

L'EXPÉRIENCE D'UNE DÉMARCHE PLURALISTE DANS UN PAYS EN GUERRE: L'AFGHANISTAN

Valéry Ridde

Étudiant au doctorat (PhD) en santé communautaire

Département de médecine sociale et préventive

Université Laval, Québec

Résumé: La participation est souvent essentielle à l'appropriation réussie des résultats d'une évaluation. L'Afghanistan est en guerre depuis 1979, et les gouvernements successifs ont laissé aux agences d'aide internationale la prise en charge de l'ensemble du système de santé public. À la lumière d'une expérience d'évaluation de l'implantation des mécanismes de financement des services de santé, l'article analyse comment, dans un contexte international d'aide d'urgence, l'approche pluraliste s'est avérée possible, et sa contribution à l'appropriation des résultats. L'objectif de l'article est d'identifier les facteurs ayant facilité une telle démarche. Pour ce faire, un cadre d'analyse est utilisé, adapté de la définition de l'évaluation participative de Patton, selon trois catégories: le contenu, le processus et les finalités de l'évaluation. Renforcer les liens entre l'évaluateur et les participants à travers une évaluation participative peut contrecarrer, en partie, les effets potentiellement négatifs du contexte d'un pays en guerre.

Abstract: Participation is often essential for successfully appropriating the results of an evaluation. Afghanistan has been a country at war since 1979, and its successive governments have left the entire public health system in the hands of international aid agencies. Having experienced and evaluated an implementation of financing mechanisms for health services, we analyze how, in a context of international emergency aid, a pluralist approach was possible, and observe the appropriation of results. The objective of this article is to identify facilitating factors of such an approach. To do this, we use an analytical framework

Correspondance à l'auteur: M. Valéry Ridde, Département de médecine sociale et préventive, Pavillon de l'Est, Université Laval, QC G1K 7P4;
<valery.ridde.1@agora.ulaval.ca>

based on and adapted from Patton's definition of participatory evaluation, which entails three main categories: content, process, and aims of the evaluation. We think that reinforcing the links engaging evaluator and participants through participatory evaluation can partially counter the potentially negative effects of a context involving a country at war.

■ Dans le contexte général de réformes de systèmes de santé dans les pays du Sud, le financement des services de santé en Afghanistan est devenu un sujet d'actualité pour l'ensemble des acteurs de la coopération internationale. Alors que les gouvernements successifs avaient toujours refusé d'aborder le sujet relatif au paiement direct des usagers des services (ticket modérateur), malgré son utilisation depuis le début des années 90, celui-ci est passé à l'ordre du jour en l'an 2000 sous le régime des talibans (Islamic Emirates of Afghanistan, 2000). C'est dans ce contexte politique particulier, et bien avant les événements du 11 septembre 2001, où des restrictions sont imposées à la participation démocratique de la population, que nous avons réalisé une évaluation participative de l'implantation des mécanismes de financement.

Cet article propose une analyse critique, *a posteriori*, de cette démarche évaluative dans un contexte d'aide internationale d'urgence. Recherche et intervention, en évaluation comme en santé communautaire, sont bien souvent indissociables. Ainsi, l'objectif de notre propos s'éloigne des sphères épistémologiques pour s'approcher de celles de l'intervention. Autrement dit, nous ne cherchons pas à produire de nouvelles connaissances théoriques dans le champ de l'évaluation mais souhaitons plutôt tirer quelques leçons pragmatiques, par l'identification de facteurs ayant facilité l'application d'une démarche pluraliste, dite de quatrième génération, dans ce contexte particulier. Par l'intermédiaire de l'analyse de cette expérience singulière, nous souhaitons contribuer à l'amélioration, d'une part, de la pratique des évaluations participatives, et d'autre part, de l'appropriation des résultats générés par l'implantation de ces dernières. Dans un premier temps, nous ferons une brève description du contexte dans lequel s'est déroulée cette évaluation. Nous présenterons succinctement, dans un deuxième temps, les objets de l'évaluation ainsi que la méthodologie employée. A partir d'un cadre d'analyse fondé sur une définition de l'évaluation participative placée dans le contexte global de la science évaluative, nous nous emploierons dans un troisième temps à vérifier en quoi la démarche utilisée en Afghanistan est de l'ordre de la stratégie d'une approche pluraliste. Nous exposerons, en conclusion, les éléments ayant facilité cette ap-

proche et les adaptations nécessaires pour envisager, à l'avenir, une plus grande contribution à la prise de décision optimale des participants dans un tel contexte d'aide d'urgence internationale.

CONTEXTE

Après le départ des troupes d'occupation soviétiques en 1989, qui avaient provoqué une guerre de dix ans (1979–89), et la chute du gouvernement communiste (1989–92), les Moujahidines, résistants d'origines ethniques diverses, n'ont pas réussi à s'entendre pour diriger le pays. Pendant quatre ans (1992–96), c'est une véritable guerre civile qui opposait toutes les factions internes de l'ancienne résistance (Dorransoro, 2000). Émergés à la fin de l'année 1994, les talibans (étudiants en théologie) ont pris la capitale (Kaboul) en septembre 1996 et ont étendu progressivement leur pouvoir pour finalement, en 2001, détenir le contrôle de près de 90% du territoire national. Les attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis ont déclenché une opération militaire américaine qui, fin novembre, permettait à la nouvelle «Alliance du Nord», au demeurant très fragmentée, de contrôler, à son tour, la majeure partie du pays, tandis que les talibans ont capitulé et d'aucuns se sont réfugiés au Pakistan.

L'Afghanistan est une société rurale à 85% et sa population est composée de nombreuses ethnies. En 2001, le pays est classé 89^{ème} sur 90 pays en développement en ce qui concerne l'indice de pauvreté humaine (UNDP, 2001). Depuis 1996, les talibans ont instauré une politique de ségrégation et de répression intense à l'égard des femmes, dont les conséquences sur le plan de la santé physique et mentale sont maintenant bien connues (Rasekh, Bauer, Manos, & Iacopino, 1998). Cela ne fait qu'aggraver une situation sanitaire et économique fort déplorable présentée dans le tableau suivant.

Le financement public de la santé est quasiment inexistant. L'ensemble des ressources résulte de l'aide internationale et, la plupart du temps, les patients payent les soins de santé lorsqu'ils consultent. Le secteur privé est florissant et les prix des médicaments ne sont pas en adéquation avec les capacités financières de la majeure partie de la population.

L'évaluation a eu lieu dans une province de l'Est (Laghman, 400.000 habitants) où une organisation non gouvernementale (ONG) soutient un hôpital régional (50 lits) et trois dispensaires de première ligne. Alors que cette ONG développe des programmes dans ce pays

depuis 1979, son appui au système de santé de cette province date de 1996, à l'occasion d'un programme financé par l'Union Européenne (UE). En 1998, l'hôpital bénéficie d'un étage supplémentaire, construit spécifiquement pour augmenter la capacité de l'hôpital à accueillir des femmes. Près de 20% du personnel est féminin, ce qui demeure, en 2001, une exception en Afghanistan. Les ressources propres de l'hôpital sont constituées du paiement des consultations, des hospitalisations, des actes médicaux et des médicaments. Le prix de l'hospitalisation est forfaitaire (médicaments compris). Les médicaments sont fournis gratuitement par l'ONG à l'hôpital et vendus aux patients des consultations externes à 60% de leur prix de vente dans le secteur privé. Les autorités locales en matière sanitaire sont officiellement encore présentes, mais 20 ans de guerre ont fait fuir la plupart des cadres locaux compétents, et aujourd'hui, nous pouvons dire que le système de santé ne fonctionne que par l'intermédiaire de l'aide internationale non gouvernementale. De fait, l'intervention de cette ONG se situe en complète substitution, cette dernière finançant l'ensemble des activités. D'autres organisations sont également présentes dans la région, et 22 centres de santé de première ligne seraient en place.

Au regard des objectifs du programme et de ceux de l'évaluation, il ressort que l'ONG s'est fixée un objectif d'équité (améliorer l'accès aux soins aux plus vulnérables) mais souhaite aussi une certaine

Tableau 1
Comparaison de quelques indicateurs entre l'Afghanistan et le Canada en 2001

	<i>Afghanistan</i>	<i>Canada</i>
PIB US\$ per capita (en 1995 pour l'Afghanistan)	180	22.541
Population (millions)	25	30,7
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000)	1.700	6
Taux de mortalité infantile (pour 1.000)	165	6
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1.000)	257	6
Accouchement à la maison	99%	N/A
Espérance de vie à la naissance	42,5 ans	78,7 ans
Taux de fertilité	6,9	1,6
Accès à l'eau potable	13%	100%
Taux d'alphabétisation adulte (+15 ans)	36%	N/A

Note: N/A = Non applicable

Source: UNDP (2001), WHO (1997)

efficacité financière (recouvrement des coûts et viabilité du projet). Si le dilemme efficacité contre équité est classique dans la problématique du financement des services de santé, l'évaluation proposée vise à voir comment l'ONG a cherché à atteindre simultanément ces deux objectifs.

UNE EVALUATION D'IMPLANTATION

Lorsqu'il s'agit d'évaluer un programme, il est important de bien déterminer quelles sont les composantes de ce dernier, afin de préciser sur lesquelles il sera nécessaire de porter un jugement. Pour chacune des relations entre les composantes du programme et leur évaluation, la science évaluative dispose d'un corpus de termes spécifiques: de l'évaluation des impacts à celle de l'efficience en passant par celle de l'efficacité. Dans le milieu de l'aide internationale, le processus d'évaluation est souvent facilité par la prédominance de l'utilisation des cadres logiques d'intervention, même si l'emploi de ces derniers n'est pas sans poser certains problèmes (Cracknell, 1996). Dans notre cas, nous avons réalisé une évaluation d'implantation (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Avargues, 2000). Nous nous sommes intéressés à la dynamique interne du programme (évaluation du processus) et notamment aux activités organisées dans le but de rendre le programme plus pérenne. Nous avons également cherché à connaître le degré de satisfaction des populations par rapport aux modes de financement actuels. Puisque les patients doivent financièrement contribuer aux coûts de fonctionnement, nous nous sommes souciés de mesurer leur capacité et leur volonté à payer. L'évaluation avait une visée essentiellement formative, en ce sens qu'il s'agissait moins de porter un jugement normatif que de permettre une amélioration du programme en cours.

Cette évaluation s'est effectuée selon deux étapes distinctes qui souhai-taient répondre à deux types de questions d'évaluation: les questions préévaluatives et les questions évaluatives (Beaudry & Gauthier, 1992). Dans un premier temps, à l'aide d'une description et d'une analyse des méthodes actuelles de paiements et des caractéristiques propres des modes de financement des formations sanitaires, nous nous sommes appliqués à décrire et à caractériser le déroulement du programme. Dans un second temps, à l'aide d'une enquête auprès de 120 ménages sélectionnés selon une procédure aléatoire et auprès de personnes hospitalisées (39), nous avons tenté de comprendre les liens pouvant exister entre les résultats actuels au plan du financement des services et les capacités financières ainsi que l'opinion

des populations. Les méthodes employées pour cette évaluation étaient principalement quantitatives (questionnaires, calculs économiques, etc.). Cependant, des entretiens formels ou informels, réalisés tant à la coordination de l'ONG que dans les différents sites auprès d'informateurs clefs, nous ont donné l'occasion d'approfondir certaines informations et de qualifier certaines pratiques liées à notre problématique. Les données qualitatives issues des entrevues ont été utilisées en complément des données quantitatives. La collecte des données a été réalisée à partir de différents outils¹ permettant une certaine triangulation des informations. Il était en effet indispensable de recourir à plusieurs méthodes à la fois (Desrosiers, 1998) afin d'accroître la validité des informations recueillies.

Les résultats, présentés ailleurs en détail (Ridde, 2002a), ont montré combien le système de tarification était régressif. Peu de mesures étaient en vigueur pour améliorer l'accès aux soins des indigents, et les fréquentes ruptures de stocks en médicaments (50% de l'année) contraignaient les patients à les acheter sur le marché privé, rendant caduque le système de paiement forfaitaire de l'hospitalisation. L'enquête auprès des ménages a révélé que proportionnellement à leur richesse, les plus pauvres dépensent quatre fois plus que les plus riches dans le domaine de la santé. De surcroît, le paiement direct de la part des usagers ne permet de recouvrir qu'une infime partie des coûts des formations sanitaires (de 4% à 10%).

Il est utile de préciser que nous avons déjà collaboré, en tant que chef de mission, avec cette organisation internationale durant plus de trois ans, notamment en Afghanistan en 1996 et 1997. Nous avons également accompli d'autres missions d'évaluation, dans plusieurs pays, entre 1996 et 2001. L'évaluation de cet été 2001 s'est déroulée durant quatre semaines, dont trois dans la province, sans compter le temps passé à la préparation ou celui consacré, ensuite, à la rédaction du rapport. *A priori*, aucune réticence particulière n'était pressentie, si ce n'était de la part des responsables des formations sanitaires qui souhaitaient conserver leur capacité à lever localement des fonds en faisant payer les patients puisqu'ils en avaient l'utilisation discrétionnaire.

Nous avons opté pour une stratégie pluraliste puisque nous souhaitions, d'abord, augmenter le degré d'acceptation des outils, ensuite, favoriser la rétroaction pendant le processus et, enfin, obtenir une meilleure appropriation des résultats. Dans ce contexte très spécifique, que l'on pourrait qualifier «d'urgence perpétuelle», comment a-

t-il été possible d'adopter, sans pour autant relater une expérience idéale, une approche participative pour effectuer l'évaluation que nous venons de présenter? C'est l'objet de l'analyse proposée dans cet article.

ÉTAIT-CE UNE ÉVALUATION PARTICIPATIVE?

Un cadre d'analyse

Les courants de pensée en évaluation sont nombreux, et il est évident que les positions ontologiques et épistémologiques prises par les évaluateurs conditionneront largement les questions d'évaluation et les méthodes employées pour y répondre (Bégin, Joubert, & Turgeon, 1999). Ces courants se sont développés tout au long de l'histoire de l'évaluation. Il est aujourd'hui communément admis que cette dernière peut être découpée en quatre phases importantes. Dans un chapitre publié peu de temps avant leur célèbre ouvrage de 1989, Guba et Lincoln (1987) font état de cette évolution et avancent que quatre générations d'évaluation jalonnent l'histoire. La première génération est celle de la mesure où l'évaluateur en est un spécialiste. La deuxième est plutôt de l'ordre de la description, et l'évaluateur va surtout décrire les processus ayant permis l'aboutissement des résultats constatés. Au cours de la troisième génération (émergeant à la fin des années 60), le défi pour l'évaluateur est de porter un jugement sur les résultats obtenus au regard des objectifs initialement fixés. C'est à ce moment qu'apparaît toute l'importance de préciser, telle que nous l'avancions dans l'exorde de cet article, les positions «paradigmatiques» des experts. Enfin, dans les années 70 est apparue la quatrième génération qui se veut bien plus «responsive» selon laquelle les évaluateurs usent de la négociation, deviennent des facilitateurs entre les différentes parties prenantes et, selon certains, doivent devenir créatifs (Patton, 1987). L'évaluation devient un objet de négociation entre les différents acteurs d'une politique, d'un programme ou d'un projet. Il est temps de reconnaître le point de vue de l'ensemble des acteurs concernés par l'évaluation, selon le principe du «value-pluralism», permettant également de qualifier cette génération d'évaluation pluraliste. Pour revenir au paradigme et aux deux grandes tendances en évaluation (Bégin et al., 1999), on se trouve bien ici au cœur du binôme constructivisme/subjectivisme par opposition à celui du positivisme/objectivisme. Cette catégorisation ne doit pas occulter le fait qu'au sein de la quatrième génération subsistent de nombreuses approches diffé-

rentes: «responsive, naturalistic, illuminative, utilization-focused, adversarial» (Guba & Lincoln, 1987, p. 208) ou encore l'évaluation participative dont nous discuterons plus loin, restant néanmoins fidèles aux principes de base.

Dans le monde du développement international, ce sont principalement les ONG qui ont, dans un premier temps, appliqué ce type d'approche pluraliste (Cracknell, 1996). Il est vrai que l'un des fondements de cette dernière, celui mettant l'accent sur la participation active et non fictive des acteurs sociaux ainsi que sur le renforcement de leurs capacités, s'approche de la notion d'«empowerment» chère à Paolo Friere, qui sous-tend la plupart des interventions de ces ONG. Ces valeurs particulièrement présentes dans ce type d'organisation seraient un facteur facilitant l'utilisation du modèle d'évaluation de Fetterman, à savoir «empowerment evaluation» (Smith, 1998). Dans le domaine de la santé publique internationale, on a vu également poindre dans les années 80, le développement d'approches participatives en évaluation, dites «rapid assessment procedures», empruntant beaucoup à l'anthropologie, afin de pallier les carences d'une approche trop «technico-médicale» des professionnels de la santé (Desclaux, 1992).

Il n'existe pas de définition simple et universellement reconnue de l'évaluation participative. Depuis quelques années, les francophones disposent enfin de quelques guides fort intéressants pour les projets canadiens (Midy, Vanier, & Grant, 1998; Santé Canada, 1996) ou pour les projets internationaux (Aubel, 2000). Celui de la Fondation W.K. Kellogg, pour les anglophones, est aussi précieux. La Fondation avance que les évaluations participatives se caractérisent par un processus plus égalitaire entre les évaluateurs et les autres acteurs ainsi que par la production de résultats plus pertinents et plus utiles pour l'action (W.K. Kellogg Foundation, 1998). Mais si ces documents sont très pratiques lorsqu'il s'agit de réaliser de telles évaluations, ils ne nous fournissent pas vraiment de cadre d'analyse adéquat et un niveau conceptuel suffisant. Reprenant en partie les distinctions présentées précédemment, Cousins et Whitmore (1998) avancent que deux courants existeraient au sein des approches participatives en évaluation. D'un côté, il y aurait l'approche dite pratique, qui permet aux organisations de prendre des décisions ou de résoudre des problèmes particuliers et de l'autre, l'approche «transformative» où la participation des acteurs vise le changement social en transférant connaissances et pouvoirs aux intéressés. Cela étant dit, ces deux auteurs canadiens proposent que trois caractéristiques particulières

définissent une évaluation participative: le contrôle du processus évaluatif, la sélection des personnes ressources pour la participation et enfin, la profondeur de la participation de ces derniers. Si ce cadre est utile pour l'analyse proposée par les auteurs des différentes formes d'évaluation «collaborative», il ne nous paraît pas assez détaillé pour réaliser une revue systématique et *a posteriori* de notre expérience afghane. Bien que Patton ne soit pas l'auteur préconisant et utilisant toujours la démarche participative au sens strict du terme, puisqu'il prône surtout une approche centrée sur l'utilisation des résultats, ce qui n'implique pas une participation indispensable de tous les acteurs, il n'en demeure pas moins que c'est auprès de ce dernier que nous avons trouvé un cadre particulièrement adéquat pour l'analyse. Voilà pourquoi nous avons décidé d'emprunter sa définition pour analyser en quoi notre évaluation d'implantation en Afghanistan a été participative. Dans un chapitre où il effectue une revue de la littérature sur la question et arrive à la conclusion qu'il n'existe pas de consensus sur la définition d'une évaluation participative, Patton (1997) propose une liste de neuf principes de base permettant de la qualifier, selon son expérience. En outre, nous avons remarqué que certains d'entre eux pouvaient être logiquement regroupés selon trois catégories: le contenu (quoi?), le processus (comment?) et les finalités (pourquoi?) de l'évaluation. Nous passerons donc en revue ces trois catégories, relevant en quelque sorte d'un découpage systémique, au regard des neuf principes de Patton, ces derniers étant reclassés, dans le tableau suivant, à partir de la figure originelle de l'auteur.

Tableau 2

Réduction des neuf critères principaux d'une évaluation participative à trois catégories

CONTENU

Implication des participants dans l'apprentissage de la logique de l'évaluation et de ses habiletés
L'évaluation est centrée sur des résultats jugés importants par les participants
Tous les aspects de l'évaluation, y compris les données, sont compris par les participants

PROCESSUS

Les participants s'approprient l'évaluation et procèdent aux décisions
Les participants forment un groupe d'évaluateurs assisté par l'évaluateur-facilitateur
L'évaluateur est un facilitateur, un collaborateur et un formateur; les participants sont les décideurs et les évaluateurs
Les différences de statut entre les participants et l'évaluateur sont réduites au maximum

FINALITÉS

Mise en exergue de la responsabilité interne
Les perspectives et expertise des participants sont reconnues et valorisées par l'évaluateur

Adapté de Patton (1997)

Les acteurs concernés

Pour bien comprendre l'analyse qui va suivre et pour être en phase avec l'importance accordée aux acteurs sociaux dans l'approche participative, il est nécessaire de préciser que nous avons affaire à plusieurs catégories d'acteurs. Ainsi, nous distinguerons trois catégories de participants dont la hiérarchie est instituée en fonction de leur capacité à intervenir dans l'utilisation des résultats de l'évaluation puisque nous nous situons aussi dans le courant de Patton (1997) (voir Tableau 3). La première catégorie est composée des décideurs principaux, c'est-à-dire les premiers utilisateurs potentiels des résultats. Même au sein d'organisations démocratiques telles que les ONG internationales, il existe des lignes de commandement qui font qu'au bout du compte, un très petit nombre de personnes décident. Dans notre cas, ce groupe est composé de quatre personnes: d'une part, le chef de mission et la coordinatrice médicale générale qui sont présents sur le terrain, et d'autre part, la responsable de programme et la responsable médicale, basées toutes les deux à Paris. La plupart du temps, les décisions sont prises collégalement après un processus itératif de partage de l'information. La deuxième catégorie de participants à l'évaluation est composée du personnel cadre de l'organisation. Nous entendons par là, les différents coordinateurs médicaux locaux, les expatriés en mission et les responsables des formations sanitaires impliqués dans les changements à venir. Malgré une hémorragie importante de personnel local compte tenu du contexte particulier, l'ONG s'est toujours attachée à appliquer une politique de responsabilisation maximale des professionnels afghans. Ces cadres travaillent en collaboration étroite avec les expatriés venus ponctuellement réaliser une mission d'expertise et avec les médecins directeurs des hôpitaux ou responsables des dispensaires. Même si cette catégorie de participants ne décide pas réellement, leur influence sur les prises de décisions est très importante. Ceci est d'autant plus vrai que, fidèle à sa politique, l'organisation a décidé d'assigner un coordinateur médical local à l'évaluation dont il est ici question, formant un binôme avec l'évaluateur externe. Enfin, la population de la région et les malades hospitalisés constituent la troisième et dernière catégorie de participants. Cependant, s'ils participent activement à la production de l'information nécessaire à la prise de décision, ils ne sont pas partie prenante dans le processus de décision en tant que tel. Ajoutons que si l'ONG applique depuis quelques mois des modalités de participation des communautés à l'organisation des centres de santé, cette orientation visant à plus de réactivité (l'un des critères de performance des sys-

tèmes de santé) n'en est pas moins récente pour l'association et très nouvelle pour les populations locales.

Nous le comprendrons, compte tenu, d'une part, du temps imparti à l'évaluation et de la difficulté dans une société tribale et, à l'époque, cléricale et totalitaire d'accéder facilement à la population, et d'autre part, du niveau de participation à la prise de décision, et nous avons focalisé notre démarche participative sur les deux premiers niveaux. Cela ne veut évidemment pas dire qu'il n'est pas important de donner la parole aux habitants du Laghman et aux utilisateurs des services de santé, mais il faut reconnaître que cela est pratiquement impossible dans l'état actuel des choses.

Regardons maintenant comment la démarche adoptée en Afghanistan tend vers une évaluation de type participatif. C'est une description empirique que nous souhaitons proposer. Pour chacune des trois catégories, nous présentons les faits et en analysons les tenants et aboutissants en matière de participation relativement à notre expérience particulière.

Le contenu de l'évaluation

La décision de réaliser cette évaluation a été prise par la responsable de programme au siège et le chef de mission. L'objectif initial était très large et c'est au cours d'une réunion de travail à Paris que nous avons pu, avec ces deux protagonistes, circonscrire les objets de l'évaluation et les résultats qu'ils en attendaient. L'explication de certaines considérations méthodologiques a notamment permis de focaliser l'évaluation en tenant compte du temps et du budget impartis. Puis, la stratégie utilisée pour permettre aux participants

Tableau 3
Les trois catégories de participants à l'évaluation

Niveau de décision	Composition
Décident en dernier ressort	Sur le terrain: Chef de mission et coordinatrice médicale Au siège: Responsables de programme et médicale
Influencent la décision	Cadres locaux, expatriés en mission et responsables des formations sanitaires
Participent à la compréhension du problème	Population et malades

de comprendre la logique et les outils de l'évaluation a été de leur remettre quelques semaines avant la mission un plan d'évaluation (mentionnant la démarche évaluative) qui avait été préalablement négocié. C'était la première fois que l'ONG recevait un tel document car les évaluations externes étaient encore rares pour cette dernière et lors des (quelques) précédentes expériences, les consultants n'avaient pas jugé utile de présenter un tel plan. La lecture de ce document par l'ensemble des participants du premier niveau a incontestablement permis une meilleure compréhension de la logique mise en application lors de notre travail (Nichols, 2002). Nous n'avons pas eu l'opportunité, mis à part avec les responsables du siège de l'organisation lors de notre passage à Paris avant d'aller sur le terrain, d'échanger sur le contenu du plan d'évaluation. La distance géographique et l'utilisation difficile du courrier électronique au Pakistan ont été des facteurs contraignants. Le contexte d'aide d'urgence où les employés des ONG sont en activité sept jours sur sept et ne disposent que peu de temps pour des activités non opérationnelles n'est pas sans avoir contribué aux difficultés d'intégration du plan. De même, la rédaction du document en français n'a pas favorisé à tous les cadres afghans une pleine appropriation du contenu puisque ces derniers devaient s'appuyer sur la transmission de l'information (traduite) de la part du chef de mission.

Pour pallier cette carence de transmission d'information immédiatement constatée lors de notre arrivée sur place, nous avons volontairement décidé de reprendre, point par point, et avec le maximum de participants possibles, le plan d'évaluation. Cette méthode nous a permis de vérifier le niveau de compréhension chez nos interlocuteurs et d'apporter les éclaircissements nécessaires à l'appropriation. Il a ainsi été possible de revoir les outils d'évaluation afin de les adapter au contexte local. Cette révision a été particulièrement pertinente pour familiariser les participants à la définition des critères de l'évaluation.

Au milieu de l'évaluation, le coordinateur médical local a dû quitter le pays pour suivre une formation à l'université Agha Kahn (Pakistan). Un autre coordinateur l'a remplacé, ce dernier revenant de cette même université après une session de formation sur le thème de la recherche sur les systèmes de santé. Ce changement à mi-parcours constituait des avantages. Cela nous a permis de transmettre nos connaissances et d'améliorer la compréhension de la démarche évaluative à deux coordinateurs au lieu d'un seul. En outre, le médecin rentrant de Karachi avait acquis de nouveaux concepts liés à

la recherche et proches des méthodes et outils d'évaluation. Par contre, l'inconvénient principal était que les erreurs commises par le premier, et qui s'estompaient au fur et à mesure du déroulement de l'enquête auprès des ménages, apparaissaient de nouveau avec le second.

De l'avis de tous les participants, quel que soit leur niveau d'influence sur les choix futurs, les questions liées au financement des services de santé, à la pérennité des formations sanitaires et aux conséquences sur l'accès aux soins des modalités de paiement sont éminemment pertinentes dans le contexte afghan. Les résultats de l'évaluation en sont d'autant plus importants.

Il convient de distinguer les niveaux de connaissances, dans le domaine de l'évaluation et dans celui de la méthodologie, entre les deux premières catégories de participants. Nous l'avons dit, certains membres de la première catégorie de participants avaient déjà été sensibilisés aux différents aspects de l'évaluation lors d'un séminaire. La deuxième catégorie de participants est certes constituée majoritairement de médecins, mais soit ces derniers ont été formés à Kaboul où la qualité de l'enseignement est mise en doute soit ce sont de jeunes médecins expatriés qui ne possèdent pas une grande expérience. Il n'a donc pas été vraiment nécessaire d'insister sur les aspects méthodologiques (sélection au hasard, calculs économiques) de l'évaluation pour la première catégorie contrairement à la seconde.

En ce qui concerne les données collectées, nous pouvons aisément avancer qu'elles étaient, en tous les cas pour celles du recensement hospitalier, bien comprises par les participants. Nous avons pu nous en rendre compte lors du séminaire de discussion sur les résultats. Ce sont donc les aspects méthodologiques de l'évaluation qui ont posé le plus de problèmes de compréhension.

Le processus de l'évaluation

L'un des outils qui ont été employés durant le processus d'évaluation est un recensement hospitalier [bed census] (Pannarunothai, 1995). Dans la même journée, tous les patients hospitalisés ont été interrogés par l'intermédiaire d'un court questionnaire. Pour mener cette enquête, nous avons décidé de demander aux médecins de l'hôpital d'en assurer l'administration. Si ce choix était d'ordre méthodologique,² il a également permis aux docteurs de participer à l'évaluation pendant le processus. Indéniablement, cela a donné l'oc-

casation aux médecins de se rendre compte de certains faits (prescriptions abusives) ou de briser certains lieux communs (distance de l'hôpital, prix payés). Si cela a été possible pour les médecins hommes, ce fut plus compliqué pour les femmes, d'abord parce qu'aucune d'entre elles ne parlaient l'anglais et qu'ensuite, compte tenu de la politique en vigueur, en tant qu'homme, il nous était impossible de nous rendre officiellement à l'étage des femmes. La collecte des données a donc été effectuée par une jeune sage-femme comprenant la langue de Shakespeare et formée à l'utilisation du questionnaire par une docteure expatriée.

Nous avons pris le prétexte de cette enquête auprès des personnes hospitalisées pour intégrer le personnel de l'hôpital dans la réflexion, stratégie, croyons-nous, pertinente pour améliorer l'utilisation future des résultats de l'évaluation. En outre, le contexte de conflit en cours à l'époque entre les deux entités (ONG et comité de gestion) favorisait la pertinence de cette démarche. Précisons que cette enquête ponctuelle a été replacée, au cours d'une rencontre préalable, dans le contexte global de l'évaluation et de ses objectifs. La restitution des résultats s'est faite devant le comité de gestion, les coordinateurs médicaux locaux et la coordinatrice médicale générale. Si les résultats proposés se limitaient à la clientèle de l'hôpital, nous avons tenté de donner un avant-goût de nos recommandations au regard des prémices de notre évaluation globale. Cela a permis, d'une part, aux participants de contribuer au processus d'évaluation, et d'autre part, à l'évaluateur de tester quelques hypothèses et de voir comment, au vu de certains résultats dont la portée dépassait le cadre de l'enquête, les réactions pouvaient se manifester.

Pour juger de la capacité des formations sanitaires à être autonomes au point de vue financier, il était indispensable de connaître le niveau de rupture de stocks en médicaments puisque la majeure partie des revenus des formations résulte de la vente de ces produits. C'est en la présence du directeur que nous avons demandé au pharmacien de l'hôpital de calculer les taux de ruptures des stocks pour les dix médicaments les plus essentiels. Pour ce faire, il a fallu dans un premier temps expliquer comment établir ces taux, et dans un second temps, récolter l'information nécessaire à ces calculs. Tout le processus a été effectué par ces deux personnes et nous n'avons fait que faciliter la pratique. C'est ainsi qu'ils ont pu attribuer des données chiffrées à une situation empiriquement connue et se rendre compte de la dépendance de leur autonomie financière vis-à-vis de l'approvisionnement en médicaments de la part de l'ONG.

Il n'a pas été possible, comme on le conseille souvent (Desrosiers, 1998; Mercier, 1997; Midy et al., 1998), de créer un comité d'évaluation constitué de représentants des acteurs concernés. La durée trop courte de la mission et la répartition géographique des participants trop éparpillée (entre les différentes régions en Afghanistan, à Paris et à Québec) constituaient des freins à l'établissement d'un tel comité. Mais cela n'a pas empêché l'évaluateur externe de jouer un rôle de facilitateur. Les participants n'ont pas formé un groupe mais cette fonction de facilitation a été possible au cas par cas, avec des participants isolés ou des petits groupes composés sur le terrain. Pour reprendre un terme de l'épidémiologie, nous avons opté pour une participation en grappe. Il a fallu s'adapter à la situation et impulser, malgré les difficultés organisationnelles, cette volonté de faciliter le travail des participants à l'évaluation. Qui plus est, il était primordial d'être disponible à tout moment au cours de la mission pour répondre aux questions des uns et des autres et améliorer la compréhension qu'ont les individus de la démarche évaluative. Il faut reconnaître que ces discussions étaient volontairement et majoritairement informelles et avaient lieu au cours d'un repas, d'un déplacement en véhicule ou lors d'une soirée passée en compagnie du personnel de l'ONG.

L'approche adoptée par l'évaluateur externe a été facilitée par le fait que l'ONG s'est toujours donné le mandat d'appuyer les institutions locales, «*de favoriser la prise en charge de leurs propres problèmes par ces populations* (article 1 de la charte de l'ONG)» et donner «*la priorité à la formation d'agents de santé locaux* (article 3)».

Comme nous l'avons déjà relevé, les participants n'ont pas tous agi en tant que décideurs ou évaluateurs au même degré. La troisième catégorie n'a ni décidé ni évalué mais elle a participé par l'intermédiaire de la collecte des données. La deuxième catégorie a largement participé à l'évaluation, notamment sur des sujets tels que la rupture des stocks en médicaments, les calculs économiques et comptables, le nombre d'exemptions, l'adaptation des outils, la collecte des données, l'analyse des résultats du recensement hospitalier. Elle ne décidera pas de l'application des recommandations mais elle influencera largement les choix que fera la première catégorie de participants. Cette dernière a décidé des objets de l'évaluation, mais a moins participé à l'évaluation et plus orienté son action sur les décisions.

Quant à la place de l'évaluateur dans le processus, il est vrai que notre présence sur le terrain afghan était vue comme celle d'un ex-

pert, à tout le moins comme un spécialiste de la question du financement des services de santé dans les pays du Sud. C'était notamment pour répondre à des questions techniques de cet ordre que les responsables de l'organisation souhaitaient la mise sur pied de cette évaluation. L'évaluateur externe provenait d'un département universitaire canadien consacré à la santé communautaire; fraîchement diplômé en la matière, il poursuivait ses études doctorales. Nous avons donc un statut différent qui pouvait être un handicap certain dans notre volonté d'engager une démarche participative. Cependant, plusieurs facteurs ont limité cet écart et nous ont ainsi rapprochés le plus possible des participants. D'abord, le fait d'avoir travaillé pendant 18 mois dans cette région du monde et notamment dans cette province de l'Afghanistan, a favorisé notre adaptation à la culture locale et notre compréhension des valeurs et des codes de conduite en vigueur. Notre passage d'un an et demi avait, semble-t-il été fort apprécié et notre style de gestion laissant une large place à la responsabilisation du personnel local était en phase avec notre démarche évaluative participative quatre ans après. De surcroît, même si de nombreux cadres locaux étaient partis pour l'occident ces dernières années, quelques-uns demeuraient en poste et le dialogue était ainsi stimulé par nos relations passées. Ensuite, notre collaboration depuis 1996 avec cette organisation a rendu grandement possible notre intégration dans l'équipe (au siège et sur le terrain) et notre perception de la philosophie qui sous-tend les programmes en cours. Enfin, il faut souligner le caractère déterminant des conditions de vie et de travail dans la minimisation de la distance entre l'évaluateur et les participants. Point d'hôtel ou de restaurant en Afghanistan, nous logions dans l'unique maison de l'organisation qui faisait office de lieu d'habitation et de bureau. Cette promiscuité, facilitée par le couvre-feu, a renforcé les liens entre les différents acteurs. Il n'y a par contre pratiquement pas eu d'interaction entre l'évaluateur et les populations puisque le contexte politique fortement troublé à l'époque ne le permettait pas, au risque de compromettre l'évaluation et les enquêtes dans leur totalité.

Les finalités de l'évaluation

Il est très probable qu'avoir attiré l'attention de cette ONG, par l'intermédiaire de l'évaluation, sur la dimension éthique des modalités de financement des services de santé dans un contexte d'urgence a servi à mettre en exergue la responsabilité sociale qui lui revient (Ridde, 2002b).

Au niveau central, c'est-à-dire au siège parisien de l'organisation, nous avons effectué en juin 2001 deux présentations sur la problématique du financement des services de santé. La première se voulait une première approche de la complexité des modes de financement et de leurs incidences aux plans de l'efficacité et de l'équité sur le système de santé et l'accès aux soins. Il s'agissait de faire prendre conscience à l'ensemble des membres de l'association que l'objectif de pérennisation des centres de santé n'est pas si simple à atteindre et que le financement des services de santé n'est qu'une des variables à considérer. La seconde intervention a été de nature bien plus scientifique et technique et s'est adressée uniquement aux chefs de mission. Après avoir abordé les fondements idéologiques du paiement direct des usagers, nous sommes entrés dans le détail des effets des différents modes de financement sur l'utilisation des services, la génération de ressources et l'équité d'accès aux soins. L'objectif étant pour nous, dans le contexte de notre évaluation et tant pour les «simples» membres associatifs que pour les décideurs, de susciter une lecture moins néophyte des résultats et recommandations qui allaient être mis en avant dans notre rapport.

Mentionnons, par un exemple, que l'évaluation a rendu explicite la responsabilité jouée par l'ONG à propos de l'approvisionnement en médicaments. Nous avons notamment mis en évidence l'incohérence de réclamer un paiement forfaitaire pour les malades hospitalisés alors que la moitié du temps ces derniers se retrouvent dans l'obligation d'acheter les médicaments sur le marché privé puisque, la moitié de l'année, l'hôpital doit faire face à une pénurie de médicaments faute d'un approvisionnement digne de ce nom.

Si les valeurs de l'ONG ont été reconnues, il n'en demeure pas moins que nous avons tenté de les souligner et de montrer aux participants qu'elles n'étaient pas tout à fait respectées et mises en application. Il ressort par exemple nettement de l'évaluation, qu'à l'instar de la plupart des réformes sanitaires de ces dernières années (Gilson, 2000; Nitiéma, Ridde, & Girard, à paraître), l'ONG s'est d'avantage concentrée sur la concrétisation de son objectif d'efficacité (rendre les formations sanitaires plus pérennes) que sur celui de l'équité (améliorer l'accès aux soins pour les plus vulnérables). Nous avons, par exemple, profité d'une réunion avec le comité de gestion de l'hôpital pour amorcer une réflexion sur le fait (mondial?) de permettre au personnel de santé et à leurs proches parents d'avoir un accès gratuit aux soins de santé tandis que pour les plus pauvres cet accès demeure limité, peu connu par ces derniers et souvent stigmatisant.

En insistant sur notre rôle de formateur/facilitateur auprès des coordinateurs médicaux locaux, nous avons poursuivi l'application de la politique de responsabilisation développée par cette ONG depuis maintenant bien longtemps. La reproduction du même type d'enquête est aujourd'hui envisageable bien que l'analyse des résultats ne soit pas encore complètement maîtrisée pour ces derniers. Nous n'avons malheureusement pas eu le temps de montrer comment utiliser les procédures statistiques nécessaires à l'interprétation des données quantitatives issues des enquêtes. Toutefois, nous avons sensibilisé les coordinateurs à l'utilisation d'un logiciel de traitement et expliqué quelques notions élémentaires en statistiques descriptives.

En outre, pour la première fois sur ce sujet, l'avis des populations a été recueilli par l'intermédiaire de l'enquête auprès des ménages du Laghman. Nous avons ainsi pu intégrer leurs valeurs et perspectives dans les résultats de l'évaluation. Bien que cette reconnaissance des savoirs des populations soit encore nouvelle pour l'organisation et qu'elle ait été obtenue par l'intermédiaire de questions très fermées, il reste que la démarche fait suite à quelques expériences éparpillées et qu'elle n'attend plus qu'à être généralisée.

Degré de participation des groupes d'acteurs

En revenant sur les neuf critères minimaux d'une évaluation participative selon Patton (Tableau 2), nous sommes en mesure de réaliser une représentation tabulaire résumant le degré de participation des trois catégories de participants que nous avons préalablement identifiées (Tableau 4). Certains auteurs ont déjà proposés des instruments permettant de mesurer le niveau de participation d'acteurs (e.g., Naylor, Wharf-Higgins, Blair, Grenn, & O'Connor, 2002; Rifkin, Muller, & Bichmann, 1988). En ce qui nous concerne, et pour des raisons d'ordre méthodologique, puisqu'il s'agit là d'une analyse *a posteriori* pour laquelle nous n'avons pas collecté de données spécifiques, le degré de participation a été jugé sur une échelle composée de quatre niveaux d'intensité et évalué au regard des faits précédemment évoqués au chapitre du contenu, du processus et des finalités de l'évaluation en Afghanistan.

Il ressort de l'analyse de ce tableau que les malades et la population n'ont que très peu participé à cette évaluation, et ce, quel que soit le niveau dans lequel nous nous situons. Au contraire, les deux autres groupes de participants ont beaucoup plus été impliqués. Il faut toutefois relever que les décideurs ont plus collaboré à la définition du contenu et à la réflexion sur les finalités de l'évaluation qu'au

Tableau 4
Degré de participation des trois catégories de participants en fonction des neuf critères minimaux d'une évaluation participative

	Sur le terrain: Chef de mission et coordinatrice médicale	Au siège: Responsables de programme et médicale	Cadres locaux expatriés en mission et responsables des formations sanitaires	Population et malades
CONTENU				
Implication des participants dans l'apprentissage de la logique de l'évaluation et de ses habilités	+/-	+	+	-
L'évaluation est centrée sur des résultats jugés importants par les participants	++	+/-	+/-	+/-
Tous les aspects de l'évaluation, y compris les données, sont compris par les participants	++	+	+	-
PROCESSUS				
Les participants s'approprient l'évaluation et procèdent aux décisions	+	++	++	+/-
Les participants forment un groupe d'évaluateurs assisté par l'évaluateur-facilitateur	-	+/-	+/-	-
L'évaluateur est un facilitateur, un collaborateur et un formateur; les participants sont les décideurs et les évaluateurs	+	++	++	+/-
Les différences de statut entre les participants et l'évaluateur sont réduites au maximum	++	++	++	-
FINALITÉS				
Mise en exergue de la responsabilité interne	++	+	+	-
Les perspectives et expertise des participants sont reconnues et valorisées par l'évaluateur	++	++	+/-	+

Degré de participation: ++ = très intense; + = intense; +/- = moyen; - = absent

processus, tandis que le deuxième groupe a essentiellement participé au processus évaluatif et moins aux deux autres catégories. Nous pourrions avancer que l'approche employée en Afghanistan, si elle se situe bien dans le paradigme constructiviste de l'évaluation de quatrième génération, demeure principalement très en phase avec celle proposée par Patton (1997) selon laquelle, pour accroître l'appropriation des résultats, les évaluateurs doivent centrer les évaluations sur les besoins des utilisateurs, mais pas obligatoirement sur ceux de tous les acteurs. Ainsi, nous nous sommes surtout adapté aux contraintes locales et au contexte et, sans oublier les fondements de l'approche participative, dans ce cas ceux de l'approche pratique plutôt que «transformative» pour reprendre la dichotomie de Cousins et Whitmore (1998), nous n'avons pas fait de la participation de tous les acteurs une condition *sine qua non* à la mise en œuvre de l'évaluation.

CONCLUSION

L'objet de cet article était principalement de tirer des leçons pragmatiques d'une évaluation participative dans un contexte de guerre et dans un pays où les libertés étaient des plus limitées, et ce, à l'aide d'une analyse *a posteriori*. Il s'agit surtout d'apporter une contribution aux connaissances des facteurs facilitant l'implantation d'une évaluation participative dans un tel contexte.

Ainsi, les pessimistes soutiendront que l'évaluation a beau avoir été la plus participative possible, les résultats les plus compréhensibles qu'ils soient et les recommandations facilement applicables, si le contexte politique et militaire ne permet pas à l'organisation d'agir concrètement et de prendre les décisions nécessaires, tout cela aura été bien inutile. Effectivement nous pensons, comme d'autres (Mercier, 1997), que de nombreux facteurs contextuels au cours de l'évaluation influencent l'appropriation des résultats. Le contexte peut être envisagé sous plusieurs angles, *primò*, celui de l'aide internationale en Afghanistan, qui demeure très précaire. L'aide accordée aux populations afghanes, en constante réduction de 1996 à 2000, est très faible comparativement aux besoins. De surcroît, le financement octroyé à l'ONG est très irrégulier, réduisant de temps à autre l'intensité des actions. Cela montre combien les ONG en général (à l'exception de quelques-unes) et celle-ci en particulier sont dépendantes des bailleurs de fonds internationaux, mais cela met également au jour les incohérences des états donateurs. L'appropriation des résultats de l'évaluation dépend donc des capacités de l'ONG à recueillir des fonds

pour mettre en application les changements nécessaires dans les programmes sanitaires. *Secundo*, le contexte lié aux valeurs et à l'organisation de l'ONG influence l'utilisation des résultats. La volonté clairement annoncée, et peut être un peu moins appliquée, de donner de nombreuses responsabilités au personnel local et de s'efforcer d'accroître l'autonomie des populations facilite la participation au processus évaluatif. L'une des caractéristiques fondamentales des organisations non gouvernementales françaises est la rapide rotation du personnel, tant au siège que sur le terrain. Le statut particulier proposé au personnel (volontaire peu indemnisé), la difficulté de travailler dans un pays en guerre et les querelles régulières (nécessaires?) au sein de ce monde associatif contribuent à cette rotation incessante qui nuit fortement à la permanence des idées, des discours et des pratiques. *Tertio*, le contexte géopolitique joue un rôle non négligeable dans la capacité de cette ONG à utiliser les résultats de l'évaluation, et les événements du 11 septembre 2001 ne font que renforcer cet état de fait. Depuis le début de la guerre en 1979 et de l'engagement de cette organisation dans le paysage humanitaire afghan, l'histoire a montré qu'elle a été contrainte, à de nombreuses reprises, à revoir ses activités en fonction du contexte géopolitique. Gageons que le processus de paix actuellement en œuvre produira des effets bénéfiques!

Les optimistes pourraient conclure cet article en précisant que la démarche évaluative de type participatif a certainement été la stratégie la plus pertinente qui soit pour pallier les carences contextuelles. Ainsi, il nous semble que cette expérience évaluative révèle que l'appropriation des résultats par les utilisateurs est d'autant plus envisageable que les liens entre l'évaluateur et ces derniers ne sont pas trop distendus. De nombreux éléments peuvent influencer cet engagement dans la relation entre les deux protagonistes de l'évaluation participative. Nous en avons antérieurement relevé quelques-uns mais précisons, de surcroît, que la teneur de ces liens est d'autant plus importante que nous avons opté pour une démarche participative visant à améliorer une prise de décision tenant compte des résultats de l'évaluation. Ensuite, l'évaluateur externe disposait d'un certain nombre de pré-requis favorables à la réduction de la distance avec les participants. Nous connaissions relativement bien l'environnement social et politique, et nous avons conservé des relations avec le personnel de l'organisation tant au siège parisien qu'en Afghanistan.

Au regard de notre analyse, nous pensons donc que dans une situation internationale d'aide d'urgence où le contexte de l'évaluation

est un élément essentiel, mais impossible à gérer, de l'appropriation des résultats et de l'application des recommandations, il nous semble éminemment important d'utiliser une démarche participative (Earl, Carden, & Smutylo, 2002) et de minimiser la distance entre l'évaluateur et les participants. Ainsi, les organisations souhaitant la réalisation d'une évaluation dans un tel contexte ont tout intérêt à coopérer avec des experts-facilitateurs usant de l'approche participative, connaissant bien à la fois la situation spécifique où se déroulent les programmes et l'organisation en tant que telle. L'expertise en évaluation n'est pas en soi suffisante.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à souligner la pertinence des remarques et corrections des différentes personnes qui ont bien voulu nous accorder un peu de leur précieux temps pour lire et apporter leur expertise à une version longue de cet article, présentée au dixième colloque de la société québécoise d'évaluation de programme (SQEP) en novembre 2001. Ils sont trop nombreux pour être nommés mais ils se reconnaîtront. Les commentaires des trois réviseurs anonymes de la Revue ainsi que ceux de l'éditrice francophone ont été essentiels à la révision de l'article et très formateurs, qu'ils soient tous les quatre remerciés. Cependant, nous restons le seul responsable des erreurs et omissions que pourrait comporter cet article.

NOTES

- 1 Ces outils, ainsi que les questions d'évaluation et les indicateurs retenus sont présentés en partie ailleurs (Ridde, 2002a), puisque la communication des résultats n'est pas l'objet de cet article.
- 2 Le fait de bien connaître les patients et d'être capable d'écrire et de comprendre l'anglais améliorerait la validité des données issues des questionnaires.

RÉFÉRENCES

- Aubel, J. (2000). *Manuel d'évaluation participative de programme* (2^e éd.). Calverton, MA: CSTS-CRS-USAID. <www.childsurvival.com>
- Beaudry, J., & Gauthier, B. (1992). L'évaluation de programme. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*. Sainte Foy: Presses de l'Université du Québec.

- Bégin, C., Joubert, P., & Turgeon, J. (1999). L'évaluation dans le domaine de la santé: Conceptions, courants de pensée et mise en oeuvre. Dans C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest, & V. Lemieux (Éds.), *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation* (pp. 265-281). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: Concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 48, 517-539.
- Cousins, J.B., & Whitmore, E. (1998). Framing participatory evaluation. Dans E. Whitmore (Éd.), *Understanding and practicing participatory evaluation*, 80, pp. 5-23. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cracknell, B.E. (1996). *Evaluating development aid: Issues, problems and solutions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Desclaux, A. (1992). Le "RAP" et les méthodes anthropologiques rapides en santé publique. *Cahier Santé*, 2, 300-306.
- Desrosiers, H. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, applications en promotion de la santé et toxicomanie*. Québec: Gouvernement du Québec (MSSS).
- Dorransoro, G. (2000). *La révolution afghane*. Paris: Karthala - CERI.
- Earl, S., Carden, F., & Smutylo, T. (2002). *La cartographie des incidences: Intégrer l'apprentissage et la réflexion dans les programmes de développement*. Ottawa: CRDI.
- Gilson, L. (2000). Readdressing equity: The importance of ethical processes. Dans A. Mills (Éd.), *Reforming health sectors* (pp. 103-122). London: Kegan Paul International.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.A. (1987). The countenances of fourth-generation evaluation: Description, judgment and negotiation. Dans D.J. Palumbo (Éd.), *The politics of program evaluation*, 15, pp. 202-234. Newbury Park, CA: Sage.
- Islamic Emirates of Afghanistan. (2000). *Decree n° 15 – Charter for setting of fees for the central and provincial hospital and clinics*.
- Mercier, C. (1997). Participation in stakeholder-based evaluation: A case study. *Evaluation and Programming Planning*, 20(4), 467-475.
- Midy, F., Vanier, C., & Grant, M. (1998). *Guide d'évaluation participative et de négociation*. Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, Coalition des tables régionales d'organismes communautaires, Centre de formation populaire, UQAM.

- Naylor, P.-J., Wharf-Higgins, J., Blair, L., Grenn, L., & O'Connor, B. (2002). Evaluating the participatory process in a community-based heart health project. *Social Science and Medicine*, 55(7), 1173–1187.
- Nichols, L. (2002). Participatory program planning: Including program participants and evaluators. *Evaluation and Programming Planning*, 25, 1–14.
- Nitiéma, A.P., Ridde, V., & Girard, J.E. (sous presse). L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: Le cas du Burkina Faso. *International Political Science Review*.
- Pannarunothai, S. (1995). The bed census survey: A tool for studying hospital inpatient services. *Health Policy and Planning*, 10(4), 438–440.
- Patton, M.Q. (1987). *Creative evaluation* (2^e éd.). Newbury Park, CA: Sage.
- Patton, M.Q. (1997). *Utilization-focused evaluation* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rasekh, Z., Bauer, H.M., Manos, M., & Iacopino, V. (1998). Women's health and human rights in Afghanistan. *Journal of American Medical Association*, 280(5), 449–455.
- Ridde, V. (2002a). L'aide humanitaire et la santé de la population afghane sous le régime des Tâlebân. Dans Y. Conoir & G. Vera (Éds.), *L'action humanitaire du Canada. Histoire, concepts, politiques et pratiques de terrain* (pp. 545–566). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Ridde, V. (2002b). Les victimes devraient-elles payer les soins de santé? *Revue des Questions Humanitaires*, Printemps, 12–15.
- Rifkin, S.B., Muller, R., & Bichmann, W. (1988). Primary health care. On measuring participation. *Social Science and Medicine*, 26(9), 931–940.
- Santé Canada. (1996). *Guide d'évaluation de projet: Une démarche participative*. Ottawa: auteur.
- Smith, M.K. (1998). Empowerment evaluation: Theoretical and methodological considerations. *Evaluation and Programming Planning*, 21, 255–261.
- UNDP. (2001). *Human Development Report*. New York: Auteur.
- W.K. Kellogg Foundation. (1998). *Evaluation handbook*. Battle Creek, MI: Auteur.
- WHO. (1997). *Basic data on the health situation in Afghanistan*.