *17*(1).
- Getrich, C.M. et al (2015). Viewing Focus Groups Through a Critical Incident Lens. *Qualitative health research*, *26* (6), 750-762.
- Guillemette, F. et al (2011). Quand le chercheur devient animateur. *Recherches Qualitatives*, *29* (3), 193-197.
- Jootun D et al (2009). Reflexivity: promoting rigour in qualitative research. *Nursing Standard*, *23* (23), 42-46.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of health & illness*, *16* (1), 103-121.
- Liamputtong, P. (2011). *Focus group methodology: Principle and practice*. Sage Publication.
- Morgan, D.L. & Bottorff, J.L. (2010). *Advancing our craft: Focus group methods and practice*. Sage Publications.
- Parker, A. & Tritter, J. (2006). Focus group method and methodology: current practice and recent debate. *International Journal of Research & Method in Education*, *29* (1), 23-37.
- Underwood, M. et al (2010). Reflexivity and minimization of the impact of age-cohort differences between researcher and research participants. *Qualitative Health Research*, *20*(11), 1585-1595.

Mon outil réflexif : mon livre de contes africains

*Mathieu Seppey, Étudiant au doctorat, École de santé publique de l'Université de Montréal ; Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal.
Courriel : mathieu.seppey@umontreal.ca*

Lors de mes séjours en Afrique, plusieurs moments m'ont marqué et m'ont fait réfléchir quant à ma présence sur ce continent. Je me suis posé plusieurs questions quant à mes objectifs (sont-ils possibles, pertinents ou encore souhaitables ?), mon comportement (pourquoi ai-je perdu patience envers le taximan ?), mes réflexions (pourquoi on me dit « oui », quand on pourrait simplement/honnêtement me dire « non » ?) etc. Ne sachant pas toujours comment répondre à ces questions, celles-ci trottaient sans cesse dans la tête. Pour diminuer le mal de tête, j'avais donc avec moi un petit objet fort utile : un livre de contes africains. En lisant ces petites histoires à l'apparence enfantine, j'arrivais à m'associer (tout comme mes amis ou autres personnes) aux différents personnages (furent-ils des lézards, des lapins, des villageois, des arbres ou des génies!) et ainsi répondre d'une certaine manière à mes questionnements. Je vous offre donc cette petite histoire, qui vous permettra peut-être de répondre aux vôtres.

Comment marcher dans les pas de la poule qui précède

Dans un village sur le bord du Niger vivaient deux fermiers. Le premier fermier possédait un élevage de poules noires et le deuxième, un élevage de poules blanches. Un jour, par un concours de circonstances malheureuses, un crocodile s'introduisit dans la ferme du premier fermier et avala plus de la moitié de ses poules. Suite à cet incident et pour venir en aide au fermier lésé par le crocodile, on convoqua une réunion du village. On en vint à un arrangement où le deuxième fermier devait donner une de ses poules blanches, pour aider son malheureux voisin.

Le jour arriva donc où la poule blanche fût amenée chez son nouveau propriétaire, qui fût très heureux de se savoir enfin sorti du pétrin. Il reçut donc sa nouvelle poule, lui construisit un joli poulailler accolé à sa case et en prit bien soin. Cette poule se démarquait facilement de ses consœurs poules noires avec son plumage blanc immaculé, sa démarche rapide et son corps bien dodu. Voyant cela, le fermier s'écria : « Cette poule fera ma fortune ! ». Les poules noires étaient aussi très fières d'avoir une nouvelle consœur. Plusieurs se réjouissaient déjà d'un avenir meilleur.

Or, la dite poule était moins une poule pondeuse qu'une poule de luxe. Toute la journée, elle se baladait dans la basse-cour en dictant ses ordres à ses voisines poules noires, passait tout son temps à caqueter avec le coq et à tourner autour de sa mangeoire pour attirer l'attention du fermier. Le fermier voyant cela, pensa qu'elle s'ennuyait de son ancienne ferme. Il enjoignit donc ses poules noires à mieux se comporter avec la nouvelle arrivée et porta une attention encore plus grande sur cette dernière en lui donnant de la meilleure nourriture et en améliorant son poulailler. Les poules du fermier durent ainsi obéir aux requêtes et subir les comportements souvent disgracieux de la poule blanche, sans pouvoir se plaindre à leur fermier.

Voyant passer par-là le rusé corbeau, les poules lui firent part de leur problème : « Ne vous en faites pas, chères poules, votre problème sera réglé dès le coucher de soleil ce soir ! ». Ce dernier se rendit donc voir la poule blanche à qui il décrit un lieu paradisiaque non loin de la ferme : « Je connais un endroit où il y a des mangues au sol à profusion, qui ne demandent qu'à être picorées, un soleil qui fera briller tes jolies plumes et de l'ombre qui t'invitera à bien dormir. Ce soir je t'y amène si tu veux. ». La poule blanche, curieuse et excitée d'avoir tout ceci tout cuit dans le bec, partit avec le corbeau au bord du fleuve, picora les mangues et se prélassa fort longtemps. Trop longtemps peut-être, puisque maître crocodile, qui comme d'habitude sortait du fleuve en soirée, ne fit qu'une bouchée de la poule blanche, ne laissant que les pattes à maître corbeau.

Finalement débarrassées de la poule blanche, les poules noires furent très surprises d'en voir une autre arriver le jour suivant. Ayant perdu sa nouvelle poule peu de temps après son arrivée, le fermier avait demandé d'en recevoir une autre, ce qui avait été consenti par l'autre fermier, son voisin. Cette deuxième poule blanche était la petite sœur de la première, était moins dodue et avait un plumage roux à la tête. Son ancien propriétaire lui avait expliqué la situation et elle semblait bien comprendre son rôle : pondre des œufs pour aider le fermier à renouveler sa ferme. Elle était consciente de l'importance de son rôle et était prête à faire les efforts nécessaires pour réussir cette tâche qu'on lui avait confiée.

La petite poule blanche commença donc à pondre ses œufs, tout en s'apercevant de l'étrangeté de sa nouvelle basse-cour. Le coq ne cessait de la suivre, certaines poules la regardaient avec suspicion, d'autres lui picoraient les pattes aux repas et d'autres encore se bombaient le torse devant elle dans le but de lui faire comprendre qu'elle n'était pas à sa place. La pauvre poule blanche n'y comprenait rien et tentait, tant bien que mal, de faire de son mieux.

Pour l'aider à mieux comprendre les comportements de ses consœurs et confrère de basse-cour, la petite poule blanche alla voir les perruches vertes, haut perchées dans le manguier au milieu de la cour. Les perruches lui expliquèrent donc que les poules noires étaient tout simplement jalouses de son plumage, « Ces poules envient facilement les autres puisqu'elles n'ont pas grand-chose pour elles-mêmes... Elles n'ont rien vu du monde ne sachant même pas voler ! ». Étant elle-même une poule, notre petite poule blanche décida de redescendre dans la basse-cour et de laisser ces ignorantes perruches cacasser entre elles de tous les défauts des pauvres poules noires.

La poule blanche, quelque peu dépitée, continua malgré tout à supporter les avances du coq, les répliques de ses consœurs et ceci tout en effectuant sa tâche de poule pondeuse, du mieux qu'elle le put. Un jour, elle vint à croiser le sage lapin, qui lui demanda d'où venait son air si résigné : « Que se passe-t-il avec toi, mon amie poule ? ». La petite poule répondit donc : « Mes consœurs m'accusent de tout manger ce que le fermier nous donne, d'être prétentieuse avec mes plumes blanches, de trop souvent caqueter avec le coq et j'en passe ! Cependant, je fais tout le contraire de ce qu'on m'accuse : je ne mange qu'une fois toutes mes consœurs rassasiées, mes plumes ne sont pas si belles, regarde ma tête ! et c'est le coq qui me court après, je ne cesse de lui demander de me laisser tranquille ! ». Ayant pitié d'elle, le lapin lui raconta alors l'histoire de sa grande sœur poule ayant séjourné dans la basse-cour. La petite poule blanche comprit donc que les agissements de ses compagnons de basse-cour n'étaient pas contre elle, mais plutôt contre sa grande sœur s'étant mal comportée. Elle se donna donc comme mission de changer l'image qu'ont les poules noires des poules blanches.

On peut voir dans la basse-cour un certain rapprochement entre certaines poules noires et la poule blanche. Cette dernière expliquait qu'elle n'était pas comme sa grande sœur et qu'elle était prête à faire tous les efforts nécessaires pour améliorer l'atmosphère du poulailler. Toutefois, le coq ne le voyait pas ainsi. Frustré de toujours se voir repoussé par la poule blanche, il convoqua quelques poules pour élaborer un plan. Une poule fut dépêchée chez le corbeau. Le lendemain, le corbeau vint voir la poule blanche et lui décrivit un lieu paradisiaque non loin de la ferme : « Je connais un endroit où il y a des mangues au sol à profusion, qui ne demandent qu'à être picorées, un soleil qui fera briller tes jolies plumes et de l'ombre qui t'invitera à bien dormir. Ce soir je t'y amène si tu veux. ». La poule n'était pas intéressée à picorer des mangues, ni à se doroir au soleil, ni à dormir. Elle suivit toutefois le corbeau dans le but de faire une petite promenade et de découvrir un de ces paradis terrestres dont les perruches vertes lui avaient tant parlé. On ne revit plus de petite poule blanche.

Conclusion

Pour moi, une première leçon dans ce conte (tiré d'expériences personnelles) serait le besoin d'être conscient de ses actions et de leur portée. Sans être responsable des actions des autres, je pense que l'on peut facilement en vivre les effets, tant positifs que négatifs; d'où l'importance de réfléchir à ce que nous faisons et à quels en sera les impacts. Il ne s'agit pas de juger en bien ou en mal, mais de simplement se questionner, tout en prenant en compte notre histoire et celle des autres. Une deuxième leçon pour moi est aussi de bien s'entourer lorsque l'on a un problème. Il est important de chercher à mieux comprendre ce qu'il nous arrive, mais nous devons toujours rester critique à ce que l'on nous propose comme discours/solution. Au final, il en revient toujours à nous de choisir ce que l'on fait, tout en ayant conscience de nos actions et des perspectives d'autrui. Je suppose qu'il existe encore d'autres morales à cette histoire, à vous de les imaginer !

Coordonner des projets de développement en santé mondiale, une expérience à multiples facettes

Linda François, Agente de recherche, Coordinatrice de la Chaire de recherche REALISME, Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal.

Courriel : linda.francois@umontreal.ca

Je partage mes expériences professionnelles et personnelles qui se sont inscrites dans le temps de mes activités professionnelles en Afrique de l'Ouest et Centrale.

Ce témoignage présente les défis et mes réflexions sur ma posture et la mise en oeuvre de mes activités pour l'accomplissement de mon mandat, et partage quelques leçons qui me semblent les plus essentielles pour (garantir) la réussite de ce type de responsabilité. Je tiens à préciser que ces réflexions et parfois opinions partagées ne me concernent qu'à titre de personne et ne représentent pas l'institution dans laquelle j'exerce.

S'investir dans les projets de développement en santé mondiale implique de toute évidence un engagement au-delà des frontières et surtout un engagement qui s'inscrit dans le temps et la réciprocité. La vision que j'ai de cette collaboration est qu'elle doit respecter une relation de confiance, qui est nourrissante (humainement et professionnellement) et gagnante (apprentissage et reconnaissances des deux parties).

L'importance de l'état des lieux et du dialogue politique

L'obtention du financement d'un projet « bien tricoté » implique nécessairement dans sa phase de démarrage, une révision des besoins et attentes fixés. Il s'écoule parfois un certain nombre de mois entre le dépôt de la proposition, l'avis de décision et l'octroi du financement. Ces longs délais peuvent entraîner des changements au niveau du contexte et donc impliquent de repenser les stratégies initiales du projet. Ces changements peuvent parfois fragiliser l'implantation du projet. Par exemple la fréquence des mouvances des gouvernements impacte la stabilité du projet du fait que les orientations stratégiques de santé se trouvent parfois volontairement balayées ou non considérées comme une priorité politique.

L'état des lieux permet d'évaluer la cohérence et la portée de l'intervention selon le climat politique et institutionnel du(des) partenaire(s). Les données de base peuvent être des indicateurs de performance, des données statistiques (à partir de registres de consultation par exemple). L'état des lieux passe également par l'observation et les consultations ; des parties prenantes, des acteurs d'influence, des bénéficiaires du projet. L'état des lieux permet de discuter des initiatives existantes et voir comment le projet peut les compléter en comblant certains besoins exprimés. Cette démarche évite les duplications d'interventions qui, sans stratégie de pérennisation ou de complémentarité, sont abandonnées. Ces entrevues permettent, plus essentiellement encore, d'obtenir l'approbation et la reconnaissance des parties prenantes et des acteurs d'influence lors de la mise en oeuvre du projet.

Le maintien d'un dialogue constant avec les autorités politiques des pays bénéficiaires du projet est une étape primordiale, et ce, avant même le lancement officiel du projet. Toutefois, l'appui constant des autorités dans la mise en œuvre du projet est un vrai défi. Les autorités, décideurs, sont souvent indisponibles par notamment leur grande sollicitation pour les projets de développement. L'appropriation des résultats qui en découleront l'est encore plus. Se pose alors la question de la garantie de l'utilisation des données et de la prise en considération des résultats et recommandations produits par le projet.

Le défi d'une vision partagée

Les changements politiques impactent la cohérence de la théorie de l'intervention. Dans un récent projet j'ai négligé cette étape et je me suis rapidement rendu compte que le projet devait inévitablement commencer par reconstruire sa logique d'intervention. Le modèle logique est un outil qui permet de modéliser les différentes composantes de l'intervention et les interactions qui s'y animent. Il permet de poser les questions suivantes : quels effets vont avoir l'intervention ?, quels changements sont attendus à court terme et à long terme ?, quels bénéficiaires directs et indirects sont ciblés par l'intervention ? Il peut se révéler un exercice difficile, où chacun à sa propre vision de la portée du projet. Cet exercice nécessite beaucoup d'échanges et se construit donc sur la base d'un processus partagé et collectif. Cette étape est parfois négligée par l'influence des bailleurs de fonds enclins à démarrer rapidement les activités du projet, au risque d'un mauvais ancrage du projet. Il peut être à prévoir près d'une année pour démarrer les activités d'un projet.

Les aptitudes gagnantes : la flexibilité, la souplesse mais aussi la rigueur

La flexibilité est une spécificité dans le milieu professionnel du développement qui n'est pas à sous-estimer. Le travail permanent en équipe multidisciplinaire est une force d'apprentissage par l'échange et le transfert des connaissances. On apprend à notre insu à renforcer ses habilités (et parfois les découvrir) mais aussi de prendre conscience de ses limites. La coordination de projet implique de suivre un certain nombre de volets de gestion (administratifs, logistiques, juridiques, scientifiques). J'ai appris à garder l'esprit de souplesse et me rappeler que les modifications et réajustements sont possibles en tout temps (notamment pour le modèle logique et les planifications budgétaires). On dépose des propositions de projet, on présente des stratégies d'intervention, des planifications de budgets, des activités. Ceux-là supposent des projections dans le temps et sont dépendants de nombreux facteurs auxquels ils s'appliquent. Il faut alors parfois se rassurer et se dire « j'ai la possibilité de réajuster et de modifier ». S'il est de rigueur que la flexibilité et la souplesse sont des atouts personnels pour mener à bien une dynamique de projet sur le terrain, le contraire est vrai dans les modes de gestion institutionnelle (qui encadrent et financent le projet). Les processus de gestion en cascades sont souvent incompris et créent des frustrations qu'il faut anticiper et expliquer (défi de gestion des relations entre multiples partenaires et équipe multidisciplinaire). La rigueur doit être de mise également et doit venir (re)cadrer la gestion du projet. Il est donc important d'être organisé, de délimiter certaines limites du projet et d'avoir le sens des priorités.

La recherche : un socle pour les projets de développement

Par mon expérience de coordination d'une Chaire de recherche j'ai appris le sens de la recherche et l'importance des données probantes dans la gestion de projet de développement. Les activités de recherche pour l'implication communautaire, le renforcement du pouvoir d'agir, le transfert des connaissances en faveur d'un système de santé équitable, sécuritaire pour les plus vulnérables, m'a permis de comprendre que les interventions menées pour le développement, ne prennent pas suffisamment en compte les difficultés d'implantation que la recherche met en lumière par des données probantes, validées. La veille littéraire ou revue systématique est une activité essentielle au démarrage d'un projet et ne devrait pas être enseignée uniquement aux étudiants inscrits au programme de formation à la recherche, mais devrait aussi être offerte aux experts, consultants, coopérants, coordonnateurs de projet. De même que les stratégies de transfert des connaissances. La création et l'utilisation des notes de politique ou les outils et approches de vulgarisation des connaissances, semblent être encore trop peu maîtrisés, considérés et avoir encore trop peu d'influence. Une chose est sûre : la recherche et l'intervention ne peuvent se dissocier. La recherche est humble et une certaine vertu pour le développement. L'une renforçant l'autre. Dans ce cas se présente quelques défis (relationnel et organisationnel : idéologie, croyances scientifiques) mais cette approche complémentaire renforce assurément le projet.

Le poids des questionnements, des doutes et des croyances

Quel impact a eu le projet, la recherche après l'intervention ? J'ai parfois été découragée par une certaine fatalité, parfois due à l'épuisement des individus qui sont au pied du mur d'un gouvernement qui brime l'expression d'opinion ou qui ne considère pas les contestations. Une absence de motivation, de prendre son destin en main, sont les conséquences de l'absence d'un leadership national, d'une impulsion, d'une vision démocratique. Parfois, plus simplement, par une ignorance de l'individu ou volonté de ne pas comprendre/apprendre pour agir.

Mes valeurs et mes croyances de contribuer à une noble cause ont parfois été éprouvées en constatant qu'indirectement je prenais part à certains effets qui gangrènent le développement et qui localement creusent les inégalités sociales. J'ai compris au fil du temps et de mes expériences que l'aide internationale est une entreprise qui génère des profits (localement pour le pays bénéficiaire, mais aussi à l'internationale pour le pays subventionnaire). Par exemple, l'incohérence de salaires versés (que ce soit parfois des intervenants internationaux ou des partenaires locaux) par les fonds d'aide internationale, qui encourrent à l'accentuation des clivages et inégalités sociales. A un autre niveau, l'attribution de perdiem pour l'implication locale des acteurs dans les activités du projet. Je questionne son bien-fondé lorsqu'elle devient une obligation pour mobiliser et engager les acteurs.

J'ai parfois eu l'impression de porter un masque. La relation qui se crée entre les différentes parties est parfois théâtralisée. La volonté locale de l'aide internationale m'a semblée parfois artificielle ou tronquée par une surenchère du projet. Ou encore les protocoles caducs de salutation, ou d'approbation du projet, ont pu remettre en question la sincérité de la relation de coopération. De même que le sentiment d'impuissance lorsque les principes d'équité, d'intégrité, de transparence, d'imputabilité, prônés par les projets de développement sont menés à contre-

courant localement.

Le projet, le développement, l'aide internationale, sont-ils réellement capables de répondre de façon optimale aux préoccupations et aux besoins des populations vulnérables des pays du Sud ? Les priorités et les besoins sont-ils les mêmes entre le Nord et le Sud ? L'idée que l'on s'en fait, les critères que l'on définit, comme le bien-être, le minimum vital, la pauvreté, peuvent-ils se baser sur les mêmes critères entre un individu du Nord et un individu du Sud ? Nous savons que non, mais alors comment répondre à quelqu'un qui me confronte et m'affirme qu'une personne peut vivre et même bien vivre avec 1\$ par jour, alors que je pense que ces gens n'ont rien. Que cette même personne accuse l'aide internationale de maintenir le « sous-développement ». J'ai parfois eu l'impression que l'on intensifie des situations de crise pour justifier des besoins d'intervention. Et alors qu'au sein des mêmes sociétés qui financent l'aide internationale, se creusent de plus en plus d'inégalités sociales, où l'exclusion et la pauvreté sont de plus en plus importantes. Je questionne également la volonté et les efforts des pays à faibles revenus de vouloir en finir avec l'aide internationale pour la santé, quand je constate que la part du budget de l'état octroyé pour la santé est en diminution ou à un taux extrêmement faible, encourageant un système de financement Public/international débalancé et que c'est la population, et souvent les ménages les plus vulnérables, qui en pâtissent.

Même si bien des questions restent sans réponses, m'interpellent, soulèvent des doutes, je reste très attachée aux différences culturelle et sociétale dans lesquelles j'exerce et qui me font grandir.

Les leçons apprises

- Être curieux, poser des questions, prendre du recul, déconstruire sa pensée² (lorsque négative).
- Prendre le temps : lire des articles, chercher des données probantes, évaluer l'existant, les données de bases (sur le terrain, pas à distance).
- Définir sa stratégie d'intervention : construire sa stratégie et la modéliser pour la partager et être certain que tous les acteurs la comprennent. (essentiel).
- Garder à l'esprit la notion de flexibilité : par exemple le chronogramme des activités et la gestion du budget doivent être évolutifs et surtout pas statiques.
- Revoir son niveau d'exigence, ne pas avoir de trop grandes attentes, apprécier les petits résultats, accepter les différentes façons de travailler, de voir les choses.
- Établir une relation de réciprocité : établir une relation de confiance. Exprimer son inconfort, ses doutes, ses points de vue. Entretenir la relation dans le temps.

Je remercie les personnes qui ont participé à la relecture de mon résumé, en le relisant et en suggérant des pistes d'amélioration.

² Remonter le problème par étape (ses sources, causes et conséquences)

Réflexivité sur ma participation à la riposte aux épidémies d’Ebola en Afrique

Dieudonné Kazadi Mwamba, Étudiant au doctorat, École de santé publique de l’Université de Montréal. Courriel : dieudonnemwambakazadi@gmail.com

La maladie à virus Ebola fait partie des urgences de santé publique à portée internationale pour lesquelles les mécanismes de réponse doivent être mis en place rapidement, dès la confirmation de l’épidémie, afin de minimiser la mortalité.

Comme médecin en santé publique en République Démocratique du Congo (RDC), j’ai participé à plusieurs reprises à la gestion des épidémies d’Ebola dans mon pays et en Guinée. Des expériences qui se sont avérées extrêmement enrichissantes.

Depuis la découverte de la maladie en 1976, la RDC a connu huit flambées épidémiques entre 1976 et 2017. J’ai contribué à la gestion de quatre de ces épidémies : à Mweka en 2007 et en 2008, à Isiro en 2012 ainsi qu’à Boende en 2014, toutes au Congo et, par la suite, à la grande épidémie de l’Afrique de l’Ouest en Guinée Conakry en 2014.

Participer à la gestion d’une épidémie de la maladie à virus Ebola n’est pas chose facile. En effet, comme les événements me l’ont démontré, il ne suffit pas seulement d’intervenir sur le plan médical, il faut également tenir compte des coutumes et des croyances locales, de la situation économique et sociale des communautés touchées ainsi que de la capacité d’adaptation et du degré de collaboration des divers intervenants. Mon expérience a été bien différente selon que l’intervention a eu lieu en RDC ou en Guinée.

Ma première expérience concerne mon pays : la République Démocratique du Congo. Malgré le très grand nombre de cultures différentes, je me sentais très proche des populations en tant qu’intervenant. Ma première intervention a eu lieu en 2007, à Mweka qui se trouve dans la province du Kasai central. La population locale est généralement accueillante et tolérante. En tant que responsable de la Division surveillance épidémiologique à la Direction de lutte contre la maladie du Ministère de la Santé, j’étais responsable de l’intervention, car nous avons été alertés par les autorités locales qu’une maladie entraînant vomissements et saignements tuait la population. J’ai été chargé de me rendre sur le terrain afin de déterminer la nature précise de la maladie. L’équipe que je dirigeais en tant qu’épidémiologiste comportait également un clinicien et une biologiste médicale. Lors de notre arrivée, les premières informations qui nous ont été rapportées donnaient à penser qu’il s’agissait de fièvre typhoïde. Mais rendus au centre de santé où les malades devaient se trouver, nous avons constaté qu’il était désert. L’infirmier du centre nous a appris que les malades avaient décidé de rentrer chez eux craignant la mort. La situation était plus qu’inquiétante mais il fallait demeurer calme et ne pas céder à la panique. Cependant, lorsque les premiers malades ont commencé à arriver au centre de santé, nous avons constaté leur incapacité à se mouvoir seuls puisque tous étaient transportés ou soutenus par des proches. Nous avons donc compris que nous avions affaire à quelque chose de beaucoup plus grave qu’une simple fièvre typhoïde. Certains patients vomissaient du sang et les yeux de la plupart d’entre eux étaient injectés de sang. Des prélèvements ont été réalisés et les résultats que le

laboratoire nous a transmis la semaine suivante ont confirmé qu'il s'agissait de l'Ebola. Ce que nous avons annoncé aux autorités locales.

Dans la communauté, personne ne voulait entendre parler d'Ebola, les chefs de villages invoquaient plutôt la présence d'un mauvais sort. Nous avons révisé notre approche et nos pratiques face à cette maladie à laquelle les populations répondaient par des rituels ancestraux pour conjurer un supposé mauvais sort lancé par des sorciers.

Il a fallu comprendre cette population pour s'ajuster et tenter de contrer ces fausses croyances par une approche réflexive appropriée. Je me suis donc retrouvé pris dans un engrenage compliqué car il me fallait convaincre la population de l'existence de la maladie et de l'efficacité des moyens de prévenir sa propagation qu'il fallait mettre en place. Il n'a pas été facile de faire passer le message. De plus, lorsque les équipes de Médecins sans Frontières (MSF) sont arrivées pour nous soutenir en installant un centre d'isolement Ebola, les rumeurs ont repris de plus belle et certains ont commencé à dire que les intervenants blancs venaient tuer la population noire pour prélever des organes et en faire le trafic. Le climat est devenu très hostile. Il a fallu engager un processus de médiation et de sensibilisation des autorités administratives, religieuses et de la population. Après plusieurs efforts, nous sommes arrivés à bout de l'épidémie qui avait commencé quatre mois avant notre arrivée. J'ai appris et compris au cours de ma première gestion de l'épidémie, qu'Ebola est une maladie qui sème la terreur tant au sein de la population affectée que chez les praticiens de la santé. Il faut donc non seulement une approche médicale mais aussi des méthodes socio-anthropologiques pour réussir la lutte.

Ma deuxième expérience a eu lieu en contexte international avec la grande crise de l'épidémie d'Ebola de 2004 en Afrique de l'Ouest où l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avait sollicité l'appui d'experts de la RDC afin qu'ils contribuent à la lutte. J'ai été choisi par mon Ministère pour appuyer la riposte contre Ebola en Guinée. Il s'agissait de mon premier voyage dans ce pays d'Afrique de l'Ouest. Les responsables de l'OMS en Guinée ont décidé, en fonction des besoins identifiés sur le terrain, de m'envoyer à Téliélé, une région située en Guinée maritime majoritairement de confession musulmane. Dès mon arrivée dans cette région, elle aussi touchée par l'épidémie, je me suis mis à la disposition de l'équipe du District sanitaire de Téliélé. Nous nous sommes réunis à plusieurs reprises afin d'harmoniser les vues et la manière de travailler. Une équipe de Médecins sans Frontières était déjà sur place depuis quelques semaines et, en outre, un centre de traitement avait été installé pour assurer la prise en charge des malades. Cependant, au cours des premiers échanges, j'ai compris que le mécanisme de coordination en place ne fonctionnait pas correctement. L'équipe de MSF chargée de l'administration des soins détenait des informations sur les patients qui se trouvaient au centre de traitement et dont elle était responsable. Cependant, l'équipe du District sanitaire ne possédait pas ces informations pourtant précieuses pour une bonne gestion de l'épidémie. Les données recueillies au sujet des malades hospitalisés contenaient moult renseignements sur la dynamique de l'épidémie. En m'appuyant sur mon expérience en RDC où la coordination et la gestion des épidémies d'Ebola relèvent du Ministère de la santé publique, j'ai proposé au médecin chef de District de Téliélé d'inviter MSF à participer aux réunions de coordination que j'avais instaurées de façon régulière c'est-à-dire quotidiennement, au bureau de District sanitaire, dans le but d'échanger des informations et des données afin d'assurer une bonne planification des activités sur le terrain. Ma proposition a été entendue et tous les intervenants ont commencé à collaborer

sur le terrain avec plusieurs autres partenaires dans le but de contrôler cette épidémie. Ce qui fut fait dans un délai relativement court d'environ huit semaines. La population avait adhéré sans résistance aux mesures de lutte proposées et les résultats ont été atteints rapidement à la grande satisfaction des autorités. C'était la première région à être parvenue à contrôler le phénomène aussi efficacement. L'épidémie se propageant rapidement dans plusieurs régions du pays notamment en Guinée forestière, le coordinateur de l'OMS en Guinée a décidé de m'y envoyer pour contribuer à la gestion efficace de l'épidémie qui perdurait. Je suis arrivé à Gueckedou en juillet 2014. La route qui menait à cette localité n'était pas facile. Nous avons eu trois crevaisons, ce qui a retardé considérablement notre arrivée. Les difficultés encourues n'étaient que le début d'une série de problèmes qui nous attendaient. Nous avons atteint notre destination, la base des consultants de l'OMS, vers minuit. Le lendemain matin, nous avons tenu notre première réunion. Pendant ces réunions matinales, les coordonnateurs locaux faisaient le point sur l'évolution de l'épidémie. Tous les intervenants, y compris les équipes nationales participaient aux réunions. Plusieurs équipes étaient rassemblées, dont des organismes de l'ONU, notamment UNICEF, des organisations internationales comme la Croix-Rouge, MSF, le CDC Atlanta, de même que des groupes communautaires locaux. La coordination des activités s'avérait difficile vu le nombre et la diversité des groupes impliqués, chacun voulant plus ou moins s'imposer. Un jour, en pleine réunion, un consultant de l'OMS s'est brouillé avec le coordonnateur national créant ainsi un malaise généralisé. Le travail en équipe était un défi énorme à relever. Ces divers accrochages entre les intervenants ont, bien entendu, eu des répercussions sur la gestion de l'épidémie sur le terrain mais il importait de faire quelque chose pour la population et de réorganiser la lutte et la coordination des activités. Ainsi il a été convenu que seuls les responsables des commissions devaient présenter le travail de leurs commissions respectives lors des réunions de coordination. Ce qui a ramené de la sérénité dans le travail d'équipe.

Cependant, le travail sur terrain était difficile, plusieurs villages demeuraient hostiles aux équipes d'intervention et les familles refusaient d'amener leurs malades au centre de traitement de l'hôpital. Des groupes de jeunes gens ont attaqué les notables des villages qui avaient tenté de sensibiliser les familles en les accusant d'être complices des intervenants. D'autres villages avaient carrément décidé de vivre en autarcie pour éviter la propagation de la maladie alors qu'ils comptaient déjà plusieurs malades à qui nous ne pouvions apporter les soins appropriés. Face au durcissement de la situation, les autorités politico-administratives ont à leur tour décidé de hausser le ton. Un bon matin, des militaires ont été envoyés pour arrêter quelques dizaines de jeunes gens réputés diriger le mouvement de résistance.

La situation devenait intenable et tous les efforts de lutte contre l'épidémie avaient du mal à porter fruit. Avec les sociologues et anthropologues, nous avons réfléchi aux moyens de jouer le rôle de médiateurs entre les différentes parties pour obtenir la libération de jeunes à défaut de quoi il serait impossible de combattre l'épidémie. Nous avons momentanément décidé d'enlever notre casquette d'épidémiologiste pour arborer celui de négociateur. Au bout d'une dizaine de jours, nous avons obtenu la libération des jeunes. Les villages hostiles ont dû à leur tour s'ouvrir aux équipes d'intervention qui ont pu alors y pénétrer. Le spectacle qui nous y attendait était désolant. Des femmes âgées atteintes de la maladie étaient alitées depuis des jours. Nous avons été témoins de la souffrance des gens et du dénuement dans lequel ils vivaient car la plupart étaient très pauvres.

Il nous a fallu créer des alliances avec les associations de jeunes et de femmes afin d'assurer la participation des différentes couches de la société à la lutte qui permettrait d'endiguer l'épidémie. Après avoir maîtrisé le phénomène à Gueckedou, je me suis rendu à Macenta, une autre localité elle aussi très touchée par l'épidémie d'Ebola. Là encore, l'histoire se répétait avec des hostilités et le refus des villages à toute collaboration avec les équipes sanitaires venues les aider. Il fallait changer d'approche en essayant à chaque fois de comprendre les perceptions et les angoisses des communautés pour tenter d'y répondre avant d'envisager une assistance médicale ou autre. Bien entendu, cela retardait la lutte contre l'épidémie mais c'était nécessaire puisque, ayant compris le bien-fondé de la lutte, la population acceptait d'y participer assurant ainsi le succès du combat acharné mené contre ce monstre à multiples têtes qu'est Ebola.

Ainsi au bout de plusieurs mois de lutte, avec la participation des communautés locales, nos équipes d'intervention venues appuyer les équipes locales ont pu venir à bout de cette grave épidémie en Afrique de l'Ouest qui aura causé plus de onze milles décès en deux ans. De cette expérience, j'ai retenu l'importance, en santé publique, de ne rien prendre pour acquis. Les facteurs dont l'intervenant doit tenir compte, tels que le contexte socioculturel, les enjeux de pouvoir, et l'adhésion communautaire, sont nombreux et parfois difficiles à cerner. Ils concernent tout autant les populations touchées que les intervenants eux-mêmes, leurs connaissances et habiletés diverses mais également leurs expériences antérieures. Ainsi, dans certains cas il faut savoir reculer afin de mieux avancer.

Analyse rétrospective d'une politique publique et la phase de collecte de donnée : Prendre son mal en patience

Kadidiatou Kadio, Étudiante au doctorat en Science Humaine Appliquée, Université de Montréal, Ingénieure de recherche à Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS/CNRST) du Burkina Faso. Courriel : kadidiatou.kadio@umontreal.ca

J'aborderai dans ce texte les défis auxquels j'ai fait face lors de la collecte des données dans le cadre de l'analyse de la politique nationale de protection sociale (PNPS2012) du Burkina Faso, mon attitude face à chacun d'eux puis les leçons apprises.

- **Kadi** : Héée, ma sœur, je suis encore calée ici [assise ici]. Ça fait 1h30 que j'attends.
- **Ma sœur** : Il t'a encore fait mouf [oubliée] ?
- **Kadi** : Non, j'attends toujours à son secrétariat. Le secrétaire me dit que ce n'est pas certain qu'il vienne, car il a rendez-vous au premier ministère.
- **Ma sœur** : Tu vas l'attendre encore aujourd'hui? Ça fait plus de 4 fois qu'il te joue le coup.
- **Kadi** : Non ma sœur. Ce n'est pas un coup, il me texte [envoie des messages SMS] souvent pour s'excuser des rendez-vous manqués. Mais comme je n'ai pas encore reçu son texto [SMS] concernant un report, j'attends encore. Mais je lui enverrai tantôt un texto [SMS] pour savoir si je peux l'attendre ou pas.
- **Ma sœur** : En tout cas tu es patiente bonne chance
(Après 1h d'attente, soit 2h30 au total)
- **Kadi** : Ma sœur, c'est encore raté pour aujourd'hui, il a répondu à mon texto [SMS]. Il m'a dit être désolé. On a fixé un autre rendez-vous pour dimanche matin à 10h à son bureau.
- **Ma sœur** : Hein !! Dimanche matin à 10h ? J'espère qu'il respectera ce rendez-vous.
- **Kadi** : En tout cas, moi je serai à son bureau à 10h. J'irai à la messe très tôt afin d'être à l'heure le dimanche.

Ce dialogue illustre un exemple de multiple report d'un rendez-vous pour une entrevue dans le cadre de la collecte des données pour ma thèse. La thèse porte sur l'analyse de la politique de protection sociale (PNPS) du Burkina Faso. Le processus de réflexion a commencé en 2009 pour s'achever en 2012 par l'adoption de la PNPS. La collecte des données a eu lieu entre décembre 2015 et juin 2016.

J'ai adopté la stratégie suivante pour contacter les participants à ma recherche. D'abord j'envoyais un courriel contenant des informations basiques sur la recherche (objectif et cadre de la recherche), et une brève présentation personnelle (université, institut). En moyenne 5 jours après l'envoi du courriel en cas de non-accusé de réception, je renvoyais à nouveau le courriel, ou alors j'effectuais un appel téléphonique si le numéro de téléphone était disponible. J'ai souvent obtenu un rendez-vous en moyenne 5 et 10 jours après l'envoi du premier courriel ou appel téléphonique. Ce premier rendez-vous était une prise de contact physique avec le participant pour lui expliquer de vive voix l'objectif de la recherche, et mes attentes le concernant. Je lui laissais le soin de fixer la date et le lieu du deuxième rendez-vous pour la réalisation de l'entretien.

Tout comme dans le premier rendez-vous de prise de contact je prenais le soin d'effectuer un appel téléphonique ou d'envoyer un SMS pour m'assurer du maintien du rendez-vous. Certaines fois, des participants ont confirmé des rendez-vous sans les respecter. Dans deux tiers des cas, les rendez-vous ont été renvoyés à des dates ultérieures. Dans les cas extrêmes, les rendez-vous ont été reportés au moins 4 fois.

Le premier défi, qui se présente ici est la disponibilité des acteurs pour participer à la recherche. Une réflexion anticipée sur les enjeux et difficultés du terrain, sur la base de notre expérience de recherche dans le contexte, nous avait permis d'appréhender la survenue probable du problème, sans pouvoir suggérer une solution efficace ou une conduite à tenir.

Les multiples reports pourraient aisément être assimilés à un manque d'intérêt pour ma recherche ou à une manifestation implicite du désaccord à participer. Malgré que mon attitude et ma réaction face à ces multiples reports aurait pu être jugé comme un « manque de nerf », puisque ma sœur me l'a avoué, je l'ai perçu et vécu autrement. Je me suis surprise dans une patience et une sérénité rare et inhabituelle dans de pareilles situations. Cette attitude a été très importante puisqu'elle a renforcé ma persévérance et m'a permis d'atteindre mes objectifs de collecte de donnée sans aucune frustration.

Pourquoi cette attitude de patience et de stoïcisme ? Ma connaissance du contexte a influencé mon jugement et mon interprétation des rendez-vous manqués. En effet, la plupart des participants de mon projet occupaient des postes de responsabilité. Aussi la collecte des données a eu lieu quelques semaines après les élections présidentielles, moment de mise en place du nouveau gouvernement et de changement au sein de l'administration publique. Ainsi certains informateurs clés (directeur, ou chef de département) étaient régulièrement sollicités pour des réunions, des séances de travail en vue d'imprégner les nouveaux ministres des dossiers dont ils avaient la charge. Dans ce contexte, des séances de travail imprévues ou programmées à la dernière minute passaient avant mon rendez-vous. En plus, ma recherche était rétrospective et relevait de leur responsabilité antérieure, d'où un faible intérêt à me consacrer la priorité.

Cette connaissance du contexte faisait que je ne prenais pas « pour personnel » « les faux rendez-vous ». Je ne les vivais pas comme des « lapins posés ». J'essayais toujours de comprendre les raisons du report que je replaçais dans le contexte. Cela a contribué à susciter non seulement mon empathie envers leurs horaires chargés, mais à inhiber toute possibilité de frustration, et à renforcer ma patience.

Par ailleurs, certains acteurs étaient indispensables à la compréhension de la boîte noire du processus de formulation de la politique et à l'atteinte de mes objectifs de collecte de donnée. Cette conscience bien que me plaçant dans une position de dépendance, me forçait à rester toujours positive. Je laissais peu de place aux émotions qui pouvaient m'amener à renoncer. Cela renforçait ma persévérance et ma détermination à poursuivre la collecte et à toujours négocier un prochain rendez-vous.

Leçons apprises

Il est toujours important de s'armer de patience et de détermination lorsqu'on doit travailler sur un sujet rétrospectif qui n'est plus d'actualité, impliquant la participation de haut responsable politique et administratif. Ces derniers ne perçoivent pas l'intérêt immédiat, et donneront toujours la priorité à leur agenda du moment. Aussi, la connaissance du contexte social et politique dans lequel a lieu la collecte des données peut contribuer à mieux apprivoiser le terrain. De plus, il est important de maîtriser ses émotions, même si certaines attitudes de participants semblent être des contraintes susceptibles d'empêcher l'atteinte des objectifs de collecte. Savoir garder de la distance et être fixé sur les objectifs peuvent aider à gérer les frustrations vécues, sources de découragement puis d'abandon.

Se positionner dans l'entrevue avec les élites : leçons apprises d'une doctorante en santé mondiale

*Lara Gautier, Étudiante au doctorat, École de Santé Publique de l'Université de Montréal ; Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal ; Centre d'Études en Sciences Sociales sur les Mondes Africains, Américains et Asiatiques, UMR 245, IRD, Université Sorbonne Paris Cité.
Courriel : lara.gautier@umontreal.ca*

Problématique

En m'embarquant dans l'aventure doctorale, je ne savais pas de manière précise quel allait être mon sujet de thèse et encore moins quel type de répondants j'allais avoir en face de moi pendant la collecte de données. La santé mondiale est un champ d'études tellement transfrontalier et englobant qu'il implique une multitude de catégories d'acteurs, partant des indigents dans les communautés, pour remonter jusqu'aux directeurs d'agences onusiennes, en passant par le personnel de santé, les gestionnaires d'ONG et de fondations philanthropiques, les cadres ministériels et beaucoup d'autres (Kickbush & Szabo, 2014).

Cette complexité, il faut pouvoir la comprendre et « l'embrasser » quand on commence une thèse de doctorat en santé mondiale. Cela implique aussi d'être capable de « faire le deuil » de certaines catégories d'acteurs qu'on ne pourra interroger : il est évidemment impossible d'atteindre un niveau de détail et de « granularité » suffisant si on décide de s'entretenir avec des représentants de toutes ces catégories.

Ma formation initiale en sciences politiques a nourri ma fascination pour les enjeux de pouvoir au plus haut niveau décisionnel – pouvoir exercé à l'échelle nationale, mais aussi, à l'échelle internationale. Les acteurs exerçant du pouvoir politique sont des détenteurs d'influence – catégorie qui englobe les représentants des bailleurs de fonds, les hauts cadres des organisations internationales, et les décideurs dans les pays en développement. Ces détenteurs d'influence sont souvent communément appelés les élites – terme que j'utilise dans ce texte réflexif.

En santé mondiale, le pouvoir à l'échelle internationale est à la fois politique et financier : le pouvoir financier des bailleurs est consubstantiel à la décision nationale dans les pays. De plus, cette influence politique et financière exercée à l'échelle internationale a des répercussions importantes sur la santé des populations dans les pays en développement, car quoiqu'on dise, la prise de décision demeure très centralisée – on est encore loin d'une approche bottom-up en santé mondiale. De fait, la santé mondiale représente probablement l'espace politique où la distance entre le top et le bottom est la plus grande. Suarez-Herrera évoque des « espaces paradoxaux d'ordre infranational local, entités géographiques bien définies, comme les villes/villages, et en même temps d'ordre supraterritorial global, dans des endroits très éloignés dans l'espace » (Suarez-Herrera et al., 2013). Cette lecture a éclairé ma compréhension des politiques de santé mondiale, qui émergent et sont mises en œuvre précisément au sein de ces espaces paradoxaux et extrêmement éloignés les uns des autres. Ces réflexions m'ont conduite à remettre en question la légitimité de ces politiques impulsées par les acteurs internationaux, qui apparaissent souvent déconnectées des pratiques et besoins locaux.

Pour mieux comprendre cette distance, il me semblait essentiel d'explorer ce qui anime les élites. Après ma formation, j'ai donc eu plusieurs expériences de collecte de données qualitatives auprès de ces acteurs. L'entrevue avec les élites est intéressante pour trois raisons : elle suscite souvent des émotions fortes chez les chercheurs (p. ex., frustration), elle suppose le déploiement de stratégies spécifiques pour accéder aux répondants, et enfin elle crée des équilibres parfois inattendus dans l'interaction. Peu de chercheurs en sciences sociales se sont penchés sur l'équilibre des pouvoirs au sein des interactions entre jeunes chercheurs et élites, et aux phénomènes qu'ils font émerger (Maertens, 2016; Morris, 2009; Woll, 2006). Le plus souvent, la littérature se concentre sur les aspects méthodologiques (Beyers et al., 2014; Goldstein 2002; Harvey, 2010; Leuffen, 2016). Il me paraissait donc pertinent de nourrir le débat par quelques réflexions partant de ma propre expérience.

2. Analyse réflexive

Ma première expérience de collecte de données auprès des élites s'est déroulée à Bobo-Dioulasso, au Burkina-Faso, en 2010 dans le cadre de mon stage de mémoire de master (en France). J'ai ainsi réalisé quelques entrevues auprès de représentants d'une organisation d'intégration régionale spécialisée en santé, d'une ONG et auprès d'un centre de recherche de la « place ». Du haut de mes 22 ans, je disposais d'une expérience limitée de l'espace politique de la santé mondiale. Ajouter à cela ma faible connaissance des hiérarchies et codes professionnels en présence : mes chances d'obtenir des données d'entrevues intéressantes étaient minimes. À l'époque, l'analyse que j'en avais faite est alors demeurée à un niveau superficiel. J'ai toutefois pris conscience que je devais m'engager dans un apprentissage bien spécifique : l'affirmation de soi et le déploiement de stratégies pour augmenter ma crédibilité.

En 2013, je me suis rendue à l'Assemblée Mondiale de la Santé et à la session du Comité Exécutif de l'OMS, dans le but d'observer ce qui se jouait dans les arènes décisionnelles (Gautier et al., 2014), mais aussi et surtout de pouvoir accéder à ces élites toujours « extrêmement occupées » et souvent absentes car « parties en mission ». Manquant d'expérience à cette époque, l'accès aux répondants représentait encore pour moi une barrière difficilement franchissable. Je n'étais donc pas parvenue à mes fins (en termes de quantité et qualité des entrevues avec ces élites), mais cette deuxième pratique de l'entrevue avec les détenteurs d'influence en santé mondiale m'a appris quelques leçons qui ont su éclairer ma démarche d'approche des répondants quelques années plus tard.

Quelque peu déçue voire frustrée par ces expériences de collecte de données auprès des élites, j'ai voulu pendant un moment m'essayer à l'entrevue avec d'autres catégories d'acteurs situés plus bas dans la chaîne d'influence. J'ai ainsi réalisé des collectes de données qualitatives auprès de gestionnaires de programmes et de professionnels de santé au Nunavik (Gautier et al., 2016), puis en Côte d'Ivoire auprès de membres de communautés dites « vulnérables » localisées aux frontières de pays gravement affectés par la maladie à virus Ébola (Gautier et al., 2017). Cette dernière expérience – entrevues et groupes de discussion dans les communautés – constituait des moments d'échanges bien plus exaltants pour la jeune chercheuse que je suis. On me réservait un accueil toujours chaleureux, les participants affichaient une disponibilité à toute épreuve, et surtout, bien souvent, ils me témoignaient de la reconnaissance voire de la gratitude que l'on « s'intéresse (enfin) à eux ». Je n'étais pas dupe : cette appréciation romantique

et largement idéalisée masquait bien sûr la réalité des circonstances de mon interaction avec eux. Ma posture de blanche (McIntosh, 1992) envoyée dans ces villages reculés de l'Ouest ivoirien y était évidemment pour beaucoup. J'exerçais moi-même une forme de pouvoir sur mes répondants, qui avait un impact sur ma relation avec eux et par ricochet sur la validité des données collectées. J'ai alors réalisé que ce type d'interaction dans la pratique de la recherche ne me convenait ou ne me correspondait pas non plus.

Pour ma collecte de données de thèse, je suis donc revenue à « mes » élites. Là, les pouvoirs en présence dans l'interaction (me) semblaient pouvoir s'équilibrer. Il me faut toutefois reconnaître que la facilité d'accès aux communautés et la sensation d'être toujours bien accueillie m'ont manquées par la suite. Mais il me fallait conserver un choix méthodologique pragmatique : je ne pouvais interroger l'intégralité des catégories d'acteurs sans perdre en granularité. J'ai donc opté pour une concentration sur ces fameux détenteurs d'influence « haut placés » travaillant derrière la scène et friands de conversations informelles, car leurs trajectoires personnelles et pratiques constituaient toujours pour moi une sorte de boîte noire que je souhaitais contribuer à ouvrir/saisir.

Tirant les leçons de mes expériences passées, j'avais conscience qu'il me fallait prendre encore de l'assurance et trouver des stratégies pour que la relation avant, pendant et après l'entrevue avec les élites soit équilibrée et permette de générer des données exploitables, dépassant la fameuse « langue de bois », c'est-à-dire le politiquement correct.

Une opportunité s'est présentée : une grande messe de la recherche en santé mondiale se tenait, et j'ai donc saisi cette occasion pour approcher les élites que je tenais à interroger, notamment les représentants des bailleurs de fonds et d'organisations internationales qui assistaient à cet événement. Je leur ai alors envoyé un email une semaine à l'avance en leur donnant les grandes lignes de mon projet de recherche et en les informant que je souhaitais les rencontrer après leur session. J'avais conscience que ces grandes conférences constituent des espaces privilégiés de réseautage, réseautage qui se déroule pendant les pauses : ces moments libres que j'appelle des « fenêtres d'interaction *in situ* ». Malgré l'étroitesse de la fenêtre (certains ne restaient qu'un seul jour), je savais que j'aurais des chances de planifier une entrevue avec chacun. C'est précisément ce qui s'est passé : ils ont tous (six au total) répondu favorablement, et j'ai pu en effet les rencontrer pour leur proposer une entrevue pendant ces fenêtres d'interaction *in situ*. En outre, le fait qu'ils soient positionnés en dehors de leur cadre professionnel habituel les rendait probablement plus détendus : chez certains, j'ai réussi je pense à éliciter moins de politiquement correct que ce que j'ai pu entendre par la suite « dans les bureaux » d'autres répondants.

Toutefois, il ne s'agissait que de mes premiers entretiens de thèse : mon positionnement était encore balbutiant. Pendant l'entrevue, certains répondants demeuraient méfiants. Il fallait, comme Woll (2006) l'identifie, connaître les perceptions que ces élites pouvaient avoir de ma recherche, afin de pouvoir adapter mon message introductif et construire l'interaction sur une base équilibrée. J'ai donc adapté le contenu du texte d'introduction de ma recherche et transformé mon discours d'approche de façon à apparaître comme chercheuse tout à fait distanciée du phénomène que j'étudiais. En outre, pendant l'entrevue j'orientais parfois un peu trop les réponses de mes répondants : j'avais déjà une idée assez précise de ce qui allait m'être dit. Au fil du temps, j'ai commencé à ressentir ce qui, dans la formulation de mes questions,

orientait les réponses et biaisait l'interaction. J'ai appris à me distancier de certains a priori (quitte parfois à passer pour une naïve) en reformulant également certaines questions. J'ai pu observer l'effet de toutes ces stratégies sur mes répondants : l'équilibre dans l'interaction s'est alors construit de lui-même. On me respectait pour ma neutralité et l'intérêt que je portais au phénomène étudié. Certains répondants ont même évoqué leur souhait d'écrire sur leur trajectoire au sein du phénomène que j'étudiais, et semblaient ravis que quelqu'un s'y intéresse. L'entrevue devenait un espace d'intérêt mutuel, créateur de données de plus en plus riches.

Par la suite, la stratégie d'échantillonnage boule de neige a fonctionné à merveille : ces premiers répondants m'ont eux-mêmes donné accès à plusieurs de leurs contacts dans ces organisations internationales. Les personnages centraux de ma recherche se voyaient rassurés par le fait que j'aie déjà rencontré et interrogé un ou plusieurs de leurs proches collègues. J'ai par exemple entendu : « You can talk to Lara, she is okay » – ce qui laissait penser que la neutralité affichée vis-à-vis du phénomène que j'étudiais avait, pour l'heure, convaincu. Ce tremplin a ainsi constitué une étape cruciale de ma collecte.

Poursuivant ma collecte au Mali j'ai continué d'en récolter les fruits : l'introduction par ces premiers répondants facilitait encore mes entretiens avec les représentants de bailleurs de fonds, d'organisations internationales et décideurs nationaux. Toutefois, si j'ai pu obtenir l'accès à ces répondants, il fallait que je réajuste mon approche dans ce contexte aussi, notamment auprès des décideurs. Au niveau international, j'avais atteint un équilibre entre positionnement de chercheuse neutre et climat favorable aux discussions « sans détours » avec les répondants. Au Mali, les codes et hiérarchies locales font que les entretiens avec les décideurs en poste se sentent rarement libres de s'exprimer sans langue de bois. Il a donc fallu user de stratégies détournées : par exemple, interviewer d'anciens fonctionnaires auparavant impliqués mais qui ont changé d'affiliation. Mais la tâche n'était pas si simple : le fonds de la pensée des cadres au sommet de la hiérarchie de la fonction publique reste à ce jour difficile à cerner. Afin d'éviter tout risque de manipulation (« Mais, vous en pensez quoi de cette politique ? »), j'ai aussi fait l'usage de l'humour, lorsque le contexte s'y prêtait. Mais l'entrevue avec les élites recèle encore de nombreuses zones d'ombre à éclaircir...

Leçons apprises de l'expérience

Une première leçon à retenir : ne pas penser que parce qu'un répondant semble froid et réticent à répondre aux questions (parfois, il le dira lui-même !), l'entrevue sera « gâchée » ou en tout cas, peu intéressante. Souvent, ce type de répondant se révèle le plus intéressant, si on parvient à briser la glace – en jouant notamment carte sur table. À l'inverse les répondants qui apparaissent comme des plus aimables et faciles d'accès sont susceptibles de servir les plus beaux discours politiquement corrects jamais entendus...

Plus généralement, si c'était à refaire, je miserais sur la pratique de l'entrevue auprès des différentes catégories d'élites avant la collecte « officielle » – c'est vraiment de cette manière qu'on acquiert une confiance en soi et surtout qu'on développe une certaine aisance à dialoguer avec les élites. Ainsi, je recommanderais de faire beaucoup plus d'entrevues pilotes, et auprès de toutes les catégories de répondants (en fonction des niveaux d'analyse mais aussi en termes de profil : décideur/bailleur/...). C'est en effet avant tout la pratique de l'entretien avec ces

différentes catégories qui m'a permis de gagner en assurance dans l'approche et la conduite d'entretiens avec les élites.

Au sein de la fenêtre d'opportunité in situ qui s'est offerte, deux éléments ont joué un rôle majeur dans ma capacité à approcher et à recruter mes répondants : premièrement, dans cette conférence, il était clairement plus facile d'intercepter les personnes qui m'intéressaient parce qu'elles se trouvaient hors de leur espace de pouvoir à proprement parler. Deuxièmement, le fait que les répondants me réfèrent à d'autres élites ajoutait une dose importante de crédibilité dans ma stratégie d'approche : le fait d'avoir interrogé dès le départ des personnalités positionnées comme "nœuds intermédiaires" du réseau social des acteurs qui m'intéressait a été déterminant dans mon recrutement des répondants. Finalement, à un certain moment et malgré moi, je me suis même retrouvée au sein de ce réseau, ayant gagné en assurance, en connaissance, et en crédibilité vis-à-vis des répondants. La véritable leçon de cette expérience de collecte auprès des élites est plutôt ironique : cet apprentissage de l'entrevue avec les élites n'est que le reflet de la réalité de la pratique en santé mondiale : c'est le réseau social et l'acquisition de pouvoir (connaissances, expériences, réputation/crédibilité) qui ouvrent des opportunités...

Références

Beyers J., Braun, C., Marshall, D., et al.(2014). Let's talk! On the practice and method of interviewing policy experts. *Interest Groups & Advocacy*, 3(2), 174-187.

Gautier, L., Harmer, A., Tediosi, F., & Missoni, E.(2014). Reforming the World Health Organisation: what influence do the BRICS wield ? *Contemporary Politics*, Vol. 20(2), 163-181.

Gautier L., HOUNGBEDJI, K.A., UWAMALIYA, J., & COFFEE M. (2017). Use of a community-led prevention strategy to enhance behavioral changes towards Ebola virus disease prevention: a qualitative case study in Western Côte d'Ivoire. *Global Health Research and Policy*, 2(35).

Gautier, L., Pirkle, C.M., Furgal, C., & Lucas, M. (2016). Assessment of implementation fidelity of the Arctic Char Distribution Project in Nunavik. *BMJ Global Health*, 1(3), e000093.

Gautier

Goldstein, K. (2002). Getting in the door: Sampling and completing elite interviews. *Political Science & Politics*, vol. 35(04), 669-672.

Harvey, W. S. (2010). Methodological approaches for interviewing elites. *Geography Compass*, 4(3), 193-205.

Kickbusch, I., & Szabo, M.M.C. (2014). A new governance space for health. *Global Health Action*, 7.

Leuffen, D. (2006). Bienvenue or Access Denied? Recruiting French Political Elites for In-Depth Interviews. *French Politics*, 4(3), 342-347.

Maertens, L. (2016). *Ouvrir la boîte noire. Terrains/Théories* [En ligne], 5. Retrieved from: <http://teth.revues.org/749>. doi: 10.4000/teth.749

McIntosh, P. (1992). White privilege: Unpacking the invisible knapsack. In A.M. Filor (Ed.), *Multiculturalism* (pp. 31-33). URL : <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED355141.pdf#page=43>

Morris, Z. S. (2009). The truth about interviewing elites. *Politics*, 29(3), 209-217.

Suárez-Herrera, J.C., Blain, M.J, & Bibeau, J. (2013). Perspectives socioanthropologiques innovatrices dans le champ de la recherche en santé mondiale. In J.-L. Klein & M. Roy (Eds.), *Pour une nouvelle mondialisation : le défi d'innover* (pp. 65-83). Montréal, Canada : Presses de l'Université de Québec.

Woll, B. (2006). *The ownership paradox: the politics of development cooperation with Bolivia and Ghana*. PhD thesis, London: The London School of Economics and Political Science (LSE). Retrieved from: <http://etheses.lse.ac.uk/856/>

Positionality in elite interviewing on global health policy : reflections from a doctoral researcher

Catherine M. Jones, Partenaire de la Chaire de recherche « Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS) », Université de Montréal. Courriel : catherine.jones@umontreal.ca

From the hallways of a Canadian university to those of ministries in other countries

My thesis examined multisectoral policy arenas in Norway and Switzerland that produced national strategies on global health. For each arena, I explored the processes, rules, and power relations at work in interactions between actors from multiple sectors in policy decision-making. I collected data primarily through semi-structured interviews with key informants from the foreign affairs, health, and development policy sectors in both countries. Informants were senior policy administrators and experts from within and outside government. Prior to conducting interviews, I fine-tuned the interview guide, incorporating results from analyses of policy documents for probing questions, and I finalised techniques, including visual methods. Aiming to use a conversational approach, I reviewed interviewing strategies for engaging informants in discussion about the policy development activities in which they participated. However, as of the first interview, I realised that I was less prepared for the questions that informants would ask me.

I began my fieldwork in Norway in November 2014 and later in Switzerland in the spring of 2015. I faced numerous questions from informants about my project and myself. As part of the recruitment and consent processes, I was prepared to respond to questions related to ethical issues, such as confidentiality, dissemination of results, and my responsibilities to informants as study participants. But I was surprised by other types of questions that informants asked before, during, and after the interview, such as : why I was interested in their country as a case, why I was interested in the other country as a case or why not another specific country, and who else I had been/would be talking to. They also inquired about my opinion on related policy issues, my knowledge of critical global health events, and my impressions regarding their case and preliminary findings. Furthermore, on multiple occasions, informants drew parallels with or illustrations from other countries, including Canada. Informants often referenced what “your” (referring to “my” as the PhD student, i.e. “Canadian”) government agencies, or Prime Minister, or delegation to an international institution (like the WHO World Health Assembly) had done or was doing in global health.

I sought to cultivate an environment for interactive conversations with senior-level actors about their work in and the influences on global health policy processes at the national level. But I did not anticipate the potential for reciprocity in the nature of this exchange. I began to question the relationship between my informants and me (as a researcher in training) and the development of a rapport with them. This concern grew over the course of my fieldwork. My experience in the field as a public health researcher studying global health policy led me to reflect on the degree of comfort and discomfort I had regarding my role in discussions with interviewees. These discussions included exchanges we had inside and outside the formal interview setting. A *Health Systems Global* blog by Veena Sriram about power dynamics in interviewing “elites”

(individuals in positions of authority in decision-making structures) stimulated reflection on my experience. Sriram suggests that a researcher's positionality, or identity, sets the stage on which the power dynamics play out. Sriram defines positionality as the intersection of assorted factors - which include age, gender, race, ethnicity, language of the interview, institutional affiliations, contacts, and professionalism. Elite informants use their societal, cultural, or political capital to discern the researcher's identity and adjust their manner of interacting with her/him according to their perception. Below, I reflect on the socio-technical aspects of positionality (e.g. affiliations, contacts, professionalism), excluding the individual (e.g. age) and socio-political (e.g. gender, race, language) aspects from this analysis.

Reflexive analysis of positionality during my fieldwork experience

Regarding the factor of institutional affiliation, many informants assumed that I was Canadian because of my affiliation with the *Université de Montréal*. This assumption had implications for what they thought about my understanding of the Canadian government's work in global health, of key Canadian actors, and of my networks. In the field of global health research, students may train in a country that is not their country of citizenship and conduct their fieldwork elsewhere. I am an American citizen, having lived and worked in France for over half of my life, who found myself representing the identity of a Canadian researcher (affiliated with a Canadian university and funded by the Canadian Institutes of Health Research) conducting field work in two other countries with which I had no in-depth ties.

Having come from "outside" Norway and Switzerland, contacts were integral as a factor in my perceived identity. I anticipated the need for establishing a connection to each national context in which I would carry out my study. I set up a Context Advisory Group for each case country as part of the research design. Each included a national expert in global health/governance and/or policy research. These individuals linked to the project were also visible national contacts of mine through which the informants could appraise my identity. Moreover, as my fieldwork progressed, it became apparent to me that some informants communicated with each other about participating in the study, because these were relatively small networks of actors in the global health policy communities in these countries. As such, my identity travelled through these networks when informants spoke about our exchanges and their participation in the study to their own contacts. In addition, during subsequent waves of interviews most informants agreed for me to use of their name if I invited someone they recommended as a potential participant for recruitment. As a facet of positionality, the contacts I brought into my fieldwork combined with those that I made during my fieldwork, which expanded the parameters of my identity in these contexts.

Concerning professionalism as an aspect of positionality, I managed to transfer relevant skills and competencies I developed in my professional life prior to doctoral researcher training to my fieldwork. For example, I drafted various templates for pre- and post- interview needs to streamline communications with informants. I tailored these for each informant and adapted to their preferences to communicate by phone, mobile text messaging, or email to discuss at their convenience. In my former occupation, I collaborated regularly with actors similar to those I was now interviewing. My professional practice entailed developing, managing, and implementing international projects that required coordinating with and reporting to actors in national

governmental agencies and international organisations. Although from an organisational perspective related to preparing and presenting my work and myself, my professional identity was an asset to engage with these actors, from an interpersonal perspective, this aspect of my positionality was challenging. Informant interviews for my doctoral research were new situations for me to navigate - which challenged me to reflect on shifting my stance for interacting with such actors from the role of collaborator (planning/managing/implementing), to one of researcher or knowledge generator (constructing/analysing/producing). While I never previously worked with any of the actors I interviewed, they were representative of the types of actors I would need to learn to (re)position myself in relationship to whilst developing my new role as a researcher.

I found that one's discipline or field of research is a facet of positionality not discussed by Sriram that is critical for researchers in global health. I presented myself as a public health doctoral researcher studying the intersectoral processes of global health policy-making at the national level. Looking back, I think that this influenced informants' assessments of me, in particular regarding my knowledge about global health and public health issues and processes, but also about my values. Some parts of the conversations with informants from the health and public health sector seemed to have a basis in the assumption of mutual understandings on topics and themes that may have been further elaborated if they were speaking to a researcher from political science or international relations. Informants would refer to "we/us in public health", to what seemed sometimes including me in that group, which may have also been encouraged by my own expression of understanding with the point they were making. I suspect that it is also the case that my public health background may have influenced the ways that informants from the foreign policy and development sectors engaged in conversation. This aspect of positionality is particularly significant because data from my study point to distinct cultural differences between the health and foreign policy sectors in terms of their norms, practices, and approaches. The perception of public health researchers by informants from different policy sectors might influence data collection in interviews about global health policy processes.

Learning from my experience

My identity as a researcher was intertwined with my doctoral research project. Reflecting on my fieldwork experience, I learned that positionality is not static, because it is contingent on the capital of each informant and it evolves during the project. Each informant interpreted my identity anew, and s/he generally asked me questions that informed their appraisal of who I was respectively to them and their position. I also re-assessed my own positionality with each interview depending on the situation - deciding what are the relevant references, experiences, knowledge, ideas, and networks for me to bring into the conversation that would reveal my identity more explicitly.

The PhD training process is a period of personal and intellectual transformation, whether one has entered it through a continuum of research work or via a field of practice. The fieldwork stage was a salient moment of my doctoral training journey as my self-perception of my identity was in a state of transition from a practitioner (with over a decade of experience in global health promotion) to a researcher (newly responsible for an independent research project). I would alert future research trainees to be aware of these moments of shifting identities and positionality questions because they can be exciting but also destabilizing.

My experience interviewing policy actors from different sectors in Norway and Switzerland taught me that positionality may influence a doctoral researcher's conversations with informants, which often continue informally after the formal interview based on the level of shared interests. Such conversations are valuable for one's research, as they can provide insights about the contexts and they can generate new questions for exploration. Furthermore these conversations allow the researcher to connect with actors from the same epistemic and policy communities. Future global health doctoral researchers should know in advance that their data collection process may have unintended outcomes not directly related to their project, such as building their network. When it comes to policy research in the field of global health, a researcher will likely see and interact with informants again in international conferences, in policy venues, and in other fora, including those of social media like *Twitter*, beyond the confines of the original research project.

If I could give some advice, it would be to ask yourself before commencing your fieldwork : ***As a global health researcher, what degree of familiarity or distance should I take in interviews with my informants ?*** Going into the fieldwork with a clear "position" on your positionality and approach for interacting with informants will establish a baseline for self-evaluation and reflection as you move forward with data collection. Be prepared to answer questions about yourself, your professional/research/educational trajectory, and why you are doing your doctoral research project. I wrote field notes after each interview in which I reflected on both the form and the substance of the exchanges. These notes are useful tools for the researcher to capture reflection on her/his stance with informants and to question any similarities or differences in this across the interviews.

Produire des données scientifiques et après ? Réflexivité autour des bénéfices de nos projets de recherche

*Amandine Fillol, Étudiante au doctorat en santé publique, École de santé publique de l'Université de Montréal ; Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal.
Courriel : amandine.fillol@umontreal.ca*

Idées principales retenues

- Il est important de réfléchir aux impacts potentiels de nos pratiques de chercheur(e), particulièrement sur les inégalités pouvant être renforcées entre les chercheurs et les participants
- Le développement de la communication (par exemple des ateliers ou réunions régulières) dans les équipes de recherche peut être un moyen de créer un espace dédié aux réflexions et de faciliter le dialogue sur les préoccupations et questionnements des chercheurs(e)s
- Décomplexer le partage des difficultés rencontrées durant un projet pourrait être un moyen pour chacun de développer la réflexivité sur ses pratiques et comportements
- La réflexivité doit être abordée dans la formation académique afin de sensibiliser les futurs chercheur(e)s à avoir une réelle pratique réflexive

Introduction

J'ai travaillé pendant un an sur les traumatismes dus aux accidents de la circulation à Ouagadougou au Burkina Faso en 2014, d'abord en tant que stagiaire pendant 4 mois puis en tant qu'assistante de recherche. Mes tâches étaient de créer une enquête sur la prise en charge des accidents de la circulation et de comprendre comment les conditions sociales et économiques pouvaient avoir un impact sur celle-ci. Pour cela, nous avons travaillé avec trois stagiaires burkinabè, une association locale et une coordinatrice française, un chercheur français au sein de l'Institut français de Recherche pour le Développement (IRD) à Ouagadougou, au sein d'un projet financé par les Instituts de recherche en santé du Canada.

J'avais une tâche qui était de mettre en place une enquête permettant de créer des connaissances sur les itinéraires thérapeutiques des victimes d'accidents de la circulation à Ouagadougou. L'objectif était, à long terme, d'identifier des leviers d'action pour diminuer les conséquences des accidents sur la population burkinabè. Aujourd'hui, je ne crois pas que les urgences traumatologiques à Ouagadougou prennent en charge les patients de façon plus équitable. Bien sûr, dans le secteur des politiques publiques, le changement est long et complexe et une seule étude ne peut être un moyen de provoquer ce changement. Toutefois, alors que les impacts au niveau de la population semblent peu visibles, notre recherche a sûrement eu des effets sur les individus qui ont participé à nos enquêtes. La première partie de la démarche réflexive présentée dans ce texte vise à se demander comment les bénéfices de la recherche peuvent être, en réalité, répartis de façon déséquilibrée entre les parties prenantes du projet. En deuxième

lieu, il s'agira de questionner le rôle de chercheur(e) dans la gestion de ce déséquilibre. Enfin la troisième partie de ce texte propose des leçons apprises durant cette expérience.

Les bénéfiques de la recherche : pour les participants ... ou pour les chercheurs ?

Lors de notre enquête, il y avait un volet quantitatif et un volet qualitatif. Pour le volet quantitatif, nous avons sollicité presque 2000 personnes, qui ont accepté de participer, parfois dans des situations particulièrement difficiles, comme lorsque des proches étaient décédés ou ont été gravement blessés suite à un accident. Parmi eux, certains ont participé à des entretiens approfondis, dans le cadre du volet qualitatif de la recherche. Ce sont ces entretiens qui ont fait l'objet d'une réflexion de ma part car j'ai personnellement réalisé les premiers entretiens alors que les questionnaires posés aux 2000 participants étaient réalisés par les médecins de l'hôpital.

Il y avait trois types de « bénéfiques » pour les participants aux entretiens. Le premier était une somme d'argent (environ 1500 Francs CFA, 4CA\$), donnée soit pour exprimer les condoléances de notre part en cas de décès, soit pour dédommager les participants pour le temps passé à l'entretien. Le deuxième était l'opportunité de partager des événements douloureux avec un psychologue car un des membres de l'équipe réalisant l'entretien était psychologue. Le troisième était la possibilité de participer à la production de connaissances sur un problème de santé publique, et ainsi favoriser à long terme un changement dans la prise en charge aux urgences de l'hôpital.

En ce qui concerne les bénéfiques financiers, il a été difficile de savoir quelle somme était appropriée. En effet, pour éviter les différents biais (sélection, information), il ne fallait pas que le montant soit trop élevé. Toutefois, la somme d'argent que nous avons proposée était relativement faible lorsqu'elle était comparée aux dépenses réelles pour les soins de santé des participants après l'accident. Elle était également faible lorsqu'on observe les bénéfiques financiers que j'ai perçus durant l'ensemble de ce projet (salaire durant 12 mois). Cette inégalité économique s'ajoute une certaine injustice sociale. Plusieurs participants ont parlé de l'espoir que cette recherche pouvait apporter pour eux. Ils espéraient par exemple que leur témoignage pourrait permettre de favoriser la création d'un dispositif de prise en charge gratuite aux urgences. Aujourd'hui, ils n'ont sans doute aucune nouvelle de notre équipe, et il n'y a aucun changement apparent dans la prise en charge aux urgences. Pour moi aussi, cette volonté de changement social était forte et il est frustrant de ne voir aucune évolution. Toutefois, grâce à ce projet, j'ai obtenu des opportunités académiques importantes pour ma (future) carrière (publication, intégration dans une équipe de recherche et inscription en doctorat par la suite). Lors de notre présentation et dans le formulaire de consentement, nous (équipe de recherche) avons précisé que nous visions seulement à récolter des « témoignages ». Mais nous pourrions nous demander si cela suffit. En effet, la représentation des chercheur(e)s par les participants, les différences de classe sociale, de langage, d'origine (Nord/Sud), mais également l'historique des relations entre les institutions du Nord et les pays du Sud, et les rapports de pouvoir implicites pouvant exister entre eux, sont autant d'éléments pouvant expliquer les incompréhensions ou malentendus entre les chercheur(e)s et les participants. Finalement, lors de ce projet, les bénéfiques des participants étaient peu nombreux par rapport aux bénéfiques que j'ai perçus en tant qu'assistante de recherche.

Est-ce que le (la) chercheur(e) doit gérer le déséquilibre des bénéfiques ? Et comment ?

Selon la politique des fonds de recherche du Québec (FRQ), la conduite responsable en recherche repose sur plusieurs éléments fondamentaux : l'honnêteté, la fiabilité, la rigueur, l'objectivité, l'impartialité, l'indépendance, la justice, la confiance, la bienveillance, l'ouverture et la transparence (1). Si ces principes sont fondateurs, il est difficile de savoir comment les appliquer en réalité. Par exemple, considérons le principe de justice. Selon l'énoncé de politique des trois Conseils, « le principe de justice a trait au devoir de traiter les personnes de façon juste et équitable [...] pour être équitable il faut répartir les avantages et les inconvénients de la recherche de façon à ce qu'aucun segment de la population ne [...] soit privé des avantages découlant des connaissances issues de la recherche [...] Un déséquilibre dans la relation de pouvoir entre chercheurs et participants peut constituer une menace importante pour le principe de justice » (2) (p.11). Comment s'assurer d'agir de manière juste même lorsqu'il existe des déséquilibres des bénéfiques comme expliqué ci-dessus ?

Dans notre cas, nous avons essayé de rétablir un équilibre des bénéfiques de trois manières : i) un suivi à plus long terme avec des participants aux entretiens, ii) des restitutions des résultats, iii) des activités d'échange des connaissances avec les décideurs politiques. En effet, en premier lieu, le chercheur principal de cette étude, a essayé, grâce à la création d'une deuxième enquête en partenariat avec Handicap International de recontacter les participants aux entretiens qui étaient les plus blessés. L'objectif était de recueillir des données sur leur état de santé à plus long terme après l'accident mais cela a également permis de leur faire connaître des possibilités d'obtenir des soins de santé grâce à l'ONG. Deuxièmement, les résultats des enquêtes ont été restitués à des associations de la société civile. Une présentation au forum africain sur la sécurité routière a également été réalisée auprès de parties prenantes de différents secteurs et différentes disciplines. La restitution des résultats de recherche aux participants aux entretiens aurait également pu être une action à réaliser (3). Toutefois, il est également possible de critiquer ce processus. En effet, cela n'implique-t-il pas que nous considérons que les connaissances des participantstraitées de manière scientifique sont supérieures aux connaissances « brutes » des participants(4)? Cette pratique ne peut-elle pas ainsi renforcer ce déséquilibre dans la relation chercheur-participant ? Troisièmement, notre équipe a réalisé des activités de transfert de connaissances (TC) auprès de décideurs politiques afin d'idéalement impulser un changement au niveau politique, Si ces activités sont nécessaires, elles peuvent être non suffisantes. Dans notre cas, le ministre actuel de la santé semble avoir pris en considération l'importance des accidents de la circulation au Burkina Faso. Mais pour le moment, les populations ne voient pas les résultats concrets de leur participation à notre projet. Cela peut être en partie dû à l'inadéquation entre la situation d'urgence à laquelle étaient confrontés les participants et la durée que prennent non seulement les activités de recherche mais également le changement long et complexe en politique.

Leçons apprises

Ces réflexions ont émergé pendant et après le projet de recherche. Comme nous l'avons expliqué, nous avons mis en œuvre des actions pour tenter de diminuer un déséquilibre des bénéfiques, mais chacune des actions présente des limites et il existe sans doute d'autres manières d'agir.

Ainsi, à partir de cette expérience, j'ai pu tirer trois principales leçons qui pourront être des moyens de trouver des solutions à plus long terme.

Leçon 1 : Développer les dispositifs pour favoriser la réflexion commune

La possibilité de communiquer avec un ensemble de personnes impliquées dans le projet mais également avec d'autres étudiant(e)s ayant les mêmes préoccupations peut être une piste de solution. Par exemple, dans mon cas, les discussions organisées lors de formations académiques (dans le cadre de mes cours de doctorat) ou bien des réunions telles que l'atelier réflexif organisé par la Chaire Réalisme, j'ai pu échanger avec d'autres étudiants sur les inégalités participant-chercheur(e) que j'avais observées. Ainsi, j'ai pu voir que nous étions nombreux à nous poser les mêmes questions. Si, pour le moment, nous n'avons pas trouvé de solution « idéale », le fait de pouvoir y réfléchir ensemble sera certainement un premier pas vers une solution durable.

Leçon 2 : Décomplexer le dialogue sur les difficultés rencontrées

La communication entre les membres du projet ou entre les étudiants est également un moyen de partager les difficultés que l'on peut rencontrer et qui sont difficiles à partager de façon académique et formelle. Par exemple, pendant mon expérience, je me suis trouvée dans une situation inconfortable lors d'entretiens individuels. Une femme avait accepté de partager son expérience dans la recherche de soins de santé pour son mari qui avait eu un accident de la route. Elle se trouvait dans une situation de vulnérabilité extrême, qui a été renforcée par cet accident, puisque le mari avait besoin de soins et ne pouvait plus travailler. Ils avaient également plusieurs enfants. Cette situation m'a profondément touchée, puisque, si je le voulais, je pouvais changer cette situation en aidant cette famille avec un soutien financier. D'un autre côté, j'étais une chercheuse et non pas présente dans cette situation dans une perspective humanitaire. Je me suis longtemps demandé quel aurait été le meilleur comportement à adopter, car je me sentais spectatrice d'une situation particulièrement injuste où la participante n'avait pas beaucoup de bénéfices à participer à l'entretien en regard de sa situation. Mais je me suis également demandé quelles seraient les conséquences du comportement choisi sur la famille en question, sur le projet de recherche, et sur un ensemble d'enjeux, notamment de pouvoir. Il est compliqué de savoir où, comment et à qui parler de ces difficultés. Cette courte anecdote fait également appel à la notion d'empathie, qui peut être permettre de mieux accéder à la compréhension du participant durant l'entretien, mais qui soulève de nombreux défis et enjeux (5).

Leçon 3 : Développer la connaissance et la sensibilisation à la pratique réflexive dans la formation académique

Il ne faudrait pas que la réflexivité devienne une étape, ou une « case à cocher » (6) sur un protocole qui n'implique pas un profond questionnement sur soi, son rôle, ses pratiques, ses représentations et leurs impacts sur la manière de faire de la recherche et sur ses impacts. Cette démarche peut amener à penser des aspects dérangeants, comme la participation à des rapports de pouvoir implicites(7), difficiles à communiquer, surtout lorsqu'on est débutant en recherche et que l'on travaille avec des chercheur(e)s seniors. C'est pourquoi il faut apprendre à savoir comment il est possible d'être réflexif dans nos pratiques, voire institutionnaliser les

dispositifs favorisant le dialogue dans les équipes de recherche. Et ce renouveau doit passer par une sensibilisation des nouvelles générations de chercheur(e)s, en partie durant la formation académique. Le fait d'être intégré(e) dans une équipe de recherche ou une communauté de pratiques est également intéressant. Les discussions formelles et informelles peuvent permettre de favoriser le processus de réflexivité qui peut avoir un impact non seulement professionnel mais également personnel.

Remerciements

Je voudrais remercier Esther Mc Sween-Cadieux et Emmanuel Bonnet pour leurs relectures et leurs commentaires bienveillants et constructifs.

Références

Fonds de recherche du Québec. (2014). Politique sur la conduite responsable en recherche. Sherbrooke : *FRQ*.

Henry, J. (2018). D'une éthique des protocoles vers une éthique des pratiques de recherche. *Sciences sociales et santé*, 36(1), 31–38.

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada. (2010). Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains. Ottawa (Canada) : Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche.

Mondain, N., & Bologo, ÉA. (2009). L'intentionnalité du chercheur dans ses pratiques de production de connaissances : les enjeux soulevés par la construction des données en démographie et santé en Afrique. *Cahiers de Recherche Sociologique*, (48), 175.

Ouattara, F., & Ridde, V. (2013). Expériences connues, vécues... mais rarement écrites : À propos des relations de partenariat Nord-Sud. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 231–246.

Piron, F. (2014). La restitution des savoirs, entre courtoisie, transfert de connaissances et geste politique. *SociologieS*.

Postface : plaidoyer pour enseigner et pratiquer la réflexivité en santé mondiale

Valéry Ridde, Directeur de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement, Centre Population et Développement (IRD-CÉPED), Université Paris Sorbonne Cité.

Courriel : valery.ridde@ird.fr

La perspective nord-américaine de la santé mondiale, et de la santé publique, a notamment comme conséquence d'oublier la place des approches communautaires (Ridde & Druetz, 2016) mais aussi celle de la réflexivité (Tremblay & Parent, 2014). Au nom du besoin d'obtenir une accréditation d'une organisation états-unienne (Council on Education for Public Health) dont l'efficacité n'a pas été démontrée, les programmes de formation risquent ainsi de passer à côté du besoin élémentaire, voire essentialiste, de s'interroger sur ses propres pratiques d'intervention et de recherche en santé mondiale. En effet, lorsque l'on s'attarde aux programmes de formation pour obtenir cette accréditation, la réflexivité est un mot trop souvent absent, tant pour les compétences en santé publique que celle en santé mondiale. Elle est certainement implicite nous répondra-t-on. Peut-être, mais tant qu'elle ne sera pas explicite, les personnes concernées ne seront pas incitées à s'en préoccuper. Cet oubli risque de faire en sorte que les professeurs, et donc les étudiants, ni prêtent guère attention comme cela est le cas depuis trop longtemps. Une étude exhaustive des enseignements en santé mondiale à travers le monde le confirmerait certainement.

Ainsi, je me réjouis de lire ces pages coordonnées par des étudiants et des jeunes chercheurs qui montrent, qu'au-delà des normes et des besoins institutionnels, il est possible de se mobiliser collectivement pour renforcer nos pratiques. Évidemment, les anthropologues et autres experts en sciences sociales vont certainement s'amuser de voir des acteurs de la santé mondiale se préoccuper seulement aujourd'hui d'une démarche qui leur ai très ancienne (Ouattara, 2004 ; Vidal, 2010). Cette motivation de la part de chercheurs en formation montre parfaitement que les nouveaux acteurs de la santé publique cherchent à s'interroger ; ce qui est de très bon augure pour le développement de la santé mondiale !

Cette aventure réflexive en santé mondiale a été longue, tant nous avons tous de nombreuses activités à mener et parfois, le réflexe de reporter la réflexivité aux calendes grecques. S'arrêter pour réfléchir à la manière dont nous agissons est évidemment toujours plus douloureux que d'avancer, publier, chercher des financements ou enseigner... Analyser le passé, et le présent, est toujours plus délicat que planifier l'avenir, tant dans notre profession en santé mondiale que dans notre vie personnelle. Et c'est donc au moment où j'ai quitté l'université de Montréal pour d'autres aventures que l'activité finale ayant permis la production de ces Cahiers a été effectuée. Cela montre parfaitement que personne n'est totalement indispensable et que le groupe, la collectivité, la communauté sont toujours supérieurs et plus efficaces qu'un individu isolé. Là encore, l'interdisciplinarité et la collaboration restent des compétences peu abordées dans les formations universitaires où l'individualité et la compétition sont encore trop souvent des valeurs largement dominantes.

Cette production est le fruit de réflexions individuelles et d'un travail collectif original qu'il faut saluer. Cependant, il doit être aussi, selon moi, conçu non pas comme une fin mais comme un début. Une réflexion plus globale et nécessaire doit aujourd'hui s'engager pour faire en sorte que 1) la réflexivité soit enseignée dans les programmes de formation en santé publique et santé mondiale, 2) qu'elle soit enchâssée dans nos pratiques, nos habitudes et nos routines et 3) que tous les professionnels (chercheurs, intervenants, décideurs, etc.) puissent être disposés, en se donnant le temps et les moyens, à s'y engager. Une nouvelle nouvelle santé publique ?

Références

Ouattara, F. (2004). Une étrange familiarité. Les exigences de l'anthropologie « chez soi ». *Cahier d'Études Africaines*, 3(175), 635–58.

Ridde, V., & Druetz, T. (2016) La disparition de la communauté en santé publique et santé mondiale : origine sémantique, pragmatique ou contextuelle. In: V. Desgroseilliers, N. Vonarx, A. Guichard, & B. Roy (Eds). *La santé communautaire en 4 actes: repères, acteurs, démarches et défis* (pp. 311–5).

Tremblay, M.-C., & Parent, A.-A. (2014) Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk! *Canadian Journal of Public Health*, 105(3), e221–3.

Vidal, L. (2010) Faire de l'anthropologie: santé, science et développement. Paris, France : La Découverte (Recherches. Terrains anthropologiques).

Cahiers REALISME
Hors-série, Juin 2018

Comité éditorial de la collection :

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
Hors-série, Juin 2018

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/