

# CELLULE D'ANALYSE EN SCIENCES SOCIALES | CASS

## Appui en sciences sociales pour la COVID-19 : leçons apprises note 1

Les questions que doivent poser les chercheurs en sciences sociales qui travaillent dans des contextes humanitaires (Afrique subsaharienne) au sujet de la COVID-19 et pourquoi

22 mai 2020

Financé grâce au soutien de :



Ces documents ont été développés par UNICEF pour la CASS, sous financement de Wellcome et DFID. Ils ont été revus par des partenaires de GOARN-recherche, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Anthrologica, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Harvard Humanitarian Initiative (HHI), la Fédération Internationale de la Croix-Rouge (FICR), l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT), Traducteurs sans Frontières (TWB), MSF-Epicentre, NOVETTA et l'Université d'Oxford.

## Contexte

Depuis août 2018, les provinces du Sud-Kivu, du Nord-Kivu et de l'Ituri, à l'Est de la République Démocratique du Congo (RDC) sont touchées par une épidémie de maladie à virus Ebola (MVE). Le bilan est de [3404 cas et plus de 2240 décès](#), dont de nombreuses femmes et enfants. Tandis que de nouveaux cas ont continué d'être rapportés au début de l'année 2020 (dont les derniers en avril, deux jours avant la déclaration prévue de fin de l'épidémie), une nouvelle pandémie est survenue. La COVID-19, causée par un nouveau coronavirus, a été découverte dans la ville de Wuhan en Chine à la fin de l'année 2019 et s'est répandue depuis à travers le monde, infectant plus de [2,7 millions de personnes](#)<sup>1</sup>.

En février 2020, les premiers cas ont été rapportés sur le continent africain, et en avril, des cas avaient été recensés dans 52 pays. Les

modèles prédictifs de la propagation de la COVID-19 sur le continent varient dans leurs estimations ; toutefois les analyses autour des [impacts secondaires](#) de la pandémie sur la santé, [la pauvreté et la stabilité](#) dans des contextes déjà fragiles sont unanimes. La COVID-19 exacerbe les situations de crises sanitaires endémiques et de conflits dans la région, avec des impacts aggravés par les [mauvaises conditions liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement \(EHA/WASH\) et l'engorgement des services de santé](#). Les communautés et les acteurs humanitaires impliqués dans la réponse à la COVID-19 dans ces contextes font face aux défis de limiter la surcharge des systèmes de santé et du [détournement des ressources](#) qui sont critiques pour répondre aux besoins existants vers la COVID-19.

## La Cellule d'Analyse en Sciences Sociales (CASS)

La Cellule d'Analyse en Sciences Sociales (CASS) est une unité établie durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC (2018-aujourd'hui), par UNICEF, conjointement avec des partenaires nationaux et internationaux dans les domaines opérationnel et académique, et sous l'égide du Ministère de Santé publique congolais. La Cellule mène des recherches opérationnelles en sciences sociales (méthode mixtes), afin d'appuyer les acteurs de réponse et guider les stratégies et interventions de réponse. L'objectif de la CASS est de fournir des analyses intégrées afin de renforcer la compréhension et le suivi des tendances épidémiologiques, comportementales, et des perceptions,

tout au long de l'épidémie et de la réponse. En travaillant étroitement avec tous les partenaires de réponse, la CASS utilise les résultats des analyses pour encourager des changements opérationnels concrets et améliorer la santé des communautés au sens large. Dans le cadre de la Réponse Ebola, la CASS a conduit 57 études opérationnelles et codéveloppé 112 recommandations<sup>2</sup>. S'inspirant des succès rencontrés par ce modèle en RDC, la CASS cherche à répliquer sa présence dans plusieurs pays en Afrique sub-saharienne, s'adaptant aux nouvelles situations nées de la pandémie actuelle de la COVID-19.

## Notes des leçons apprises

La CASS a produit une série de documents (notes) sur les principales leçons tirées des analyses en sciences sociales durant la réponse à l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC (2018-aujourd'hui).

Ces notes ont vocation à utiliser les résultats des recherches conduites par la CASS pour enrichir les recommandations destinées à améliorer les approches de réponse à la COVID-19 et ses impacts secondaires en Afrique sub-saharienne.

Il n'est pas question de comparer les deux maladies. [Le virus Ebola a un taux de mortalité plus élevé que la COVID-19](#) et est beaucoup moins transmissible (le niveau de contact avec une personne symptomatique pour la transmission est significatif). Au contraire, [le nouveau coronavirus se transmet via les projections de microgouttelettes](#), jusqu'à deux mètres entre deux personnes, et souvent avant même le début des symptômes. Cela constitue un défi majeur pour prévenir et empêcher la transmission et augmente le risque d'exposition pour les agents de réponse.

En dépit de ces différences, les études en sciences sociales et comportementales, les recommandations qui en sont issues ainsi que les apprentissages documentés ici **mettent en lumière des aspects importants pour les stratégies de réponse à la COVID-19, peuvent servir d'appui aux équipes de recherche qui opèrent dans des contextes similaires sur le continent, et cherchent à contribuer à la réflexion globale autour de la gestion de la pandémie.**

*Les quatre notes abordent les thèmes suivants :*

**Note 1 : Les questions que doivent poser les chercheurs en sciences sociales qui travaillent dans des contextes humanitaires (Afrique subsaharienne) au sujet de la COVID-19 et pourquoi ;**

**Note 2 :** Inclusion des questions de genre dans les opérations de réponse humanitaire à la COVID-19 ;

**Note 3 :** Recommandations pour les programmes humanitaires de la COVID-19 issues des données en sciences sociales acquises durant la réponse à l'épidémie d'Ebola en RDC ;

**Note 4 :** Les données acquises des recherches en sciences sociales sur les obstacles dans le recours aux soins durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC

Les outils de recherche de la CASS, les données brutes, les présentations et analyses ainsi que le suivi des recommandations issues des recherches (MONITO) sont accessibles librement en ligne ici : plateforme [Ebola](#) et plateforme [COVID](#).

<sup>1</sup> Données sur le nombre de cas mises à jour quotidiennement par [l'Organisation mondiale de la Santé](#).

<sup>2</sup> Pour une liste complète des études de la CASS menées durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC, consulter le document librement ici : [lien](#).

# Note 1 : Les questions que doivent poser les spécialistes en sciences sociales qui travaillent dans des contextes humanitaires (Afrique subsaharienne) au sujet de la COVID-19 et pourquoi

On peut être tenté, au moment de lancer des recherches sur un sujet ou d'intervenir face à une crise, d'essayer de collecter aussi vite que possible autant de données que possible. Cela peut certes aboutir à un ensemble fourni de données utiles, mais ce n'est pas nécessairement la meilleure organisation possible. On risque en outre de passer à côté de données thématiques indispensables pour influencer les interventions liées à des programmes humanitaires.

Ce document a été rédigé à partir des données acquises et des leçons tirées des études de la CASS afin d'orienter les spécialistes des sciences sociales qui travaillent au sein de programmes humanitaires ou les acteurs qui cherchent à utiliser les recherches en sciences sociales dans le cadre de la réponse contre la COVID-19 en Afrique subsaharienne. Elle fournit **un résumé des principales questions de sciences sociales suggérées et de leur justification pour soutenir et éclairer la recherche opérationnelle et les programmes d'intervention dans le contexte de l'Afrique subsaharienne.**

## Principaux thèmes des sciences sociales à étudier :

1. Services de santé : accès et utilisation (tendances et effets dans le temps)
2. Perceptions (effet, faisabilité, etc.) de la prévention et la lutte contre les infections et d'autres mesures de santé publique
3. Genre – inclusivité : effets des mesures de santé publique et de prévention et de lutte contre les infections (PCI) sur les populations socialement et biomédicalement vulnérables
4. Perceptions communautaires des acteurs de la réponse et confiance des communautés
5. Langue, normes culturelles, réseaux sociaux et analyse des communications

## Principales questions de recherche

### *Thème 1 : Comprendre l'effet perçu et réel de la COVID-19 sur les comportements de recours aux soins : évolution des tendances dans la perception, l'accessibilité et l'utilisation des services*

#### *Que souhaitons-nous savoir ?*

- La perception de tout changement dans les services de santé (accès, disponibilité) depuis le début de la pandémie de COVID-19 et la correspondance avec la réalité (c'est-à-dire la disponibilité effective des services) ;
- Les perceptions et croyances au sujet des conséquences immédiates et secondaires d'une infection par la COVID-19 et les effets de ces perceptions sur les comportements de recours aux soins ;
- Les obstacles dans l'accès aux soins perçus, vécus ou communiqués (structurels, politiques, physiques [déplacement], environnementaux, comportementaux [individuels, des autres], perceptions du risque [peur]) ;
- L'effet des connaissances et de la sensibilisation communautaires au sujet de la COVID-19 (maladie, symptômes, transmission et méthodes de prévention) sur les itinéraires thérapeutiques ;
- L'existence ou non de différences dans l'évolution des tendances des comportements de recours aux soins des groupes biomédicalement ou socialement vulnérables et d'autres groupes<sup>3</sup> ;
- Le fait que des personnes, des groupes ou des communautés se tournent ou non vers des professionnels de santé alternatifs (par ex., des pharmacies, des guérisseurs traditionnels, des services de santé non officiels et officiels) ;

- Les changements dans l'utilisation des services de santé (tendance des données des services de santé, ministère de la santé) ;
- L'effet des différentes politiques (par ex., la gratuité des soins) sur les itinéraires thérapeutiques.

#### *Pourquoi souhaitons-nous connaître ces éléments ?*

Nous ne savons pas à quel point la réponse contre la COVID-19 (et les politiques de prévention et de lutte contre les infections) affecte les itinéraires thérapeutiques. Il est possible que les prestations de soins et les ressources soient réorientées en faveur de la réponse contre la COVID-19 et ne soient plus disponibles pour répondre à d'autres problèmes de santé. Les perceptions communautaires liées aux changements dans la fourniture de services de santé ou la capacité à y accéder peuvent également affecter les comportements de recours aux soins, indépendamment du fait que la disponibilité des services ait changé ou non. Les priorités des personnes et des communautés peuvent évoluer en raison de l'augmentation des responsabilités au sein du ménage, en particulier pour les femmes en matière de soin des enfants et de parents malades. Les structures de santé<sup>4</sup> peuvent se mettre à facturer des services afin de compenser les pertes de

3 Les personnes biomédicalement vulnérables sont celles qui sont davantage exposées au risque de contracter une forme sévère de COVID-19 en raison de leur âge ou de facteurs de comorbidité (CDC, OMS). Les personnes socialement vulnérables sont celles exposées aux risques secondaires des réponses contre la COVID-19 (par ex., les mesures de confinement). Cela comprend les femmes qui ont besoin de services de santé sexuelle et procréative, les survivants de violence sexuelle et fondée sur le genre, les enfants et les adultes mal nourris, les habitants de logements insalubres ou les personnes qui n'ont pas accès à l'eau et à l'assainissement.

4 Une structure de santé désigne toute structure qui fournit des soins formels ou informels, y compris les centres de santé gérés par l'État, les hôpitaux, les centres de santé privés, les guérisseurs et accoucheurs traditionnels et les pharmacies.

revenus<sup>5</sup>. Les communautés peuvent commencer à percevoir les structures de santé comme des lieux de propagation de l'infection (risque). Des rapports préliminaires suggèrent que les menaces potentielles sur l'accès à la santé dues à la COVID-19 pourraient affecter de façon disproportionnée les groupes vulnérables (par ex., les survivants de [violence sexuelle et fondée sur le genre](#), les [personnes vivant avec le VIH](#), les [femmes](#) qui ont besoin de services de [santé sexuelle et procréative](#), les enfants qui doivent être vaccinés).

Les données sur les comportements de recours aux soins, lorsqu'elles sont collectées en temps réel, peuvent être utilisées pour fournir une alerte rapide permettant la prise de mesures immédiates et l'adaptation des services en conséquence afin de garantir que les besoins de la population continuent d'être satisfaits. Les changements potentiels dans l'évolution des comportements de recours aux soins pourraient faire l'objet d'un suivi afin d'identifier les répercussions des différentes politiques de prévention et de lutte contre les infections lorsqu'elles sont mises en place, et de modifier la perception de la maladie elle-même.

Dans la mesure du possible, les données issues des sciences sociales doivent être comparées à celles des services de santé (fournies par les gouvernements, les ministères de la santé) qui les complètent pour surveiller tout changement dans les tendances d'utilisation par type de service.

Une étude de la CASS qui porte sur l'évolution des perceptions et de l'utilisation des services de santé est en cours en RDC. Le protocole (en français) peut être consulté [ici](#).

### *Leçons tirées des épidémies d'Ebola*

L'épidémie d'Ebola survenue en Afrique de l'Ouest (2014-2016) a provoqué une chute importante de l'utilisation des services de santé, y compris pour la [santé maternelle et infantile](#) et la [santé procréative](#), ainsi que les [services](#) consacrés à la [violence sexuelle et fondée sur le genre](#). Pour atténuer ces effets, lors des épidémies en RDC (provinces de l'Équateur en 2018 et du Nord-Kivu, Sud-Kivu, Ituri depuis 2018), des politiques de gratuité des soins ont été mises en place (à des degrés différents et adaptées dans le temps). Bien que des études sur les perceptions communautaires aient indiqué une certaine [méfiance envers la qualité](#) des soins gratuits, des études communautaires rapides sur les itinéraires thérapeutiques (y compris à partir des

registres de patients des centres de santé) ont très rapidement souligné l'augmentation spectaculaire de l'utilisation des services de santé gratuits. Les données ont été croisées avec des analyses tendanciennes pour l'utilisation des centres, fondées sur des [rapports communautaires](#) évoquant l'[engorgement des centres de santé](#). Ces données ont contribué à mieux comprendre et expliquer les [niveaux élevés d'infections nosocomiales, y compris chez les enfants de moins de 5 ans](#). Sans compréhension ni suivi de ces tendances, rendue possible par des études utilisant plusieurs méthodes, les mesures de réponse n'auraient pas tenu compte des répercussions potentielles de l'engorgement sur les taux d'infection, [sur les retards de soins aux patients](#) et sur les effets potentiels pour la qualité des soins.

### *Analyse des données épidémiologiques et suivi de l'utilisation des services de santé*

Il est possible de suivre l'évolution des tendances d'utilisation des structures de santé et des services spécifiques au travers : (1) d'une analyse mensuelle des bases de données des services de santé (qui se limitent souvent aux services publics, mais fournissent des informations utiles) et, à court terme, (2) de conversations téléphoniques hebdomadaires avec des structures de santé publiques pour collecter des données épidémiologiques (quantitatives) essentielles. **Une analyse en sciences sociales doit avoir lieu en complément pour expliquer tout changement qui apparaît dans les données.** Elle servira de système de déclenchement précoce pour souligner des changements dans l'accès aux soins (y compris aux services destinés aux groupes à haut-risque) et l'incidence sur la santé dans les communautés. Il faudra prêter une attention particulière aux données sur l'accès standard aux services de santé sexuelle et procréative et consacrés à la violence sexuelle et fondée sur le genre, et sur le maintien des femmes au sein des programmes de prévention du VIH (en particulier la prévention de la transmission mère-enfant, PTME). Il faudra sélectionner un petit échantillon parmi les structures de santé qui proposent des services de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ainsi que de santé sexuelle et procréative et suivre de façon mensuelle les données et les perceptions des professionnels de santé.

## ***Thème 2 : Comprendre la faisabilité des mesures et de santé publique, des mesures de prévention et de lutte contre les infections à domicile et dans les communautés et l'efficacité perçue de ces approches***

### *Que souhaitons-nous savoir ?*

- La perception par les communautés du risque de la COVID-19 (connaissance de la maladie en dehors de la région, perception ou non du risque de COVID-19 comme réel et de son intensité, comparaison entre le risque de COVID-19 et d'autres risques de santé familiaux) ;
- Les mécanismes de prévention et de lutte contre les infections (PCI) (au niveau des pays, des communautés, des ménages) existants (appliqués ou utilisés lors de précédentes épidémies) et leur utilisation, leur acceptation et leur efficacité perçue ;
- La connaissance ou non par les communautés des mesures de prévention et de lutte contre les infections recommandées pour la COVID-19 ;

- Le fait que les mesures recommandées de prévention et de lutte contre les infections soient considérées comme faisables ou non, soient encouragées au niveau des ménages et des communautés ou non et la perception par les communautés de leur capacité à y prendre part, et les raisons du contraire ;
- La capacité perçue à pratiquer la distanciation physique et l'auto-isollement ou à isoler une personne vulnérable au sein du ménage ;

5 Au cours des premiers mois qui ont suivi l'instauration de la gratuité des soins dans le cadre de la réponse contre l'Ebola dans l'est de la RDC, des cliniques privées qui perdaient des patients ont été accusées de facturer davantage pour compenser le recul du nombre de patients ([voir le lien vers l'étude](#)).

- La capacité des ménages et des personnes à fabriquer et à porter un masque ;
- La disposition des personnes à participer au traçage des contacts et à être dépistées ;
- L'incidence perçue (communiquée) de la COVID-19 et les stratégies d'atténuation associées pour les hommes, les femmes, les adolescents, les enfants et les personnes âgées ;
- Les potentielles répercussions secondaires négatives perçues des mesures de prévention et de lutte contre les infections et les facteurs qui risquent d'affecter la disposition à respecter ces mesures ;
- La perception par les professionnels de santé de la COVID-19, des risques pour eux-mêmes, de leur capacité et de leur volonté d'adapter leur comportement au travail et au sein de leur ménage ;
- Les mesures suggérées par les communautés en matière de prévention et de lutte contre les infections, les raisons qui poussent les communautés à penser qu'elles fonctionneront et les possibilités de les renforcer de manière formelle ;
- De quelle manière le respect des mesures de prévention et de lutte contre les infections peut être limité par les revenus et le statut socioéconomique ;
- De quelle manière certaines mesures de prévention et de lutte contre les infections peuvent restreindre l'accès aux services essentiels (alimentation, sécurité, santé, etc.), et les mesures concernées ;
- En quoi certaines mesures de prévention et de lutte contre les infections peuvent affecter le bien-être physique et mental, et les mesures concernées.

### *Pourquoi souhaitons-nous connaître ces éléments ?*

Pour que les mesures de santé publique, sociales et de prévention et de lutte contre les infections soient efficaces, les communautés doivent être convaincues qu'elles fonctionnent. Elles doivent également

vouloir et pouvoir les appliquer. L'acceptation dépend des possibilités de les respecter et de la conviction que leur effet sera positif. Lors de la réponse contre l'Ebola, des [études sur les perceptions de la prévention et la lutte contre les infections](#) (PCI) par les communautés ont souligné la méfiance provoquée par le recrutement d'équipes d'intervention en matière de PCI qui n'étaient pas locales. Une étude consacrée à la [perception communautaire des mesures de prévention et de lutte contre la COVID-19](#), et aux obstacles perçus en matière de participation et d'application est en cours en RDC.

Des [analyses](#) de sciences sociales menées lors de la réponse Ebola dans l'Est de la RDC ont montré que dans les régions fortement touchées, les personnes signalaient que l'épidémie avait des « répercussions élevées » sur le statut socioéconomique et sur l'accès aux services de base. Chez les enfants et les adolescents, ce sont les personnes les plus « vulnérables » qui ont ressenti ces répercussions de la manière la plus aiguë. La restriction de l'accès aux services de base et aux ressources financières peut limiter la capacité de la population à respecter les mesures de prévention et de lutte contre les infections au niveau des ménages et des communautés.

Les mesures sociales et de santé publique constituent une stratégie importante pour ralentir la transmission de la COVID-19 et réduire la pression sur les systèmes de santé. Cependant, pour être efficacement mises en œuvre, elles nécessitent le soutien et l'adhésion de la population. La compréhension des perceptions liées aux mesures sociales et de santé publique permet d'améliorer les stratégies de communication et de réponse, ce qui peut renforcer la participation aux mesures et leur efficacité. La compréhension des perceptions (y compris la capacité perçue à appliquer les mesures sociales et de santé publique et à s'engager en leur faveur) permet d'identifier des approches plus adaptées aux niveaux local et communautaire, ce qui peut limiter des effets secondaires négatifs et améliorer l'engagement communautaire général.

## **Thème 3, Genre : Comprendre les effets des mesures de santé publique et de prévention et de lutte contre les infections sur les populations socialement et biomédicalement vulnérables**

### *Que souhaitons-nous savoir ?*

- L'inclusion des questions de genre dans les outils de collecte de données (non seulement le sexe et l'âge, mais aussi des informations socioéconomiques et qui tiennent compte du contexte) ;
- Les groupes affectés par l'épidémie (pas seulement les populations biomédicalement vulnérables) et la façon dont ils sont touchés ;
- Les rôles traditionnels des hommes et des femmes (de différentes tranches d'âges) dans la société et les répercussions sur le risque d'exposition à des vulnérabilités biomédicales et sociales (ce qui implique de comprendre les structures d'autorité entre les genres et la distribution des ressources) ;
- La capacité des femmes à concevoir, influencer et mettre en œuvre des mesures de prévention et de lutte contre les infections au niveau des ménages et des communautés ainsi qu'à se protéger elles-mêmes ;
- L'évolution des rôles entre les genres en fonction de la progression de l'épidémie et dans le cadre de mécanismes spécifiques de réponse et ses répercussions inéquitables sur les itinéraires thérapeutiques des hommes et des femmes ;
- Les potentiels effets immédiats et secondaires de la participation des femmes à la réponse ;
- Les tendances sociales et épidémiologiques issues de l'épidémie ou provoquées par l'épidémie/la réponse.

### *Pourquoi souhaitons-nous connaître ces éléments ?*

Les premières données issues des recherches menées dans d'autres pays touchés suggèrent que le risque de décès en raison de la COVID-19 est plus élevé chez les hommes que chez les femmes en raison de [différences immunologiques ou comportementales entre les sexes](#). Cependant, les inégalités entre les genres peuvent être [exacerbées lors d'une épidémie](#), ce qui renforce la [vulnérabilité des femmes](#) sur le plan social. Déjà responsables de la majeure partie des tâches familiales et ménagères, les femmes risquent de perdre leur emploi, de se voir attribuer le rôle d'aidantes pour des parents âgés et des enfants déscolarisés et d'être exposées à l'infection par la COVID-19 en tant que professionnelles de santé ou soignantes non rémunérées. Par ailleurs, les femmes subiront une réduction de l'accès aux soins médicaux, car elles seront touchées de façon disproportionnée par les effets négatifs de la redistribution des ressources en santé, qui affectera en premier la disponibilité des [soins liés à la santé sexuelle et procréative](#) (y compris l'accès aux soins prénatals et postnatals, à la contraception et aux avortements sûrs) et à la violence sexuelle et fondée sur le genre. Le détournement de l'attention et des ressources au détriment des services de santé sexuelle et procréative et consacrés à la violence sexuelle et fondée sur le genre peut entraîner une hausse de la mortalité maternelle et des grossesses non-désirées chez les adolescentes, ainsi qu'une incidence accrue des transmissions du VIH et d'infections

sexuellement transmissibles. Des rapports publiés par [IRC/CARE International](#) et [ONU-Femmes](#) approfondissent la question des répercussions secondaires de la COVID-19 sur la santé et la situation socioéconomique des femmes.

Dans le contexte de la lutte contre Ebola en RDC depuis 2018, l'attention et les ressources ont été détournées des structures de santé qui fournissaient des soins essentiels non liés à Ebola, comme des vaccinations, ce qui a davantage exposé des groupes déjà vulnérables à des maladies évitables comme la rougeole et le choléra. Depuis janvier 2019, [plus de 6 200 personnes sont décédées de la rougeole en RDC](#).

Les premiers formulaires des rapports de surveillance utilisés lors de

l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC n'intégraient pas d'informations liées au genre (femme enceinte ou allaitante, informations sociodémographiques), ce qui a [limité l'analyse et la compréhension des impacts négatifs de la réponse](#). Outre la ventilation par âge et sexe, les formulaires et les données de surveillance, tout comme les formulaires de vaccination, doivent inclure des données sur l'emploi (et intégrer de fonctions comme guérisseur traditionnel, pharmacien, emploi informel), le statut socioéconomique et indiquer si une femme est enceinte ou allaitante (deux indicateurs distincts). Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, des informations sur le VIH, la tuberculose et la malnutrition doivent être incluses. En l'absence de telles données dès le départ, il est possible de manquer certaines explications clés sur l'évolution de l'épidémie.

## ***Thème 4 : Explorer la perception des acteurs de la réponse et des activités (gouvernement – y compris les professionnels de santé ; ONGI, ONU)***

### *Que souhaitons-nous savoir ?*

- L'historique des relations entre les communautés et les acteurs de la réponse (gouvernementaux, nationaux et humanitaires) dans les domaines d'intervention ;
- Les correspondances entre les interventions et les priorités liées à la réponse et celles des communautés ;
- Les interventions et les acteurs qui bénéficient de la confiance et d'une image positive, et les raisons qui expliquent cela ;
- La perception communautaire des acteurs de la réponse et des activités et les résultats qu'ils anticipent et souhaitent pour la réponse (positifs et négatifs) ;
- Les perceptions des communautés au sujet des acteurs de la réponse et des activités ainsi que la participation communautaire pour veiller à inclure les groupes qui suscitent la confiance et s'assurer que la réponse soit perçue de façon à garantir et à faciliter l'acceptation ;
- L'évolution des dynamiques entre les professionnels de santé et les communautés ;
- Tout changement perçu (perte, réduction, augmentation) dans l'aide humanitaire et, le cas échéant, la nature de la perception (par ex., le ressentiment).

### *Pourquoi souhaitons-nous connaître ces éléments ?*

Dès les premiers mois de l'épidémie d'Ebola dans l'Est de la RDC, une [analyse](#) a mis à jour des perceptions selon lesquelles les acteurs de la réponse n'avaient pas été présents lors de crises humanitaires précédentes et les priorités de la réponse contre Ebola semblaient différer de celles des communautés, les deux points ayant créé de la méfiance. Les mesures de réponse étaient perçues comme des restrictions de libertés et étaient souvent imposées par la force et des sanctions, ce qui alimentait davantage la perte de confiance.

Les communautés doivent pouvoir faire confiance aux acteurs de la réponse et s'impliquer de façon positive dans leurs activités pour produire des effets. Cela a posé des difficultés lors de l'épidémie d'Ebola en RDC, qui a vu de nombreuses communautés rapidement se méfier de toutes les parties impliquées dans « [l'Ebola business](#) ». Les liens vers deux études de la CASS qui montrent la perte de confiance communautaire sont disponibles ici : [traçage des contacts, centre de traitement d'Ebola \(CTE\)](#). Pour permettre aux réponses contre la COVID-19 de réaliser des progrès, il est indispensable de faire participer les communautés et de les impliquer lors de la planification et de la mise en œuvre d'une approche participative de la prévention et du contrôle de la maladie.

## ***Thème 5 : Analyse des langues, normes sociales, réseaux sociaux et communications (dans d'autres pays concernés par la réponse contre la COVID-19)***

### *Que souhaitons-nous savoir ?*

- Quels canaux, formats et méthodes de communication sont disponibles, utilisés et crédibles dans les communautés ? (Variations en fonction de l'âge, du genre, du niveau d'éducation et du statut socioéconomique)
- Quelles langues sont privilégiées et utilisées par les différents genres et les différentes tranches d'âge ?
- Quels sont les effets des structures sociales et des rôles traditionnels des hommes et des femmes sur l'accès et l'exposition aux différents canaux de communication ? (Des précédentes études montrent que les femmes ont des besoins spécifiques en matière d'information et des préférences de communication : études [une](#) et [deux](#)).
- Quelles sources d'information sont disponibles, accessibles, utilisées et considérées comme crédibles par les membres des communautés ? (Différents groupes cibles : enfants, adolescents, femmes, hommes, personnes âgées)

### *Pourquoi est-ce important ?*

[Deux études](#) ont été menées par Traducteurs sans frontières (TWB) lors de l'épidémie d'Ebola. Elles ont montré que l'utilisation appropriée des langues et dialectes locaux est fondamentale pour communiquer avec les communautés locales. Le recours à une langue qui n'est pas parfaitement comprise par les personnes entraîne de la confusion et de la méfiance. Les niveaux d'éducation doivent également être pris en compte. Les images et les schémas, ainsi que les enregistrements sonores, sont souvent les méthodes de communication les plus adaptées et efficaces.

Par ailleurs, une compréhension des structures sociales existantes dans les communautés et les ménages, ainsi que des sources d'informations dignes de confiance sont des conditions essentielles pour la conception et la définition de mesures de PCI. Cela contribue à identifier les canaux de communication influents et des langues usitées, qui devraient être choisis pour une communication efficace.

## Comment prendre en considération l'importance de la langue dans les études ?

1. Il faut chercher à faire réviser les études par des linguistes. Elles doivent par ailleurs toujours être conduites dans la ou les langues locales par des personnels locaux (hommes et femmes) qui les parlent couramment.
2. Les études (y compris consacrées à d'autres sujets) doivent comprendre [quatre questions sur les langues](#) afin de combler le manque de données humanitaires sur les langues.
3. Tous les supports de communication doivent être examinés par des personnes qui maîtrisent la ou les langues de la zone (il peut s'agir de membres de la communauté) et testés sur le terrain pour limiter l'utilisation d'expressions sensibles ou qui portent à confusion.

---

## Comment collecter les informations ?

Conformément aux restrictions imposées sur les déplacements et aux mesures de distanciation physique liées à la COVID-19, tous les entretiens doivent être, autant que possible, réalisés par téléphone. Pour veiller à ce que cela ne limite pas la participation, il faut envisager les éléments suivants :

- Garantir que tous les coûts liés aux appels téléphoniques et aux contacts soient couverts par les équipes de recherche ;
- Lors des appels, communiquer la durée estimée du questionnaire/de l'enquête et proposer de rappeler à un autre moment si besoin ;
- Confidentialité : garantir que tous les appels sont réalisés par les équipes de recherche dans des espaces privés avec le minimum de bruit de fond et qu'une [autorisation est demandée](#) si l'entretien est enregistré ou fait l'objet d'une prise de notes ;
- Dans chaque pays, respecter des procédures d'approbation éthiques adaptées pour les méthodes de collecte de données.

Des données quantitatives et qualitatives doivent être collectées pour répondre à chacune des questions de recherche recommandées. Des méthodes de collecte de données spécifiques seront définies pour tout nouveau protocole d'étude et peuvent comprendre les éléments suivants :

- Des questionnaires destinés aux professionnels de santé pour évaluer les perceptions des changements d'accès (notation de 1 à 5 sur une [échelle de Likert](#)), qui permettent également de proposer des réponses qualitatives plus longues ;

- Un suivi en temps réel au travers de questionnaires (notation de 1 à 5 sur une [échelle de Likert](#)) destinés aux femmes issues de groupes à haut-risque afin de souligner la perception des structures de santé et des changements dans l'accès aux soins ;
- Des études de cohorte ([qualitatives](#) et/ou quantitatives) auprès de [groupes communautaires spécifiques](#) pour fournir une analyse transversale, par exemple, des changements dans la perception des services de santé dans le temps ou dans l'accès, de l'évolution des connaissances de la maladie et de la perception des acteurs de la réponse (ces études doivent inclure les jeunes femmes et les mères) ;
- Des entretiens téléphoniques avec des personnes dans les ménages (numéros générés de façon aléatoire et échantillonnage en boule de neige, méthode actuellement utilisée dans [l'étude sur les comportements et la perception en matière de prévention et de lutte contre les infections](#)) ;
- Des entretiens téléphoniques avec des professionnels de santé dans des structures publiques (ceux qui sont le plus susceptibles d'être exposés à des cas de COVID-19 dans leur travail, ou qui s'occupent habituellement de patients à haut risque/vulnérables) ;
- Des données qualitatives collectées au travers d'entretiens approfondis et de discussions de groupes de réflexion, auprès de personnes, sélectionnées au hasard ou par convenance, issues de groupes vulnérables et à risque au sein des communautés afin de fournir des explications sur les raisons des changements dans la perception et l'accès.

---

## Comment ces données seront utilisées

Les données liées à l'évolution des tendances en matière de comportements de recours aux soins peuvent servir à influencer et à limiter, grâce à des actions immédiates, tout effet négatif sur l'accès aux services de santé et leur disponibilité causé par des mesures de réponse contre la COVID-19. La connaissance des obstacles perçus et de leurs causes, ainsi que les données qualitatives correspondantes, qui apportent certaines explications à ces causes, sont essentielles pour permettre de lever ces obstacles. En fonction des capacités d'intervention et du contexte, les différentes options pour lever les barrières d'accès peuvent comprendre la mise en place de cliniques localisées, l'aide au transport, la communication sur la disponibilité des services et la garantie de la sécurité des patients. Les futures analyses menées par la CASS pourront contribuer à améliorer et influencer la réponse à la COVID-19 et à garantir que les décisions prises dans le cadre des programmes et interventions se fondent sur des données acquises. Des relations et des partenariats avec d'autres organisations et des organismes de l'ONU seront noués pour garantir que les recommandations sont prises en compte et donnent lieu à des actions.

## La Cellule d'Analyses en Sciences Sociales (CASS) : nous contacter

Pour toute requête ou question en lien avec la CASS au sujet des briefings, des outils ; pour demander un appui technique ou analytique supplémentaire ; pour être intégré dans le réseau des partenaires de recherche de la CASS, contacter par email : Simone Carter ([scarter@unicef.org](mailto:scarter@unicef.org)) et Jerome Pfaffman Zambruni ([jpgaffmann@unicef.org](mailto:jpgaffmann@unicef.org)).

Les contributeurs principaux de la CASS incluent des membres de GOARN-Recherche ([nina.gobat@phc.ox.ac.uk](mailto:nina.gobat@phc.ox.ac.uk)), OMS ([ngoundoungj@who.int](mailto:ngoundoungj@who.int)), Anthrologica ([oliviattulloch@anthrologica.com](mailto:oliviattulloch@anthrologica.com)), MSF-Epicentre (Pascale LISSOUBA@[epicentre.msf.org](mailto:epicentre.msf.org)), HHI ([ppham@hsph.harvard.edu](mailto:ppham@hsph.harvard.edu); [pvinck@hsph.harvard.edu](mailto:pvinck@hsph.harvard.edu)), Gillian McKay from LSHTM ([Gillian.Mckay@lshtm.ac.uk](mailto:Gillian.Mckay@lshtm.ac.uk)), TWB ([christine@translatorswithoutborders.org](mailto:christine@translatorswithoutborders.org)), ITM ([WVDamme@itg.be](mailto:WVDamme@itg.be), [vvanlerberghe@itg.be](mailto:vvanlerberghe@itg.be)), FICR ([ombretta.baggio@ifrc.org](mailto:ombretta.baggio@ifrc.org)), NOVETTA ([roneill@novetta.com](mailto:roneill@novetta.com)).