



Analytics for Operations et COVID-19 Research Roadmap Social Science groupes de travail

BRIEFING D'ORIENTATION



Orientation pour mener
des sondages auprès des agents
de santé travaillant dans
des contextes humanitaires
dans les Pays à revenu faible
et intermédiaire

Développé par l'Analytics for Operations & COVID-19 Research Roadmap Social Sciences groupes de travail pour soutenir ceux qui travaillent avec les communautés et les personnels de santé les travailleurs dans les contextes humanitaires et d'urgence.

Le présent document a été élaboré à l'intention des acteurs de réponse travaillant dans des contextes humanitaires et cherchant des moyens rapides de recueillir des données probantes sur l'expérience des agents de santé et des communautés auxquelles ils appartiennent. Pour éclairer et guider la programmation humanitaire et la mise en œuvre de stratégies efficaces visant à promouvoir la prévention et la lutte contre les infections et à identifier les besoins de soutien psychosocial, il est indispensable de comprendre le vécu des agents de santé. Ces données probantes servent également à éclairer les programmes humanitaires en rapport avec la nutrition, le renforcement des systèmes de la santé, la communication, la violence sexuelle et fondée sur le genre et les questions liées au genre impliquant une interaction avec les agents de santé et les établissements sanitaires.

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les agents de santé doivent souvent faire face à un manque de ressources, d'équipement, de l'appui technique et même de formation théorique pour réaliser le travail d'importance vitale qu'on attend d'eux. Dans les contextes humanitaires¹, où les ressources humaines sont également limitées, cette catégorie peut regrouper à la fois des médecins, des infirmier.ère.s, des pharmacienn.e.s, des dentistes, du personnel paramédical, etc. qualifié.e.s et des membres de la communauté qui effectuent, avec peu ou pas de formation¹, des tâches incombant normalement à agents de santé dûment formés. Ces agents de santé [informels] travaillent souvent dans des contextes où sévissent multiples crises de santé publique, y compris la COVID-19. Leur travail est assujéti à la disponibilité des ressources (matériel limités), à leurs comportements et à leurs émotions (peur), aux flux d'information ou désinformation (par exemple, pour ce qui a trait à la compréhension des attentes relatives aux mesures de prévention et lutte contre les infections) ou aux services (politiques de santé, prestations et utilisation). Les facteurs pouvant affecter les patients, les agents de santé et leur famille sont donc nombreux, non seulement eu égard au risque d'exposition à la COVID-19, mais aussi à des risques secondaires de nature sanitaire, socioéconomique et psychosociale et aux contraintes qui perturbent ou entravent l'application de dispositions sanitaires telles que les pratiques d'éloignement physique.

Face à toute nouvelle pandémie de maladie infectieuse, il est important de développer et de généraliser la formation et l'orientation de ces agents de santé. De même, il est important d'évaluer l'adéquation et l'utilité de ces ressources, ainsi que leur impact sur la performance et le comportement des agents de santé et leur efficacité (perçue ou mesurée en fonction des indicateurs de résultats des programmes) afin de les adapter et de les améliorer.

Il est recommandé d'inclure des sondages auprès d'agents de santé, car ils constituent un élément de recherche crucial lié aux programmes humanitaires et à l'impact sanitaire au sein des communautés.

1 Qu'il s'agisse de situations humanitaires liées à une catastrophe naturelle ou à un conflit.

Les sondages réalisés auprès des agents de santé dans des contextes humanitaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire doivent répondre aux caractéristiques suivantes :

- 1. PRISE EN COMPTE DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'AGENTS DE SANTÉ AU MOMENT DE L'ÉCHANTILLONNAGE**
- 2. FLEXIBILITÉ QUANT AUX MÉTHODES DE RECUEIL DES DONNÉES**
- 3. RÉALISATION À INTERVALLES RÉGULIERS (pour mesurer le changement dans le temps)**
- 4. ANALYSE DES PERCEPTIONS ET DES COMPORTEMENTS, ET NON PAS SEULEMENT DES CONNAISSANCES**
- 5. FONCTION D'INDICATEUR POUR MESURER LES EFFETS SECONDAIRES DES PANDÉMIES ET DES INTERVENTIONS**
- 6. INCLUSION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES ACTEURS DE RÉPONSE ET DU DÉVELOPPEMENT DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ ET DE PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES INFECTIONS**
- 7. PRISE EN COMPTE ET CORRECTION DES BIAIS ET RESTRICTIONS POTENTIELS POUVANT SURVENIR**
- 8. RESPECT DES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES²**

² Toute évaluation ou collecte de données courante doit prendre en compte de façon explicite (ou, en cas d'incertitude, de préférence par le biais d'une analyse initiale de la situation ou, a minima, via des consultations initiales avec les parties prenantes) toutes les craintes, inquiétudes ou questions politiques locales concernant les agents de santé et la prestation de services. Par exemple, il peut s'avérer nécessaire de prendre acte du fait que les communautés craignent que si elles critiquent le travail d'un agent de santé, cela n'aboutisse à la suspension des prestations. C'est pour cette raison, parmi d'autres, que les implications éthiques accompagnant toute production de données probantes doivent être prises en considération dès le début, et que des questions telles que les préjugés et avantages potentiels doivent être analysées afin de concevoir des stratégies permettant de faire comprendre que la collecte de données n'entraînera pas la suspension des prestations.

1.

CONNAISSANCE DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'AGENTS DE SANTÉ

Avant d'effectuer un quelconque sondage, il est important d'identifier les différents rôles remplis par les agents de santé dans un contexte donné¹. Cela peut inclure les agents de santé communautaires, les guérisseur.seuse.s ou tradipraticien.ne.s, les volontaires de la Croix-Rouge, les volontaires des autres organisations non-gouvernementales (ONG) ou les pharmaciens, auxquels les communautés peuvent recourir pour avoir accès à des traitements particuliers ou solliciter un premier diagnostic. Il peut y avoir des contextes formels ou informels qui doivent être identifiés avant d'envisager un sondage ou une étude, quels qu'ils soient. Il peut déjà y avoir des données existantes; cependant, en temps de crise, des changements notables survenant sur de courtes périodes peuvent être observés au niveau des comportements favorables à la santé au sein des communautés.

L'identification ou la cartographie des catégories d'agents de santé doit se faire à différents niveaux, notamment à celui des structures et des personnes identifiées au sein du ou par le ministère de la santé ainsi qu'à celui de la prestation de services par des individus de façon informelle. Pour veiller à ce que cette cartographie soit exacte et corresponde à la réalité, des groupes de réflexion doivent être organisés avec différents membres des communautés afin de comprendre :

1. Les différents types d'agents de santé, de services et de structures existantes
2. Les types de services perçus comme étant fournis par des structures ou individus particuliers
3. Qui utilise et a confiance dans quel service et pourquoi

Il est important de comprendre l'influence de certains agents de santé au sein des communautés et, le cas échéant, et à condition que cela ne fasse pas courir de risque aux personnes, de rechercher activement des informations sur les agents de santé et les services qui ne sont pas nécessairement visibles ou qui sont occultés à dessein.

Lorsque cela est possible, tous les sondages des agents de santé devraient comparer les services et l'évolution de tout changement éventuel dans le temps (au niveau de l'utilisation des services, de la confiance, des perceptions de la communauté et des agents de santé).

Il sera important de noter les différences entre les questions posées et les sondages menés auprès d'agents de santé appartenant à une structure (en tant que personnel d'établissements de santé et pas uniquement d'individus) et ceux menés auprès d'agents de santé individuels.

2.

FLEXIBILITÉ QUANT AUX MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉESⁱⁱⁱ

2.1. Collecte de données qualitatives^{iv}

Avantages	Inconvénients	Exemples
<p>Fournit une explication nuancée des causes (de risque, de changements dans l'utilisation des services de soins de santé)</p> <p>Révèle ce qui est perçu comme étant la cause des résultats de l'action sanitaire, expliquant certains « succès » en comparaison aux « échecs » des prestations, systèmes ou interventions de santé</p> <p>Offre la possibilité de sonder et d'analyser les questions portant sur le « pourquoi » et le « comment »</p> <p>Peut fournir une meilleure idée de la réalité, car les thèmes et les problèmes abordés ne sont pas sous le contrôle du chercheur</p> <p>Peut constituer le point de départ d'un groupe de travail permanent pour élaborer des interventions, intensifier la participation communautaire et évaluer les progrès</p>	<p>Exige plus de temps pour analyser les données (codage qualitatif)</p> <p>Souvent perçue comme manquant de rigueur et par conséquent plus difficile à utiliser comme fondement pour influencer les décisions politiques (plus faciles à utiliser pour influencer une structure ou un programme particuliers)</p> <p>Peut être difficile à interpréter lorsqu'il existe des désaccords au sein des groupes de discussion ou entre eux (notamment en ce qui a trait au traitement des données atypiques)</p>	<p>À utiliser pour effectuer une triangulation des données concernant l'utilisation des services de santé (interviews successives pour expliquer les liens de causalité potentiels)</p> <p><u>Par exemple, étude longitudinale de la CASS en RDC</u></p>

2.2. Inclusion participative

Avantages	Inconvénients	Exemples
<p>Possibilité d'utiliser des outils dynamiques (cartographie des obstacles, évaluation par score, etc.)</p> <p>Participation des agents de santé à l'élaboration de solutions (centrées sur un thème spécifique, orientées vers l'action)</p> <p>Peut permettre d'exercer une influence directe sur les programmes via les personnes impliquées dans la prestation des soins de santé</p> <p>Peut favoriser le sentiment d'appropriation de la solution. Possibilité d'identifier des « porte-parole ». Le sondage des volontaires de la Croix-Rouge s'intéresse aux interactions avec les communautés, à la capacité de travail, à la dynamique et à l'information.</p>	<p>Influence stratégique limitée (possibilité de compiler les données pour plusieurs lieux - analyse et codage des similarités permettant par la suite d'exercer une influence à plus grande échelle)</p>	<p>Exemple de sondage qualitatif par MDM auprès des agents de santé en Guyane</p> <p>Guide sur la collecte de données de MDM</p> <p>Sondage des volontaires de la Croix-Rouge</p>

2.3. Collecte de données quantitatives à distance via des supports mobiles, SMS, WhatsApp ou autres modalités numériques en ligne

Les agents de santé devraient être invités à participer à un sondage via WhatsApp ou SMS (soit une seule fois, soit plusieurs fois).

<p>Offre une possibilité d'accès à distance ou restreint</p> <p>Possibilité de soumettre des questionnaires fréquemment/ périodiquement</p> <p>Moins de ressources exigées</p> <p>Les sondages peuvent être utilisés dans différents lieux ou à différents moments pour mesurer le changement</p>	<p>Les questions du sondage doivent être en nombre limité et dans des langues adaptées à l'environnement local</p> <p>Exige un numéro de téléphone et l'accès des participants à une carte de crédit ou à un système de remboursement (les personnes percevant un faible revenu et les agents de santé exerçant de façon moins formelle peuvent être exclus de cette modalité)</p>	<p>U-Report</p> <p>Exemple de questionnaires en Inde utilisant les formulaires google et le partage d'un lien via WhatsApp</p> <p>Outil de sondage en ligne de l'OMS</p> <p>Exemple d'analyse d'un outil en ligne</p>
---	--	---

Avantages	Inconvénients	Exemples
	<p>Difficulté à inciter les gens à participer et à s'assurer de leur entière participation (par exemple, répondre au sondage)</p> <p>Il peut être difficile d'effectuer un échantillonnage systématique de la population pour garantir la représentativité du sondage</p> <p>Les considérations éthiques concernant l'accès aux numéros de téléphone doivent être prises en compte en optant de préférence pour l'anonymisation des données</p>	

2.4. Appel téléphonique quantitatif ou entretiens en personne

<p>Possibilité d'utiliser des tableaux (même avec un téléphone)</p> <p>Facilité d'analyse des données quantitatives, en particulier des associations entre différents facteurs</p> <p>Les sondages peuvent être utilisés dans différents lieux ou à différents moments pour mesurer le changement</p> <p>Capacité d'intégrer des établissements de soins de santé privés qui ne seraient pas inclus dans les données de DHIS2</p> <p>Possibilité d'utiliser Kobo (ou des outils similaires pour collecter et analyser des données quantitatives) ; les questionnaires peuvent être traduits et partagés entre différents lieux. ** L'utilisation d'outils tels que Kobo peut garantir le respect de la vie privée de l'individu ainsi que la confidentialité des données.</p> <p>Les autorités sanitaires et les personnes interrogées appartenant au secteur public peuvent être plus sensibles aux données quantitatives et à l'analyse statistique</p>	<p>Les sondages par téléphone peuvent être onéreux (carte de crédit), ce qui risque d'écartier les agents de santé les plus vulnérables en raison du manque de ressources économiques ou d'une charge de travail excessive</p> <p>Les sondages quantitatifs peuvent limiter la compréhension des liens de causalité (car ils sont limités en l'absence de données qualitatives)</p> <p>Les sondages portant sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les croyances (KAP-B) peuvent être onéreux et exiger du temps au niveau de la planification et de la collecte de données auprès d'un échantillon de taille adéquate</p> <p>Les considérations éthiques concernant l'accès aux numéros de téléphone doivent être prises en compte en optant de préférence pour l'anonymisation des données</p>	<p>Sondages réalisés par la CASS auprès d'agents de santé sur l'Ebola (entretiens en personne)</p> <p>Présentation de sondages réalisés auprès d'agents de santé dans des lieux différents</p> <p>Sondages réalisés par la CASS auprès d'agents de santé sur la COVID (par téléphone et en personne)</p> <p>Sondage de l'OMS auprès des agents de santé</p> <p>Exemple de sondage réalisé auprès d'agents de santé par le HSRC et l'université du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud sur la COVID & orientation Johanniter KII (méthodes mixtes) en Afghanistan</p>
---	--	--

3.

RÉALISATION À INTERVALLES RÉGULIERS

(pour mesurer le changement dans le temps)

Mettre en place des sondages auprès des agents de santé aussi tôt que possible peut fournir un point de départ pour comprendre :

- Les changements de comportement au sein des communautés (information sur l'utilisation des services de santé)
- Les changements de comportement des agents de santé (mesures de prévention et lutte contre les infections)
- La perception des causes de tout changement de comportement signalé (communauté et agents de santé)
- Les changements concernant l'aide reçue
- Les changements concernant la perception des besoins (information, matériel)
- Les changements concernant la perception du risque
- Les changements concernant les conséquences sur le plan individuel (dynamique et confiance au sein des communautés, stress, peur, épuisement)

Même s'il n'est pas nécessaire que toutes les questions soient les mêmes pour établir des comparaisons dans la durée, dans l'idéal certaines questions clés devraient cependant rester inchangées pour faciliter cette tâche.

L'intervalle minimal suggéré est de trois mois (en fonction des capacités sur le terrain). Certaines **stratégies pour collecter des données auprès des agents de santé au fil du temps doivent inclure :**

1. L'élaboration de modèles de questions et de codes d'analyse en vue d'une utilisation dans la durée
2. La formation et la mise à niveau d'une équipe de base, chargée de gérer la collecte de données
3. La mise à disposition de cette équipe de documents appropriés permettant de comparer l'évolution des données dans le temps
4. L'utilisation de systèmes de notes ou de scores (par exemple, échelles de Likert) pour pouvoir comparer facilement l'évolution des données dans le temps

4.

ANALYSE DES PERCEPTIONS ET DES COMPORTEMENTS, ET NON PAS SEULEMENT DES CONNAISSANCES

Les sondages auprès des agents de santé fournissent l'occasion d'étudier les perceptions et comportements de ces derniers, ainsi que des communautés. Lorsqu'ils sont menés au sein d'une structure, ces sondages sont différents de lorsqu'ils sont menés au sein des communautés et il est donc important de noter les différentes catégories d'agents de santé et le lieu de l'entretien.

Les ressources dont disposent les agents de santé travaillant dans des contextes humanitaires peuvent être très limitées ; les questionnaires doivent donc être élaborés en gardant cela à l'esprit et refléter les circonstances (structurelles, systémiques, contextuelles) dans lesquelles se déroulent les sondages.

En particulier, **les sondages peuvent être utilisés pour mieux comprendre ou mesurer :**

1. La perception du risque

- Risque d'infection (individuelle, nosocomiale)
- Raisons perçues comme étant les causes du risque
- Perception des besoins pour atténuer le risque
- Risque potentiel pour la famille (risque de transmission)

2. La perception de la capacité à mettre en œuvre les directives de prévention et de lutte contre les infections

- Ce qui est perçu comme fonctionnant le mieux et pourquoi

- Informations et documents permettant d'influencer cette capacité (notamment au niveau du langage/de l'aide à la supervision)
- Rôle de l'agent de santé individuel comparé au rôle de l'établissement

3. La capacité à dialoguer et à fournir des explications aux patients

- Besoins d'information des agents de santé (principaux obstacles au dialogue avec les patients)
- Comment renforcer la confiance
- Capacité à établir des comparaisons entre maladies, planification de scénarios avec les patients

4. La perception de la dynamique communautaire et du risque (de violences/tensions)

- Confiance vis-à-vis des agents de santé
- Confiance dans la prestation de services
- Tensions

5. Les conséquences sur le plan individuel

- Perception personnelle du bien-être mental
- Niveaux de stress individuel

6. Qualité :

- Qualité et exhaustivité des services fournis
- Changements concernant le temps consacré à chaque patient, la prestation d'interventions facultatives ou non urgentes, la gamme des services offerts, etc.

5.

FONCTION D'INDICATEURS POUR MESURER LES EFFETS SECONDAIRES

Lorsque les données de [DHIS2](#) sont disponibles, elles n'incluent pas les informations relatives aux établissements de soins privés. Or, les sondages des agents de santé offrent l'opportunité de mesurer les effets secondaires sur l'accès aux prestations sanitaires à la fois privées et publiques, et d'effectuer ainsi des analyses comparant l'utilisation des services de soins de santé dans ces deux types de structures.

Les questions concernant la perception de l'utilisation des services de soins de santé et de son évolution dans le temps sont importantes et peuvent venir **enrichir les données de DHIS2** (ou les compléter lorsqu'il n'y a pas d'information existante) **et être utilisées à des fins de triangulation**. Lorsque les données de DHIS2 ne sont pas disponibles, les questions des sondages peuvent porter sur le nombre de patients durant les derniers mois. Une attention particulière doit être portée aux services de santé sexuelle, procréative, maternelle et infantile.

Utilisation : Les questionnaires pourraient demander directement le nombre de patients sur X mois afin d'établir des comparaisons dans le temps. Il convient

de comprendre à la fois les différentes causes possibles d'un changement d'utilisation des soins (par exemple, un changement peut être lié au coût des transports ou à un sentiment de crainte vis-à-vis des établissements sanitaires) et les conséquences de ce changement (une diminution du nombre de patients entraîne une diminution de la rémunération ou, à l'inverse, une augmentation entraîne une affluence de patients et une perception accrue du risque d'infection).

Accès : Les questions devraient également aborder l'accès des communautés aux services. Il faut comprendre quelles sont les causes perçues comme étant à l'origine de tout changement dans l'utilisation des services de soins de santé par la communauté (quels sont les services concernés, quels sont les facteurs qui entrent en jeu et pourquoi).

Disponibilité : Les questionnaires devraient demander s'il y a eu des changements dans la disponibilité des services. Par exemple, dans le nombre d'agents de santé disponibles, les horaires de travail, le temps d'attente des patients ou la qualité générale des prestations.

6.

INCLUSION DES CHERCHEUR.SE.S LOCAUX.ALES, DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES ACTEURS DE RÉPONSE ET DU DÉVELOPPEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ, ET DES AGENTS DE PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES INFECTIONS

Pour assurer l'accès (sur le plan physique, du langage, de l'acceptation) à tous les agents de santé et à toutes les prestations de soins de santé, il est essentiel de recruter et de former des chercheur.se.s locaux.ales pour collecter des donnéesvi.

Pour veiller à ce que les résultats des sondages soient mis à profit, des Termes de Références mandat, des questionnaires et des plans de mise en œuvre de ces résultats doivent être élaborés avec le ministère de la santé, les acteurs travaillant dans les secteurs de prévention et lutte contre les infections, de l'Eau, Assainissement et de l'Hygiène (EAH) ou de soins de santé, ce qui inclut les plateformes de coordination sectorielles telles que les groupes IASC, et les commissions impliquées dans la réponse. Restreindre l'inclusion des parties risquerait d'aboutir au rejet des résultats du sondage, au lancement des études à un

moment inopportun (avant ou après l'intervention), à un manque d'engagement et à l'absence de mise en application des conclusions.

Les résultats doivent être présentés à différents acteurs travaillant avec des agents de santé afin de déterminer la manière de les utiliser à bon escient et les mesures adaptées. Les chercheur.se.s doivent être prêt.e.s à présenter les résultats devant différents publics afin de promouvoir et faciliter leur utilisation. Chaque fois que cela est possible, un retour d'information doit être fourni régulièrement aux parties prenantes sur les progrès de l'étude.

Des exemples de résultats, de présentations et de suivi de mesures fondées sur les résultats de sondages d'agents de santé sont disponibles à travers ce [lien en ligne](#).

7.

IDENTIFIER ET RÉSOUDRE LES BIAIS ET LIMITES POTENTIELS

Des biais peuvent être introduits à n'importe quel stade d'une étude, que ce soit durant l'élaboration du questionnaire, la formation de l'équipe de recherche, la collecte, l'analyse ou la publication des données.

Il est essentiel que les chercheur.se.s puissent reconnaître et expliquer la présence de biais durant la présentation et la communication des résultats, et d'analyser leurs implications possibles. Les équipes de recherche doivent être associées à la réflexion faisant suite à la collecte, la saisie et l'analyse des données pour comprendre l'étendue des biais et, s'ils sont avérés, comment cela peut affecter les données. Les biais doivent être atténués grâce à une conception et une mise en œuvre appropriées de l'étude pouvant

inclure ce qui suit :

- Triangulation des données avec des sources externes (DHIS2, analyses épidémiologiques, données des marchés, autres rapports)
- Intégration de données qualitatives et quantitatives ou comparaison des sondages de la communauté avec les sondages des agents de santé (en posant des questions comparatives)
- Répétition d'une étude au fil du temps pour surveiller les tendances
- Examen des questionnaires (signification et objectif des questions) avec l'ensemble des collecteurs de données

Types de biais pertinents

1. Biais de désirabilité sociale

Les personnes interrogées répondent aux questions du sondage avec l'espoir de faire bonne impression sur le.a chercheur.se.^{vii}

Exemples

- Dans le souci d'être « performant », l'agent de santé peut avoir tendance à surestimer ses connaissances ou capacités
- L'agent de santé croit que les chercheur.se.s travaillant dans des contextes humanitaires s'intéressent aux rapports de situation « pessimistes » et il donne alors des réponses exagérément négatives aux sondages, qui ne correspondent pas à la réalité

Comment atténuer ce biais

- Présentez l'étude et son objectif de façon extrêmement claire avant de commencer le sondage
- Utilisez des questions différemment structurées (par exemple, échelle de Likert, choix multiple, oui/non)
- Posez des questions permettant d'effectuer une triangulation des données
- Durant le sondage, donnez l'assurance et répétez que le questionnaire n'aura pas d'influence sur les interventions
- Assurez les participants que leurs réponses resteront anonymes (cela devrait les encourager à s'exprimer plus ouvertement/sincèrement)

2. Biais de réponse négative

Les participants ont tendance à choisir les réponses situées aux extrémités d'une échelle^{viii}

Exemples

- L'agent de santé n'a eu qu'une seule interaction négative avec un membre de la communauté, mais cela s'est passé récemment et il a été contrarié ; il a par conséquent rapporté qu'il y avait des problèmes avec « l'ensemble » de la communauté

Comment atténuer ce biais

- Incluez dans le sondage des questions comparant les changements de perception, d'attitude, de comportement au fil du temps
- Utilisez des questions différemment structurées (les échelles de Likert sont particulièrement propices à ce type de biais)

3. Biais de rappel

Recollection of past events becomes aligned with current thoughts and perceptions^{ix}

Exemples

- L'agent de santé rapporte une diminution de l'utilisation des services parce que durant la semaine où il a répondu au sondage il a, dans sa pratique personnelle, donné moins de consultations, même si globalement il n'y a pas de diminution

Comment atténuer ce biais

- Comparez les rapports d'étude aux données de DHIS2 pour savoir si la perception de la personne interrogée correspond à la réalité
- Posez des questions sur les événements qui ont eu lieu récemment
- Posez de questions sur les événements qui surviennent fréquemment

4. Biais d'apophénie

La tendance humaine à percevoir l'existence d'un rapport non motivé entre données aléatoires^x

Exemples

- L'agent de santé se rappelle une diminution de l'utilisation des services parce qu'il a lu dans des rapports que c'était ce à quoi il fallait s'attendre lors d'une crise de santé publique particulière

Comment atténuer ce biais

- Vérifiez que la taille de l'échantillon est suffisante
- Effectuez une triangulation avec des données provenant d'autres sources

8.

RESPECT DES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Veillez à ce que les participant.e.s, les communautés et les agents de santé soient respectés et protégés durant tout le processus de recherche, en accordant l'attention nécessaire à la sensibilité des communautés à l'égard des agents de santé et de leur rôle.

Avant de commencer un sondage, un tableau de

risques doit être dressé et passé en revue avec l'équipe de recherche du pays. Les tableaux de risques doivent être révisés périodiquement et les nouveaux risques identifiés doivent y être ajoutés. Pour lancer la discussion, un tableau de risques non exhaustif est fourni ci-dessous dans le but d'encourager des pratiques éthiques.

Risque	Stratégie visant à neutraliser, atténuer ou limiter le risque	Ressources et dispositifs de soutien requis pour remédier aux risques <small>**Il est essentiel de confier cette responsabilité à un individu**</small>
Les collecteurs de données sont une source d'angoisse pour les participant.e.s.	<p>Simplifier le dispositif en place pour faciliter le dépôt, le suivi et le traitement des plaintes en fournissant l'aide pertinente avant, durant et/ou après le programme de recherche.</p> <p>Identifier les personnes qui devraient collecter les données, ainsi que le moment et le lieu appropriés.</p>	<ul style="list-style-type: none">· Contacter les coordinateurs locaux au sujet des plaintes.· Obtenir des informations relatives à la sensibilité locale.· Fournir des documents d'information sur la manière de déposer une plainte.· Élaborer des documents et programmes pour la formation des collecteurs de données.· Établir un système pour gérer les infractions (devant également être communiqué aux participant.e.s).
Les agents de santé craignent de perdre leur travail/le soutien dont le programme ou leur activité bénéficie s'ils ne participent pas et ne donnent pas les bonnes réponses.	<p>Expliquer la notion de consentement et le fait que la participation est entièrement volontaire (une transcription du consentement éclairé doit pouvoir être consultée sur une tablette/ un téléphone).</p> <p>Expliquer que les réponses n'affecteront pas le travail/soutien/programme.</p> <p>Faire appel à des collecteurs de données n'ayant aucune relation avec les services de santé/prévention et lutte contre les infections, les ONG ou les services gouvernementaux.</p>	<ul style="list-style-type: none">· Sur le plan interne, l'organisation doit séparer les collecteurs de données des personnes interrogées (par exemple : les équipes de santé/EAH ne doivent pas collecter directement des données).· Faire appel à des collecteurs de données n'ayant aucune relation avec les services de santé/prévention et lutte contre les infections, les ONG ou les services gouvernementaux.· Renforcer la formation relative au consentement éclairé.

Risque	Stratégie visant à neutraliser, atténuer ou limiter le risque	Ressources et dispositifs de soutien requis pour remédier aux risques **Il est essentiel de confier cette responsabilité à un individu**
<p>Une partie de la zone géographique devant être parcourue par les interviewers n'est pas sûre.</p>	<p>Embaucher et recruter des personnes dans les zones où elles habitent déjà (donc, pas de nécessité de déplacement), à condition qu'il soit possible de s'y déplacer sans danger. Aucune stratégie ne doit transférer le risque vers les équipes nationales/locales.</p> <p>Mener des sondages par téléphone, par supports mobiles ou SMS lorsque cela est adapté/faisable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Faire une analyse de la situation pour déterminer si des recherches peuvent être réalisées sans danger. · Les salaires/paiements doivent refléter le taux de rémunération local pour éviter tout biais dans les décisions concernant la prise de risque. · Proposer un emploi salarié plutôt qu'un paiement contre produits livrables pour éviter les décisions à haut risque. · Créer un espace et une culture sûrs dans lesquels l'équipe de recherche/les collecteurs de données peuvent exprimer leurs inquiétudes et être entendus (et voir que des mesures sont prises après que ces inquiétudes ont été soulevées).
<p>Des troubles surviennent avant ou pendant la collecte de données.</p>	<p>Suspendre toute collecte de données. **Selon la gravité des troubles/de la crise, les agents de santé doivent faire passer leur propre bien-être et la prestation de soins avant la collecte de données (même à distance).</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Effectuer une analyse de la situation. · Ne pas transférer le risque vers les équipes nationales/locales. · Fournir une orientation sur le moment opportun pour cesser et poursuivre les recherches (à élaborer avant de commencer à travailler).
<p>Les sondages pourraient interférer avec des activités importantes pour les participant.e.s.</p>	<p>Veiller à ce que les sondages soient adaptés et n'interfèrent pas avec des activités importantes, telles que la réception de marchandises, la prestation de services, l'emploi, etc.</p> <p>Soutenir l'équipe de recherche/les collecteurs de données pour qu'ils se rendent dans les établissements de santé à un moment approprié.</p> <p>S'accorder avec les agents santé sur le moment approprié et faire le nécessaire pour organiser les entretiens.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Analyser la situation quant aux horaires de travail/à l'emploi du temps des agents de santé. · Créer un espace au sein de l'équipe de recherche pour discuter du moment le plus sûr pour collecter des données, pour les chercheurs comme pour les agents de santé. · Limiter la taille de l'équipe collectant les données.

Risque	Stratégie visant à neutraliser, atténuer ou limiter le risque	Ressources et dispositifs de soutien requis pour remédier aux risques <small>**Il est essentiel de confier cette responsabilité à un individu**</small>
Exposition à l'infection ou à la transmission parmi ou entre les collecteurs de données, les agents de santé et leur communauté	<p>Déterminer les risques d'exposition (emplacement géographique) et ne pas continuer si les conditions ne sont pas sûres (ou si les équipes rapportent ne pas se sentir en sécurité).</p> <p>Élaborer un protocole (procédures opérationnelles normalisées) pour collecter les données de manière sûre.</p> <p>Faire signer aux équipes un document dans lequel elles s'engagent à respecter les procédures opérationnelles normalisées/protocoles (renforcement des comportements).</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Créer une culture de sécurité pour sensibiliser au risque de transmission. · Assurer la formation des équipes sur la transmission de la maladie, le risque et les options existantes pour l'atténuer.
Exposition à l'antagonisme de la communauté en raison de la méfiance vis-à-vis des acteurs de la riposte (ministère de la santé/Nations Unies/ONG).	<p>Ne pas utiliser de tenue permettant d'identifier clairement les chercheur.se.s/ collecteurs de données dans le cadre des programmes (Nations Unies/ONG/ministère de la santé) tout en veillant néanmoins à ce qu'ils disposent d'un document d'identification approprié.</p> <p>Repenser les moyens de transport (motos ou voitures non identifiables).</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Former les équipes et déterminer les meilleures options. · Définir quels sont les moments appropriés pour utiliser des vêtements et des véhicules identifiables.

LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LES ANALYSES INTÉGRÉES OPÉRATIONNELLES

- DANS LES CONTEXTES HUMANITAIRES
(« ANALYTICS FOR OPERATIONS » AfO)

Le Groupe de travail pour des Analyses intégrées opérationnelles (ou « Analytics for Operations » working group - AfO) est constitué de chercheur-e-s venant d'établissements universitaires, d'organisations non gouvernementales et d'organismes des Nations Unies, directement impliqués dans la recherche opérationnelle en contexte humanitaire. Sous l'égide de la **Cellule d'Analyse en Sciences Sociales (CASS)**, ce groupe de travail a pour but de fournir et de faciliter l'accès aux outils, à l'orientation, aux leçons apprises et au soutien technique permettant d'utiliser les recherches et les données issues des sciences sociales pour éclairer la réponse aux pandémies dans des contextes humanitaires. La **CASS** est une plateforme de recherche opérationnelle en sciences sociales rassemblant plusieurs acteurs, hébergée et soutenue par l'UNICEF pour renforcer l'analyse pluridisciplinaire des données épidémiologiques. Depuis 2018, la CASS s'emploie à rassembler différents acteurs du monde de la recherche universitaire et appliquée (épidémiologistes, analystes du secteur de la santé, spécialistes en sciences sociales, analystes de marché et autres chercheurs), les gouvernements, les Nations Unies et les ONG (nationales et internationales) afin d'éclairer les stratégies de santé publique et les ripostes aux pandémies dans des contextes humanitaires ([lien vers la CASS sur google drive](#)).

En février 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a établi sa Feuille de route pour la Recherche (« Research Roadmap ») sur la COVID-19 afin de déterminer les domaines de recherche prioritaires durant la pandémie. En juillet 2020, ces priorités de recherche ont été révisées afin de mettre l'accent sur les domaines émergents nécessitant d'être examinés. La Feuille de Route pour la recherche soulignait le besoin urgent et persistant de données permettant de comprendre les effets de la COVID-19 sur les agents de santé dans les contextes communautaires et hospitaliers formels et informels et d'y remédier. Le groupe de travail AfO soutient activement les initiatives qui sont en phase avec les priorités définies dans la Feuille de route pour la recherche. La collaboration avec les partenaires travaillant dans des contextes humanitaires est essentielle pour atteindre ces objectifs. Ces collaborations bénéficient du soutien de la branche de recherche du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN). ([Lien vers la Feuille de route pour la recherche](#)).

Ces deux groupes de travail en sciences sociales interviennent à l'échelle mondiale et collaborent pour garantir l'échange efficace d'informations entre différents lieux et contextes dans le cadre d'urgences de santé publique et de la pandémie de COVID-19.

Outils de sondage des personnels de santé de la CASS

Les dossiers suivants incluent les termes de référence, les questionnaires (outils) et les présentations de résultats.

1. Sondage des agents de santé avec une rubrique spécifique consacrée à leur perception des nouveaux protocoles de prévention et lutte contre les infections (changements apportés aux protocoles). ** Mis en œuvre auprès des agents de santé avec et sans formation en matière de prévention et lutte contre les infections à des fins d'analyse comparative (disponible [ici](#) et [ici](#))
2. Sondage des agents de santé sur leur perception du risque, leurs connaissances et leur comportement, ainsi que sur l'impact d'Ebola sur la dynamique entre agents de santé et communautés : [Dossier contenant plusieurs questionnaires en français, sondage quantitatif auprès des agents de santé, sondage quantitatif auprès des agents de santé.](#)
3. Sondage auprès des agents de santé sur la COVID-19 : perception du risque, impact de la COVID sur l'utilisation des services de santé, sur la dynamique entre communautés et agents de santé, et sur les conséquences sur le plan personnel et individuel (disponible à [l'adresse suivante](#))
4. Synthèse des études et recommandations relatives aux tradipraticien.ne.s (disponible à [l'adresse suivante](#))
5. Études, résultats et mesures mises en œuvre en fonction de données probantes pour renforcer les comportements favorables à la santé dans les établissements de prévention et lutte contre les infections (disponible à [l'adresse suivante](#))
6. Exemple de questionnaires pour les volontaires de la Croix-Rouge (disponible à [l'adresse suivante](#))

Références

- i. Alliance mondiale pour les personnels de santé, OMS, IFRC, UNICEF, HCR (2011). Renforcer les personnels de santé communautaires pour les situations d'urgence ([lien Internet](#))
- ii. Checchi, F. Warsame, A. Treacy-Wong, V. Polonsky, J. van Ommeren, M. Prudhon, C. (2017). « Public health information in crisis-affected populations: a review of methods and their use for advocacy and action ». [Informations de santé publique face à des populations en crise : examen des méthodes et de leur utilisation à des fins de plaidoyer et d'action] *The Lancet*, 390. pp. 2297-2313
- iii. Miller, N., Richards, A., Marx, M., Checchi, F., Kozuki, N. (2020). « Assessing community health worker service delivery in humanitarian settings. » [Évaluation de la prestation de services par les agents de santé dans des contextes humanitaires] *Journal of Global Health*, 10(1), 010307
- iv. Dickinson, F., Pyone, T., van den Broek, N. (2016). « Experiences from the field: maternal, reproductive and child health data collection in humanitarian and emergency situations. » [Expériences de terrain : recueil de données de santé maternelle, procréative et infantile dans les contextes humanitaires et situations d'urgence] *International Health*, Volume 8, Issue 2, pp. 83-88
- v. Ruckstuhl, L., Lengeler, C., Moyon, J., Garro, H., Allan, R. (2017). « Malaria case management by community health workers in the Central African Republic from 2009-2014: overcoming challenges of access and instability due to conflict. » [Gestion des cas de paludisme par les agents de santé communautaire en République centrafricaine de 2009 à 2014 : surmonter les difficultés d'accès et l'instabilité liées au conflit] *Malaria journal*, 16(1), 388.
- vi. Rowe, J., Natiq, K., Alonge, O., Gupta, S., Agarwal, A., Peters, D. (2014). « Evaluating the use of locally-based health facility assessments in Afghanistan: a pilot study of a novel research method. » [Évaluation des établissements de santé locaux en Afghanistan : étude pilote d'un méthode recherche innovante] *Conflict and health*, 8, 24.
- vii. Lavrakas, P. J. (2008). *Encyclopedia of survey research methods* [Encyclopédie des méthodes de recherche par sondage] (Vol. 1-0). Thousand Oaks, CA : Sage Publications
- viii. Liu, M., Harbaugh, A. G., Harring, J. R., & Hancock, G. R. (2017). « The Effect of Extreme Response and Non-extreme Response Styles on Testing Measurement Invariance. » [L'effet des styles de réponses extrêmes et non extrêmes dans le test d'invariance de la mesure] *Frontiers in psychology*, 8, 726.
- ix. Coughlin S.S. (1990). « Recall bias in epidemiologic studies. » [Biais de rappel dans les études épidémiologiques] *J Clin Epidemiol.* 43(1):87-91.
- x. Carroll, R.T (2017). « Apophenia ». [Apophénie] *The Skeptic's Dictionary*.

Contacts pour cette note

Simone Carter, CASS Urgences de santé publique, UNICEF
scarter@unicef.org

Izzy Scott Moncrieff, CASS UNICEF
isscott@unicef.org

Yolanda Bayugo, OMS
bayugo@who.int

Ben Hickler, UNICEF
bhickler@unicef.org

Nina Gobat, GOARN-R
nina.gobat@phc.ox.ac.uk

Neha Singh, Centre pour la santé dans les crises humanitaires, LSHTM
neha.singh@lshtm.ac.uk

Phuong Pham, HHI
ppham@hsph.harvard.edu

Patrick Vinck, HHI
pvinck@hsph.harvard.edu

Juan Diego Poveda, MDM
juan-diego.poveda@medecinsdumonde.net

Pascale Lissouba, MSF-Epicentre
Pascale.LISSOUBA@epicentre.msf.org

Christine Fricke, TWB
christine@translatorswithoutborders.org

Alistair Shaw, CARE
alistair@raksthai.org

Wai Jia Tam, National University of Singapore, Kitesong Global
waijia@nus.edu.sg

Caroline Austin, IFRC
RRCEA.AP@ifrc.org

Gabrielle Berman, UNICEF Innocenti
gberman@unicef.org

Gavin Wood, UNICEF Innocenti
gawood@unicef.org

Maria Clara Padoveze, OMS
padoveze@usp.br

Eva Niederberger, Anthrologica
evaniederberger@anthrologica.com