



© UNICEF

Communication relative aux risques et mobilisation de la population

Guide des indicateurs dans le contexte de la COVID-19

Communication relative aux risques et mobilisation de la population

Guide des indicateurs dans le contexte de la COVID-19

Produit par le Service collectif pour la communication relative aux risques et mobilisation de la population (RCCE) en collaboration avec le groupe de travail interagences RCCE Data for Action.

Remerciements

Les entités centrales du Service collectif ont collaboré étroitement avec le secrétariat pour rédiger le présent document. Elles ont également consulté les membres du groupe de travail mondial sur le suivi et l'évaluation des activités de RCCE tout au long du processus, et pris en compte leurs nombreuses contributions. Ce groupe de travail est composé de participants issus des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, de la Bill and Melinda Gates Foundation, de GOARN, de l'Université Johns Hopkins, d'Oxfam, de UK-Med, d'Internews et de l'OMS. Le secrétariat du Service collectif a par ailleurs été en contact avec le groupe de travail mondial sur la jeunesse, le groupe de travail mondial sur la communication relative aux risques et la mobilisation de la population et les contextes à faibles ressources, le sous-groupe de travail sur les migrants, les réfugiés, les communautés d'accueil et autres groupes vulnérables, ainsi que le groupe de travail sur les médias. Ils ont ainsi pu discuter et créer ensemble le guide des indicateurs. Plusieurs consultations ont également eu lieu au niveau régional : en Asie et dans le Pacifique, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, en Afrique de l'Est et australe, en Afrique de l'Ouest et centrale, en Europe et en Asie centrale, ainsi qu'en Amérique latine et les Caraïbes.

Nous tenons à remercier tout particulièrement les contributeurs suivants : Genevieve Hutchinson, BBC Media Action ; Kaushiki Ghose, BBC Media Action ; Rosie Jackson, CDAC Network ; Christina Craig, Centers for Disease Control and Prevention ; Riley Wagner, Centers for Disease Control and Prevention ; Nancy Pattison Wong, Centers for Disease Control and Prevention ; Eva Niederberger, Service collectif pour la RCCE ; Brian Mac Domhnaill, Service collectif pour la RCCE ; Silvia Magnoni, Service collectif pour la RCCE ; Vincent Turmine, Service collectif pour la RCCE ; Caroline Austin, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; Monica Posada, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; Benjamin Noble, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; Santiago Rodriguez, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; Viviane Fluck, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; Frida Archibold, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; Ombretta Baggio, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; Helen Rice, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; Ida Jooste, Internews ; Stijn Aelbers, Internews ; James Sport, Internews ; Hana Pasic, GYM ; Kathryn Bertram, John Hopkins University ; Tom Black, Gates Foundation ; Jeni A. Stolow, Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie ; Sameera Suri, Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie ; Peter Winch, LSHTM Hygiène Hub ; Caroline Muturi, OXFAM ; Raissa Azzalini, OXFAM ; Abie Bangura, OXFAM ; Michelle Farrington, OXFAM ; Anu Puri, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Carla Daher, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Charles Antoine-Hoffman, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Rania Eleassawi, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Humberto Jaime, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Amaya Gillespie, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Mario Mosquera, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Rudrajit Das, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Tasmia Bashar, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Sergiu Tomsa, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Magdalena Isaurralde, Fonds des Nations Unies pour

l'enfance ; Sebastian Carrasco, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Jean Luc Yameogo, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Deepa Risal Pokharel, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Namita Niranjana Rao, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Bezya Bukhet Cihan, Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; Arianna Serino, Save the Children ; Thomas Moran, Organisation mondiale de la Santé ; Brian Riley, Organisation mondiale de la Santé ; Corey Henderson, Organisation mondiale de la Santé ; Taylor Warren, Organisation mondiale de la Santé ; Lisa Menning, Organisation mondiale de la Santé ; Peggy Hanna, Organisation mondiale de la Santé ; Philippe Borremans, Organisation mondiale de la Santé ; Simon Van Woerden, Organisation mondiale de la Santé ; Supriya Bezbaruah, Organisation mondiale de la Santé ; Angela Ormondi, Organisation mondiale de la Santé ; Tina Purnat, Organisation mondiale de la Santé ; Christine Czerniack, Organisation mondiale de la Santé ; Diana Maddah, UK Med.

Le Service collectif

Le Service collectif est un partenariat collaboratif entre la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il reçoit un soutien actif de la part du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) et de parties prenantes clés des secteurs de la santé publique et de l'humanitaire. Validé en avril 2020 par les hauts responsables du Comité permanent interorganisations, le Service a été lancé en juin de la même année, avec le soutien de la Bill and Melinda Gates Foundation. Il vise à promouvoir les points forts complémentaires de tous ses partenaires, et ainsi permettre à ces derniers d'obtenir les meilleurs résultats possibles. En réunissant un vaste portefeuille d'organisations impliquées dans les politiques, pratiques et recherches en matière de RCCE, le Service entend fournir une aide concrète aux équipes de terrain.

Objet et public cible

Le présent document constitue un guide provisoire établi par le Service collectif pour les indicateurs de suivi et d'évaluation des activités de RCCE dans le cadre de la crise de la COVID-19. Il peut être utilisé pour suivre les progrès concernant la mise en œuvre des activités de RCCE et pour évaluer les interventions connexes établies pour lutter contre la COVID-19. Principalement destiné aux acteurs de la RCCE au niveau national, il pourra intéresser les pouvoirs publics, les entités de l'Organisation des Nations Unies, les organisations non gouvernementales et la société civile (milieu universitaire et acteurs communautaires). Ce guide peut aussi servir aux activités de RCCE aux niveaux régional et mondial. Il a été conçu comme une liste d'indicateurs au sein de laquelle il est possible de puiser en vue de mesurer les résultats d'un programme de RCCE. Certes mis au point dans le contexte spécifique de la riposte à la COVID-19, ce document peut aussi constituer une référence pour l'élaboration de cadres d'indicateurs pour des interventions de RCCE liées à d'autres épidémies. En cas d'adaptation du présent guide à ces fins, il est préférable de solliciter des conseils techniques en matière de suivi et d'évaluation.

Table des matières

Remerciements	3
Le Service collectif	3
Objet et public cible	3
Table des matières	4
Abréviations et acronymes	5

Chapitre 1: Introduction et contexte **6**

Communication relative aux risques et mobilisation de la population	7
Cadre provisoire du Service collectif pour le suivi des indicateurs de la RCCE	7

Chapitre 2: Cadre d'indicateurs de RCCE **9**

Liste d'indicateurs	12
Indicateurs de base	12
Comment utiliser les recommandations pour les indicateurs	17
Ressources complémentaires	18

Chapitre 3: La collecte de données **19**

Aspects éthiques	20
Sources de données	20
Ventilation et fréquence	21

Chapitre 4: Les indicateurs **23**

La mise en pratique des mesures de santé publique recommandées	24
Respect des normes sociales	31
Solidarité sociale	33
Confiance dans les autorités	35
Redevabilité envers la communauté	37
Connaissance des informations sur les risques liés à la COVID-19	39
Portée des informations	45
Participation à la coordination de l'intervention	50
Engagement communautaire	52
Lois et politiques	56
Gestion de « l'infodémie »	59
Retour d'informations de la communauté	61
Recherche et évaluation des besoins	64
Renforcement des capacités	65
Mécanisme de coordination	66
Plan et budget de la RCCE	67

Abréviations et acronymes

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COVID-19	Maladie à nouveau coronavirus 2019
GOARN	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie
RCCE	Communication relative aux risques et mobilisation de la population
ODD	Objectif de développement durable
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la Santé



Chapitre 1: Introduction et contexte



Communication relative aux risques et mobilisation de la population

Dès le début de la crise de la COVID-19, le domaine de la communication relative aux risques et de la mobilisation de la population (RCCE) a été reconnu comme central pour la riposte. La RCCE est cruciale si l'on souhaite apporter les solutions nécessaires à la crise, notamment sur le plan médical, mais pas uniquement. Elle porte aussi bien sur la modification des comportements que sur la lutte contre la désinformation et sur le soutien au leadership au niveau communautaire. La RCCE est une priorité transversale faisant appel à un large éventail de partenaires de l'humanitaire et de la santé publique, lesquels doivent collaborer avec les pouvoirs publics et les communautés touchées. Il s'agit d'un domaine essentiel à la réussite des efforts de lutte contre les difficultés à venir d'une crise bien actuelle, par exemple le déploiement d'une campagne de vaccination mondiale inédite.

La RCCE se décompose en deux branches : la communication relative aux risques et mobilisation de la population. Ces deux axes de travail s'appuient l'un sur l'autre pour tenter de placer les communautés au cœur de la riposte à la COVID-19.

Il place les données au cœur de ses stratégies. Les activités de suivi et d'évaluation serviront à mesurer la réussite de toutes les interventions et à analyser les situations de manière régulière. Leurs résultats permettront ainsi d'apporter les éventuels changements nécessaires. Des méthodes issues des sciences sociales sont utilisées pour obtenir des informations complètes sur les populations touchées par la maladie et assurer la participation continue de ces dernières, de la préparation, notamment opérationnelle, à l'intervention. Cette approche garantit le respect et la redevabilité envers la communauté. Elle favorise également l'établissement de relations de confiance et l'acceptation des mesures de santé publique.

Cadre provisoire du Service collectif pour le suivi des indicateurs de la RCCE

En 2020, le Service collectif a mis au point un [cadre pour la modification des comportements face à la COVID-19](#),

qui s'appuie sur le [modèle de facteurs comportementaux de l'UNICEF](#). Le cadre pour la modification des comportements face à la COVID-19 s'organise autour de six dimensions sociocomportementales : information et communication ; connaissances et compréhension ; perceptions ; pratiques ; environnement social ; et facteurs structurels. Il est ainsi possible d'influer sur l'adoption de comportements positifs en matière de santé. Ce cadre et ses dimensions permettent en effet de comprendre les perceptions, connaissances, pratiques, processus sociaux et facteurs structurels des populations. Le cadre s'accompagne d'un ensemble d'indicateurs (principalement de résultat) qui mesurent les aspects sociaux et comportementaux de la RCCE dans le contexte de la COVID-19. Afin d'appuyer la collecte de données destinées à alimenter ces indicateurs, le Service collectif a créé une [banque de questions](#), en consultation avec ses partenaires d'intervention et de nombreux experts. Il s'agit d'une liste de questions liées aux facteurs sociaux et comportementaux de la COVID-19 et intégrées à sa stratégie globale. Elles peuvent servir à mener des recherches opérationnelles en sciences sociales au niveau des communautés (enquêtes quantitatives, groupes de discussion à visée qualitative, etc.), car elles ont trait aux connaissances, perceptions, pratiques et facteurs sociaux et structurels. Il est attendu des partenaires qu'ils définissent les principaux domaines d'enquête selon leurs priorités opérationnelles, qu'ils choisissent les questions les plus pertinentes et qu'ils les adaptent à leur contexte national et infranational.

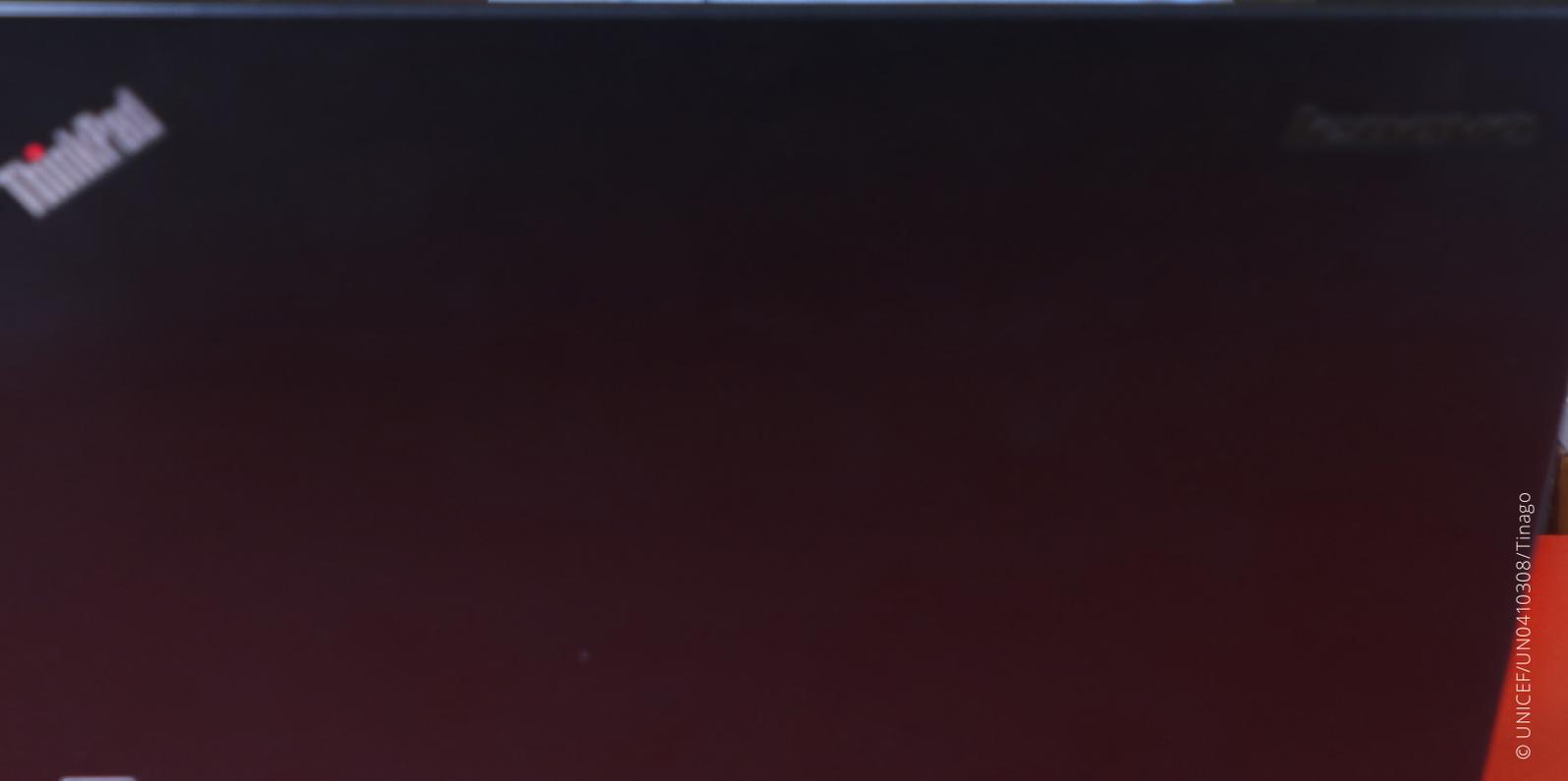
En 2021, Le Service collectif a entrepris l'élaboration du présent document, le Guide provisoire des indicateurs de RCCE, en vue de fournir un cadre de suivi et d'évaluation proposant des indicateurs de produit et de résultats qui soient clairs et appuient la gestion de programme. Des indicateurs de réalisation issus du cadre pour la modification des comportements face à la COVID-19 y sont combinés à des indicateurs de produit, d'activité et d'apport. Ces trois derniers types d'indicateurs ont été mis au point en faisant explicitement référence aux normes et indicateurs minimaux de l'UNICEF en matière de mobilisation de la population.¹ Le présent guide fournit un ensemble complet d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation des activités de RCCE. En plus des normes et indicateurs minimaux en matière de mobilisation de la population et du cadre pour la modification des comportements face à la COVID-19, les ressources suivantes ont été étudiées : la [Norme humaine fondamentale](#) ; le cadre de suivi et d'évaluation du plan de préparation stratégique et d'intervention de l'OMS ; les [facteurs comportementaux et sociaux de la vaccination](#) ; le cadre de suivi et d'évaluation des activités de riposte à la COVID-19 dans l'Union européenne, l'espace économique européen et le Royaume-Uni (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies) ; le cadre et les outils de suivi et d'évaluation pour la RCCE et la COVID-19 (initiative READY) ;

1 UNICEF, Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement, 2019.

et le plan d'intervention humanitaire face à la COVID-19 du Bureau de la coordination des affaires humanitaires.

Le présent guide aura été distribué aux partenaires nationaux et régionaux au cours de l'année 2021. En 2022, le Ser-

vice collectif procédera à une révision du document, à partir de laquelle le guide final des indicateurs de RCCE dans le contexte de la COVID-19 pourra être mis au point, puis publié.





Chapitre 2: Cadre d'indicateurs de RCCE



Ce chapitre explique la structure du guide.

Son élaboration a suscité en premier lieu la formulation d'une théorie du changement générique, s'appliquant à de vastes programmes nationaux de RCCE pour la riposte à la COVID-19. La théorie du changement énonce les principaux résultats de RCCE qui contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité engendrées par la COVID-19. Le tableau 1 classe les résultats en cinq catégories : impacts, réalisations, produits, activités et apports.

Un suivi des hypothèses doit être réalisé afin de garantir que le programme est pertinent et approprié par rapport au contexte. Exemples d'hypothèses pertinentes au regard de la RCCE :

- » La population est en mesure d'accéder aux produits et services recommandés pour faire face et lutter contre la COVID-19.
- » Les pouvoirs publics fournissent un soutien continu en vue de mettre en œuvre et pérenniser les politiques de lutte contre la COVID-19, et ce, tout au long de la pandémie.

Les hypothèses peuvent varier en fonction du contexte et des objectifs du programme. C'est pourquoi les indicateurs de suivi des hypothèses n'ont pas été inclus dans le présent guide.



TABLEAU 1 | THÉORIE DU CHANGEMENT DE LA RCCE DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19

Impact	Les taux de transmission, de morbidité et de mortalité de la COVID-19 ont diminué.						
Réalisations	La communauté, en particulier ses membres les plus vulnérables, a accès aux services et applique les principales recommandations de santé publique.						
	Les normes sociales contribuent à ce que la population applique les recommandations de santé publique.						
	La confiance en soi des individus est renforcée, ce qui contribue à l'application des recommandations de santé publique.						
	La communauté est soudée, ce qui contribue à l'application des mesures de santé publique.						
	La communauté a confiance en la riposte de santé publique à la COVID-19.						
	La riposte est menée par la communauté et des comptes sont rendus au public.				La communauté comprend les informations et les recommandations de santé publique.		
Produits	Les systèmes de RCCE sont renforcés pour pouvoir faire face aux situations d'urgence de santé publique.						
	La communauté participe à la prise de décisions concernant la riposte de santé publique.		La communauté, en particulier ses membres les plus vulnérables, participe à la riposte de santé publique.			Des informations exactes sur les risques sont communiquées à la population.	
	Le cadre d'action publique et législatif appuie les activités de RCCE dans le contexte de la COVID-19.	Des mécanismes sont établis pour favoriser la mobilisation de la population à la prise de décisions.	Les membres de la communauté sont encouragés à jouer un rôle actif dans la prestation de services.	Les prestataires de services locaux interagissent avec les membres de leur communauté et leur fournissent les informations nécessaires.	Des plateformes virtuelles et physiques sont créées pour faciliter le dialogue sur les questions de santé publique au sein de la communauté.	La communication relative aux risques préparée par les médias et les autorités de santé publique est factuelle.	L'« infodémie » et la désinformation sont contrôlées.
Activités	Des dispositifs de retour d'informations connectent la communauté aux pouvoirs publics, aux médias et aux autres parties prenantes.						
	Des recherches sociales et comportementales sont menées.		Un suivi de la communication est mis en place.			Un suivi des rumeurs est mis en place.	
	La communication avec les partenaires locaux est renforcée.						
	Des formations de renforcement des capacités des partenaires sont disponibles.						
	Une assistance technique est fournie pour appuyer la mise en œuvre des activités de RCCE.						
	Des activités de plaidoyer sont réalisées pour promouvoir l'adoption et la mise en œuvre de stratégies de RCCE						
Apports	Un plan national d'intervention en matière de RCCE dans le contexte de la COVID-19 est mis au point en s'appuyant sur les données probantes.						
	Une évaluation des besoins en matière de RCCE est déployée.						
	Des mécanismes de coordination de la RCCE aux échelles nationale et locale sont utilisés.						
	Un personnel qualifié en RCCE est disponible.						
	Un budget suffisant est alloué au programme de RCCE.						

Les indicateurs du présent document ont été choisis pour mesurer les résultats de cette théorie du changement. Chacun d'entre eux correspond à un énoncé de résultat de la théorie du changement. Par exemple, le résultat no 6 du tableau 1 (« *La communauté a confiance en la riposte de santé publique à la COVID-19* ») se retrouve dans l'indicateur « *pourcentage d'individus faisant confiance aux autorités de santé publique et aux partenaires menant la riposte à la COVID-19* ». Dans la mesure du possible, plusieurs indicateurs sont proposés pour chaque résultat afin que les intervenants puissent choisir ceux qui sont les plus appropriés à leur contexte. Les intervenants peuvent faire le choix d'utiliser plusieurs indicateurs pour mesurer un seul résultat.

Les indicateurs présentés dans ce guide ont été choisis pour leur pertinence, leur cohérence et leur fiabilité. Dans la mesure du possible, ils ont été définis en concordance avec les documents les plus pertinents à l'échelle mondiale, à savoir le cadre pour la modification des comportements face à la COVID-19, élaboré par le Service collectif, et les normes et indicateurs minimaux de l'UNICEF en matière de mobilisation de la population. Les indicateurs relatifs à la vaccination sont tirés du document de l'OMS sur les **facteurs comportementaux et sociaux liés à la vaccination**. Un examen approfondi des publications disponibles a également été effectué en quête d'autres indicateurs de RCCE. De nouveaux indicateurs ont en outre été définis pour mesurer les résultats dans les cas où aucun indicateur existant ne convenait.

La disponibilité des données est un aspect important à prendre en compte lors du choix des indicateurs. La disponibilité des informations relatives à la RCCE varie considérablement d'une région à l'autre et selon les périodes. Plutôt que de limiter le cadre aux indicateurs pour lesquels des informations sont actuellement disponibles, il a été décidé d'inclure des indicateurs pour lesquels il n'existe à l'heure actuelle pas de données disponibles, mais qui devraient à notre sens être traités en priorité dans le processus de mise au point des méthodes de collecte de données.

Au cours d'une pandémie, les informations nécessaires à la gestion d'une intervention évoluent au fil du temps. Par exemple, aux premiers stades de l'intervention, la priorité sera sans doute de veiller à ce que la population dispose des informations nécessaires pour éviter de contracter le virus. À un stade ultérieur, l'accent peut être mis sur la sensibilisation du public à la vaccination. Une fois qu'un indicateur est sélectionné, il est recommandé de le conserver dans le cadre de suivi du programme et de le tenir à jour pendant toute la durée de l'intervention. De nouveaux indicateurs peuvent être ajoutés au cadre de suivi du programme à mesure que la situation évolue. Par exemple, lorsqu'un vaccin est mis à la disposition de la population, il est possible d'ajouter des indicateurs sur l'acceptation de ce vaccin au sein de cette population.

Les informations fournies au public sur les risques liés aux maladies infectieuses peuvent varier dans le temps et d'une région à l'autre. Par exemple, les conseils sur la distance physique de sécurité à maintenir entre deux personnes peuvent évoluer au fur et à mesure que les connaissances scientifiques progressent. Chaque gouvernement peut également adopter ses propres

recommandations sanitaires en fonction du contexte national ou de ses préférences politiques. Ces divergences entre les pays ne sont pas sans difficulté pour la ventilation des données. Pour en tenir compte, ce guide a recours à des indicateurs à définition large. Par exemple, au lieu d'un indicateur faisant état du « *Pourcentage d'individus qui maintiennent un éloignement physique de 1,5 mètre* », nous avons choisi l'indicateur « *Pourcentage d'individus qui déclarent appliquer les mesures recommandées pour se protéger contre la COVID-19* ». Ce second indicateur utilisera comme référence la recommandation sanitaire du gouvernement en question. Ces indicateurs définis au sens large permettront également de comparer les pays et les zones géographiques en ce qui concerne le pourcentage d'individus qui appliquent les mesures recommandées localement.

Veillez noter que dans la théorie du changement, la RCCE est nécessaire à la réalisation des résultats souhaités en matière de réduction de la transmission, de réduction de la morbidité et de réduction de la mortalité liées à la COVID-19. La RCCE est reconnue comme contribuant à ces résultats. Le **plan de préparation stratégique et d'intervention** de l'OMS fournit des orientations sur les indicateurs pouvant être utilisés pour mesurer les résultats.

Veillez également noter que les résultats escomptés selon la théorie du changement ne sont pas tous assortis d'un indicateur de mesure dans le présent guide. Les indicateurs ont été sélectionnés en tenant compte des résultats clés de la RCCE. En outre, certains résultats escomptés ne sont pas inclus ici à des fins de mesure, car la méthodologie de collecte des données y afférente doit être affinée avant de pouvoir les inclure dans le présent guide. Le format recommandé pour la description des indicateurs est décrit dans le tableau 2.

Liste d'indicateurs

Le tableau 3 contient la liste complète des indicateurs inclus dans le présent guide.

Indicateurs de base

Le tableau 4 présente une série d'indicateurs de base pour le suivi et l'évaluation de la RCCE. Il comprend des indicateurs pour les résultats associés à la communication relative aux risques et pour ceux associés à la mobilisation communautaire. Ces indicateurs mesurent les impacts escomptés au niveau des résultats et des produits. Ils peuvent être considérés comme un ensemble de base pour suivre les progrès globalement réalisés en matière de RCCE. Le Service collectif recommande d'inclure ces indicateurs dans tous les cadres d'indicateurs de suivi et d'évaluation de la COVID-19. Le fait de recourir à cet ensemble d'indicateurs de base favorise par ailleurs la cohérence des rapports et des analyses au sein des pays et entre eux.

TABLEAU 2 | **FORMAT RECOMMANDÉ POUR LA DESCRIPTION DES INDICATEURS**

Indicateur	Dénomination complète de l'indicateur.
Résultat	Dénomination complète du résultat que l'indicateur permet de suivre.
Niveau de résultat	Niveau du résultat – voir la théorie du changement (impacts, résultats, etc.)
Référence	Document dont l'indicateur est tiré.
Objet	Motivation justifiant l'utilisation de cet indicateur.
Définition	Définition technique de l'indicateur.
Ventilation	Recommandations sur la ventilation possible des données associées à l'indicateur.
Computation	Méthode de calcul de la valeur finale de l'indicateur.
Fréquence	Fréquence à laquelle les données doivent être recueillies, analysées et communiquées.
Sources de données	Conseils sur le type de données à utiliser pour l'indicateur.
Limites	Aspects à prendre en compte lors de l'utilisation de l'indicateur.



TABLEAU 3 | LISTE DES INDICATEURS RELATIFS À LA COMMUNICATION RELATIVE AUX RISQUES ET MOBILISATION DE LA POPULATION

Niveau	Indicateurs	Page
Réalizations	Mise en pratique des mesures de santé publique recommandées	24
	Pourcentage d'individus qui déclarent appliquer les mesures recommandées pour se protéger de la COVID-19	24
	Pourcentage d'individus qui déclarent appliquer les mesures recommandées pour enrayer la transmission de la COVID-19 dans leur communauté	26
	Pourcentage d'individus qui consultent immédiatement un service médical en cas de symptômes compatibles avec la COVID-19	28
	Pourcentage d'individus qui se feront vacciner contre la COVID-19 si ce vaccin leur est proposé	30
	Respect des normes sociales	31
	Pourcentage de la population qui s'attend à ce que la plupart des personnes au sein de la communauté observent les normes sociales en rapport avec la COVID-19	31
	Solidarité sociale	33
	Pourcentage d'individus qui pensent que contracter la COVID-19 entraîne une stigmatisation	33
	Pourcentage d'individus qui ont reçu un soutien social en rapport avec la COVID-19 de la part de leur famille, de leurs amis ou de leurs voisins au cours des trois derniers mois	34
	Confiance dans les autorités	35
	Pourcentage d'individus faisant confiance aux autorités de santé publique et aux partenaires menant la riposte à la COVID-19	35
	Redevabilité envers la communauté	37
	Pourcentage d'individus qui estiment que les mesures recommandées localement pour lutter contre la COVID-19 sont justes	37
	Pourcentage d'individus qui savent comment donner un retour d'informations	38
	Connaissance des informations sur les risques liés à la COVID-19	39
	Pourcentage d'individus qui se considèrent à risque de contracter la COVID-19	39
	Pourcentage d'individus qui connaissent les symptômes réels de la COVID-19	40
	Pourcentage d'individus qui connaissent les modes de transmission réels de la COVID-19	41
	Pourcentage d'individus qui savent comment se protéger de la COVID-19	43
	Pourcentage d'adultes/agents de santé qui savent où obtenir un vaccin contre la COVID-19 pour leur propre compte	44
	Portée des informations	45
	Pourcentage d'individus qui se renseignent régulièrement sur la COVID-19	45
	Pourcentage d'individus qui reçoivent des informations à travers un canal de communication en lequel ils ont confiance	46
	Pourcentage d'individus ayant reçu des informations de santé publique sur la COVID-19	47
	Pourcentage d'individus qui sont satisfaits du contenu des informations qu'ils reçoivent sur la COVID-19	49

	Participation à la coordination de l'intervention	50
	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles les membres de la communauté participent activement aux processus de prise de décisions en matière de santé publique	50
Produits	Engagement communautaire	52
	Pourcentage de groupes communautaires ciblés qui font la promotion des recommandations de santé publique destinées à endiguer la COVID-19	52
	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles les membres de la communauté jouent un rôle actif dans la prestation des services de santé publique pour faire face à la COVID-19	53
	Pourcentage de zones ciblées où se tiennent des dialogues communautaires sur la santé publique	54
	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles des aides sont fournies aux membres de la communauté en vue de leur permettre de jouer un rôle actif dans la prestation des services de santé publique pour faire face à la COVID-19.	55
	Lois et politiques	56
	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles les procédures opérationnelles normalisées relatives à la RCCE ont été adoptées par les partenaires gouvernementaux	56
	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles des politiques et des procédures de participation des communautés locales ont été adoptées	57
Activités	Gestion de « l'infodémie »	59
	Il existe une capacité de suivi et de traitement de l'infodémie et de la désinformation en matière de santé.	59
	Retour d'informations de la communauté	61
	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles des mécanismes sont en place pour recueillir et utiliser les commentaires et suggestions fournis par la communauté	61
	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles des changements ont été apportés aux plans d'intervention contre la COVID-19 sur la base des retours d'information fournis par la communauté	63
	Recherche et évaluation des besoins	64
	Pays ayant réalisé une évaluation des facteurs comportementaux et sociaux de l'acceptation et de l'utilisation des vaccins contre la COVID-19	64
	Renforcement des capacités	65
Nombre de participants aux séances de formation sur la RCCE	65	
Apports	Mécanisme de coordination	66
	Un mécanisme de coordination de la RCCE est en place et formellement en service.	66
	Plan et budget	67
	Un plan de communication relative aux risques et mobilisation de la population relatif à la COVID-19 est adopté.	67
	Un budget adéquat est disponible pour mener les activités de communication relative aux risques et mobilisation de la population.	68

TABEAU 4 | LISTE D'INDICATEURS DE BASE RECOMMANDÉS

INDICATEURS DE BASE	Page
Pourcentage d'individus qui déclarent appliquer les mesures recommandées pour se protéger de la COVID-19	24
Pourcentage d'individus qui se feront vacciner contre la COVID-19 si ce vaccin leur est proposé	30
Pourcentage d'individus qui connaissent les modes de transmission réels de la COVID-19	41
Pourcentage de groupes communautaires ciblés qui font la promotion des recommandations de santé publique destinées à endiguer la COVID-19	52
Nombre d'individus ayant reçu des informations de santé publique sur la COVID-19	47



© UNICEF/UN0375523/Kaur



Comment utiliser les recommandations pour les indicateurs

Comme indiqué plus haut, il est conseillé dans la mesure du possible d'appliquer le guide provisoire des indicateurs de RCCE en collaboration avec les parties prenantes et les partenaires de la RCCE, afin de favoriser une intervention coordonnée. Nous expliquons brièvement ci-dessous la manière d'appliquer ces recommandations pour la programmation.

• Créer une théorie du changement

Dans un premier temps, une théorie du changement se rapportant à la RCCE doit être élaborée. La théorie du changement exposée dans le présent document a été rédigée sous forme de schéma général pouvant être adapté à des contextes particuliers. Les résultats qui ne sont pas pertinents pour un programme donné peuvent être éliminés de la théorie du changement. À l'inverse, d'autres résultats peuvent y être ajoutés. Il est essentiel de veiller à la logique et à la clarté de la théorie du changement. Le temps et les efforts investis dans l'élaboration de cette théorie seront rentabilisés, dans la mesure où elle constitue le fondement du suivi et de l'évaluation du programme.

• Choisir les indicateurs

Une fois que les principaux résultats escomptés du programme ont été définis, l'étape suivante consiste à choisir des indicateurs pour mesurer ces résultats. Chaque indicateur mentionné dans le présent guide fait référence à un résultat précis de la théorie du changement. Par exemple, le résultat numéro 8 du tableau 1, à savoir « La communauté comprend les informations et les recommandations de santé publique », est mesuré par trois indicateurs : « Pourcentage d'individus qui connaissent les symptômes réels de la COVID-19 », « Pourcentage d'individus qui connaissent les modes de transmission réels de la COVID-19 » et « Pourcentage d'individus qui savent comment se protéger de la COVID-19 ». Chacun de ces indicateurs mesure une dimension concrète du résultat. Il faut sélectionner les indicateurs qui sont les plus pertinents pour le programme en question.

• Choisir des moyens de vérification

Les présentes recommandations décrivent pour chaque indicateur un moyen de vérification ou une source de données à privilégier. Des sources de données alternatives sont également suggérées. Les moyens de vérification doivent être choisis en fonction du contexte et des ressources du programme. Pour certains programmes, il est possible de réaliser une enquête de haute qualité et de mener une recherche qualitative à des fins de triangulation des données. Pour d'autres, les possibilités de collecte de données seront plus limitées. On peut aussi envisager de recourir à des technologies mobiles spécifiques pour faciliter la collecte rapide de données ou le suivi des activités. Dans tous les cas, l'objectif est de fournir une assise factuelle aussi solide que possible compte tenu du contexte.

• Déterminer la fréquence d'établissement des rapports

Il convient de définir la périodicité des rapports portant sur chaque indicateur. Les données associées aux indicateurs doivent être disponibles au moment où les responsables de programmes en ont besoin. La fréquence de cette mise à disposition peut varier en fonction des circonstances de l'intervention. Ainsi, à un stade précoce d'une pandémie, il se peut que ces informations soient nécessaires à une cadence plus soutenue qu'à un stade ultérieur. La fréquence d'établissement des rapports dépend également des moyens disponibles pour recueillir les données et du contexte opérationnel.

Une fois toutes ces étapes franchies, on dispose à la fois d'une théorie du changement pour le programme et d'un cadre d'indicateurs pour l'évaluer. Les données devront être collectées en fonction du moyen de vérification choisi et à la fréquence établie. Le plus important est d'analyser, de traiter et d'interpréter les données disponibles.



Ressources complémentaires

Pour en savoir plus sur la RCCE dans le contexte de la COVID-19, vous pouvez également consulter les ressources mentionnées ci-dessous.

• Centre d'assistance du Service collectif

Le Centre d'assistance du Service collectif propose une assistance technique. Il a pour objectif de renforcer la capacité du personnel national et local à entrer en contact avec les communautés affectées par les crises. Le Centre d'assistance s'appuie sur l'expertise de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, de l'UNICEF et de l'OMS afin d'apporter un soutien et des recommandations techniques aux professionnels de la RCCE. Pour toute demande de données ou de conseils, vous pouvez contacter le Centre d'assistance du Service collectif à l'adresse suivante : helpdesk@rcce-collective.net

• Tableau de bord du Service collectif

Le Service collectif est particulièrement impliqué dans l'examen des études quantitatives relevant du domaine de la RCCE et menées sur le terrain ou à l'échelle mondiale par les partenaires et la communauté universitaire. Le contenu de ces études a donné lieu à un important travail de confrontation et de compilation des données, dont les résultats sont accessibles depuis le [Tableau de bord des indicateurs comportementaux du Service collectif](#). À ce jour, le Tableau de bord compile des données issues de plus de 340 études quantitatives. Il permet de mesurer et de suivre les principales données sociocomportementales relatives aux interventions d'urgence à l'échelle mondiale, nationale et régionale. Il est également possible d'accéder aux données de 187 pays différents grâce à des tableaux de bord nationaux individuels.

• Programme de formation en sciences sociales du Service collectif

Le Service collectif a mis au point un programme de formation relatif à l'exploitation des données issues des sciences sociales au service des activités de communication et de participation communautaires. Ce programme de formation comporte sept modules divisés en 24 séances et aborde l'ensemble des modalités d'exploitation des données issues des sciences sociales au service de l'action en situation d'urgence. Pour accéder au contenu de la formation, veuillez consulter le [site Internet](#) du Service collectif.

• Retours d'informations de la communauté

La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a mis au point un ensemble complet d'orientations et d'outils destinés à améliorer la prise en compte du point de vue des communautés afin d'optimiser les programmes, les opérations et la redevabilité. Ces outils comportent notamment une série d'étapes à suivre pour poser les bases d'un dispositif de retour d'informations, ainsi que des orientations permettant de mener des enquêtes sur les perceptions de la communauté, d'analyser les données qualitatives et de gérer les données sensibles issues du dispositif retour d'informations, et de garantir une gestion responsable de l'ensemble des données collectées. Un grand nombre d'orientations et d'outils sont disponibles sur le portail de la Croix-Rouge consacré à la [participation communautaire](#).

• Manuel du Service collectif : des données pour agir

Le Service collectif propose un manuel mis à jour régulièrement et consacré à l'exploitation des données au service de l'action. L'objectif de ce manuel est de décrire les processus permettant l'exploitation des données au service de la RCCE. Le manuel traite notamment des sciences sociales, des retours d'informations de la communauté, du suivi et de l'évaluation, de l'utilisation des données et de la gestion de l'information. Dans chacun de ces domaines, le manuel propose des liens vers des ressources recommandées. Le Service collectif assure la mise à jour régulière de ce document. Une version en ligne du manuel est actuellement en préparation. En attendant, vous pouvez consulter le document (en anglais) en cliquant [ici](#).



Chapitre 3: La collecte de données



Ce chapitre fournit des conseils techniques sur la collecte des données relatives à la RCCE, en se penchant notamment sur les aspects éthiques de cette collecte, les sources d'information et la ventilation des données.

Aspects éthiques

Le présent document n'a pas vocation à dispenser des conseils spécifiques en matière d'éthique pour le suivi et l'évaluation de la RCCE. Il met plutôt en avant une série de ressources clés susceptibles d'orienter les partenaires dans ce domaine.

La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge considère ses sept principes fondamentaux comme la base de l'action du Mouvement en toutes circonstances. Les aspects éthiques de l'action humanitaire ont été précisés dans le [Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales \(ONG\) lors des opérations de secours en cas de catastrophe](#).

En collaboration avec l'Université de New York, l'UNICEF a lancé l'initiative [Responsible Data for Children](#) (RD4C). Cette initiative vise à mettre au point des outils d'intérêt public étayés par l'expérience sur le terrain et fondés sur des données probantes, ainsi que des conseils sur les bonnes pratiques à suivre, afin de permettre aux praticiens de première ligne et aux responsables de programmes de prendre des décisions éclairées sur les données relatives aux enfants. RD4C comprend des conseils sur la manière de concevoir, de soutenir et de mettre en œuvre des programmes en tenant compte de ces risques, ainsi que sur la manière de promouvoir des pratiques et des systèmes appropriés en matière de données. RD4C est une initiative intersectorielle, œuvrant dans tous les services de l'UNICEF.

En février 2020, l'OMS a créé un [groupe de travail international sur l'éthique et la COVID-19](#). Le groupe élabore des recommandations sur les principales questions éthiques que les États Membres de l'OMS doivent aborder. Il s'appuie sur les lignes directrices de l'OMS de 2017 sur la gestion des questions éthiques dans la surveillance de la santé publique. Ce document, l'un des premiers du genre, est considéré comme une référence utile pour la RCCE et la déontologie dans la collecte des données.

Sources de données

Pour chaque indicateur décrit dans le présent guide, une source de données préférentielle est recommandée. Par exemple, pour l'indicateur « *Pourcentage d'individus qui déclarent appliquer les mesures recommandées pour se protéger* »



de la COVID-19 », les sources de données recommandées sont les enquêtes auprès de la population. Des sources de données alternatives sont également suggérées. Il est possible d'y recourir lorsque les sources préférentielles ne sont pas disponibles. Si l'on prend l'exemple du même indicateur, les résultats d'observation peuvent servir de référence alternative pour certaines mesures de santé publique, telles que le port du masque. Pour les indicateurs liés aux procédures administratives, la source de données recommandée est l'information provenant des interlocuteurs au sein des pouvoirs publics ou de la communauté. Par exemple, pour l'indicateur « *Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles des politiques et des procédures de participation des communautés locales ont été adoptées* », la source recommandée est l'information provenant des services publics et des représentants des communautés. Cependant, lorsque ces données ne sont pas disponibles auprès des services publics ni des représentants des communautés, il est possible de recourir à d'autres sources d'information. Lorsque l'on a recours à des données de substitution, il est important de garder à l'esprit que la validité et la fiabilité de ces données peuvent être moindres que celles de la source préférentielle.

Par ailleurs, il ne faut pas s'attendre à ce qu'une seule source de données fournisse toutes les informations nécessaires à une compréhension globale du résultat mesuré. C'est pourquoi il est recommandé de procéder à une triangulation des sources de données lors de l'analyse des informations. La triangulation consiste à examiner sous différents angles une question donnée, par exemple « *La population applique-t-elle les mesures préconisées pour se protéger de la COVID-19 ?* ». Elle permet de nuancer et d'approfondir l'analyse. La triangulation peut être réalisée en analysant plusieurs sources d'information, par exemple, en combinant des résultats d'enquête avec des résultats d'observation.

La RCCE repose sur une approche communautaire. Les communautés devraient prendre l'initiative de recueillir des données, de les analyser et de participer aux processus de prise de décisions en rapport avec les programmes. Ce faisant, elles contribuent à garantir que l'action de santé publique en question est bien adaptée à l'objectif recherché et se déroule de manière responsable. La mobilisation de la population peut servir à mesurer à quel point l'intervention est réalisée de manière responsable. Ces informations alimentent les processus internes de responsabilité. Dans le même temps, la mobilisation de la population est un acte de redevabilité en soi. En participant au programme, la communauté prend connaissance des résultats de celui-ci. Elle est alors mieux à même de demander des comptes aux responsables de ce programme. Il est vivement recommandé que les représentants de la communauté prennent part à la collecte des données, à leur analyse et aux processus décisionnels tout au long du processus.

Ventilation et fréquence

Pour faire face à la pandémie, il faut recenser et définir les facteurs qui freinent ou qui accélèrent la transmission de la



COVID-19, ainsi que les groupes de population qui y sont les plus vulnérables. La ventilation des données est essentielle pour générer les informations nécessaires à cette fin.²

La ventilation des données par groupe de population requiert généralement un volume d'information considérable. Dans la mesure du possible, il est donc recommandé d'entreprendre une collecte de données à plus grande échelle. Pour ce faire, il peut s'avérer nécessaire de mobiliser les moyens de plusieurs organismes pour les mettre en commun. Par exemple, plutôt que de réaliser plusieurs enquêtes à petite échelle, il peut être préférable de mutualiser les ressources et de mener une grande enquête permettant de ventiler les données pour les groupes clés. Des modèles de collecte de données peuvent également être élaborés conjointement avec les partenaires pour faciliter une analyse partagée des résultats.

Compte tenu des difficultés rencontrées par les pays pour ventiler les données qu'ils recueillent, nous présentons pour chaque indicateur des critères de ventilation minimaux.

Âge

La ventilation par tranches d'âge (à savoir : 0-14 ans, 15-24 ans, 25-59 ans et 60 ans et plus) est recommandée pour tous les indicateurs démographiques.

Sexe

La ventilation par sexe (homme ou femme) est recommandée pour tous les indicateurs démographiques.

Niveau d'études

La ventilation des données par niveau d'études doit répondre aux catégories suivantes : éducation non formelle, apprentissage précoce, école primaire, premier cycle de l'enseignement secondaire général, deuxième cycle de l'enseignement secondaire général, enseignement technique et enseignement professionnel. En cas d'intérêt stratégique, les données sur le niveau d'études peuvent également être ventilées pour faire état des personnes ayant suivi un enseignement supérieur.

Situation géographique

Les données peuvent être ventilées à la fois par régions administratives, par exemple par province, département, municipalité, etc., et/ou par zones rurales et zones urbaines.

De nombreux indicateurs peuvent être ventilés par régions administratives, au niveau national ou infranational. Les ré-

² Organisation panaméricaine de la santé, Why data disaggregation is key during a pandemic, 2021, <iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52002/Data-Disaggregation-Factsheet-eng.pdf?sequence=17>

gions administratives infranationales peuvent être définies en fonction du contexte (par collectivités territoriales ou par aires administratives de santé, par exemple).

Handicap

Il est recommandé de ventiler les données par handicap en se référant à la série de [questions du Groupe de Washington](#).

Migration

Les données sur les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays doivent être ventilées selon les catégories « nés dans le pays » ou « nés à l'étranger ».

Si une analyse plus approfondie est nécessaire, les données peuvent être ventilées selon les catégories « ressortissants » et « non-ressortissants » (ces derniers incluant les apatrides).

Si le pays souhaite analyser les données par situation migratoire du point de vue légal, les catégories suivantes peuvent être utilisées : réfugiés, demandeurs d'asile, personnes déplacées, migrants internationaux et migrants internes. Lorsqu'elles sont disponibles, les définitions nationales de ces catégories doivent être utilisées.^{3,4}

Variants du virus

Il se peut que les pays souhaitent ventiler les indicateurs par variant de COVID-19, afin de mieux cerner les différents types de perception des risques. Cette démarche peut permettre de mieux appréhender la perception du risque par la communauté, tout en faisant le lien entre la désinformation et une compréhension erronée. Le présent document n'inclut pas de recommandations sur la ventilation des indicateurs par variant de COVID-19.

Fréquence

Ce document contient des recommandations quant à la fréquence de collecte des données pour chaque indicateur. Il est recommandé de collecter les données régulièrement, avec une fréquence modérée à élevée. Cela correspond à la périodicité des données pour chaque indicateur afin de pouvoir gérer avec succès un programme de RCCE. Par exemple, il est recommandé que les données relatives à l'indicateur « Pays ayant réalisé une évaluation des facteurs comportementaux et sociaux de l'acceptation et de l'utilisation des vaccins contre

3 UNICEF, Children on the Move Indicator Guidance, New York, 2020

4 Division de la statistique, version provisoire du rapport technique sur le suivi des indicateurs des ODD liés à la migration, janvier 2019, p. 7. Voir également la publication de la Division de la statistique intitulée « Defining migratory status in the context of the 2030 Agenda », 2017 <[//unstats.un.org/unsd/demographic-social/meetings/2017/new-york-egm-migration-data/Session%204/Session%204%20UNSD.pdf](https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/meetings/2017/new-york-egm-migration-data/Session%204/Session%204%20UNSD.pdf)>

la COVID-19 » soient recueillies à une « fréquence moyenne », étant donné qu'il n'est pas nécessaire, pour la bonne marche du programme, de vérifier continuellement si une évaluation des facteurs comportementaux et sociaux a été réalisée ou non. Inversement, les données relatives à l'indicateur « Pourcentage d'individus qui déclarent appliquer les mesures recommandées pour se protéger de la COVID-19 » devraient être collectées à une fréquence élevée, car les pays devront surveiller en permanence le respect des mesures de santé publique par les communautés afin de contrôler la propagation de la COVID-19.

Remarque sur la définition de la notion de « communauté »

Le terme « communauté » est utilisé dans l'ensemble de ce guide. Il peut s'avérer difficile de définir de manière précise la notion de « communauté » dans un contexte de lutte contre une épidémie.⁵ Dans le présent document, on entend par « individus » et « communautés » tout groupe de personnes vulnérables, à risque ou touchées par une crise, en reconnaissant la diversité des individus qui composent une communauté, et le rôle que le genre, l'âge, le handicap, la diversité et les dynamiques sociales, économiques et de pouvoir existantes et émergentes, ainsi que les modèles d'inclusion ou d'exclusion, jouent dans l'augmentation des risques, des vulnérabilités et de la marginalisation de certains groupes de personnes au sein d'une communauté.⁶

Remarque sur le recours aux recommandations sanitaires du gouvernement comme point de référence

Pour de nombreux indicateurs, il est recommandé d'utiliser comme point de référence le système gouvernemental de communication des informations sur les risques. Dans certains pays ou régions, il se peut que ce système de communication ne soit pas approprié. Dans ces cas, nous recommandons d'utiliser le système de communication d'informations sur les risques du Service collectif comme référence.

5 Bedson et al., « Community engagement in outbreak response: lessons from the 2014-2016 Ebola outbreak in Sierra Leone », *BMJ Global Health*, 2019

6 Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Guide sur la mobilisation de la population et la redevabilité (CEA), 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://communityengagementhub.org/resource/ifrc-cea-guide/>

—

Chapitre 4: Les indicateurs





La mise en pratique des mesures de santé publique recommandées

Indicateur	Pourcentage d'individus qui déclarent appliquer les mesures recommandées pour se protéger de la COVID-19
Résultat	La communauté, en particulier ses membres les plus vulnérables, a accès aux services et applique les principales recommandations de santé publique.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif

Objet Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui affirment mettre en pratique des mesures de protection contre la COVID-19 à titre individuel. Les données relatives à cet indicateur peuvent être ventilées pour déterminer si certains groupes sociaux, en particulier les personnes les plus vulnérables, prennent des mesures pour réduire leur propre risque de contamination par la COVID-19. S'il s'avère qu'une faible part de la population, ou certains groupes sociaux en particulier, ne mettent pas en pratique les mesures recommandées, il convient d'agir sans délai pour analyser les raisons de cette réticence et encourager l'application de ces mesures.

Définition Pour cet indicateur, il faut se reporter aux mesures de protection individuelle contre la COVID-19 recommandées par les pouvoirs publics. Cet indicateur porte sur les mesures destinées à protéger directement un individu contre la COVID-19. Au nombre des mesures pertinentes à ce titre figurent le lavage des mains, le port du masque, l'éloignement physique, le fait d'éviter de toucher les surfaces, et le fait d'éviter les lieux à forte affluence et les espaces clos non ventilés.

Selon le contexte, les mesures énumérées ci-dessus ne sont pas nécessairement spécifiques à la protection individuelle. Dans ce cas, il est conseillé d'adapter les présentes recommandations au contexte.

Dans de nombreux pays, ce sont les collectivités territoriales qui sont chargées de recommander des mesures de protection au public. Il convient de se fonder sur les recommandations de l'administration publique compétente pour la zone dans laquelle les données sont collectées.

On estime qu'une personne applique les mesures recommandées lorsqu'elle met en pratique toutes les mesures préconisées par le gouvernement la plupart du temps ou systématiquement.

Ventilation Les critères minimums de ventilation de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge, niveau d'études et handicap. Les données doivent être ventilées par type de mesure de protection, tel que défini ci-dessus.

En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique et statut migratoire.

Computation Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.

Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui déclarent pratiquer toutes les mesures recommandées pour se protéger de la COVID-19 la plupart du temps ou systématiquement.

Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.

Fréquence

Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.

Sources de données

Les sources de données recommandées pour cet indicateur sont les enquêtes auprès de la population.

En l'absence de telles enquêtes ou si leurs résultats ne sont pas disponibles, d'autres types de données peuvent être utilisés. Les données issues des comportements observés peuvent être utilisées comme informations de substitution pour certaines mesures, telles que le port du masque.

Limites

Dans la lutte contre une pandémie, il est essentiel de bien cerner les moteurs du comportement social. Les données associées à cet indicateur ne permettront pas d'expliquer ce qui pousse les individus à agir d'une certaine façon. Pour cerner ces motifs, les chercheurs doivent combiner l'analyse de cet indicateur avec des renseignements sur ce qui pousse les individus à adopter des mesures de protection, en recourant notamment à des recherches qualitatives.



Indicateur	Pourcentage d'individus qui déclarent appliquer les mesures recommandées pour enrayer la transmission de la COVID-19 dans leur communauté
Résultat	La communauté, en particulier ses membres les plus vulnérables, a accès aux services et applique les principales recommandations de santé publique.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif

Objet Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui déclarent appliquer les mesures recommandées pour freiner la transmission de la COVID-19 dans leur communauté. Il peut illustrer la volonté des membres de la communauté de prendre des mesures pour se protéger les uns les autres. En ce sens, cet indicateur peut également être considéré comme une mesure de la solidarité sociale. Les données relatives à cet indicateur peuvent être ventilées pour déterminer si certains groupes sociaux, en particulier les plus vulnérables, prennent des mesures pour enrayer la transmission de la COVID-19. S'il s'avère qu'une faible part de la population, ou certains groupes sociaux en particulier, ne mettent pas en pratique les mesures recommandées pour réduire cette transmission au sein de leur communauté, il faut se pencher sur les raisons de cette réticence et encourager un plus grand respect des recommandations de santé publique.

Définition Pour cet indicateur, il faut se reporter aux mesures préconisées par les pouvoirs publics pour enrayer la transmission de la COVID-19 dans la communauté. Il s'agit de mesures visant à freiner la transmission communautaire, comme le fait de ne pas se déplacer au-delà des limites recommandées, d'éviter les déplacements non essentiels, d'éviter les rencontres sociales, d'éternuer ou de tousser dans le pli de son coude, et de jeter immédiatement les mouchoirs en papier usagés dans une poubelle munie d'un couvercle.

Selon le contexte, les mesures énumérées ci-dessus ne sont pas nécessairement spécifiques à l'enrayement de la transmission. Dans ce cas, il est conseillé d'adapter les présentes recommandations au contexte.

Dans de nombreux pays, ce sont les collectivités territoriales qui sont chargées de recommander des mesures de protection au public. Il convient de se fonder sur les recommandations de l'administration publique compétente pour la zone dans laquelle les données sont collectées.

On estime qu'une personne applique les mesures recommandées pour enrayer la transmission de COVID-19 dans sa communauté lorsqu'elle met en pratique toutes les mesures préconisées par le gouvernement la plupart du temps ou systématiquement.

Ventilation Les critères minimums de ventilation de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études. Les données doivent être ventilées par type de mesure de protection pour enrayer la transmission de la COVID-19, tel que défini ci-dessus.

En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par handicap, revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique et statut migratoire.

Computation Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.

Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui déclarent pratiquer, la plupart du temps ou systématiquement, toutes les mesures recommandées pour enrayer la transmission de la COVID-19 dans leur communauté.

Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.

Fréquence Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.

Sources de données

Les sources de données recommandées pour cet indicateur sont les enquêtes auprès de la population.

En l'absence de telles enquêtes ou si leurs résultats ne sont pas disponibles, d'autres types de données peuvent être utilisés. Les données relatives aux comportements observés peuvent être utilisées comme informations de substitution.

Limites

Dans la lutte contre une pandémie, il est essentiel de bien cerner les moteurs du comportement social. Les données associées à cet indicateur ne permettront pas d'expliquer ce qui motive les individus à prendre des mesures pour freiner la propagation de la COVID-19 dans leur communauté. Pour cerner ces motifs, les chercheurs doivent combiner l'analyse de cet indicateur avec des données issues de recherches qualitatives.



Indicateur	Pourcentage d'individus qui consultent immédiatement un service médical en cas de symptômes compatibles avec la COVID-19
Résultat	La communauté, en particulier ses membres les plus vulnérables, a accès aux services et applique les principales recommandations de santé publique.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif
Objet	Afin de garantir une prise en charge efficace des cas de COVID-19 et d'enrayer la transmission du virus, les personnes qui soupçonnent une infection doivent consulter un service médical dès l'apparition des premiers symptômes de COVID-19. Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui consultent un service médical lorsqu'elles présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19. S'il s'avère que seule une faible part de la population fait appel à des services médicaux en cas de symptômes de COVID-19, il convient d'agir sans délai pour analyser les raisons de ce rejet et encourager le recours à ces services.
Définition	<p>Pour cet indicateur, il faut se reporter aux consignes des pouvoirs publics en ce qui concerne le stade auquel une personne est censée rechercher un avis médical en cas de soupçon de COVID-19. À titre d'exemple, les CDC recommandent à quiconque constate l'un des symptômes suivants de faire appel à des soins médicaux d'urgence : des difficultés à respirer, une douleur ou pression persistante à la poitrine, une désorientation soudaine, une incapacité à se réveiller ou à rester éveillé, une peau, des lèvres ou une base des ongles pâles, gris ou bleuâtres, selon le teint de la peau.⁷ Les individus qui déclarent avoir pris des mesures après avoir constaté des symptômes de COVID-19 ont accompli une ou plusieurs démarches parmi les suivantes : appeler une ligne d'assistance spécifique et dédiée, consulter un personnel médical, effectuer un test et se faire traiter.</p> <p>Pour cet indicateur, il convient de se référer aux consignes des pouvoirs publics en ce qui concerne le moment où il faut consulter en cas de symptômes de COVID-19, et sur le type de service médical à consulter. Dans de nombreux pays, ce sont les collectivités territoriales qui sont mandatées pour recommander au public à quel moment et quel genre de service médical consulter en cas de symptômes de COVID-19. Il convient de se fonder sur les recommandations de l'administration publique compétente pour la zone dans laquelle les données sont collectées.</p> <p>Pour qu'une personne soit comptée au titre de cet indicateur, elle doit déclarer qu'elle chercherait à obtenir des soins médicaux en prenant au moins une des mesures recommandées si elle présentait des symptômes de COVID-19.</p>
Ventilation	<p>Les critères minimums de ventilation de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études. Les pays sont particulièrement encouragés à ventiler cet indicateur par origine ethnique et par statut migratoire.</p> <p>En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par handicap, revenu ou situation économique et emplacement géographique.</p>
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui déclarent rechercher immédiatement des soins médicaux en cas de symptômes de COVID-19.</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui ont accès à un établissement de santé.</p>

7 Centers for Disease Control and Prevention, « Si vous êtes malade », 2021 <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/WhenYouAreSick-09242021-FRENCH.pdf>>

Fréquence

Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.

Sources de données

Les sources de données recommandées pour cet indicateur sont les enquêtes auprès de la population.

Limites

Cet indicateur, tel qu'il est actuellement défini, permet de mesurer le pourcentage d'individus qui consultent immédiatement un service médical s'ils présentent des symptômes de COVID-19. Il ne permet pas d'analyser les comportements associés à cette demande de soins en fonction de symptômes spécifiques.

Pour interpréter correctement les données associées à cet indicateur, il faut tenir compte du contexte. Par exemple, il se peut que certaines personnes ne consultent pas, simplement parce qu'elles n'ont pas accès à des services de soins médicaux. D'autres aspects entrent également en ligne de compte, comme le fait de savoir si la fréquentation des établissements de santé est perçue comme risquée sur le plan de la transmission. Il est donc recommandé d'interpréter cet indicateur en conjonction avec d'autres données, comme celles sur l'accès aux soins de santé.



Indicateur	Pourcentage d'individus qui se feront vacciner contre la COVID-19 si ce vaccin leur est proposé
Résultat	La communauté, en particulier ses membres les plus vulnérables, a accès aux services et applique les principales recommandations de santé publique.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	<u>Facteurs comportementaux et sociaux liés à la vaccination</u>
Objet	L'objectif de cet indicateur est de cerner les intentions et les décisions des répondants à l'égard du vaccin. Il mesure le pourcentage d'individus qui se feront vacciner contre la COVID-19 si ce vaccin leur est proposé. S'il s'avère que seule une faible partie de la population en général ou de certains groupes en particulier a l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19, il convient d'analyser les raisons de cette réticence et d'encourager le recours au vaccin.
Définition	Cet indicateur fait référence aux vaccins contre la COVID-19 dont l'utilisation est sûre et approuvée. Il inclut les personnes qui veulent se faire vacciner ou qui sont disposées à le faire. Aux fins de cet indicateur, on suppose qu'aucun autre vaccin ne sera proposé au public. Cet indicateur est de type affirmatif ou négatif (réponse par « oui » ou par « non »).
Ventilation	<p>Les critères minimums de ventilation de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études.</p> <p>En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par handicap, revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique et statut migratoire.</p> <p>Dans certains contextes, il peut être intéressant de ventiler cet indicateur par type de vaccin contre la COVID-19.</p>
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui se feront vacciner contre la COVID-19 si ce vaccin leur est proposé.</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.</p>
Fréquence	Cet indicateur devrait être mesuré avec une fréquence élevée dès qu'un vaccin est approuvé pour son utilisation dans le pays.
Sources de données	Les sources de données recommandées pour cet indicateur sont les enquêtes auprès de la population.
Limites	Il faut souligner que, même si des personnes sont disposées à se faire vacciner contre la COVID-19, il est possible qu'elles rencontrent des difficultés à concrétiser leur projet pour diverses raisons, telles que le coût de cette démarche, la difficulté à s'absenter du travail ou à se rendre sur le lieu de vaccination, etc. Pour interpréter cet indicateur, il faut donc faire la distinction entre la motivation des personnes à se faire vacciner et leur <i>capacité</i> réelle à le faire.



Respect des normes sociales

Indicateur	Pourcentage de la population qui s'attend à ce que la plupart des personnes au sein de la communauté observent les normes sociales en rapport avec la COVID-19
Résultat	Les normes sociales contribuent à ce que la population applique les recommandations de santé publique.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Indicateurs C4D, MICS ou EDS de l'UNICEF
Objet	<p>Le comportement des individus est influencé par les normes sociales. Une norme sociale est ce que les individus perçoivent que les autres font ou ce qu'ils pensent que les autres approuvent ou désapprouvent.⁸ Dans un contexte de pandémie, les normes sociales aident la communauté à instaurer et à maintenir l'observance de certains comportements. Les normes sociales liées à COVID-19 incluent par exemple le port du masque en public, l'éloignement physique, etc.</p> <p>Cet indicateur permet de suivre le pourcentage d'individus qui pensent que la plupart des membres de leur communauté observeront les normes sociales en rapport avec la COVID-19. Un pourcentage faible indique que la norme sociale n'est pas bien établie. Dans ce cas, des efforts supplémentaires doivent être déployés pour comprendre pourquoi la norme n'est pas acceptée par la communauté et pour encourager la mise en pratique des mesures de santé publique essentielles.</p>
Définition	Pour cet indicateur, il est recommandé de choisir la norme qui contribuera le plus à enrayer la transmission de la COVID-19 dans le pays. Par « communauté », on entend le groupe de population dans lequel vit l'individu. La définition de la notion de « communauté » peut être adaptée en fonction du contexte. (Veuillez vous référer au chapitre 3 pour de plus amples détails sur la définition de la « communauté »). Par « observer », on entend le fait de se comporter d'une manière conforme à la norme sociale. Par exemple, si la norme sociale consiste à se tenir physiquement éloigné des autres en public, les personnes qui observent cette norme sont celles qui maintiennent un éloignement physique approprié par rapport aux autres individus en public. Une personne doit être comptée au titre de cet indicateur si elle s'attend à ce que la plupart des membres de sa communauté observent la norme sociale à laquelle il est fait référence.
Ventilation	<p>Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études.</p> <p>En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par handicap, revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique et statut migratoire.</p>
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui s'attendent à ce que la plupart des personnes au sein de leur communauté observent les normes sociales en rapport avec la COVID-19.</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.

8 Cialdini et al., « Social influence, compliance and conformity », Annual Review Psychology, 2004

Sources de données

Les sources de données recommandées pour cet indicateur sont les enquêtes auprès de la population. Pour certaines normes sociales, comme le port du masque, les résultats d'observation peuvent constituer une source de données préférable (voir ci-dessous).

Limites

Pour cet indicateur, les pays choisiront la norme sociale à mesurer. La norme sociale choisie doit être perçue comme une indication du respect général des normes sociales dans le pays. Il convient de s'interroger sur la fiabilité de cette généralisation dans chaque contexte. Ainsi, il se peut que la norme sociale choisie n'indique pas un respect général des normes sociales en rapport avec la COVID-19. Comme toujours, la meilleure approche consiste à confronter ces données à d'autres sources d'information au moyen d'une triangulation.

Il convient en outre de noter que cet indicateur permet de comparer le respect global des normes sociales entre les pays, mais qu'il ne permet pas nécessairement de comparer des normes sociales spécifiques.

Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que les normes sociales peuvent changer. Par exemple, les normes sociales relatives à l'éloignement physique peuvent évoluer à mesure que les connaissances s'améliorent en ce qui concerne la transmissibilité de la COVID-19.

Le degré d'observation des normes sociales peut varier d'une région à l'autre, mais aussi d'un groupe à l'autre au sein d'une même région. Certains sous-groupes peuvent avoir des normes très différentes en ce qui concerne des comportements particuliers.





Indicateur	Pourcentage d'individus qui pensent que contracter la COVID-19 entraîne une stigmatisation
Résultat	La communauté est soudée, ce qui contribue à l'application des mesures de santé publique.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif
Objet	La solidarité sociale est l'une des meilleures ressources qui soient pour faire face aux crises de santé publique. La stigmatisation des personnes infectées par la COVID-19 peut avoir un impact négatif sur le recours aux soins de santé. Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui pensent que contracter la COVID-19 est une cause de stigmatisation. Lorsqu'il existe une stigmatisation importante autour des malades atteints de la COVID-19, des efforts doivent être déployés pour mieux comprendre les raisons de cette stigmatisation et pour promouvoir une culture de soutien et de solidarité.
Définition	La stigmatisation fait référence aux attitudes et aux préjugés négatifs à l'égard des personnes qui sont tombées malades de COVID-19. Pour qu'une personne soit comptée parmi celles qui pensent que les individus ayant contracté la COVID-19 sont stigmatisés, elle doit citer au moins une forme de stigmatisation associée, selon elle, au fait de tomber malade de COVID-19. Veuillez noter que la stigmatisation est à distinguer de la discrimination, qui se réfère au fait de traiter une personne différemment parce qu'elle a contracté la COVID-19. ⁹
Ventilation	Les critères minimums de ventilation de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études. En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par handicap, revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique et statut migratoire.
Computation	Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage. Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui pensent que le fait de contracter la COVID-19 entraîne une stigmatisation. Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.
Sources de données	Les sources de données privilégiées sont les enquêtes auprès de la population.
Limites	Aucune

9 Voir par exemple, CDC, « HIV Stigma and Discrimination », <[cdc.gov/hiv/basics/hiv-stigma/index.html](https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-stigma/index.html)>

Indicateur	Pourcentage d'individus qui ont reçu un soutien social en rapport avec la COVID-19 de la part de leur famille, de leurs amis ou de leurs voisins au cours des trois derniers mois
Résultat	La communauté est soudée, ce qui contribue à l'application des mesures de santé publique.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Nouvel indicateur
Objet	Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui ont reçu un soutien social en rapport avec la COVID-19 de la part de leur famille, de leurs amis ou de leurs voisins au cours des trois derniers mois. Cet indicateur sert à jauger le soutien social dont bénéficient les individus. Il indique dans quelle mesure la culture de la solidarité existe. En l'absence de soutien social pour faire face à la COVID-19, en particulier chez les personnes les plus vulnérables, des efforts doivent être déployés pour promouvoir ce soutien. En examinant le type de soutien social reçu, et les personnes qui en bénéficient, il est possible d'étayer la stratégie de RCCE pour soutenir les groupes qui en ont le plus besoin.
Définition	Aux fins de cet indicateur, le soutien social comprend le soutien affectif, matériel, informationnel et appréciatif. ¹⁰ Toute personne ayant reçu au moins un de ces quatre types de soutien au cours du trimestre écoulé doit être comptabilisée.
Ventilation	<p>Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études. En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique, handicap et statut migratoire.</p> <p>Les pays peuvent avoir intérêt à ventiler les données sur le soutien social reçu en fonction de l'expérience du répondant par rapport à la COVID-19 au cours du trimestre écoulé, selon qu'il ait effectué un test, un traitement ou une quarantaine, par exemple.</p>
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui ont bénéficié d'un soutien social.</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.
Sources de données	Les sources de données recommandées pour cet indicateur sont les enquêtes auprès de la population.
Limites	Cet indicateur permet de savoir si une personne a reçu un soutien social de la part de sa famille, de ses amis ou de ses voisins, mais il ne permet pas de déterminer si ce soutien était suffisant.

10 Voir Glanz et al., « Social Support », dans Health Behavior and Health Education, 2008, <med.upenn.edu/hbhe4/part3-ch9-key-constructs-social-support.shtml>



Confiance dans les autorités

Indicateur	Pourcentage d'individus faisant confiance aux autorités de santé publique et aux partenaires menant la riposte à la COVID-19
Résultat	La communauté a confiance en la riposte de santé publique à la COVID-19.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif
Objet	Pour endiguer l'épidémie de COVID-19, il est nécessaire d'instaurer un climat de confiance mutuelle entre la communauté et les autorités de santé publique. Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui ont confiance en la riposte de santé publique à la COVID-19. Si l'on constate un manque de confiance de la population à l'égard des responsables de la riposte à la COVID-19, des mesures doivent être prises pour améliorer la relation avec cette population.
Définition	Pourcentage d'individus faisant confiance aux autorités et aux partenaires qui dirigent la riposte à la COVID-19
Ventilation	<p>Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études. Dans la mesure où les membres de la communauté peuvent faire confiance à certaines autorités publiques ou partenaires et pas à d'autres, il est recommandé de ventiler ces données par autorités publiques, partenaires, professionnels de la santé, etc., selon le contexte.</p> <p>En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique, handicap et statut migratoire.</p>
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus faisant confiance aux autorités et aux partenaires qui dirigent la riposte à la COVID-19.</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.
Sources de données	Les sources de données recommandées pour cet indicateur sont les enquêtes auprès de la population.

Limites

Dans certains contextes, la question de la confiance des individus à l'égard des autorités publiques et des partenaires qui dirigent la riposte à la COVID-19 est un sujet sensible. Ainsi, il se peut que les données recueillies dans ces contextes ne soient pas fiables, car la personne interrogée risque d'esquiver la réponse à cette question. Dans ce cas, au lieu de poser des questions directes sur la confiance, il est notamment possible de recourir à l'échelle de Ohanian, qui sert à mesurer la crédibilité des sources. L'échelle de Ohanian comporte trois dimensions : l'attrait physique (du communicateur), la fiabilité et l'expertise.

Un autre problème est que, lorsqu'ils répondent à une question de ce type sur la confiance, les participants peuvent penser qu'il s'agit de la confiance dans l'honnêteté des autorités et partenaires qui dirigent la réponse, ou de la confiance dans la compétence de ceux-ci. En outre, les données d'enquête sur la confiance de la population à l'égard des autorités de santé publique sont souvent amalgamées avec d'autres aspects liés à la confiance globale à l'égard du gouvernement. Il convient d'en tenir compte lors de l'interprétation des données recueillies. Il est recommandé de centrer la collecte de données le plus spécifiquement possible autour de la COVID-19, afin d'éviter ou tout du moins de réduire la confusion avec des questions liées à la perception générale de l'action du gouvernement.

Il convient également de garder à l'esprit que la méfiance à l'égard du gouvernement dans certains pays est parfois fondée sur une connaissance avérée des performances du gouvernement et peut être le reflet d'une saine pensée critique. Cet indicateur ne doit pas être interprété hors contexte.

Veillez noter que cet indicateur mesure la confiance dans les autorités qui dirigent la riposte. La confiance dans la source d'information est quant à elle mesurée par l'indicateur « Pourcentage d'individus qui reçoivent des informations à travers un canal de communication en lequel elles ont confiance ».





Redevabilité envers la communauté

Indicateur	Pourcentage d'individus qui estiment que les mesures recommandées localement pour lutter contre la COVID-19 sont justes
Résultat	La riposte de santé publique est pilotée par la communauté et des comptes sont rendus à la population.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif
Objet	<p>Les normes humanitaires stipulent que les ripostes à une situation d'urgence doivent être pertinentes et appropriées. Les acteurs humanitaires doivent veiller à rendre des comptes à la communauté en ce qui concerne l'adéquation et la pertinence de leurs interventions. La participation des membres de la communauté à la riposte de santé publique à la COVID-19 permet de s'assurer de la redevabilité de celle-ci devant le grand public. Il faut envisager de mettre à disposition du public, dans les langues locales, les plans de riposte à la pandémie, les indicateurs de performance, les données relatives aux résultats, et les données épidémiologiques et sociales, afin que les membres de la communauté puissent les examiner et en débattre, dans la mesure du possible. Les autorités sanitaires et autres pouvoirs publics doivent également être disposés à dialoguer avec la population, à la fois par le biais des instances publiques officielles et via d'autres canaux de communication, tels que les débats publics, les médias locaux et d'autres tribunes en fonction du contexte. Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui estiment que les mesures de santé publique recommandées localement sont justes. Si une grande partie de la population, ou des groupes sociaux particuliers, estiment que les mesures de santé publique ne sont pas justes, il y a lieu de s'inquiéter. En effet, cela peut conduire à une désaffection de la population à l'égard de ces mesures. Un dialogue plus approfondi avec la population sera nécessaire pour discuter de la riposte et d'une approche globale de la société pour endiguer la COVID-19.</p>
Définition	<p>Pour cet indicateur, il faut se reporter aux mesures de lutte contre la COVID-19 recommandées localement. Il peut s'agir de mesures préconisées par l'administration centrale. Dans de nombreux pays, ce sont les collectivités territoriales qui sont chargées de recommander des mesures de protection au public. Il convient de se fonder sur les recommandations de l'administration publique compétente pour la zone dans laquelle les données sont collectées.</p>
Ventilation	<p>Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études. En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique, handicap et statut migratoire.</p>
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui estiment que les mesures recommandées localement pour lutter contre la COVID-19 sont justes.</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.</p>
Fréquence	<p>Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.</p>
Sources de données	<p>Les sources de données préférentielles pour cet indicateur sont les enquêtes auprès de la population.</p>
Limites	<p>La croyance en l'équité des mesures de santé publique recommandées peut se confondre avec d'autres aspects liés à la confiance globale de la population à l'égard du gouvernement. Il convient d'en tenir compte lors de l'interprétation des données recueillies. Il est recommandé de centrer la collecte de données le plus spécifiquement possible autour de la COVID-19, afin d'éviter ou tout du moins de réduire la confusion avec des questions liées à la perception générale de l'action du gouvernement.</p>

Indicateur	Pourcentage d'individus qui savent comment donner un retour d'informations
Résultat	La riposte de santé publique est pilotée par la communauté et des comptes sont rendus à la population.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Boîte à outils pour le retour d'informations et Guide sur l'engagement communautaire et le redevabilité ¹¹ , Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
Objet	L'un des moyens de garantir la redevabilité et de renforcer la mobilisation de la population est de mettre en place des mécanismes de retour d'informations pour la communauté. Les mécanismes de retour d'informations ne sont pas spécifiques à un sujet donné ni à un secteur particulier. Les mécanismes de retour d'informations doivent permettre aux membres de la communauté d'exprimer leurs préoccupations en les rattachant au thème approprié, à savoir la COVID-19, et au secteur, à savoir la santé publique. Si la mise en place de ces mécanismes est une étape nécessaire, elle n'est pas une fin en soi. Il faut également informer la communauté de l'existence de ces mécanismes et lui expliquer comment y accéder et les utiliser. Les données recueillies à travers les mécanismes de retour d'informations de la communauté doivent éclairer la prise de décisions relatives aux programmes, permettant ainsi de corriger le tir et d'élaborer des stratégies de mobilisation de la population. La ventilation de cet indicateur permet de savoir dans quelle mesure les mécanismes de plainte et de retour d'informations sont connus des groupes les plus vulnérables, en particulier des personnes souffrant d'un handicap. Il est également conseillé de ventiler les résultats par langue, étant donné que la diversité linguistique peut être un obstacle majeur à la circulation de l'information. Si les membres de la communauté ne savent pas comment fournir un retour d'informations, des efforts doivent être déployés pour mieux diffuser les explications y afférentes.
Définition	Pour lire la définition se rapportant aux mécanismes de retour d'informations de la communauté, veuillez vous référer à l'indicateur « Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles des mécanismes sont en place pour recueillir et utiliser les commentaires et suggestions fournis par la communauté ». Pour qu'une personne soit considérée comme sachant comment déposer une plainte ou fournir un retour d'informations, elle doit être en mesure de : <ul style="list-style-type: none"> » Citer un mécanisme de retour d'informations de la communauté mis en place par le service public ou le partenaire compétent ; » Décrire la procédure à suivre pour fournir des commentaires et suggestions par le biais du mécanisme de retour d'informations de la communauté pertinent.
Ventilation	Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge, niveau d'études et handicap. Les données devraient également être ventilées de sorte à tenir compte de la langue dans laquelle le répondant préfère recevoir les informations. <p>En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique et statut migratoire.</p>
Computation	Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage. <p>Numérateur : Pourcentage d'individus qui savent comment donner un retour d'informations.</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence moyenne.
Sources de données	Les sources de données préférentielles pour cet indicateur sont les enquêtes auprès de la population. Il est recommandé d'utiliser des données qualitatives pour compléter l'analyse des données quantitatives.
Limites	Veuillez noter que, pour recueillir des données sur cet indicateur, les mécanismes de retour d'informations doivent être opérationnels dans la zone géographique concernée au moment de la collecte.

11 Boîte à outils pour le retour d'informations, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://communityengagementhub.org/resource/cea-toolkit/> ; Guide sur l'engagement communautaire et le redevabilité, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/IFRC-CEA-GUIDE-francais-LR-PDF.pdf>



Connaissance des informations sur les risques liés à la COVID-19

Indicateur	Pourcentage d'individus qui se considèrent à risque de contracter la COVID-19
Résultat	La communauté comprend les informations et les recommandations de santé publique.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif – Perceptions
Objet	Percevoir que l'on court un risque est une condition <i>sine qua non</i> pour prendre des mesures en vue de réduire ce risque. Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui se considèrent à risque de contracter la COVID-19. Dans les pays où une forte proportion d'individus ne saisissent pas bien les risques auxquels ils sont confrontés, il convient de redoubler d'efforts pour mieux communiquer les informations sur les risques.
Définition	Pour cet indicateur, il faut compter tous les individus qui se considèrent à risque de contracter la COVID-19.
Ventilation	Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études. En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique, handicap et statut migratoire.
Computation	Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage. Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui se considèrent à risque de contracter la COVID-19. Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.
Sources de données	Les sources de données privilégiées sont les enquêtes auprès de la population.
Limites	Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui se considèrent à risque de contracter la COVID-19. Il ne mesure pas leur perception du niveau de risque que la COVID-19 représente pour eux.

Indicateur	Pourcentage d'individus qui connaissent les symptômes réels de la COVID-19
Résultat	La communauté comprend les informations et les recommandations de santé publique.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif
Objet	<p>Pour qu'une personne puisse agir pour enrayer la transmission de la COVID-19 et s'en protéger, il est important qu'elle connaisse les symptômes exacts de la maladie. Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus de la communauté qui connaissent les symptômes de la COVID-19. La ventilation de cet indicateur permet de savoir dans quelle mesure les symptômes de la COVID-19 sont connus des groupes les plus vulnérables, en particulier des personnes souffrant d'un handicap. Il est également conseillé de ventiler les résultats par langue, étant donné que la diversité linguistique peut être un obstacle majeur à la circulation et la compréhension de l'information. Dans les pays où les connaissances des individus sur les symptômes de la COVID-19 sont insuffisantes, les efforts de communication relative aux risques doivent être renforcés.</p>
Définition	<p>Les symptômes les plus courants de la COVID-19 sont la fièvre, la toux sèche et la fatigue. Il existe également un éventail de symptômes moins fréquents, à savoir : courbatures, maux de gorge, diarrhée, conjonctivite, maux de tête, perte du goût ou de l'odorat, éruption cutanée ou décoloration des doigts ou des orteils. Parmi les symptômes les plus graves figurent des difficultés à respirer ou un essoufflement, une douleur ou une pression dans la poitrine, une perte de la parole ou de la mobilité.</p> <p>Pour cet indicateur, il faut se reporter aux informations diffusées par les pouvoirs publics sur les symptômes de la COVID-19. Lorsque les collectivités territoriales sont chargées de communiquer les informations sur les risques, il faut se référer aux informations diffusées par l'administration compétente dans la zone où les données sont collectées.</p> <p>Pour qu'une personne soit comptabilisée parmi celles connaissant les symptômes réels de la COVID-19, celle-ci doit être capable de citer les principaux symptômes énoncés dans les conseils sanitaires diffusés par l'administration publique compétente. Si l'administration publique compétente n'a pas dressé la liste des <i>principaux symptômes</i>, l'organisation chargée de la collecte de données doit le faire aux fins de cet indicateur.</p>
Ventilation	<p>Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge, niveau d'études et handicap. Les données devraient également être ventilées de sorte à tenir compte de la langue dans laquelle le répondant préfère recevoir les informations.</p> <p>Dans la mesure du possible, les données doivent également être ventilées en fonction de la connaissance de chaque symptôme de la COVID-19.</p> <p>En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique et statut migratoire.</p>
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui connaissent les symptômes réels de la COVID-19.</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.
Sources de données	Les sources de données privilégiées sont les enquêtes auprès de la population.

Limites

La connaissance précise des symptômes de la COVID-19 ne doit pas être considérée comme un prédicteur en soi du changement de comportement. Pour analyser le changement de comportement, il est recommandé d'examiner les données associées à cet indicateur dans le cadre conceptuel de l'approche des facteurs comportementaux et sociaux.

Indicateur

Pourcentage d'individus qui connaissent les modes de transmission réels de la COVID-19

Résultat

La communauté comprend les informations et les recommandations de santé publique.

Niveau de résultat

Réalisations

Référence

Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif

Objet

Pour endiguer l'épidémie, il est important que la population connaisse les modes de transmission de la COVID-19. Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus de la communauté qui connaissent les modes de transmission de la COVID-19. Dans les pays où les connaissances des individus sur les modes de transmission de la COVID-19 sont insuffisantes, les efforts de communication relative aux risques doivent être renforcés.

Définition

Les données probantes actuelles suggèrent que le virus se propage principalement entre les personnes qui sont en contact étroit les unes avec les autres, généralement à moins d'un mètre (courte portée). Lorsque des aérosols ou des gouttelettes contenant le virus sont inhalés par une personne ou entrent directement en contact avec ses yeux, son nez ou sa bouche, celle-ci risque d'être infectée. On peut également être infecté en touchant des surfaces qui ont été contaminées par le virus, puis en portant ses mains sales à ses yeux, son nez ou sa bouche.¹²

Pour cet indicateur, il faut se reporter aux informations diffusées par les pouvoirs publics sur les symptômes de la COVID-19. Lorsque les collectivités territoriales sont chargées de communiquer les informations sur les risques, il faut se référer aux informations diffusées par l'administration compétente dans la zone où les données sont collectées.

Pour qu'une personne soit comptabilisée parmi celles connaissant les modes de transmission de la COVID-19, celle-ci doit être capable de citer les principaux modes de transmission énoncés dans les conseils sanitaires diffusés par l'administration publique compétente. Si l'administration publique compétente n'a pas dressé la liste des principaux modes de transmission, l'organisation chargée de la collecte de données doit le faire aux fins de cet indicateur.

Ventilation

Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge, niveau d'études et handicap. Dans la mesure du possible, les données doivent également être ventilées en fonction de la connaissance de chaque mode de transmission de la COVID-19. En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique et statut migratoire.

Computation

Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.

Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui connaissent les modes de transmission réels de la COVID-19.

Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.

12 Voir OMS, « Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : comment se transmet la COVID-19 ? », 2020, <[who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted](https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted)>

Fréquence

Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.

Sources de données

Les sources de données privilégiées sont les enquêtes auprès de la population.

Limites

La connaissance précise des modes de transmission de la COVID-19 ne doit pas être considérée comme un prédicteur en soi du changement de comportement. Pour analyser le changement de comportement, il est recommandé d'examiner les données associées à cet indicateur dans le cadre conceptuel de l'approche des facteurs comportementaux et sociaux.



Indicateur	Pourcentage d'individus qui savent comment se protéger de la COVID-19
Résultat	La communauté comprend les informations et les recommandations de santé publique.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif
Objet	Pour réduire la mortalité et la morbidité causées par la COVID-19, il est essentiel de savoir comment se protéger soi-même et sa communauté. Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui savent comment se protéger de la COVID-19. Dans les pays où les individus ne possèdent pas de connaissances suffisantes sur la manière de se protéger de la COVID-19, les efforts de communication relative aux risques doivent être renforcés.
Définition	<p>L'OMS recommande d'appliquer les mesures de prévention suivantes pour se protéger de la COVID-19 : se laver régulièrement les mains à l'eau et au savon ou avec une solution hydroalcoolique ; se tenir à une distance d'au moins un mètre de toute personne qui tousse ou éternue ; éviter de se toucher le visage ; se couvrir la bouche et le nez quand on tousse ou éternue ; rester chez soi si l'on ne se sent pas bien ; s'abstenir de fumer et de pratiquer d'autres activités nocives pour les poumons ; mettre en pratique le principe d'éloignement physique en évitant les déplacements inutiles et les grands rassemblements.¹³</p> <p>Pour cet indicateur, il faut se reporter aux mesures de protection individuelle recommandées par le gouvernement contre la COVID-19. Lorsque les collectivités territoriales sont chargées de communiquer les informations sur les risques, il faut se référer aux informations diffusées par l'administration compétente dans la zone où les données sont collectées.</p> <p>Pour qu'une personne soit comptabilisée comme sachant se protéger de la COVID-19, celle-ci doit être capable de citer les principales mesures de prévention énoncées dans les conseils sanitaires diffusés par l'administration publique compétente. Si l'administration publique compétente n'a pas dressé de liste des principales mesures de prévention, l'organisation chargée de la collecte de données doit le faire aux fins de cet indicateur.</p>
Ventilation	<p>Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge, niveau d'études et handicap. Dans la mesure du possible, les données doivent également être ventilées en fonction de la connaissance de chaque mesure de prévention, par exemple le lavage des mains, le port du masque, etc.</p> <p>En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique et statut migratoire.</p>
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui savent comment se protéger de la COVID-19.</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.
Sources de données	Les sources de données privilégiées sont les enquêtes auprès de la population.
Limites	Le fait de savoir comment se protéger de la COVID-19 ne doit pas être considéré comme un prédicteur en soi du changement de comportement. Pour analyser le changement de comportement, il est recommandé d'examiner les données associées à cet indicateur dans le cadre conceptuel de l'approche des facteurs comportementaux et sociaux.

13 Voir la page « Coronavirus » du site de l'OMS, 2021, <who.int/fr/health-topics/coronavirus#tab=tab_2>

Indicateur	Pourcentage d'adultes/agents de santé qui savent où obtenir un vaccin contre la COVID-19 pour leur propre compte
Résultat	La communauté comprend les informations et les recommandations de santé publique.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Facteurs comportementaux et sociaux liés à la vaccination
Objet	<p>Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes et d'agents de santé qui savent où obtenir un vaccin contre la COVID-19 pour leur propre compte. Il permet d'évaluer dans quelle mesure les agents de santé et la population adulte savent où il est possible de se faire vacciner. Dans le cadre de leur travail, les agents de santé courent le risque d'être exposés à la COVID-19. Par ailleurs, du fait de leur relation directe avec les patients, ces agents risquent de contribuer à la propagation du virus. C'est pourquoi la vaccination des agents de santé doit être considérée comme prioritaire dans tous les pays. Au sein de la population adulte, tous les individus ne savent pas nécessairement où ils peuvent se faire vacciner. Ce constat vaut surtout pour les personnes qui ont des difficultés à accéder à l'information. Les données recueillies dans le cadre de cet indicateur peuvent servir à ajuster les campagnes de communication relative aux risques et mobilisation de la population en les adaptant à la fois à la population adulte et aux agents de santé. Ces campagnes doivent mettre l'accent sur les informations relatives à l'emplacement des services et au calendrier de vaccination.</p>
Définition	<p>Cet indicateur fait référence aux vaccins contre la COVID-19 dont l'utilisation est sûre et approuvée. Aux fins de cet indicateur, on suppose qu'aucun autre vaccin ne sera proposé au public.</p> <p>Pour être comptabilisée au titre de cet indicateur, une personne doit savoir où se rendre pour se faire vacciner, c'est-à-dire qu'elle doit être au fait de l'existence du centre de vaccination et de son emplacement.</p> <p>Pour cet indicateur, il faut se reporter à la définition nationale d'un « agent de santé » lorsqu'elle est disponible. La notion d'agent de santé peut englober plusieurs métiers : médecin, infirmier, auxiliaire sanitaire ou technicien de premiers secours, personnel paramédical, agent de santé communautaire, guérisseur traditionnel et autre travailleur de la santé. L'OMS propose une classification internationale standard des agents de santé qui peut également servir de référence.</p>
Ventilation	<p>Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études.</p> <p>Il est conseillé de ventiler cet indicateur par handicap et par statut migratoire.</p> <p>En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique et emplacement géographique.</p>
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui savent où se faire vacciner contre la COVID-19.</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.</p>
Fréquence	Cet indicateur devrait être mesuré avec une fréquence élevée dès qu'un vaccin contre la COVID-19 est disponible dans le pays.
Sources de données	Les sources de données privilégiées sont les enquêtes auprès de la population.
Limites	Aucune



Portée des informations

Indicateur	Pourcentage d'individus qui se renseignent régulièrement sur la COVID-19
Résultat	Des informations exactes sur les risques sont communiquées à la population.
Niveau de résultat	Réalisations
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif
Objet	Il est important que les personnes s'informent régulièrement au sujet de la COVID-19 pour s'en protéger et endiguer sa propagation. Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui se renseignent régulièrement sur la COVID-19. Cet indicateur permet de savoir si la communauté s'investit suffisamment dans la recherche d'informations sur les risques. Lorsque seule une petite partie de la communauté ou certains groupes sociaux cherchent régulièrement à s'informer, des efforts doivent être déployés pour renouer le contact avec l'ensemble de la population.
Définition	À mesure que la pandémie évolue, les besoins en information de la communauté font de même. En général, aux premiers stades de la riposte, ces besoins sont plus importants et les membres de la communauté peuvent être incités à se renseigner plus fréquemment. À mesure que la communauté se renseigne sur la COVID-19 et les mesures recommandées, y compris la vaccination, la fréquence à laquelle il lui est conseillé de s'informer peut changer. Les pays doivent donc définir le sens du terme « régulièrement » à chaque étape de la pandémie.
Ventilation	Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études. En cas d'intérêt stratégique, les données peuvent également être ventilées par sujet en fonction des renseignements recherchés par la population. Ces données peuvent en outre être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique, handicap et statut migratoire.
Computation	Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage. Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui s'informent régulièrement sur la COVID-19. Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.
Sources de données	Les sources de données recommandées pour cet indicateur sont les enquêtes auprès de la population. À défaut, il est possible de s'appuyer sur les informations issues du suivi des médias et du trafic des sites Internet.
Limites	Aucune

Indicateur	Pourcentage d'individus qui reçoivent des informations à travers un canal de communication en lequel ils ont confiance
Résultat	Des informations exactes sur les risques sont communiquées à la population.
Niveau de résultat	Produits
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif
Objet	Les activités de communication relative aux risques et mobilisation de la population ont beau être consciencieusement planifiées et mises en œuvre, elles sont vouées à l'échec si le public cible n'a pas confiance en la source de l'information. Par conséquent, pour garantir l'efficacité d'une action de RCCE, il faut avant tout instaurer et entretenir un climat de confiance. Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui reçoivent des informations à travers un canal de communication en lequel elles ont confiance. Si la communauté, ou une partie de celle-ci, ne reçoit pas les informations à travers un canal de communication en lequel elle a <i>confiance</i> , il faut déployer des efforts pour travailler avec les canaux de communication qu'elle estime dignes de confiance, en renforçant la diffusion d'informations précises par leur intermédiaire.
Définition	Cet indicateur se réfère aux personnes (1) qui ont reçu des informations sur la COVID-19 au cours des trois derniers mois à travers un canal de communication ET (2) qui jugent dignes de confiance les informations provenant de ce canal. Ces deux conditions doivent être remplies pour qu'une personne soit comptabilisée comme ayant reçu des informations à travers un canal de communication en lequel elle a confiance. Au nombre des canaux de communication possibles figurent : le personnel de santé, la famille, les amis, les dirigeants communautaires, les journaux, la radio, la télévision et les sources en ligne, comme les réseaux sociaux et/ou les applications de messagerie, etc.
Ventilation	Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études. Les données doivent également être ventilées par canal de communication. Les différentes catégories suggérées pour classer les canaux de communication sont les suivantes : les médias nationaux (à préciser par le pays), les agents de santé communautaires, les responsables politiques et les chefs religieux, entre autres, selon le contexte. En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique, handicap et statut migratoire.
Computation	Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage. Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui déclarent avoir confiance dans le canal de communication à travers lequel ils reçoivent des informations en rapport avec la COVID-19. Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui ont reçu des informations sur la COVID-19 au cours du trimestre écoulé.
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.
Sources de données	Les sources de données recommandées pour cet indicateur sont les enquêtes auprès de la population. Il est par ailleurs possible d'effectuer un suivi des réseaux sociaux pour surveiller le débat public autour de la fiabilité des canaux de communication. Étant donné que les réseaux sociaux ne sont pas toujours représentatifs de la population dans son ensemble, il est préférable de combiner ces informations avec les résultats des enquêtes auprès de la population.
Limites	Dans certains contextes, il se peut que les membres de la communauté affichent une certaine réticence à répondre en toute franchise à la question de savoir s'ils reçoivent des informations à travers un canal de communication en lequel ils ont confiance. Dans ce cas, au lieu de poser des questions directes sur la confiance, il est notamment possible de recourir à l'échelle de Ohanian, qui sert à mesurer la crédibilité des sources. L'échelle de Ohanian comporte trois dimensions : l'attrait physique (du communicateur), la fiabilité et l'expertise.

Indicateur	Pourcentage d'individus ayant reçu des informations de santé publique sur la COVID-19
Résultat	Des informations exactes sur les risques sont communiquées à la population.
Niveau de résultat	Produits
Référence	Nouvel indicateur
Objet	<p>Il est nécessaire de transmettre des informations précises sur les risques à la population pour l'aider à trouver des solutions au niveau local, ainsi que pour l'inciter à adopter certaines mesures clés de prévention dans la durée. Cet indicateur recense le nombre de personnes ayant reçu des informations précises sur les risques associés à la COVID-19. Il nous permet d'évaluer la portée de nos messages de santé publique. La ventilation de cet indicateur permet en outre de savoir dans quelle mesure les informations parviennent aux groupes les plus vulnérables, en particulier ceux qui ont des difficultés à y accéder. Cette ventilation sert également à recenser les canaux à travers lesquels les groupes de population reçoivent différents types d'informations. Ainsi, les données associées à cet indicateur peuvent servir à ajuster les méthodes de communication, en particulier si l'on constate que des groupes sociaux clés ne reçoivent pas les informations nécessaires pour se protéger de la COVID-19.</p>
Définition	<p>Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus au sein de la population ayant reçu des informations de santé publique sur la COVID-19. La fréquence à laquelle nous prévoyons de diffuser des informations auprès de la population changera en fonction de l'évolution de la pandémie. Le pays doit définir la plage de temps à laquelle se rapporte l'indicateur, c'est-à-dire si les personnes ont reçu des informations au cours de la dernière semaine, de la dernière quinzaine, du dernier mois, etc.</p> <p>Pour cet indicateur, il convient de se référer aux recommandations du gouvernement quant aux informations de santé publique qui doivent être diffusées auprès de la population. Lorsque les collectivités territoriales sont chargées de communiquer les informations sur les risques, il faut se référer aux recommandations de l'administration compétente dans la zone où les données sont collectées.</p> <p>Les informations à communiquer au public évolueront selon le cours de la pandémie. Il est important de continuer à mettre à jour les outils de collecte de données pour tenir compte de l'évolution des informations de santé publique. Par exemple, il convient de modifier les questions de l'enquête au fil du temps, en remplaçant celles se rapportant aux informations reçues sur les mesures de prévention au stade précoce de la pandémie par des questions en rapport avec la disponibilité des vaccins aux stades ultérieurs de la pandémie.</p>
Ventilation	<p>Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge, niveau d'études et handicap. Les données doivent également être ventilées par canal de communication utilisé pour recevoir les informations, en précisant la langue de communication. Si possible, les données doivent également être ventilées par type d'information (sur les mesures de prévention, l'accès aux services, les vaccins, etc.) En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique et statut migratoire.</p>
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus ayant reçu des informations sur les risques associés à la COVID-19 (dans l'intervalle de temps stipulé).</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.

Sources de données

Les sources de données privilégiées sont les enquêtes auprès de la population.

Il est également possible de recourir aux méthodes de suivi des médias lorsque les données d'enquête ne sont pas disponibles. Pour effectuer le suivi des médias, les critères suivants doivent être appliqués :

Réseaux sociaux : Nombre de réactions par publication ;

Web : Nombre de fois qu'une page a été vue ;

TV et radio : Nombre de personnes informées par la télévision ou la radio ;

Presse : Nombre de personnes informées par la presse papier ou des médias en ligne.

En ce qui concerne les données recueillies à travers le suivi des médias, il faut tenir compte du nombre de personnes ayant reçu des informations de santé publique par le biais d'un média spécifique, par exemple le nombre de personnes informées par une chaîne de radio déterminée, etc. Un grand nombre des personnes ayant été informées à travers un canal de communication donné, par exemple une chaîne de radio, auront également reçu des informations par d'autres moyens, par exemple un site Web. La somme du nombre de personnes informées à travers chaque canal ne permet pas de mesurer de manière fiable la portée totale de l'information, étant donné qu'elle comporte un risque de double comptage.

Limites

La RCCE a souvent recours à des indicateurs faisant état du nombre de personnes qui ont reçu des informations. Toutefois, ces indicateurs sur la portée des informations doivent être utilisés en gardant à l'esprit leurs limites. En effet, même si une personne a été « informée » à travers un certain type de média, il est difficile de connaître la teneur exacte de cette notion. On ignore par exemple si la personne en question a compris le message qui a été transmis. Par ailleurs, même si les informations ont bien été reçues et comprises par cette personne, elles ne sont pas forcément synonymes de changement de comportement chez celle-ci, dans la mesure où d'autres facteurs comportementaux et sociaux peuvent entrer en ligne de compte.¹⁴

14
2019

UNICEF, « The Behavioural Drivers Model: A Conceptual Framework for Social and Behaviour Change Programming », Jordanie,



Indicateur	Pourcentage d'individus qui sont satisfaits du contenu des informations qu'ils reçoivent sur la COVID-19
Résultat	Des informations exactes sur les risques sont communiquées à la population.
Niveau de résultat	Réalizations
Référence	Cadre pour la modification des comportements élaboré par le Service collectif
Objet	Les informations sur les risques doivent être communiquées de manière à ce que le public puisse les comprendre et les appliquer à sa situation personnelle et dans le contexte de sa communauté. Cet indicateur mesure le pourcentage d'individus qui sont satisfaits du contenu des informations qu'elles ont reçues sur la COVID-19. Si le public n'est pas satisfait des informations qu'il reçoit, une analyse plus approfondie doit être menée pour cerner les raisons de ce mécontentement. Il faut alors s'efforcer d'adapter le contenu des informations de manière à satisfaire le public.
Définition	Cet indicateur évalue la satisfaction des personnes à l'égard des informations qu'elles ont reçues sur la COVID-19. Il tient compte du contenu reçu à travers l'ensemble des canaux d'information au cours du trimestre écoulé.
Ventilation	Les critères de ventilation recommandés de cet indicateur sont les suivants : sexe, âge et niveau d'études. Les données doivent également être ventilées en fonction de la langue et du canal de communication par lequel les informations ont été reçues. En cas d'intérêt stratégique, ces données peuvent également être ventilées par revenu ou situation économique, origine ethnique, emplacement géographique, handicap et statut migratoire.
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui sont satisfaits du contenu des informations qu'ils ont reçues sur la COVID-19 au cours du trimestre écoulé.</p> <p>Dénominateur : Total des répondants âgés de 15 ans et plus qui ont reçu des informations sur la COVID-19 au cours du trimestre écoulé.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.
Sources de données	<p>Les sources de données privilégiées sont les enquêtes auprès de la population.</p> <p>Certaines méthodes de suivi des médias incluent des données sur la satisfaction du public à l'égard de l'information diffusée.</p>
Limites	Aucune



Participation à la coordination de l'intervention

Indicateur	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles les membres de la communauté participent activement aux processus de prise de décisions en matière de santé publique
Résultat	Les membres de la communauté, en particulier les plus vulnérables, participent à la prise de décisions concernant la riposte de santé publique.
Niveau de résultat	Produits
Référence	Nouvel indicateur

Objet La participation de la communauté est essentielle pour garantir l'adoption de mesures transparentes, adaptables et appropriées, qui placent les personnes au centre des solutions et soutiennent les initiatives communautaires. Les communautés doivent se voir attribuer des rôles de premier plan pour contribuer à la gestion de la riposte.¹⁵ Cet indicateur mesure le pourcentage de zones ciblées où se sont tenus des processus participatifs de prise de décisions au cours du trimestre écoulé. Dans les zones où les processus participatifs de prise de décisions ne sont pas opérationnels, des efforts doivent être déployés pour les redynamiser. La participation des communautés au processus de prise de décisions en matière de santé publique est le gage de l'engagement et du soutien de ces communautés.

Définition Les processus décisionnels participatifs et actifs dans la lutte contre la COVID-19 consistent à impliquer les membres de la communauté dans la prise de décisions portant sur la planification et la mise en œuvre des activités. Des responsables communautaires de confiance doivent être invités à participer au processus. Pour une démarche véritablement participative, il est nécessaire de soutenir et d'encourager la prise de responsabilités par les plus défavorisés.¹⁶ Il incombe à chaque pays de définir précisément en quoi consiste la « mobilisation de la population ». Nous recommandons de formuler une définition ambitieuse de la mobilisation de la population, dans la mesure du possible. Il incombe également à chaque pays de définir la notion de « participation active » des membres de la communauté aux processus de prise de décisions en matière de santé publique. La « participation active » peut par exemple être définie comme suit : *au cours des trois derniers mois, les membres de la communauté ont été présents et ont eu la possibilité de contribuer aux décisions relatives à la planification, la conception, la mise en œuvre et la gestion de la riposte à la COVID-19 dans la zone administrative concernée.*

La zone ciblée peut être définie en fonction du contexte : collectivité territoriale ou aire administrative de santé, par exemple.

Ventilation Les données peuvent être ventilées par zone géographique.

Computation Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.

Numérateur : Nombre de zones ciblées dans lesquelles les membres de la communauté participent activement aux processus de prise de décisions en matière de santé publique.

Dénominateur : Nombre total de zones ciblées où les membres de la communauté devraient activement participer aux processus de prise de décisions en matière de santé publique.

15 Voir OMS, COVID-19: How to select, implement and adjust public health and social measures, mise à jour n° 44 sur le coronavirus, 2020, <[who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update44-public-healthand-social-measures.pdf?sfvrsn=1bcdd00f_5](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update44-public-healthand-social-measures.pdf?sfvrsn=1bcdd00f_5)>

16 UNICEF, Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement, 2019.

Fréquence

Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence moyenne.

Sources de données

La méthode de collecte de données à privilégier pour cet indicateur consiste en un processus participatif impliquant à la fois les membres de la communauté et les responsables des interventions de santé publique. Les membres de la communauté et les responsables des interventions de santé publique doivent déterminer si une participation active de la communauté, telle que définie auparavant, a effectivement eu lieu dans le cadre des interventions de santé publique contre la COVID-19 dans la zone correspondante.

Limites

Aucune





Engagement communautaire

Indicateur	Pourcentage de groupes communautaires ciblés qui font la promotion des recommandations de santé publique destinées à endiguer la COVID-19
Résultat	Les communautés, en particulier leurs membres les plus vulnérables, participent à la riposte de santé publique.
Niveau de résultat	Produits
Référence	Nouvel indicateur
Objet	Les épisodes récents de pandémie ont montré que la participation des communautés est essentielle pour garantir une riposte efficace à l'échelle de toute la société. Cet indicateur mesure le pourcentage de groupes communautaires ciblés qui ont fait la promotion des recommandations de santé publique destinées à endiguer la COVID-19 au cours du dernier trimestre. Lorsque les groupes communautaires ciblés ne participent pas activement à l'effort d'endiguement de la COVID-19, il peut être nécessaire de renouer le dialogue avec eux.
Définition	Les groupes communautaires incluent par exemple des associations sportives, des groupes sociaux, des organisations ou congrégations religieuses locales, etc. Les groupes communautaires ciblés pour faire la promotion des recommandations de santé publique visant à endiguer la COVID-19 doivent être mentionnés dans le plan de RCCE. Pour être comptabilisé, le groupe communautaire doit avoir entrepris des actions de promotion des mesures de santé publique au cours du trimestre écoulé, comme la diffusion de messages clés sur la COVID-19 auprès de ses membres, l'organisation de groupes de discussion, etc.
Ventilation	Ces données peuvent être rapportées globalement au niveau national (en comptabilisant les groupes communautaires au niveau national) ou par zones au niveau infranational (en comptabilisant les groupes communautaires au niveau infranational).
Computation	Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage. Numérateur : Nombre de groupes communautaires ciblés qui font la promotion de messages de santé publique pour endiguer la COVID-19 dans une zone géographique donnée. Dénominateur : Nombre de groupes communautaires qui ont été ciblés pour faire la promotion de messages de santé publique pour endiguer la COVID-19 dans une zone géographique donnée.
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.
Sources de données	Les données relatives à cet indicateur peuvent être recueillies par des interlocuteurs au sein des pouvoirs publics ou de la communauté.
Limites	Aucune

Indicateur	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles les membres de la communauté jouent un rôle actif dans la prestation des services de santé publique pour faire face à la COVID-19
Résultat	Les communautés, en particulier leurs membres les plus vulnérables, participent à la riposte de santé publique.
Niveau de résultat	Produits
Référence	Nouvel indicateur
Objet	<p>Les interventions de santé publique sont plus efficaces lorsque les membres de la communauté jouent un rôle actif dans la prestation des services. Cet indicateur mesure le pourcentage de zones ciblées dans lesquelles les membres de la communauté jouent un rôle actif dans la prestation des services de santé publique pour faire face à la COVID-19. Lorsque la communauté ne joue pas un rôle actif, il peut être nécessaire de renouer le dialogue avec elle pour l'encourager à s'investir. Par ailleurs, il peut être utile de se demander si la capacité d'action de la communauté n'est pas bridée par l'organisation même de la riposte de santé publique à la COVID-19 dans la zone concernée.</p> <p>Pour analyser le rôle de la communauté dans la riposte de santé publique, cet indicateur peut être utilisé conjointement avec les indicateurs sur la mobilisation de la population à la prise de décisions et sa participation à la promotion des recommandations de santé publique.</p>
Définition	<p>Pour que les communautés soient comptabilisées au titre de cet indicateur, leurs membres doivent avoir joué un rôle actif dans la prestation de services de santé publique pour lutter contre la COVID-19 au cours du trimestre écoulé. Les « membres de la communauté » sont définis comme des personnes qui ne sont pas employées comme professionnels de la santé dans le cadre de la riposte à la COVID-19. Un « rôle actif » fait référence aux membres de la communauté qui ont une responsabilité spécifique dans la prestation d'un service ou le déroulement d'une activité donnée. Cela peut comprendre un large éventail de services ou d'activités. Le service ou l'activité en question doit être répertorié dans le plan d'intervention contre la COVID-19. Il peut s'agir d'initiatives de protection au niveau communautaire ou d'aides pour se rendre rapidement à l'hôpital, et notamment : fourniture de carburant dans les zones reculées, dons de nourriture aux plus vulnérables, jeunes aidant les personnes âgées à se rendre sur les lieux de vaccination, recherche de cas contacts au sein de la communauté, relais d'alertes épidémiques, etc.</p> <p>La zone ciblée peut être définie en fonction du contexte : collectivité territoriale ou aire administrative de santé, par exemple.</p>
Ventilation	Les données peuvent être ventilées par zone géographique.
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Nombre de zones ciblées dans lesquelles les membres de la communauté jouent un rôle actif dans la prestation des services de santé publique pour faire face à la COVID-19.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de zones ciblées où les membres de la communauté devraient jouer un rôle actif dans la prestation des services de santé publique pour faire face à la COVID-19.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence moyenne.
Sources de données	La méthode de collecte de données à privilégier pour cet indicateur consiste en un processus participatif impliquant à la fois les membres de la communauté et les responsables des interventions de santé publique. Les membres de la communauté et les responsables des interventions de santé publique doivent déterminer si les membres de la communauté ont joué un rôle actif dans la prestation des services de santé publique face à la COVID-19.
Limites	Aucune

Indicateur	Pourcentage de zones ciblées où se tiennent des dialogues communautaires sur la santé publique
Résultat	Les communautés, en particulier leurs membres les plus vulnérables, participent à la riposte de santé publique.
Niveau de résultat	Produits
Référence	Nouvel indicateur
Objet	<p>Pour relever le défi posé par la COVID-19, il faut que l'ensemble de la société réagisse. En tenant compte de l'environnement social, la RCCE cherche à créer un espace de dialogue communautaire qui favorise une écoute attentive et sans préjugés des différents points de vue en présence. Les enseignements tirés de ces dialogues permettront d'adapter les stratégies de santé publique. Les dialogues communautaires doivent être ouverts à l'ensemble de la communauté, y compris aux représentants des milieux d'affaires, religieux, sociaux, sportifs, de la jeunesse, du secteur public, de la politique et des particuliers. La participation de chefs de file en matière de santé publique est particulièrement souhaitable dans les dialogues communautaires. Un effort particulier doit être fait pour inclure les membres les plus vulnérables de la communauté. Cet indicateur mesure le nombre de communautés qui sont le théâtre régulier de dialogues actifs et formels sur la COVID. Dans les communautés où ce n'est pas le cas, il peut s'avérer nécessaire de réactiver le processus de mobilisation de la population.</p>
Définition	<p>Dans le cas présent, les dialogues communautaires désignent des processus qui rassemblent les membres de la communauté pour discuter ouvertement de leurs préoccupations en matière de santé publique. Les dialogues communautaires peuvent se dérouler en ligne ou en présentiel. Ces dialogues peuvent prendre différentes formes. Pour qu'ils soient comptabilisés au titre de cet indicateur, ils doivent être ouverts à tous les membres de la communauté et faciliter les discussions en rapport avec la COVID-19. Les dialogues ou forums communautaires déjà en place qui incluent des discussions liées à la lutte contre la COVID-19 peuvent être comptabilisés. Pour être considérés comme « actifs », les dialogues communautaires doivent se tenir au moins une fois par trimestre dans la zone ciblée.</p> <p>La zone ciblée peut être définie en fonction du contexte : collectivité territoriale ou aire administrative de santé, par exemple.</p>
Ventilation	Cet indicateur peut être ventilé par zone à l'échelle infranationale.
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Nombre de zones ciblées où se tiennent des dialogues communautaires sur la santé publique.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de zones ciblées où devraient se tenir des dialogues communautaires sur la santé publique.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence élevée.
Sources de données	Les données relatives à cet indicateur peuvent être recueillies par des interlocuteurs au sein des pouvoirs publics ou de la communauté.
Limites	Aucune

Indicateur	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles des aides sont fournies aux membres de la communauté en vue de leur permettre de jouer un rôle actif dans la prestation des services de santé publique pour faire face à la COVID-19.
Résultat	Les membres de la communauté sont concrètement encouragés à jouer un rôle actif dans la prestation de services.
Niveau de résultat	Produits
Référence	Nouvel indicateur
Objet	Les membres de la communauté doivent être épaulés pour pouvoir jouer un rôle actif dans les interventions de santé publique face à la COVID-19. Le type de soutien à leur apporter varie en fonction du contexte et des plans d'intervention. En général, ce soutien est mis en place pour garantir que la mobilisation de la population est bien organisée et s'inscrit dans la durée. Il est principalement destiné aux personnes les plus vulnérables. Cet indicateur permet de déterminer si un soutien est effectivement offert aux membres de la communauté pour leur permettre de jouer un rôle actif dans la prestation des services de santé publique face à la COVID-19.
Définition	<p>Le soutien offert aux membres de la communauté pour leur permettre de jouer un rôle actif dans la prestation des services de santé publique peut prendre différentes formes : inscription, formation, orientation, support matériel, etc. Pour être comptabilisée, la zone doit offrir ce type de soutien au moment de la collecte des données.</p> <p>La zone ciblée peut être définie en fonction du contexte : collectivité territoriale ou aire administrative de santé, par exemple.</p>
Ventilation	Cet indicateur peut être ventilé par zone à l'échelle infranationale.
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Nombre de zones ciblées où un soutien est offert aux membres de la communauté en vue de leur permettre de jouer un rôle actif dans la prestation des services de santé publique face à la COVID-19.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de zones ciblées où un soutien devrait être offert aux membres de la communauté en vue de leur permettre de jouer un rôle actif dans la prestation des services de santé publique pour faire face à la COVID-19.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers pendant toute la durée de l'intervention, à une fréquence moyenne.
Sources de données	La méthode de collecte de données à privilégier pour cet indicateur consiste en un processus participatif impliquant à la fois les membres de la communauté et les responsables des interventions de santé publique. Les membres de la communauté et les responsables des interventions de santé publique doivent déterminer si le support visé est en place pour permettre aux membres de la communauté de jouer un rôle actif dans la prestation des services de santé publique.
Limites	Aucune



Indicateur	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles les procédures opérationnelles normalisées relatives à la RCCE ont été adoptées par les partenaires gouvernementaux
Résultat	Le cadre législatif et d'action publique appuie les activités de RCCE dans le contexte de la COVID-19.
Niveau de résultat	Activités
Référence	Nouvel indicateur (voir Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement, UNICEF, C.13.3)

Objet L'expérience de la RCCE lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a mis en exergue l'importance pour les organisations partenaires d'adopter des procédures opérationnelles normalisées pour la RCCE.¹⁷ Cet indicateur mesure le pourcentage de zones ciblées dans lesquelles les procédures opérationnelles normalisées relatives à la RCCE ont été adoptées par les partenaires gouvernementaux. Si les partenaires gouvernementaux n'appliquent pas les procédures opérationnelles normalisées relatives à la RCCE, il faut s'efforcer de mobiliser les interlocuteurs et de fournir toute l'aide nécessaire pour que ces procédures soient adoptées.

Veuillez noter que cet indicateur peut être utilisé pour compléter l'indicateur 16.10.2 des objectifs de développement durable : *Nombre de pays qui adoptent et mettent en œuvre des dispositions constitutionnelles, réglementaires et politiques pour garantir l'accès public à l'information.*

Définition Une procédure opérationnelle normalisée relative à la RCCE est entendue comme un ensemble d'instructions étape par étape visant à aider les travailleurs à effectuer des opérations courantes ayant trait à la mobilisation de la population et à la communication relative aux risques. Les procédures opérationnelles normalisées relatives à la RCCE doivent se rapporter expressément à la communication relative aux risques ou à la mobilisation de la population en cas de pandémie ou de flambée épidémique. Pour être considérée comme telle, une procédure opérationnelle normalisée relative à la RCCE doit énoncer un ensemble de mesures et de normes concernant la mobilisation de la population ou la communication relative aux risques. Tous les partenaires gouvernementaux concernés peuvent être pris en compte. Pour qu'une zone soit comptabilisée comme ayant adopté les procédures opérationnelles normalisées relatives à la RCCE, au moins un partenaire gouvernemental dans la zone administrative concernée doit avoir adopté au moins une de ces procédures opérationnelles normalisées.

Veuillez noter que les zones administratives peuvent être établies en fonction du contexte local ou national. Il est par exemple possible de prendre les aires administratives de santé comme référence, le cas échéant.

La zone ciblée peut être définie en fonction du contexte : collectivité territoriale ou aire administrative de santé, par exemple.

Ventilation Cet indicateur peut être ventilé par région administrative.

Computation Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.

Numérateur : Nombre de zones ciblées dans lesquelles les procédures opérationnelles normalisées relatives à la RCCE ont été adoptées par les partenaires gouvernementaux.

Dénominateur : Nombre total de zones ciblées dans lesquelles les procédures opérationnelles normalisées relatives à la RCCE devraient être adoptées.

¹⁷ Gillespie et al., « Social Mobilization and Community Engagement Central to the Ebola Response in West Africa », Global Health, 2016

Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers pendant toute la durée de l'intervention, à une fréquence moyenne.
Sources de données	Les données relatives à cet indicateur peuvent être recueillies par des interlocuteurs au sein des pouvoirs publics.
Limites	Aucune

Indicateur	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles des politiques et des procédures de participation des communautés locales ont été adoptées
Résultat	Des mécanismes sont établis pour favoriser la mobilisation de la population à la prise de décisions concernant la gestion de la riposte à la COVID-19.
Niveau de résultat	Produits
Référence	Nouvel indicateur (voir Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement , UNICEF)

Objet Dans de nombreux pays, le cadre de planification des interventions visant à répondre aux crises de santé publique ne comprend aucune politique ou procédure spécifique pour la participation des communautés locales. La mise en place de ces politiques et procédures favorisera la mobilisation du public et la mobilisation de la population. Cet indicateur permet d'évaluer l'adoption de politiques et de procédures en faveur de la participation des communautés locales. Il reflète la mesure dans laquelle le gouvernement met en place des mécanismes participatifs.

Définition Il incombe à chaque pays de définir les politiques et procédures appropriées pour favoriser la participation des communautés locales. Les politiques et procédures en faveur de la mobilisation de la population doivent respecter les critères minimums suivants :

- » Reconnaître que la participation effective est un droit et qu'elle est essentielle pour une prise de décisions éclairée et l'autodétermination collective.
- » Préciser le degré de participation proposé en tenant compte de la dimension du genre, de l'âge, du contexte et des activités de planification.
- » Veiller à ce que la participation des communautés soit associée aux principaux aspects de la conception et de la gestion des activités.
- » Veiller à utiliser des méthodes et des approches participatives reconnues pour garantir l'efficacité des processus participatifs.
- » Veiller à ce que les démarches de mobilisation de la population soient adaptées au contexte local, au sexe, à l'âge et à la culture du public cible, et qu'elles soient présentées d'une façon et dans des langues que tous les membres de la communauté peuvent comprendre.¹⁸

La zone ciblée peut être définie en fonction du contexte : collectivité territoriale ou aire administrative de santé, par exemple.

18 Adapté de UNICEF, Minimum Quality Standards for Community Engagement, 2019, voir A.1.1

Ventilation

Cet indicateur peut être ventilé par région administrative.

Computation

Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.

Numérateur : Nombre de zones ciblées dans lesquelles des politiques et des procédures de participation des communautés locales ont été adoptées.

Dénominateur : Nombre total de zones ciblées dans lesquelles des politiques et des procédures de participation des communautés locales devraient être adoptées.

Fréquence

Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence moyenne.

Sources de données

Les données relatives à cet indicateur peuvent être recueillies par les services publics. Si possible, les représentants de la communauté doivent prendre part au processus de collecte des données.

Limites

Cet indicateur rapporte si des mécanismes participatifs ont été établis ou non, mais il ne permet pas d'évaluer la qualité de la participation.





Gestion de « l'infodémie »

Indicateur	Il existe une capacité de suivi et de traitement de l'infodémie et de la désinformation en matière de santé.
Résultat	Un mécanisme de suivi des rumeurs en rapport avec la COVID-19 est mis en place.
Niveau de résultat	Activités
Référence	Voir le Plan stratégique de préparation et de riposte de l'OMS, datant de mai 2021

Objet

L'infodémie peut aggraver ou prolonger les épidémies lorsque les individus ignorent comment agir pour se protéger et protéger leur entourage. Si la numérisation croissante (avec une généralisation du recours à Internet et aux réseaux sociaux) permet de diffuser des informations et de combler des lacunes plus rapidement, elle a aussi l'inconvénient d'amplifier les messages préjudiciables. Cet indicateur vise à évaluer dans quelle mesure il existe une capacité de suivi et de traitement de l'infodémie et de la désinformation en matière de santé. Cet indicateur peut être utilisé aux niveaux national et infranational. Lorsque cette capacité fait défaut, les pays sont encouragés à redoubler d'efforts pour faire face à l'infodémie.

Veillez noter que cet indicateur est adapté de l'indicateur suivant du SPRP de l'OMS (mai 2021) : « Pourcentage de pays disposant d'une capacité de suivi et de traitement de l'infodémie et de la désinformation en matière de santé. » Pour de plus amples informations sur ce sujet, veuillez consulter la page Web de l'[OMS consacrée à la gestion de l'infodémie](#).

Définition

L'infodémie est une surabondance d'informations, aussi bien en ligne que hors ligne. Elle comprend des tentatives délibérées de diffuser des informations erronées pour discréditer les interventions de santé publique et promouvoir les opinions alternatives de groupes ou d'individus. La gestion de l'infodémie consiste en une utilisation systématique d'analyses et d'approches fondées sur les risques et les données probantes pour faire face à l'infodémie et réduire ses répercussions sur les pratiques de santé pendant les urgences sanitaires. Son objectif est de garantir que les personnes ont accès à des informations factuelles en temps utile et d'une manière facilement compréhensible, afin qu'elles puissent adopter rapidement les comportements appropriés pour préserver leur santé et celle des autres en cas d'épidémie. La gestion de l'infodémie doit être étayée par des données scientifiques. Elle doit s'appuyer sur des interventions fondées sur des données probantes et faire appel aux pratiques exemplaires, notamment en ce qui concerne le partage d'expériences et l'apprentissage continu.

L'échelle suivante peut être utilisée pour évaluer si une zone donnée dispose d'une capacité de suivi et de traitement de l'infodémie et de la désinformation en matière de santé :

An area should be scored as having capability to track and address infodemics and health misinformation in place according to the following scale:

- » Oui, il existe un service dédié au sein du Ministère de la santé ou de son équivalent
- » Oui, il existe un service dédié au sein d'un autre ministère
- » Oui, il existe un service dédié au sein d'un organisme partenaire
- » Non, il n'existe pas de service dédié, mais le personnel d'un ministère ou d'un organisme partenaire se charge de ces tâches
- » Il n'existe à l'heure actuelle aucun service ou personnel dédié à ces tâches au sein d'un ministère ou d'un organisme partenaire, mais la création d'un tel service est envisagée au sein d'un ministère ou d'un organisme partenaire.
- » Il n'existe aucun service ou personnel dédié à ces tâches au sein d'un ministère ou d'un organisme partenaire, et la création d'un tel service n'est pas envisagée.
- » Ne sait pas

Ventilation	Cet indicateur peut être ventilé par région administrative.
Computation	Veillez sélectionner la catégorie appropriée dans la rubrique « Définition » ci-dessus.
Fréquence	Cet indicateur devrait faire l'objet d'un rapport trimestriel.
Sources de données	Les données relatives à cet indicateur peuvent être recueillies par des interlocuteurs au sein des pouvoirs publics ou du secteur de la RCCE.
Limites	Aucune





Retour d'informations de la communauté

Indicateur	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles des mécanismes sont en place pour recueillir et utiliser les retours d'informations fournis par la communauté
Résultat	Des dispositifs de retour d'informations connectent la communauté aux pouvoirs publics, aux médias et aux autres parties prenantes.
Niveau de résultat	Activités
Référence	Nouvel indicateur (voir Boîte à outils pour le retour d'informations et Guide sur l'engagement communautaire et la redevabilité , ¹⁹ Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement , UNICEF)

Objet

L'un des piliers de la redevabilité envers les populations touchées est le renforcement des démarches axées sur l'écoute, couplé à la mise en place de moyens permettant aux communautés touchées de fournir en toute sécurité un retour d'informations sur leurs expériences et leurs opinions en ce qui concerne les services, les programmes et les interventions, sur un sujet ou une question spécifique liée à la riposte. Les commentaires peuvent porter sur des questions de santé publique ou sur des rumeurs, des impressions et d'autres sujets de préoccupation. Ils peuvent aussi se référer au comportement et à la conduite du personnel et des bénévoles. Cela comprend les plaintes graves concernant l'exploitation et les abus sexuels (EAS) et la corruption, ainsi que des commentaires sensibles liés à des problèmes de violence ou un manque de protection. Les retours d'informations peuvent se faire de manière informelle, par le biais de conversations entre les membres de la communauté, le personnel et les bénévoles, ou de manière plus formelle, à travers plusieurs moyens, comme une ligne d'assistance téléphonique, un bureau des plaintes ou un comité communautaire (voir la rubrique « Définition » ci-dessous). Veuillez noter que les mécanismes de retour d'informations ne sont pas spécifiques à un sujet donné ni à un secteur particulier. Les mécanismes de retour d'informations doivent permettre aux membres de la communauté d'exprimer leurs préoccupations en les rattachant au thème approprié, à savoir la COVID-19, et au secteur, à savoir la santé publique. Le plus important est de prendre en compte les commentaires reçus et d'y donner suite. Les mécanismes de retour d'informations permettent aux communautés et aux individus d'exprimer leurs opinions, d'accéder aux informations dont ils ont besoin, d'obtenir des réponses à leurs questions, ainsi que de faire part de leurs préoccupations et de déposer des plaintes, le cas échéant. Ils renforcent l'inclusion au sein de la communauté et permettent de mieux répondre aux besoins de la communauté. Les réactions de la communauté peuvent être relayées par des circuits publics ou privés. Il est également important que ces réactions soient rattachées aux médias, à la fois comme moyen d'informer les médias de la situation dans la communauté et en gage de responsabilité sociale. Cet indicateur évalue si des mécanismes sont en place pour recueillir les retours d'informations de la communauté.

¹⁹ Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Boîte à outils pour le retour d'informations, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://communityengagementhub.org/resource/cea-toolkit/> ; Guide sur l'engagement communautaire et la redevabilité, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/IFRC-CEA-GUIDE-francais-LR-PDF.pdf>

Définition	<p>Les mécanismes de retour d'informations de la communauté peuvent inclure des renseignements recueillis lors de conversations entre les membres de la communauté, les travailleurs communautaires et les bénévoles, lors de visites dans les foyers, à travers les lignes d'assistance téléphonique, les centres d'information, les plateformes de participation numérique (U-Report, RapidPro, loGT, etc.), les plateformes de messagerie interactive (Facebook, Twitter, WhatsApp), les groupes de discussion, la participation à des recherches sur les perceptions de la communauté, les communications écrites (courriels, lettres), les forums de questions-réponses, les séances d'écoute, les appels dans les médias (émissions télévisées et radiophoniques), les plateformes communautaires, les stands de retour d'informations, les réunions communautaires, les réseaux de bénévoles de la santé, etc. Les méthodes de collecte de données utilisées à des fins de suivi et d'évaluation, ou de recherche en sciences sociales, peuvent également être considérées comme faisant partie d'un mécanisme de retour d'informations de la communauté. Cet indicateur met l'accent sur la collecte régulière d'informations, leur analyse, leur intégration dans les processus de prise de décisions et les mesures adoptées en conséquence. Tout mécanisme de retour d'informations de la communauté devrait être assorti de procédures pour faire en sorte que :</p> <ul style="list-style-type: none"> » Le mécanisme est accessible à tous et peut être utilisé en toute sécurité par des personnes vulnérables et des groupes ayant des besoins particuliers. » Un mécanisme cohérent et transparent est mis en place, à travers lequel les personnes peuvent exprimer leur désaccord et soulever des problèmes. » Il existe des lignes de communication claires et fonctionnelles, à double sens, permettant un retour d'informations régulier, pour transmettre les questions ou préoccupations pertinentes aux responsables compétents, au niveau local ou national. » Les résultats des activités de suivi, d'évaluation et d'apprentissage sont communiqués aux communautés, qui ont accès aux données. <p>Pour être comptabilisée parmi les zones dotées d'un mécanisme de retour d'informations de la communauté, une zone ciblée doit disposer d'au moins un de ces mécanismes en service, répondant à ces quatre critères.</p> <p>La zone ciblée peut être définie en fonction du contexte : collectivité territoriale ou aire administrative de santé, par exemple.</p>
Ventilation	<p>Cet indicateur peut être ventilé par région administrative.</p>
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Nombre de zones ciblées dans lesquelles des mécanismes sont en place pour recueillir et utiliser les retours d'informations fournis par la communauté.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de zones ciblées dans lesquelles des mécanismes devraient être en place pour recueillir et utiliser les retours d'informations fournis par la communauté.</p>
Fréquence	<p>Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence moyenne.</p>
Sources de données	<p>Les données relatives à cet indicateur peuvent être recueillies par des interlocuteurs au sein des pouvoirs publics ou du secteur de la RCCE. Les membres de la communauté doivent être consultés pour savoir si les mécanismes de retour d'informations de la communauté sont réellement opérationnels.</p>
Limites	<p>Aucune</p>

Indicateur	Pourcentage de zones ciblées dans lesquelles des changements ont été apportés aux plans d'intervention contre la COVID-19 sur la base des retours d'information fournis par la communauté
Résultat	Un mécanisme de retour d'informations de la communauté est opérationnel.
Niveau de résultat	Activités
Référence	Nouvel indicateur
Objet	Les mécanismes de retour d'informations doivent servir de canal de communication entre la communauté au sens large et les responsables de la riposte de santé publique. Ces responsables doivent examiner les informations reçues par le biais du mécanisme de retour d'informations afin d'ajuster les interventions, si besoin est. Par exemple, il est possible de donner suite aux commentaires reçus en modifiant les services ou les stratégies de mobilisation de la population, ou en diffusant des informations factuelles en temps opportun par le biais d'actions de communication relative aux risques pour lutter contre les rumeurs. Cet indicateur évalue si les mécanismes de retour d'informations de la communauté sont utilisés pour ajuster la riposte de santé publique. Il peut être utilisé pour mesurer à quel point les retours d'informations de la communauté sont pris en compte dans la planification de la riposte au niveau national ou infranational.
Définition	<p>Pour qu'une zone ciblée soit considérée comme ayant apporté des changements à ses plans d'intervention contre la COVID-19 sur la base des mécanismes de retour d'informations de la communauté, les responsables de la riposte de santé publique dans la zone doivent être en mesure d'indiquer les modifications ou les ajustements spécifiques qui ont été apportés au plan d'intervention sur la base de ces mécanismes au cours d'une période définie, par exemple sur six mois.</p> <p>La zone ciblée peut être définie en fonction du contexte : collectivité territoriale ou aire administrative de santé, par exemple.</p>
Ventilation	Cet indicateur peut être ventilé par région administrative.
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Nombre de zones ciblées dans lesquelles des changements ont été apportés aux plans d'intervention contre la COVID-19 sur la base des retours d'informations fournis par la communauté au cours d'une période définie.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de zones où des mécanismes de retour d'informations sont opérationnels.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence moyenne.
Sources de données	La méthode de collecte de données à privilégier pour cet indicateur consiste en un processus participatif impliquant à la fois les membres de la communauté et les responsables des interventions de santé publique. Les responsables de la riposte de santé publique doivent indiquer si les retours d'informations de la communauté ont conduit à une modification du plan d'intervention. Les représentants de la communauté doivent être consultés pour savoir dans quelle mesure ils considèrent que les plans d'intervention ont été modifiés à la suite de leurs commentaires.
Limites	Il convient de souligner que le rapport entre les retours d'informations de la communauté et la modification d'un plan d'intervention n'est pas toujours évident. Il est préférable d'utiliser cet indicateur en combinaison avec d'autres sources d'information.



Recherche et évaluation des besoins

Indicateur	Pays ayant réalisé une évaluation des facteurs comportementaux et sociaux de l'acceptation et de l'utilisation des vaccins contre la COVID-19
Résultat	Des recherches sociales et comportementales sont menées.
Niveau de résultat	Apports
Référence	Facteurs comportementaux et sociaux liés à la vaccination
Objet	<p>Il est essentiel de recenser systématiquement les facteurs comportementaux et sociaux liés à la vaccination pour être en mesure d'évaluer et de traiter de manière adéquate les motifs de réticence. La collecte et l'utilisation de données de qualité sur les facteurs comportementaux et sociaux liés à la vaccination permettront aux équipes de programme de concevoir, de cibler et d'évaluer les interventions en vue d'obtenir un résultat plus probant, avec plus d'efficacité, mais aussi d'étudier et de comprendre les tendances au fil du temps.</p> <p>Cet indicateur mesure le nombre de pays ayant réalisé une évaluation des facteurs comportementaux et sociaux de l'acceptation et de l'utilisation des vaccins contre la COVID-19. Dans les pays qui n'ont pas encore procédé à une évaluation de ce genre, des efforts doivent être déployés pour mettre en place les moyens nécessaires à sa réalisation.</p> <p>Cet indicateur peut également servir à surveiller l'influence des facteurs comportementaux et sociaux dans les campagnes de vaccination au niveau infranational.</p>
Définition	<p>Les évaluations des facteurs comportementaux et sociaux doivent inclure les quatre dimensions qui influencent l'acceptation des vaccins, à savoir : ce que les personnes pensent et ressentent à propos des vaccins ; les processus sociaux qui promeuvent ou entravent la vaccination ; les motivations personnelles (ou la réticence) à se faire vacciner ; et les facteurs pratiques liés au fait de demander et de recevoir un vaccin.²⁰ Au titre de cet indicateur, un pays peut être considéré comme ayant réalisé une évaluation des facteurs comportementaux et sociaux s'il a inclus ces quatre dimensions dans son évaluation. Notre définition ne couvre pas les méthodes employées pour réaliser l'évaluation, étant donné que chaque pays est plus à même d'en décider. Veuillez noter que cet indicateur fait référence à l'obtention et à l'utilisation de données à caractère sociétal sur l'acceptation des vaccins, à ne pas confondre avec l'utilisation d'un outil spécifique.</p>
Ventilation	Ces données peuvent être présentées par pays.
Computation	<p>Cet indicateur doit être calculé sous forme de pourcentage.</p> <p>Numérateur : Nombre de pays ayant réalisé une évaluation des facteurs comportementaux et sociaux liés à la vaccination contre la COVID-19.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de pays menant des campagnes de vaccination contre la COVID-19.</p>
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence moyenne.
Sources de données	Les données relatives à cet indicateur peuvent être recueillies par des interlocuteurs au sein des pouvoirs publics ou du secteur de la RCCE.
Limites	Aucune

20 OMS, UNICEF, Des données pour agir : comment faciliter une large acceptation des vaccins contre la COVID-19. Orientations provisoires. Février 2021



Renforcement des capacités

Indicateur	Nombre de participants aux séances de formation sur la RCCE
Résultat	Activités
Niveau de résultat	Des formations de renforcement des capacités des partenaires sont disponibles.
Référence	Nouvel indicateur
Objet	Pour assurer la mise en œuvre de la RCCE, il est essentiel de renforcer les capacités aux niveaux national et infranational dans ce domaine. Cet indicateur mesure le nombre d'individus qui ont été formés aux approches de la RCCE. Il peut être utilisé pour suivre le renforcement des capacités aux niveaux national et infranational.
Définition	Cet indicateur recense le nombre de fois où des personnes ont participé à une séance de formation sur la RCCE au cours du trimestre écoulé. Veuillez noter qu'il s'agit d'un décompte du nombre de fois où des individus ont participé et non du nombre de participants (voir la rubrique « Limites » ci-dessous). Une séance de formation sur la RCCE est définie comme toute formation qui comprend un apprentissage notable dans ce domaine. Une séance de formation est définie comme une phase d'enseignement, d'éducation, d'instruction ou de développement professionnel. Chaque séance de formation doit être comptabilisée comme une séance, indépendamment de sa durée (qu'elle s'étende sur une seule journée ou sur trois jours, par exemple).
Ventilation	Il est recommandé de recueillir des informations détaillées sur le type de formation dispensée. Les informations recueillies peuvent porter sur le thème de la formation, à savoir par exemple : formation à la communication, à la participation dans les médias, à la gestion de « l'infodémie », etc. Il convient également de collecter des données sur le nombre de participants formés, en les ventilant, le cas échéant, par sexe et par organisation de provenance, par exemple ONG, ONU, administration publique, etc. Il est aussi possible de préciser la langue dans laquelle la formation a été dispensée et les moyens de formation utilisés.
Computation	Il s'agit d'un calcul numérique du nombre de fois où des individus ont participé à une séance de formation sur la RCCE au cours du trimestre écoulé.
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence moyenne.
Sources de données	Les données relatives à cet indicateur peuvent être recueillies par des interlocuteurs au sein des pouvoirs publics ou du secteur de la RCCE. Afin de garantir l'exhaustivité des données, il est important de recueillir des informations auprès de tous les partenaires qui organisent des formations en RCCE dans la zone géographique concernée.
Limites	La plupart des systèmes de collecte de données sur les formations ne sont pas en mesure de compter le nombre de personnes qui ont suivi des séances de formation chez plusieurs partenaires. C'est pourquoi cet indicateur ne recense pas <i>le nombre d'individus</i> ayant participé à des séances de formation sur la RCCE. Il recense <i>le nombre de fois où des personnes ont participé</i> à des séances de formation sur la RCCE. Par exemple, si un individu participe à trois séances de formation sur la RCCE au cours du trimestre écoulé, l'indicateur comptera comme trois fois la participation d'une personne à une séance de formation sur la RCCE.



Mécanisme de coordination

Indicateur	Un mécanisme de coordination de la RCCE est en place et formellement en service.
Résultat	Des mécanismes de coordination de la RCCE aux échelles nationale et locale sont utilisés.
Niveau de résultat	Apports
Référence	Nouvel indicateur
Objet	La mise en place de mécanismes de coordination de la RCCE permet de s'assurer que les stratégies et les plans des organisations d'intervention, des administrations publiques et des partenaires soient synchronisés, mais aussi que les recommandations et les conseils en matière de santé soient cohérents et fournis en temps utile, et qu'ils puissent être adaptés à un large éventail de situations, de scénarios de transmission et de besoins de la population. ²¹ Cet indicateur confirme l'existence et le fonctionnement d'un mécanisme de coordination de la RCCE. En l'absence de mécanisme de coordination, ou si celui-ci n'est pas formellement en service, un soutien peut être nécessaire pour l'établir ou le réactiver.
Définition	Le mécanisme de coordination de la RCCE doit être dirigé ou codirigé par les gouvernements et/ou les organismes responsables. Il doit également être composé de représentants du gouvernement, d'entités multisectorielles et de la société civile, et/ou d'organisations non gouvernementales et d'associations locales. Pour être considéré comme formellement mis en service, le mécanisme de coordination doit être assorti d'un mandat qui a été officiellement approuvé par tous les membres participants. Pour être considéré comme actif, le groupe de coordination doit s'être réuni au moins une fois au cours du trimestre écoulé.
Ventilation	Cet indicateur peut être ventilé par région administrative.
Computation	Cet indicateur est soit positif soit négatif (réponse par « oui » ou par « non »).
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence moyenne.
Sources de données	Les données relatives à cet indicateur peuvent être recueillies par des interlocuteurs au sein des pouvoirs publics ou du secteur de la RCCE.
Limites	Aucune



Plan et budget de la RCCE

Indicateur	Un plan de communication relative aux risques et mobilisation de la population relatif à la COVID-19 est adopté.
Résultat	Un plan national de RCCE dans le contexte de la lutte contre la COVID-19 est mis au point en s'appuyant sur les données probantes.
Niveau de résultat	Apports
Référence	Nouvel indicateur (voir le guide de l'OMS sur les indicateurs du Plan stratégique de préparation et de riposte pour lutter contre la COVID-19, note du 20 mai)
Objet	<p>Un plan de communication relative aux risques et mobilisation de la population établit le raisonnement et la stratégie à suivre pour garantir que les communautés soient placées au centre des interventions. Ce plan doit être fondé sur les données probantes recueillies lors de l'évaluation des besoins. Il doit par ailleurs tenir compte des préférences exprimées par la communauté, en accordant une attention particulière aux besoins des groupes les plus vulnérables. Cet indicateur évalue si un plan de communication relative aux risques et mobilisation de la population actualisé a été adopté pour lutter contre la COVID-19. Il indique la disponibilité opérationnelle de la RCCE.</p>
Définition	<p>Le plan de RCCE doit :</p> <ul style="list-style-type: none">» Être étayé par une évaluation des besoins qui recense et inclut les points de vue des groupes les plus vulnérables.» Définir le mécanisme de coordination du plan de RCCE, établir les rôles et les responsabilités des partenaires, déterminer l'obligation de rendre compte par les administrations publiques, les partenaires et les communautés, et fixer des étapes clés à des fins de coordination et de perfectionnement au fil du temps.» Recenser les principaux publics cibles et les personnes d'influence, déterminer les modalités de diffusion des informations (à la fois sur la prévention, la préparation et les interventions au niveau individuel, communautaire et systémique) et définir les activités à mettre en œuvre.» Identifier les principales méthodes de mobilisation de la population, en incluant les personnes d'influence et les réseaux de la communauté, et anticiper les besoins particuliers des personnes handicapées ou analphabètes en matière d'information et de participation.» Définir un programme de recherche sociale.» Décrire un plan de collaboration avec les médias.» Être assorti d'un budget pour toutes les activités principales, y compris celles ayant trait aux sciences sociales, au suivi et à l'évaluation. <p>Le plan de RCCE doit être adapté en fonction de l'évolution de la pandémie et des scénarios de transmission dans la région administrative concernée. Le plan de RCCE doit être mis à jour au moins une fois tous les six mois.</p>
Ventilation	Cet indicateur peut être ventilé par région administrative.
Computation	Cet indicateur est soit positif soit négatif (réponse par « oui » ou par « non »).
Fréquence	Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence moyenne.

Sources de données	Les données relatives à cet indicateur peuvent être recueillies par des interlocuteurs au sein des pouvoirs publics ou du secteur de la RCCE.
Limites	Aucune

Indicateur	Un budget adéquat est disponible pour mener les activités de communication relative aux risques et mobilisation de la population.
Résultat	Un budget suffisant est alloué au programme de RCCE.
Niveau de résultat	Apports
Référence	Nouvel indicateur (voir Minimum Quality Standards and Indicators for Community Engagement, UNICEF, B.7.2/ D.16.4.)

Objet La mobilisation des ressources et la budgétisation relative à la mobilisation de la population doivent reposer sur une analyse approfondie et réaliste des intrants nécessaires pour atteindre les objectifs fixés, y compris tous les coûts de personnel, de coordination et de fonctionnement. Cet indicateur évalue la disponibilité d'un budget adéquat pour mener les activités de communication relative aux risques et mobilisation de la population. Il indique la disponibilité opérationnelle de la RCCE.

Définition Cet indicateur se réfère au budget qui a été alloué aux activités de RCCE, c'est-à-dire aux fonds dont disposent les intervenants de la RCCE. Il incombe à chaque pays de déterminer le montant du budget qui est considéré adéquat pour l'exécution des activités de RCCE, en fonction des circonstances et des conditions locales. Il convient de prendre en compte les critères suivants :

- » Identifier les coûts réels des activités de RCCE, y compris les ressources relatives à la main-d'œuvre, aux matériaux, au transport et à d'autres moyens supplémentaires.
- » Prévoir les frais réels associés au personnel et aux bénévoles, notamment ceux ayant trait à la formation, à la supervision, à l'établissement de rapports, à la gestion et aux salaires ou mesures d'incitation.
- » Garantir suffisamment de moyens pour soutenir la présence et la participation des parties prenantes aux réunions à différents niveaux : du secteur, du pilier, du cluster (groupe thématique), du département, interorganisations et du gouvernement. Cela implique des activités de collaboration, telles que le partage d'informations et la liaison avec les acteurs régionaux et locaux.

Ventilation Cet indicateur peut être ventilé par région administrative.

Computation Cet indicateur est soit positif soit négatif (réponse par « oui » ou par « non »).

Fréquence Cet indicateur doit faire l'objet de rapports réguliers, à une fréquence moyenne.

Sources de données Les données relatives à cet indicateur peuvent être recueillies par des interlocuteurs au sein des pouvoirs publics ou du secteur de la RCCE.

Limites Aucune

